

Vicente E. Caballo (dir.)

Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos

Vol. 2

Formulación clínica, medicina conductual
y trastornos de relación



Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

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.: 2, 5, 9,12,14,15,17,19 y 20.

Manuales/Psicología

MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Vol. 2: Formulación clínica, medicina
Conductual y trastornos de relación

por

VICENTE E. CABALLO

(dir.)





siglo veintiuno editores, sa

CERRO DEL AGUA, 248 04310 MÉXICO, D.F.

siglo veintiuno de España editores, sa

PRINCIPE DE VERGARA 78. 28006 MADRID, ESPAÑA

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.

Esta copia electrónica fue hecha a partir de una fotocopia del texto original. La baja calidad de la copia generó una gran cantidad de errores OCR que en su mayoría fueron corregidos. *El conocimiento es un derecho universal.* Si te es posible, apoya a los autores. Este es un buen libro; si está disponible en tu país, cómpralo.

Primera edición, octubre de 1998

- © Siglo XXI de España Editores, S. A.
Príncipe de Vergara, 78. 28006 Madrid
- © 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: 84-323-0944-3 (obra completa)

ISBN 84-323-0972-9

Depósito legal: M-36.986-1998

Fotocomposición e impresión: EFCA, S.A.

Parque Industrial «Las Monjas».

28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)

ÍNDICE

PRÓLOGO, <i>Cyril M. Franks</i>	XVII
PREFACIO, <i>Vicente E. Caballo</i>	xxi
RELACIÓN DE AUTORES	xxv

ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

1. FORMULACIÓN CLÍNICA CONDUCTUAL, <i>Leonidas Castro Camacho y Elizabeth Ángel de Greiff</i>	3
I. INTRODUCCIÓN	3
II. DEFINICIÓN DE LA FORMULACIÓN CLÍNICA	5
II.1. Metodología de la formulación clínica	6
II.1.1. Fuentes de generación de hipótesis, 6.—II.1.2. Formulación de hipótesis, 11.—II.1.3. Validación de hipótesis, 15.	
II.2. Modelos conductuales de formulación clínica	17
II.2.1. Formulaciones de análisis funcional: la triple relación de contingencia, 17.—II.2.2. Formulaciones clínicas basadas en múltiples sistemas de respuesta, 19.—II.2.3. Formulación analítica conductual, 19.—II.2.4. Evaluación conductual y formulación clínica, 22.	
III. FORMULACIÓN POR PROCESOS BÁSICOS	25
III.1. La dimensión temporal de la organización conductual	27
III.1.1. Factores de desarrollo, 28.—III.1.2. Factores de predisposición, 28.—III.1.3. Factores desencadenantes, 29.	
III.2. La dimensión jerárquica de la organización conductual	30
III.2.1. Nivel I. Procesos elementales o de primer orden, 32.—III.2.2. Nivel II. Procesos derivados, 35.—III.2.3. Nivel III. Covariaciones relacionadas funcionalmente, 37.—III.2.4. Nivel IV. Problemas específicos (“Síntomas”), 38.	
III.3. Dimensión ambiental de la organización conductual	38
III.3.1. Contexto ambiental físico, 39.—III.3.2. Contexto ambiental macro-social, 40.—III.3.3. Contexto ambiental familiar, 40.—III.3.4. Contexto ambiental laboral, 41.—III.3.5. Contexto ambiental cultural, 41.—III.3.6. Ambiente de ocio, 42.	
III.4. Niveles de análisis de la formulación por procesos	42
III.4.1. Formulación molecular: análisis funcional, 42.—III.4.2. Formulación molar, 44.	

IV. PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS DE LA FORMULACIÓN POR PROCESOS	44
IV.1. Medios de obtención de información	44
IV.1.1. Entrevistas estructuradas, 44.—IV.1.2. Cuestionarios, 45.—IV.1.3. Autorregistros, 45.—IV.1.4. Observación conductual. 45.	
IV.2. Etapas en el procedimiento de formulación clínica	46
IV.2.1. Contexto de la formulación clínica: entrevista inicial, 46.—IV.2.2. Metodología de la formulación clínica, 47.—IV.2.3. Etapa I. Descripción del motivo inicial de consulta, 49.—IV.2.4. Etapa II. Información general, personal y contextual, 54.—IV.2.5. Etapa III. Análisis histórico molar, 58.—IV.2.6. Etapa IV. Introducción a la formulación molecular: análisis funcional, 65.—IV.2.7. Etapa V. Integración de la formulación conductual por procesos, 65.—IV.2.8. Etapa VI. Establecimiento del plan de tratamiento, 68.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	79

TRASTORNOS ASOCIADOS CON LAS ADICCIONES Y LAS NECESIDADES BIOLÓGICAS

2. HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO PARA LA CONDUCTA DE BEBER y ASESORAMIENTO MOTIVACIONAL SISTEMÁTICO: DOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LAS PERSONAS QUE TIENEN PROBLEMAS CON EL ALCOHOL, <i>W. Miles Cox, John E. Calamari y Mervin Langley</i>	83
I. INTRODUCCIÓN	83
II. HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO PARA LA CONDUCTA DE BEBER	
II.1. El modelo conceptual	84
II.2. Evaluación e intervención	86
II.2.1. La fase de evaluación, 87.—II.2.2. El tratamiento, 89.	
III. EL ASESORAMIENTO MOTIVACIONAL SISTEMÁTICO	95
III.1. El modelo motivacional del consumo de alcohol	96
III.2. Evaluación de la motivación: El «Cuestionario de la estructura motivacional»	99
IV. CONCLUSIONES	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	120
3. TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO, <i>Elisardo Becoña</i>	123
I. EL FUMAR COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	123
II. EL DEJAR DE FUMAR COMO PROCESO	124
III. LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR	125
IV. EL TRATAMIENTO DE LOS FUMADORES	128
IV.1. Consejo médico y tratamiento farmacológico (chicle y parche de nicotina)	129
IV.2. Tratamiento psicológico	131
IV.3. Tratamientos comunitarios y de autoayuda	133

V. ¿EXISTE UN TRATAMIENTO IDÓNEO PARA DEJAR DE FUMAR?	135
VI. EL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR: TRATAMIENTO PASO A PASO	136
VI.1. Objetivos, racionalidad, tareas y estrategias para conseguir los objetivos del tratamiento sesión a sesión	137
VI.1.1. Sesión 1, 137.—VI.1.2. Sesión 2 (Unidad 2, 2ª semana), 142.—VI.1.3. Sesión 3 (Unidad 3, 3ª semana), 146.—VI.1.4. Sesión 4 (Unidad 4, 4ª semana), 148.—VI.1.5. Se- siones 5-6 (Unidad 5, 5ª-6ª semanas), 150.	
VII. CONCLUSIÓN	152
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	154
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	160
4. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ADICCIÓN A LA HEROÍNA Y A LA COCAÍNA, <i>José Luis Graña Gómez y Marina J. Muñoz-Rivas</i>	161
I. INTRODUCCIÓN	161
II. ESTADIOS Y PROCESOS DE CAMBIO EN LAS ADICCIONES	163
II.1. Introducción	163
II.2. Estadios de cambio	163
II.3. Procesos de cambio	166
II.4. Integración de los estadios y procesos de cambio	168
III. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL	169
III.1. Introducción	169
III.2. Deshabitación física	171
III.3. Deshabitación psicológica	173
III.3.1. Procedimientos de exposición, 173.—III.3.2. Conducta de búsqueda de drogas, 176.— III.3.3. Otras drogas de abuso, 176.	
III.4. Modificación del estilo de vida	177
III.4.1. Salud física y cambio de imagen, 177.—III.4.2. Reacciones de ira, 178.—III.4.3. Búsqueda de sensaciones, 179.	
III.5. Técnicas de reestructuración cognitiva	179
IV. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	180
IV.1. Formulación teórica	180
IV.2. Evaluación de la prevención de recaídas	184
IV.2.1. Evaluación de las situaciones de alto riesgo, 184.—IV.2.2. Factores de riesgo y señales de aviso, 185.	
IV.3. Procedimientos de intervención en prevención de recaídas	187
V. CONCLUSIONES	190
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	194
5. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, <i>Donald A. Williamson, Cheryl F. Smith y Jane M. Barbin</i>	195
I. INTRODUCCIÓN	195
II. LA ANOREXIA NERVIOSA	195

III. LA BULIMIA NERVIOSA	195
IV. TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADO (NE)	197
V. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	197
v.1. Historia del tratamiento de los trastornos de la alimentación	197
v.2. Las bases teóricas de la terapia cognitivo-conductual	198
v.3. Las técnicas conductuales	199
v.4. Procedimientos cognitivos	204
v.5. Un programa estructurado para los trastornos de la alimentación	204
v.6. Cuestiones prácticas	204
v.7. La investigación sobre los resultados del tratamiento	210
VI. CONCLUSIONES	212
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	213
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	215
6. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, <i>María Nieves Vera</i>	217
I. INTRODUCCIÓN	217
II. EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD	218
II.1. Diagnóstico diferencial de la obesidad	218
II.2. Diagnóstico funcional de la obesidad	219
III. TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD	223
III.1. Aplicación paso a paso de un programa cognitivo-conductual de control del sobrepeso	225
IV. CONCLUSIONES	234
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	234
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	238
<i>Apéndices</i>	239
7. LA NUTRICIÓN COMO BASE PARA LA SALUD, <i>Miguel Morell Ocaña y Enrique Cobaleda Atencia</i>	249
I. ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	249
I.1. La presentación de los alimentos	250
I.2. La dieta equilibrada	250
II. LAS NECESIDADES ENERGÉTICAS	251
III. LOS HIDRATOS DE CARBONO	253
IV. LOS LÍPIDOS	255
IV.1. Triglicéridos	255
IV.2. Colesterol	256
IV.3. Lípidos y dieta mediterránea	257
IV.4. Índice colesterol/grasas saturadas (ICGS)	258
IV.5. Digestión y absorción de lípidos	258
V. LAS PROTEÍNAS	259
VI. LAS VITAMINAS	261
VII. LOS MINERALES	264
VII.1. Electrolitos	267

VIII. EL AGUA	268
IX. LOS PRINCIPALES GRUPOS DE ALIMENTOS	268
IX.1. La leche y sus derivados	268
IX.2. Carnes, pescados y huevos	269
IX.3. Cereales, leguminosas y tubérculos	269
IX.4. Hortalizas y verduras	270
IX.5. Frutas	270
IX.6. Grasas y aceites	271
IX.7. El procesado doméstico	272
X. NUTRICIÓN Y DEPORTE	272
XI. NEOPLASIAS MALIGNAS	275
XII. SOBRE LOS ADITIVOS ALIMENTARIOS	276
XIII. ESTRÉS OXIDATIVO, RADICALES LIBRES Y ENVEJECIMIENTO	277
XIV. UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE	278
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	281
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	281
<i>Apéndice</i>	282
8. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO, <i>Vicente E. Caballo, J. Francisco Navarro y J. Carlos Sierra</i>	285
I. INTRODUCCIÓN	285
II. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SUEÑO	286
III. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO	286
IV. PRINCIPALES TRASTORNOS DEL SUEÑO	288
IV.1. Disomnias	288
IV.1.1. Insomnio, 288.	
IV.1.1.1. Procedimientos de tratamiento, 291.	
IV.1.2. Síndrome narcoléptico, 302.—Trastornos del sueño relacionados con la respiración: Síndrome de apnea del sueño (SAS), 303.—IV.1.4. Trastornos del ritmo circadiano, 305.	
IV.1.4.1. Síndrome de la fase atrasada del sueño, 306.—IV.1.4.2. Síndrome de fase adelantada de sueño, 306.—IV.1.3. Síndrome del ciclo sueño/vigilia diferente a las 24 horas, 306.—IV.1.4.4. Patrón irregular de sueño/vigilia, 307.—IV.1.4.5. Síndrome del cambio de huso horario (<i>jet-lag</i>), 307.—IV.1.4.6. Trastornos del sueño asociados al cambio de turno en el trabajo, 308.	
IV.2. Parasomnias	308
IV.2.1. Terrores nocturnos, 308.—IV.2.2. Pesadillas, 309.—IV.2.3. Sonambulismo, 311.—IV.2.4. Trastornos del movimiento rítmico durante el sueño, 312.—IV.2.5. Somniloquio, 313.—IV.2.6. Bruxismo nocturno, 313.—IV.2.7. Enuresis nocturna, 314.	
V. CONCLUSIONES	315
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	315
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	319

TRASTORNOS ASOCIADOS A PROBLEMAS FÍSICOS

9. EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS: ESTRATEGIAS COGNITIVO- CONDUCTUALES, <i>Philip i. Rice</i>	323
I. INTRODUCCIÓN	323
II. LA TERMINOLOGÍA DEL AFRONTAMIENTO: ORÍGENES Y DEFINICIONES	324
III. CATEGORÍAS DE AFRONTAMIENTO: AFRONTAMIENTO CENTIRADO EN EL PROBLEMA COMPARADO CON EL CENTRADO EN LA EMOCIÓN	324
IV. RECURSOS DE AFRONTAMIENTO: ATRIBUTOS Y APOYOS	326
IV.1 Rasgos personales: autoeficacia y optimismo	326
IV.2. El apoyo social: estructuras y funciones	327
V. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: COMBATIVAS Y PREVENTIVAS	329
VI. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO: ESTRATEGIAS REACTIVAS Y PROACTIVAS	332
VII. AFRONTAR LAS TENSIONES: MÉTODOS DE RELAJACIÓN	334
VIII. AFRONTAR LA PRESIÓN DEL TIEMPO: HARRERAS Y SOLUCIONES PARA EL MANEJO DEL TIEMPO	339
VIII.1. El problema: la confusión —La solución: prioridades	340
VIII.2. El problema: indecisión —La solución: autoexamen	342
VIII.3. El problema: la difusión —La solución: centrarse	342
VIII.4. El problema: dejarlo para mañana —La solución: primero las cosas difíciles ...	343
VIII.5. El problema: las interrupciones —La solución: períodos específicos para las mismas	343
VIII.6. Otras sugerencias para el manejo del tiempo	345
IX. EJERCICIO FÍSICO Y SALUD	346
X. AFRONTAR EL DOLOR. TIPOS DE DOLOR Y MÉTODOS DE AFRONTAMIENTO	347
X.1 Tipos de dolor: agudo y crónico	348
X.2. Control del dolor: estrategias médicas y cognitivas de afrontamiento	348
XI. AFRONTAR EL ESTRÉS DEL TRABAJO: ESTRATEGIAS COGNITIVAS Y PAES	350
XII. AFRONTAR EL DESASTRE: ETAPAS Y ESTRATEGIAS	352
XIII. CONCLUSIÓN	354
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	355
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	358
10. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MODIFICAR EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A, <i>Antonio del Pino</i>	359
I. INTRODUCCIÓN	359
II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA MANIFESTACIÓN DEL PATRÓN DE CON- DUCTA TIPO A	360
II.1. El modelo mecanicista o de interacción estadística	361
II.2. El modelo de interacción biológica	361
II.3. Los modelos transaccionales	361
II.3.1. El modelo transaccional de aprendizaje cognitivo-social, 362.—II.3.2. El modelo interactivo biopsicosocial, 362.	
III. EXPLICACIONES DEL RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA ASOCIADO A LA MANIFESTACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A	363
IV. BASES EMPÍRICAS DE LA MODIFICACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y SUS EFECTOS SOBRE LA CARDIOPATÍA CORONARIA	364

V. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MODIFICAR EL PCTA	366
v.1. Justificación teórica y metodológica del tratamiento	366
v.2. Estructura y contenido del programa	367
v.2.1. Estructura del programa, 367.—v.2.2. Contenido del programa, 368.	
v.2.2.1. Parte primera: Introducción al programa, 368.—v.1.2.2. Parte segun- da: Control de la tensión, 369.—v.2.2.3. Parte tercera: Control del estrés, 374.—v.2.2.4. Parte cuarta: Planificarse para disfrutar, 375.—v.2.2.5. Parte quinta: El cambio de estilo de vida, un objetivo para toda la vida, 377.	
VI. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS	378
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	379
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	382
<i>Apéndice</i>	383
11. CONTROL DEL DOLOR POR MEDIO DE LA HIPNOSIS, <i>Daniel L. Araoz, Jan M. Burte y Marie A. Carrese</i>	385
I. INTRODUCCIÓN	385
II. SOBRE EL DOLOR	385
III. LOS TIPOS DE DOLOR	386
IV. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR	387
V. LA HIPNOSIS COMO MÉTODO CLÍNICO	388
v.1. Métodos hipnóticos para tratar el dolor agudo	391
v.2. Métodos hipnóticos para el dolor crónico	393
v.3. Casos extremos	395
v.4. La práctica psicológica diaria	396
VI. CONCLUSIONES	398
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	398
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	400
12. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LAS CEFALEAS, <i>Frank Andrasik y Anderson B. Rowan</i>	401
I. INTRODUCCIÓN	401
II. CUESTIONES DIAGNOSTICAS	401
III. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EMPÍRICOS	404
IV. EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVOS Y COMBINADOS	405
V. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO	410
v.1. Preparación cognitiva y educación del paciente	411
v.2. El autorregistro	412
v.3. El análisis y entrenamiento en habilidades de afrontamiento	414
VI. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS	425
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	426
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	430
13. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PERSONAS EN LA FASE FINAL DE LA VIDA, <i>Pilar Barrero, Pilar Arranz, Javier Barbero y Ramón Bayés</i>	431
I. INTRODUCCIÓN	431
II. ¿A QUIÉN SE DIRIGE LA INTERVENCIÓN?	432

II.1. El paciente	433
II.2. La familia	434
II.3. El equipo terapéutico	435
III. QUÉ: LOS OBJETIVOS	435
III.1. Objetivos generales	437
III.2. Objetivos intermedios	437
IV. CÓMO: LA EVALUACIÓN Y LA INTERVENCIÓN	438
IV.1. La evaluación	438
IV.2. La intervención	440
IV.2.1. Notas históricas, 440.—IV.2.2. Presupuestos de la intervención, 441.—IV.2.3. Control de síntomas, 441.—IV.2.4. Sugerencias para la Intervención psicológica, 442.—IV.2.5. Intervención en familias, 444.—IV.2.6. Fomento de recursos de equipo, 446.	
V. CONCLUSIONES	448
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	449
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	451
14. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES EN PERSONAS CON VIH/SIDA, <i>Peter E. Campos y Bradley Thomason</i>	453
I. INTRODUCCIÓN AL VIH/SIDA	453
I.1. Epidemiología del VIH/sida	453
I.2. Inmunología del VIH	454
I.3. Curso clínico/médico	455
I.4. Manifestaciones neuropsiquiátricas	457
I.5. Manifestaciones psicosociales	458
II. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES	460
II.1. Cuestiones generales sobre el tratamiento	460
II.2. Reducción del riesgo de transmisión del VIH	460
II.3. Mejora de las estrategias de afrontamiento	464
II.4. Aumento del apoyo social	467
III. CONCLUSIONES	468
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	468
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	471
<i>Apéndice</i>	472
15. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL SÍNDROME PREMENS-TRUAL, <i>Carol A. Morse</i>	475
I. INTRODUCCIÓN	475
II. ASPECTOS METODOLÓGICOS	476
III. CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN PARA EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENS-TRUAL (TDP)	477
IV. TEORÍAS ETIOLÓGICAS DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM)	478
V. TERAPIA COGNITIVA PARA EL SÍNDROME PREMENSTRUAL	480
v.1. Consideraciones generales	480
v.2. Confirmación del perfil de síndrome premenstrual	482
v.3. Procedimientos de reestructuración cognitivo-emocional	483
v.3.1. Reestructuración cognitivo-conductual de la ansiedad, 484.—	

v.3.2. La reestructuración cognitivo-conductual de la depresión, 485.—	
v.3.3. La reestructuración cognitivo-conductual de la ira, 485.—v.3.4.	
Fomentar la asertividad responsable, 490.	
VI. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS	492
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	493
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	497
Apéndice	498

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

16. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, <i>Vicente E. Caballo</i>	509
I. INTRODUCCIÓN	509
II. LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	510
ii.1. El Grupo A de los trastornos de personalidad: los extraños o excéntricos	511
ii.1.1. El trastorno paranoide de la personalidad (TPP), 511.—ii.1.2. El trastorno esquizoide de la personalidad (TEP), 513.—ii.1.3. El trastorno esquizotípico de la personalidad (TETP), 514	
ii.2. El Grupo B de los trastornos de personalidad: los teatrales o impulsivos	516
ii.2.1. El trastorno antisocial de la personalidad (TAP), 516.—ii.2.2. El trastorno límite de la personalidad (TLP), 518.—ii.2.3. El trastorno histriónico de la personalidad (TIW), 522.—ii.2.4. El trastorno narcisista de la personalidad (TNP), 525	
ii.3. El Grupo C de los trastornos de personalidad: los ansiosos o temerosos	528
ii.3.1. El trastorno de la personalidad por evitación (TPE), 528.—ii.3.2. El trastorno de la personalidad por dependencia (TPD), 532.—ii.3.3. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP), 534.	
III. TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	536
iii.1. La terapia cognitiva, de Beck	536
iii.2. La terapia cognitiva centrada en los esquemas, de Young	538
iii.3. La terapia cognitivo-interpersonal, de Safran	542
iii.4. La terapia de valoración cognitiva, de Wessler	543
IV. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS	545
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	546
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	549

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

17. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS PROBLEMAS DE PAREJA, <i>Ileana Arias y Amy S. House</i>	553
I. INTRODUCCIÓN	553
II. EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL FUNCIONAMIENTO MARITAL	554
ii.1. Apoyo empírico del modelo	555

III. LA TERAPIA MARITAL COGNITIVO-CONDUCTUAL	556
III.1. Componentes conductuales	556
III.1.1. El entrenamiento en habilidades de comunicación, 556.—III.1.2. El entrena- miento en solución de problemas, 558.—III.1.3. El contrato conductual, 559.	
III.2. Intervenciones cognitivas	560
III.2.1. El autorregistro, 560.—III.2.2. La reatribución y el análisis lógico, 561.	
IV. LA ESTRUCTURA DE LA TERAPIA MARITAL COGNITIVO-CONDUCTUAL	561
iv.1. La evaluación	561
iv.2 Estructura de la intervención	564
V. LA TERAPIA MARITAL COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA LITERATURA ESPE- CIALIZADA	569
v.1. Los componentes conductuales comparados con controles de lista de espera ...	569
v.2. Comparaciones entre los componentes conductuales	570
v.3. La importancia clínica del impacto de los componentes conductuales	571
v.4. La terapia marital cognitivo-conductual	571
VI. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS	572
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	574
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	577
18. UN PROGRAMA ESTRUCTURADO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE PAREJA. <i>Juan I. Capafóns y Carmen D. Sosa</i>	579
I. INTRODUCCIÓN	579
II. PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS PROBLEMAS DE PAREJA	581
II.1. Entrenamiento en reciprocidad	581
II.2. Entrenamiento en comunicación	585
II.3. Entrenamiento en negociación	590
II.4. Entrenamiento en solución de conflictos	594
III. CONCLUSIONES	598
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	598
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	600
19. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS PROBLEMAS FA- MILIARES. <i>Cole Barlon, James F. Alexander y Michael S. Robbins</i>	601
I. INTRODUCCIÓN	601
II. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL CENTRADOS EN LA FAMILIA PARA ACTUAR SO- BRE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE EXTERNALIZAN SU COMPORTAMIENTO	602
III. LAS TAREAS COGNITIVAS DE LA INTERVENCIÓN CON BASE EN LA FAMILIA	604
IV. LA FASE DE PRESENTACIÓN Y FORMACIÓN DE IMPRESIONES	604
IV.1. Cogniciones problema en la fase de Presentación y formación de impresio- nes	605
IV.2. La decodificación de las cogniciones problema en la fase de Presentación y formación de impresiones	606

IV.3. La codificación de problemas en la fase de Presentación y formación de impresiones	607
IV.4. La estrategia pública en la fase de Presentación y formación de impresiones	607
IV.5. La estrategia privada en la fase de Presentación y formación de impresiones	608
IV.6. Resumen de la fase de Presentación y formación de impresiones	608
V. LA FASE DE EVALUACIÓN COMPENSIÓN	609
V.1. Cogniciones problema en la fase de Evaluación y comprensión	610
V.2. La descodificación de las cogniciones problema en la fase de Evaluación y comprensión	611
V.3. La codificación de los problemas en la fase de Evaluación y comprensión	611
V.4. La estrategia pública en la fase de Evaluación y comprensión.....	612
V.5. La estrategia privada en la fase de Evaluación y comprensión.....	612
V.6. Resumen de la fase de Evaluación y comprensión	613
VI. LA FASE DE TERAPIA E INDUCCIÓN	613
VI.1. Cogniciones problema en la fase de Terapia e inducción	614
VI.2. La descodificación de las cogniciones problema en la fase de Terapia e inducción	617
VI.3. La codificación de los problemas en la fase de Terapia e inducción	619
VI.4. La estrategia pública en la fase de Terapia e inducción	620
VI.5. La estrategia privada en la fase de Terapia e inducción	622
VI.6. Resumen de las dimensiones cognitivas de la fase de Terapia e inducción ..	623
VII. LA FASE DE TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN	625
VII.1. Las expectativas de eficacia en la fase de Tratamiento y educación	626
VII.2. Las cogniciones problema en la fase de Tratamiento y educación	626
VII.3. La descodificación de las cogniciones problema en la fase de Tratamiento y educación	628
VII.4. La codificación de las cogniciones problema en la fase de Tratamiento y educación	628
VII.5. La estrategia pública en la fase de Tratamiento y educación	629
VII.6. La estrategia privada en la fase de Tratamiento y educación	629
VII.7. Resumen de la fase de Tratamiento y educación	630
VIII. LA FASE DE GENERALIZACIÓN Y TERMINACIÓN	630
VIII.1. Cogniciones problema en la fase de Generalización y terminación	631
VIII.2. La descodificación de las cogniciones problema en la fase de Generalización y terminación	632
VIII.3. La codificación de las cogniciones problema en la fase de Generalización y terminación	633
VIII.4. La estrategia pública en la fase de Generalización y terminación	633
VIII.5. La estrategia privada en la fase de Generalización y terminación	634
VIII.6. Resumen de la fase de Generalización y terminación	634
IX. CONCLUSIONES	635
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	636
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	638

20. INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DE LA IRA, <i>Jerry L. Deffenbacher y Rebekah S. Lynch</i>	639
I. INTRODUCCIÓN	639
II. LA AUSENCIA DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS POR IRA	639
III. EL ENFOQUE DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO COGNITIVAS/DE RELAJACIÓN (HACR) PARA EL CONTROL DE LA IRA	640
IV. DESCRIPCIÓN SESIÓN A SESIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LAS HACR	644
IV.1. Consideraciones generales para el tratamiento	645
IV.2. Sesión 1	646
IV.3. Sesión 2	647
IV.4. Sesión 3	651
IV.5. Sesión 4	662
IV.6. Sesión 5	665
IV.7. Sesión 6	665
IV.8. Sesiones 7, 8 y restantes	667
IV.9. Otras estrategias de cambio cognitivo	667
V. CONCLUSIONES	672
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	672
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	673
ÍNDICE ANALÍTICO	675

PRÓLOGO

CYRIL M. FRANKS

«The times they are a-changin'»
BOB DYLAN

Hace aproximadamente un siglo que Ebbinghaus pronunció su famosa frase de que la psicología tiene un largo pasado y una corta historia. Algo muy parecido podría decirse de la terapia de conducta (TC), un término acuñado hace menos de medio siglo. Por el contrario, el refuerzo, un término esencial en la TC desde siempre, ha sido aplicado de forma inconsciente y no sistemática durante numerosos siglos, mientras que la TC como una disciplina formal es relativamente nueva. Puede decirse también que, de modo implícito o manifiesto, cualquier libro que se precie conlleva un orden del día. Aquí, explícito tanto en el título como en el contenido, el orden del día es descaradamente manifiesto. El mensaje es triple. En primer lugar, considerando la distribución geográfica de los numerosos capítulos de ambos volúmenes, el énfasis de “internacional”¹ en el título es adecuado. En segundo lugar, aunque hoy en día la visibilidad del término más reciente, terapia cognitivo-conductual (TCC) es obvia, dicho término luce de manera destacada en la cabecera del libro, mientras que el de TC per se no se menciona tanto en cuanto concierne al título en español. Sospecho que esto no ha sido un descuido. En tercer lugar, a pesar de la impresionante variedad de temas, el término socio-políticamente correcto de «[...] en los años noventa» no aparece ni en el texto ni en el título. ¿Otro descuido? Esta vez pienso que sí. En cualquier caso, estos dos volúmenes recogen, de una u otra manera, la esencia de la TC y la TCC contemporáneas.

En este Prólogo, mi objetivo principal es situar en su contexto los orígenes de la TC, tal como yo los veo, y al hacerlo, repasar de forma selectiva las principales contribuciones. Escribiré también unas palabras sobre la identidad vacilante y cambiante de la TC y la TCC contemporáneas, algunos temas no resueltos y uno o dos escenarios futuros. Hacer justicia a estos complejos asuntos no es posible en unas pocas páginas, pero lo intentaré.

En Estados Unidos y Reino Unido, principalmente, había en los años cuarenta sólo una psicoterapia aceptada de forma general para los trastornos funcionales. Era la psicoterapia psicodinámica, limitada exclusivamente a la práctica psiquiátrica, y las únicas alternativas permitidas eran las intervenciones físicas, como la terapia electroconvulsiva (TEC) y algunas medicaciones con psicofármacos. En esos días, la psicoterapia quería decir terapia psicodinámica y sólo se permitía (por el poderoso sistema médico) a los médicos con licencia realizar, o ser entrenados en, psicoterapia. Incluso si se proporcionaba de alguna forma ese entrenamiento para profesionales no médicos —un hecho poco probable— no se permitía bajo ninguna circunstancia, fuesen psicólogos o trabajadores sociales, que realizaran una

¹ El autor del Prólogo se refiere a la traducción al inglés del primer volumen de este manual por la editorial Pergamon Press (1998) con el título *The international handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders* Traducido y adaptado del inglés por V. E. Caballo.

práctica clínica independiente. y puesto que la terapia psicodinámica no se debía cuestionar, no se consideraba La posibilidad de alguna clase de validación con base en datos.

En 1950, Miller y Dollard, dos figuras eminentes en su campo, intentaron hacer comprensible entre sí dos vocabularios mutuamente extraños, dos modos de pensar incompatibles (algo que ahora es menos extremo que entonces). Adelantándose a su tiempo, este intento fracasó y el libro de Dollard y Miller levantó poco interés. Desde nuestro punto de vista, no fue sorprendente que, en aquellos primeros días, ambos autores plantearan la suposición implícita de que La teoría y práctica psicodinámicas eran una verdad inmutable y que ninguna aplicación clínica de la teoría del aprendizaje, que todavía no se conocía como terapia de conducta, podría ser nunca algo más que una ayuda complementaria al tratamiento "real". No debe de extrañarnos que incluso psiquiatras bienintencionados ¡no vieran razones para el cambio!

Teniendo en cuenta este ambiente incapacitante, un pequeño, pero distinguido y profundamente insatisfecho, grupo de psicólogos, todos trabajando en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres (el Hospital Maudsley) en investigación y en medición tradicional, buscaron una alternativa más equilibrada y reforzante. Los dos miembros más destacados de este grupo eran el difunto Hans J. Eysenck, incluso en aquella época un distinguido psicólogo y académico por derecho propio, y el difunto Joseph Wolpe, un psiquiatra sudafricano que pronto iba a ser excomulgado por la comunidad médica debido a La "herejía" de atreverse a desafiar a sus compañeros médicos. Tuve la suerte de ser un miembro joven de este grupo. Finalmente, después de alguna comprobación inicial de campo y de una validación limitada, llegamos a la, por aquel entonces novedosa, combinación E-R (estímulo-respuesta) o condicionamiento de base pauloviana y a la metodología de las ciencias conductuales. Tal como se esperaba, esta combinación se encontró con la resistencia general de prácticamente todos los psiquiatras y la mayoría de los psicólogos clínicos.

En esa época, la TC no constituía ningún desafío a la terapia psicodinámica. La primera, basada exclusivamente en el condicionamiento, era simplista y se dirigía a pacientes verbal y culturalmente limitados. La última, que abordaba cuestiones más importantes, era muy diferente y fácilmente aplicable a individuos sofisticados y verbalmente habilidosos. A diferencia de la TC, la terapia psicodinámica requería muchas sesiones, pero sus procedimientos eran atractivos e intelectualmente estimulantes, en vez de limitarse a la estructura más rígida y de restringido alcance cognitivo de la TC de la época. Otras diferencias claves eran que la TC requería menos sesiones y la evaluación de los resultados era una preocupación notable.

Entonces ocurrió algo importante, algo que cambió La naturaleza entera de la TC, un salto hacia adelante que catapultó a la TC a la Edad Moderna. Este acontecimiento fue la publicación en 1958 de la psicoterapia de inhibición recíproca (y la desensibilización sistemática) de Wolpe, algo que se encuentra muy bien documentado y que no necesita mayor explicación aquí. Este hecho cambió totalmente la apariencia y la naturaleza de la TC. A causa de esta aportación, la TC podía, por fin, prestar atención a problemas significativos e interacciones cognitivas. Curiosamente, el rechazo de Wolpe a aceptar alguna desviación de su procedimiento clínico o de su explicación neurológica del éxito de la desensibilización sistemática, hace tiempo que fue invalidado por la investigación posterior, pero esto ahora solamente tiene un interés histórico. Historia es también, afortunadamente, el hace tiempo abandonado chovinismo de los primeros terapeutas de con-

ducta, incluyendo a Wolpe, y una inmadura actitud de “Yo-soy-mejor-que-tú”, dirigido especialmente hacia los psicoanalistas freudianos. Conforme la terapia de conducta fue sintiéndose más segura, esta irritante actitud defensiva fue desapareciendo. Dicho en pocas palabras, la TC estaba naciendo.

En aquella época, con perspectivas ligeramente diferentes, los clínicos conductuales estaban evolucionando de forma más o menos independiente en distintas partes del mundo. En el Reino Unido, Eysenck (1960) había definido a la TC como algo vagamente descrito como La “moderna” teoría del aprendizaje al servicio del tratamiento psicológico para los trastornos mentales funcionales. La TC despegó con una sorprendente rapidez y, salvo la rígida resistencia de unos pocos intransigentes, la oposición continua desapareció. La TC se había incorporado a la corriente principal. Las técnicas aumentaron en número, diversidad y sofisticación, y la definición simplista de Eysenck fue sustituida por un gran abanico de amplias definiciones que prácticamente no dejaban nada fuera. Gradualmente, la base de condicionamiento pauloviano de la TC empezó a incorporar cada vez más aspectos de las ciencias naturales y sociales y de la cognición y, en menor medida, el afecto se incorporó poco a poco en un nuevo marco de la TC. De forma similar, al final de los años ochenta, cuatro o cinco modelos alternativos bien desarrollados de la TC eran capaces de existir al mismo tiempo en armonía. En esencia, la TC se convirtió en una permisiva confederación de terapias basadas en la teoría del aprendizaje, compartiendo una metodología de la ciencia conductual común. Así, al final de los años ochenta, la identidad claramente definida de la TC como algo único entre las terapias empezó a desdibujarse. Cada vez se hizo más difícil decidir cuál era y cuál no era TC. Estos hechos tenían características positivas o negativas, dependiendo del punto de vista del observador.

Al final de los años noventa, la TCC era dominante y los terapeutas cognitivo-conductuales se convirtieron en la mayoría. Desafortunadamente, algunos clínicos empezaron a tomar atajos metodológicos, quizás debido a un deseo de mejorar la visibilidad profesional o quizás para favorecer el surgimiento de un nuevo paradigma. En primer lugar, el paradigma psicodinámico reinante dio paso a un nuevo paradigma que hoy día puede denominarse TC tradicional. Entonces, según algunos individuos notablemente desencaminados, ha tenido lugar otro cambio de paradigma, la era de la TCC. El hecho de que, en mayor o menor medida, la cognición entró inevitablemente en toda la TC fue pasado por alto. En lo que a mi concierne, pienso que no hay una diferencia cualitativa entre la TC y la TCC y por lo tanto no ha ocurrido un cambio de paradigma.

En 1981, planteé la siguiente pregunta, aplicable hoy día con mayor razón: «¿En el año 2081 seremos muchos, o quizás uno, o tal vez ninguno?» (Franks, 1981). En el año 1998 continué reflexionando sobre el futuro de la TC y planteaba una pregunta relacionada y todavía sin contestación: «¿De qué manera la TC y sus ramificaciones pueden incluir la diversidad y conservar su identidad, una identidad que en una época era única entre las terapias?». A este respecto, sensato es decirlo, con todos los avances de la TC y la TCC, poco o nada conceptualmente innovador ha surgido desde que la TC comenzó hace más de medio siglo. Me doy cuenta ahora que sería triste, aunque no necesariamente un desastre, si la TC, tal como la conocemos hoy día, desapareciera de la faz de la tierra. En una época, hace mucho tiempo, la TC era realmente única entre las terapias. Ahora, para bien o para mal, los acontecimientos posteriores parecen demostrar que, en la práctica,

sino también en la teoría, el “componente de arte” en la TC, en contra de nuestras esperanzas iniciales, parece ser mayor hoy día que lo que originalmente se creía. Ese es el camino de todas las revoluciones ideológicas. Y, cualquiera que sea el futuro de la TC y de la TCC, nuestros principales objetivos son el progreso del conocimiento clínico, la disminución del sufrimiento humano y la mejora de la sociedad a gran escala. Esas preocupaciones deben tener preferencia sobre la ideología y el “ser diferente para mejor” es lo que realmente importa.

Concluyendo, después de leer estos dos volúmenes, estoy contento por la capacidad de los autores de incorporar tanto el espíritu original de la TC, pasando por sus cambios posteriores, y, al mismo tiempo, reflejar fielmente la esencia de la TC y de la TCC tal como son hoy día. Y así, las contribuciones de esos aguerridos paladines como Lewinsohn, Mueser, Barlow, Andrasik, Ladouceur, y Arthur y Christine Nezu, entre otros, conservan su acostumbrado espíritu provocador. Tengo que felicitar al doctor Caballo y a sus colaboradores. Con toda seguridad aparecerá una segunda edición y nuevos volúmenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Eysenck, H. J. (dir.) (1960). *Behaviour therapy and the neuroses*. Londres: Pergamon. Dollard, J. y Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Franks, C. M. (1981). 2081: *Will we be many or one —or none?* Behavioural Psychotherapy, 9.287-290.
- Franks, C. M. (1998). The importance of being theoretical. En J. L. Plaud y G. H. Eifert (dirs.), *From behavior theory to behavior therapy*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

CYRIL M. FRANKS
Distinguished Professor Emeritus
Rutgers University (USA)
20 de mayo de 1998

PREFACIO

VICENTE E. CABALLO¹

Un año después de la aparición del primer volumen del *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* aparece este nuevo volumen, el segundo de este mismo manual. La publicación del volumen 1 fue realmente bien recibida, con reseñas en revistas de Colombia y Brasil, y la traducción al inglés del mismo por la editorial Pergamon Press (Caballo, 1998). Los clínicos encontraron en ese primer volumen unas directrices sistemáticas para comenzar a tratar algunos trastornos psicológicos de especial dificultad, con planteamientos novedosos y estructurados. Los académicos y estudiantes pudieron ver la aplicación práctica, paso a paso, de algunos de los conocimientos teóricos sobre una gran variedad de aquellos trastornos.

Este segundo volumen aspira a ser una continuación satisfactoria del volumen anterior. El contenido del primer volumen seguía con bastante fidelidad la clasificación propuesta por el *DSM-IV* (APA, 1994) Y este segundo intenta hacer lo mismo, a pesar de la dificultad de clasificar o encajar algunos problemas (p. ej., patrón de conducta Tipo A, problemas de pareja o de familia, ira) dentro de ese sistema nosológico. Sin embargo, pienso que al final se ha conseguido un orden coherente y espero que el contenido merezca la pena, especialmente para el clínico practicante. Los capítulos intentan ser esencialmente prácticos, lo mismo que en el primer volumen, aunque no siempre se consigue. Pero el resultado final promete ser de notable utilidad en la práctica clínica.

El contenido general del libro consta de cinco grandes apartados, aunque con algunos desequilibrios de extensión entre ellos, ya que mientras dos de los apartados incluyen un solo capítulo, otros dos abarcan hasta siete. Pero tampoco es que tuviera que existir ese equilibrio. El primer apartado contiene un único y amplio capítulo dedicado a la formulación clínica conductual, algo necesario para todo psicólogo que trabaje en la clínica. Dicho capítulo está escrito por un eminente especialista que diariamente aborda numerosos problemas psicológicos y que tiene una gran práctica en el tema. Su exposición debería ser de gran ayuda para muchos profesionales de la psicología clínica.

El segundo gran apartado trata de temas que tienen que ver con necesidades fisiológicas del organismo, en general, especialmente aquéllos donde la psicología conductual posee estrategias de intervención de probada eficacia. Arcas como el consumo de sustancias psicoactivas o los trastornos de la alimentación son de rabiosa actualidad, con un creciente número de personas bajo la tiranía de los comportamientos ligados a esos elementos. Pero en cuestiones de alimentación no sólo se abordan

¹ Universidad de Granada (España).

problemas como la anorexia o la bulimia, sino también la obesidad, y hasta se expone una serie de conceptos básicos sobre la nutrición y sus consecuencias para la salud. En el último tema de este apartado se abordan los trastornos del sueño y aunque para muchos de estos trastornos no existen tratamientos conductuales, sí está comprobada la eficacia de estas intervenciones para algunos de ellos.

El tercer gran apartado es más heterogéneo y se centra principalmente en problemas físicos que pueden recibir ayuda psicológica, bien como un todo o bien en algunos de sus síntomas. Así, el capítulo sobre afrontamiento del estrés plantea estrategias útiles y aplicadas para combatirlo, desde la práctica del deporte hasta la programación del tiempo. El siguiente capítulo también está relacionado con el estrés y se refiere al tratamiento del polémico patrón de conducta Tipo A, describiendo un programa estructurado para su modificación. Otro tema bien representado en este apartado es el dolor, abordado de forma general o como dolor de cabeza (cefaleas), aunque el síndrome premenstrual también aporta su granito de arena a este tema. Finalmente, el sida o la fase final de la vida tienen su representación en dos sendos capítulos más teóricos, con algunos elementos prácticos.

El cuarto apartado aborda un único tema, los trastornos de la personalidad. Esta área ha sido y continúa siendo de gran controversia en la investigación conductual o cognitivo-conductual y no se poseen actualmente muchas estrategias empíricamente comprobadas de tratamiento para la intervención sobre dichos trastornos. En el capítulo dedicado a este tema, se describen brevemente (como no podía ser de otra forma) procedimientos de tratamiento para los diez trastornos de personalidad incluidos en la clasificación oficial del DSM-IV. El lector puede darse cuenta de las muchas lagunas que hay en este terreno e incluso tratar de mejorar él mismo el tratamiento para este tipo de trastornos, en el caso de que trabaje con pacientes que sufran de esta clase de síndromes.

El quinto y último apartado trata de problemas de comunicación, fundamentalmente con la pareja y la familia. Al tema de las dificultades maritales se le dedican dos capítulos, que aunque se solapan en algunas cosas, en otras muchas se complementan y ayudan. El capítulo sobre los problemas de familia es especialmente novedoso, particularmente porque no existe mucha literatura sobre la intervención cognitivo-conductual con la familia como un todo. Aunque el modelo sistémico tiene copada casi en exclusiva esta área, quizás el capítulo que se presenta aquí sirva para fomentar y estimular otras concepciones y perspectivas sobre el tema, básicamente la cognitivo-conductual. Finalmente, el último capítulo de este apartado (y del libro) aborda de forma práctica un tema de absoluta actualidad, pero bastante olvidado por la psicología clínica científica, como es el afrontamiento de la ira. La presentación de un programa sistemático de intervención en este tema lo convierte en un capítulo verdaderamente atrayente.

Si consideramos conjuntamente los volúmenes 1 y 2 del *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, tenemos más de 40 capítulos de carácter eminentemente práctico, dedicados a problemas clínicos, y más de 80 colaboradores, muchos de ellos autoridades máximas en sus respectivas disciplinas. Creo que estos dos volúmenes dan una buena idea del estado del área de la terapia cognitivo-conductual «en los años noventa» (remendando el “descuido” que el autor del Prólogo del presente volumen, Dr. Cyril M. Franks, señala en el mismo).

No quisiera terminar este breve prefacio sin dedicar un breve y cariñoso recuerdo al autor del prólogo para el volumen 1, el Dr. Hans J. Eysenck, quien falleció en el ínterin entre la aparición de ambos volúmenes, y al Dr. Joseph Wolpe, quien se había comprometido a escribir el prólogo para este segundo volumen y su repentina muerte hace unos meses nos privó de ello. Desde aquí quiero expresar de nuevo mi más sincero agradecimiento personal y profesional a ambas figuras, claves en el origen y desarrollo de la terapia conductual (véase Caballo, 1997a, b; Franks, 1998). El esfuerzo que ellos realizaron hace varias décadas, enfrentándose a un entorno inicialmente hostil, defendiendo y propagando el conocimiento y el método conductual, se ve quizás recompensado de alguna manera por la vitalidad del campo hoy día, muestra de lo cual son los dos volúmenes del presente manual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* - 4.a edición (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Caballo, V. E. (1997a). Adiós, Dr. Eysenck... *Psicología Conductual*, 5, 297-299.
- Caballo, V. E. (1997b). En memoria de Joseph Wolpe. *Psicología Conductual*, 5, 467-469.
- Caballo, V. E. (1998). *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders*. Oxford: Pergamon.
- Franks, C. M. (1998). Prólogo. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.

RELACIÓN DE AUTORES

- James F. Alexander**, Ph. D., University of Utah, Utah, Estados Unidos.
- Frank Andrasik**, Ph. D., Behavioral Medicine Laboratory, University of West Florida, Pensacola, Florida, Estados Unidos.
- Daniel L. Araoz**, Ph. D., Long Island Institute of Ericksonian Hypnosis, Estados Unidos.
- Ileana Arias**, Ph. D., Department of Psychology, University of Georgia, Athens, Georgia, Estados Unidos.
- Pilar Arranz y Carrillo de Albornoz**, Hospital La Paz, Madrid, España.
- Javier Barbero Gutiérrez**, U.V.A.A. Oficina Regional del VIH/SIDA, Comunidad de Madrid, Madrid, España.
- Jane M. Barbin**, Our Lady of the Lake Regional Medical Center, Baton Rouge, Louisiana, Estados Unidos.
- Pilar Barreto Martín**, Ph. D., Universidad de Valencia, Valencia, España. **Cole Barton**, Ph. D., Davidson College, Estados Unidos.
- Ramón Bayés Sopena**, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Elisardo Becoña**, Ph. D., Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Jan M. Burte**, Center for Health Living, Estados Unidos.
- Vicente E. Caballo**, Ph. D., Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada, España.
- John E. Calamari**, Chicago Medical School, North Chicago, Illinois, Estados Unidos.
- Peter E. Campos**, Ph. D., Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Adama, Georgia, Estados Unidos.
- Juan I. Capafóns**, Ph. D., Dpto. de Psicología, Universidad de La Laguna, Islas Canarias, España.
- Marie A. Carrese**, York College, Estados Unidos.
- Leonidas Castro Camacho**, Ph. D., Centro de Terapia del Comportamiento, Bogotá, Colombia.
- Enrique Cobaleda Atencia**, Dpto. de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Málaga, España.
- Miles Cox**, Ph. D., University of Wales, Bangor, Gwynedd, Reino Unido.
- Jerry L. Deffenbacher**, Ph. D., Department of Psychology, Colorado State University, Colorado, Estados Unidos.
- Cyril M. Franks**, Ph. D., Rutgers University, New Brunswick, Princeton, N.J., Estados Unidos.
- José Luis Graña Gómez**, Ph. D. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Elizabeth Á. de Greiff**, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia.
- Amy S. House**, Department of Psychology, University of Georgia, Athens, Georgia, Estados Unidos.
- Mervin Langley**, Clinical Psychology Associates, Burlington, Wisconsin, Estados Unidos.
- Rebekah S. Lynch**, Ph. D., Tri-Ethnic Center for Prevention Research, Department of Psychology, Colorado State University, Colorado, Estados Unidos.
- Miguel Morell Ocaña**, Dpto. de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Málaga, España.
- Carol A. Morse**, Ph. D., Royal Melbourne Institute of Technology, Bundoora, Victoria, Australia.

- Marina J. Muñoz-Rivas**, Práctica privada, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Francisco Navarro**, Ph. D., Dpto. de Psicobiología, Universidad de Málaga, Málaga, España.
- Antonio del Pino**, Ph. D., Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, Tenerife, España.
- Phillip L. Rice**, Ph. D., Department of Psychology, Moorhead State University, Estados Unidos.
- Michael S. Robbins**, Ph. D., University of Miami School of Medicine, Estados Unidos.
- Anderson B. Rowan**, Ph. D., Landstuhl Regional Medical Center, Landstuhl, Alemania.
- J. Carlos Sierra**, Ph. D., Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada, España.
- Cheryl F. Smith**, Our Lady of the Lake Regional Medical Center, Baton Rouge, Louisiana, Estados Unidos.
- Carmen D. Sosa**, Ph. D., Dpto. de Psicología, Universidad de La Laguna, Islas Canarias, España.
- Bradley Thomason**, Ph. D., Department of Family Medicine, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia. Estados Unidos.
- María Nieves Vera Guerrero**, Ph. D. Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada. España.
- Donald A. Williamson**, Ph. D., Department of Psychology, Louisiana State University, Louisiana, Estados Unidos.

ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

1. FORMULACIÓN CLÍNICA CONDUCTUAL

LEONIDAS CASTRO CAMACHO y ELIZABETH ÁNGEL DE GREIFF¹

I. INTRODUCCIÓN

La labor de la actividad clínica que, sin lugar a dudas, representa el mayor reto para el terapeuta de conducta es la de poner en orden, dentro de un modelo de relaciones causales, un conjunto de datos e informaciones que se consideran relacionados con los motivos por los que un paciente decide buscar ayuda profesional y que brindan las bases para diseñar un programa de intervención dirigido a mejorar las condiciones de vida de la persona. Esta labor no es muy diferente a la que desempeña el científico cuando busca poner orden en un conjunto de observaciones de fenómenos naturales que se presentan de una forma aparentemente caótica, permitiéndole identificar las variables de mantenimiento y lograr un mayor control sobre el medio natural. Sin embargo, el vertiginoso desarrollo de la investigación en psicología clínica conductual y de una tecnología de gran eficacia para el tratamiento de diversos trastornos de comportamiento, así como el énfasis en métodos de intervención derivados de supuestos teóricos que se centran en procesos psicológicos únicos (sean de naturaleza biológica, cognitiva, emocional o conductual), han propiciado que no se le dé la importancia suficiente a la formulación clínica conductual. Esta sirve de guía para decidir sobre el tipo de tratamiento más eficiente, es decir, aquél con la mejor razón coste-beneficio, en un paciente determinado. Además, permite identificar y ordenar los múltiples determinantes del comportamiento, a nivel general, y la diversidad de las interacciones entre procesos psicológicos básicos que dan como resultado trastornos psicológicos, los cuales, aunque similares en sus manifestaciones, presentan importantes diferencias en las causas que los originan.

La formulación clínica conductual no solamente es aplicable al proceso terapéutico del paciente individual, sino que subyace a cualquier intervención que requiera desarrollar hipótesis sobre las relaciones de causalidad que dan lugar a determinados resultados en diversos ámbitos. La gran eficacia y utilidad de “paquetes” o sistemas estandarizados de tratamiento, como los que se describen en otros capítulos de esta obra (volúmenes 1 y 2), responde a la formulación de modelos de causalidad que involucran múltiples procesos o dimensiones.

La destreza en la realización de esta tarea se ha atribuido fundamentalmente al grado de experiencia del terapeuta, a su intuición o a lo que se ha denominado el “ojo clínico”, sin que se haya especificado de forma sistemática un conjunto de pro-

¹Centro de Terapia del Comportamiento y Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá (Colombia), respectivamente.

Muchos de los conceptos aquí presentados han sido el resultado de discusiones con B. Ballesteros, C. Castro, M. C. Cuevas, C. de la Espriella, P. Gaviria, P. Martínez, C. Pereira, M. Pieschacón y S. Restrepo.

cedimientos u operaciones que permitan desarrollar de modo más eficiente las habilidades para realizar, además de la evaluación, una adecuada formulación del conjunto de problemas que presenta una persona. Afortunadamente, con el desarrollo de la metodología científica aplicada a la investigación de los factores que determinan el comportamiento y con la integración entre investigación básica y programas de aplicación, ya existe un cuerpo de conocimientos y un conjunto de procedimientos que permiten desarrollar un modelo coherente de explicación de la conducta. Los avances de la investigación en la teoría del comportamiento, en neurociencias y en otras disciplinas relacionadas con la comprensión de las causas de la conducta humana constituyen, por lo tanto, una base sólida para desarrollar modelos de aplicación que faciliten la sistematización del proceso de ordenación de la información disponible para dar lugar a formatos eficaces de intervención.

De acuerdo con los planteamientos anteriores, este capítulo trata de hacer un recuento de la evolución del concepto de formulación clínica y presentar un modelo causal que sirva de marco de referencia para desarrollar, de forma sistemática, un conjunto de procedimientos y actividades que permitan organizar el proceso de evaluación para llevar a cabo una adecuada formulación que posibilite generar un plan de tratamiento. Debido a lo extenso del tema, a la especial dificultad en el proceso de organización de la información y al intento de establecer un modelo causal en el manejo de casos individuales, este capítulo se centrará en la formulación clínica del caso individual. Sin embargo, gran parte de los procedimientos aquí descritos son de gran utilidad para el desarrollo de programas estandarizados de grupo y para intervenciones a nivel organizacional o social, en los que tiene la misma pertinencia el desarrollo de modelos de causalidad del problema como guía en el proceso de formulación y validación de hipótesis a través del diseño de programas de intervención.

La primera parte del capítulo definirá el concepto de formulación clínica desde una perspectiva tanto clínica como teórica. Se analizará la evolución de la formulación a través de diversos intentos de explicación del comportamiento y las dificultades inherentes a cada uno de ellos, estableciéndose el lugar que ocupa la formulación clínica conductual con respecto al proceso de evaluación. En la segunda parte, se presentará un modelo de explicación de la conducta basado en la metodología de la investigación sobre teoría del comportamiento y sobre otras disciplinas relacionadas. Con base en el cuerpo de conocimientos generados a través de la investigación científica, se presentará de forma detallada un esquema metodológico que permita desarrollar una formulación clínica con claras implicaciones para la elaboración de un plan de tratamiento. Aunque existen excelentes descripciones tanto del proceso de evaluación conductual (p. ej., Bellack, 1993; Bellack y Hersen, 1988; Fernández-Ballesteros, 1994; Godoy, 1991) como del enfoque clínico de la formulación conductual (Meyer y Chesser, 1970; Meyer, Liddell y Lyons, 1977; Meyer y Turkat, 1979; Wolpe, 1958, 1982; Wolpe y Turkat, 1985), en muchos casos se ha restringido el análisis a los procedimientos básicos de selección de conductas y al planteamiento de técnicas de intervención, o a la relación entre diversos motivos de consulta, pero no a la integración en un modelo que permita desarrollar una metodología sistemática de formulación y prueba de hipótesis clínicas. En este capítulo se hará énfasis primordialmente en la relación entre el proceso de formulación y un modelo integrador que facilite y sistematice dicho proceso de formulación, la comprobación de hipótesis y el estableci-

miento de relaciones causales, permitiendo conciliar muchas de las aparentes discrepancias internas del modelo conductual que, simplemente, hacen énfasis en procesos distintos que dan lugar a resultados conductuales semejantes.

II. DEFINICIÓN DE LA FORMULACIÓN CLÍNICA

Desde sus inicios, la terapia de conducta se caracterizó por la aplicación de la metodología científica al estudio intensivo del caso individual (Eysenck, 1960; Shapiro, 1961, 1966, 1970; Wolpe, 1958; Yates, 1970). Se trataba de aplicar los mismos procedimientos y métodos que se utilizaban en la investigación científica, es decir, la observación sistemática, la formulación de hipótesis que relacionan los eventos, la validación de tales hipótesis a través del control de variables, la observación y medición de los resultados, y la formulación de enunciados teóricos sobre las variables responsables del mantenimiento del comportamiento. Así, a pesar de las divergencias en cuanto a énfasis teórico entre modelos E-R, de aprendizaje social, de análisis conductual y modelos mediacionales/cognitivos, todos comparten el mismo compromiso con la metodología científica y con la validación empírica como medio fundamental de adquisición del conocimiento. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la formulación clínica se ha asimilado al proceso de formulación y validación de hipótesis, lo cual ha hecho difícil la formulación de modelos más amplios de explicación de la interacción de los diversos procesos y, al mismo tiempo, ha favorecido la proliferación de enfoques teóricos.

Es necesario diferenciar entre formulación de hipótesis y formulación clínica. La primera se refiere al establecimiento de relaciones tentativas entre eventos específicos o conjuntos de eventos, de carácter probabilista, sujetas a validación, que permite hacer predicciones sobre el comportamiento. La segunda, es decir, la formulación clínica, además de la formulación de hipótesis implica la generación de un modelo causal dentro del cual se enmarcan y se interrelacionan las distintas hipótesis. El establecimiento de un modelo molar explicativo de relaciones causales permite, además, aplicarlo a diversos campos, que van desde el esquema tradicional clínico de intervención intensiva en el caso individual (terapia del comportamiento), pasando por la intervención conductual en el medio organizacional, hasta el abordaje de problemas sociales a nivel molar, como los trabajos de prevención de la salud a nivel comunitario o la modificación del comportamiento de grandes segmentos de la población (Gradf, Elder y Booth, 1993).

En última instancia, la formulación clínica constituye la prueba máxima de la fortaleza de una teoría del comportamiento, ya que está abordando, en la práctica, la pregunta fundamental que se hacen los investigadores en condiciones de mayor nivel de control, es decir, ¿cuáles son las variables que determinan la conducta? La formulación clínica se remite al problema fundamental de la ciencia del comportamiento, es decir, al de la causalidad. En efecto, el tipo de formulación clínica es lo que diferencia a los enfoques basados en el método científico de aquellos basados en el conocimiento ideológico o clínico. Más que las técnicas en sí mismas, que pueden ser comunes a distintos enfoques terapéuticos, hay dos características que determi-

nan la diferencia fundamental entre los diversos enfoques o tipos de terapia: la metodología o forma en la que se establecen relaciones entre los datos observados y el marco teórico que sirve de fundamento para el establecimiento de las mismas. El resultado de estas operaciones da lugar a un conjunto de proposiciones tentativas causales sobre las variables que explican el desarrollo y mantenimiento del comportamiento. A continuación profundizaremos sobre estas dos características a partir de los diferentes modelos de explicación clínica.

II.1. *Metodología de la formulación clínica*

Tal y como se afirmó en la introducción, el conjunto de pasos o actividades que se requieren para realizar una formulación clínica son los mismos que utiliza el científico en el proceso de investigación. El objetivo último es el mismo, es decir, aumentar el nivel de información y de conocimiento válido sobre fenómenos naturales para tener un mayor grado de control. Sin embargo, en el caso del investigador, dicho conocimiento busca establecer la influencia de una variable o un número ilimitado de variables sobre un gran número de instancias, individuos, o situaciones, para, de esa forma, llegar a enunciados generales; mientras que en el caso clínico, se busca desarrollar control sobre una gran diversidad de variables que determinan el comportamiento de un paciente particular. Aunque ambas actividades están estrechamente relacionadas (puesto que el conocimiento general tiene repercusiones en el desarrollo de la tecnología para modificar situaciones particulares y el conocimiento de muchas situaciones particulares permite desarrollar un conocimiento general aplicable a una gran diversidad de situaciones), las condiciones específicas de control y los criterios de toma de decisiones en la investigación o en la clínica están guiados por diferentes prioridades.

II.1.1. Fuentes de generación de hipótesis

Puesto que la formulación clínica se basa en la formulación de hipótesis sobre relaciones entre distintos tipos de eventos, es preciso analizar primero las dos principales fuentes de información que permiten generar hipótesis clínicas; los datos directos de la observación del comportamiento y el conocimiento de regularidades derivado a partir de un marco teórico.

Observación y recogida de datos. Como en cualquier tarea de investigación científica, el paso inicial, que va a determinar gran parte de la actividad posterior, tiene que ver con la decisión sobre el tipo de información que se va a obtener, es decir, con la naturaleza de los datos. Dicha decisión, a su vez, depende de los supuestos teóricos sobre la relevancia de la información.

En las explicaciones que podríamos denominar de “sentido común”, los datos conductuales que se observan suelen asimilarse, con frecuencia, a rótulos o adjetivos que tienen características de generalidad. En otras palabras, se confunde el dato primario observado, como, por ejemplo, el niño que prefiere ver la TV a estudiar,

con la característica de que el niño es “perezoso”; o el marido que prefiere estar con sus amigos a participar en actividades familiares, con la etiqueta de “egoísta”. Al confundir el evento objetivo con la explicación se pierde una gran cantidad de información. En estos casos, se le está dando otro nombre al comportamiento observado y se supone que ese nombre constituye una explicación. En realidad se trata de una pseudoexplicación, porque no hay forma de validar dicha hipótesis de una forma distinta a la observación del propio comportamiento. A menos que se especifiquen las variables (diferentes del mismo comportamiento observado) de las que depende el ser “perezoso”, no se está dando una verdadera explicación. Es decir, al no estar especificados los procesos causales, dicha “explicación” tampoco proporciona ninguna información válida sobre la forma de cambiar el comportamiento. Puesto que no existe una relación de causalidad entre no estudiar y ser perezoso, no es posible instaurar un método que permita modificar ni el rótulo general ni, mucho menos, el comportamiento en cuestión.

Por consiguiente, los datos primarios que se utilizan para realizar la formulación deben ser suficientemente específicos, de tal forma que la fase de “explicación” o de enunciado de hipótesis tentativas sea el resultado de un procedimiento sistemático de formulación y comprobación de hipótesis. Como veremos más adelante, estos datos se refieren a conductas directamente observadas, a autoinformes sobre acontecimientos actuales o históricos y a mediciones directas de los efectos de diversos procesos básicos.

Marco teórico. Una fuente adicional de hipótesis, además de la observación de datos conductuales, tiene que ver con la teoría que guía al clínico en la determinación de posibles relaciones causales. Sin embargo, la existencia de un cuerpo organizado de conocimientos no garantiza que pueda generar hipótesis científicamente validables, pudiendo filtrar la formulación de hipótesis que no están contempladas por el marco teórico, lo cual lleva a una explicación parcial del comportamiento. A continuación analizaremos algunos de los problemas que puede plantear la teoría como fuente de generación de hipótesis clínicas.

a. Hipótesis generadas por modelos teóricos no validados. La explicación de los fenómenos en función de cuerpos organizados de conocimiento que no han sido adecuadamente validados, pero que aparentemente ofrecen una explicación plausible a lo que se trata de entender, no es suficiente para generar hipótesis de utilidad. Así, en el caso de una persona con ataques de pánico no explicados atribuidos a la influencia de una brujería, se derivaría que es necesario aplicar procedimientos para exorcizarla de los espíritus malignos, con lo que se está acudiendo a un cuerpo de conocimientos organizados de acuerdo con ciertos postulados, pero que en sí mismos no se pueden someter al rigor del escrutinio científico. De forma similar, muchas de las explicaciones tradicionales realizadas en términos del modelo psicoanalítico pueden dar resultados semejantes. Cuando se trata de formular clínicamente la conducta del secuestrador de aviones como una forma de volver al vientre de la madre —la aeronave es una representación del útero materno—, aunque se está acudiendo a un cuerpo organizado de supuestos sobre el origen del comportamiento, no podemos hablar de una

teoría científica, puesto que dicho conjunto de explicaciones no ha sido validado o comprobado científicamente ni es susceptible de verificación empírica. Aunque este tipo de formulaciones se basa en un cuerpo organizado de conocimientos, no podemos decir que tal organización, que puede ser internamente coherente, sea válida, es decir, corresponda a un referente empírico externo. Para que la formulación de hipótesis tenga características científicas, no basta con que se haga de acuerdo con una teoría, sino que dicha formulación teórica debe ser validable y verificable.

Por otro lado, puesto que la “formulación” basada en este tipo de postulaciones tiene un carácter general, no se derivan implicaciones para un tratamiento diferencial. En efecto, los pacientes con distintos tipos de problema reciben el mismo tipo de tratamiento, basado en el conjunto de procedimientos dictados por el modelo teórico de base, sea psicoanálisis, terapia centrada en el cliente, etc., y la técnica también corresponde al conjunto de herramientas de cada modelo (p. ej., interpretación de sueños, asociación libre, etc.).

b. Hipótesis generadas por modelos teóricos monosistémicos. Dada la premura del clínico para poder plantear formulaciones globales que le permitieran relacionar distintos tipos de problemática y el vacío existente en cuanto a alternativas para poder tener una comprensión más integral de diversas quejas clínicas, se ha dado un terreno propicio para adoptar modelos teóricos que buscan ordenar una mayor diversidad de problemas de una forma coherente y organizada. Dentro de este contexto, surgen las formulaciones teóricas de explicación que incorporan sistemas de respuesta únicos como forma de explicación de múltiples eventos conductuales. En este caso, la formulación de la hipótesis basada en la teoría se reduce solamente a un nivel de influencia causal. Para ilustrar este tipo de formulación parcial analizaremos algunos supuestos sobre diferentes formulaciones parciales del mismo fenómeno observado.

En el ejemplo sobre la naturaleza de la depresión, se han formulado múltiples teorías que buscan explicar la covariación de respuestas clínicamente observadas. Una posible formulación de hipótesis se puede basar en las teorías biológicas que tratan de explicar determinados fenómenos conductuales (McNeal y Cymbolic, 1986). Dentro de la tradición del modelo médico, que intenta comprender los fenómenos del comportamiento en función de procesos de enfermedad, se han realizado múltiples investigaciones para someter a prueba tales hipótesis. De acuerdo con esta visión, la depresión como rótulo o enfermedad se puede explicar según un proceso disfuncional en el metabolismo cerebral a través del cual hay una disminución en los niveles de serotonina en pacientes deprimidos en comparación con los de pacientes no deprimidos. Esto ha llevado a formular una teoría biológica de la depresión que atribuye los resultados conductuales a dichos desórdenes metabólicos y, por lo tanto, los tratamientos están dirigidos a corregirlos a través de medicación antidepressiva. Este tipo de explicación acude al proceso biológico para tratar de entender todos los casos en los cuales se observa el conjunto de elementos que caracterizan a la “depresión”. Sin embargo, tal explicación no es de carácter exhaustivo puesto que hay múltiples casos que no se pueden explicar solamente con base en disfunciones biológicas. De hecho, el tratamiento que busca corregir dichas disfunciones a través de la medicación que inhibe el proceso de recaptación de serotonina, solamente tiene efectos parciales en el 70% de los casos (Free, 1989; Paykel, 1982).

Desafortunadamente, con frecuencia la formulación teórica se desprende de las observaciones de los efectos de ciertos fármacos, como ocurre en el caso de las teorías biológicas del origen de la depresión o de la ansiedad, y no al contrario, es decir, que los tratamientos se desprendan de una formulación teórica independiente de los efectos del tratamiento en sí mismo.

Algo similar ha sucedido en el modelo conductual, dando lugar a la diversidad teórica que se observa en la actualidad. En efecto, la discrepancia que se produce entre los conductistas radicales, los cognitivistas, los neoconductistas, etc., corresponde aún a los intentos de formular teorías coherentes pero que tienden a hacer énfasis en un proceso único, aplicable a todos los individuos. Así, podemos mencionar las formulaciones hechas en términos cognitivos o las que acuden a modelos analítico-conductuales, por nombrar solamente las más representativas (Bandura, 1977; Kendall y Bemis, 1983).

Las formulaciones mediacionales, que tratan de explicar la causa de los fenómenos comportamentales observados en función de la influencia del sistema cognitivo a través del cual se transforma la información, han ofrecido una alternativa atractiva para los clínicos conductuales. En el caso de la depresión, por ejemplo, los modelos cognitivos suponen que el origen de los fenómenos depresivos radica en disfunciones a nivel cognitivo, tales como distorsión de la información percibida, pensamientos automáticos negativos, "esquemas" depresogénicos o ideas irracionales (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1976; Ellis, 1962; Freeman, Simon, Beutler y Arkowitz, 1989; Melchembaum y Cameron, 1982; Shaw y Beck, 1981). De acuerdo con estos postulados, dado que lo que influye sobre el comportamiento y sobre los procesos emocionales no son los acontecimientos externos en sí mismos, sino la interpretación que el individuo hace de ellos, el objetivo fundamental de la intervención sería modificar los patrones de interpretación de la realidad. Por lo tanto, la formulación clínica debe dirigirse a la identificación de la naturaleza de las distorsiones cognitivas y a establecer relaciones entre dichas distorsiones y las manifestaciones específicas de las cuales dependen. En cierto modo, la identificación y reestructuración de tales distorsiones tiene una influencia fundamental sobre la modificación de los objetivos de la intervención².

Este tipo de formulación ha mostrado su utilidad en la comprensión y modificación con éxito de determinados problemas clínicos, especialmente la depresión y algunas clases de trastornos por ansiedad, pero a pesar de haber tratado de extender su utilidad a la mayoría de los problemas de comportamiento, se observan múltiples casos en los que la intervención exclusivamente a nivel cognitivo no es suficiente para producir un cambio en la conducta. Esta limitación fue reconocida por los mismos exponentes del modelo desde un principio, como se evidencia en el contenido del libro original de Beck sobre el tratamiento de la depresión en el cual dedica una sección nada desdeñable a las técnicas conductuales y al establecimiento de pro-

² Es importante señalar que la formulación clínica mediacional constituye una primera aproximación a una organización jerárquica de la formulación clínica. En efecto, de acuerdo con este modelo, al intervenir directamente en un proceso básico, como la transformación de la información, por ejemplo, modificando distorsiones cognitivas como sobregeneralización, personalización, inferencia arbitraria, etc., se van a producir cambios en instancias específicas de los comportamientos problema sin necesidad de intervenir en cada uno de ellos.

gramas de actividades como estrategias necesarias de intervención. Últimamente, con el auge del movimiento cognitivo, se ha observado una tendencia a explicar numerosos problemas, aparte de la depresión, desde este enfoque teórico, como la ansiedad (Beck y Emery, 1985), la conducta adictiva (Beck y Emery, 1977), los conflictos de pareja (Beck, 1988), los trastornos de personalidad (Beck, Freeman *et al.*, 1990), el juego patológico (Sharpe, 1997), los trastornos disociativos (Fine, 1997), etc. El problema de esta tendencia no es que los elementos cognitivos no sean relevantes, sino que se trate de acomodar o explicar en términos cognitivos distintos tipos de problemas en los que participan muchos otros procesos (Hineline, 1984). Esta misma crítica que se le puede hacer a las teorías que se limitan a variables motivacionales para explicar diversos tipos de fenómenos, como, por ejemplo, las explicaciones de la depresión basadas solamente en la pérdida de reforzadores o del valor de refuerzo de los estímulos (Costello, 1972; Ferster, 1973; Lewinsohn, 1975). Dicha posición no permite abordar muchos casos en los cuales puede haber una intervención del sistema biológico o un déficit primario en los sistemas de transformación de la información.

A pesar de que ciertas explicaciones pueden cumplir con los requisitos de validación empírica, solamente abordan una parte del complejo del proceso causal. Es como si cada teoría buscara “explicar” múltiples eventos conductuales acomodándose a su formulación teórica. Las formulaciones teóricas con base en un solo sistema se apoyan en algo que podríamos denominar la primacía teórica, por medio de la cual pretenden adaptar los distintos casos observados para que se acomoden a una especie de “teoría universal” que intenta explicar la mayoría de dichos casos de acuerdo con un modelo teórico particular. Sin embargo, no se considera la posibilidad de que se estén describiendo los resultados de diferentes tipos de subgrupos en los cuales están interviniendo diferencialmente distintos procesos que dan lugar a resultados semejantes. Puede haber algunos casos específicos en los cuales se observan resultados de “depresión” o de “ansiedad”, que se deben a la intervención diferencial de diversos tipos de procesos, en cuyo caso no estamos hablando de entidades homogéneas, a pesar de que compartan manifestaciones fenomenológicas semejantes, sino de resultados de la interacción diferencial de diversos procesos causales. De hecho, para el clínico con experiencia, dos casos de claustrofobia que presentan las mismas manifestaciones psicopatológicas, pueden representar procesos causales totalmente diferentes. En ese sentido, una formulación parcial que trate de explicar el fenómeno en términos de una proposición teórica universal, ya sea biológica, cognitiva o conductual, será claramente insuficiente. En efecto, gran parte de los resultados contradictorios que se encuentran en las investigaciones sobre los efectos del tratamiento en las mismas entidades psicopatológicas se pueden atribuir a que las entidades que se consideran homogéneas por sus manifestaciones fenomenológicas no lo son, puesto que se deben a la interacción de procesos enteramente diferentes. Así, cuando se habla de que se seleccionaron 40 pacientes depresivos o ansiosos, es posible que se refiera a 40 personas que presentan manifestaciones semejantes, es decir, que cumplen los criterios diagnósticos del *DSM-IV*, pero que en realidad corresponden a resultados de la interacción de distintos procesos. Por consiguiente, difícilmente se puede esperar que respondan de forma similar al mismo procedimiento de intervención que aborda solamente uno de los procesos causales implicados, proceso que no está igualmente representado en todos los miembros de la misma cate-

goría. Esta tendencia recuerda la antigua parábola sobre los hombres ciegos tratando de describir a un elefante, en la que los que están tocando las patas del animal, lo describen como un árbol, los que están tocando la trompa, como una serpiente, y así sucesivamente. Sin embargo, cada uno tiene solamente una versión parcial y ninguno logra describir al animal completo. Simons, Gordon, Monroe y Thase (1995), al concluir su trabajo sobre los múltiples factores que se deben considerar en el estudio de la depresión, señalan que

puede ser más informativo incorporar más de un campo conceptual cuando se investigan fenómenos complejos como curso de tratamiento y resultados. Por consiguiente, nuestros modelos teóricos podrían mejorarse mediante esta aproximación exploratoria a la integración de variables de diferentes campos, que por lo general se estudian en forma separada. Los hallazgos inconsistentes se pueden deber al hecho de que las variables interactúan de tal forma que los efectos de una dependen del nivel de otra. Además, estos resultados indican que el curso del tratamiento, aún cuando tenga éxito, no es el mismo para todos los pacientes [p. 376].

Una de las conclusiones que se puede extraer de los planteamientos anteriores es que este tipo de formulación facilita lo que se podría denominar un enfoque basado en técnicas. En efecto, la clase particular de tratamiento que recibe un paciente específico depende fundamentalmente del enfoque teórico del terapeuta. De este modo, si un paciente depresivo consulta a un psiquiatra de orientación biológica, probablemente va a recibir diversos protocolos de medicación antidepresiva o de tratamientos biológicos; si consulta a un terapeuta cognitivo, va a recibir el paquete estándar de tratamiento de reestructuración cognitiva; si consulta a un terapeuta ecléctico recibirá un conjunto de técnicas provenientes de distintos modelos teóricos, pero en ninguno de los casos, el tratamiento corresponde a un análisis detallado de los procesos que dan lugar a determinadas quejas clínicas y que implican un tratamiento diferencial de acuerdo, no con la entidad diagnóstica, sino con las variables de las cuales dependen ciertos efectos conductuales, emocionales, afectivos, etc. Ese enfoque se encuentra gráficamente ilustrado en el antiguo adagio que dice que si la única herramienta con la que contamos es un martillo, ¡a todo le vamos a ver cara de clavo! En resumen, aunque el modelo teórico constituye una fuente importante de hipótesis para la formulación, hay que tener en cuenta que es necesario que se cumplan los criterios de validez de la teoría y que, aun en el caso de que la teoría sea válida, ésta debe acomodarse a los hechos y no los hechos a la teoría.

II.1.2. Formulación de hipótesis

El proceso de formulación de hipótesis consiste en un conjunto de operaciones inductivas a través de las cuales se infieren relaciones funcionales tentativas entre acontecimientos, relaciones que tienen un valor predictivo sobre el comportamiento futuro. La característica fundamental de las hipótesis clínicas así formuladas es que puedan someterse a comprobación empírica y tengan la posibilidad de falsarse. En otras palabras, no todas las explicaciones tentativas cumplen con los requisitos de las hipótesis como se entienden en el método científico. Existe una relación funcional cuando dos o más variables comparten la varianza, es decir, cuando podemos

hablar de covariación entre variables, ya sea en términos de topografía o de su valor de control (Haynes y O'Brian, 1990). Las relaciones funcionales no necesariamente implican causalidad; puede haber relaciones funcionales de covariación o correlacionales, en las cuales se observan regularidades entre diversos eventos sin que implique causalidad entre ellos, ya que pueden depender de una tercera variable. En este tipo de relación correlacional no se puede hablar estrictamente de explicación sino de descripción, aunque, como veremos más adelante, puede dar lugar a hipótesis sobre relaciones causales.

Por otro lado, las relaciones funcionales se pueden producir a distintos niveles: el nivel molecular, en el que se busca relacionar acontecimientos discretos, como ocurre en análisis funcional, o el nivel molar, en el que se buscan relaciones entre conjuntos de eventos, como ocurre en el caso de la formulación clínica. Aunque la explicación detallada de las características de las hipótesis científicas está más allá del objetivo de este capítulo y se encuentra exhaustivamente explicada en otras fuentes (Barlow, Hayes y Nelson, 1984; Bellack y Hersen, 1984; Kazdin, 1992; Sidman, 1960), describiremos en términos generales las condiciones básicas de la formulación de hipótesis en el ámbito clínico.

Hipótesis correlacionales: Observación de regularidades. Cuando se observan acontecimientos que suelen ocurrir de forma regular, es decir, que son predecibles en el tiempo, se generan hipótesis que describen variables asociadas o correlacionadas, como ocurre en el caso de los sistemas de clasificación. Sin embargo, con frecuencia se cae en el error de considerar que las asociaciones observadas tienen un valor explicativo, cuando en realidad lo que hacen es sentar las condiciones para la postulación y comprobación de hipótesis causales (Morey, Skinner y Blashfield, 1986).

Gran parte de los modelos de formulación tradicional en psiquiatría y en psicología clínica tratan de establecer un rótulo diagnóstico de acuerdo con las covariaciones observadas en diferentes manifestaciones conductuales, emocionales, fisiológicas y cognitivas de determinados trastornos o síndromes y que corresponden a ciertos modelos taxonómicos o de clasificación diagnóstica previamente establecidos, como el *DSM-IV* (Alarcón, 1995; APA, 1994) o la *CIE-10* (OMS, 1992). Cuando un paciente se queja de que ha perdido el interés por la mayoría de las cosas que antes le interesaban, que ha perdido el apetito, el interés sexual, que tiene dificultades para dormir y que se siente triste la mayor parte del tiempo, la "explicación" que se suele dar es que esos "síntomas" se producen "porque el paciente está sufriendo una depresión". Sin embargo, no habría forma de saber que el paciente tiene depresión si no se dieran tales síntomas. En otras palabras, el rótulo de "depresión" solamente indica un término que se utiliza para resumir un conjunto de manifestaciones conductuales, fisiológicas, cognitivas y afectivas que se dan al mismo tiempo en ese y en otros pacientes, es decir, un grupo de características que covarían y que forman una categoría diagnóstica. No obstante, tal categoría dista de ser una explicación válida, a menos que se especifique de qué procesos dependen tales manifestaciones, independientemente de las características observadas. Cuando la observación de regularidades se basa en una metodología que permite descartar fuentes de error o artificios, constituye el primer paso fundamental en el desarrollo científico, plasmándose en la construcción de taxonomías.

En el caso de la taxonomía psiquiátrica, se ha seguido el modelo médico tradicional que supone que las diferentes disfunciones, quejas o desajustes a nivel psicológico corresponden a entidades patológicas que funcionan de la misma forma que las enfermedades “físicas” y que, por lo tanto, es necesario identificar dichas enfermedades para poder erradicarlas. Sin embargo, como señalan diversos autores, mientras no se demuestre experimentalmente, como ha ocurrido en el campo de la medicina, que dichos procesos corresponden a una enfermedad, es decir, que tienen un origen etiológico común en términos de agentes patógenos o sistemas orgánicos disfuncionales, que siguen un curso predecible, para las cuales se puede establecer un pronóstico y que tienen un tratamiento con resultados que se pueden determinar previamente³, la aplicación de la analogía del modelo médico puede desviar la atención del estudio de los procesos realmente relevantes. En efecto, esto es lo que ha ocurrido en la mayoría de las así llamadas “enfermedades” mentales, donde, salvo algunas excepciones, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (para las cuales se han establecido indicios sobre su etiología y en las cuales se puede determinar un curso y un pronóstico), las alusiones a conceptos en términos de enfermedad son simplemente alegóricas por no haber resistido la comprobación empírica (Sheehan, 1983).

Un segundo problema tiene que ver con los criterios que se siguen para incluir diferentes eventos dentro de la misma categoría (Adams, Doster y Calhoun, 1977; Ciminero, 1986), ya que en unos casos se utilizan criterios etiológicos, en otros fenomenológicos o descriptivos, y así sucesivamente. Aunque este problema se ha tratado de solucionar con la metodología multiaxial del *DSM*, especialmente en cuanto a la separación entre elementos fenomenológicos y etiológicos, aún quedan sin identificar las múltiples diferencias que se pueden dar en cuanto a los procesos implicados. Por ejemplo, el pretender clasificar la ansiedad en términos del estímulo que la genera (si es un objeto específico o una situación social) o en términos de las características de la respuesta, no necesariamente garantiza homogeneidad dentro de la categoría, es decir, que todos los elementos dentro de la categoría diagnóstica no son funcionalmente equivalentes (Wolpe, 1984).

En tercer lugar, se ha observado, a partir del desarrollo de los modelos taxonómicos estándar, que los diversos trastornos no constituyen entidades independientes sino que tienden a asociarse. El concepto de *comorbilidad*, se refiere a la «co-ocurrencia de dos trastornos independientes, a dos trastornos que comparten la misma etiología o a dos trastornos que están causalmente relacionados» (Kendall y Clarkin, 1991). La presencia de la co-ocurrencia de trastornos del comportamiento hace pensar, por lo tanto, en la necesidad de realizar más investigación sobre los factores responsables de las asociaciones observadas. Por ejemplo, la comorbilidad entre trastornos por ansiedad y problemas depresivos, adicciones y trastornos de la personalidad (Brown y Barlow, 1992), las asociaciones entre esquizofrenia y abuso de drogas (Mueser, Bellack y Blanchard, 1992) o entre trastornos de la personalidad y depresión (Shea, Widiger y Klein, 1994), señalan la necesidad de investigar los procesos superiores que dan lugar a estas asociaciones entre trastornos observadas clínicamente y en estudios de investigación.

³ Véanse Krasner y Ullmann, 1965; Ullmann y Krasner, 1966. 1969, para una discusión detallada de este problema.

Finalmente, el hecho de que se siga un modelo taxonómico lleva a que se formulen hipótesis parciales que traten de ajustarse a la taxonomía, pero que no son exhaustivas en cuanto a las posibles explicaciones del resultado conductual. De acuerdo con el modelo taxonómico, la aplicación de procedimientos terapéuticos responde más a la perspectiva teórica de quien hace el diagnóstico, pero, una vez más, no corresponde a la formulación clínica. De esta forma, un psiquiatra de orientación biológica tenderá a utilizar el mismo tipo de tratamiento farmacológico para pacientes diagnosticados con depresión, independientemente de si el paciente tiene déficit en sus procesos cognitivos o en su repertorio de habilidades sociales; el psicólogo de orientación cognitivo-conductual que no realiza una formulación clínica sino que simplemente busca ajustar sus datos a una descripción taxonómica, tenderá a aplicar las técnicas disponibles dentro de su enfoque para el manejo de la depresión, sin entrar a considerar la influencia de otros posibles procesos causales. Cada modelo teórico cuenta con su conjunto de herramientas de intervención que suele ser homogéneo para todos los pacientes que comparten el mismo diagnóstico. A este respecto, la clasificación taxonómica no es de gran utilidad clínica en cuanto a la aplicación de métodos de intervención, puesto que los procedimientos dependen fundamentalmente de la combinación del trastorno y el enfoque teórico, y no discrimina las diferencias que existen entre los pacientes que comparten un mismo diagnóstico. Esto no representaría ningún problema si el método de diagnóstico tuviera validez externa, no solamente consistencia interna, pero como hemos visto anteriormente no es ese el caso, ya que se supone que todos los pacientes que comparten la misma categoría diagnóstica son equivalentes, lo cual no es cierto, a menos que se comprueben los procesos que hacen que se presenten diferentes manifestaciones clínicas.

Para concluir, aunque la observación de regularidades puede ser una fuente significativa de generación de hipótesis clínicas, es importante tener presente que, mientras no se establezca un modelo de explicación causal, que justamente se basa, aunque no se identifica, en la observación de regularidades, no se puede suponer que tal identificación de regularidades constituye una explicación. Más aún, con frecuencia el caer en este error puede desviar la atención del estudio de los procesos causales reales debido a una falsa impresión sobre la comprensión del fenómeno. Sin embargo, la co-ocurrencia y la relación observada entre diversos trastornos, tal como se ha encontrado en los estudios de comorbilidad, indica la insuficiencia de los modelos taxonómicos en la determinación de los factores causales y la necesidad de investigar los procesos responsables de tales covariaciones que puedan permitir el desarrollo de modelos taxonómicos que tengan implicaciones directas sobre el tratamiento a través de intervenciones en los procesos causales.

Hipótesis causales. En las relaciones funcionales causales, a diferencia de las anteriores, no solamente se observan regularidades sino que se puede establecer la direccionalidad de la relación. Para que una relación funcional sea causal, se requiere que haya precedencia de la variable causal, que exista información sobre la probabilidad condicional significativamente mayor que su probabilidad incondicional (si A entonces B, si no A entonces no B) y, en tercer lugar, que las relaciones causales excluyen explicaciones alternativas (Bunge, 1963). Aunque es mucho más fácil atribuir causalidad cuando los acontecimientos relacionados ocurren próximos en el tiempo,

la mayoría de los problemas surgen cuando o bien las causas son distantes o no corresponden a sucesos específicos sino a patrones o relaciones entre eventos. El problema es que la búsqueda de causas en psicología se ha centrado, por una parte, en las causas próximas y no en las finales y, por otra, en acontecimientos concretos del ambiente próximo o, en su defecto, en entidades internas que funcionan como una “pequeña persona”, dentro de la persona real, que causa el comportamiento. Como afirma Rachlin (1976), cuando las personas no encuentran un evento cercano que explique el comportamiento, tienden a inventarse las causas y a colocarlas dentro del organismo. De ahí la proliferación de homúnculos y otras entidades internas para explicar conductas que, aparentemente, no encuentran otra explicación en el tiempo inmediato. Sin embargo, la consideración de un parámetro temporal amplio hace innecesaria la creación de tales entidades, ya que las causas finales ni son eventos únicos (sino mis bien complejas relaciones entre patrones de eventos), ni se tienen que encontrar en el ambiente inmediato, ni mucho menos “encarnarse” dentro del organismo.

Por lo tanto, en el proceso de formulación se busca identificar relaciones funcionales tanto correlacionales como causales que permiten explicar un conjunto de conductas problema en los niveles molecular y molar. Cuando se trata de análisis funcionales moleculares, se establecen relaciones entre unidades ambientales y de respuesta discretas, es decir, se relacionan microeventos ambientales (estímulos exteroceptivos y consecuencias) y respuestas discretas (topografía y parámetros) y se establece la covariación entre propiedades comunes de los estímulos y de las respuestas. Cuando el análisis es de tipo molar, se establecen relaciones entre conjuntos de unidades de respuestas y conjuntos de estímulos relativamente estructurados, presentándose con baja variabilidad. En otras palabras, se relacionan funcionalmente clases de estímulos y clases de respuestas, así como procesos con poca variabilidad. El establecimiento de relaciones funcionales causales a nivel molar permite generar una formulación clínica que describe una organización estructural del comportamiento y, por lo tanto, dar una explicación exhaustiva de las variables causales y los procesos implicados.

II.1.3. Validación de hipótesis

Finalmente, puesto que las hipótesis son afirmaciones tentativas sobre relaciones entre eventos, una condición necesaria para que se cumpla el requisito de la metodología científica es que sean sometidas a verificación a través de contrastación empírica. Puesto que las hipótesis son descripciones sobre relaciones, por definición tienen un carácter predictivo. En consecuencia, la validación de las hipótesis consiste en diseñar las condiciones bajo las cuales puede (o no) cumplirse la predicción. Aunque en el proceso de investigación controlada existen claros criterios de validación de hipótesis a través de métodos estadísticos correlacionales y multivariados y de diseños experimentales (Campbell y Stanley, 1963; Kazdin, 1992), las condiciones en psicología clínica aplicada son diferentes, debido a las limitaciones en el control y a las diferentes prioridades de intervención (Chassan, 1960). Según los diversos tipos de hipótesis se utilizan formas diferentes de validación.

Hipótesis correlacionales. Gran parte de las hipótesis que buscan establecer regularidades se someten a prueba a través de métodos de recogida de información. En primer lugar, el método que se utiliza de una forma regular en el trabajo clínico es la entrevista estructurada. Los procedimientos para establecer la existencia de covariaciones conductuales, por ejemplo, utilizan la contrastación de hipótesis por medio de la entrevista. Un paciente que manifiesta episodios de hiperventilación, taquicardia y sudoración, puede conducir al clínico a formular tentativamente la hipótesis de un trastorno por pánico. Esto le llevará a preguntar al paciente sobre la presencia de otras manifestaciones que covarían con las anteriores, como conductas de escape hacia un sitio seguro, etc. Por lo tanto, el informe del paciente sobre la presencia de otros sucesos conductuales, predichos a partir de la observación de covariaciones, permite someter a comprobación y validar hipótesis sobre covariaciones (Wolpe y Turkat, 1985). En segundo lugar, la aplicación de instrumentos de medición, ya sean inventarios, pruebas estandarizadas o medidas fisiológicas, cumple una importante función en la medida en que fija las condiciones para que se sometan a comprobación las predicciones sobre la covariación.

Hipótesis causales. El control de hipótesis causales por excelencia en la práctica clínica la constituye la aplicación de la intervención que busca modificar el comportamiento del paciente. Así como en la metodología de investigación, en condiciones adecuadas de control, el diseño experimental nos permite establecer las condiciones para la comprobación de hipótesis, en el ámbito clínico, el procedimiento de intervención nos permite modificar las variables de las cuales es función el comportamiento. En el caso del niño que presenta pataletas frecuentes solamente en presencia de su madre, podemos formular hipótesis causales con base en una adecuada observación del comportamiento, generar un método de control, como el entrenamiento en procedimientos de extinción, y observar los efectos sobre la frecuencia de las pataletas. Aunque en algunas condiciones, como el ejemplo anterior, es factible utilizar diseños intrasujeto con el fin de evaluar la validez de la intervención (Hilliard, 1993; Jones, Ghannam, Nigg y Dyer, 1993; Kazdin, 1992), en otras condiciones el clínico se encuentra limitado a la evaluación de los resultados de su intervención. Sin embargo, en cualquiera de los casos, la condición fundamental en el desarrollo de la formulación es la relación que exista entre el resultado de la comprobación de hipótesis, es decir, de la intervención, y la formulación en sí misma. Si no existe tal relación, no es posible hablar de formulación clínica, ya que se viola el principio fundamental de validación de hipótesis clínicas. Por consiguiente, cuando no se cumple la predicción hecha a partir de las hipótesis clínicas es indispensable reestructurar la formulación y no simplemente aplicar por ensayo y error otros procedimientos que poco o nada tienen que ver con ella.

Hipótesis molares. La prueba máxima de la validez de la formulación molar, en la cual se relacionan diversos procesos básicos, no solamente se hace a partir de la eficacia de la intervención, sino también de los cambios que se observan en otros resultados-conductuales sobre los que aún no se ha intervenido. Por ejemplo, si consideramos que en un caso particular, el déficit en habilidades de solución de problemas tiene una relación causal con dificultades en el medio laboral y con problemas

de comunicación familiar, podemos esperar que en la medida en la que se intervenga directamente en el proceso básico a través de un entrenamiento en comunicación de solución de problemas quedan afectados también los resultados de la intervención en otras situaciones.

Una vez revisados los principios metodológicos de la formulación clínica, se analizará la evolución del concepto desde una perspectiva conductual, lo cual servirá de marco contextual para describir el modelo de formulación por procesos básicos que trata de solucionar las limitaciones que presentan las propuestas de formulación conductual.

II.2. *Modelos conductuales de formulación clínica*

A lo largo de este capítulo se ha recalcado insistentemente la importancia del rigor metodológico como base para llevar a cabo la formulación clínica. Sin embargo, el concepto de formulación se ha desarrollado de una forma que refleja los cambios que han sufrido la investigación y la teoría del comportamiento, evolucionando desde modelos proximales y moleculares hasta formulaciones de tipo más molar y distal. En esta sección presentaremos una visión longitudinal de la evolución del concepto, la cual nos permitirá presentar, dentro de un contexto coherente, la propuesta de formulación por procesos básicos, no como un producto terminado sino como una continuación lógica dentro de un proceso en continua evolución.

II.2.1. Formulaciones de análisis funcional: la triple relación de contingencia

Uno de los primeros modelos de organización de la información con mayor influencia en el proceso de formulación clínica se basa en el análisis funcional del comportamiento, que surge de la propuesta desarrollada por Skinner y sus asociados (Baer, 1982; Baer, Wolf y Risley, 1968, 1987; Skinner, 1938, 1953). Aunque, naturalmente, este tipo de análisis no pretende ser un modelo de “formulación clínica”, puesto que se refiere a una forma particular de analizar acontecimientos conductuales, se ha considerado como una aproximación molecular inicial al establecimiento de relaciones causales. De hecho, representa una metodología de observación y un conjunto de procedimientos a través de los cuales se generan y validan experimentalmente hipótesis sobre relaciones funcionales entre el comportamiento y los eventos ambientales. De acuerdo con este modelo, se trata de buscar regularidades entre sucesos conductuales y ambientales que permitan generar un modelo de predicción del comportamiento, en vez de buscar las causas del comportamiento en entidades inferidas dentro del organismo.

A partir de esta posición surgió una metodología para establecer relaciones funcionales entre tres tipos de acontecimientos: estímulos antecedentes, sucesos conductuales y estímulos consecuentes. Este esquema, también llamado de la triple relación de contingencia, trata, por una parte, de establecer la naturaleza y las características de los acontecimientos ambientales de los cuales depende el comportamiento, es decir, los estímulos antecedentes (que facilitan la aparición de la conducta), los

eventos consecuentes y contingencias (que explican los procesos motivacionales que mantienen el comportamiento) y las características de la respuesta (tanto en términos topográficos como en sus valores paramétricos, como frecuencia, intensidad y duración). La metodología del análisis funcional implica algunos pasos importantes: a. la observación de las características del comportamiento bajo ciertas condiciones de control en relación con ciertos eventos ambientales; b. la formulación de hipótesis basadas en un cuerpo de conocimiento científico (p. ej., investigaciones sobre conducta operante) relativo a variables de mantenimiento: control por estímulos, factores de refuerzo y castigo, etc.; c. la introducción de cambios sistemáticos, es decir, la intervención sobre las variables de control identificadas y la medición de los efectos conductuales. Si no se cumple la predicción es necesario generar una nueva hipótesis con base bien en planteamientos teóricos o bien en una mayor muestra de observación conductual. Estos tres pasos, adaptados a diferentes condiciones y restricciones de control, son los que han conformado la metodología del análisis funcional, mostrando su utilidad para una gran cantidad de conductas en diferentes contextos y logrando cambios de comportamiento que no se habían conseguido previamente por otros medios.

Sin embargo, a pesar de la utilidad del análisis funcional en una gran cantidad de contextos, especialmente aquéllos en los cuales es posible determinar acontecimientos discretos y específicos (p. ej., en los contextos relativamente controlados, este tipo de metodología adolece de una limitación propia del nivel de desarrollo de las explicaciones conductuales del momento, es decir, su grado de molecularidad). El análisis funcional es de gran utilidad en el establecimiento de relaciones entre sucesos discretos que tienen cierto grado de contigüidad temporal, pero no en el establecimiento de relaciones de patrones o conjuntos de eventos que tienen lugar en un continuo temporal. En la investigación básica se ha visto la insuficiencia de modelos moleculares para explicar muchos fenómenos complejos de comportamiento y se han desarrollado modelos molares que no se restringen a eventos específicos y a relaciones proximales, sino que incluyen patrones de acontecimientos y relaciones distales (Staddon, 1983). Los datos molares y los moleculares conforman un continuo a lo largo de una dimensión de observación, por lo cual tanto la información a nivel molecular como molar es importante en la comprensión del comportamiento (Rachim, 1976, 1994). A nivel clínico también ha sido evidente la insuficiencia de los modelos moleculares en el análisis y modificación de conductas complejas y la necesidad de plantear modelos de tipo más ecológico, en los cuales se enmarcan los factores contextuales y las relaciones distantes en el tiempo (Biglan, Glasgow y Singer, 1990; Martens y Witt, 1988; Willems, 1974). Por Otro lado, en el campo clínico, el análisis funcional molecular no permite, por su misma naturaleza, evaluar e incluir los factores de historia previa que determinan, en gran parte, el resultado conductual, ni establecer relaciones entre distintos tipos de problema. Finalmente, los hallazgos sobre formas más complejas de influencia a nivel familiar (Whaler y Dumas, 1986), así como los avances en el campo de la psicología de la salud (Schwartz, 1982), han mostrado la insuficiencia de los modelos de análisis funcional en la explicación de comportamientos complejos. Por consiguiente, los modelos formulados en términos de análisis funcional, aunque de gran utilidad en el nivel de análisis de conductas específicas, dejan un vacío para explicar fenómenos conductuales de mayor complejidad (Russo, 1990).

II.2.2. Formulaciones clínicas basadas en múltiples sistemas de respuesta

Un segundo enfoque, proveniente de trabajos de la investigación psicofisiológica y clínica, tiene elementos comunes con el análisis funcional en la medida en la que trata de identificar relaciones entre elementos de estímulos, respuestas y contingencias, pero le añade una dimensión que ha mostrado su enorme utilidad no solamente en el campo de la investigación básica sino en el de las aplicaciones clínicas: la participación de distintos sistemas de respuesta, o más concretamente, de respuestas que están reguladas por diversos sistemas de relaciones. El modelo tripartito de descripción de la ansiedad propuesto por Lang (1976) representa un avance muy significativo para realizar un análisis funcional de fenómenos conductuales más complejos, como la conducta emocional, y ha jugado un papel fundamental en las teorías actuales de ansiedad (Hugdahl, 1981). En efecto, los resultados de los estudios psicofisiológicos sobre la respuesta emocional en los que se encontró que los efectos de situaciones generadoras de ansiedad se manifiestan de forma diferente en distintos canales o niveles de medición, llevó a un modelo de formulación que incluye tres niveles básicos, no necesariamente correlacionados: el nivel fisiológico-autónomo, el cognitivo-verbal y el motor-conductual. En este caso, no solamente se trata de describir las características topográficas de la respuesta y realizar el análisis de contingencia, sino también de tener cuenta la forma diferencial en la que los distintos niveles de respuesta dependen de la influencia de diversos sistemas de relaciones. Por consiguiente, el proceso de análisis funcional se hace más complejo en la medida en la que es necesario describir las relaciones no solamente con acontecimientos antecedentes y consecuentes, sino también entre los diversos sistemas de respuesta. Este modelo ha cumplido la importante función de enriquecer el proceso de análisis, dando lugar a alternativas de intervención en los trastornos emocionales que han mostrado una utilidad clínica y teórica para la formulación. Dicho modelo constituye un desarrollo de gran provecho en el análisis de los problemas emocionales y de ansiedad y abre el camino a la consideración de la influencia diferencial de diversos procesos básicos, como el sistema biológico, los procesos de transformación de la información y el efecto de los factores motivacionales y de contingencias. Sin embargo, debido a la naturaleza molecular del análisis de las unidades de respuesta y al centrarse en la interacción de sistemas en el proceso emocional, tampoco permite el establecimiento de relaciones de tipo molar. Finalmente, aunque en el análisis de la conducta emocional los sistemas de respuesta cognitivo, motor y conductual han mostrado una gran utilidad, no está claro que sean los únicos, ni los más adecuados para estudiar otros tipos de comportamiento.

II.2.3. Formulación analítica conductual

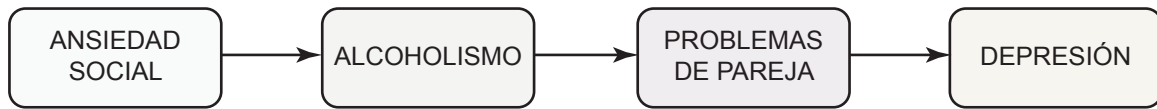
A diferencia de las aproximaciones discutidas previamente, que no pretendían expresamente ser un método de formulación clínica, los primeros intentos por esbozar un modelo inclusivo y coherente de formulación clínica conductual son los propuestos por Wolpe (1973) y por Víctor Meyer y sus asociados (Meyer, Liddell, y Lyons, 1977; Meyer y Turkat, 1979). Este modelo de formulación clínica no es an-

tagónico a los anteriores, sino que los incorpora dentro de un esquema más general que busca lograr una comprensión total de las variables causales que dan lugar a disfunciones específicas a través del establecimiento de relaciones entre los distintos problemas o entidades, con miras a llevar a cabo un método de intervención que responda a las características particulares de cada paciente (Hamilton, 1988).

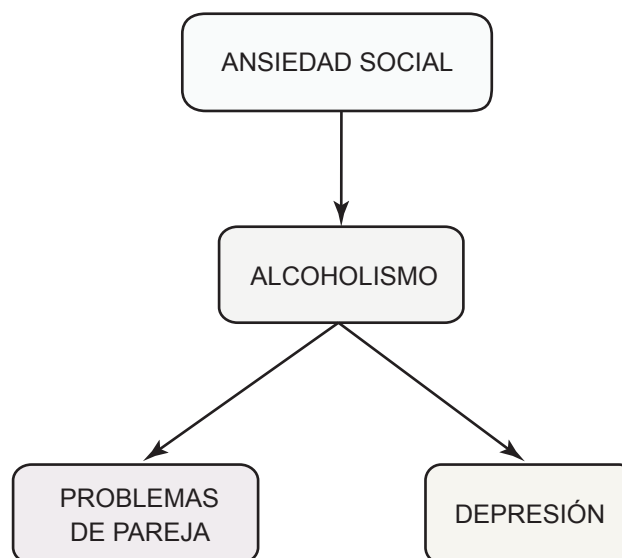
Dentro de la tradición conductual, la formulación clínica se basa en el principio del determinismo, es decir, que el comportamiento es el resultado de ciertas condiciones y que cuando éstas se manipulan sistemáticamente se observa consistencia conductual (Wolpe, 1973, 1980, 1982). De acuerdo con esta propuesta, el clínico debe lograr determinar qué comportamiento, dentro de un repertorio conductual muy grande, se debe modificar y cuáles son los mejores métodos para hacerlo. Para Wolpe, la metodología de la formulación conductual tiene tres fases: *a.* la entrevista con el paciente para desarrollar una formulación de los problemas (que equivaldría dentro de la metodología del análisis funcional a la observación conductual); *b.* una fase de experimentación clínica que busca validar la formulación; y *c.* la metodología de modificación desarrollada a partir de la formulación. De forma similar a los tipos de formulación descritos previamente, se asume un solo proceso, el de aprendizaje, y se parte de la base de que *todo el comportamiento* se puede categorizar de acuerdo con los tres sistemas básicos de respuesta (Lang, 1976; Wolpe, 1973, Wolpe y Turkat, 1985).

Por otra parte, y en estrecha relación con la propuesta de Wolpe, para Meyer y sus asociados la formulación es un conjunto de hipótesis que trata de relacionar entre sí los motivos de consulta, explicar por qué se desarrollan estas dificultades y ofrecer predicciones del comportamiento del paciente bajo ciertas condiciones de estímulos. De acuerdo con estos autores, una formulación analítica conductual debe explicar todos los datos relevantes del paciente. Si éste presenta 15 problemas, tratarlos de uno en uno puede resultar ineficaz y, probablemente, con grandes posibilidades de fracaso. Por lo tanto, el éxito en el tratamiento depende de la modificación de los mecanismos que producen un trastorno particular (Meyer y Turkat, 1979; Turkat y Meyer, 1982). Para esto es necesario especificar: *a.* todos los problemas del paciente, *b.* el comienzo de cada problema, *c.* la evolución de cada problema, y *d.* los factores de predisposición.

La aportación principal de las propuestas de la formulación analítica conductual consiste en permitir el establecimiento de relaciones entre diferentes problemas dentro de un contexto más molar que el representado en los planteamientos anteriores de análisis funcional. En efecto, este modelo busca determinar las relaciones entre las diversas entidades que puede presentar un paciente particular. La formulación de hipótesis, de acuerdo con este enfoque, tiene tres componentes: *a.* identificar la relación funcional entre los diversos problemas que presenta el sujeto, *b.* explicar la etiología de estas dificultades, y *c.* hacer predicciones sobre las respuestas del paciente a situaciones de estímulo futuras. Supongamos, por ejemplo, que se trata de realizar una formulación clínica de un paciente que presenta problemas matrimoniales, pero que al mismo tiempo muestra alcoholismo, ansiedad social y depresión. Se trataría de establecer una cadena causal entre los diferentes problemas. Hay varias posibilidades con respecto a relacionar los distintos tipos de problema. En la figura 1.1 se encuentra

FIGURA 1.1 *Relación lineal entre diversos problemas en la formulación analítica conductual*

un diagrama de la primera posibilidad de interacción entre las diversas entidades. La ansiedad social puede tener una relación causal con el alcoholismo, dadas las características reductoras de ansiedad que tiene el alcohol, generando, a su vez, problemas de pareja y dificultades en el trabajo, que, a su vez, van a generar un estado depresivo. Como se ilustra en dicho diagrama, se trata de una relación lineal entre los diversos problemas. Si elegimos como objetivo de intervención el último eslabón de la cadena, probablemente no se está haciendo un trabajo eficiente, puesto que las causas de la depresión siguen sin modificarse. La ventaja de establecer una relación causal entre los distintos tipos de problema es evidente, ya que permite realizar un trabajo en el que se interviene directamente en los procesos causales. Aunque en este modelo se trata de establecer una relación entre las distintas quejas o motivos de consulta que teóricamente pueden tener sentido, en la práctica es poco probable que estas relaciones correspondan a un modelo lineal simple. De hecho, es más probable que exista una relación jerárquica como la que se ilustra en la figura 1.2, en la cual una entidad particular puede estar contribuyendo al mantenimiento de varias quejas del paciente. En este caso, la ansiedad Social conduce al problema de alcoholismo, el cual, a su vez, puede estar contribuyendo tanto al conflicto marital como al estado depresivo. De acuerdo con esta posición, mientras no se ataque el problema fundamental, en este caso la ansiedad social, es poco probable lograr cambios permanentes en los otros problemas.

FIGURA 1.2. *Relación jerárquica entre diversos problemas en la formulación analítica conductual*

Aunque este modelo de formulación ha sido de gran utilidad en la práctica clínica por permitir relacionar las distintas quejas o motivos de consulta de un paciente y, de esa forma, realizar un plan de tratamiento, tiene todavía la limitación de estar basado en la relación entre entidades clínicas o covariaciones de respuesta sin determinar todavía los elementos de los procesos básicos que pueden ser comunes a varias de ellas. Aunque en el ejemplo anterior, la ansiedad social puede estar relacionada causalmente con los otros problemas del paciente, falta especificar los factores que determinan la ansiedad social, la cual puede deberse a déficit en los repertorios de habilidades sociales o a patrones inadecuados de pensamiento que afectan a los procesos de evaluación. A pesar de que dichos factores no constituyen, en sí mismos, motivos de consulta, sí son determinantes en la cadena causal y se encuentran en un nivel diferente. Por lo tanto, un esquema de formulación que solamente relacione los motivos de consulta es insuficiente, ya que deja sin explicar adecuadamente los procesos básicos que dan lugar a las manifestaciones clínicas. En cierta forma, se puede afirmar que el modelo analítico conductual de formulación reúne las características de molecularidad y de molaridad, aunque no las integra. En efecto, la consideración de que todo el comportamiento se puede describir de acuerdo con los tres canales de respuesta y de que el análisis en términos de antecedentes-respuesta-consecuentes de cualquier problema es el enfoque primario que en esencia clasifica los fenómenos conductuales en variables independientes y dependientes, sigue manteniendo los elementos de molecularidad, aunque la forma en la que se relacionan los diversos problemas sea de tipo molar. Sin embargo, este método no permite identificar de antemano los elementos del proceso comunes a diferentes entidades. Los estudios sobre comorbilidad a los que nos hemos referido anteriormente señalan, por una parte, la complejidad de las relaciones entre los diversos trastornos y, por la otra, la inadecuación de los modelos de relaciones lineales simples para tratar de explicar la asociación entre diversos trastornos (Kanfer, 1985). La formulación de modelos que incorporen diversos niveles de explicación constituye, por lo tanto, una alternativa viable para afrontar el problema de la comorbilidad y de la relación entre los diversos trastornos clínicos.

II.2.4. Evaluación conductual y formulación clínica

No queremos terminar la descripción de los enfoques conductuales sobre la formulación de caso sin hacer referencia al papel central que ha jugado el concepto de evaluación conductual y sin establecer una clara relación entre los dos conceptos. A partir del desarrollo del modelo conductual en psicología clínica (que se apartaba radicalmente de los modelos intrapsíquicos tradicionales al buscar las causas del comportamiento en las relaciones con el ambiente y no en supuestos constructos intraorganísmicos), se hizo clara la necesidad de cambiar también de forma radical el modo como se entendía el proceso de evaluación conductual. El objetivo fundamental de la evaluación se centró, por lo tanto, en la identificación y descripción de las unidades de comportamiento y de las unidades del ambiente que las controlan (Nelson y Hayes, 1979). A diferencia de la evaluación tradicional, en la cual se consideraba que el comportamiento observable era un signo de los constructos causales,

en la evaluación conductual el comportamiento se consideraba como una muestra del comportamiento general bajo condiciones similares (Goldfried y Kent, 1972; Goldfried y Pomeranz, 1968; Goldfried y Sprafkin, 1976). Aunque inicialmente, dentro de la tradición conductual, no se incluían las variables orgánicas dentro de la relación funcional entre acontecimientos conductuales y ambientales, poco a poco el concepto fue evolucionando hacia una perspectiva interaccionista en la que se daba un importante papel a las variables del organismo a través del modelo SORK, considerando las variables del estímulo, del organismo, de la respuesta y de las consecuencias (Goldfried y Sprafkin, 1976; Kanfer y Saslow, 1969; Mischel, 1968). Sin embargo, como señala Nelson (1983), después del auge inicial de la evaluación conductual se observaron varios aspectos de desilusión. En primer lugar, la imperfección del sistema, en la medida en que no reflejaba adecuadamente la realidad al no haber concordancia entre diferentes formas de medir la misma conducta. Segundo, las dificultades prácticas para aplicar el modelo de evaluación conductual en situaciones naturales y, en tercer lugar, la dificultad de desarrollar procedimientos estándar de evaluación conductual.

Aunque en términos teóricos las características de la evaluación conductual han sido ampliamente documentadas (Bellack, 1993; Ciminero, 1986; Fernández-Ballesteros 1994; Fernández-Ballesteros y Carrobes, 1987; Goldfried y Pomeranz, 1968; Haynes, 1978; Kanfer y Saslow, 1969; Nelson, 1983; Nelson y Hayes, 1979; Silva y Martorell, 1991), para efectos del presente trabajo en relación con la formulación clínica podemos mencionar las siguientes características.

Énfasis en el comportamiento observable. A diferencia de los modelos tradicionales de evaluación psicométrica, en los cuales se realizan evaluaciones indirectas, principalmente a través de instrumentos psicométricos y pruebas proyectivas, en la evaluación conductual la mayoría de los esfuerzos se han centrado en el desarrollo de una tecnología de medición y registro del comportamiento observable. De ahí la importancia de desarrollar métodos para medir directamente el comportamiento observable y no simplemente como una señal de un constructo subyacente.

Énfasis en acontecimientos actuales. Una característica típica de la evaluación conductual es el énfasis en los acontecimientos actuales y no en la historia previa. El papel de las variables históricas es menor, no necesariamente por su inferior importancia, sino por su relevancia en la explicación de los eventos conductuales actuales (O'Leary, 1972).

Investigación sobre instrumentos de medición conductual. Así como en la evaluación tradicional gran parte de los esfuerzos se centraron en el desarrollo de modelos teóricos de la medición de constructos (Cronbach, 1970), en la evaluación conductual se han centrado también en el desarrollo de una tecnología de medición del comportamiento observable (Haynes, 1978). Dentro de este enfoque, se ha hecho énfasis en la importancia de incorporar múltiples formas de medir el comportamiento y no solamente un canal aislado, especialmente al considerar la falta de covariación de las distintas medidas conductuales (Lang, 1976).

Descripción de los determinantes situaciones. No solamente se trata de describir los acontecimientos actuales sino la forma en la que están relacionados con las características de la situación. En efecto, una de las características fundamentales de la descripción del comportamiento es su naturaleza funcional en relación con elementos del estímulo asociado. La calidad de las técnicas de evaluación varía con las circunstancias que se encuentran presentes en su aplicación. De ahí la importancia de la especificidad situacional en la metodología de la evaluación conductual (Nelson, 1983).

Énfasis en relaciones funcionales moleculares. Precisamente por el interés en la descripción detallada de fenómenos conductuales y de eventos y relaciones funcionales, una característica fundamental de la evaluación conductual es su naturaleza molecular. Como afirman Nelson y Hayes (1979), «los objetivos de la evaluación conductual son identificar *unidades de respuesta* significativas y las *variables que las controlan*» (p. 1). Es decir, la naturaleza de la evaluación conductual es fundamentalmente molecular.

De acuerdo con la anterior descripción de las características de la evaluación conductual, se puede ver claramente la relación entre los dos procesos, evaluación y formulación clínicas. A pesar de que diferentes autores utilizan de forma intercambiable los conceptos de evaluación conductual y formulación clínica o han incluido la formulación dentro del proceso de evaluación conductual (p. ej., Fernández-Ballesteros, 1994; Muñoz, 1993), se pueden señalar importantes diferencias. Por una parte, como indica Mash (1985), se ha establecido recientemente una distinción entre *métodos específicos* (p. ej., formatos de observación directa, inventarios de reforzadores y pruebas de evitación conductual) y *procesos generales* (que comprenden la síntesis y empleo de esta información). Los métodos corresponden a la categoría de evaluación conductual y se refieren a los aspectos tecnológicos, objetivos, estructurados, fiables y válidos de la evaluación. Por otra parte, los procesos tienen que ver con el análisis conductual, que en este caso pertenece más al campo de la formulación. En cierto sentido se puede afirmar que la evaluación conductual se refiere al desarrollo de la metodología de medición y es de naturaleza descriptiva. La formulación, por otra parte, tiene que ver con el establecimiento de relaciones entre observaciones recogidas a partir de la evaluación conductual y tiene un carácter explicativo. En segundo lugar, y directamente relacionado con el punto anterior, mientras que la evaluación conductual hace énfasis en la medición molecular, la formulación clínica involucra relaciones entre acontecimientos distantes organizadas de acuerdo con un modelo teórico que permite establecer y validar hipótesis y, de esa forma, poder hacer enunciados causales. Por consiguiente, se puede afirmar que los procesos de evaluación y formulación son complementarios en la labor de la actividad clínica. Los instrumentos metodológicos de la medición son condiciones necesarias aunque no suficientes para generar modelos explicativos, mientras que no es posible generar hipótesis explicativas sin que se haya desarrollado una tecnología de medición válida y fiable de los datos que se incorporen en la formulación.

Para resumir, podemos sacar varias conclusiones a partir de la descripción de la evolución de los diversos enfoques con respecto al desarrollo de un modelo de for-

mulación clínica conductual. En primer lugar, las características distintivas de la formulación conductual clínica son: *a.* el desarrollo de una metodología sistemática que permite formular hipótesis verificables sobre relaciones funcionales y/o causales entre acontecimientos observados, haciendo posible el desarrollo de mecanismos de control, es decir, formas de modificación de los fenómenos de interés clínico o motivos de consulta; *b.* la formulación de dichas hipótesis está basada en los datos recogidos a partir de la evaluación conductual; *c.* el proceso de formulación de hipótesis se basa en un cuerpo de conocimientos adquirido a través de la investigación empírica, básica o aplicada, en diversas disciplinas científicas que arrojan luz sobre los fenómenos conductuales de interés; y *d.* está guiado por un modelo teórico que permite abarcar y relacionar los datos obtenidos en los diversos campos de investigación en distintos niveles de molecularidad/molaridad, tanto en términos de su dimensión temporal (es decir, causas próximas y distantes), como en la organización estructural del comportamiento en torno a diversos niveles de explicación (que van desde los sistemas más generales o inclusivos, pasando por niveles intermedios de covariación o entidades, hasta los más específicos como son las respuestas o quejas que conforman el resultado de la acción o interacción de los diversos procesos que actúan en los niveles superiores).

En segundo lugar, aunque los modelos revisados de formulación conductual cumplen con las dos condiciones básicas relativas a la metodología de validación de hipótesis y al estar basadas en un cuerpo de conocimientos adecuadamente validado, requieren de un contexto teórico amplio en el que se puedan enmarcar resultados de la investigación de diversos sistemas de organización conductual. Los modelos moleculares de formulación basados en el análisis funcional de la triple relación de contingencia han mostrado su validez y utilidad en la explicación de eventos conductuales discretos; pero son insuficientes para explicar relaciones entre niveles más generales de organización. Por otra parte, aunque los modelos de formulación que hacen énfasis en sistemas aislados, como el sistema cognitivo o de transformación de la información o los sistemas motivacionales, han mostrado utilidad y eficacia en explicar fenómenos conductuales mediados por los procesos correspondientes, no son exhaustivos para explicar fenómenos dependientes de otros sistemas de organización. Por lo tanto, a continuación se esbozarán las características de una propuesta alternativa de formulación clínica conductual que permite integrar dentro de un modelo coherente los diversos modelos de formulación y, de esa forma, generar un conjunto de herramientas que no solamente tenga una utilidad práctica en el complejo proceso de evaluación y formulación, sino que tenga un valor heurístico en la generación de investigación. Para poder entender con claridad el alcance de esta propuesta, se describirán a continuación los principales supuestos en los que se basa.

III. FORMULACIÓN POR PROCESOS BÁSICOS

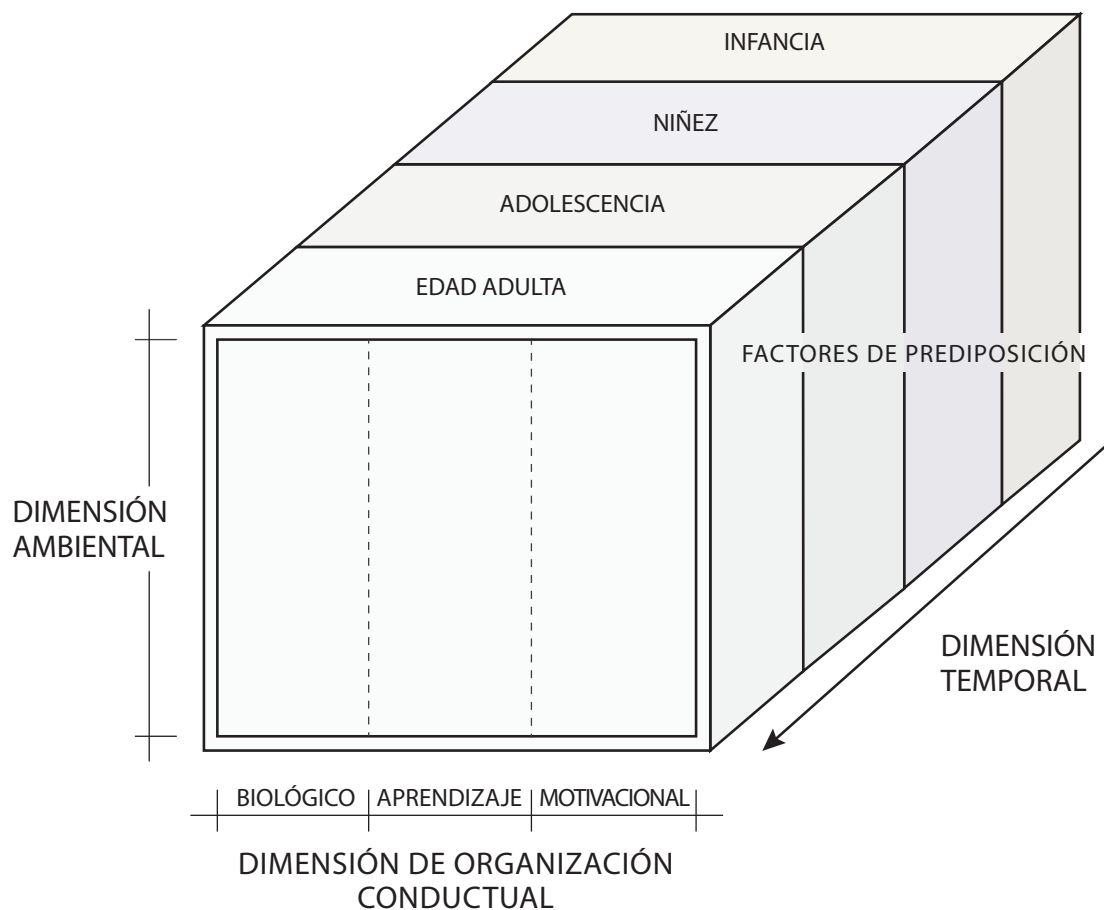
Entre los intentos por identificar las causas que contribuyen a la aparición de un determinado fenómeno psicológico, se ha hecho énfasis, por razones de facilidad en la investigación, en factores proximales o de causas inmediatas, pero no se ha abor-

dado con suficiente profundidad la forma en la que la covariación de distintos acontecimientos psicológicos pueden producir interrelaciones que contribuyen, dentro de la cadena causal, a la aparición del fenómeno en estudio. La necesidad clínica de seleccionar los objetivos pertinentes de intervención ha llamado la atención de los investigadores sobre el estudio de la relación entre las diferentes quejas clínicas o conjuntos de conductas que tienden a covariar (Evans, 1985; Kanfer, 1985; Kazdin, 1985; Mash, 1985). Un enfoque de procesos, por consiguiente, permite identificar relaciones o conjuntos de leyes que tienden a covariar y a interactuar entre sí. Dentro de esta perspectiva, la labor fundamental de interés teórico y clínico consiste, en primer lugar, en identificar los procesos básicos o elementales, es decir, aquellos que no son reductibles a otros procesos; en segundo lugar, en identificar las relaciones o conjuntos de leyes que conforman dichos procesos; y, finalmente, en describir los tipos de interacción entre tales procesos elementales que permiten establecer complejas redes causales y que llevan a procesos de segundo orden para explicar e intervenir sobre la probabilidad de ocurrencia de las conductas problema. Así, es importante anotar que el planteamiento de procesos básicos difiere significativamente del enfoque tradicional de constructos como entidades explicativas. A diferencia de un enfoque de constructos, en el que se infiere la existencia de entidades que tienen carácter explicativo, en el modelo aquí propuesto los procesos no constituyen entidades causales inferidas sino que describen tipos particulares de relación observada entre diferentes acontecimientos que se dan en distintos niveles en el continuo molecularidad-molaridad. La descripción de tales relaciones, por lo tanto, conforma un modelo estructural de explicación del comportamiento que incluye tanto relaciones proximales como distales.

Por otra parte, la formulación clínica requiere generar un modelo contextual que permita optimizar los avances de las distintas propuestas e integrarlos de forma coherente y eficaz con miras a generar un plan de tratamiento. Como se ha afirmado previamente, el contexto teórico guía al clínico en la formulación de hipótesis explicativas sobre la relación de los eventos observados. De hecho, la formulación molar implica analizar la conducta dentro de una secuencia temporal o, dicho de otra manera, considerar su desarrollo en el tiempo para evaluar el efecto acumulativo y relacional de los múltiples factores que afectan al comportamiento individual. Por lo tanto, en un modelo de formulación es necesario incluir una dimensión temporal, no integrada en los modelos descritos anteriormente, dando lugar a la comprensión de la continuidad y progresión de la conducta. En la figura 1.3, se describe un esquema que contempla las tres dimensiones que componen esta propuesta de formulación por procesos. Primero, una *dimensión temporal* que constituye el eje evolutivo sobre el cual actúan los factores de predisposición biológica y de desarrollo del individuo, y que interactúa con las características del contexto en el cual dicho desarrollo tiene lugar a partir de la interacción del individuo con su medio. Segundo, una *dimensión de organización conductual* que representa un sistema jerárquico que incluye diferentes niveles de análisis, desde una respuesta discreta específica hasta los tres procesos básicos, biológico, de aprendizaje y motivacional. Tercero, una *dimensión contextual ambiental*, que se refiere a los recursos existentes en el ambiente dentro del que se mueve el individuo. Este modelo de explicación corresponde a un enfoque de sistemas en el que se establecen relaciones entre eventos biológicos, psi-

cológicos y ambientales en un flujo continuamente cambiante que busca la estabilidad del sistema (Kanfer, 1985; Kantor, 1924; Miller, Gallanter y Pribram, 1960). A continuación se describirán las características fundamentales de estas dimensiones.

FIGURA 1.3. Modelo multidimensional de formulación clínica



III.1. La dimensión temporal de la organización conductual

El contexto temporal del comportamiento se refiere tanto a la historia de aprendizaje del individuo como a los factores de desarrollo. Como se observa en la figura 1.3, la dimensión temporal se cruza con la dimensión de organización conductual, de tal forma que la experiencia previa, así como los factores de maduración y desarrollo, pueden afectar de manera diferencial a los diversos procesos que tienen como resultado distintos comportamientos en el individuo. Dentro de esta dimensión, por lo tanto, es necesario considerar tanto los factores de desarrollo como eventos específicos en la historia del individuo que constituyen factores de predisposición o desencadenantes de una condición conductual particular.

III.1.1. Factores de desarrollo

La influencia de los factores de desarrollo en las diferentes disfunciones individuales está siendo cada vez más reconocida y documentada en una nueva área, la psicopatología evolutiva (Kazdin y Kagan, 1994; Lerner, Hess y Nitz, 1990). En respuesta a la dicotomía tradicional de las teorías de desarrollo entre modelos organicistas, que hacen énfasis en factores intraorganísmicos, y mecanicistas, que se centran en relaciones con factores ambientales, este enfoque hace énfasis en la interacción de factores individuales y contextuales como fuente esencial del desarrollo. Tal como afirman claramente Kazdin y Kagan (1994), y como se menciona en varias partes de este capítulo, la consideración de vías causales únicas y el planteamiento de relaciones lineales como forma de explicar las relaciones entre variables, limitan considerablemente nuestra comprensión de los problemas de comportamiento. Los diferentes ciclos de vida se consideran no solamente en cuanto a su secuencia cronológica, sino también en términos de las diferentes áreas de desarrollo, cognitiva, social, emocional, motora, etc. (Goulet y Baltes, 1970; Nesselroade y Reese, 1973).

Los factores de desarrollo comprenden la interacción de secuencias de cambios en el sistema biológico y de maduración de diversos sistemas de órganos, como el sistema nervioso, endocrino, etc., que están genéticamente determinados, y las experiencias de aprendizaje y otras formas de interacción del individuo con su medio ambiente, lo que da lugar a los diversos hitos y transiciones del desarrollo que determinan gran parte de la conducta individual (Kagan, 1980; Kagan y Moss, 1962). Por lo tanto, al analizar una conducta es importante tener en cuenta el momento de desarrollo en el que se encuentra el sujeto, puesto que el peso relativo de los factores de predisposición y determinantes del comportamiento cambia en la medida en que la persona va evolucionando hacia una mayor cantidad y calidad de repertorios conductuales y de interacciones con el medio. Es decir, en la medida en que la persona tenga más edad, la distancia recorrida es mayor y, por lo tanto, las influencias del entorno y de su propia experiencia tendrán un mayor impacto sobre la continuidad y progresión del comportamiento desadaptado.

III.1.2. Factores de predisposición

Los factores de predisposición se refieren a variables que hacen que unos individuos, bajo ciertas circunstancias, desarrollen un problema particular, mientras que otros, en circunstancias similares, no lo hagan. Estos factores corresponden a variables que tienen, por sí solas, un peso causal relativamente bajo, pero que cuando entran en combinación con otros factores potencian los efectos de tal manera que aumentan significativamente la probabilidad de que se presente un fenómeno particular. En otras palabras, es la combinación de factores de predisposición la que tiene un alto peso en la explicación de la varianza. Wolpe (1958) define un factor de predisposición como «cualquier variable que facilita la adquisición de una conducta en un sujeto expuesto a condiciones precipitantes» (p. 76). Es decir, los factores de predisposición aumentan la susceptibilidad y vulnerabilidad de un individuo para desarro-

llar, bajo ciertas condiciones contextuales, problemas particulares y, por lo tanto, la ausencia de estos factores reduce la susceptibilidad individual. Sin embargo, esto no implica que dichos factores sean esenciales para desarrollar problemas conductuales ya que solamente facilitan la adquisición de los mismos (Turkat y Meyer, 1982). La utilidad de usar el concepto de factores de predisposición para conceptualizar los problemas de conducta yace en que permite especificar las condiciones relevantes que modifican la probabilidad de que se dé una conducta. Los estudios de Kagan, Reznick y Snidman (1988) sobre el origen de la timidez en los niños muestran que entre un 10 y 20% de los niños heredan una tendencia temperamental a desarrollar timidez con extraños. Sin embargo, un número mucho mayor no tiene ninguna herencia temperamental de timidez pero ha tenido una serie de experiencias de vida que les predisponen a la timidez. Aunque ambos grupos de niños muestran un grado similar de timidez, los procesos a través de los cuales han adquirido este fenotipo son enteramente diferentes.

Los factores de predisposición se pueden clasificar en contextuales e individuales. Los primeros hacen referencia a los factores ambientales que rodean al individuo y que facilitan o hacen más probable la aparición y mantenimiento de ciertas conductas. Estos factores incluyen las condiciones socioeconómicas, el ambiente físico y social, los estímulos estresantes y las transiciones negativas, la exposición a modelos, etc. Por otra parte, los factores individuales incluyen variables que dependen bien del sistema biológico, como en el caso de predisposición genética a ciertos trastornos (p. ej., la hipo o híper responsividad a las contingencias ambientales y la reactividad emocional), o bien de la historia de aprendizaje y experiencias previas. Por ejemplo, un individuo sometido a modelos o fuentes de influencia parental evaluadoras puede mostrar una mayor probabilidad a desarrollar conductas de evitación en situaciones que indiquen evaluación. De forma similar, individuos que han sido sometidos a ciertas experiencias de condicionamiento o que no han sido expuestos a condiciones de adquisición de ciertas habilidades, pueden estar limitados posteriormente en su potencialidad para manifestar ciertas conductas de afrontamiento. Sin embargo, tal limitación es simplemente probabilista y no determina de forma absoluta la aparición de problemas concretos. Finalmente, en otros casos, podemos determinar la interacción de múltiples factores de predisposición que van a aumentar las probabilidades de ciertos tipos de comportamiento. De lo anterior se puede deducir que los factores de predisposición afectan diferencialmente a varios procesos, como los cognitivos y de aprendizaje, biológicos o motivacionales, como se ilustró en los ejemplos ya descritos.

III.1.3. Factores desencadenantes

Así como los factores de predisposición, por sí solos, no tienen un peso causal, pero en combinación aumentan las probabilidades de que aparezca un problema particular, los factores desencadenantes son aquellos que anteceden inmediatamente a la aparición del problema y, aunque están funcionalmente relacionados con éste, no constituyen en sí mismos un factor causal determinante. Simplemente mantienen una estrecha relación temporal con la conducta y la precipitan, aunque no pue-

den cumplir esta función en ausencia de los factores de predisposición o de los factores causales. En algunos casos, estos factores son claramente identificables, como en el caso de problemas conductuales adquiridos a través de condicionamiento pavloviano (p. ej., algunos casos de fobias simples) o en una reacción depresiva ante un cambio abrupto en el sistema de reforzadores del individuo. En otros, es más difícil establecer la relación funcional más allá de la simple contigüidad temporal entre los factores desencadenantes y la conducta problema.

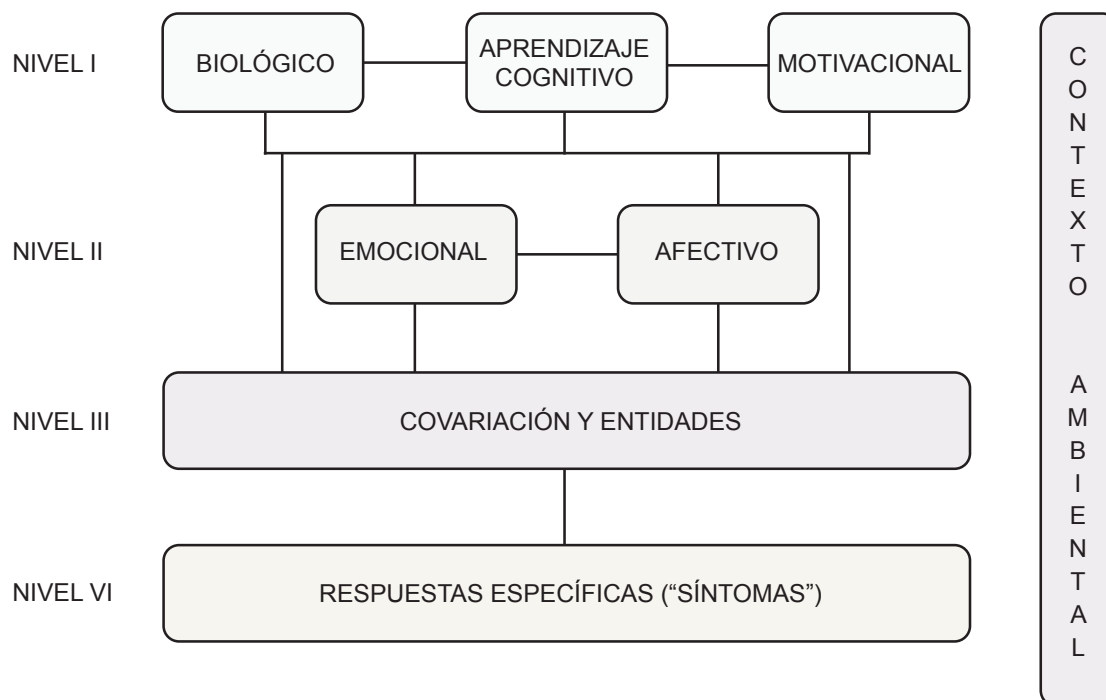
III.2. *La dimensión jerárquica de la organización conductual*

La evolución de la investigación y de las propuestas teóricas en psicología han señalado cada vez más la necesidad de considerar factores molares en la determinación de factores causales del comportamiento dentro de una perspectiva de la teoría general de sistemas (Schwartz, 1982). Igualmente, los investigadores básicos se han desplazado de la realización de análisis moleculares de respuestas específicas hacia modelos que tienden a explicar la organización estructural del comportamiento (Rachlin, 1976; Rescorla y Wagner, 1972; Staddon, 1983). Este énfasis en la consideración de causas múltiples y de diversos niveles de organización ha llevado al planteamiento de un modelo jerárquico de organización conductual en el que se pueden diferenciar varios niveles de establecimiento de relaciones entre distintos acontecimientos. Es importante resaltar que estos niveles no corresponden a constructos inferidos, como en los modelos jerárquicos de la personalidad (Eysenck, 1952), sino a procesos dinámicos que describen la forma en la que el comportamiento está organizado a partir de descripciones de una variedad de relaciones entre eventos ambientales y conductuales que conforman complejas redes causales. Estas relaciones pueden ser homogéneas o de poca variabilidad, constituyendo distintos procesos. Por lo tanto, un proceso se refiere al conjunto de relaciones entre acontecimientos que siguen patrones agrupados de leyes, como ocurre con las leyes del sistema biológico o de aprendizaje. La característica fundamental de los procesos es que existe una mayor homogeneidad en las relaciones intraproceso que la existente entre las relaciones interproceso. De esa forma, las relaciones que describen los procesos biológicos (p. ej., fisiología y leyes del reflejo, bioquímica, etc.) y las que describen los procesos de aprendizaje (p. ej., condicionamiento pavloviano o principios de variación y selección conductual), suelen mostrar una mayor coherencia o integración dentro de cada categoría de proceso, en este caso biológico y de aprendizaje, que al comparar las leyes entre los dos procesos. A continuación procederemos a identificar los tres procesos fundamentales.

En la figura 1.4 se presenta un esquema de la organización jerárquica de los niveles de organización conductual. Hay que tener en cuenta que este esquema es un corte transversal de la dimensión jerárquica de organización conductual, pero que ésta se encuentra representada en los diversos puntos del continuo temporal.

Según este modelo, el comportamiento está estructurado de acuerdo con la acción de diversos procesos interdependientes que están organizados jerárquicamente en distintos niveles. En un primer nivel superior, se plantea la existencia de tres procesos básicos no reductibles que conforman la red de causación múltiple del

FIGURA 1.4. Dimensión de organización conductual



comportamiento. Aunque las *relaciones intraproceso*, es decir, entre elementos del mismo proceso, siguen leyes comunes, como, por ejemplo, las leyes del reflejo en el sistema biológico, las de condicionamiento en el sistema de aprendizaje (Rescorla y Wagner, 1972), o las de igualación en el sistema motivacional (Herrnstein, 1970), existen también factores comunes entre los procesos básicos y relaciones entre elementos diferentes de los tres procesos (*relaciones interproceso*). Algunos tipos particulares de relación interproceso conforman, a su vez, procesos derivados o de segundo orden, en los que también se pueden describir relaciones estables, como los procesos emocional y afectivo. Éstos a su vez, dan lugar a un tercer nivel de entidades clínicas que corresponde a covariaciones de comportamiento comúnmente descritas en los modelos taxonómicos, las cuales, a su vez, sirven como resumen de las manifestaciones clínicas específicas, que conforman el cuarto nivel, el más detallado, y que corresponde a quejas específicas por parte del paciente.

Por ejemplo, el análisis de los problemas emocionales en términos de múltiples componentes de respuesta muestra que ciertos problemas de ansiedad, como las fobias específicas, pueden ser el producto de factores de aprendizaje y de condicionamiento directo, mientras que otros, como ocurre en la ansiedad social o en los trastornos por pánico, pueden ser el resultado de interpretaciones erróneas de estímulos externos o internos como señales de peligro. A pesar de que en ambos casos la manifestación es similar, en cuanto a que se presenta activación del sistema nervioso autónomo y manifestaciones a nivel cognitivo y conductual (tales como evitación y escape), los procesos que dan lugar a dichas manifestaciones son de diferente orden, por lo que las explicaciones causales sobre el desarrollo y mantenimiento del problema se tienen que dar en distintos niveles (Wolpe, 1984). Algo similar ocurre con

los trastornos del estado de ánimo en los cuales, a pesar de presentar manifestaciones clínicas similares, como astenia, problemas del sueño y del apetito, fatiga, y pérdida general de interés, los procesos que dan lugar a tal estado pueden ser de diversa índole: trastornos metabólicos, como los que ocurren en la enfermedad bipolar, o por los efectos de ciertos fármacos (Paykel, 1982), resultado de otras disfunciones sistémicas, como el síndrome de fatiga crónica (Surawy, Hackmann, Hawton y Sharpe, 1995), distorsiones en los procesos cognoscitivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1976), desajustes en el sistema motivacional del paciente (como se ha demostrado cuando existe déficit en habilidades sociales o de solución de problemas) o pérdidas abruptas en el sistema de reforzadores. Análisis similares se pueden hacer en diversos tipos de motivos de consulta, como problemas adictivos, conflictos de pareja, trastornos de personalidad, etcétera.

III.2.1. Nivel I. Procesos elementales o de primer orden

Este primer nivel constituye el nivel más general y amplio de análisis e incluye aquellos procesos y conjuntos de relaciones no reducibles a otros de nivel superior. Los diversos campos de investigación científica han dado lugar a un conjunto de datos sobre tipos particulares de relaciones que permiten hacer predicciones en cada uno de los diferentes procesos. A pesar de que éstos se encuentran estrechamente interrelacionados y con frecuencia es difícil establecer límites entre ellos, por razones de claridad en la descripción se describirán en forma separada, pero siempre teniendo en cuenta la presencia permanente de todos ellos en el análisis de diversos fenómenos conductuales. Aunque el sistema biológico subyace a todas las manifestaciones del organismo, los mecanismos descritos en este nivel se refieren a aquellos elementos que constituyen factores de predisposición o determinación que interactúan con los otros procesos elementales. En efecto, aunque últimamente se han hecho varios intentos para unificar las discrepancias entre procesos cognitivos y conductuales dentro de un contexto biológico (Hawkins, 1994; Martin y Levey, 1985; Tryon, 1993a, 1993b, 1995), es necesario diferenciar la contribución relativa de cada uno de los niveles de explicación en términos del conjunto de leyes que regulan la adquisición de nuevas formas de comportamiento teniendo en cuenta los parámetros temporales (Rachlin, 1994, 1995).

Proceso biológico. Se refiere a una serie de variables de estado, por ejemplo, restricciones biológicas, que determinan los límites del comportamiento de un individuo. Tiene que ver con la forma en la que los procesos filogenéticos se manifiestan a nivel ontogenético, contribuyendo a fijar los límites de la transformación del individuo a través de sus interacciones con el medio ambiente. Dentro de este proceso, se pueden identificar factores genéticos, morfológicos y de constitución del organismo, factores fisiológicos y de funcionamiento de los sistemas de órganos a través de mecanismos bioquímicos, neuroendocrinos, eléctricos, y metabólicos, entre otros. En otras palabras, el proceso biológico representa la materia de que está hecho el organismo y que le permite modular su interrelación con el ambiente (Kaplan y Woodside, 1987; Krishnan, 1992; Levin, Schneier y Liebowitz, 1989; Mackintosh,

1987; Schuckit, 1987; Vandenberg, Singer y Pauls, 1986). Por lo tanto, la evaluación de este proceso incluye el análisis de las variables de estado del organismo, no solamente a nivel de acción biológica directa, como ocurre con ciertas condiciones orgánicas que tienen implicaciones directas sobre el comportamiento (p. ej., la esquizofrenia o el retraso mental), sino también incluyendo las condiciones que pueden resultar de alteraciones en el sistema biológico producidas por enfermedades o lesiones o por la acción de ciertas sustancias y fármacos en el funcionamiento del organismo.

Proceso de aprendizaje. Se refiere al conjunto de relaciones y principios que determinan la adquisición de nuevos repertorios y el cambio de comportamiento de los organismos a través del *establecimiento de relaciones entre patrones de acontecimientos ambientales y patrones de acontecimientos conductuales*⁴. Estas relaciones y principios han sido ampliamente estudiados por los investigadores básicos: condicionamiento pavloviano, condicionamiento operante, variabilidad y selección del comportamiento por sus consecuencias, aprendizaje por observación y por control instruccional, entre otros (Hayes, 1989). Aunque la descripción de estos procesos va más allá de los objetivos de este capítulo, es importante anotar que las aplicaciones clínicas se han quedado rezagadas respecto a los avances de la investigación básica de laboratorio a las nuevas propuestas teóricas en el campo del aprendizaje. En efecto, los procesos de adquisición de nuevas conductas se han limitado con frecuencia a modelos moleculares de condicionamiento, ya sea pavloviano (E-E), cuando tales eventos ambientales (discretos) se den en relaciones cercanas en el tiempo, u operante (E-R). Por otra parte, cuando no se trata de eventos discretos sino de secuencias de eventos, o de relaciones entre eventos temporalmente distantes, se ha acudido a términos cognitivos (Martin y Levey, 1985; Rachlin, 1994). Sin embargo, ésta parece ser una distinción artificial. Como afirma Rachlin (1994), los modelos cognitivos son esencialmente formas de organizar (entender y predecir) el comportamiento observable, tanto verbal como no verbal. La organización teleológica del comportamiento se basa no en los antecedentes comunes (causas eficientes) sino en los objetivos o resultados comunes (causas finales). A este respecto, la mente no está en el cuerpo sino que es una forma en la que funciona el cuerpo total y el significado de un término mental, su contexto relevante, no es otra entidad localizada espacialmente dentro de una persona sino un patrón de actos manifiestos particulares extendidos temporalmente en la persona como un todo. Por lo tanto, algunos conceptos cognitivos son solamente metáforas internas para explicar procesos que únicamente se pueden identificar externamente. En efecto, los modelos cognitivos en terapia del comportamiento acuden a términos intraorganísmicos, como pensamientos automáticos, cogniciones, expectativas, etc., sin explicar con precisión los procesos que dan lugar a estos conceptos (Hineline, 1984; Skinner, 1987). Por lo tanto, la ventaja que ofrecen las explicaciones molares es que permiten especificar con precisión los procesos de adquisición de estos mecanismos, es decir, los procesos de aprendizaje. Como veremos a continuación, los procesos de condicionamiento entendidos molarmente

⁴ A pesar de que inicialmente el énfasis se hacía en las relaciones entre eventos discretos, como se discutirá a continuación, el desarrollo teórico e investigador señala cada vez con más claridad la necesidad de considerar patrones más que actos aislados (Rachlin, 1995; Rescorla, 1988).

ofrecen una alternativa de mayor utilidad para el planteamiento de una formulación clínica.

Aunque los estudios de condicionamiento se centraron originalmente en las relaciones entre eventos discretos y en la necesidad de contigüidad temporal, las investigaciones posteriores, tanto en condicionamiento pavloviano (García y Koelling, 1966; Rescorla, 1988) como en condicionamiento operante (Rachlin, 1976), mostraron que estos principios también son aplicables a patrones de comportamiento, no a simples actos o respuestas aisladas, y a relaciones distantes en el tiempo, no solamente a las que se dan en contigüidad. De acuerdo con lo anterior, el condicionamiento pavloviano se ha utilizado como paradigma de la adquisición, de respuestas emocionales (p. ej., el miedo) (Mineka, 1979), mientras que el condicionamiento operante, y específicamente los mecanismos de moldeamiento y refuerzo diferencial, lo ha sido en el desarrollo de nuevos repertorios motores y verbales. Sin embargo, muchas de las explicaciones a nivel clínico y de adquisición de disfunciones de comportamiento se basan en las primeras versiones teóricas en psicología básica que han sido reevaluadas a través de nuevos estudios en el laboratorio⁵. Esto ha contribuido a que no se aproveche en su totalidad la riqueza de los datos empíricos y de las nuevas teorías en el campo de la investigación básica. Los hallazgos recientes sobre condicionamiento pavloviano, por ejemplo, señalan la necesidad de no restringirse a los principios de adquisición de nuevas asociaciones E-E (Zimbarg, 1990). Por el contrario, estas investigaciones replantean el condicionamiento pavloviano en términos de la adquisición de conocimiento sobre las relaciones entre los acontecimientos y las respuestas condicionadas. Como afirma Rescorla (1988), «el condicionamiento no es un proceso estúpido a través del cual el organismo forma asociaciones entre dos estímulos que ocurren simultáneamente. Por el contrario, se puede considerar que el organismo está buscando información a través de relaciones lógicas y perceptuales entre eventos, junto con sus propios preconceptos, para formar una representación refinada del mundo» (p. 154). Naturalmente, estos cambios en la información del organismo sobre su medio tienen lugar a través de la interacción con el mismo y en relación con otros procesos básicos, como los factores motivacionales, que afectan su experiencia (Davey, 1987; Rachlin, 1976, 1994, 1995; Staddon, 1983; Turkkan, 1989).

A partir de lo anterior, queda claro que el proceso de aprendizaje no se limita solamente a la adquisición de unidades de respuestas emocionales, motoras o verbales, sino que incluye el desarrollo de patrones de respuesta y de formas particulares de procesamiento de la información. A este respecto, los procesos cognitivos en los que se han centrado muchas de las aplicaciones clínicas en terapia cognitivo-conductual se consideran parte fundamental de los procesos de aprendizaje, ya que describen las diferentes estrategias de transformación de la información que se desarrollan según las condiciones biológicas y la experiencia. La forma en la que un individuo procesa la información y elabora inferencias acerca de su comportamiento y el de los demás se da a través de un mecanismo de condicionamiento pavloviano de orden superior que involucra el aprendizaje de relaciones entre señales. Una serie de señales contextuales que conforman una configuración compleja de estímulos se asocia con el estímulo más relevante de la situación, proporcionando información

⁵ Véanse las explicaciones de la resistencia a la extinción de las respuestas de ansiedad basadas en la teoría bifactorial de Mowrer, cuestionada por los estudios experimentales de Herrnstein (1970).

que permite a la persona responder selectivamente tanto a nivel perceptivo como conductual. Una vez adquiridas las respuestas, los mecanismos operantes y pavlovianos interactúan para mantener las conductas que han demostrado ser eficaces en el manejo de la interacción con el medio. A medida que las predicciones sobre los resultados conductuales son cada vez más precisas, en términos de poder anticipar que las relaciones entre eventos son estables, se adquiere la capacidad de ejercer control sobre el ambiente y anticipar ciertos comportamientos que se han mostrado más eficaces que otros.

Proceso de motivación y mantenimiento conductual. En la misma línea de lo anteriormente expuesto, el proceso motivacional hace referencia a la relación que existe entre el comportamiento y sus consecuencias, que junto con las alternativas conductuales disponibles, le permite al individuo, por una parte, predecir, y por la otra, ejercer control sobre su propio comportamiento y sobre su ambiente. Los cambios que se han generado en la forma de entender y definir el refuerzo, no ya en términos de las características propias del estímulo sino de la relatividad de la relación con las actividades del organismo, han dado lugar a una ampliación del espectro de acción de los estímulos reforzantes que ofrece nuevas luces sobre los procesos básicos de la motivación por consecuencias a corto plazo (Premack, 1962, 1965; Timberlake y Allison, 1974) Y a largo plazo, como ocurre en el análisis de autocontrol (Castro, Pérez, Albánchez y Ponce de León, 1983; Castro y Pereira, 1983; Castro y Rachlin, 1980; Rachlin, 1994). Esta nueva concepción permite analizar un sistema y una jerarquía de valores, estableciendo una estructura de preferencias a partir de la cual genera un sistema individual de necesidades de acuerdo con su repertorio conductual, los eventos disposicionales individuales y ambientales y las características del proceso biológico. En general, este proceso describe las relaciones de contingencia que determinan la conducta de elección y la forma diferencial en la que las condiciones ambientales de disponibilidad y restricción determinan la acción de conductas contingentes (Herrnstein, 1970; McDowell, 1982; Skinner, 1938; Staddon, 1983). Los modelos molares y económicos de conducta de elección, así como los trabajos de investigación básica sobre control del comportamiento por consecuencias demoradas en el tiempo, es decir, autocontrol, proporcionan los principios básicos que permiten comprender los mecanismos de acción de este nivel de proceso primario (Rachlin, 1994).

III.2.2. Nivel II. Procesos derivados

Ciertos tipos de interacción particular entre los diversos procesos primarios, dan lugar, a su vez, a procesos derivados. Estos procesos, por constituir tipos particulares de relaciones entre procesos elementales, comprenden efectos que no necesariamente se cumplen en otros niveles. Al igual que ocurre con los procesos elementales, los procesos derivados no constituyen procesos unitarios. Por ejemplo, mientras que la información verbal puede producir cambios a nivel de interpretación de un fenómeno, no necesariamente va a producir cambios en el sistema emocional, para el que se necesita un nivel diferente de información experiencial.

Procesos emocionales. Recientemente ha habido un resurgimiento del interés de los investigadores, tanto en las neurociencias como en la teoría del comportamiento, en el estudio de las emociones (Ekman, 1992; Ekman y Davidson, 1994; Goleman, 1995; LeDoux, 1993; Lewis y Haviland, 1993; Ortony y Turner, 1990; Panksepp y Clynes, 1988). Tradicionalmente, los procesos emocionales han sido difícilmente accesibles a la investigación, lo cual hizo que bien hubiese una gran proliferación de teorías y especulaciones sobre las emociones basadas en observaciones anecdóticas o bien que se ignorara su estudio por las dificultades metodológicas que representaba. Dentro del esquema conductual, al igual que sucedió con muchos procesos no directamente observables, se estudiaron a partir de los efectos de ciertos procedimientos experimentales, especialmente condicionamiento aversivo, en las tareas de aprendizaje (Estes y Skinner, 1941; Minckley, 1979). Por otra parte, a nivel clínico, el estudio de las emociones ha girado alrededor de la investigación sobre la naturaleza de la ansiedad y, al igual que en muchas otras formulaciones teóricas, se ha hecho un gran énfasis en el papel secundario de las emociones con respecto a los procesos cognitivos (Ellis, 1962). Sin embargo, la investigación reciente, especialmente en el campo de las neurociencias, ha señalado la naturaleza compleja de las emociones y del aprendizaje emocional como una forma relativamente independiente, en algunos casos, de los procesos cognitivos y la necesidad de plantear modelos multicausales en los que se involucre la participación de diversos procesos básicos para dar como resultado los procesos emocionales. Los descubrimientos recientes sobre las conexiones vía tálamo entre receptores sensoriales, visuales y auditivos y la amígdala, sin pasar por estructuras corticales, señala la naturaleza pre-cognitiva de ciertas reacciones emocionales primarias que han tenido un valor adaptativo filogenético. Sin embargo, en otros casos algunos procesos emocionales están mediados por estructuras corticales, lo cual resalta la inadecuación de los modelos unitarios de descripción de los procesos emocionales. Éstos son de naturaleza heterogénea y corresponden a diferentes formas de interacción entre procesos primarios biológicos, neurobiológicos y neuroendocrinos con los procesos de aprendizaje, transformando la información y dando lugar a distintos tipos de respuesta emocional (Stein, Trabasso y Liwag, 1993). Por consiguiente, no se puede hablar de un modelo unitario de las emociones, como tampoco se puede hablar de modelos unitarios de la cognición o del aprendizaje. Más bien, como se ilustrará a continuación, en la medida en que interactúan diferentes procesos, tienen como resultado la activación emocional. En efecto, estos hallazgos de la investigación en neurociencias son consistentes con los hallazgos clínicos sobre la eficacia diferencial de distintos tipos de tratamiento para diferentes trastornos emocionales (Wolpe, 1984).

La formulación de procesos de los trastornos por ansiedad con base en el modelo de los tres sistemas de respuesta constituye un ejemplo de la forma en la cual interactúan los procesos primarios dando lugar a distintos tipos de estados emocionales. Por ejemplo, ciertos tipos particulares de interacción entre procesos biológicos (sistema de activación del organismo) y un tipo particular de aprendizaje (en este caso condicionamiento pavloviano), pueden dar lugar a cierta clase de respuesta emocional, como, por ejemplo, una fobia específica. Se ha demostrado la poca relevancia de los procesos cognitivos y de atribución y la eficacia limitada de los tratamientos cognitivos frente a los de exposición prolongada. Sin embargo, la interac-

ción entre un proceso biológico similar, el sistema de activación del organismo, una experiencia de aprendizaje pavloviano de segundo orden y un mecanismo de transformación de información (p. ej., interpretación catastrófica del rechazo o sobreestimación de las probabilidades de un accidente), puede dar lugar a otro tipo de respuesta emocional (en este caso una fobia social o ansiedad a volar en avión). De forma similar, otros tipos de temores, como el trastorno por pánico o la hipocondría, son el resultado de las interacciones de los anteriores procesos con el de transformación de información a través del cual se malinterpretan señales en términos de peligro (Clark, 1986). A diferencia de las fobias específicas, en este caso la sola exposición no es suficiente y, en algunos casos, es inclusive contraproducente a la hora de modificar los estados emocionales. Queda claro, a partir de lo anterior, que un análisis en términos de procesos puede dar lugar a un sistema diferente de clasificación de los trastornos emocionales ya un tipo diferente de tratamiento, no ya en función de las manifestaciones clínicas sino por el tipo particular de procesos implicados. Por lo tanto, la definición molar de los procesos se hace a partir del análisis molecular de las relaciones. En este caso no se puede decir que la ansiedad, como proceso emocional, *sea el resultado* de la interacción entre los procesos básicos, sino más bien, que es un tipo particular de interacción entre los procesos básicos. En efecto, la ansiedad no es la respuesta de activación fisiológica, ni la interpretación catastrófica de las señales, ni mucho menos el estímulo que genera estas respuestas. Más bien, la ansiedad como proceso emocional *es una forma compleja de relación* entre acontecimientos ambientales y diversos tipos de relaciones regidas por conjuntos de leyes del proceso biológico y de aprendizaje. Por consiguiente, los procesos emocionales representan formas particulares en las que se pueden describir distintos tipos de relaciones entre los procesos primarios, lo cual tiene importantes repercusiones para la formulación clínica y para el desarrollo de métodos de tratamiento.

Procesos afectivos. Finalmente, de forma similar al proceso secundario anteriormente descrito, los procesos afectivos son el resultado de la interacción de procesos biológicos, de aprendizaje, motivacionales y emocionales. En la medida en la que se activan procesos de inhibición o de activación conductual (Gray, 1976), se presentan conductas de aproximación o evitación en función de la interacción de procesos de satisfacción de necesidades con experiencias previas de aprendizaje y cognitivas. Los procesos afectivos, concebidos de esta forma, son fundamentalmente un resultado de diferentes formas de interacción entre biología, motivación y aprendizaje, lo cual puede implicar una primacía de unos procesos sobre otros. Así, la controversia sobre la primacía del afecto versus la cognición adquiere una dimensión totalmente diferente (Lazarus, 1984; Zajonc, 1980, 1984).

III.2.3. Nivel III. Covariaciones relacionadas funcionalmente

Como resultado de la interacción de los procesos básicos, primarios y secundarios, se suelen producir covariaciones conductuales que se han descrito de acuerdo con modelos diagnósticos de clasificación. Sin embargo, hace falta diferenciar entre covariación y comorbilidad. La *covariación* se refiere a la *co-ocurrencia o correla-*

ción de disfunciones específicas, como insomnio, inapetencia, falta de interés, etc., la cual puede dar lugar a la formulación de una entidad diagnóstica como trastorno depresivo. La *comorbilidad*, según se ha señalado previamente, se refiere a la *co-ocurrencia de entidades diagnósticas*, como, por ejemplo, ansiedad y depresión. Sin embargo, como se ha argumentado en la discusión sobre los modelos taxonómicos, los criterios de asociación entre disfunciones que comprenden un síndrome no necesariamente implican una funcionalidad común, es decir, no tienen por qué ser el resultado de la acción de procesos causales comunes. Dentro de un mismo síndrome, puede haber instancias específicas que, aunque están correlacionadas, no están funcionalmente relacionadas. O en otro caso, se pueden presentar relaciones funcionales entre instancias conductuales que pertenecen a distintos síndromes, como se observa en los estudios de comorbilidad. Es decir, aunque las covariaciones pueden dar lugar a entidades diagnósticas, éstas no necesariamente comparten el mismo proceso causal. Por lo tanto, este nivel se refiere fundamentalmente a las covariaciones que pueden (o no) corresponder a entidades diagnósticas específicas. Puesto que el criterio de covariación que se sigue no corresponde necesariamente a la entidad, el empleo de rótulos diagnósticos en este nivel es simplemente descriptivo y aproximado. Como se afirmó al comienzo de este capítulo, las entidades o rótulos no constituyen, en sí mismos, una explicación de los factores causales que dan lugar a la aparición de distintos tipos de manifestaciones que tienden a covariar (Kazdin, 1985). Solamente su relación con los procesos básicos de los que son función nos permite desarrollar modelos etiológicos y de análisis causal que dan lugar a los diversos procedimientos de intervención. En resumen, en este nivel el criterio de covariación trasciende la simple co-ocurrencia característica de los modelos taxonómicos y comprende la funcionalidad común, como la descrita en el concepto de clase de respuesta (Evans, 1985; Kazdin, 1985; Skinner, 1938). Más aun, esta funcionalidad común se describe en términos de los procesos de orden superior descritos anteriormente.

III.2.4. Nivel IV. Problemas específicos (“Síntomas”)

En este último nivel se pueden encontrar las manifestaciones específicas que con frecuencia constituyen los motivos de consulta o “síntomas” del paciente en la práctica clínica. Descripciones de disfunciones como insomnio, anorexia, sudoración, etc., corresponden a manifestaciones específicas que al covariar conforman las entidades del Nivel III, pero que, por sí solas, están simplemente indicando alteraciones que son el resultado de la acción de los procesos anteriores.

III.3. *Dimensión ambiental de la organización conductual*

Además de tener en cuenta la historia y los factores de desarrollo, obviamente no se puede entender el comportamiento independientemente de los factores contextuales y ambientales en los que se produce. Por consiguiente, es de fundamental importancia incluir en la formulación clínica información sobre los recursos ambientales y del contexto dentro del cual se mueve el paciente en la actualidad desde una pers-

pectiva molar amplia, no solamente teniendo en cuenta el ambiente inmediato (Krasner, 1980). Esta información permite, por lo tanto, identificar las diversas características del ambiente del individuo desde el ambiente físico, tanto natural como construido, pasando por las características del medio social próximo y extendido, como el medio familiar, laboral y académico, las redes de apoyo social, las características del medio cultural y los recursos y limitaciones económicas.

III.3.1. Contexto ambiental físico

Dentro de una perspectiva molar/ecológica de la teoría del comportamiento, la influencia de las características del ambiente físico, tanto natural como construido (arquitectónico), sobre el comportamiento humano ha sido ampliamente investigada, inicialmente, desde el punto de vista de la psicología social y ambiental (Proshansky, Ittelson y Rivlin, 1976) y, posteriormente, desde un enfoque integrador del diseño ambiental en el que se consideran múltiples fuentes de influencia contextual sobre el comportamiento (Krasner, 1980). De acuerdo con estas investigaciones, ha sido posible evaluar el papel de las características del ambiente físico inmediato, tales como vivienda y ambiente laboral, así como las del ambiente físico extendido, tal como ambiente rural o urbano, vecindario, factores de desplazamiento y exposición a tráfico y estrés ambiental, ruido y polución, y factores de densidad de población, que tienen efectos importantes sobre el comportamiento social y emocional.

Características del ambiente físico inmediato. Las propiedades físicas del ambiente en términos de distribución de espacios, así como de ambiente fijo y semifijo, tienen una gran influencia en el comportamiento de los individuos. Por una parte, se ha demostrado que hay ciertos tipos de ambientes que favorecen o sirven de estímulos discriminativos o facilitadores para ciertos tipos de comportamiento social o familiar. Por otra parte, las características diferenciales de la densidad y las condiciones de vivienda, como las que se dan en unidades multifamiliares versus unifamiliares, tienen gran incidencia en cuanto al grado de estimulación sensorial o social a la que se ven sometidos los individuos (Freedman, 1975). El grado de hacinamiento y de alto nivel de densidad social aumenta los niveles de estrés ambiental, que a su vez contribuyen al desarrollo de trastornos emocionales y sociales de los individuos que viven en tales condiciones. Por lo tanto, la información sobre las condiciones físicas de vivienda son de gran importancia para la evaluación de los recursos ambientales y las condiciones de interacción presentes en un individuo particular. De igual forma, las condiciones físicas del ambiente laboral, tanto en términos de densidad como de relación entre la estructura arquitectónica y las funciones de trabajo y de interacción social, representan una información valiosa sobre el papel de los recursos ambientales en el estado general del individuo.

Características del ambiente físico extendido. No solamente se pueden considerar las características físicas del ambiente inmediato, sino también las relaciones entre los distintos ambientes y las actividades de las personas. El ambiente físico extendido se refiere a las características en las cuales una persona se desplaza espacialmente en su

vida cotidiana. Los ambientes urbanos, suburbanos y rurales tienen una gran influencia sobre el sentido de bienestar de los individuos. Por lo tanto, la persona que tiene que desplazarse solamente dentro de un ambiente urbano estará sometida a grados distintos de estimulación de aquella que, por motivos laborales, tiene que desplazarse ya sea a través de grandes distancias o de espacios congestionados en una forma regular. Así pues, el ambiente físico extendido representa un contexto molar del comportamiento individual en diversos niveles de actividad. El factor de limitación y control restringido debido al tráfico y a medios masificados de transporte, así como los niveles de ruido y contaminación ambiental y el grado en que las personas están sometidas a encuentros sociales no deseados, tienen todos una gran influencia sobre los niveles de estrés y de sobrecarga de estimulación ambiental.

III.3.2. Contexto ambiental macrosocial

Además de las características del ambiente físico, es necesario considerar, en el proceso de formulación clínica, las características macrosociales del ambiente, que determinan las fronteras dentro de las cuales se generan los recursos ambientales de los individuos.

Organización política y socioeconómica. Las condiciones de la estructura sociopolítica conforman el nicho dentro del cual se desenvuelve el individuo, ya que aquéllas van a tener una influencia determinante sobre los recursos del ambiente, las condiciones físicas de bienestar, el acceso al empleo, y los factores de inseguridad y violencia social. Las posibilidades que un sistema social particular ofrece a los individuos en términos de acceso a recursos de seguridad social y salud, educación y bienestar general determinan su rango de acción, que limita o facilita el grado de influencia que tiene el individuo para mejorar sus condiciones vitales.

Recursos económicos y de tiempo. Directamente relacionadas con el punto anterior, las posibilidades de recursos económicos así como las formas particulares de distribución de los mismos conforman una información pertinente para el desarrollo de alternativas de solución de problemas y de satisfacción de necesidades. Igualmente, los recursos de tiempo y la forma de distribuirlo tiene una implicación importante en el equilibrio motivacional del individuo. Por consiguiente, no basta solamente con evaluar las características individuales sino también las posibilidades realistas del medio de la persona para poder ampliar el rango de alternativas de elección.

III.3.3. Contexto ambiental familiar

En el contexto ambiental del individuo, el papel del medio familiar próximo y de las relaciones interpersonales estables representa una fuente fundamental de influencia que afecta a la organización de los diversos procesos. En el desarrollo de la formulación clínica, por lo tanto, es necesario describir detalladamente determinados elementos que caracterizan este contexto.

Características demográficas y personales de las personas significativas. La descripción de las características personales de los individuos que conviven en determinado ambiente constituye la información de base para evaluar las condiciones próximas de influencia sobre el comportamiento del sujeto. Dentro de estas características se cuentan la edad, nivel educativo y actividad, así como las condiciones físicas y de salud de los miembros del medio familiar. Es importante incluir en esta área la información de la familia inmediata, pareja e hijos, y la de la extendida, padres y hermanos.

Características estructurales e interactivas. Además de los elementos que forman la estructura familiar, es de gran importancia describir el tipo de relaciones familiares, incluyendo roles y funciones que determinan el comportamiento individual. En este contexto, tienen gran influencia características culturales y sociales que generan patrones de contingencias sociales que determinan el comportamiento de los individuos.

III.3.4. Contexto ambiental laboral

Además del ambiente familiar, el contexto ambiental del medio laboral/académico constituye una importante fuente de influencias ambientales sobre la persona, no solamente por la cantidad de tiempo que transcurre en estas condiciones, sino por el enorme valor en el sistema de motivación individual. Según sean las características de la persona, y de su sistema de necesidades, es importante incluir dentro del proceso de formulación clínica el grado de correspondencia entre dichas necesidades y la existencia de recursos ambientales y/o personales para satisfacerlas. Por consiguiente, es preciso describir las características del medio laboral, tanto en términos de sus propiedades y recursos físicos, relaciones sociales, etc., como en el grado de correspondencia entre las propiedades individuales y las exigencias ambientales que se requieren para un adecuado funcionamiento laboral. La descripción detallada de la estructura organizativa así como de los mecanismos de comunicación y toma de decisiones, proporciona, una información de gran valor tanto sobre los factores de influencia como sobre las características motivacionales en función de las necesidades individuales.

III.3.5. Contexto ambiental cultural

La dimensión cultural del ambiente se refiere a los conjuntos de patrones de influencia social a través de los cuales, en ciertos grupos o ambientes sociales, se establecen formas estereotipadas de contingencias o formas de interacción y control social. Por consiguiente, para el desarrollo de la formulación clínica del caso se necesita tener en cuenta varios elementos: 1. *Las características del medio cultural general, así como de la subcultura específica;* por ejemplo, un país o región geográfica, el medio artístico, obrero, estudiantil, campesino, etc., ya que dentro de cada subcultura existen reglas implícitas y/o explícitas diferentes tanto en las conductas socialmente

reforzadas como en los mecanismos de control social. 2. *Las condiciones étnicas*, en cuanto a sus características de homogeneidad/heterogeneidad, que van a determinar una importante influencia del medio social. 3. *Los grupos de referencia formal e informal*, ya que la pertenencia a grupos sociales de afiliación, como clubes, grupos de interés, grupos religiosos, deportivos, cívicos, etc. constituye una importante fuente de recursos de interacción que van a tener una gran influencia en los niveles de adaptación individual; las así llamadas redes de apoyo social, tanto de relaciones de amistad como familiares, constituyen un factor protector en el desarrollo de distintos problemas emocionales y de comportamiento. 4. *Las redes de apoyo social*, especialmente en medios culturales en los que hay poca estructuración de grupos familiares de pertenencia, juegan un papel importante en las posibilidades de solución de problemas y como factores protectores ante el estrés.

III.3.6. Ambiente de ocio

Finalmente, el grado en el cual la persona cuenta con los recursos para desarrollar actividades de ocio y de placer, tales como intereses y aficiones no relacionados con las actividades instrumentales o laborales, proporciona una información de gran importancia, especialmente para el análisis del sistema motivacional.

En resumen, la dimensión ambiental de la formulación clínica nos brinda el contexto dentro del cual se establecen las relaciones de los procesos básicos individuales, la historia particular de cada persona y las condiciones ambientales, que son facilitadoras o que interfieren con el grado de adaptación de las personas.

III.4. Niveles de análisis de la formulación por procesos

Además de las dimensiones que hemos descrito hasta el momento, en el proceso de formulación clínica se trata de establecer relaciones entre acontecimientos que se producen en distintos niveles de observación y que dan lugar a diferentes resultados.

III.4.1. Formulación molecular: análisis funcional

La formulación molecular corresponde a la metodología del análisis funcional a través de la cual se establecen relaciones entre unidades de acontecimientos ambientales y conductuales que son relativamente cercanas o contiguas en el tiempo. Este análisis requiere de la descripción de cada uno de los tres conjuntos de elementos que conforman una unidad de respuesta.

Componentes de respuesta. En primer lugar, en el proceso de análisis funcional es necesario describir de la forma más concreta posible las características de la respuesta, tanto en sus parámetros topográficos (p. ej., frecuencia, intensidad, magnitud y densidad) como en la descripción del canal o proceso al que corresponde (p. ej., sistema biológico, motivacional, cognitivo, etc.). En el caso del análisis funcional de la an-

siedad, por ejemplo, que se encuentra en un Nivel III de organización, el análisis funcional requiere la descripción de unidades específicas de respuesta, Nivel IV, como taquicardia, escape, etc., para poder hacer un adecuado análisis funcional, ya que la ansiedad, en sí misma, no es una respuesta sino un conjunto de relaciones entre componentes de estímulo y de respuesta. Por consiguiente, lo que en la terminología de un análisis tripartito correspondería a los canales de respuesta, en un modelo de formulación de procesos corresponde a respuestas específicas que, como veremos más adelante, están funcionalmente relacionadas.

Componentes antecedentes. En esta parte del proceso es necesario describir detalladamente las dimensiones del estímulo complejo, interno o externo al individuo, que antecede a la respuesta. Un elemento fundamental en este proceso es determinar las condiciones relevantes del estímulo. En un caso de fobia a los espacios cerrados, por ejemplo, es importante determinar cuáles son los parámetros relevantes del estímulo complejo que tienden a producir una mayor magnitud de la respuesta: quedar encerrado, estímulos sociales, dimensiones físicas del espacio, falta de aire, etc. Igualmente, puede haber componentes de estímulo dentro del organismo, tales como señales propioceptivas del tipo de dolor, presión, cambios de temperatura percibidos, cambios en el ritmo cardíaco, etcétera.

Componentes consecuentes. La descripción de los acontecimientos consecuentes a la respuesta debe hacerse también en términos específicos, tanto en cuanto a la naturaleza de la consecuencia (p. ej., social, interoceptiva, etc.) como en cuanto a los parámetros topográficos de la misma.

Relaciones funcionales. Hay tres tipos de relación que es necesario describir en un adecuado análisis funcional molecular. En primer lugar, es necesario describir el tipo de relación entre los estímulos antecedentes y las unidades de respuesta. Estas relaciones pueden responder a mecanismos reflejos condicionados o incondicionados, a mecanismos discriminativos (p. ej., relación probabilista mediada por procesos de transformación de la información), etc. En segundo lugar, se requiere describir las relaciones entre la respuesta y los acontecimientos consecuentes: pueden darse relaciones de sucesión temporal sin que necesariamente haya dependencia o relaciones de dependencia o de contingencia en las cuales se cumplen las condiciones de contingencia que determinan condiciones de selección conductual. Finalmente, y como transición hacia una formulación molar cuando se han identificado diversos sistemas de respuesta (Nivel IV) que covarían y conforman una entidad (Nivel III), es necesario describir el tipo de relación entre las diversas unidades de respuesta que representan distintos sistemas: conductual, fisiológico, o cognitivo. Por ejemplo, en el caso del trastorno por pánico es necesario describir la relación de retroalimentación que se da entre la respuesta de aumento del ritmo cardíaco, la disminución de la temperatura de las manos, etc. (sistema de activación biológica) y la interpretación de las señales fisiológicas como peligro de un infarto inminente (sistema de transformación de información). Es decir, a partir de la descripción de las relaciones entre las diversas unidades de respuesta que covarían se puede llegar a un nivel superior de formulación, en este caso, trascendiendo en análisis funcional molecular.

III.4.2. Formulación molar

A diferencia de la formulación molecular, que trata de establecer relaciones entre acontecimientos o unidades cercanas en el tiempo (Nivel IV), la formulación molar busca establecer relaciones, por una parte, entre diversos patrones o conjuntos de respuesta que covarían de una forma ordenada aunque no necesariamente presenten correlación positiva (lo cual permite establecer entidades o covariaciones) (Nivel III) y, por la otra, entre patrones de comportamiento y patrones de eventos ambientales que pueden ser distantes en el tiempo (Nivel III) con miras a determinar los procesos más generales (Niveles I y II). Así, se pueden establecer relaciones entre los distintos patrones de comportamiento (covariaciones) y entre éstos y las condiciones de las diversas áreas del funcionamiento actual de la persona que no mantienen cercanía o contigüidad temporal, en lo que podemos denominar análisis funcional molar. De la misma forma, se busca establecer relaciones entre los patrones actuales de comportamiento y otros eventos distantes en el tiempo que han ocurrido en la historia del individuo y que tienen influencia en el momento actual (*análisis histórico molar*). En definitiva, la formulación molar trata de establecer relaciones entre los resultados de la formulación molecular de diversos acontecimientos discretos para identificar elementos comunes de mantenimiento a través de la acción de procesos básicos superiores.

IV. PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS DE LA FORMULACIÓN POR PROCESOS

Una vez se han revisado los principales conceptos teóricos relacionados con el proceso de formulación clínica, en esta sección nos ocuparemos de presentar una visión lo más detallada y sistemática posible sobre el conjunto de procedimientos implicados en el proceso de formulación en la práctica clínica.

IV.1. *Medios de obtención de información*

Tal y como se explicó anteriormente, el proceso de formulación se basa en la organización obtenida a través de diversos medios. Algunos de ellos son estándar, es decir, se aplican rutinariamente, mientras que otros dependen del nivel de suficiencia de la información obtenida a través de los primeros.

IV.1.1. Entrevistas estructuradas

Dentro del formato de la práctica clínica tradicional, una gran parte de la información se obtiene a través de entrevistas estructuradas con el paciente. El concepto de “estructurado” se refiere a que el curso de la entrevista está determinado por los objetivos de la misma y no solamente por el material que se vaya obteniendo. Así, a

pesar de seguir un esquema organizado, éste no es inflexible, en la medida en la que se ajusta a condiciones fuera de lo común (Edelstein y Yoman, 1991; Haynes y Jensen, 1979). Más adelante se hará una descripción detallada del proceso de entrevista como medio de obtención de información relevante para la formulación clínica.

IV.1.2. Cuestionarios

Cuestionario de Datos Personales (CDP). Este cuestionario incluye datos generales y demográficos sobre el paciente y su entorno, información marital y familiar, historia educativa e información laboral, antecedentes médicos y disfunciones orgánicas, uso de medicación y otros tipos de intervención médica, aficiones, intereses y ocio, autodescripción, motivo de consulta y otras áreas de ajuste que proporcionan información pertinente para la evaluación y el proceso de formulación. Un ejemplo típico de esta clase de formato se puede encontrar en Goldfried y Davison (1974).

Cuestionarios e instrumentos estandarizados. A partir de los datos de la entrevista y del CDP, el clínico decidirá la necesidad de utilizar instrumentos adicionales de evaluación, sean de naturaleza psicométrica, mediciones fisiológicas, cuestionarios estructurados u, ocasionalmente, solicitar evaluación adicional por parte de otros profesionales del campo de la salud o de otras áreas.

IV.1.3. Autorregistros

Este es probablemente uno de los instrumentos de evaluación conductual que más utilidad tiene en el desarrollo de la formulación clínica, ya que permite la inclusión de instrucciones detalladas para que el paciente haga registros específicos de diversos aspectos de su comportamiento, no solamente en términos de descripción de respuesta, sino también de relaciones con otras variables de estímulo. Los más conocidos son los formatos de autorregistro de triple columna, en los que se recoge información sobre condiciones antecedentes, respuesta y consecuencias, o los que se emplean en terapia cognitiva sobre registro de situaciones, pensamientos y acciones.

IV.1.4. Observación conductual

Una fuente de gran importancia en la recogida de información para el proceso de formulación clínica proviene de la observación directa del paciente durante la entrevista. Aunque los métodos estructurados de observación directa y de codificación de la conducta han sido de gran utilidad en los estudios sobre modificación de comportamiento y en la investigación en análisis conductual aplicado, son engorrosos en el proceso de aplicación y han tenido escasa repercusión en la práctica clínica rutinaria.

Apariencia y presentación del paciente. La apariencia general del paciente, forma de vestir, etc. puede ofrecer información de gran utilidad, información que se confronta con

otros elementos a fin de generar las primeras hipótesis. Así, un aspecto de descuido de la apariencia puede dar lugar, por sí solo, a una gran diversidad de hipótesis, desde opciones ligadas a la cultura hasta la falta de interés general característico de estados de depresión. Solamente en combinación con otros datos observados es posible generar hipótesis más plausibles sobre las características generales del paciente.

Comportamiento postural y gestual. Al igual que en el caso de la apariencia, podemos considerar que el comportamiento observado es una muestra del comportamiento general de la persona en situaciones similares. Por lo tanto, las características no verbales del individuo pueden constituir una valiosa información en el proceso de generación de hipótesis.

Comportamiento verbal (forma y contenido). Finalmente, el comportamiento verbal, tanto en forma como en contenido, constituye la mayor fuente de información, aunque no necesariamente la mejor, sobre los elementos básicos para la elaboración de la formulación clínica.

IV.2. *Etapas en el procedimiento de formulación clínica*

Tal y como se explicó en la sección sobre definición, la formulación es, al mismo tiempo, un conjunto de procedimientos y un resultado. Aunque, como se puede concluir a partir del análisis realizado en las secciones anteriores de este capítulo, el proceso de formulación clínica reviste una gran complejidad (por lo que no es posible seguir unas “recetas” preestablecidas), es necesario que el clínico en ejercicio posea unas pautas claras sobre la forma en la que los análisis conceptuales se traducen en actividades clínicas. Por consiguiente, y con el riesgo de sobresimplificar, en esta sección se intentará presentar la formulación clínica desde una perspectiva eminentemente práctica. Se tratará de describir en orden cronológico aproximado la serie de pasos que se puede seguir para desarrollar una formulación clínica en términos de los procesos básicos. Aunque en la situación clínica real estos pasos no se dan en sucesión exacta, ya que no constituyen eventos discretos, se presentarán como si así lo fueran para facilitar la comprensión del proceso. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el recuento que se presenta a continuación es simplemente una guía o una de muchas formas que el clínico podría seguir en el desarrollo de la formulación, ya que en la práctica está permanente y simultáneamente generando hipótesis sobre cada uno de los acontecimientos observados y estableciendo relaciones entre éstos y otras fuentes de información. Para contribuir a la claridad del procedimiento de formulación clínica y a la forma en la que se siguen los formatos, se ilustrará con la información de un caso clínico real.

IV.2.1. Contexto de la formulación clínica: entrevista inicial

De acuerdo con lo expuesto sobre la metodología de formulación clínica conductual, la observación directa del comportamiento durante la entrevista así como el informe verbal del paciente, constituyen piezas fundamentales de información para

llevar a cabo la formulación. Aunque, por definición, la formulación no se completa durante la entrevista inicial sino que su parte básica requiere de varias sesiones y, en general, se sigue realizando y revisando durante todo el proceso de intervención, al final de la entrevista inicial debe haber al menos un principio de formulación tentativa que se presenta al paciente al terminar la sesión. Por otro lado, es preciso tener en cuenta que la entrevista inicial también tiene un papel fundamental en el grado de motivación del paciente para continuar el proceso terapéutico.

En primer lugar, la entrevista inicial trata de obtener la mayor cantidad y la mejor información pertinente para iniciar el proceso de formulación. Al final de la sesión, además del principio de formulación, debe haber conclusiones tentativas sobre las fuentes adicionales de información que es preciso reunir (como la aplicación de pruebas, la realización de sesiones de observación conductual o la entrevista con otras personas significativas de la vida del paciente). Igualmente, se entrega el Cuestionario de Datos Personales al que nos referimos anteriormente. En las etapas que se describen a continuación se especifica detalladamente el proceso de obtención de información relevante a la formulación clínica.

En segundo lugar, en la entrevista inicial es necesario proporcionar información al paciente sobre la metodología y las condiciones de trabajo, así como clarificar sus expectativas respecto a los resultados (Haynes y Jensen, 1979). Hay que recordar que el contacto inicial con un terapeuta profesional puede representar, para el paciente sin experiencia previa en este campo, una situación incierta generadora de ciertos niveles de ansiedad. Por otro lado, es posible que el paciente que ya se ha sometido a anteriores tratamientos de otros tipos de psicoterapia, tenga expectativas diferentes con base en el método o los procedimientos de su experiencia anterior, pero que nada o poco tienen que ver con el enfoque conductual. En ambos casos, es de fundamental importancia reducir el grado de incertidumbre a través de una clara información que le permita al paciente prepararse para las sesiones posteriores así como clarificar sus expectativas y objetivos respecto del trabajo profesional. Por consiguiente, uno de los objetivos centrales de la entrevista inicial es la de proporcionar información precisa y detallada no solamente sobre la metodología de la sesión, sino sobre las reglas que van a determinar todo el proceso de intervención.

IV.2.2. Metodología de la formulación clínica

Antes de especificar las etapas y pasos del procedimiento de formulación clínica, es importante describir el tipo de metodología que se utiliza para formular y validar hipótesis, así como para relacionarlas dentro de un modelo de formulación molar. La recogida de información intenta establecer hipótesis que relacionen los diversos problemas y trata de integrarla, ya sea ascendiendo a niveles superiores, o descendiendo a los subordinados. A través de esta metodología, al final de la formulación debe haber ya, para cada problema, una relación con los procesos básicos y cada proceso básico debe estar adecuadamente precisado en términos de problemas específicos. Según el nivel en el que se presente el motivo de consulta, hay obviamente dos direcciones en las que se puede llevar a cabo la formulación: descendente y ascendente.

Metodología descendente. Cuando el motivo de consulta se presenta en los niveles superiores, es decir, en los niveles I y II, es necesario generar información específica que nos permita, por una parte, identificar los factores de adquisición a través de un análisis histórico molar, generar hipótesis sobre los procesos implicados en el nivel superior y someterlas a comprobación a través de la identificación de clases de respuestas funcionalmente relacionadas en el Nivel III y del análisis funcional molecular de respuestas discretas en el Nivel IV. Para este propósito se requiere especificar, en términos conductuales, la naturaleza de la queja y los acontecimientos ambientales asociados, proporcionando toda la información que sea posible para poder hacer un adecuado análisis molecular. Por ejemplo, si el paciente manifiesta que “es muy negativo” o que “no tiene interés por nada” es necesario, en primer lugar, especificar las conductas asociadas con tal descripción (Nivel IV) que permitan hacer un adecuado análisis funcional. Segundo, para establecer el Nivel III (covariación conductual) es necesario determinar la presencia de otras manifestaciones conductuales, emocionales, o afectivas que han mostrado generalización a lo largo del tiempo o a través de las distintas situaciones o bien una covariación en los sistemas taxonómicos, permitiendo formular hipótesis adicionales sobre las variables de mantenimiento del problema. La importancia de este proceso descendente radica en que el análisis funcional molecular de las respuestas a Nivel IV permite validar las hipótesis que se formulan en el Nivel I, ya que, por definición, éstas se someten a prueba con respuestas y situaciones específicas. Por lo tanto, el resultado del análisis en Nivel IV permite identificar los procesos, mediante la comunalidad de participación de los mismos, en los análisis funcionales moleculares de los distintos problemas.

Metodología ascendente. Cuando los motivos de consulta se presentan en el Nivel IV, existen dos cursos de acción que son complementarios. Por una parte, a partir del conocimiento psicológico y clínico, es posible formular y someter a prueba hipótesis sobre covariación y clases de respuesta. Por ejemplo, si un paciente comienza a describir algunas manifestaciones que suelen estar resumidas en términos nosológicos como depresión o ansiedad, se puede indagar sobre la presencia de otras respuestas que, aunque no las haya manifestado aún, presumimos que tienen una alta probabilidad de covariar (por razones de conocimiento teórico o clínico). En ese caso, es de gran importancia realizar el correspondiente análisis funcional de las conductas que covarían. Por otra parte, se puede proceder a realizar un análisis funcional molecular de cada una de las respuestas discretas que presenta el paciente en el motivo de consulta e identificar los procesos de los que constituyen parte las unidades de respuesta particular. Cuando se complete el análisis funcional de varias respuestas, será posible identificar, entonces, los procesos comunes a varias de ellas y, de esa forma, determinar con precisión el papel de los niveles I y II. Por otra parte, cuando el motivo de consulta se presenta en el Nivel III es necesario especificar las respuestas en términos operacionales para poder realizar el correspondiente análisis funcional en el Nivel IV. A partir de dicho análisis, se puede continuar con la metodología ascendente como se explicó anteriormente.

Finalmente, una vez que se ha aplicado la metodología ascendente y descendente y se han llevado a cabo los correspondientes análisis en cada uno de los niveles,

ya es posible proceder a establecer hipótesis tentativas sobre el predominio de cada uno de los procesos en el nivel especificado. Si se asigna un valor a aquellos procesos que supuestamente están interviniendo en cada queja, será posible identificar la aportación compartida por los diversos procesos en los distintos problemas analizados. Teniendo en cuenta el conocimiento de los principios psicológicos que sirven de base a cualquier formulación conductual, ya se está en posición de formular y someter a prueba las primeras hipótesis sobre los procesos superiores, que son los que en última instancia permitirán elaborar el plan de tratamiento.

IV.2.3. Etapa I. Descripción del motivo inicial de consulta

En la etapa inicial se trata de reunir información general sobre el motivo de consulta y las condiciones personales y contextuales del paciente. Esta etapa proporcionará los primeros indicios para que el terapeuta se pueda ubicar con respecto tanto a los objetivos y expectativas del paciente como a las condiciones personales y ambientales dentro de las cuales se va a desarrollar el trabajo profesional.

Paso 1. Observe y registre las características del comportamiento del paciente durante la entrevista inicial. Como se explicó anteriormente, el comportamiento directamente observable del paciente durante la entrevista constituye una importante fuente inicial de información para la formulación clínica, ya que no solamente se puede considerar como una muestra de su conducta en situaciones similares, sino que proporciona indicios sobre su grado de motivación y la claridad sobre su motivo de consulta.

Paso 2. Obtenga información sobre los motivos iniciales o las razones por las que el paciente decidió buscar ayuda profesional. Cuando una persona decide buscar ayuda profesional, por lo general tiene previamente una motivación específica que quiere comunicar al clínico. Por lo tanto, después del saludo inicial, es necesario darle la oportunidad al paciente para que exprese las razones que lo llevaron a buscar ayuda. Preguntas tales como: «¿Por qué decidió buscar ayuda profesional?» o «¿qué le hizo venir?» ayudan a obtener esta información. Hay dos razones por las cuales se comienza la entrevista inicial con la descripción general del motivo de consulta. En primer lugar, para dar la oportunidad al paciente de manifestar el motivo para la búsqueda de ayuda. En segundo lugar,

En la sección correspondiente del Cuadro de Entrevista Inicial, se observa la descripción de la apariencia y el comportamiento del paciente durante la entrevista. Esta información constituye la primera fuente de generación de hipótesis. En el caso en cuestión, y antes inclusive de que se determine el motivo de consulta, su comportamiento y apariencia permiten suponer que existe una reacción de ansiedad que puede deberse a la novedad de la situación nueva o a la naturaleza del problema que se va a tratar. Sin embargo, la observación de las habilidades sociales inadecuadas podría apoyar inicialmente la hipótesis de ansiedad generada por una situación social nueva.

CUADRO 1.1. *Motivo inicial de la consulta*

<i>Fecha</i>	01/02/95	<i>Remitido por</i>	Amiga (actual paciente)	<i>Procedencia</i>	Bogotá
COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA					
El paciente es un hombre de aproximadamente 35 años, vestido informalmente, que muestra signos aparentes de nerviosismo, como movimientos estereotipados de las manos y cuerpo, tensión muscular y poco contacto visual con el terapeuta. Muestra dificultad en comunicar sus ideas con precisión y proporciona respuestas ambiguas a las preguntas del terapeuta.					
MOTIVO DE CONSULTA					
<i>Descripción</i>		<i>Historia de los problemas y acontecimientos desencadenantes</i>		<i>Nivel</i>	
A veces me entra una angustia insoportable y no se por qué Me dan deseos de salir corriendo porque creo que me estoy volviendo loco		Hace 8 meses estaba con unos amigos y me ofrecieron marihuana. Yo la probé y al poco tiempo comencé a sentir una sensación muy extraña, como Si me estuviera desdoblado y me dio mucho miedo de quedarme así.		II	
Quiero conocerme mejor para superar mis problemas de inseguridad. Quiero cambiar y ser mejor.		He tenido muchos problemas en mi vida. Siempre he sido muy inseguro. Siempre he tenido problemas para tomar decisiones porque cada vez que emprendo algo me desanimo. Comencé la universidad y no la terminé, empiezo un programa de ejercicio y nunca lo acabo. Y en mi trabajo me ha pasado lo mismo		III	
Las situaciones sociales me producen mucho miedo. Me preocupa lo que puedan pensar de mí.		Desde que era pequeño me sentía mal en las reuniones y en las fiestas. He tenido pocos amigos y nunca me han gustado las reuniones donde hay gente que no conozco.		II	
Estoy bebiendo mucho, pero me siento muy mal al hacerlo. Me deprimó después de haber bebido		Desde que tenía 14 años comencé a beber cuando había reuniones. pero hace unos 6 meses ha aumentado la frecuencia. No es que beba todos los días pero cuando lo hago, generalmente con amigos, me cuesta trabajo parar y después me siento muy deprimido.		III	
TRATAMIENTOS ANTERIORES					
Tratamiento psicoanalítico durante 2 años con resultados muy pobres. Tratamiento con Normipramina con resultados positivos inicialmente, pero con recaída posterior.					

para proporcionar al terapeuta los primeros indicios sobre el nivel del motivo de consulta y sobre qué áreas va a ser necesario profundizar en la evaluación posterior. Como se observa en el formato de Motivo Inicial de Consulta, se trata de describir de la forma más concreta posible la queja o quejas del paciente. Por lo general, hay una gran diversidad en cuanto a la forma y al nivel de generalidad del motivo de consulta. Debemos recordar que las razones que llevan a una persona a buscar ayuda profesional no necesariamente corresponden con las que tienen una prioridad funcional o causal. Al igual que ocurre en medicina, cuando un paciente consulta por un intenso dolor, aunque su motivación fundamental sea la desaparición del dolor, para el médico es solamente el resultado o síntoma de la acción de distintos procesos que necesita averiguar. Solamente cuando se determina con precisión la acción de tales procesos es posible prescribir un tratamiento que altere de forma definitiva, y no simplemente temporal, la condición de malestar del paciente. En el campo psicológico, el motivo de consulta en una gran mayoría de los casos es el resultado final de la acción de muchos otros procesos, lo que ha llevado a un alto nivel de interferencia o insatisfacción en diversas áreas de actuación del paciente. Igualmente, es necesario explorar qué otras dificultades presenta o en qué otras áreas desearía trabajar. Esta información permite ampliar el rango de posibles objetivos del trabajo terapéutico y, al igual que el motivo inicial de consulta, se analizará detalladamente más adelante en la etapa de análisis funcional.

Paso 3. Describa la historia y/o acontecimientos desencadenantes de cada uno de los motivos de consulta. En este paso se intenta conseguir una breve historia del motivo o motivos de consulta. Preguntas tales como: «¿desde cuándo notó por primera vez el problema?» o «¿qué estaba ocurriendo en su vida cuando se presentó...?», etc., tratan de establecer tanto la historia como los acontecimientos desencadenantes. A través de esta información se busca determinar el curso o tendencia del problema a lo largo del tiempo y, si ha habido tratamientos anteriores, averiguar cuáles y con qué resultados.

Paso 4. Establezca el nivel inicial en el que el paciente presenta su motivo de consulta. Este paso constituye un requisito fundamental para el proceso de formulación clínica, ya que servirá de base en el proceso de generación de hipótesis causales y permite unificar el criterio de los niveles de observación para desarrollar una metodología ordenada. La especificación en niveles cumple varias funciones. Primero, permite establecer un criterio común para categorizar las quejas del paciente. En efecto, en muchas ocasiones el paciente presenta varios motivos de consulta que se dan en diferentes niveles y no es posible analizarlos como si estuvieran en el mismo nivel. Por ejemplo, un paciente puede contar, al mismo tiempo, que está deprimido (Nivel III), que tiene insomnio (Nivel IV) o que tiene la tendencia a pensar muy negativamente en la mayoría de las situaciones (Nivel I). Obviamente, puesto que lo que expresa no está en el mismo nivel, no tendría sentido hacer una lista de quejas como si las pudiésemos categorizar de forma homogénea. En segundo lugar, como veremos más adelante, le facilita al clínico el proceso de reunir toda la información necesaria de modo sistemático sobre los diversos niveles que competen a un motivo de consulta y que el paciente no ha proporcionado espontáneamente, siendo de esa forma

más eficiente en el proceso de evaluación. En algunos casos, el paciente presenta su motivo de consulta en el Nivel II, «me siento triste todo el tiempo» (proceso afectivo), «vivo muy estresado» (proceso emocional). En la mayoría de los casos, se auto-etiqueta en un Nivel III, «tengo problemas con mi pareja», etc. En otros casos, el motivo será presentado en un Nivel IV, «me cuesta trabajo dormir», «me ruborizo cuando estoy con personas que no conozco bien», etc. En cualquiera de estos casos, el clínico debe completar la información sobre los niveles restantes en un motivo de consulta particular, con el fin de tener todos los elementos necesarios para el proceso de formulación. En tercer lugar, este procedimiento tiene una gran utilidad para determinar los tipos de acontecimientos que son susceptibles de un análisis molecular y los que no. Muchas veces el clínico conductual orientado hacia un análisis funcional encuentra difícil definir conductas, antecedentes y consecuentes de motivos de consulta tan generales como «no le encuentro sentido a lo que estoy haciendo». A pesar de que trate de especificar en qué situaciones suele pensar de esa forma y cuáles son las condiciones consecuentes, la información obtenida no es de mucha utilidad puesto que el motivo de consulta especificado se encuentra en un nivel diferente.

Paso 5. Formule las primeras hipótesis sobre los niveles determinados en el paso anterior y establezca la dirección ascendente o descendente para cada uno de los problemas según el nivel en el que se encuentre. La especificación de los niveles de motivo de consulta hace posible formular hipótesis sobre la relación de dichos niveles con otros, superiores o subordinados, dentro del modelo estructural. Dichas hipótesis se validarán a través de la información adicional que se obtiene durante el curso de la evaluación.

Al seguir los pasos anteriormente descritos en el caso clínico ilustrativo, se determinaron inicialmente cuatro motivos de consulta manifestados por el paciente. En el primero, describe una alteración del proceso emocional, autodefinida como "angustia", y deseos de escape. Con la información disponible, este motivo de consulta corresponde al Nivel II de organización estructural del comportamiento: alteración del proceso emocional. Sin embargo, teniendo en cuenta la descripción del problema y los conocimientos clínicos en psicopatología, es plausible generar hipótesis sobre la posibilidad de una covariación (Nivel III), en este caso, "trastorno por pánico". El segundo motivo de consulta, sentimientos de inseguridad, se puede considerar como un resultado de la interacción de procesos básicos. Dado que el paciente informa haber sido siempre y en diversas situaciones inseguro, se ubicaría en un Nivel III de organización de procesos, aunque no corresponde a una entidad diagnóstica descrita en la taxonomía. El tercer motivo de consulta corresponde al Nivel II de formulación, ya que representa una alteración del proceso emocional. En este nivel sería necesario determinar la forma de descender al Nivel III de covariación para establecer una posible entidad de ansiedad social y al Nivel IV para realizar el correspondiente análisis funcional de las respuestas específicas. Dicho análisis nos permitiría determinar la naturaleza de las relaciones entre los procesos a Nivel I que dan lugar a la disfunción del proceso emocional. En este punto se plantea la alteración del proceso emocional que se observa en los dos primeros motivos de consulta. Finalmente, el exceso de consumo de alcohol describe las respuestas específicas del patrón de bebida, por lo que este motivo de consulta correspondería a un Nivel IV de organización conductual. Sería necesario hacer un análisis funcional para determinar la intervención de diversos sistemas de respuesta y las relaciones específicas con acontecimientos ambientales, precisándose evaluar la posible presencia de covariaciones y relaciones con los otros motivos de consulta.

CUADRO 1.2. Hipótesis preliminares sobre niveles del motivo de consulta

Motivo de consulta	Hipótesis	Validación
Ansiedad	1. ¿Corresponde a trastorno por pánico? (Nivel III)	Indagar sobre la presencia de otras de trastorno por pánico de acuerdo con las descripciones taxonómicas. Aplicación del ADIS-R (DiNardo y Barlow, 1988) Autorregistros. Análisis funcional
	2. ¿Posible temor a pérdida de control?	Indagar sobre consecuencias de la ansiedad. Autorregistros.
Inseguridad	1. ¿Dificultad para predecir resultados?	Indagar sobre diferentes situaciones que involucran toma de decisiones.
	2. ¿Hay déficit en Criterios de autoevaluación?	Indagar sobre los criterios de evaluación que utiliza en diferentes áreas y el tipo de evaluación al que ha sido sometido por otros.
Temor en situaciones sociales	1. ¿Corresponde a ansiedad social?	Identificar respuestas en situaciones sociales y corroborar presencia de características taxonómicas.
	2. ¿Temor a la evaluación social?	Indagar sobre efectos de su comportamiento a nivel social y realizar análisis funcional.
	3. ¿Hay déficit en habilidades sociales?	Evaluar habilidades de interacción social a través de observación y autoinforme en diferentes situaciones.
Consumo de alcohol	1. ¿Presencia de trastorno adictivo?	Indagar sobre patrón conductual de consumo de alcohol.
	2. ¿Es situacional?	Características taxonómicas. Análisis funcional.

IV.2.4. Etapa II. Información general, personal y con textual

Una vez descritas las características y niveles del motivo de consulta, es necesario pasar a obtener información contextual sobre las condiciones individuales y ambientales, de tal forma que dicho motivo de consulta ya se puede enmarcar dentro del entorno de la persona. Por lo general, se le explica al paciente la importancia de tener más información sobre él y su ambiente. Esta información es fundamental para poder generar hipótesis a nivel molar.

Paso 6. Obtenga los datos personales y demográficos del paciente y de personas significativas. Aunque el Cuestionario de Datos Personales que se le entrega al paciente al final de la primera sesión contiene información sobre las características personales, es de gran ayuda tener información personal desde el comienzo de la primera sesión. En el formato de Información Individual y Ambiente Familiar se encuentran los datos demográficos que se reúnen en esta clapa de la entrevista inicial.

Datos demográficos y personales. En esta sección se busca obtener la siguiente información: 1) “fuente de remisión”, es decir, el profesional o persona que lo remitió o la forma en la que escogió al terapeuta particular; 2) la “procedencia” o lugar de origen del paciente; 3) “nombre”, 4) “edad”, 5) “estado civil”, soltero, casado, unión libre, separado o viudo; 6) “profesión” o área de educación o especialización académica o laboral; 7) “actividad laboral”, descripción de la actividad específica de trabajo, que puede o no corresponder con su profesión; 8) “auto-descripción”, a través de la cual se le pide a la persona que describa, con sus propias palabras, características o adjetivos que lo definan como persona; 9) “contexto actual”, que corresponde a la información sobre las características del ambiente que rodea a la persona: vive solo, con la familia, con amigos, etc.; 10) “estado físico”, información sobre condiciones actuales de salud, enfermedades crónicas, incapacidades físicas, medicación, así como la presencia de síntomas tales como cefaleas, hábitos de sueño y alimentación, grado de actividad física, ejercicio, etcétera.

Datos demográficos sobre personas significativas. Al igual que en la sección anterior, es importante incluir información sobre las personas más cercanas con las cuales se relaciona la persona en su vida cotidiana, cónyuge e hijos. Es importante explorar áreas específicas de la relación de pareja: comunicación afectiva y de solución de problemas, relaciones sexuales, actividades e intereses compartidos, establecimiento de roles, relaciones sociales de la pareja, manejo de finanzas, métodos de crianza y relaciones con la familia política.

En el caso de que la persona no esté casada y/o viva con sus padres, se recoge información sobre las características de su familia. Esta información general nos permite comenzar a determinar las características del ambiente y del paciente desde su propia perspectiva.

CUADRO 1.3. Información individual y ambiente familiar

INFORMACIÓN DEL CONSULTANTE					
<i>Nombre</i>	Pedro Pérez	<i>Edad</i>	32	<i>Estado Civil</i>	Separado
<i>Profesión</i>	Estudiante de arte	<i>Actividad</i>	Escuela de Bellas Artes y taller particular de pintura		
<i>Autodescripción</i>	<p>Soy muy nervioso y sensible. Muy inseguro. Mucho temor a las personas y a decir lo que pienso y lo que siento. Me he llenado de máscaras para defenderme de ellas. Me aílo en situaciones nuevas. Mucho miedo al rechazo. Prefiero no opinar y no decir lo que siento para no ser rechazado.</p> <p>Miedo a terminar las cosas. No acabo las cosas. La universidad el ejercicio físico, el matrimonio, etc.</p> <p>Tengo talento para habilidades manuales. Soy bueno para los deportes. Tengo buenos sentimientos y soy buen amigo.</p>				
<i>¿Con quién vive?</i>	En la actualidad vivo con mis padres				
<i>Estado físico y estilo de vida</i>	<p>Buen estado de salud. No ha habido enfermedades graves ni intervenciones quirúrgicas.</p> <p>No está tomando ninguna medicación.</p> <p>Hábitos alimenticios y de sueño regulares.</p> <p>Ejercicio físico en gimnasio tres veces a la semana.</p>				
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (EX)					
<i>Nombre</i>	Juana Gómez	<i>Edad</i>	28	<i>Tiempo de matrimonio</i>	5 años
<i>Tiempo de separación</i>	5 años	<i>Razones</i>	Iniciativa de ella por infidelidad de él.		
<i>Profesión</i>	Arquitecta	<i>Actividad</i>	Oficina de construcción.		
<i>Descripción</i>	<p>Emprendedora, muy familiar, conservadora, terca. Es sociable y extrovertida.</p> <p>Tiene buenos sentimientos. Cuando se irrita puede ser explosiva y muy agresiva de palabra. Es muy buena madre.</p>				
<i>Relación</i>	<p>El matrimonio se acabó porque cuando nació su segundo hijo, él se enamoró de otra persona.</p> <p>Cuando estaban juntos tenían una buena relación.</p> <p>Actualmente tienen una relación cordial.</p>				
INFORMACIÓN SOBRE HIJOS					
<i>Hijos</i>	<i>Edad</i>	<i>Actividad</i>	<i>Institución</i>	<i>Descripción y relación</i>	
Juana	7	1º Primaria	Colegio Santa Ana	Es muy activa y cariñosa. Le gusta estar con sus amigas. Muy cercana a su padre.	
Carlos	5	Guardería	Colegio San José	Es muy nervioso e introvertido. Hace pataletas con frecuencia. Le cuesta trabajo relacionarse con su padre.	

- El primer dato significativo que merece explorarse más detalladamente se refiere a la discrepancia entre la edad y su posición académica, pues en esa edad se esperaría que ya hubiese terminado sus estudios en la universidad.
- En segundo lugar, su autodescripción nos puede hacer pensar en una predisposición temperamental hacia la activación del SNA y, por lo tanto, un compromiso del proceso biológico en los problemas que implican alteración emocional. Esta información habrá que contrastarla posteriormente con los datos de su historia.
- En tercer lugar, su tendencia a no terminar las cosas parece estar generalizada a diversas situaciones. Sería importante evaluar el grado de generalidad de los patrones de evitación y si se da en situaciones en las cuales siente poco control o pocas habilidades.
- Respecto de sus dificultades en situaciones sociales, se podría considerar el compromiso del proceso cognitivo en las interpretaciones de las situaciones de rechazo. Esta información nos permite mantener las hipótesis de temor a la evaluación social y de déficit en habilidades de interacción social.
- Su autoinforme de destrezas manuales así como su interés en actividades físicas puede ser un factor protector que se puede incorporar en el diseño de estrategias terapéuticas. Finalmente, respecto de la información familiar, es importante explorar las razones por las cuales volvió a vivir con sus padres después de la separación. Las características de actividad e iniciativa de la esposa parecen contrastar con su tendencia a la pasividad y con su dificultad para tomar decisiones.
- la dificultad en expresar opiniones y sentimientos parece estar más relacionada con factores emocionales que con déficit en habilidades. Se observa un patrón general de evitación en situaciones sociales.
- Es importante explorar con mayor detalle las dificultades de la relación con el hijo, que suele ser más agresivo y directo que la niña.

Paso 7. Obtenga información sobre los recursos y el grado de satisfacción en las principales áreas del ambiente funcional que se relacionan con las actividades de la persona. Los ambientes funcionales se refieren a características de los recursos ambientales con los cuales está en interacción la persona en el proceso de satisfacción de necesidades.

Ambiente físico. En esta sección se trata de obtener información sobre las características del ambiente físico construido (arquitectónico), tanto molecular (vivienda) como molar (vecindario y conjuntos multifamiliares, espacios de movilización) y nivel de satisfacción con estas condiciones. Es importante tener en cuenta las condiciones de densidad social y otros elementos que pueden dar información sobre fuentes de tensión ambiental y de estimulación o sobreestimulación del ambiente. El énfasis se hace en las características de la relación del individuo con su ambiente físico, más que en la descripción del ambiente en sí mismo.

Condiciones económicas. La información sobre el nivel relativo de los recursos económicos con respecto a las necesidades del individuo o del grupo familiar es fundamental, no solamente para evaluar posibles fuentes de tensión sino también por la disponibilidad de opciones con las que se pueda contar para el diseño de un plan de tratamiento. Hay que tener en cuenta que esta evaluación no se hace en términos absolutos, como ocurriría en una descripción sociológica, sino en relación con el sistema de necesidades individuales.

Área afectiva/pareja actual. Uno de los elementos del ambiente que tiene mayores repercusiones sobre el estado individual tiene que ver con sus relaciones afectivas y

CUADRO 1.4. *Dimensión ambiental*

<i>Ambiente físico</i>	<p>Vivienda. En la actualidad vive en el apartamento espacioso de sus padres, de aproximadamente 200 metros cuadrados, en un edificio pequeño de 10 apartamentos con poco contacto con los vecinos. Tiene su habitación individual y utiliza las áreas sociales comunes. Se siente cómodo aunque le molesta no contar con la privacidad para reunirse con amigos.</p> <p>Desplazamiento. Permanentemente tiene que desplazarse en transporte público a diferentes áreas de la ciudad, la universidad, su taller de trabajo que queda a una distancia de 45 minutos de su casa y 30 de la universidad, aproximadamente. Manifiesta descontento e irritabilidad por su utilización continua de transporte público, ya que pasa gran parte del tiempo en medio del tráfico de la ciudad.</p>
<i>Condiciones económicas</i>	Aunque su familia cuenta con suficientes recursos económicos, él depende en gran parte del dinero que le proporcionan sus padres, ya que su actividad laboral no le permite tener una fuente estable de ingresos que sea suficiente para cubrir sus necesidades. Parte de lo que percibe por su trabajo lo destina a contribuir al sostenimiento de sus hijos, aunque su esposa cubre la mayor parte de los gastos de los hijos.
<i>Pareja/sexual</i>	En la actualidad no tiene una pareja estable, aunque tiene varias amigas de la universidad con las cuales comparte algunas actividades sociales, de ocio y con quienes mantiene relaciones sexuales esporádicas.
<i>Hijos</i>	Desde la separación, pasa fines de semana alternos con sus hijos y una noche durante la semana. Tiene una buena relación con la hija, aunque no pasa mucho tiempo con ella. Con su hijo tiene muchas dificultades para controlarlo y siente que éste no quiere pasar tiempo con él.
<i>Filial/Padres</i>	La relación con su padre es distante y formal y casi no tienen ningún tipo de interacción. La madre suele ser sobreprotectora y tiende a intervenir en la mayoría de sus actividades, lo cual les genera frecuentes conflictos.
<i>Laboral/Académica</i>	Ha tenido muchos problemas en la universidad puesto que se ha retirado en varias ocasiones antes de que se termine el semestre académico. A pesar de que le gusta su actividad artística ha tenido muchas dificultades en las evaluaciones académicas y en las exposiciones ante los jurados puesto que se pone muy nervioso en estas situaciones. Su actividad en el taller es muy desordenada y suele no terminar sus obras. Muestra dificultades en las relaciones con sus compañeros de la universidad porque no se ha logrado integrar a ningún grupo.
<i>Social</i>	Tiene un grupo muy reducido de amigos. Prefiere las actividades sociales con muy pocas personas conocidas y evita permanentemente fiestas y reuniones sociales con personas nuevas. Cuando tiene que asistir a reuniones sociales, por lo general bebe en exceso. También lo hace cuando está con su grupo reducido de amigos, asiste a bares o bebe en casa de alguno de ellos. Nunca bebe cuando está solo o en casa de sus padres.
<i>De ocio</i>	Es aficionado al ejercicio físico, especialmente a la gimnasia. Le gusta la lectura y la música.

de pareja. En esta sección se evalúa el nivel de satisfacción de las relaciones afectivas actuales y si son diferentes de las matrimoniales.

Área laboral y/o académica. Se refiere a la descripción de las condiciones físicas y de organización del ambiente de trabajo, así como a la descripción detallada de las funciones y actividades laborales que realiza el individuo en relación con sus intereses y necesidades. Así, se toma el concepto de trabajo en un sentido amplio, para referirse a la principal área de actividad de la persona, ya sea estudio, trabajo en el hogar, trabajo remunerado, etcétera.

Área social. Se trata de explorar el tipo de relaciones y actividades sociales, aparte de las familiares, que tiene la persona. Es importante determinar si hay relaciones importantes de amistad, el nivel, frecuencia y calidad, en términos de satisfacción, de las actividades sociales formales o informales en la vida cotidiana, grupos de referencia, pertenencia a organizaciones cívicas, profesionales, religiosas, sociales o de ocio, y redes de apoyo social.

Área de ocio. Finalmente, es fundamental evaluar la existencia de intereses o actividades de ocio en el presente o en la historia individual o los recursos existentes para el desarrollo de dichas actividades.

La información sobre el ambiente físico indica condiciones poco propicias para actividades sociales, dadas las restricciones existentes en casa de sus padres. Por otra parte, la necesidad de desplazamiento parece constituir una importante fuente de estrés ambiental. Igualmente, su dependencia económica de los padres representa una restricción adicional en cuanto a sus posibilidades de acción.

Una vez más, la información sobre las dimensiones del ambiente funcional evidencian sus dificultades de relación interpersonal y un estado general de ansiedad.

La información sobre la relación distante con el padre y el patrón de sobreprotección de la madre son datos importantes a tener en cuenta en la información sobre antecedentes familiares para determinar patrones de adquisición y aprendizaje.

IV.2.5. Etapa III. Análisis histórico molar

Antes de iniciar la etapa de formulación molar, es necesario reunir información sobre la historia de la persona con el objeto de identificar fuentes de influencia, factores de adquisición y de condicionamiento, factores de predisposición y, en general, la forma en la que acontecimientos históricos significativos tienen influencia en la situación actual del paciente.

Paso 8. Obtenga información sobre las características de sus padres. Para poder realizar un adecuado análisis histórico es necesario determinar el contexto social en el cual transcurrió la vida del paciente. En el formato de Antecedentes Familiares e históricos, obtenga la siguiente información sobre los padres: a. "Edad actual", y si están muertos, cuánto hace que murieron y a qué edad. La diferencia de edad entre cada uno de los padres y el paciente puede proporcionar algunos indicios impor-

CUADRO 1.5. Antecedentes familiares e históricos

PADRE	Carlos Pérez	Edad	66	Actividad	Ingeniero
Procedencia	Pueblo del norte del país	Familia	Origen campesino y bajo nivel educativo		
Descripción	Muy exigente. El paciente era muy bueno para los deportes de pequeño. El padre nunca lo aprobaba. Siempre le exigía más. Poco expresivo afectivamente. Ni siquiera lo regañaba; eso se lo dejaba a la mamá. Físicamente no es agradable. Era débil e inseguro en la toma de decisiones. La mamá es quien toma las decisiones. Es pesimista. Era una especie de antimodelo y quería ser diferente de él. Lo admira en el sentido de que es bueno con las personas de su pueblo.				
Relación	Mala. Él se avergonzaba mucho del papá y de su procedencia humilde. Nunca las cosas estaban suficientemente bien para lograr su aprobación. No hay ninguna comunicación con él.				

MADRE	Clara Rodríguez	Edad	56	Actividad	Finca Raíz
Procedencia	Capital	Familia	Clase media alta de la capital.		
Descripción	Emprendedora, muy conservadora, moralista y extremadamente religiosa. Muy dominante. Ella era la que tomaba las decisiones. Empujaba al papá. Controladora Hiperactiva. Solía solucionarle todos los problemas. Lo consentía mucho, pero al mismo tiempo le exigía.				
Relación	Es buena. A él le molesta el moralismo y la religiosidad excesiva de ella. Muy mala comunicación. Le cuesta trabajo decir cómo se está sintiendo. No se ven casi.				

Relación entre padres	Buena. Nunca se vio una discusión. Pero ella siempre trataba de cambiarlo a él.
Otras influencias	La abuela materna estuvo viviendo cinco años con ellos cuando él tenía entre 4 y 9 años. Era muy crítica y los reprendía permanentemente.

Hermanos	Edad	Estado Civil	Profesión	Descripción y relación
Carlos	29	Casado	Ingeniero civil	Completamente diferente a él. Es extrovertido, comunicativo, también tiene problemas con la bebida. La relación con él es cordial, pero no hay comunicación personal profunda.
Julio	26	Soltero	Ingeniero civil	Equilibrado, tranquilo y reservado. Tienen muy buena relación aunque no es cercana porque él vive en otra ciudad.

tantes para contrastarlos con otros elementos de información; *b*. “Actividad”. El tipo de actividad de los padres, tanto en la actualidad como durante el proceso de desarrollo del paciente proporciona importante información sobre el contexto social y económico, modelos y roles, y otros factores de influencia en la vida del paciente; *c*. “Procedencia”. El lugar de origen puede ofrecernos información importante sobre el contexto cultural e histórico en el que se desarrolló la persona. En general, en la mayoría de los países, y con más frecuencia en los países hispanoamericanos, se observan marcadas diferencias culturales y de costumbres en distintas regiones geográficas y en ambientes rurales o urbanos. La consideración de estas variables es de gran importancia para incluirlas en el proceso de formulación y en la determinación de acontecimientos de predisposición; *d*. “Familia”. Los datos sobre los orígenes de la familia paterna y materna nos ofrecen información valiosa sobre los factores tempranos de influencia. En esta sección se reúne información sobre las características de la familia del padre y de la madre: abuelos paternos y maternos, tíos, y acontecimientos importantes en la historia familiar. Esta información también es de gran importancia para entender los principales factores de influencia sobre los padres, quienes, a su vez, han sido factores importantes de influencia en el desarrollo del paciente; *e*. “Descripción de características de los padres”. En esta sección se trata de obtener información sobre la descripción que el paciente puede hacer de las características que sus padres tenían *durante la niñez y adolescencia* del paciente, en contraste con las características actuales. El uso de adjetivos que describen características generales que se daban en esa época proporciona información importante sobre factores de predisposición. Con base en la información recogida previamente sobre el motivo de consulta, se puede centrar la información sobre las características de los padres en relación con la queja o quejas del paciente. Por ejemplo, en un caso de ansiedad es posible tratar de determinar la presencia bien de modelos ansiosos o bien de características de sobreprotección o de exceso de aprehensión en uno o en ambos padres. De forma similar, si a partir del motivo de consulta se han establecido hipótesis sobre la posible influencia de distorsiones cognitivas o de necesidad de aceptación, será fácil rastrear, en la historia familiar, la influencia de patrones de crianza críticos, absolutistas o dicotómicos. Adjetivos como autoritario, dominante, sociable, nervioso, etc. ofrecen indicios valiosos sobre la forma en la que el paciente percibe el papel de sus padres durante su infancia y adolescencia. Sin embargo, además de las características generales de la persona, es importante hacer énfasis en el tipo de relación que mantenía cada uno de los padres con el paciente, con especial referencia a los patrones de crianza. Finalmente, es necesario indagar sobre las características de la relación entre los padres, presencia de conflictos: conyugales, etc. que puedan ser elementos determinantes en la vida actual del paciente; *f*. “Descripción de los hermanos y sus características”. Las semejanzas o diferencias entre ciertos patrones de comportamiento entre los hermanos pueden ser indicio del grado de arraigo de ciertas características en condiciones familiares comunes. Igualmente, el comportamiento de los hermanos, así como el lugar relativo en la familia y las características personales de cada uno de ellos, pueden tener una influencia importante en el comportamiento actual del sujeto.

CUADRO 1.6. Acontecimientos significativos de la historia del paciente

Edad	Acontecimientos	Procesos
- 5 años	Recuerda ser muy nervioso. Miedo a la oscuridad y a los animales. Por la noche se pasaba a la cama de los padres. Lloraba mucho.	Biológico
5-7 años	Ingresó en el colegio. Recuerda claramente el primer día cuando la mamá le llevó. No quería quedarse y la mamá le acompañó los primeros días hasta que el padre le obligó finalmente a asistir. Los compañeros le molestaban porque no se relacionaba con ellos.	Aprendizaje/emocional. Condicionamiento temprano, Evitación. Aprendizaje de evitación.
	Recuerda a una profesora que lo pasaba frente a todos los compañeros cuando no respondía a las preguntas en clase. Lo ridiculizaba y él se sentía muy mal. No jugaba en los recreos. No quería asistir al colegio y la mamá le permitía quedarse en casa. Los compañeros no le dejaban lugar con ellos.	Aprendizaje/emocional. Condicionamiento.
7-12 años	El padre le exigía permanentemente. Nunca era suficiente. Madre sobreprotectora que suele hacer las cosas por él.	Cognitivo. Aprendizaje de criterios dicotómicos Motivación.
	Mal rendimiento académico. Malos hábitos de estudio.	Aprendizaje/Motivación.
	Miedo a los exámenes.	Aprendizaje/emocional.
13 años	Pierde el año y tiene que cambiar de colegio. Entra a un nuevo colegio y se enfrenta nuevamente con el grupo.	Aprendizaje.
14-17 años	Amigo de malos estudiantes. Primeras experiencias con alcohol en situaciones sociales. Se siente más tranquilo cuando bebe. Se integra con grupos marginales. Enfrentamientos con el padre. Actividades deportivas. Dificultad en las relaciones con las mujeres.	Aprendizaje/Motivación. Conduela de evitación.
18 años	Se gradúa en bachillerato. Dificultad en la toma de decisión sobre la carrera. Presión del padre para que estudie ingeniería, y en ese año no ingresa en la universidad por indecisión. Inicia relación afectiva por iniciativa de ella.	Aprendizaje/cognitivo.

CUADRO 1.6. (Cont.)

<i>Edad</i>	<i>Acontecimientos</i>	<i>Procesos</i>
19 años	Ingresa en Bellas Artes. Padre se opone a su decisión. Pierde el primer semestre por no presentarse a los exámenes.	
20-22 años	Continúa su relación afectiva.	Aprendizaje/afectivo.
22 años	Matrimonio.	
23 años	Se retira nuevamente de la universidad en el primer semestre y reingresa en el segundo.	Motivación.
25 años	Nacimiento de la hija. Gran tensión por responsabilidades y dificultades económicas.	Motivación.
26 años	Comienza una relación con una compañera de la universidad. Primeros ataques de pánico en periodo de exámenes.	Aprendizaje/motivacional. Aprendizaje/emocional.
27 años	Nacimiento del segundo hijo. Separación. Se acentúan los ataques de pánico.	Emoción.
29 años	Termina la relación con la compañera. Inicia taller de pintura.	Motivación.
30-32 años	Aumenta su incapacidad que interfiere con sus actividades académicas.	Emocional. Motivacional.

Paso 9. Haga un recuento de los principales acontecimientos significativos en la historia de la persona. Guiados también por la información obtenida sobre el motivo de consulta, es importante obtener información sobre los acontecimientos significativos en distintas etapas del desarrollo del paciente. En cada una de estas etapas, se sigue una metodología similar. Primero, un recuento cronológico de sucesos significativos. Para ello se utiliza la primera columna de fechas en el formato de Historia y Antecedentes. Por cuestión de orden de este proceso, se divide la historia de acuerdo con las etapas de desarrollo especificadas en la dimensión temporal del Modelo Estructural de Formulación: Infancia, Niñez, Adolescencia y Edad adulta (figura 1.3). Segundo, se describen las características generales del ambiente en dichas etapas, incluyendo el ambiente familiar, escolar/laboral, social y de ocio, siguiendo las áreas de actividad descritas anteriormente. Tercero, hay ciertas características propias de

cada etapa de desarrollo que es necesario explorar más a fondo, como se describe a continuación. Finalmente, en la columna sobre hipótesis de procesos básicos y factores de predisposición, se incluyen los supuestos sobre la participación en los diversos acontecimientos en los niveles superiores de los procesos.

Infancia. Esta etapa corresponde al período preescolar, es decir, antes de los 7 años. Aunque muchas personas no tienen claros recuerdos de esta época, puede haber acontecimientos significativos, especialmente de naturaleza emocional, que tienen importancia en el análisis de los factores de predisposición. Determinados sucesos en la familia, pérdidas de personas cercanas, etc., pueden contribuir a aclarar el origen de muchas dificultades posteriores. En segundo lugar, hay que evaluar, en la medida de lo posible, factores de desarrollo, ya sea con el paciente o con sus padres, si es relevante para el proceso de formulación clínica con base en la información obtenida hasta el momento. En tercer lugar, es necesario evaluar recuerdos sobre características personales, tales como hiperactividad, miedos infantiles, temperamento, o familiares, como recuerdos de actividades cotidianas. En esta etapa pueden ser especialmente importantes las informaciones sobre condicionamiento emocional y sobre características o rasgos temperamentales.

Niñez. Corresponde al período de escuela primaria, en el cual ya hay más claridad de recuerdos. Al igual que en la etapa anterior, hay varios tipos de información que es necesario incluir. Además de acontecimientos significativos, hay que darle énfasis a los patrones de relación familiar, con especial referencia a mecanismos de control, procesos de disciplina y proceso de socialización en el medio escolar. De la misma forma, hay que formular hipótesis sobre factores de predisposición en base a los dos niveles superiores de organización conductual, procesos primarios y secundarios.

Adolescencia. Corresponde al período de instituto, en el cual es importante centrar la exploración sobre relaciones con el grupo de iguales y con personas del sexo opuesto, desarrollo sexual, así como mecanismos de autocontrol, desarrollo moral y autoestima.

Edad adulta. Corresponde al período de educación universitaria y requiere de un análisis más detallado de las relaciones interpersonales y afectivas, así como del proceso de elección y adaptación al medio académico, profesional y laboral. Posteriormente, y dependiendo del nivel del ciclo evolutivo en el que se encuentre el paciente, se incluirá información sobre el establecimiento de nexos familiares, hijos, profesión y desarrollo personal.

Paso 10. Genere las primeras hipótesis sobre factores de adquisición. Con base en la información anterior, y dependiendo del nivel del motivo de consulta, se dan las pautas para generar hipótesis sobre factores de adquisición relacionándolos con los procesos básicos. En el cuadro de Hipótesis de adquisición, escriba para cada motivo de consulta las hipótesis sobre factores proximales y distales de adquisición, los mecanismos supuestos y el proceso.

CUADRO 1.7. Hipótesis de adquisición

MOTIVO DE CONSULTA	HIPÓTESIS DE ADQUISICIÓN		MECANISMO	PROCESO
	PROXIMALES	DISTALES		
1. Ansiedad	Experiencia con marihuana Tensión previa por exámenes.	Temperamento. Castigo de expresiones emocionales	Condicionamiento operante	Biológico. Aprendizaje.
2. Inseguridad	Situaciones de toma de decisión.	Crítica y desaprobación del padre. Sobreprotección y control materno. Inseguridad del padre en la toma de decisiones Críticos extremos de evaluación y exigencia paterna Fracasos académicos.	Condicionamiento pavloviano/operante Condicionamiento operante Modelamiento. Condicionamiento pavlovianos. Condicionamiento operante	Aprendizaje Motivación Aprendizaje/Cognitiva. Aprendizaje/Motivación
3. Temor en situaciones sociales	Grupos de personas no conocidas/autoridad. Exámenes/evaluaciones.	Inadecuación social del padre. Crítica paterna y de la abuela Déficit en las relaciones con los compañeros y con las mujeres en etapa escolar. Grupos marginales. Experiencia con profesora Burla y rechazo de compañeros.	Modelamiento. Condicionamiento pavloviano/operante. Condicionamiento de evitación Modelos/contingencias. Condicionamiento pavloviano/emocional.	Aprendizaje. Aprendizaje. Aprendizaje. Aprendizaje.
4. Consumo de alcohol	Situaciones sociales Ansidiedad social.	Experiencias con alcohol en adolescencia.	Refuerzo negativo.	Aprendizaje.

IV.2.6. Etapa IV. Introducción a la formulación molecular: análisis funcional

Una vez identificados los motivos de consulta en los diversos niveles, es necesario proceder al establecimiento de relaciones funcionales entre los elementos identificados en el Nivel IV. De acuerdo con lo especificado en la descripción del análisis funcional, proceda a realizar el análisis funcional molecular.

Paso 11. Describa las características topográficas y los parámetros de la respuesta. Describa detalladamente la respuesta, ya sea a partir del informe del paciente o a través de procedimientos de observación directa. En algunos casos, especialmente ciertas conductas motoras como rituales compulsivos, es de suma importancia realizar una lista detallada de la forma en la cual se presenta la conducta. Además de la topografía o forma, determine la información sobre los aspectos paramétricos de la respuesta, es decir, si es el caso, frecuencia, duración, magnitud, y densidad (frecuencia por unidad de tiempo) de la conducta. El uso de formatos de autorregistro es de gran utilidad en este paso.

Paso 12. Determine los Sistemas y/o procesos de los que forma parte esa unidad de respuesta particular. Especialmente en el análisis funcional de las respuestas que corresponden al proceso emocional, como se ilustró en la sección correspondiente sobre los múltiples canales de respuesta, es importante especificar los sistemas implicados y realizar descripciones detalladas de cada una de las respuestas.

- En el caso que se está ilustrando, el análisis funcional de cada uno de los motivos de consulta permitió evaluar las hipótesis preliminares. En el primer motivo de consulta, se corrobora la existencia de un trastorno por pánico caracterizado por la interacción de respuestas autónomas, cognitivas y motoras, con un predominio del canal cognitivo manifestado en malas interpretaciones de señales internas y preocupación por la pérdida de control y sus posibles consecuencias de evaluación social.
- Con respecto a la inseguridad, se verificó la ausencia de criterios estables de evaluación y la presencia de patrones de evitación que impiden obtener ejemplos fiables de su actuación. Este patrón es constante a través de una variedad de situaciones y ha sido permanente a lo largo del tiempo, lo cual corrobora las hipótesis planteadas preliminarmente.
- El temor a las situaciones sociales demuestra que el proceso más comprometido es el emocional, con una preponderancia del proceso cognitivo y biológico. No se evidencian déficit en habilidades sociales
- El análisis funcional del consumo del alcohol permite relacionarlo con variables situacionales de tipo social y percibidas como evaluadoras. Hay una intervención del proceso emocional, manifestado en una disminución de la ansiedad ante la evaluación por medio del consumo de alcohol y mantenido por el proceso motivacional.

IV.2.7. Etapa V. Integración de la formulación conductual por procesos

Ya en esta etapa se ha reunido la información necesaria para poder integrar todos los datos en la Matriz de Formulación Clínica como se ilustra a continuación. El objetivo de esta etapa es resumir e integrar los datos obtenidos en los diversos niveles de análisis en un cuadro coherente que sirva de base para la planificación del tratamiento.

CUADRO 1.8. Matriz de Formulación Clínica

PROCESO BÁSICO Nivel I		RESULTADO		
FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	FACTORES DE MANTENIMIENTO	PROCESO SECUNDARIO Nivel II	COVARIACIÓN Nivel III	R. ESPECÍFICAS Nivel IV
BIO	Temperamento	EMOCIONAL	APECTIVO	
	Hiperreactividad SNA	Ansiedad: Interacción de proceso biológico y aprendizaje/cognitivo		Taquicardia Sudoración Temblor Parestesias Despersonalización Consumo de alcohol Respuestas de evitación/escape
	Alcohol en adolescencia			Trastorno por pánico Ansiedad social Inseguridad
APR/ CGN	Crítica. Desaprobación			
	Castigo de expresiones emocionales			
	Rechazo social compañeros			
	Fracasos y experiencias negativas académicas			
	Pobre interacción social			
	Modelos inadecuados			
MTV	Sobrepotección materna			
	Fracasos académicos			

Paso 13. Complete la Matriz de Formulación Clínica. A partir de los resultados de la información hasta ahora reunida, comience por incluir en la primera columna el resumen de los factores de predisposición para los diferentes procesos e indique los factores actuales de mantenimiento para cada proceso. Es muy importante ser específico y no simplemente mencionar globalmente el proceso. Por ejemplo, no basta con suponer que hay “distorsiones cognitivas” o ideas irracionales. Hace falta, además, mencionar los elementos que componen la naturaleza de la disfunción y la forma en la que se relacionan. Por ejemplo, percepción selectiva en los procesos de recepción de la información, etc. Se supone que en el formato de historia, cada hipótesis está basada en elementos específicos de información. A continuación, y si es el caso, proceda a describir la forma en la que se relacionan los procesos primarios para dar lugar a procesos secundarios emocionales o afectivos. En la siguiente columna, enumere las covariaciones encontradas. Finalmente, si es aplicable, enumere las respuestas específicas identificadas en el análisis molecular.

Paso 14. Establezca la relación entre los diversos niveles de la formulación. En este paso, relacione los datos de la información molar con los resultados del análisis funcional molecular y con las hipótesis preliminares de adquisición y de motivo de consulta, con el fin de explicar las relaciones causales.

A partir de la información organizada en la Matriz de Formulación Clínica, es posible, en este caso particular relacionar los factores de las dimensiones temporal, contextual y de organización del comportamiento. La condición biológica de factores de hiperreactividad del sistema nervioso autónomo constituye una predisposición que hace que los factores de experiencia temprana tengan un efecto más significativo en el comportamiento posterior. La presencia de críticas constantes por parte del padre, la sobreprotección materna, las experiencias negativas académicas y sociales, el uso funcional del alcohol y la falta de consecuencias presentadas por su familia, llevó a que se aprendieran varios patrones de comportamiento. 1. Evitar expresarse y actuar por contingencias negativas de castigo y por sobreprotección materna, lo que le impidió aprender habilidades de afrontamiento y de solución de problemas; 2. Ausencia de criterios apropiados de evaluación del comportamiento, lo cual reafirma las conductas de evitación; 3. Reactividad autónoma condicionada a situaciones de evaluación en general y sociales en particular por temor al rechazo y a la crítica, algo aprendido en sus primeras experiencias en la familia y en el colegio; 4. Dificultad para establecer predicciones sobre el resultado de su comportamiento, lo cual le lleva a la percepción de inseguridad; 5. Uso del alcohol como forma de reducir la ansiedad social. Las anteriores conclusiones nos permiten relacionar la dimensión temporal con la condición actual

La información contextual. Que en gran parte es resultado de las variables históricas, contribuye al mantenimiento de la falta de eficacia conductual y a la percepción de poco control. No hay condiciones adecuadas para generar nuevas alternativas de comportamiento.

A nivel de la organización estructural se puede concluir que existe una preponderancia del proceso de aprendizaje/cognitivo en interacción con el proceso motivacional. Así, el hecho de que tenga dificultad en los criterios de evaluación y un déficit en habilidades de solución de problemas, lleva a mantener conductas de evitación que no le permiten experimentar resultados que aumenten su capacidad de predicción y control. Esta situación le impide, a su vez, el aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento y, por lo tanto, mantiene un círculo vicioso a través del cual se perpetúa su condición de inseguridad. Los ataques de pánico contribuyen no solamente a que se reafirme su falta de control, sino a que no afronte situaciones de responsabilidad que implican evaluación de la actuación.

Paso 15. Con base en la verificación de hipótesis, establezca los mecanismos comunes a la acción de los distintos procesos. Identifique los mecanismos comunes a los distintos motivos de consulta con el fin de determinar la forma en la que los procesos básicos actúan sobre los diferentes problemas. Dichos mecanismos comunes conformarán los objetivos de la intervención.

CUADRO 1.9. *Mecanismos comunes a los motivos de consulta*

<i>Motivo de consulta</i>	<i>Mecanismos</i>	<i>Mecanismos comunes</i>	<i>Proceso</i>
Ansiedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temor a no control de reacciones emocionales 2. Temor a la evaluación social por pérdida de control 	Criterios de evaluación inadecuados	Aprendizaje/ Cognitivo
Inseguridad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de criterios de evaluación 2. Percepción de falta de control sobre resultados 3. No hay exposición por temor a fracaso y evaluación negativa 	Interpretación de señales Inadecuada	Aprendizaje/ Cognitivo
Temor en situaciones sociales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit en criterios de autoevaluación de la actuación social 2. Percepción de falta de control de sus reacciones emocionales en situaciones sociales 3. Consumo de alcohol como mecanismo de control emocional 	Falta de predicción y control	Aprendizaje/ Motivación
Consumo de alcohol	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de alcohol como mecanismo de control de la ansiedad 		

Paso 16. Determine los procedimientos a través de los cuales pretende modificar los mecanismos comunes. Puesto que los mecanismos comunes están formulados en términos generales, es necesario plantear los procedimientos específicos a través de los cuales se busca modificarlos.

IV.2.8. Etapa VI. Establecimiento del plan de tratamiento

El siguiente paso, una vez especificados los procedimientos, consiste en establecer relaciones con los procedimientos de intervención. De acuerdo con este modelo, *cualquier programa de intervención debe derivarse directamente de la formulación clí-*

nica. En el caso en que un procedimiento de tratamiento no produzca los resultados esperados, es decir, que no se cumplan las predicciones, inmediatamente hay que completar o revisar la formulación clínica, de tal manera que dé lugar a un nuevo esquema de tratamiento.

Paso 17. Establezca las prioridades del tratamiento. Con base en la formulación clínica establezca en qué procesos debe intervenir con el fin de producir cambios en los otros niveles. En este caso, debe hacer una lista de prioridades de tratamiento con base en factores de mantenimiento. En el Formato de Prioridades de Objetivos de Intervención escriba en la columna correspondiente el orden tentativo de los objetivos de intervención. Por ejemplo, en un caso particular se puede establecer como objetivo primario la intervención en proceso de aprendizaje con base en entrenamiento en habilidades sociales. Escriba las iniciales del proceso básico en el cual se debe cumplir ese objetivo. Describa también las actividades clínicas propuestas y el proceso en el que están dándose dichas actividades. Nótese que no necesariamente hay una correspondencia entre el proceso implicado en el objetivo y el implicado en la técnica. Por ejemplo, es posible alterar un objetivo cognitivo o emocional a partir de procedimientos de entrenamiento en habilidades o de exposición. Sin embargo, habrá otras situaciones en las cuales se requieren actividades clínicas que se den en el mismo proceso que constituye el objetivo de cambio.

CUADRO 1.10. Formato de Prioridades de Objetivos de intervención

OBJETIVOS	Proceso	ACTIVIDADES CLÍNICAS	Proceso
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Paso 18. Distribuya tentativamente las actividades clínicas en un cronograma de actividades. En el Formato de Plan de Tratamiento, haga un listado de las actividades clínicas que incluyó en el paso anterior y marque con una X el número de la sesión en la que tentativamente piensa realizar dicha actividad. Naturalmente, es posible que en una sola sesión realice dos o más actividades, dependiendo de la cantidad de tiempo disponible por sesión y de la duración de la actividad. Por medio de este procedimiento es posible planificar actividades clínicas concurrentes o secuenciales dependiendo de la formulación. Al completar este formato, ya contará con un plan de tratamiento y con una planificación tentativa de las sesiones de acuerdo con la formulación clínica.

Paso 19. En la medida en la que va desarrollando el tratamiento, complete el Resumen de la sesión. Al final de cada sesión, rellene el formato de Resumen de Sesión que se presenta en la Guía de Entrevista y Sesiones. Escriba el contenido de la sesión y la revisión de los objetivos logrados, y plantee los objetivos para la sesión siguiente. De esa forma, la intervención se desarrollará de una forma consistente con la formulación clínica.

Paso 20. Evalúe regularmente los resultados de la intervención de acuerdo con las predicciones de la formulación y haga 10s ajustes y revisiones necesarias. Como ocurre en la investigación científica, la formulación no es un proceso terminado o absoluto, sino que es de carácter dinámico y se va modificando en la medida en la que se incorporen nuevos datos.

Los pasos anteriormente descritos tratan de ofrecer una alternativa concreta para llevar a cabo el complejo proceso de la formulación clínica. Es importante entenderlos como una guía, más que como una estructura inflexible, para llegar al desarrollo del plan de tratamiento. En la medida en la que se sigan los procedimientos metodológicos se logrará no solamente una mayor comprensión del fenómeno individual, sino mantener una continua interacción entre la adquisición del conocimiento científico y la información obtenida a partir del trabajo clínico.

CUADRO 1.12. *Resumen de Sesión*

Sesión N°	Fecha:
Revisión	
Desarrollo	
Tareas	
Observaciones	
Objetivos para la próxima sesión	

Sesión N°	Fecha:
Revisión	
Desarrollo	
Tareas	
Observaciones	
Objetivos para la próxima sesión	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, H. E., Doster, J. A. y Calhoun, K. S. (1977). A psychologically based system of response classification. En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (dirs.), *Handbook of behavioral assessment*. Nueva York: Wiley.
- Alarcón, R. D. (1995). Clasificación de la conducta anormal: El DSM-IV. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a edición) (DSM-IV). Washington, D.C.: APA.
- Baer, D. M. (1982). Applied behavior analysis. En G. T. Wilson y C. M. Franks (dirs.), *Contemporary behavior therapy*. Nueva York: Guilford.
- Baer, D. M., Wolf, M. M. Y Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Baer, D. M., Wolf, M. M. Y Risley, T. R. (1987). Some still-current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 313-328.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barlow, D. L., Hayes, S. C. y Nelson, R. O. (1984). *The scientist practitioner*. Nueva York: Pergamon.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. T y Emery, G. (1977). *Cognitive therapy of substance abuse*. Filadelfia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and Phobias*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T, Freeman, A. y colaboradores (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T, Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1976). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Bellack, A. S. (1993). *Behavioral assessment: A practical handbook*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Bellack, A. S. y Hersen, M. (1984). *Research methods in clinical psychology*. Nueva York: Pergamon.
- Bellack, A. S. y Hersen, M. (1988). *Behavioral assessment: A practical handbook*. Nueva York: Pergamon.
- Biglan, A., Glasgow, R. E. y Singer, G. (1990). The need for a science of larger social units: A contextual approach. *Behavior Therapy*, 21, 195-215.
- Brown, R. 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.
- Bunge, M. (1963). *Causality*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Campbell, D. T. y Stanley, J. C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research and teaching. En N. L. Gadge (dir.), *Handbook of research and teaching*. Chicago: Rand McNally.
- Castro, L., Pérez, G. de, Albánchez, D. de y Ponce de León, E. (1983). Feedback properties of self-reinforcement: Further evidence. *Behavior Therapy*, 14, 672-681.
- Castro, L. y Pereira, C. (1983). Autorrefuerzo: Revisión crítica y reinterpretación teórica. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 1, 1-28.
- Castro, L y Rachlin, H. (1980). Self-reward, self-monitoring and self-punishment as feedback in self-control. *Behavior Therapy*, 11, 38-48.

- Chassan, J. B. (1960). Statistical inference and the single case in clinical design. *Psychiatry*, 23, 173-184.
- Ciminero, A. R. (1986). *Behavioral assessment: An overview*. En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (dirs.). *Handbook of behavioral assessment* (2ª edición). Nueva York: Wiley.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Costello, C. G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? *Behavior Therapy*, 3, 240-247.
- Cronbach, I. J. (1970). *Essentials of psychological testing*. Nueva York: Harper & Row.
- Davey, G. (1987). Cognitive processes and pavlovian conditioning in humans. Londres: Wiley.
- DiNardo, P. y Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised* (ADIS-R). Albany: Graywind.
- Edelstein, B. y Yoman, J. (1991). La entrevista conductual. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y de modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Ekman, P. y Davidson, R. (1994). *Fundamental questions about emotions*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Estes, W. y Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29, 390-400.
- Evans, I. M. (1985). Building systems models as a strategy for target behavior selection in clinical assessment. *Behavioral Assessment*, 7, 21-32.
- Eysenck, H. J. (1952). *El estudio científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Eysenck, H. J. (1960). *Behavior therapy and the neuroses*. Londres: Pergamon.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobbles, J. A. (1987). *Evaluación conductual Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Fine, C. G. (1997). Un modo de terapia cognitiva para el tratamiento del trastorno disociativo de identidad y de problemas similares. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
- Free, M. L. (1989). Biological and psychological processes in the treatment and maintenance of depression. *Clinical Psychology Review*, 6, 653-688.
- Freedman, J. (1975). *Crowding and behavior*. San Francisco: Freeman.
- Freeman, A., Simon, K., Beutler, L. E. y Arkowitz, H. (1989). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- García, J. y Koelling, R. A. (1966). Relations of cue to consequences in avoidance learning. *Psychonomic Science*, 4, 1 23-124.
- Godoy, A. (1991). El proceso de evaluación conductual. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y de modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Goldfried, M. R. y Davison, G. e (1974). *Clinical behavior therapy*. Nueva York, Holt.
- Goldfried, M. R. y Kent, R. M. (1972). Traditional versus behavioral personality assessment: A comparison of methodological and theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 77, 409-420.
- Goldfried, M. R. y Pomeranz, D. (1968). Role of assessment in behavior modification. *Psychological Reports*, 23, 75-87.

- Goldfried, M. R. y Sprafkin, J. N. (1976). Behavioral personality assessment. En J. T. Spence, R. C. Carson y J. W. Thibaut (dirs.), *Behavioral approaches to therapy*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books,
- Goulet, L. R. y Bailes, H. W. (1970). *Life-span developmental psychology: Research and theory*. Nueva York: Academic Press.
- Graeff, J. A., Elder, J. P. y Booth, E. M. (1993). *Communication for health and behavior change*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gray, J. A. (1976). The behavioural inhibition: A possible substrate for anxiety. En M. P. Fedman y A. M. Broadhurst (dirs.), *Theoretical and experimental basis of behaviour modification*. Nueva York: Wiley.
- Hamilton, S. A. (1988). Behavioral formulations of verbal behavior in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181-193.
- Hawkins, R. P. (1994). The cognitive-behavioral debate: Perspective of behavioral doctoral students. *The Behavior Therapist*, 17, 85.
- Hayes, S. (1989). *Rule-governed behavior*. Nueva York: Plenum.
- Haynes, S. N. (1978). *Principles of behavioral assessment*. Nueva York: Gardner.
- Haynes, S. N. y Jensen, B. J. (1979). The interview as a behavioral assessment instrument. *Behavioral Assessment*, 1, 97-106.
- Haynes, S. N. y O'Brian, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Herrnstein, R. J. (1970). On the law of effect. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*, 13, 243-266.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 373-380.
- Hineline, P. N. (1984). Can a statement in cognitive terms be a behavior-analytic interpretation? *The Behavior Analyst*, 7, 97-100.
- Hugdahl, K. (1981). The three system model of fear and emotion: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 75-85.
- Jones, E., Ghannam, J., Nigg, J. T. y Dyer, J. F. P. (1993). A paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 381-394.
- Kagan, J. (1980). Perspectives on continuity. En O. G. Brim y J. Kagan (dirs.), *Constancy and change in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kagan, J. y Moss, H. A. (1962). *Birth to maturity*. Nueva York: Wiley.
- Kagan, J., Reznick, J. S. y Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kanfer, F. H. (1985). Target selection for clinical change programs. *Behavioral Assessment*, 7, 7-20.
- Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. En C. M. Franks (dir.), *Behavior therapy: appraisal and status*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Kantor, J. R. (1924). *Principles of psychology*. Bloomington, IN: Principia Press.
- Kaplan, A. S. y Woodside, D. B. (1987). Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 645-653.
- Kazdin, A. E. (1985). Selection of target behaviors: The relationship of the treatment focus to clinical dysfunction. *Behavioral Assessment*, 7, 33-47.
- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Kazdin, A. E. y Kagan, J. (1994). Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical Psychology*, 1, 35-52.
- Kendall, P. C. y Bemis, K. M. (1983). Thought and action in psychotherapy: The cognitive behavioral approaches. En M. Hersen, A. E. Kazdin y A. S. Bellack (dirs.), *The clinical psychology handbook*. Nueva York: Pergamon.
- Kendall, P. C. y Clarkin, J. F. (1992). Introduction to special section: Comorbidity and treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 833-834.
- Krasner, L. (1980). *Environmental design and human behavior*. Nueva York: Pergamon.
- Krasner, L. y Ullmann, L. P. (1965). *Research in behavior modification*. Nueva York: Holt.
- Krishnan Ranga Rama, K. (1992). Depression: Neuroanatomical substrates. *Behavior Therapy*, 23, 571-583.
- Lang, P. J. (1976). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. Nueva York: Wiley.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- LeDoux, J. (1993). Emotional networks in the brain. En M. Lewis y J. M. Haviland (dirs.), *Handbook of emotions*. Nueva York: Guilford.
- Lerner, R. M., Hess, L. E. y Nitz, K. (1990). A developmental perspective on psychopathology. En M. Hersen y C. G. Last (dirs.), *Handbook of child and adult psychopathology*. Nueva York: Pergamon.
- Levin, A. P., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1989). Social phobia: Biology and pharmacology. *Clinical Psychology Review*, 9, 129-140.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*, vol. 1. Nueva York: Academic.
- Lewis, M. y Haviland, J. M. (dirs.) (1993). *Handbook of emotions*. Nueva York: Guilford.
- Mackintosh, N. J. (1987). Neurobiology, psychology and habituation. *Behavior Research and Therapy*, 25, 81-98.
- Martens, B. K. Witt, J. C. (1988). Ecological behavior analysis. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*, vol. 22. Nueva York: Academic.
- Martin, I. y Levey, A. B. (1985). Conditioning, evaluations and cognitions: An axis of integration. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 167-175.
- Mash, E. J. (1985). Some comments on target selection in behavior therapy. *Behavioral Assessment*, 7, 63-78.
- McDowell, J. J. (1982). The importance of Herrnstein's mathematical statement of the law of effect for behavior therapy. *American Psychologist*, 37, 771-779.
- McNeal, E. T. y Cymbolic, P. (1986). Antidepressants and biochemical theories of depression. *Psychological Bulletin*, 99, 361-374.
- Meichembaum, D. y Cameron, R. (1982). Cognitive behavior therapy. En G. T. Wilson y C. M. Franks (dirs.), *Contemporary behavior therapy*. Nueva York: Guilford.
- Meyer, V. y Chesser, E. (1970). *Behaviour therapy in clinical psychiatry*. Harmondsworth: Penguin.
- Meyer, V. y Turkat, I. D. (1979). Behavioral analysis of clinical cases. *Journal of Behavioral Assessment*, 1, 259-270.
- Meyer, V., Liddell, A. y Lyons, M. (1977). Behavioral interviews. En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (dirs.), *Handbook of behavioral assessment*. Nueva York: Wiley.
- Miller, G. A., Gallanter, E. y Pribram, K. H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. Nueva York: Holt

- Mineka, S. (1979). The role of fear in the theories of avoidance learning, flooding, and extinction. *Psychological Bulletin*, 86, 985-1007.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. Nueva York: Wiley.
- Morey, L. C., Skinner, H. A. y Blashfield, R. K. (1986). Trends in the classification of abnormal behavior. En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (dirs.), *Handbook of behavioral assessment* (2ª edición). Nueva York: Wiley.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S. y Blanchard, J. J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 845-856.
- Muñoz, M. (1993). Formas de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (dirs.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Nelson, R. O. (1983). Behavioral assessment: Past, present and future. *Behavioral Assessment*, 5, 195-206.
- Nelson, R. M. y Hayes, S. C. (1979). Some current dimensions of behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 1, 1-16.
- Nesselroade J. R. y Reese, W. H. (1973). *Life-span developmental psychology*. Nueva York: Academic.
- O'Leary, K. D. (1972). The assessment of psychopathology in children. En H. S. Quay y J. S. Werry (dirs.), *Psychopathological disorders of childhood*. Nueva York: Wiley.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Ginebra: OMS.
- Ortony, A. y Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological Review*, 97, 315-331.
- Panksepp, J. y Clynes, M. (1988). *Emotions and psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Paykel, E. S. (1982). *Handbook of affective disorders*. Nueva York: Guilford.
- Premack, D. (1962). Reversibility of the reinforcement relation. *Science*, 136, 247-255.
- Premack, D. (1965). Reinforcement theory. En D. Levine (dir.), *Nebraska Symposium on Motivation*. 1965. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Proshansky, H. M., Ittelson, W. H. Rivlin, L. G. (1976). *Environmental psychology* (2ª edición). Nueva York: Holt.
- Rachlin, H. (1976). *Behavior and learning*. San Francisco: Freeman.
- Rachlin, H. (1994). *Behavior and mind: The roots of modern psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Rachlin, H. (1995). Self-control: Beyond commitment. *Behavioral and Brain Sciences*. 13, 109-121.
- Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*. 43, 151-160.
- Rescorla, R. A. y Wagner, A. R. (1972). A theory of Pavlovian conditioning: Variations in the effectiveness of reinforcement and nonreinforcement. En A. H. Black y W. F. Prokasy (dirs.), *Classical conditioning II*. Nueva York: Appleton.
- Russo, D. C. (1990). A requiem for the passing of the three-term contingency. *Behavior Therapy*, 21, 153-165.
- Schuckit, M. A. (1987). Biological vulnerability to alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 301-309.
- Schwartz, G. E. (1982). Integrating psychobiology and behavior therapy: A systems perspective. En H. E. Adams y P. B. Sutker (dirs.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. Nueva York: Plenum.

- Shapiro, A. K. (1961). The single case in fundamental clinical psychological research. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 255-262.
- Shapiro, A. K. (1966). The single case in clinical psychological research. *The Journal of General Psychology*, 74, 3-23.
- Shapiro, A. K. (1970). Intensive assessment of the single case: An inductive deductive approach. En P. Mittler (dir.), *The psychological assessment of mental and physical handicaps*. Londres: Methuen.
- Sharpe, L. (1997). Juego patológico. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
- Shaw, B. F. y Beck, A. T. (1981). El tratamiento de la depresión con terapia cognitiva. En A. Ellis y R. Grieger (dirs.), *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Shea, M. T., Widiger, T. A. y Klein, M. H. (1992). Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 857-868.
- Sheehan, D. V. (1983). *The anxiety disease*. Nueva York: Bantam.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. Nueva York: Basic Books.
- Silva, F. y Martorell, C. (1991). Evaluación conductual y evaluación tradicional: La cuestión psicométrica. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y de modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Simons, A. D., Gordon, J. S., Monroe, S. M. y Thase, M. E. (1995). Toward an integration of psychologic, social, and biologic factors in depression: Effects on outcome and course of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 369-377.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: Basic Books.
- Skinner, B. F. (1987). Whatever happened to psychology as the science of behavior? *American Psychologist*, 42, 780-786.
- Staddon, J. E. K. (1983). *Adaptive behavior and learning*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stein, N. L., Trabasso, T. y Liwag, M. (1993). The representation and organization of emotional experience. En M. Lewis; y J. M. Haviland (dirs.), *Handbook of emotions*. Nueva York: Guilford.
- Surawy, C., Hackmann, A., Hawton, K. y Sharpe, D. M. (1995). Chronic fatigue syndrome: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 535-544.
- Timberlake, W. y Allison, J. (1974). Response deprivation: An empirical approach to Instrumental performance. *Psychological Review*, 81, 146-164.
- Tryon, W. W. (1993a). Neural networks: I. Theoretical unification through connectionism. *Clinical Psychology Review*, 13, 341-352.
- Tryon, W. W. (1993b). Neural networks: II. Unified learning theory and behavioral psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 13, 353-371.
- Tryon, W. W. (1995). Resolving the cognitive behavioral controversy. *The Behavior Therapist*, 18, 83-85.
- Turkat, I. D. y Maisto, S. A. (1983). Application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders. En D. H. Barlow (dir.), *Behavioral treatment of adult disorders*. Nueva York: Guilford.
- Turkat, I. D. y Meyer, V. (1982). The behavior-analytic approach. En P. Wachtel (dir.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. Nueva York: Plenum.
- Turkkan, J. S. (1989). Classical conditioning: The new hegemony. *Behavioral and brain sciences*. 12, 121-179.

- Ullmann, L. P. y Krasner, L. (1966). *Case studies in behavior modification*. Nueva York: Holt.
- Ullmann, L. P. y Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Vandenberg, S. G., Singer, S. M. y Pauls, D. L. (1986). *The heredity of behavior disorders in adults and children*. Nueva York: Plenum.
- Whaler, R. G. y Dumas, J. E. (1986). Maintenance factors in mother-child interactions: The compliance and predictability hypothesis. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 19, 13-22.
- Willems, E. P. (1974). Behavioral technology and behavioral ecology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 151-166.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2ª edición). Nueva York: Pergamon.
- Wolpe, J. (1980). Behavioral analysis and therapeutic strategy. En A. Goldstein y E. B. Foa (dirs.), *Handbook of behavioral interventions*. Nueva York: Wiley.
- Wolpe, J. (1982). *The practice of behavior therapy* (3ª edición). Nueva York: Pergamon.
- Wolpe, J. (1984). Temores neuróticos: Dos tipos de origen, dos tipos de tratamiento. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 2, 9-18.
- Wolpe, J. y Turkat, I. D. (1985). Behavioral formulation of clinical cases. En I. D. Turkat (dir.), *Behavioral case formulation*. Nueva York: Plenum.
- Yates, A.J. (1970). *Behavior therapy*. Nueva York: Wiley.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 127-132.
- Zimbarg, R. E. (1990). Animal research and behavior therapy Part I: Behavior therapy is not what you think it is. *The Behavior Therapist*, 13, 171-175.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Haynes, S. N. y O'Brian, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Martens, B. K. Y Witt, J. C. (1988). Ecological behavior analysis. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*. vol. 22. Nueva York: Academic.
- Rachlin, H. (199-1). *Behavior and mind: The roots of modern psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Turkat, I. D. y Meyer, V. (1982). The behavior-analytic approach. En P. Wachtel (dir.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. Nueva York: Plenum.
- Wolpe, J. y Turkat, I. D. (1985). Behavioral formulation of clinical cases. En I. D. Turkat (dir.), *Behavioral case formulation*. Nueva York: Plenum.

TRASTORNOS ASOCIADOS CON LAS ADICCIONES Y
LAS NECESIDADES BIOLÓGICAS

2. HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO PARA LA CONDUCTA DE BEBER Y ASESORAMIENTO MOTIVACIONAL SISTEMÁTICO: DOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LAS PERSONAS QUE TIENEN PROBLEMAS CON EL ALCOHOL

W. MILES COX, JOHN E. CALAMARI y MERVIN LANGLEY¹

I. INTRODUCCIÓN

En nuestro trabajo con las personas que tienen problemas con el alcohol, hemos aprendido claramente que algunas de ellas se encuentran muy motivadas para beber alcohol, incluso aunque con ello destruyan sus vidas. Su comportamiento sugiere que el alcohol es irresistiblemente atractivo para ellas y que creen que bebiendo alcohol obtienen algo, vitalmente importante, que serían incapaces de conseguir de otra manera. Existen complejas razones biopsicosociales a las que se debe que beban en exceso (véase Cox y Klinger, 1988, 1990), aunque debido a esa complejidad los investigadores no entienden totalmente en este momento sus bases exactas.

Los científicos no han encontrado tampoco tratamientos eficaces y duraderos para los problemas crónicos con el alcohol. De hecho, las elevadas tasas de recaídas entre los alcohólicos tratados se pueden ver reflejadas en el estudio publicado por Hunt *et al.* (1972). Estos autores demostraron que en los tres meses posteriores al tratamiento más del 60% de los alcohólicos recaían; tasas similares de fracaso se encontraron en fumadores y en adictos a la heroína. Desde nuestro punto de vista, una razón por la que los programas de tratamiento formales para los problemas de alcohol no han tenido más éxito es que suelen tratar a todos los pacientes como si fueran el mismo. Han hecho demasiado poco para adaptar los tratamientos a las necesidades de los pacientes individuales.

En este capítulo revisaremos dos tratamientos diferentes para los problemas con el alcohol. Ambos enfoques estructuran la intervención para que se adapte a las necesidades individuales del bebedor problema. Uno de estos tratamientos, las *Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber*, se centra en el problema mismo de la persona que bebe y en las conductas relacionadas directamente con el comportamiento desadaptativo de beber. El otro tratamiento, el *Asesoramiento motivacional sistemático*, se centra en la base motivacional del problema que tiene la persona con la bebida. Nuestro objetivo en este capítulo es enseñar a los lectores a utilizar cada una de estas técnicas. Los clínicos que decidan utilizar estos tratamientos probablemente encontrarán que el programa de las *Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber* es más apropiado para ciertas personas, mientras que el Asesoramien-

¹ University of Wales (Reino Unido), Chicago Medical School (Estados Unidos) y Clinical Psychology Associates (Estados Unidos), respectivamente.

to motivacional sistemático es más adecuado para otras. Incluso en el caso de unas terceras, es probable que se prefiera una combinación de ambas técnicas.

II. HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO PARA LA CONDUCTA DE BEBER

Las *Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber* (HACB; Langley *et al.*, 1994) es una de las intervenciones empíricamente validadas para el tratamiento del abuso y la dependencia del alcohol. La gran mayoría de estos tratamientos se incluirían bajo el rótulo de cognitivo-conductuales. Estas estrategias son diferentes al popular programa del Modelo de Minnesota, que considera al abuso y a la dependencia del alcohol como enfermedades para las que el único objetivo de intervención aceptable es la abstinencia completa. Por el contrario, el programa de HACB y los tratamientos cognitivo-conductuales similares son tratamientos a corto plazo, dado que se ha demostrado que las intervenciones breves son útiles para algunos tipos de bebedores problema (p. ej., Sobell y Sobell, 1993). Estas intervenciones abordan la adquisición de habilidades y la mejoría de la motivación del paciente para aumentar el autocontrol. Además del enfoque de las HACB que describiremos seguidamente, los lectores pueden revisar intervenciones relacionadas, como las desarrolladas por Miller y Rollnick (1991), Sobell y Sobell (1993) y McCrady (1993).

Nuestro planteamiento de las HACB se basa en el manual de tratamiento de Langley *et al.* (1994). Su intervención se diseñó originalmente para personas con deterioro neurológico que tenían problemas con la bebida. Sin embargo, hemos adaptado su tratamiento para aplicaciones más amplias con otros tipos de bebedores problema. De este modo, los clínicos que desean tratar personas que abusan del alcohol y que tienen deterioros neurológicos comórbidos, pueden acudir al manual de Langley *et al.* (1994).

II.1. *El modelo conceptual*

La intervención HACB se basa en la creencia de que el consumo excesivo de alcohol es un fenómeno complejo. Es decir, se considera que vulnerabilidades fundamentales para el desarrollo de problemas con el alcohol interactúan con experiencias de desarrollo, lo que da como resultado déficit y excesos conductuales que se complican por el consumo no controlado de alcohol. El tratamiento se estructura para abordar conductas relacionadas con la vulnerabilidad subyacente, el consumo mismo de alcohol, y déficit y excesos conductuales específicos que se han identificado en el paciente. Los individuos aprenden estrategias de afrontamiento distintas a la del consumo de alcohol, con el fin de atenuar los déficit conductuales, el afecto negativo y la activación excesiva. El principio central de las HACB es que por medio de la aplicación de técnicas de aprendizaje, los individuos pueden aprender una serie de nuevas habilidades de afrontamiento para sustituir el consumo excesivo de alcohol. En este tratamiento, las habilidades de afrontamiento se definen, de forma

amplia, como la capacidad para utilizar pensamientos, emociones y acciones para solucionar problemas (Chaney, 1989).

Aunque muchos mecanismos diferentes pueden provocar el consumo excesivo de alcohol, estudios científicos han identificado una serie de factores que parecen jugar un importante papel en la conducta problemática de beber de muchos individuos. En las HACB se evalúa la influencia de estos factores y de acuerdo con ello se estructuran las intervenciones adecuadas.

Se considera que la conducta de beber en exceso es un medio desadaptativo que utilizan algunos individuos para moderar el afecto negativo y aumentar las emociones positivas. Además, se ha encontrado que la conducta problemática de beber, en adolescentes y adultos, se encuentra asociada con la creencia que el alcohol mejora el funcionamiento en una serie de áreas de la vida (p. ej., hace al individuo más sociable). Estas expectativas pueden jugar un importante papel en la conducta de beber de muchos individuos (p. ej., Annis y Davis, 1988). En estos casos, la tarea del terapeuta consiste en revisar con el paciente, de forma objetiva, la información que apoya o cuestiona la exactitud de dichas expectativas y luego identificar y, si es necesario, enseñar habilidades que puedan utilizarse para abordar problemas que la conducta de “beber en exceso” intentaba mejorar de forma errónea (p. ej., se le enseñan habilidades sociales al paciente).

Se considera que los déficit en las habilidades de afrontamiento desempeñan un papel esencial en la conducta de beber en exceso. Algunos individuos nunca aprendieron las habilidades adaptativas, mientras que otros pueden haber adquirido habilidades de afrontamiento específicas, pero son incapaces de llevarlas a cabo de forma eficaz debido a factores que interfieren con ellas (p. ej., ansiedad excesiva). En pacientes con distintas formas de psicopatología concurrentes (p. ej., trastornos por ansiedad o trastornos del estado de ánimo) se observa que a menudo hay problemas para llevar a cabo habilidades específicas. Por ejemplo, se ha encontrado que la ansiedad deteriora la capacidad para atender adecuadamente a los estímulos de las tareas, desviando la atención hacia cogniciones que no tienen nada que ver con la tarea, como las preocupaciones y las dudas respecto a uno mismo. Los déficit de las habilidades de afrontamiento limitan las actuaciones alternativas en situaciones problema, minimizando el control personal en esas situaciones y disminuyendo el acceso a los recursos deseados, como el apoyo social (Monti *et al.*, 1989). Por consiguiente, los individuos con déficit en las habilidades de afrontamiento pueden ser especialmente vulnerables a desarrollar la conducta de beber como una respuesta de afrontamiento.

Se considera que un amplio rango de características del paciente, que se relacionan con su historia de aprendizaje social o con las vulnerabilidades biológicas, juegan un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento del abuso y la dependencia del alcohol. Pero además de estas características del paciente, circunstancias más próximas tienen un importante papel en la conducta de beber en exceso. Los determinantes inmediatos, es decir, los antecedentes cognitivos y ambientales del consumo del alcohol, incluyen factores tales como las capacidades de regulación de la activación en el individuo, las habilidades de afrontamiento situacionales y expectativas y creencias relacionadas con el alcohol. Los determinantes inmediatos de la conducta de beber tienen su efecto más potente en situaciones específicas de alto riesgo (Cooney, Gillespie, Baker y Caplan, 1987). Las situaciones de alto riesgo va-

rían dependiendo de los individuos, pero normalmente se caracterizan como aquellas en las que el alcohol se ha convertido en un refuerzo, en una respuesta de afrontamiento preferente o en situaciones que plantean una amenaza a la sensación de control de una persona (Mackay, Donovan y Marlatt, 1991). Las situaciones de alto riesgo pueden incluir emociones agradables o desagradables, malestar físico, impulsos y tentaciones a beber, problemas con los demás, presión social para beber, y momentos agradables con los demás (Marlatt y Gordon, 1985; Annis y Davis, 1988).

Otro factor relacionado con la decisión problemática por parte del bebedor para consumir alcohol en una situación determinada se halla en las respuestas condicionadas clásicamente a los estímulos relacionados con el alcohol (Cooney et al., 1987). La presencia de señales de alcohol y las reacciones que provocan estas señales perturba el llevar a cabo las habilidades adaptativas (Niaura et al., 1988). Aquellas personas con una mayor reactividad a dichas señales, es decir, con un mayor grado de respuesta fisiológica condicionada a las señales de alcohol, muestran un mayor deterioro de las habilidades de afrontamiento. En situaciones de alto riesgo, el individuo podría responder a estímulos clásicamente condicionados (p. ej., a la visión y al olor del alcohol) experimentando una respuesta condicionada de deseo. Una vez que el individuo empieza a beber, los efectos directos de la embriaguez interferirán con el juicio y el afrontamiento eficaz.

Resumiendo, en el modelo de las HACB se considera que el abuso y la dependencia del alcohol constituyen un fenómeno biopsicosocial complejo. Se supone que vulnerabilidades esenciales interactúan con experiencias de aprendizaje social para convertir a algunos individuos en personas con un alto riesgo ante la conducta de beber en exceso. En el modelo de las HACB se utilizan principios de aprendizaje para ayudar al bebedor problema a que adquiera habilidades de afrontamiento importantes que fomenten el autocontrol y, por consiguiente, que aumenten la autoeficacia, haciendo que el individuo sea más capaz de responder de forma eficaz a los problemas de la vida.

II.2. *Evaluación e intervención*

La intervención en el programa de HACB se lleva a cabo a través de cuatro fases que se solapan (véase cuadro 2.1). En la *fase de evaluación amplia*, se rellenan instrumentos que guían la selección de los objetivos de tratamiento y que proporcionan también información objetiva de los niveles de línea base de la conducta de beber desadaptativa. Las tareas para casa se introducen en esta fase de tratamiento y se inicia una actividad de evaluación muy importante, el autorregistro. En la segunda fase de la intervención, *la preparación para el cambio*, el centro se halla en el fortalecimiento de las habilidades de toma de decisiones. En la tercera fase de la intervención, *el entrenamiento de las habilidades de afrontamiento*, se enseña un amplio rango de dichas habilidades. En la cuarta y última fase de tratamiento, *la generalización estructurada*, se transfieren al mundo real, de forma sistemática, las habilidades de afrontamiento que se acaban de desarrollar. Todos los componentes del programa de las HACB se llevan a cabo en el contexto de una relación de colaboración entre el

paciente y el terapeuta. El terapeuta de las HACB guía al paciente para que consiga los objetivos, a los que se ha comprometido previamente, de mejorar el autocontrol.

CUADRO 2.1. *Pasos de las Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber*

Evaluación amplia
Preparación para el cambio (sesiones 1 y 2)
Mejora de la relación
Retroalimentación
Reestructuración de las expectativas sobre los resultados
Entrenamiento de las habilidades de afrontamiento (sesiones 3 a 8)
Construcción de escenas donde consume alcohol
Selección de técnicas y estrategias de afrontamiento
Entrenamiento en solución de problemas
Práctica de las técnicas y estrategias de afrontamiento
Generalización estructurada
Entrenamiento en habilidades y exposición a las señales
Acudir al apoyo social

II.2.1. La fase de evaluación

La evaluación de las expectativas sobre el consumo de alcohol constituye un importante componente del proceso de evaluación. Instrumentos tales como el «Cuestionario de expectativas sobre el alcohol» (*Alcohol Expectancy Questionnaire*; Goldman, Brown y Christiansen, 1987) y la «Escala de expectativas sobre los resultados» (*Outcome Expectancy Scale*; Annis, Graham y Davis, 1989) permiten el análisis de este importante factor. Las intervenciones terapéuticas incluirán más adelante la reestructuración cognitiva de las creencias específicas inapropiadas identificadas con estos instrumentos (p. ej., «la gente me considera mucho más agradable cuando bebo»). Se instruye al paciente para que mantenga a raya las expectativas positivas hacia el alcohol, acudiendo a información objetiva sobre posibles consecuencias negativas y, además, enseñando al paciente habilidades de afrontamiento que sustituyan al consumo de alcohol.

El «Inventario de consumo de alcohol» (*Alcohol Use Inventory, AUI-r*) es otro importante instrumento de evaluación. Hemos encontrado que la información proporcionada por el *AUI-r* puede ayudar a individualizar las intervenciones. Así, un paciente con una elevada puntuación en “Mesocial” (beber para mejorar el funcionamiento social) podría beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales. Por ejemplo, un paciente a quien tratamos experimentaba una intensa ansiedad social y bebía para hacer tolerables las interacciones sociales que, de otra manera, evitaría. El entrenamiento en habilidades sociales y la exposición graduada y sistemática a estas experiencias temidas disminuyó de modo significativo su impulso a consumir alcohol para afrontar dichas experiencias y mejoró notablemente su funcionamiento social. Otros individuos con una elevada puntuación en “Conánimo” (control del

estado de ánimo) del *AUI-r* podrían necesitar el entrenamiento en habilidades para vérselas con su afecto negativo. Por consiguiente, se puede obtener una amplia variedad de información a partir del *AUI-r*. Las directrices para utilizar el *AUI-r* se incluyen en el manual de Wanberg, Horn y Foster (1987).

El funcionamiento de la familia en relación con el consumo de alcohol puede evaluarse con medidas tales como el «Instrumento para la evaluación de la familia» (*Family Assessment Device*; Epstein, Baldwin y Bishop, 1983). Los resultados de esta evaluación son muy importantes para estructurar el componente de generalización del programa de las HACB. Las familias con puntuaciones problemáticas en la escala de control de la conducta podrían requerir instrucción en procedimientos para establecer reglas en la familia, especialmente las aplicadas al consumo de alcohol. Pueden ser útiles también otras escalas relacionadas para la identificación de los objetivos del tratamiento, como la mejoría en la comunicación o en la solución de problemas en la familia.

Por medio del «Inventario de las situaciones de bebida» (*Inventory of Drinking Situations*) y del «Cuestionario de seguridad situacional» (*Situational Confidence Questionnaire*; Annis y Davis, 1988) se obtienen dos importantes aspectos informativos. Así, se pueden identificar situaciones de alto riesgo para el consumo de alcohol y se puede evaluar también la autoeficacia (expectativas de control específicas a la situación). La identificación de las condiciones que probablemente precedan a los episodios de bebida permite al terapeuta enseñar habilidades de afrontamiento anticipatorias, por medio de las cuales los pacientes pueden preparar sus respuestas cognitivas y conductuales en anticipación a las situaciones problema. Por ejemplo, la información proporcionada en el «Inventario de las situaciones de bebida» reveló que era probable que uno de nuestros pacientes se atiborrara a beber después de haber recibido evaluaciones negativas de su supervisor en el trabajo. Se utilizó la reestructuración cognitiva para ayudar al paciente a afrontar lo que se consideró como una retroalimentación muy crítica y excesivamente negativa proveniente de su supervisor. Una combinación de reestructuración cognitiva y entrenamiento asertivo sistemático demostró ser suficiente para permitir que el paciente se las viese con estas interacciones periódicas sin atiborrarse a beber, una respuesta que había afectado anteriormente de forma negativa a su desempeño en el trabajo durante una serie de días después de cada episodio.

El hacer que los pacientes autorregistren sus estados de ánimo y sus tentaciones a beber puede proporcionar información valiosa sobre las funciones que el beber alcohol ejerce en sus vidas y sobre las situaciones de alto riesgo que probablemente encontrará. Los ejercicios de autorregistro enseñan a la persona a reconocer situaciones problemáticas, las cuales pueden más tarde funcionar como una señal para iniciar las conductas de afrontamiento. Se debería entrenar sistemáticamente en autorregistro para que estas habilidades sean eficaces. Como eslabón final de la evaluación, se miden la habilidad y la flexibilidad del paciente para aplicar las respuestas de afrontamiento adaptativas en las situaciones de la vida real. Esto se lleva a cabo con el «Test de competencia situacional» (*Situational Competency Test*; Chaney, 1989) o con la «Batería de habilidades adaptativas» (*Adaptive Skills Battery*; Jones, Kanfer y Lanyon, 1982). Con estos instrumentos se identifican déficit en habilidades específicas que requieren un reentrenamiento. Por ejemplo, se puede encontrar

que un individuo tiene habilidades para el control de la ira relativamente buenas, pero carece de las habilidades para resistir las invitaciones de otras personas a beber.

Una evaluación amplia es esencial para un tratamiento eficaz. La información obtenida identifica necesidades especializadas de entrenamiento de habilidades y es, por consiguiente, esencial para individualizar al tratamiento. Aunque posiblemente lo más importante sea proporcionar a los pacientes retroalimentación específica, objetiva, derivada de los resultados de la evaluación, algo que se ha encontrado que aumenta su motivación para modificar el consumo de alcohol (Miller, 1989).

II.2.2. El tratamiento

Tal como se muestra en el cuadro 2.1, la evaluación es seguida por tres fases de tratamiento, la *preparación para el cambio*, el *entrenamiento en habilidades de afrontamiento* y la *generalización estructurada*. En cada una de estas etapas se emplea una serie de procedimientos cognitivos y conductuales. Estos procedimientos se resumen en el cuadro 2.2. Seguidamente describiremos en detalle cómo funciona el programa de las HACB y proporcionaremos ejemplos de su aplicación clínica.

Se prepara a los pacientes para que consideren cambiar su conducta. Esta preparación se realiza apoyada por la confianza y serenidad experimentadas en el desarrollo de la relación terapéutica y por medio de la información objetiva y breve, proporcionada por el terapeuta, sobre cómo el consumo de alcohol ha afectado y continuará afectando probablemente a su funcionamiento. Tal como Miller (1989; Miller y Rollnick, 1991) ha descrito en su enfoque de la entrevista motivacional, un importante objetivo de este proceso es crear disonancia entre el consumo de alcohol del individuo y sus objetivos personales importantes. El llevar a cabo con éxito esta etapa de tratamiento depende de una comprensión total del funcionamiento del paciente, tal como se muestra en la fase de evaluación. La especificación de objetivos factibles a corto y largo plazo relativos a la mejora del funcionamiento constituye un prerrequisito básico para un tratamiento con éxito. Además, se debe evaluar cuidadosamente la comprensión que tiene el paciente de la retroalimentación proporcionada por el terapeuta, pidiéndole que repita la información, que dé ejemplos de su propia vida y que diga qué significa concretamente la información para él.

De la entrevista motivacional y de los otros procesos iniciales de tratamiento puede surgir una serie de consecuencias. En su forma ideal, la persona tomará la decisión de abstenerse de toda bebida, pero muchos pacientes estarán de acuerdo en abandonar la bebida solamente durante un determinado período de tiempo. Incluso otros pacientes pueden decidir continuar con el consumo de alcohol como han hecho hasta entonces. La fortaleza de esta decisión variará con los individuos, por lo que una intervención clínica adicional establecerá la base para la evolución de esta decisión sobre un objetivo adaptativo. Además, la capacidad de los pacientes para conseguir su objetivo de autocontrol cambiará cuando se encuentren con situaciones estresantes, de alto riesgo. Hay una serie de factores que afectará a los esfuerzos del paciente relativos al autocontrol. Los más importantes se refieren a la disponibilidad de alcohol en contraste con la disponibilidad de refuerzos no químicos (Vuchinich y Tucker, 1988); a los costes y desventajas de la reducción en la bebida o de

CUADRO 2.2. *Los dieciséis procedimientos esenciales de intervención utilizados en las Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber*

-
1. *Técnicas para la mejora de la relación.* Procedimiento psicoterapéutico que incluye la escucha activa y la empatía correcta, con el fin de establecer y mejorar la relación terapéutica, de colaboración.
 2. *Aclaración de conceptos.* Se le explica al paciente el tratamiento con el fin de fomentar la colaboración y minimizar la resistencia.
 3. *Formulación de objetivos.* Se establecen conjuntamente entre el terapeuta y el paciente objetivos realistas, alcanzables.
 4. *Se dan directrices.* El terapeuta ofrece formas específicas de pensar con el fin de facilitar la consecución de los objetivos.
 5. *Cambio de perspectiva.* Se proporciona a los pacientes alternativas para la comprensión de las circunstancias de la vida y de su significado como precipitantes cognitivos del cambio.
 6. *Retroalimentación.* Se proporciona una retroalimentación honesta sobre la Información obtenida por medio de la evaluación y sobre los efectos de la bebida sobre la vida del paciente.
 7. *Instrucción sobre habilidades.* Se dan instrucciones específicas sobre habilidades que se consideran importantes para el cambio de conducta.
 8. *Solución de problemas.* Se enseña a los sujetos un enfoque sistemático ante los obstáculos que puedan encontrar en su camino hacia la consecución del objetivo, incluyendo la Identificación del problema, el planteamiento de respuestas alternativas, la evaluación de las consecuencias asociadas y la iniciación de la acción.
 9. *Modelado encubierto.* Ensayo encubierto de las respuestas de afrontamiento eficaces practicadas como un medio para aumentar el autocontrol.
 10. *Modelado.* El terapeuta modela habilidades adaptativas específicas y el paciente las practica.
 11. *Autoinstrucciones.* Se practica el entrenamiento en habilidades de afrontamiento específicas mientras se emplean autoinstrucciones.
 12. *Ensayo encubierto.* Se practican nuevas habilidades de afrontamiento en la imaginación antes de iniciarlas en la vida real.
 13. *Ensayo manifiesto.* Empleando la representación de papeles y la inversión del papel, se aplican habilidades específicas para manejar situaciones problemáticas identificadas
 14. *Retroalimentación sobre la respuesta.* Se proporciona a los pacientes retroalimentación específica de la actuación durante el ensayo y la mejora en la representación de las habilidades se refuerza de modo diferencial.
 15. *Tareas para casa.* Se asigna una serie de tareas para casa con el fin de que se practiquen fuera de la sesión de terapia en distintos lugares.
 16. *Exposición a las señales.* Se presentan señales relacionadas con el alcohol en lugares cada vez más difíciles, con el fin de provocar respuestas de deseo del alcohol que se experimentan hasta que el individuo se habitúa.
-

la abstinencia (Annis *et al.*, 1989); y a la disponibilidad de habilidades de afrontamiento eficaces (Jones *et al.*, 1982).

Existe una serie de expectativas sobre la bebida que puede aumentar la probabilidad de que un individuo reanude su consumo de alcohol (Goldman *et al.*, 1987) y tiene que abordarse durante el tratamiento. Se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva (Goldfried y Goldfried, 1980; McMullin y Giles, 1981) para ayudar al paciente a identificar sus expectativas positivas sobre el alcohol y para aclarar la relación entre dichas expectativas y el beber alcohol. Se enseña a los pacientes a contrarrestar sus expectativas positivas sobre la bebida y a aprender a llevar a cabo sus nuevas habilidades en situaciones cotidianas de alto riesgo.

La primera fase del programa de HACB puede ilustrarse presentando el caso de uno de nuestros pacientes. Este joven fue enviado a tratamiento después de haber sido arrestado dos veces por conducir bajo la influencia del alcohol. El beber alcohol había aumentado gradualmente en frecuencia e intensidad durante los últimos cinco años. La evaluación de las expectativas sobre la bebida y el repaso de los autorregistros mostró que este varón de 26 años bebía alcohol de tres a cinco veces a la semana y siempre mientras se encontraba en compañía de cuatro o cinco de sus amigos. Además, creía que beber alcohol era la única manera en que un grupo de personas podía relajarse, “desinhibirse” y divertirse. Manifestó la creencia de que aunque sus amigos le tenían respeto y disfrutaban de su compañía, no se plantearían implicarse en actividades que no se centrasen en beber cerveza. Aunque su terapeuta le insistió en las ramificaciones negativas de la bebida en exceso, el paciente se comprometió únicamente en reducir la bebida, con el objetivo de no consumir más de cuatro cervezas durante una salida con sus amigos. El trabajo posterior con el paciente sirvió para establecer la base de que se diese cuenta de que era improbable que alcanzase el objetivo de reducir la bebida sin otros cambios importantes en su estilo de vida. Los problemas esperados con el objetivo de reducir la bebida se confirmaron más tarde por medio de los datos del autorregistro. Finalmente, el paciente fue capaz de llegar a darse cuenta de que sus creencias sobre el alcohol como un ingrediente esencial de las experiencias sociales divertidas no se habían puesto a prueba desde hacía mucho tiempo. Se dio cuenta también de que la suposición de que sus amigos descartarían totalmente el pasar tiempo en actividades que no se centrasen en el tema de la bebida estaba igualmente sin comprobar.

Se considera que las habilidades de afrontamiento en el programa de las HACB proporcionan los medios para poner al día las decisiones para abstenerse. Los pacientes aprenden una serie de habilidades para obtener refuerzos alternativos no químicos, para aumentar su competencia social global, para controlar los estados de ánimo negativos y para vérselas con situaciones relacionadas con el alcohol. El contenido de un programa de entrenamiento en habilidades para un sujeto particular está determinado por la exploración del perfil de alto riesgo del paciente (Annis y Davis, 1988). El entrenamiento en habilidades de afrontamiento se estructura para abordar situaciones de alto riesgo que, como se ha señalado anteriormente, a menudo incluyen emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, comprobar el control personal, los impulsos y las tentaciones a beber, los problemas con los demás, la presión social a beber y los momentos agradables con los otros.

En el programa de las HACB, las estrategias de afrontamiento se descomponen en tres etapas. En primer lugar, se desarrollan *habilidades de afrontamiento anticipatorias* para planificar por adelantado el evitar o neutralizar las situaciones de alto riesgo. Por ejemplo, se pueden practicar estrategias para el control del estímulo, como el evitar lugares en los que se encuentran señales relativas al alcohol. El objetivo de la segunda etapa del entrenamiento en habilidades de afrontamiento se centra en *técnicas de afrontamiento inmediato*, con el fin de vérselas con las situaciones de alto riesgo una vez que el paciente ha entrado en ellas. El dedicarse a actividades distractoras o el utilizar habilidades de relajación y de control del estrés son ejemplos de métodos para el afrontamiento inmediato. La tercera etapa, el afrontamiento restaurador, se dedica a estrategias para manejar los tropiezos (recaídas temporales en la conducta de beber en exceso) y sirve para evitar las recaídas completas.

Debe considerarse también el equilibrio entre evitar situaciones problema y el afrontamiento activo, cuando se desarrollen estrategias de autocontrol y se decida qué habilidades se han de enseñar. Evaluaciones previas de bebedores problema en tratamiento han encontrado que los sujetos que logran la abstinencia y los que recaen se diferencian en la capacidad de los primeros para evitar, inicialmente, y luego, cuando la abstinencia se ha hecho más segura, afrontar las situaciones amenazantes. Los pacientes que recaían solían emplear estrategias de evitación (no participar en situaciones de alto riesgo), pero, a diferencia de los sujetos que se abstenían, no eran capaces de aprender a afrontar las situaciones. El entrenamiento en habilidades debería empezar, generalmente, con estrategias de evitación, como el control del estímulo, y seguir con la solución de problemas y la exposición graduada a las situaciones de alto riesgo. La exposición gradual a situaciones de alto riesgo cada vez más difíciles aplicando, de forma sistemática, las estrategias de afrontamiento constituye un componente esencial del tratamiento (Annis y Davis, 1988).

Con el fin de ilustrar esta fase de tratamiento, volveremos a nuestro paciente, que era un bebedor problemático de 26 años. Ante el claro fracaso en conseguir su objetivo de reducir la bebida, este paciente estableció el objetivo, de abstinencia a corto plazo, de apartarse totalmente del alcohol durante tres meses, después de lo cual volvería a evaluar su potencial para controlar la bebida. Una cuestión urgente era cómo modificaría su estilo de vida para conseguir este objetivo. Su terapeuta y él estuvieron de acuerdo en que la identificación de, y la implicación en, actividades sociales agradables que no se centrasen alrededor de la bebida serían esenciales. Como parte de una amplia estrategia de solución de problemas, se generó una lista de actividades de las que el paciente había disfrutado en el pasado o que pensaba podría disfrutar si las experimentase de nuevo. Las tareas para casa se centraron en la iniciación de estas actividades y en poner a prueba sus creencias de que todos sus amigos descartarían completamente su invitación a acompañarle en esos paseos. Llamar a uno de sus amigos para hacerle esta invitación se reconoció como una tarea difícil y se emplearon procedimientos de ensayo encubierto y manifiesto para prepararle, incluyendo el practicar respuestas razonables ante reacciones que no fueran empáticas, que él anticipaba de sus amigos, cuando expresase su deseo de controlar su bebida. Se estuvo de acuerdo en la estrategia inicial de una evitación completa de los bares que frecuentaba con sus amigos, ya que se consideraba que estos lugares tenían un riesgo extremadamente elevado para la bebida. Además, se buscaron oportuni-

dades para conocer a gente nueva. Este objetivo se encontró compatible con el deseo a largo plazo del paciente de empezar un entrenamiento superior en el campo de la administración de empresas, un paso que él pensaba que era esencial para una carrera con éxito en el futuro.

La fase final del programa de HACB implica el asegurarse, de forma sistemática, la generalización y el mantenimiento del progreso del tratamiento. Esto se lleva a cabo por medio de múltiples procedimientos: tareas para casa estructuradas, entrenamiento en prevención de recaídas, un mayor entrenamiento en habilidades en el contexto de la exposición a las señales y relaciones de apoyo social.

Las tareas para casa se estructuran sistemáticamente para hacer más probable que los pacientes sean capaces de participar en situaciones de beber anteriormente problemáticas y que experimenten el éxito en su afrontamiento (Annis y Davis, 1988). Es fundamental que estas tareas sean estructuradas para asegurarse experiencias "con éxito". Así, el paciente debe practicar las habilidades de afrontamiento dentro de la sesión de terapia hasta que se logre la competencia suficiente para que tenga una elevada probabilidad de que tenga éxito la transferencia a lugares de la vida real. Inicialmente, el trabajo *en vivo* se hace con el terapeuta y tienen que darse éxitos en este nivel de apoyo antes de que se lleven a cabo tareas para casa de modo independiente.

Se prepara sistemáticamente a los pacientes ante la elevada probabilidad de que vuelvan a beber, enseñándoles que hacerlo representaría un tropiezo, y cómo responder a esa pérdida de autocontrol con una vigorosa reiniciación de las habilidades de afrontamiento y otras de autocontrol (p. ej., Marlatt y Gordon, 1985). A menos que se aborde este proceso, los pacientes a menudo evaluarán esos tropiezos como prueba de la inutilidad de sus esfuerzos y volverán a los niveles de línea base de la conducta de beber problemática.

La reducción sistemática del grado de respuesta de los pacientes a las señales de alcohol es una intervención esencial para apoyar el mantenimiento de su autocontrol. Esto puede realizarse enseñándoles habilidades bajo condiciones estimuladoras reales, es decir, en presencia de señales de alcohol, asegurando, de esta manera, asociaciones entre los estímulos provocadores y las respuestas de autocontrol (Manti *et al.*, 1989). La exposición a las señales de alcohol puede hacerse de modo simbólico o en circunstancias de la vida real, con la ayuda del terapeuta o como una tarea para casa independiente. La exposición simbólica puede incluir la presentación de diapositivas que muestran señales de alcohol o la exposición en la imaginación a los elementos estimuladores ante los que el paciente reacciona más, como, por ejemplo, el olor que proviene de una jarra de cerveza. A menudo, después de muchos paseos que incluyen visitas a los bares favoritos en los que el paciente consume refrescos, las respuestas de deseo disminuyen de forma significativa. La exposición a las señales normalmente se lleva a cabo, en primer lugar, en la clínica del terapeuta y empieza con exposición simbólica, luego pasa a la exposición directa a las señales de alcohol y se completa con exposiciones en la vida real a situaciones de alto riesgo. Se vacuna al paciente de forma gradual contra los efectos de los impulsos y de sus respuestas afectivas asociadas; por consiguiente, la generalización se programa sistemáticamente.

Es probable que esta forma de terapia de exposición sea eficaz debido a su impacto sobre una serie de mecanismos importantes que mantienen la conducta de be-

ber del paciente. Esto puede realizarse por medio del ensayo de las nuevas habilidades aprendidas en situaciones reales (Marlatt y Cardan, 1985), incluyendo las habilidades rechazo de drogas, el manejo de problemas, la relajación muscular, y la capacidad para recordar de forma deliberada las consecuencias negativas del consumo de alcohol. Las señales de alcohol se convierten, entonces, en señales para la iniciación de respuestas de afrontamiento adaptativas que conducen al autocontrol, en vez de al consumo. Es más probable que los procedimientos de exposición a las señales sean eficaces cuando se presentan señales de alcohol a las que el paciente reacciona en mayor grado. La exposición tiene que ser, a menudo, extensa y se debería instruir al paciente para que centre su atención en el sabor, olor, recuerdos asociados o efectos esperados del alcohol, en vez de distraerse, si es que se quiere asegurar la habituación al estímulo.

Una última cuestión, aunque no por ello menos importante, es el desarrollo de redes de apoyo familiares y sociales que ayuden de forma activa a los pacientes a llevar a cabo las habilidades recién aprendidas. Se necesita trabajar directamente con los sistemas familiares y de apoyo para aumentar la probabilidad de que proporcionen refuerzo consistente cuando se utilicen las habilidades, que ayuden a resolver problemas y que proporcionen apoyo emocional. Por consiguiente, el programa de las HACB incluye el objetivo explícito de enseñar a los pacientes una serie de habilidades para conseguir acceso a los sistemas de apoyo, incluyendo habilidades para la mejora de las relaciones y para la búsqueda de ayuda. Un buen punto de partida es hacer que los miembros de la familia o los amigos participen directamente con el paciente en el programa de tratamiento, actuando quizás como instructores en la realización de las tareas para casa. Las personas que actúan como apoyo pueden ayudar a mantener las mejoras del paciente en el autocontrol, dirigiendo la atención hacia situaciones de alto riesgo, ayudando a vigilar los impulsos y las tentaciones hacia el consumo y manteniendo un registro de las consecuencias de esos acontecimientos.

Vamos a ilustrar la aplicación de esta fase final de las HACB con una vuelta a nuestro ejemplo de caso. Las interacciones asertivas de nuestro bebedor problema con sus amigos se desarrollaron mejor de lo que él había imaginado. Aunque la comunicación directa a sus amigos de su intención de controlar la bebida se topó inicialmente con cierto hostigamiento, no fue la respuesta de todos sus amigos. En realidad otro individuo confesó un deseo similar. Además, las críticas manifestadas por algunos de sus anteriores compañeros de bebida se desvaneció rápidamente y algunos de ellos respondieron a las invitaciones del paciente de intentar nuevas actividades que no se centrasen alrededor de los bares. Los estudios del paciente en administración de empresas fueron bien y demostraron ser una excelente oportunidad para aumentar su red social. Entre las relaciones que surgieron de dicha actividad estuvo el salir con una chica de su clase. Conforme su relación se fue haciendo más íntima, el paciente fue capaz de hablar más libremente de sus esfuerzos por controlar la bebida, a lo que le animó encarecidamente su amiga. De hecho, esta chica le contó su permanente frustración con respecto a lo que ella consideraba como interacciones sociales vacías que se centraban alrededor de la bebida y el no ser capaz de encontrar hombres que les gustase hacer otras cosas.

Nuestro paciente continuó su trabajo con el terapeuta y progresó hasta el punto de no tener que evitar ya los bares, exponiéndose directamente al alcohol. El tra-

bajo inicial se hizo en la clínica y luego avanzó hasta realizarlo en vivo con el terapeuta, en los bares que el paciente había frecuentado anteriormente. Esto se hizo durante las horas en que había menos gente, con el fin de evitar el contacto directo con amigos durante el trabajo inicial de exposición a las señales relacionadas con el alcohol. Se realizaron también tareas para casa similares y el paciente tuvo éxito en su afrontamiento con sus impulsos a beber. A los seis meses del comienzo del tratamiento el paciente sufrió su primer tropiezo. Ocurrió cuando un antiguo amigo con el que salía para beber le animó a tomar algunas cervezas en un bar. El éxito de su equipo favorito en las finales junto con la presión de sus amigos arrastró al paciente a beber más que unas cuantas cervezas. Al día siguiente contactó con su terapeuta (a quien había estado viendo sólo en unas escasas visitas de seguimiento) para intentar comprender este tropiezo y tratar de evitar futuras conductas de beber. Aunque el paciente y el terapeuta habían estado hablando sobre la posibilidad de una conducta de beber controlada, el incidente les hizo concluir que la mejor estrategia a corto plazo era de nuevo la abstinencia completa. Además, aunque el ir a lugares donde se servía alcohol y el afrontar con eficacia los impulsos constituía una estrategia que normalmente debería seguirse, se consideró que en un futuro cercano era mejor evitar totalmente el ir a los bares con sus amigos de bebida cuando su equipo favorito jugase las finales.

III. EL ASESORAMIENTO MOTIVACIONAL SISTEMÁTICO

El *Asesoramiento motivacional sistemático* (AMS) está sólidamente basado en la teoría de la motivación. Con el fin de emplear esta técnica de manera apropiada, es necesario que el clínico comprenda sus bases teóricas. Además, para conseguir esta comprensión, es fundamental familiarizarse con algunos conceptos motivacionales básicos. Así, empezaremos nuestra descripción de la técnica definiendo estos conceptos básicos.

El primer concepto motivacional básico es el *afecto*. Desde el punto de vista motivacional, el afecto se refiere a una emoción tal como la persona la siente realmente. Es el componente subjetivo de una respuesta emocional. Los teóricos motivacionales a menudo categorizan el afecto simplemente como positivo (incluyendo afectos específicos, tales como la alegría y la felicidad) o negativo (por ejemplo, la tristeza). El cambio afectivo es un concepto motivacional central, ya que constituye la misma esencia de lo que los organismos están motivados a lograr. Queremos conseguir cosas que pensamos nos harán sentirnos bien y librarnos de las cosas que nos hacen sentir mal. En cualquier caso, equivale a un cambio afectivo.

Los siguientes dos conceptos –incentivos y objetivos– los teóricos motivacionales los emplean de modo diferente a como se utilizan en el lenguaje cotidiano. Un incentivo es un objeto o acontecimiento que nos provoca un cambio afectivo. Los incentivos positivos producen un cambio afectivo positivo; los incentivos negativos provocan cambios afectivos negativos. Una persona puede producirse cambios afectivos de forma química al beber alcohol por medio de incentivos en otras áreas de la vida. Un *objetivo* es un incentivo particular que un sujeto se ha comprometido a

perseguir. Tal como Klinger (1975, 1977) ha argumentado, las vidas de las personas giran en torno a la persecución y obtención de objetivos. Pueden ir desde pequeñas cosas, como el objetivo de salir a cenar esta noche, hasta objetivos a muy largo plazo, como conseguir publicar un libro. El beber alcohol puede llegar a ser un objetivo que una persona persigue activamente, lo mismo que cualquier otro objetivo. Los problemas surgen cuando beber alcohol se convierte en un objetivo que ensombrece la persecución de otros en la vida de la persona y compite con su obtención. Cuando sucede esto, necesitamos reconfigurar el vínculo motivacional, de modo que el beber alcohol retroceda a un segundo plano y la persecución de otros objetivos se convierta en algo más importante.

Un *interés actual* (cf. Klinger, 1975, 1977) es el estado motivacional de la persona que corresponde a cada objetivo perseguido. Ese estado motivacional continúa hasta que el sujeto alcanza el objetivo o abandona su persecución. Durante cada interés actual, una persona se convierte en un individuo cambiado a nivel motivacional. Según esto, los intereses actuales proporcionan una vía de estudio con respecto a cómo el beber alcohol puede convertirse en un objetivo que se entremezcla con los otros incentivos, objetivos e intereses actuales en la vida de una persona.

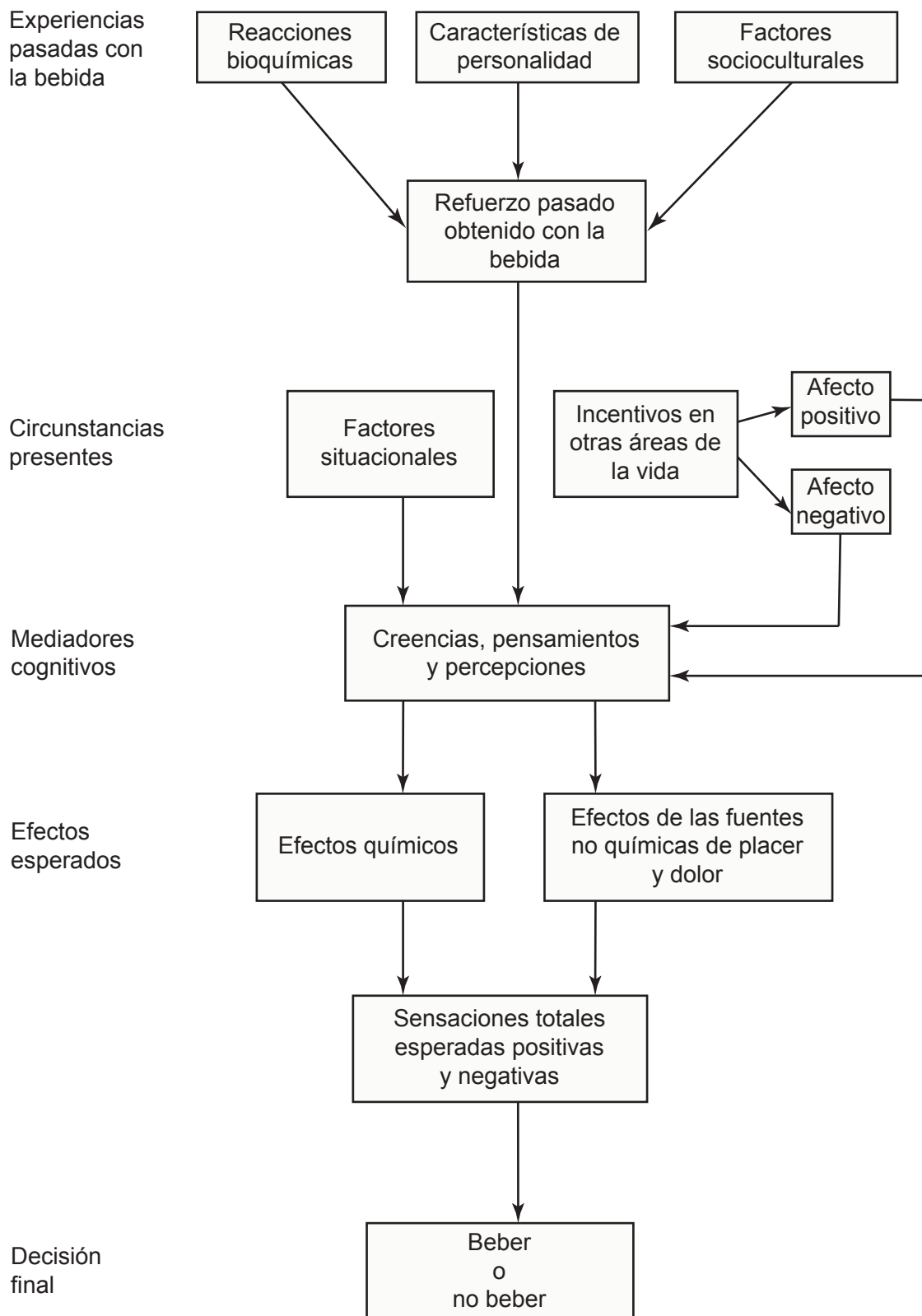
III.1. *El modelo motivacional del consumo de alcohol*

Seguidamente describiremos cómo hemos empleado los anteriores conceptos motivacionales básicos para comprender los complejos determinantes del consumo de alcohol, presentando el modelo motivacional del consumo de alcohol (Cox y Klinger, 1988; 1990). Debido a la complejidad del modelo completo, describiremos una versión más simple, esquemática, del mismo, que hace más fácil seguir la posición motivacional que la versión entera. Se presenta en la figura 2.1.

Una importante característica a resaltar del modelo simplificado es que aunque dos personas tengan patrones similares en la conducta de beber, pueden haber llegado a ese punto a través de caminos diferentes. Esto se debe a que el peso con el que contribuye cada variable difiere de un individuo a otro. Por ejemplo, un individuo que está predispuesto a experimentar reacciones bioquímicas positivas ante el alcohol y escasas reacciones negativas, dispondrá de un mayor peso proporcionado por las expectativas de cambios afectivos positivos, provenientes de los efectos químicos del alcohol, que en el caso de otra persona que no tenga esta predisposición.

Podemos también considerar el caso de un constructor que empieza a beber porque la vida le resulta aburrida y sin sentido. En otras palabras, esta persona obtiene poca satisfacción emocional de los incentivos de otras áreas de la vida. El patrón de bebida podría aumentar progresivamente porque esta persona llega también a considerar al alcohol como una forma de regular el afecto de forma química, aunque esas expectativas se han formado por una razón diferente que en el caso del individuo anterior. Otras personas —debido a que carecen de habilidades sociales como un incentivo positivo para el disfrute— pueden mantener la creencia de que el alcohol es un lubricante social que les permite socializarse de maneras que serían incapaces de hacerlo sin beber. Otra persona cuya vida está sobrecargada de relaciones tirantes con miembros de su familia puede percibir al alcohol como una buena

FIGURA 2.1. Un modelo motivacional para el consumo de alcohol



forma de afrontar sus incentivos negativos. En los últimos dos casos, las expectativas de cambio afectivo pueden provenir de los efectos del placer de la bebida o del dolor que surge de los incentivos en otras áreas de la vida, en vez de provenir de los efectos químicos del alcohol.

Una segunda característica importante a resaltar del modelo abreviado es que el peso al que contribuyen las distintas variables cambia también dentro de los individuos particulares, desde un punto de su trayectoria de beber hasta otra. Por ejemplo, un estudiante universitario que normalmente se emborrachaba en las fiestas de su curso podría estar motivado a beber mucho debido a influencias socioculturales o situacionales, específicamente la aprobación que obtiene de sus iguales por hacerlo. Así, los efectos que espera de beber se unen también a los efectos indirectos agradables provenientes de otra área de su vida, en vez de los efectos químicos directos del alcohol. Sin embargo, si este mismo individuo continúa siendo reforzado por su comportamiento habitual de beber mucho, desarrollará reacciones condicionadas al alcohol, lo que contribuirá a las expectativas de cambios afectivos provocados por los efectos químicos del alcohol. Y si esta conducta de beber hace que se olvide de perseguir incentivos en otras áreas de su vida (como los logros académicos o una relación amorosa), su motivación para producir cambios afectivos positivos bebiendo alcohol se intensificará. De nuevo, una suposición básica del modelo motivacional es que el que una persona decida beber en una ocasión particular está determinado por la cuestión de si los cambios afectivos positivos esperados de la conducta de beber sobrepasan a los negativos.

La fuente de la motivación para beber en la que se centra el *Asesoramiento motivacional sistemático* se representa por la segunda variable principal denominada "circunstancias presentes" en la figura 2.1. Se refiere a los incentivos positivos y negativos de la gente en otras áreas de la vida y al afecto correspondiente al que da lugar. Si una persona no tiene incentivos positivos satisfactorios que perseguir y/o no está realizando un progreso satisfactorio hacia la consecución de objetivos que le produzcan incentivos positivos, se añadirá peso a las expectativas de la persona de que puede mejorar el afecto positivo bebiendo. Tanto en cuanto la vida de la persona esté llena de elementos molestos y/o esté realizando un progreso poco satisfactorio para eliminar estos elementos, se añadirá peso a las expectativas de esa persona de que puede contrarrestar el afecto negativo bebiendo. Los problemas con el alcohol tienen lugar cuando los factores que contribuyen a la decisión de beber (p. ej., la respuesta bioquímica positiva de un individuo hacia el alcohol) sobrepasan claramente a los factores que contribuyen a la decisión de no beber (p. ej., la interferencia con incentivos positivos, no químicos, que provocará el beber alcohol).

La incapacidad de la gente con problemas de alcohol para encontrar satisfacción emocional a través de incentivos no químicos es un factor que contribuye a su motivación a beber alcohol. Esas personas pueden, por ejemplo, tener un número inadecuado de incentivos suficientemente positivos a perseguir; los incentivos disponibles pueden haber perdido valor positivo por medio de la habituación o por el desarrollo de procesos oponentes (Solomon, 1980); o bien la persecución de incentivos positivos puede ser poco realista o inapropiada, haciendo poco probable alcanzar el objetivo. Alternativamente, los objetivos positivos de los alcohólicos — incluso si son apropiados, realistas y en número suficiente— pueden entrar en con-

flicto entre sí, haciendo de la consecución del objetivo algo improbable o imposible. Además, la vida del paciente puede estar sobrecargada por una preponderancia de incentivos aversivos y éste puede ser incapaz de avanzar en la eliminación de esos elementos molestos.

Una explicación de cómo los incentivos en otras áreas de la vida determinan si el beber alcohol se convertirá en un objetivo activo es que la gente que desarrolla problemas con el alcohol es responsable ella misma de provocar acontecimientos negativos en sus vidas y de ser incapaces de producir acontecimientos positivos. Al hacer esto, podría aumentar indirectamente su motivación para regular su afecto químicamente bebiendo alcohol. Esta es la premisa sobre la que descansa el *Asesoramiento motivacional sistemático*. Es decir, los objetivos de la técnica de asesoramiento son:

a. Identificar los patrones motivacionales desadaptativos de los bebedores problema que impiden que consigan lo que necesitan y lo que esperan de la vida, aumentando su motivación para intentar conseguir la satisfacción emocional bebiendo alcohol.

b. Cambiar estos patrones desadaptativos por medio de una técnica de asesoramiento motivacional que, a su vez, se espera que produzca un aumento de la satisfacción por la vida y una reducción de la conducta de beber.

III.2. *Evaluación de la motivación: El «Cuestionario de la estructura motivacional»*

El primer paso de la técnica de asesoramiento es evaluar la estructura motivacional del bebedor por medio del «Cuestionario de la estructura motivacional» (*Motivational Structure Questionnaire*). Se pide a los que lo rellenan que nombren y describan sus intereses actuales en 16 áreas importantes de la vida. Utilizando escalas de puntuación, los sujetos pueden hacer juicios sobre lo que se esfuerzan por cada objetivo relacionado con cada uno de sus intereses, lo que permite hacer comparaciones nomotéticas con una muestra de otros sujetos “normales” que hayan rellenido el cuestionario. De esta forma, cada individuo revela involuntariamente la estructura de su motivación en comparación con la de otras personas.

Las 16 áreas de la vida en las que los individuos incluyen sus intereses actuales se muestran en el cuadro 2.3. Muchas de las áreas de la vida se descomponen, a su vez, en subáreas. Por ejemplo, el área de la vida «La familia cercana y otros familiares» se subdivide en cuatro subáreas, «La familia cercana y otros familiares», «Compañeros de cuarto y no familiares», «La casa y los quehaceres domésticos» y «Los animales que viven en casa». Con el fin de describir cómo funciona el «Cuestionario de la estructura motivacional» —y al mismo tiempo ilustrar la puntuación que se obtiene cuando los sujetos lo rellenan— mostraremos cómo dos hipotéticas personas, diferentes entre sí, rellenan una página de la Hoja de respuesta en una subárea de una de las 16 áreas importantes de la vida. La subárea es «La familia cercana y otros familiares». Los dos casos ayudarán también al lector a aprender a utilizar ellos mismos el «Cuestionario de la estructura motivacional».

CUADRO 2.3. *Dieciséis áreas Importantes de la vida*

-
1. La familia y el hogar
 2. Los/as amigos/as
 3. La pareja, las relaciones. el amor y el sexo
 4. La salud física
 5. La salud mental y la salud emocional
 6. Empleo, trabajo, dinero
 7. Educación
 8. Organizaciones
 9. Religión
 10. Gobierno
 11. Aficiones y pasatiempos
 12. Deportes y ocio
 13. Diversiones
 14. Viales
 15. Delitos
 16. Empresas creativas/artísticas
-

Los intereses del primer paciente y los objetivos que les corresponden se presentan en el cuadro 2.4. El describió cuatro intereses actuales diferentes:

1. «Mi mujer y yo mantenemos fuertes discusiones. Nos enfrascamos en duras peleas». Y el objetivo que asoció con este interés fue «Mantener la paz en casa».
2. «No gano lo suficiente para mantener el estilo de vida que nos gustaría a mi familia y a mí». Y él deseaba «Conseguir un trabajo donde pagasen más».
3. «Mi familia y yo necesitamos pasar más tiempo de ocio juntos». Con respecto a esto él quería «Ir de vacaciones a Hawái».
4. «No consigo inculcar la disciplina en mis hijos». Para lo cual él quería «Lograr que mis hijos sean disciplinados».

A partir de esta muestra de información, podemos inferir posibles causas por las que una persona tendrá problemas para lograr satisfacción emocional a partir de sus incentivos no químicos, habiéndose propuesto el objetivo de hacerlo químicamente bebiendo alcohol. De modo específico:

1. El paciente tenía un gran número de intereses. Otros sujetos que rellenaron el cuestionario manifestaban una media de dos intereses en cada área de la vida; este paciente nombró cuatro. Su gran número de objetivos relacionados con los intereses parecían limitar sus posibilidades de conseguir satisfacerlos.
2. Aunque esta persona parece empezar con buenas intenciones, se agarra rápidamente a objetivos poco realistas, siendo, quizás, el mejor ejemplo el querer resolver su preocupación sobre la falta de tiempo de ocio junto a su familia realizando un viaje a Hawái.
3. Parece percibir el mundo como blanco o negro; por ejemplo, quiere pasar desde el extremo de tener fuertes discusiones con su mujer al otro extremo de querer mantener la paz en casa.

4. Finalmente, sus diferentes objetivos no parecen ser mutuamente compatibles entre sí. Por ejemplo le preocupa no conseguir suficiente dinero, aunque quiere hacer un viaje caro a Hawái.

Las puntuaciones de la persona sobre sus intereses —presentadas en los cuadros 2.5 a 2.10— sirven para aumentar nuestras impresiones iniciales. Por ejemplo: En el paso 3 (Rol), las puntuaciones que escogió indican que se percibe a sí mismo teniendo un papel activo en la lucha por conseguir sus objetivos. El “1” incluido en su primer objetivo significa que considera que participa y sabe qué acción emprender (véase cuadro 2.5).

En el paso 4 (Compromiso), las elevadas puntuaciones que eligió (los “5” y un “6”) indican que se siente altamente comprometido. Por ejemplo, el “5” que escogió para su primer interés indica que percibe que “intenta esforzadamente” mantener la paz en casa (véase cuadro 2.6).

En los pasos 5, 6 y 7, las evaluaciones del afecto que proporcionó indican que valora mucho sus objetivos. Los elevados números que escogió para la Alegría (p. ej. el “7”, el “8” y el “9”) significan que espera tener una gran alegría si tiene éxito. Las bajas puntuaciones para Desdicha significan que no espera sentirse desdichado si logra sus objetivos. Sin embargo, sus puntuaciones para Tristeza significan que espera sentir una gran tristeza si no tiene éxito (véase cuadro 2.7).

Sus respuestas en el paso 8 indican que también escogió puntuaciones elevadas (“8” y “9”) para las Probabilidades de éxito. Estas puntuaciones significan que es muy optimista con respecto a lograr sus objetivos. Por ejemplo, el “9” incluido en su primer interés indica que se siente al menos 90% seguro de ser capaz de mantener la paz en casa. Sin embargo, sus posibilidades se reducirán considerablemente si no toma ninguna acción, tal como indican las bajas puntuaciones en el paso 9 (véase cuadro 2.8).

Con respecto a las dimensiones temporales, los períodos de tiempo relativamente largos que incluyó en el paso 11 para la Distancia del objetivo (que va de 6 a 12 meses) indican que espera lograr sus objetivos en un tiempo relativamente distante en el futuro. Por ejemplo, pasará todo un año antes de que espere mantener la paz en casa. En otras palabras, piensa que sus objetivos son relativamente inaccesibles. Con los “0” que incluyó en el paso 10, significa que ya ha empezado a trabajar en cada uno de sus cuatro objetivos (véase cuadro 2.9).

Finalmente, las relativamente elevadas puntuaciones que escogió para los Efectos del alcohol en el paso 12, que van de “-3” a “-5”, indican que espera que el consumo continuo de alcohol tenga un fuerte impacto sobre sus posibilidades de tener éxito (véase cuadro 2.10).

En resumen, es relativamente fácil ver cómo los patrones motivacionales desadaptativos de esta persona podrían estar presentes en sus intentos de regular químicamente su afecto bebiendo alcohol.

El segundo paciente rellenó el cuestionario de modo muy diferente (véase cuadro 2.11). Si observamos la página de la Hoja de respuestas para la misma subárea, «La familia cercana y otros familiares», vemos que sólo nombró una preocupación importante. Está preocupado porque cree que es un mal padre y no sabe cómo relacionarse con sus hijos. Lo que quiere hacer con respecto a este interés es dejar de ser

CUADRO 2.5 Puntuaciones del paciente “soñador” sobre sus intereses en el paso 3 (Rol)

Paso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis intereses actuales en esta área de vida: 1. La familia y el hogar - La familia cercana y otros familiares		Palabra de acción (Quiero...)										
Mi mujer y yo mantenemos fuertes discusiones Nos enfascamos en duras peleas		Mantener la paz en casa	1	Rol								
No gano lo suficiente para mantener el estilo de vida que nos gustaría a mi familia y a mí		Conseguir un trabajo donde paguen más	1									
Mi familia y yo necesitamos pasar más tiempo de ocio juntos		Ir de vacaciones a Hawai	2									
No consigo inculcar la disciplina en mis hijos		Lograr que mis hijos sean disciplinados	2									

ROL: 1 = participar, y saber qué acción llevar a cabo
 2 = participar, pero no sabe qué acciones llevar a cabo
 3 = sólo observar, pero le gustaría participar
 4 = sólo observar
 5 = sólo observar, aunque otra persona importante está implicada
 6 = ni participa ni observa, otra persona importante implicada

CUADRO 2.6 Puntuaciones del paciente "soñador" sobre sus intereses en el paso 4 (Compromiso)

Paso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis intereses actuales en esta área de vida: 1. La familia y el hogar - La familia cercana y otros familiares		Palabra de acción (Quiero...)		Compromiso								
Mi mujer y yo mantenemos fuertes discusiones Nos enfascamos en duras peleas		Mantener la paz en casa		5								
No gano lo suficiente para mantener el estilo de vida que nos gustaría a mi familia y a mí		Conseguir un trabajo donde paguen más		6								
Mi familia y yo necesitamos pasar más tiempo de ocio juntos		Ir de vacaciones a Hawai		5								
No consigo inculcar la disciplina en mis hijos		Lograr que mis hijos sean disciplinados		5								

COMPROMISO: 1 = no trato de hacer que sucedan las cosas
 2 = no estoy seguro si quiero invertir el esfuerzo
 3 = lo intento, pero no me desvíó de mi camino
 4 = invierto un esfuerzo moderado
 5 = lo intento con mucha fuerza
 6 = lo intento con toda la fuerza que me es posible

CUADRO 2.7 Puntuaciones del paciente "soñador" sobre sus intereses en los pasos 5, 6 y 7 (Alegria, Desdicha y Tristeza)

Paso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis intereses actuales en esta área de vida: 1. La familia y el hogar - La familia cercana y otros familiares		Palabra de acción (Quiero...)			Alegria	Desdicha	Tristeza					
Mi mujer y yo mantenemos fuertes discusiones Nos enfascamos en duras peleas		Mantener la paz en casa			8	1	8					
No gano lo suficiente para mantener el estilo de vida que nos gustaría a mi familia y a mí		Conseguir un trabajo donde paguen más			9	3	9					
Mi familia y yo necesitamos pasar más tiempo de ocio juntos		Ir de vacaciones a Hawai			9	1	7					
No consigo inculcar la disciplina en mis hijos		Lograr que mis hijos sean disciplinados			7	2	8					

ALEGRIA, DESDICHA, TRISTEZA: 1 = en absoluto

2 = muy poca

3 = algo

.....

7 = bastante

8 = mucha

9 = la máxima que me puedo imaginar

CUADRO 2.8 Puntuaciones del paciente "soñador" sobre sus intereses en los pasos 8 y 9 (Probabilidad de éxito con y sin acción)

Paso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis intereses actuales en esta área de vida: 1. La familia y el hogar - La familia cercana y otros familiares		Palabra de acción (Quiero...)						Probabilidad de éxito	Probab. éxito sin acción			
Mi mujer y yo mantenemos fuertes discusiones Nos enfascamos en duras peleas		Mantener la paz en casa						9	4			
No gano lo suficiente para mantener el estilo de vida que nos gustaría a mi familia y a mí		Conseguir un trabajo donde paguen más						9	2			
Mi familia y yo necesitamos pasar más tiempo de ocio juntos		Ir de vacaciones a Hawai						8	3			
No consigo inculcar la disciplina en mis hijos		Lograr que mis hijos sean disciplinados						8	2			

PROBABILIDAD DE ÉXITO

PROBABILIDAD SI NO HAY ACCIÓN: 0 = a 0-9% de probabilidad

1 = a 10-19% de probabilidad

2 = a 20-29% de probabilidad

.....

7 = a 70-79% de probabilidad

8 = a 80-89% de probabilidad

9 = al menos 90% de seguridad

CUADRO 2.9 Puntuaciones del paciente "soñador" sobre sus intereses en los pasos 10 y 11 (Tiempo disponible y distancia del objetivo)

Paso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis intereses actuales en esta área de vida: 1. La familia y el hogar - La familia cercana y otros familiares		Palabra de acción (Quiero...)								Tiempo disponible	Distancia del obj.	
Mi mujer y yo mantenemos fuertes discusiones Nos enfascamos en duras peleas		Mantener la paz en casa								0	12 m	
No gano lo suficiente para mantener el estilo de vida que nos gustaría a mi familia y a mí		Conseguir un trabajo donde paguen más								0	6 m	
Mi familia y yo necesitamos pasar más tiempo de ocio juntos		Ir de vacaciones a Hawai								0	6 m	
No consigo inculcar la disciplina en mis hijos		Lograr que mis hijos sean disciplinados								0	11 m	

TIEMPO DISPONIBLE
DISTANCIA DEL OBJETIVO: número de días, meses, años
x = no lo sé

CUADRO 2.10 Puntuaciones del paciente "soñador" sobre sus intereses en el paso 12 (Efectos del alcohol)

Paso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis intereses actuales en esta área de vida: 1. La familia y el hogar - La familia cercana y otros familiares		Palabra de acción (Quiero...)										Efectos del alcohol
Mi mujer y yo mantenemos fuertes discusiones Nos enfascamos en duras peleas		Mantener la paz en casa										-5
No gano lo suficiente para mantener el estilo de vida que nos gustaría a mi familia y a mí		Conseguir un trabajo donde paguen más										-4
Mi familia y yo necesitamos pasar más tiempo de ocio juntos		Ir de vacaciones a Hawai										-3
No consigo inculcar la disciplina en mis hijos		Lograr que mis hijos sean disciplinados										-5

EFECTOS DEL ALCOHOL: +5 = virtualmente asegura mis probabilidades de éxito

.....

0 = no tiene efectos sobre mis probabilidades de éxito

.....

-3 = deteriora notablemente mis probabilidades de éxito

-4 = deteriora mucho mis probabilidades de éxito

-5 = elimina totalmente mis probabilidades de éxito

un mal padre. Así, al contrario que el primer paciente que parecía estar demasiado orientado hacia los objetivos, el segundo paciente parecía tener demasiados pocos objetivos. Además, la forma en la que expresaba su interés sugería que se condenaba a sí mismo. Es decir, verbalizaba su objetivo en términos aversivos, negativos, pareciendo culparse a sí mismo debido a la pobre relación entre él y sus hijos. Las puntuaciones de los esfuerzos por alcanzar su objetivo ayudaba a resaltar estas impresiones iniciales. De modo específico: Los pasos 3 y 4 indicaban que se veía a sí mismo jugando un Rol pasivo y se sentía sólo moderadamente comprometido.

No percibía que su objetivo fuese muy válido, tal como señalan las puntuaciones en Alegría y Desdicha. Es decir, los "5" indicaban que él pensaba experimentar sólo moderada alegría si tenía éxito, pero el mismo grado de desdicha si conseguía dejar de ser un mal padre. Las dos puntuaciones, tomadas conjuntamente, indican que se sentía muy ambivalente sobre su objetivo.

El "3" que escogió para sus Probabilidades de éxito significa que esperaba sólo un 30% de posibilidades de tener éxito. Es pesimista con respecto a que realmente sea capaz de dejar de ser un mal padre.

Los "6 meses" bajo la columna de Tiempo disponible indica que tiene que esperar medio año para actuar si quiere tener éxito en dejar de ser un mal padre.

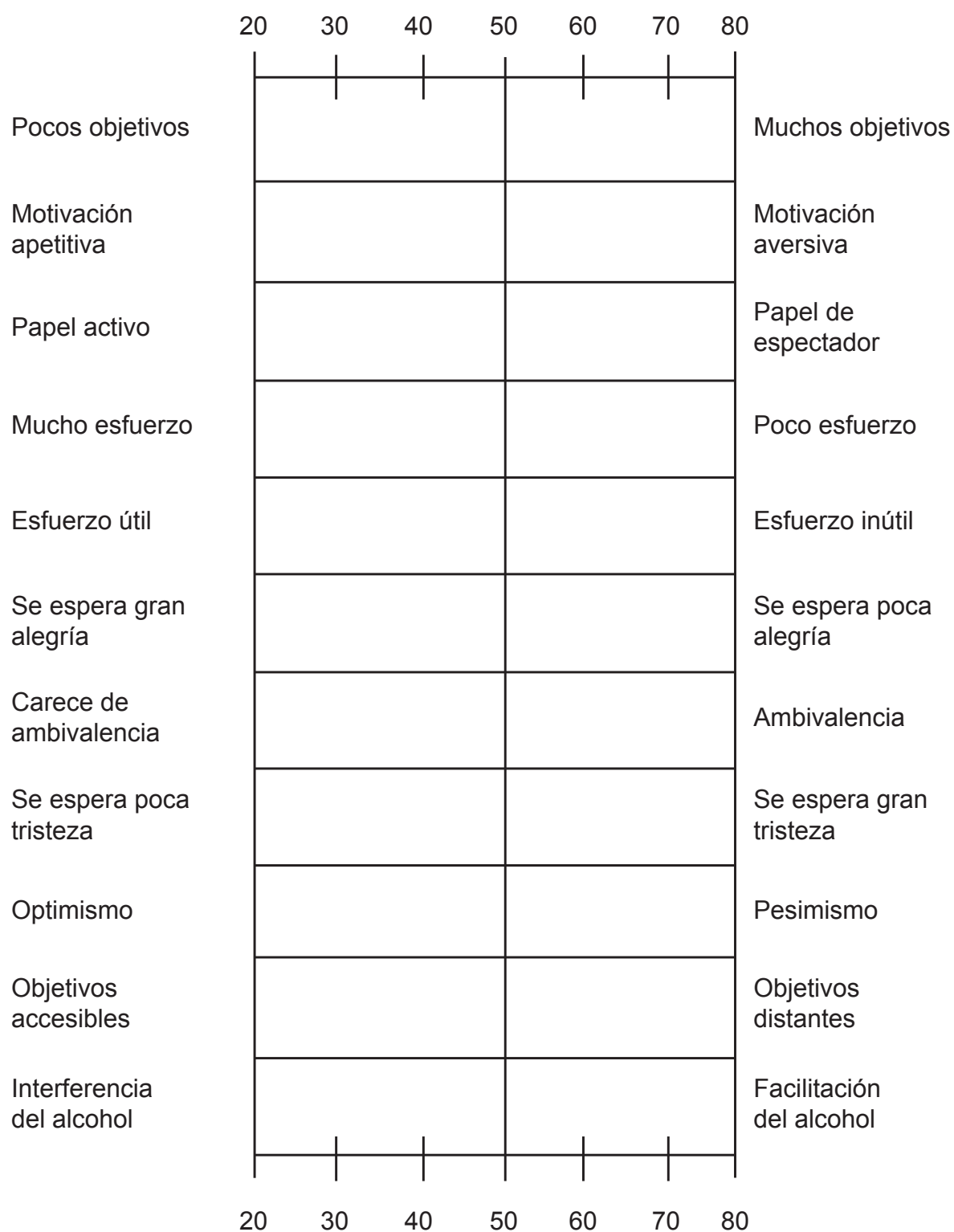
Los "2 años" bajo la columna de Distancia del objetivo muestra que espera lograr su objetivo en dos años. Así, debido a que cree que se encuentra a gran distancia en el futuro, el dejar de ser un mal padre constituye un objetivo distante e inaccesible.

Finalmente, el "0" que escogió en la columna de los Efectos del alcohol significa que su consumo continuo de alcohol no tiene ningún efecto sobre las posibilidades de que deje de ser un mal padre.

Tal y como vemos en estos dos ejemplos, los datos brutos de los sujetos sobre las descripciones de sus intereses y la puntuación de los objetivos relacionados con ellos, proporcionan una importante información con respecto a cómo sus patrones motivacionales desadaptativos pueden impulsarles a establecer objetivos para regular químicamente su afecto bebiendo alcohol. Aunque los datos brutos del MSQ son informativos, utilizamos también el potencial nomotético del cuestionario. Lo hacemos calculando los índices cuantitativos a partir de las puntuaciones dadas por los pacientes a los esfuerzos por sus objetivos en las 16 áreas de la vida. Construimos entonces perfiles basándonos en estos índices para mostrar la comparación entre la estructura motivacional del paciente con la de otros sujetos "normales". La rejilla sobre la que dibujamos el perfil se muestra en el cuadro 2.12. Hay 11 índices clínicos fundamentales que se representan como puntuaciones T. Algunos de ellos son los siguientes:

- El índice del Número de objetivos, que se representa sobre un continuo que va de "pocos" a "muchos";
- La Valencia de los esfuerzos por conseguir los objetivos, es decir, el grado en que los objetivos son apetitivos (p. ej., la persona trata de lograr objetivos atractivos) o aversivos (p. ej., el individuo trata de huir de los objetivos negativos);
- Lo Provechoso del esfuerzo que se está realizando. El esfuerzo es inútil si una persona está intentando conseguir objetivos sobre los que piensa que es poco proba-

CUADRO 2.12 *Rejilla con once índices clínicos fundamentales sobre la que se dibuja el perfil del paciente*



ble que tenga éxito o que es poco probable que sean satisfactorios emocionalmente, incluso si tiene éxito;

- Las Probabilidades esperadas de éxito, que van desde muy optimista a muy pesimista;
- La Accesibilidad de los objetivos, que va desde muy accesibles hasta muy distantes;
- Los Efectos del alcohol, que en un consumo continuo de alcohol van desde efectos facilitadores muy potentes hasta efectos facilitadores muy interferentes sobre la consecución de objetivos en otras áreas de la vida.

De este modo, cada índice es bipolar, pero la mayoría de ellos están pensados de modo que las puntuaciones elevadas (aquellos que se encuentran en el lado derecho de la rejilla) indican patrones motivacionales desadaptativos. Sin embargo, el perfil se interpreta en términos de la configuración de todos los índices. En un estudio reciente en el que se recogieron datos de este tipo (Cox, Blount y Klingler, 1997), estudiamos las relaciones entre los índices del MSQ —los índices clínicos fundamentales descritos anteriormente e índices de investigación adicionales— en una amplia muestra de sujetos internos alcohólicos. Utilizando el análisis de conglomerados, identificamos dos conglomerados diferentes de patrones motivacionales.

Al primer paciente que se describió en páginas anteriores —aquel que quería “mantener la paz en casa”— le pertenecería el Conglomerado 1. A partir de su perfil MSQ basado en las puntuaciones de todas las 16 áreas de la vida (cuadro 2.13), observamos algunas de las mismas características que habíamos encontrado en las descripciones idiosincrásicas de sus intereses y las puntuaciones de sus esfuerzos por conseguir los objetivos relativos a esos intereses. Por ejemplo:

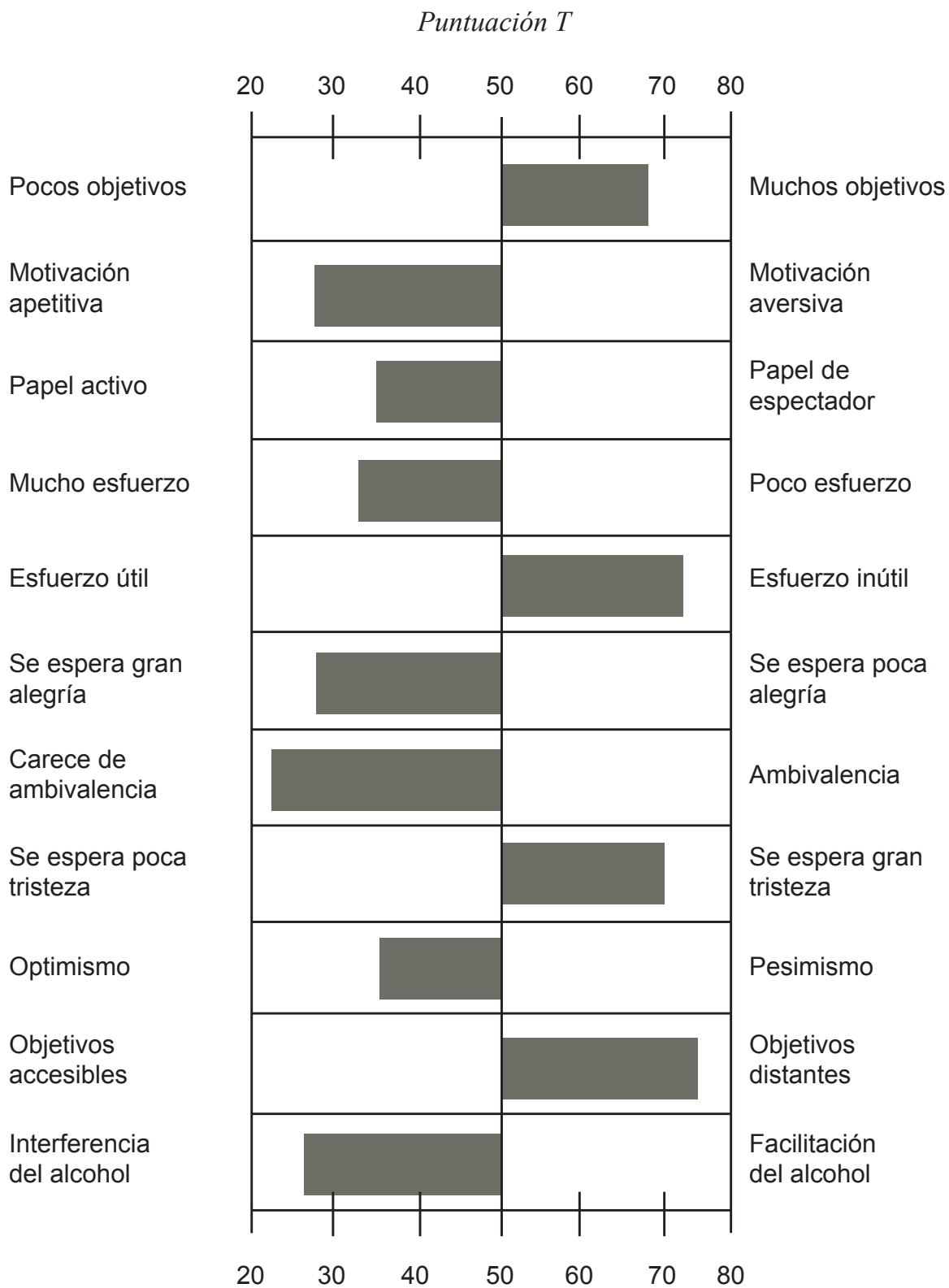
- tenía un gran Número de objetivos
- está manifestando un Esfuerzo inútil, y
- espera sufrir una gran Tristeza si no tiene éxito en conseguir los objetivos por los que está luchando.

A este conglomerado lo denominamos como el “soñador”. Los alcohólicos que pertenecen a este conglomerado tienen demasiados objetivos a conseguir, y sus objetivos son demasiado poco realistas y demasiado distantes en el tiempo para que puedan obtener gran placer de ellos. De este modo, esas personas preparan la situación para el fracaso y cuando, inevitablemente, fracasan, se sienten emocionalmente asolados. Planteamos que es en esos momentos cuando intentan afrontar la situación bebiendo alcohol.

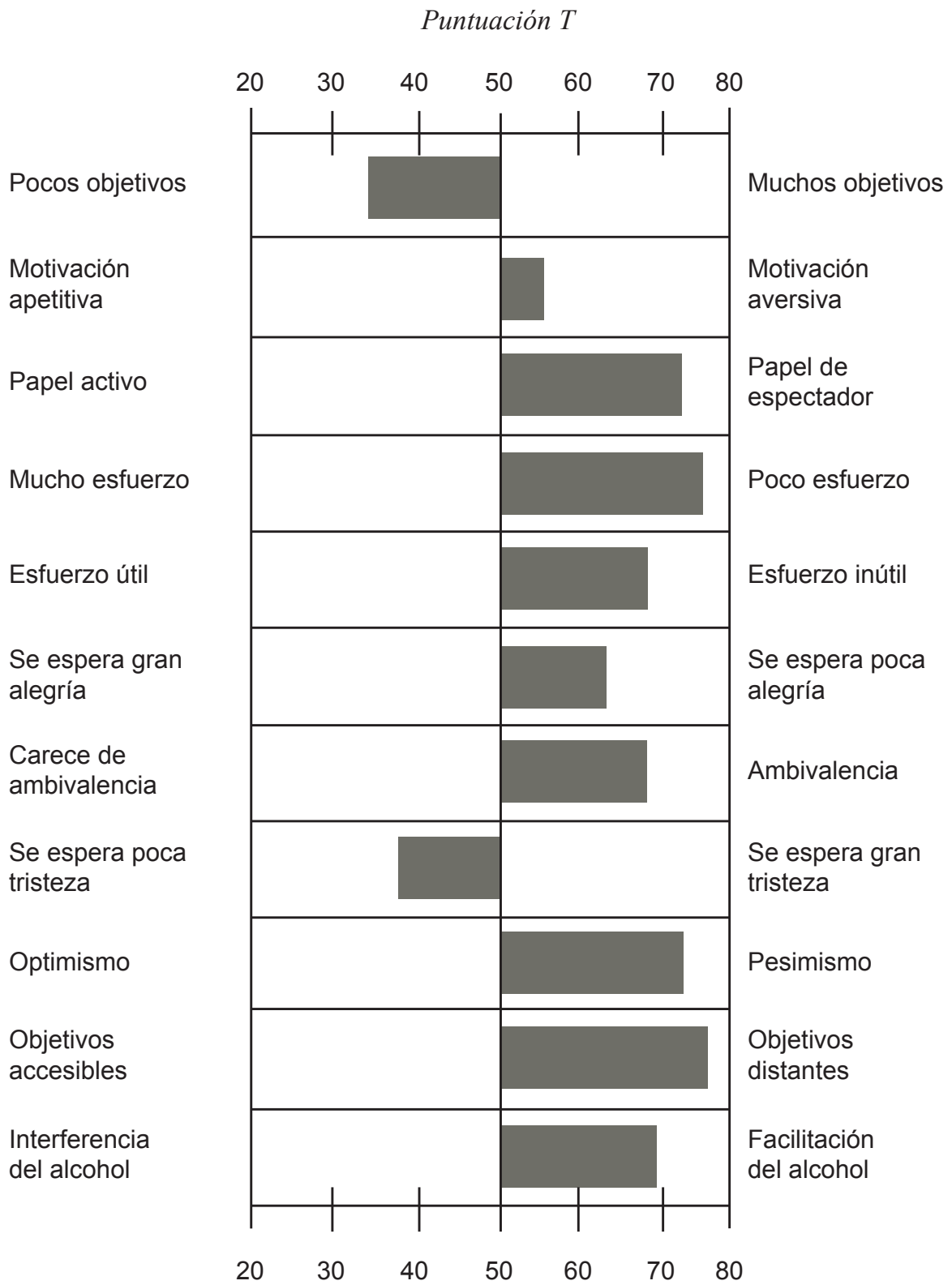
El perfil del segundo paciente que se presentó anteriormente —el que quería “dejar de ser un mal padre”— se muestra en el cuadro 2.14. Debido al gran número de puntuaciones T elevadas en este sujeto, vemos rápidamente que sus patrones motivacionales son más desadaptativos que los de la primera persona. Por ejemplo:

- representa el Rol de espectador,
- está invirtiendo poco Esfuerzo, y
- espera experimentar poca Alegría si tiene éxito y poca Tristeza si fracasa.

CUADRO 2.13. Representación del Conglomerado 1



CUADRO 2.14. Representación del Conglomerado 2



Nos referimos a este Conglomerado como el perfil “depresivo”. La gente que encaja en este perfil no se preocupa mucho sobre nada y no tiene objetivos importantes que perseguir en las áreas de su vida en las que no bebe. De hecho, probablemente prefieran continuar estando cómodamente entumecidos bebiendo alcohol. Por lo tanto, parece probable que esa persona —a diferencia del “soñador” que sospechamos bebe de manera impulsiva— suela mostrar un patrón estable de conducta de beber.

Tal como hemos visto en los datos brutos de los dos pacientes y en sus perfiles basados en índices cuantitativos, sus respuestas aparentemente proporcionan información válida sobre sus patrones motivacionales desadaptativos asociados a la motivación para beber alcohol. Sin embargo, para que sea de utilidad, es fundamental que se demuestre la validez del «Cuestionario de la estructura motivacional». Así, se han empleado distintos procedimientos para determinar de qué manera se relacionan las contestaciones de los sujetos con medidas independientes de su motivación. En primer lugar, por medio de estudios experimentales hemos encontrado que las señales estímulares elegidas para representar los intereses actuales que los sujetos describen en el «Cuestionario de la estructura motivacional» influyen sobre varios indicativos internos, no motores, de su estructura motivacional. Estas influencias incluyen el contenido de sus pensamientos (Klinger, 1978; Klinger, Barta y Maxeiner, 1981; Klinger y Cox, 1987-88), el contenido de sus sueños (Hoelscher, Klinger y Barra, 1981), las respuestas de conductancia de la piel (Nikula, Klinger y Larson-Gutman, 1993), los sesgos de atención (Cox y Blount, 1997). En estudios naturalistas, hemos encontrado también que los índices provenientes del «Cuestionario de la estructura motivacional» se relacionan con las actividades diarias de los sujetos (Church *et al.*, 1984), con sus patrones de actividad laboral (Roberson, 1989) y con su satisfacción en el trabajo (Roberson, 1990). Si consideramos específicamente sujetos alcohólicos, pueden emplearse para predecir el resultado de su tratamiento (Klinger y Cox, 1986).

Una vez que estuvimos seguros de que el «Cuestionario de la estructura motivacional» era un instrumento de evaluación válido, teníamos que encontrar una manera de ayudar a las personas con problemas de alcohol a superar los patrones motivacionales desadaptativos que subyacen a su insatisfacción con la vida, fomentando de esta forma su motivación para buscar satisfacción emocional bebiendo alcohol. El resultado fue el *Asesoramiento motivacional sistemático*. Este tipo de intervención analiza sistemáticamente los patrones motivacionales desadaptativos y trata de modificarlos por medio de un procedimiento multicomponente de asesoramiento, adaptando los componentes de asesoramiento individual para que satisfaga las necesidades de los pacientes individuales.

La técnica implica dos clases de componentes. En primer lugar, los *componentes esenciales de asesoramiento*, que son muy parecidos para todos los pacientes. Incluyen *a.* repasar con el sujeto lo que entraña el *Asesoramiento motivacional sistemático*, *b.* que el paciente rellene el «Cuestionario de la estructura motivacional», proporcionándole retroalimentación sobre la naturaleza de los patrones motivacionales adaptativos y desadaptativos, *c.* utilizar ejercicios adicionales (como analizar las interrelaciones entre los objetivos) para planificar los objetivos del tratamiento, y *d.* establecer objetivos concretos, específicos, que se han de llevar a cabo durante el curso del tratamiento.

Por el contrario, los ocho componentes de reestructuración se eligen de forma individual para cada persona, dependiendo de las características particulares del perfil del «Cuestionario de la estructura motivacional» para cada sujeto. Veamos ahora cómo podríamos utilizar los componentes de reestructuración para ayudar a las dos personas cuyos perfiles hemos visto anteriormente. Primero, consideremos al paciente que quería mantener la paz en casa y a quien llamamos el “soñador”.

Esta persona necesita ayuda para que se dé cuenta de lo que está haciendo, es decir, que tiene demasiados objetivos, muchos de los cuales son poco realistas; prepara todo para llegar al fracaso y, cuando fracasa, probablemente lo afronte bebiendo alcohol. Nuestra tarea principal con esta persona sería ayudarle a disminuir su tasa de fracasos. Con el fin de alcanzar este objetivo, podríamos elegir los siguientes componentes de reestructuración (véase cuadro 2.15):

4. Mejorar la capacidad para lograr los objetivos
5. Re-examinar las fuentes de autoestima
6. Solucionar los conflictos entre objetivos, y
7. Liberarse de objetivos inapropiados

Por ejemplo, podríamos emplear el componente 6 (Solucionar los conflictos entre objetivos) para ayudar a esta persona a identificar de qué forma sus objetivos entran en conflicto entre sí y a solucionar estos conflictos, si es posible. Sin embargo, debido a que es muy probable que algunos de los conflictos no puedan ser resueltos ya que uno de los principales problemas de esta persona es que tiene demasiados objetivos, escogeríamos el componente 7 (Liberarse de objetivos inapropiados) para ayudar al sujeto a eliminar objetivos que probablemente sean poco satisfactorios y/o que no se lleguen a alcanzar. Al mismo tiempo, ayudaríamos a la persona a centrar su atención en perseguir activamente un pequeño número de objetivos que es probable que sean satisfactorios y se puedan conseguir.

CUADRO 2.15. *Componentes de la reestructuración motivacional*

1.	Construir los escalones hacia el objetivo
2.	Establecer objetivos para llevar a cabo entre sesiones
3.	Cambiar el estilo de vida de aversivo a apetitivo
*4.	Mejorar la capacidad para lograr los objetivos
*5.	Re-examinar las fuentes de autoestima
*6.	Solucionar los conflictos entre objetivos
*7.	Liberarse de objetivos inapropiados
8.	Identificar nuevas fuentes de disfrute

* Componentes elegidos para el perfil “soñador”.

El componente 5 (Re-examinar las fuentes de la autoestima) se emplearía para ayudar a este sujeto a re-examinar sus fuentes de autoestima. Nos centraríamos especialmente en ayudarle a darse cuenta de que las cosas no son tan catastróficas como se imagina cuando sienta que ha fracasado. Finalmente, cuando se ha identificado un grupo manejable de objetivos apropiados y realistas, se emplearía el compo-

nente 4 (Mejorar la capacidad para lograr los objetivos) con el fin de ayudar al paciente a mejorar su capacidad para conseguir estos objetivos. Conforme estas metas empiezan a conseguirse, es muy probable que veamos un individuo más satisfecho emocionalmente, que tenga menos necesidades de acudir al alcohol como un medio de afrontar la situación cuando siente que ha fracasado. Es probable que viésemos también que sus elevadas puntuaciones en el perfil del «Cuestionario de la estructura motivacional» se acerquen a las puntuaciones T de 50.

El segundo paciente, que quería dejar de ser un mal padre y está representado en el Conglomerado 2 (el perfil depresivo), necesitaría un tipo de ayuda muy diferente. De modo específico, necesitaría ayuda para aumentar su tasa de éxitos, interesándose e implicándose activamente en la persecución de objetivos. Con él, probablemente escogeríamos estos componentes de reestructuración (cuadro 2. 16):

1. Construir los pasos hacia el objetivo
2. Establecer objetivos para llevar a cabo entre sesiones
3. Cambiar el estilo de vida de aversivo a apetitivo, y
8. Identificar nuevas fuentes de disfrute.

De modo específico, el componente 8 (identificar nuevas fuentes de disfrute) se utilizaría para ayudar al paciente a encontrar nuevos incentivos de los que obtener disfrute. Se debería incluir tanto fuentes saludables de gratificación inmediata (actividades que disfrutaría hacer, quizás diaria o semanalmente) y objetivos a largo plazo que probablemente consiga. Con el fin de lograr los objetivos a largo plazo, se emplearía el componente 1 (Construir los pasos hacia los objetivos) para identificar los subobjetivos que son los pasos necesarios para lograr los objetivos a largo plazo. El componente 2 (Establecer objetivos para llevar a cabo entre sesiones) se emplearía especialmente pronto en el asesoramiento para dar a la persona una sensación de logro. Por ejemplo, se le mandarían tareas para casa en las que estuviese asegurado el éxito. Su dificultad sólo se aumentaría después de que la persona hubiese adquirido una sensación de autoeficacia.

Finalmente, dentro del contexto general de la terapia cognitivo-conductual, el componente 3 (Cambiar el estilo de vida de aversivo a apetitivo) se emplearía para ayudar a la persona a cambiar sus objetivos aversivos, negativos, por otros positivos, apetitivos. Esto podría lograrse empleando técnicas de reestructuración cognitiva. Por ejemplo, el objetivo de “Dejar de ser un mal padre” podría convertirse en “Disfrutar de ser un buen padre”.

CUADRO 2.16. *Componentes de la reestructuración motivacional*

-
- *1. Construir los escalones hacia el objetivo
 - *2. Establecer objetivos para llevar a cabo entre sesiones
 - *3. Cambiar el estilo de vida de aversivo a apetitivo
 4. Mejorar la capacidad para lograr los objetivos
 5. Re-examinar las fuentes de autoestima
 6. Solucionar los conflictos entre objetivos
 7. Liberarse de objetivos inapropiados
 - *8. Identificar nuevas fuentes de disfrute
-

* Componentes elegidos para el perfil “depresivo”.

IV. CONCLUSIONES

Hemos utilizado las *Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber* y el *Asesoramiento motivacional sistemático* con distintas poblaciones, incluyendo alcohólicos crónicos, internados; alcohólicos de visita ambulatoria con problemas de alcohol menos graves; y personas con lesiones cerebrales que tienen un problema con la bebida o una potente vulnerabilidad para desarrollar ese problema. En un reciente estudio, cotejamos directamente la eficacia de las dos técnicas y las comparamos con un grupo control que no recibía ninguna de las dos técnicas. Los resultados preliminares sugieren que ambas técnicas fueron eficaces para ayudar a las personas a reducir la gravedad de sus problemas con la bebida, especialmente cuando se comparaban los resultados con los que se obtenían empleando tratamientos tradicionales, en los que la mayoría de las personas recaía dentro de los tres meses después de haberlos terminado (véase Hunt *et al.*, 1972).

Creemos que para muchas personas, los mayores beneficios se derivarían de una combinación de los tratamientos que se centran directamente en los problemas de la conducta de beber (como las *Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber*) y de los que abordan la base motivacional del problema con la bebida (como el *Asesoramiento motivacional sistemático*). Sin embargo, al mismo tiempo pensamos que es importante seleccionar la modalidad de tratamiento más apropiado para cada persona. Aunque hace falta todavía investigaciones que identifiquen las características particulares de la gente que mejor pueden emplearse como variables frente a las que hacer comparaciones, ya tenemos algunas pistas sobre cuáles pueden ser esas características. Por ejemplo, la gente que presenta problemas con el alcohol, que tienen unas vidas relativamente "intactas" y que poseen importantes y potentes fuentes de disfrute con incentivos no químicos, parecerían ser los mejores candidatos para las *Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber*. Por otra parte, los bebedores problemáticos sacarían más provecho del Asesoramiento motivacional sistemático si sus vidas carecen de objetivos importantes y si utilizan el alcohol principalmente como un medio de intentar conseguir la satisfacción emocional que son incapaces de encontrar en las áreas de su vida que no se encuentran relacionadas con la bebida.

Finalmente, nos gustaría indicar a los lectores otras fuentes de información adicional para llevar a cabo una o ambas técnicas señaladas anteriormente. En el caso de las *Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber* se puede encontrar más información en el manual de tratamiento desarrollado por Langley *et al.* (1994), que está disponible en inglés, escribiendo a Mervin J. Langley, Ph. D., Clinical Psychology Associates, 345 Milwaukee Avenue, Burlington, WI 53105, Estados Unidos. Las versiones breve (Cox, Klinger y Blount, 1996a) y completa (Klinger, Cox y Blount, 1996) del «Cuestionario de la estructura motivacional» y del «Manual para el tratamiento motivacional sistemático» (Cox, Klinger y Blount, 1996b) se encuentran disponibles escribiendo al profesor W. Miles Cox, School of Psychology, University of Wales, Bangor LL57 2DG, Reino Unido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Annis, H. M. y Davis C. S. (1988). *Assessment of expectancies*. En D. M. Donovan y G. A. Marlatt (dirs.), *Assessment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Annis, H. M., Graham, J. M. Y Davis, C. S. (1987). *Inventory of Drinking Situations user's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H. M., Graham, J. M. Y Davis, C. S. (1989), *Outcome Expectancy Scale*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Chaney, E. F. (1989). Social skill, training. En R. K. Hester y W. R. Miller (dirs.), *Handbook of alcoholism treatment approaches*. Nueva York: Pergamon.
- Church, A. T., Klinger, E. y Langenberg, C. (1984). *Combined idiographic and nomothetic assessment of the current concerns motivational construct: Reliability and validity of the interview questionnaire*. Manuscrito sin publicar.
- Cooney, N. L., Gillespie, R. A., Baker, L. H. Y Caplan R. F. (1987). Cognitive changes after alcohol cue exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 150-155.
- Cox, W. M. y Blount, J. P. (1997). *A color-friction paradigm for studying selective attention to alcohol and other emotional stimuli*. Manuscrito sin publicar.
- Cox, W. M., Blount, J. P. y Klinger, E. (1997). *A motivational typology of alcoholics*. Manuscrito en preparación.
- Cox, W. M. y Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use [Special Issue: Models of addiction]. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168-180.
- Cox, W. M. y Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A model. En W. M. Cox (dir.), *Why people drink: Parameters of alcohol as a reinforcer*. Nueva York: Gardner.
- Cox, W. M., Klinger, E. y Blount, J. P. (1996a). *Motivational Structure Questionnaire* (Brief version). Manuscrito sin publicar.
- Cox, W. M., Klinger, E. y Blount, J. P. (1996b). *Systematic Motivational Counseling: Treatment manual*. Manuscrito sin publicar.
- Epstein, N., Baldwin, L y Bishop, S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Goldfried, M. R. y Goldfried, A. P. (1980). Cognitive change methods. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (dirs.), *Helping people change* (2ª edición). Nueva York: Pergamon.
- Goldman, M. S., Brown, S. A. y Christiansen, B. A. (1987). Expectancy theory: Thinking about drinking. En H. T. Blane y K. E. Leonard (dirs.), *Psychological theories of drinking and alcoholism*. Nueva York: Guilford.
- Hoelscher, T.J., Klinger, E. y Barta, S. G. (1981). Incorporation of concern -and nonconcern-related verbal stimuli into dream content. *Journal of Abnormal Psychology*, 49, 88-91.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W. y Branch, L. G. (1972). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.
- Jones, S. L., Kanfer, R. y Lanyon, R. I. (1982). Skills training with alcoholics: A clinical extension. *Addictive Behaviors*, 7, 285-290.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Klinger, E. (1978). Modes of normal conscious flow. En K. L. Singer (dir.), *The stream of consciousness*. Nueva York: Plenum.

- Klinger, E., Barta, S. G. y Maxeiner, M. E. (1981). Current concerns: Assessing therapeutically relevant motivation. En P. C. Kendall y S. D. Hollon (dirs.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. Nueva York: Academic.
- Klinger, E. y Cox, W. M. (1986). Motivational predictors of alcoholics' responses to inpatient treatment. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 6, 35-44.
- Klinger, E. y Cox, W. M. (1987-88). Dimensions of thought flow in everyday life. *Imagination, Cognition and Personality*, 7, 105-128.
- Klinger, E., Cox, W. M. y Blount, J. P. (1996). Motivational Structure Questionnaire. En *NIAAA handbook of alcoholism treatment and assessment instruments*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Langley, M. J., Ridgely, M., Fischer, R., Hartman, A. S., Johnson-Wells, B. y Lapacz, J. (1994). *Skills based substance abuse prevention counseling: Behavioral intervention for clients with neurological disabilities*. Manuscrito sin publicar.
- Mackay, P. W., Donovan, D. M. y Marlatt, G. A. (1991). Cognitive and behavioral approaches to alcohol abuse. En R. J. Frances y S. I. Miller (dirs.), *Clinical textbook of addictive disorders*. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (dirs.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- McCrary, B. S. (1993). Alcoholism. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- McMullin, R. y Giles, T. (1981). *Cognitive-behavior therapy: A restructuring approach*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Miller, W. R. (1989). Increasing motivation for change. En R. K. Hester y W. R. Miller (dirs.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M. y Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. Nueva York: Guilford.
- Niaura, R. S., Rohsenow, D. J., Binkoff, J. A., Monti, P. et al. (1988). Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 133-152.
- Nikula, R., Klinger, E. y Larson-Gutman, M. K. (1993). Current concerns and electrodermal responses. *Journal of Personality*, 61, 63-84.
- Roberson, L. (1989). Assessing personal work goals in the organizational setting: Development and evaluation of the work concerns inventory. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 44, 345-367.
- Roberson, L. (1990). Prediction of job satisfaction from characteristics of personal work goals. *Journal of Organizational Behavior*, 11, 29-41.
- Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: guided self-change treatment*. Nueva York: Guilford.
- Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, 35, 691-712.
- Vuchinich, R. E. y Tucker, J. A. (1988). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181-195.
- Wanberg, K. W., Horn, J. L. y Foster, F. M. (1977). A differential assessment model for alcoholism: The scales of the Alcohol Use Inventory. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 512-543.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Cox, W. M., Klinger, E. y Blount, J. P. (1996). *Systematic Motivational Counseling: Treatment manual*. Manuscrito sin publicar.
- Hester, R. K. y Miller, W. R. (dirs.) (1989), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Marlatt, G. A. y Cordon, J. R. (dirs.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors*, Nueva York: Guilford.
- Manti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M. y Cooney, N. L. (1989) *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. Nueva York: Guilford.
- Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: guided self-change treatment*. Nueva York: Guilford.

3. TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

ELISARDO BECOÑA¹

I. EL FUMAR COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El tabaco se extrae de la planta *nicotiana tabacum* y hoy se cultiva en los cinco continentes, aunque procede de América y se introdujo en Europa a la vuelta de uno de los viajes de Cristóbal Colón. El tabaco puede consumirse de varias formas, mascándose, fumándose, esnifándose, pero en nuestra cultura ha predominado el fumarlo. Y, a su vez, de los varios modos de consumir tabaco, en forma de cigarrillo, pipa o puros, el más utilizado es en forma de cigarrillos. Estos se han consumido desde épocas remotas, pero su auge se inicia con la fabricación industrial de forma mecanizada, a finales del siglo pasado, y con las guerras mundiales, especialmente la segunda, a partir de la cual se produce un incremento inusitado de su consumo difícilmente imaginable décadas atrás.

El fumar cigarrillos produce en la actualidad la muerte prematura de 40,000 fumadores en España (Peto *et al.*, 1994), más de 500,000 en Europa (Heseltine, Riboli, Shuker y Wilbourn, 1988) Y 526,000 para todos los países de América (Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos de América, 1992). Se calcula que en el mundo mueren anualmente tres millones de personas por fumar cigarrillos (WHO, 1996). Tan abultadas cifras indican claramente la necesidad de tomar conciencia y, al mismo tiempo, medidas, para controlar y, a ser posible, erradicar la "epidemia" del tabaquismo. En el momento actual se le considera como el problema número uno de la salud pública, y no hay ninguna otra medida que se pueda tomar para mejorar la salud del conjunto de toda la población que consiguiendo que los fumadores dejen de fumar.

La aparición de datos científicos sobre las consecuencias del tabaco sobre la salud ha sido el motor para el control del tabaquismo. Este control comenzó a producirse en las sociedades más industrializadas a partir de la década de los sesenta de nuestro siglo actual y de ahí en adelante todos los países, de un modo u otro, más pronto o más tarde, van añadiéndose a la lista de los que luchan contra del tabaquismo. Datos como los de Doll y Peto (1989) hablan por sí solos: «no se conoce ninguna medida aislada que pueda tener un impacto tan grande sobre el número de muertes atribuibles al cáncer como la reducción del consumo de tabaco o un cambio a un consumo menos peligroso. El principal impacto se registraría sobre la incidencia del cáncer de pulmón, que en los 40-50 años de edad es más de cien veces superior entre fumadores habituales de cigarrillos que entre los que nunca han fumado» (p. 49). Aparte del cáncer de pulmón, el fumar cigarrillos causa otras enferme-

¹ Universidad de Santiago de Compostela (España).

dades tales como otros tipos de cáncer (p. ej., laringe), enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades del corazón y del sistema circulatorio, complicaciones en el embarazo y otro amplio conjunto de efectos adversos en la salud a corto (p. ej., toses por la mañana), medio (mayor número de gripes y bajas laborales) y largo plazo (enfermedades coronarias, cáncer de pulmón, bronquitis crónica, etc.) (USDHHS, 1989).

Por todo ello, es necesario, por una parte, concienciar a todo el conjunto de la sociedad (legisladores, personal sanitario, educadores, periodistas, etc.) de las graves consecuencias que produce la droga contenida en el tabaco, la nicotina (USDHHS, 1988) y prevenir el inicio de su consumo en los jóvenes, con el fin de evitar años después sufrimientos y muertes (Becoña, Palomares y García, 1994).

II. EL DEJAR DE FUMAR COMO PROCESO

En los últimos años, y ante la abrumadora evidencia experimental, se ha aceptado que existen distintas fases tanto para el comienzo y consolidación del consumo de tabaco como para el abandono, la recaída o el mantenimiento de la abstinencia (USDHHS, 1991), al igual que para otras conductas adictivas. Hoy se considera que hay cuatro grandes bloques, cada uno con distintas fases, desde el inicio hasta el abandono del tabaco (Becoña, Galego y Lorenzo, 1988; Becoña *et al.*, 1994; USOHHS, 1989): comienzo, habituación, abandono y recaída o mantenimiento. Prochaska y sus colaboradores han aislado los siguientes estadios de cambio respecto al abandono de los cigarrillos: *precontemplación*, *contemplación*, *preparación* y *acción*, junto a los de *mantenimiento* y *finalización* después de conseguir la abstinencia (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994; Prochaska y Prochaska, 1993; Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava, 1988). Utilizar unas u otras estrategias para el abandono de los cigarrillos en cada fase cobra en este caso una gran relevancia para obtener los resultados esperados: conseguir que el fumador pase de una a otra fase y que, finalmente, deje de fumar y se mantenga abstinentes. Este modelo de cambio, denominado modelo transteórico de cambio, tiene tres componentes: los estadios, los procesos y los niveles de cambio, prestándose más atención a los estadios de cambio, en los cuales nos detendremos a continuación.

En el estadio de *precontemplación*, la persona no ve su conducta de fumar como un problema y no tiene ningún deseo de cambiarla al menos en los próximos seis meses. En el estado de *contemplación* el fumador empieza a ser consciente de que existe un problema y busca activamente información. Piensa seriamente en la posibilidad de cambiar a lo largo de los próximos seis meses, pero todavía no pone en marcha ningún paso para hacerlo. En la fase de *preparación* o *preparación para la acción* el fumador tiene la intención de empezar el proceso de cambio y piensa ponerlo en marcha a lo largo del mes siguiente. Para que se le considere en este estadio, tiene que haber hecho un intento de abandono de al menos 24 horas en el transcurso del último año. Finalmente, es en el estadio de *actuación* o *acción* cuando la persona consigue el cambio en su conducta problema, en este caso fumar, dejando de

realizarla (dejando de fumar en nuestro caso). Para que se produzca esta fase, se supone que se obtiene el resultado y que se mantiene durante un tiempo mínimo (p. ej., que deje de fumar al menos 24 horas; la reducción, en cambio, no sería considerada dentro del estadio de actuación de este modelo, dado que se supone que el criterio de éxito es la abstinencia). En este modelo se considera que la persona está en el período de actuación hasta seis meses después de producirse el cambio de conducta. Cuando supera ese período hablamos entonces del período de *mantenimiento*, que se consideraría a partir del sexto mes después de que el fumador ha dado el paso de la actuación y, por tanto, ha dejado de fumar y continúa abstinentemente. Recientemente, se ha introducido un último estadio, el de *finalización* (Prochaska *et al.*, 1994), en el cual el fumador lleva cinco o más años abstinentemente.

Para el modelo anterior, y en el caso de los estadios de cambio, hay suficiente evidencia empírica en la que se muestra su utilidad para explicar el cambio en la conducta de fumar (*cf.* Prochaska *et al.*, 1992). Distintos estudios muestran que, en los Estados Unidos, el 10-20% de los fumadores se encuentra en el estadio de preparación para la acción, un 25-35% está en el estadio de contemplación y un 60-65% en el estadio de precontemplación (Prochaska *et al.*, 1994; Prochaska y Prochaska, 1993; Velicer *et al.*, 1995). Por su parte, en España, un 7%, un 25% y un 68% se encuentran en los estadios de preparación para la acción, contemplación y precontemplación, respectivamente (Becoña y Vázquez, 1996). Estos datos son importantes, ya que permiten un adecuado diseño de campañas y programas específicos para cada tipo de fumador, dependiendo del estadio en el que se encuentre. Además, estos resultados indican una importante similitud de los fumadores para el abandono de los cigarrillos en culturas distintas

III. LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR

Para la evaluación de la conducta de fumar se ha utilizado un amplio abanico de técnicas y procedimientos (Becoña, 1994a), fiel reflejo de la complejidad de esta conducta (Becoña, 1994b). Los que en la actualidad se muestran más útiles y, por consiguiente, se utilizan más y resultan más relevantes de cara al tratamiento, son los autorregistros, la escala de dependencia de la nicotina, las escalas de autoeficacia y la evaluación fisiológica. Otros instrumentos pueden consultarse en Becoña (1994a), como el «Cuestionario sobre el hábito de fumar», que evalúa todos aquellos aspectos generales relacionados con la conducta de fumar con el objetivo último del tratamiento, así como otros que, por falta de espacio, no trataremos aquí.

Los *autorregistros* son muy útiles para conocer la conducta del sujeto o corroborar la información que él nos ha proporcionado oralmente. En los tratamientos conductuales son un procedimiento ampliamente utilizado. En los autorregistros más sencillos debe indicar cada cigarrillo que fuma, la hora y la situación en que lo hace, pudiendo también incluirse pensamientos, personas presentes, sentimientos, etc. en los más complejos. Los más utilizados son los simples (véase cuadro 3.1).

CUADRO 3.1. *Autorregistro del consumo diario de cigarrillos*

Día:

<i>Cigarrillo</i>	<i>Hora</i>	<i>Placer (0 a 10)</i>	<i>Situación</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Los autorregistros suelen tener efectos reactivos sobre la conducta, produciendo habitualmente un descenso en el consumo (McFall, 1978), aunque no existe relación entre el nivel de disminución del consumo en la línea base y la eficacia del tratamiento (Becoña y Gómez, 1991). Igualmente, sabemos que el no rellenar el autorregistro o el hacerlo esporádicamente es indicativo de un mal pronóstico para la intervención (Pomerleau, Adkins y Pertschuk, 1978).

La gran mayoría de los fumadores que acuden a tratamiento tienen un elevado nivel de dependencia de la nicotina. En cambio, en la población, el nivel de dependencia se distribuye de un modo más heterogéneo (Becoña, 1994d). De los distintos instrumentos disponibles para evaluar la dependencia de la nicotina, han destacado los cuestionarios elaborados por Fagerström, como el «Cuestionario de tolerancia a la nicotina», de Fagerström (1978) y su remodelada versión, el «Test de Fagerström de dependencia de la nicotina» (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991). El primero ha mostrado ser muy útil para la evaluación de la dependencia de la nicotina y, por consiguiente, para conocer si un fumador tiene una dependencia baja o alta a lo mismo (Fagerström y Schneider, 1989). Su nivel de utilidad ha quedado claramente demostrado al diferenciar tipos de fumadores (Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-Soto y García, 1992); en los estudios que utilizan chicle de nicotina (Fagerström y Melin, 1985; Becoña y Gallego, 1988), aquellos fumadores que puntúan más alto en este cuestionario (notablemente dependientes de la nicotina) tienen mayor éxito con los chicles de nicotina (p. ej., Jarvik y Schneider, 1984), siendo un adecuado predictor de la eficacia de la terapia.

El «Test de Fagerström de dependencia de la nicotina» (Heatherton *et al.*, 1991), surge como una mejora del anterior. Consta de sólo seis ítems, tiene una fiabilidad adecuada, es de fácil uso, se ha aplicado en un gran número de países con muestras amplias y tiene una gran aceptación (Fagerström *et al.*, 1996).

La *autoeficacia* se define como «la convicción que uno tiene de que puede realizar con éxito la conducta requerida para producir los resultados apetecidos» (Bandura, 1977: p. 193). La elevada autoeficacia de los sujetos al final del tratamiento ha resultado ser, de modo sistemático, un buen predictor de la abstinencia a largo plazo (p. ej., Baer, Holt y Lichtenstein, 1986; Becoña, Froján y Lista, 1988; Condiotte y Lichtenstein, 1981).

De las distintas escalas de autoeficacia existentes destacaríamos la de Condiotte y Lichtenstein (1981). Ésta ha sido la más empleada y su última versión, de 14 ítems (Baer y Lichtenstein, 1988), permite ser fácilmente utilizada y se incluye en muchos protocolos de evaluación. Su uso en nuestro medio ha sido de gran utilidad (Becoña, García y Gómez, 1993).

La evaluación fisiológica permite obtener una medida fiable del contenido de distintos componentes del tabaco o bien corroborar otras medidas, como el autorregistro (Velicer *et al.*, 1992). Los componentes más importantes son el monóxido de carbono, la cotinina y el tiocianato. La evaluación del monóxido de carbono en el aire espirado es la más sencilla, económica y fácil de hacer. Con un aparato, en el que se recoge el aire que se sopla por una boquilla, podemos conocer, en segundos, el nivel de CO del fumador. El problema es que el CO tiene una vida media corta y, aunque útil para fumadores regulares, puede que la medida no sea válida para fumadores ocasionales. El nivel de *cotinina*, principal metabolito de la nicotina, permite

evaluar la cantidad de nicotina que tiene la persona en su organismo. Se puede realizar la medida en sangre (muy invasivo y poco utilizado), en saliva o en orina. Su vida media es de uno a dos días (Benowitz, 1983), por lo que su medida es fiable en fumadores. En los programas de tratamiento es útil emplear dicha medida en la última sesión del programa. El *tiocianato* es el metabolito del cianuro de hidrógeno, uno de los componentes del humo de los cigarrillos. Tiene una vida media larga, de 14 días de promedio (Pechacek *et al.*, 1984) y puede evaluarse en sangre (poco utilizada), en saliva (la más utilizada) o en orina. Se considera una medida muy fiable, aunque no se puede aplicar al final del tratamiento. Tiene una especificidad y sensibilidad bajas (Velicer *et al.*, 1992), especialmente en aquellas personas que fuman esporádicamente, las cuales, con esta medida, son detectadas como fumadoras. Para el grupo de fumadores normales y duros es una medida altamente fiable (Becoña, 1994b).

IV. EL TRATAMIENTO DE LOS FUMADORES

Para el tratamiento de los fumadores hoy en día debemos partir de los estadios de cambio de cada fumador. En la actualidad, las medidas que vienen a ser más eficaces para conseguir reducir el número de fumadores de una población son tanto de tipo general como de tipo específico, dependiendo del tipo de fumador o de a quién nos queremos dirigir cuando diseñamos o ponemos en marcha un programa. Para nuestro objetivo actual, consideramos que la intervención terapéutica sobre los fumadores puede llevarse a cabo a través de medidas generales, cuando se dirige a todos los fumadores de una población, como son las medidas restrictivas, las legislativas e informativas, el consejo médico o los tratamientos comunitarios. Otro importante modo de intervenir, y en el que nos vamos a centrar en este trabajo, es el tratamiento clínico, específico o especializado, donde destaca, en primer lugar, el tratamiento psicológico y, en menor grado, aunque no menos extendido, el tratamiento farmacológico. Información extensa sobre todos estos procedimientos puede encontrarse en Becoña (1994c), Fiore *et al.* (1990, 1992), Hatsukami y Lando (1993), Hughes (1993), Jarvik y Henningfield (1993), Lando (1993), Lichtenstein y Glasgow (1992), Orleans (1995), Pinney (1995), Schwartz (1987, 1992), Shiffman (1993), USDHHS (1988, 1991).

Algunos estudios, utilizando la técnica del metaanálisis, han revisado los estudios realizados con las distintas técnicas de intervención (Baillie, Mattick, Hall y Webster, 1994; Garrido, Castillo y Colomer, 1995; Viswesvaran y Schmidt, 1992), las intervenciones en la práctica médica (Kottle, Battista, DeFries y Brekke, 1988), las farmacológicas (Silagy, Mant, Fowler y Lodge, 1994), la clonidina (Covey y Glassman, 1991), el chicle de nicotina (Cepeda-Benito, 1993; Baillie *et al.*, 1994; Lam, Sze, Sacks y Chalmers, 1987), el parche de nicotina (Fiore, Smith, Jorenby y Baker, 1994) y la acupuntura (Riet, Kleijnen y Knipschild, 1990). Una revisión de estos trabajos puede verse en Becoña y Vázquez (1998).

IV.1. Consejo médico y tratamiento farmacológico (chicle y parche de nicotina)

El consejo médico

El *consejo médico sistemático* es una estrategia sumamente eficaz para que muchos fumadores dejen de fumar, siempre que se implante de modo sistemático y por parte de todos los médicos o por la mayoría de ellos. A pesar de que su eficacia es baja, aproximadamente de un 5 a un 10% de los fumadores a los que se les ha aconsejado dejar de fumar están abstinentes un año más tarde (véase Nebot, 1996). Además, tiene una buena razón coste-eficacia, ya que 3 de cada 4 fumadores acude a su médico anualmente. Así, una campaña en la que todos los médicos de un país recomendasen a sus enfermos, al mismo tiempo, que abandonasen el hábito de fumar produciría un abandono momentáneo de cientos de miles de personas, de las cuales, un año más tarde, varios miles de ellas todavía se mantendrían sin fumar, o quizás hubiesen dejado de fumar para siempre.

En los últimos años se han publicado distintas guías para proporcionar adecuado consejo médico, como son la británica de Raw (1988), varias norteamericanas, como las recientes de la American Medical Association (Houston *et al.*, 1994) o la del U.S. Department of Health and Human Services (Fiore *et al.*, 1996), u otras realizadas en España (p. ej., Becoña, Louro, Montes y Varela, 1995).

De modo independiente, o junto al consejo médico, se han utilizado frecuentemente otros procedimientos farmacológicos. En la actualidad, hablar de tratamiento farmacológico del tabaquismo se reduce fundamentalmente al parche y al chicle de nicotina en el contexto clínico, a pesar del gran número de fármacos y estudios que sobre esta cuestión se han puesto de manifiesto en los últimos años.

El chicle y el parche de nicotina

El *chicle de nicotina* surgió con el objetivo de eliminar el síndrome de abstinencia de la nicotina, consiguiendo así que el fumador abandone sus cigarrillos y, conforme trascurra el tiempo, que sea también capaz de abandonar el hábito psicológico de fumar (Fernö, Lichtneckert y Lundgren, 1973).

Los estudios llevados a cabo con este chicle han confirmado que elimina el síndrome de abstinencia de la nicotina, que la nicotina que contiene se absorbe más lentamente por el organismo que la de los cigarrillos y que con una cantidad que oscila entre los 8 y los 30 chicles diarios, las personas pueden ser capaces, durante el tratamiento, de no fumar cigarrillos.

Otros resultados provenientes de la investigación con el chicle de nicotina, como muestran diversas revisiones y estudios (p. ej., Becoña, 1987b; Becoña y Galego, 1988; Fiore, Pierce, Remington y Fiore, 1990; Hughes, 1993; Pomerleau y Pomerleau, 1988), y que se recogen en Becoña (1994b), son:

a. El chicle de nicotina es más eficaz que el chicle placebo cuando se utiliza dentro de un programa de tratamiento establecido.

b. El chicle de nicotina es más eficaz en fumadores duros (de 30 o más cigarrillos/día) que en fumadores normales, siempre dentro de un programa específico para dejar de fumar.

c. Los mejores resultados con el chicle de nicotina se han obtenido cuando se ha combinado el chicle de nicotina con un procedimiento conductual (40-50% de eficacia al año de seguimiento), ya que sin procedimiento conductual los resultados, en general, son mucho más bajos.

d. Con sólo chicle de nicotina se obtiene una tasa de abstinencia del 27% a los seis meses de seguimiento, comparado con el 18% del chicle placebo.

e. Cuando es el médico general el que receta el chicle de nicotina los resultados que se obtienen al año de seguimiento en tasas de abstinencia son pobres (en torno al 11%) y de alto coste económico para el sujeto.

f. La relación coste-eficacia apunta negativamente a la utilización del chicle de nicotina comparado con procedimientos conductuales eficaces como los programas multicomponentes; además, dicho tipo de chicle no es utilizable con todas las personas al tener contraindicaciones (cardiopatía isquémica, úlcera péptica, esofagitis, diabetes, embarazo).

g. El chicle de nicotina produce dependencia, al menos entre el 7-10% de los sujetos que consiguen la abstinencia (Hughes, 1988). Por ello, los datos sobre la eficacia aparecen inflados en los informes, ya que una persona que sigue consumiendo chicle, a pesar de que no fume cigarrillos, hay que considerarla bien en tratamiento, por seguir dependiente de la nicotina o bien como un fracaso, por seguir dependiente de la droga que quería abandonar. Además, dado que el 50% de las muertes que produce el tabaco son por enfermedades cardiovasculares, esta dependencia a largo plazo es muy problemática.

h. Se han planteado distintos problemas metodológicos que cuestionan seriamente algunos de los estudios realizados (cf. Pomerleau y Pomerleau, 1988).

Como dato de interés, hay que apuntar que los estudios realizados en España y que han hecho una buena evaluación, utilizaron el chicle de nicotina junto a un procedimiento conductual (p. ej., Salvador *et al.*, 1988). Por ello, y como conclusión, no se puede considerar al chicle de nicotina como una panacea, aunque sí puede ser una ayuda útil si se sabe utilizar adecuadamente y siempre en un contexto terapéutico.

En años recientes, se han puesto a prueba distintos procedimientos para la absorción de nicotina por el organismo. Así, se ha desarrollado el aerosol nasal de nicotina y los parches de nicotina. Mientras que el primero no permite una absorción adecuada de la nicotina, los *parches de nicotina* han resultado mejores y se han comercializado recientemente en varios países. En Estados Unidos han estado disponibles a partir de 1992 y en España desde 1994. Se pone diariamente sobre la piel, preferentemente en el brazo, espalda o cadera; contiene de 25 a 114 mg de nicotina, aunque la que se absorbe varía de 15 a 22 mg. La duración de los parches oscila entre 16 y 24 horas; el tiempo óptimo de utilización es de 6 a 8 semanas. No parece que los efectos secundarios sean significativos.

A pesar del "boom" del parche de nicotina, los resultados indican que la eficacia del mismo es igual o inferior a la obtenida con el chicle del que hablamos anteriormente. Así, en la revisión de Fagerström, Säwe y Tonnesen (1993), en la que se in-

cluyen 11 estudios, encuentran diferencias significativas en 10 de ellos cuando se compara con el parche placebo, oscilando la eficacia del 17 al 26% de abstinencia a los doce meses de seguimiento. De modo semejante, en la revisión de Fiore, Jorenby, Baker y Kenford (1992) se incluyen 11 estudios con seguimientos de seis meses. La eficacia variaba entre el 22 y el 42% a los seis meses. Dichos resultados llevaron a este último autor a sugerir que el parche se debería aplicar junto a otros procedimientos, como la prevención de las recaídas, y en Estados Unidos es obligatorio aplicarlo, hoy día, junto a un procedimiento conductual de autoayuda (*cf.* Fiore *et al.*, 1992).

Es indudable que el “boom” del parche de nicotina ha sido enorme. En pocos años ha tenido un gran impacto público, que poco a poco va siendo matizado por las revisiones sobre la eficacia del mismo, aunque claramente es el doble de eficaz que la utilización del parche placebo y presenta mejores resultados que el abandono de los cigarrillos por el propio fumador.

¿ A qué se debe el interés tan grande que ha despertado el chicle de nicotina desde su aparición y por qué atrae tanto la atención en la actualidad el parche de nicotina? Desde nuestro punto de vista, se debe a las siguientes razones:

a. Los estudios clínicos que han considerado ambos procedimientos muestran que éstos poseen el doble de eficacia que un placebo y el triple que el abandono de los cigarrillos por uno mismo (Hughes, 1991; Henningfield, 1995).

b. Es más probable que el fumador acuda al médico que al psicólogo para dejar de fumar y, con ello, se incrementa la probabilidad de proporcionarle un tratamiento farmacológico (Fiore *et al.*, 1990), procedimiento que al ser autoaplicado por el fumador siguiendo las recomendaciones del médico no es más eficaz que el simple consejo médico (Nebot, 1996).

c. Muchos fumadores quieren dejar de fumar sin esfuerzo, con poca implicación personal y, a poder ser, con un procedimiento mágico que les solvete su problema. El fármaco, cuando se aplica fuera de un tratamiento formal, cumple esta función.

d. Por el interés comercial que subyace a cualquier fármaco que está a la venta, sin tener en cuenta que puede haber otros procedimientos más eficaces o más baratos (Fiore *et al.*, 1994) y de los que no se hace publicidad.

IV.2. *Tratamiento psicológico*

Los primeros tratamientos

Los primeros programas psicológicos para dejar de fumar surgen a la par que las técnicas de terapia y modificación de conducta a principios de los años sesenta. Desde la aparición de dichas técnicas, se han utilizado gran número de ellas para dejar de fumar, tales como procedimientos aversivos (fumar rápido, saciación, fumar aversivo regular, retener el humo, sensibilización encubierta, shock eléctrico), autoobservación, relajación, control de estímulos, reducción gradual de la ingestión de nicotina y alquitrán, fumar controlado, manejo de contingencias, desensibilización

sistemática, terapia de estimulación ambiental restringida, contratos de contingencias, métodos de automanejo y autocontrol, y programas multicomponentes (Becoña, 1994b; Gil y Calero, 1994; Lando, 1993; Lichtenstein, 1982; Schwartz, 1987; USDHHS, 1988, 1991). Técnicas como las aversivas han mostrado ser un modo de intervención útil y eficaz al tener como objetivo básico conseguir que una conducta agradable, fumar, se convirtiese en aversiva, consiguiendo así eliminar el hábito, desvanecer el ansia por fumar posteriormente y, de este modo, mantener la abstinencia. Dichas técnicas se basan en los principios de la psicología del aprendizaje. Un buen ejemplo es la utilización de la técnica de fumar rápido en Estados Unidos (véase Becoña, 1985), dado que con ella dejaron de fumar, en ese país, varias decenas de miles de fumadores en las décadas de los años sesenta y setenta.

En los años setenta se amplían las técnicas de intervención con las técnicas cognitivas y en los años ochenta con las estrategias de prevención de las recaídas (Marlatt y Gordon, 1985). Con la aparición y posterior desarrollo de los programas multicomponentes, se combinan varias de las anteriores técnicas para optimizar la eficacia, incluyendo también, en algunos casos, el chicle de nicotina para los sujetos altamente dependientes de los cigarrillos, como veremos posteriormente. En la presente década, el mayor interés está en aplicar esos programas a nivel comunitario (Lando, 1993), programas tales como el ASSIST o el COMMIT.

En lo que sí hay acuerdo es que, actualmente, las técnicas que mejor funcionan en el tratamiento especializado de fumadores, las que tienen la mejor razón coste-eficacia y las que se deben utilizar como principal intervención para dejar de fumar son las técnicas conductuales. Además, la validación objetiva de su eficacia y de la abstinencia ha sido un elemento esencial desde la aparición de las mismas (Velicer et al., 1992); de ahí que con ellas se hayan tratado muchos miles de fumadores en distintos países.

Las técnicas conductuales eficaces logran un alto nivel de abstinencia al final del tratamiento en programas clínicos, entre el 60-90%. En los buenos programas, la abstinencia se mantiene en el 40-50% al año de seguimiento (Schwartz, 1987). Estos buenos resultados los obtienen, precisamente, aquellos tratamientos que utilizan programas multicomponentes, como expondremos a continuación.

Los programas psicológicos multicomponentes

Hoy día hay acuerdo de que el mejor modo de dejar de fumar es con un programa psicológico multicomponente. Estos programas psicológicos reciben el nombre de multicomponentes porque incluyen distintas técnicas de intervención terapéutica, es decir, varios componentes; de ahí el nombre de multi-componente. Esas técnicas se utilizan para las fases por las que pasa un fumador en un programa especializado para dejar de fumar: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia (USDHHS, 1991).

En la fase de *preparación* el objetivo es incrementar la motivación y el compromiso del sujeto para que abandone los cigarrillos. Un método comúnmente utilizado consiste en que firme un contrato de contingencias y haga un depósito, que irá recuperando contingentemente a la asistencia a las distintas fases del tratamiento y en los sucesivos seguimientos. En esta fase es importante también que el sujeto

aumente el conocimiento de la propia conducta. Esto se logra mediante autorregistros y la representación gráfica de su consumo. En esta fase se decide también de modo exacto (fecha fija) o aproximado cuándo va a abandonar los cigarrillos (cuarta sesión, penúltima, etc.). Se le enseña también cualquier otra técnica que sirva para el posterior abandono de los cigarrillos. Una vez finalizada la etapa de preparación, empieza la de *abandono*, y aquí es donde se lleva a cabo la aplicación de las técnicas que se han mostrado eficaces en el abandono de los cigarrillos, como las que ya hemos indicado: fumar rápido, retener el humo, reducción gradual de la ingestión de nicotina y alquitrán, u otras que han obtenido buenos resultados dentro de programas multicomponentes, como la saciación, la sensibilización encubierta, contrato con fecha fija de dejarlo, etcétera.

Una vez que el sujeto ha quedado abstinentes, dentro de uno de estos programas, se pasa a la tercera fase, la de *mantenimiento*, en la que se llevan a cabo distintas estrategias para que el fumador se mantenga abstinentes, tales como sesiones de asistencia o mantenimiento a lo largo del tiempo, entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones, o apoyo social. Esta fase sería propiamente la fase de prevención de las recaídas que desde otras perspectivas se han sugerido como imprescindibles en cualquier programa de cara a mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo.

Posteriormente describiremos el programa multicomponente que nosotros utilizamos, el *Programa para dejar de fumar* (Becoña, 1993). En la literatura podemos encontrar otros muchos buenos ejemplos (p. ej., Lando y McGovern, 1985; USDHHS, 1991).

IV.3. *Tratamientos comunitarios y de autoayuda*

En los últimos años, los programas para dejar de fumar implantados a nivel comunitario y el desarrollo de manuales de autoayuda constituyen características destacadas para combatir el tabaquismo en los países avanzados. Respecto a los años previos implica pasar de una perspectiva predominantemente clínica a una perspectiva de salud pública (Lichtenstein y Glasgow, 1992).

Desde los años setenta hasta hoy se vienen llevando a cabo varios *programas para prevenir los factores de riesgo de la enfermedad cardíaca coronaria*, orientados a producir cambios en la dieta, abandonar los cigarrillos y controlar la presión sanguínea elevada. Los más conocidos son los realizados en Estados Unidos, aunque también se llevan a cabo, desde esa misma época, en Finlandia y otros países (p. ej., Elovaino y Vertion, 1996).

Uno de los programas más conocidos y mejor evaluados es el *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT), que comenzó en 1972 en 22 centros de 18 ciudades estadounidenses, participaron 12,866 varones y duró 7 años (Benfari y Sherwin, 1981; Ockene, Shaten y Neaton, 1991). El tratamiento para dejar de fumar que utilizaron incluía un mensaje del médico para que el enfermo dejase de fumar, un examen médico anual, la asignación a grupos de tratamiento, el consejo individual o un método autoaplicado para aquellos que no quisieron participar en los métodos

propuestos, así como un programa de mantenimiento, a lo largo de varios años. El objetivo del tratamiento era que los sujetos dejaran de fumar, de ahí el gran número de procedimientos que se utilizaron dentro del programa. Entre éstos se encuentran material audiovisual, conferencias, discusiones de grupo, materiales educativos. Algunos centros también utilizaron diversas técnicas conductuales como relajación, *role-playing* y control de estímulos (Hughes *et al.*, 1981). La eficacia de este programa fue buena: 43% de abstinencia al año de seguimiento y 49% a los seis años para los sujetos con los que se contactó, porcentaje que descendía al 43% al considerar a todos los participantes (Cuttler *et al.*, 1985; Ockene, Shaten y Neaton, 1991a; Ockene, Hymowitz, Lagus y Shaten, 1991).

Más recientemente destacan los programas COMMIT y ASSIST. El COMMIT, *The Community Intervention Trial for Smoking Cessation*, abarcó de 1988 a 1993. En él participaron 22,000 fumadores de 22 comunidades (The Commit Research Group, 1995). Los resultados de este programa indican un impacto importante en los fumadores ligeros y moderados y su carencia de impacto en los fumadores duros. El ASSIST, *The American Stop Intervention Trial for Cancer Prevention*, se está llevando a cabo en 17 estados norteamericanos. Empezó en 1993 y finalizará su intervención en 1998 (Gruman y Lynn, 1993). Este programa se centra en tres ejes: grupos diana de intervención (p. ej., fumadores duros, de alto riesgo, etc.), canales para la prevención y el control del fumar (p. ej., sistema de cuidado de salud, lugar de trabajo, escuela, comunidad, etc.) e intervenciones a tres niveles: utilización de los medios de comunicación (radio, televisión, periódicos, revistas); incidir en el contexto político y social para conseguir los objetivos; y ofrecimiento de servicios y programas para dejar de fumar, como consejo médico, materiales de autoayuda, teléfonos de ayuda para dejar de fumar, programas preventivos para la escuela y educación sobre el tabaco en los distintos contextos sociales, desde el político hasta los medios de comunicación.

Otro tipo de programas son los que se han realizado a través de la televisión. La idea es llegar al máximo número de fumadores con el menor coste posible y con la mayor eficacia en el abandono de los cigarrillos. Y la televisión lo posibilita (Flay, 1987). Entre estos programas destacan las acciones llevadas a cabo desde 1978 dentro del Proyecto North Karelia, en Finlandia (Puska, McAlister, Pekkala y Koskela, 1981; Korhonen *et al.*, 1992), al igual que en distintas ciudades norteamericanas, como en Chicago (Flay *et al.*, 1989; Warnecke *et al.*, 1991; Warnecke *et al.*, 1992). En este último caso, las tasas de abandono en los participantes fue del 16% a los 50 días (4% en el grupo de comparación), del 9% a los seis meses y del 6% a los doce y veinticuatro meses (2% a los veinticuatro meses en el grupo de comparación) (Warnecke *et al.*, 1992).

Otra área importante de interés es la aplicación de *programas para dejar de fumar en el propio lugar de trabajo*. Son indudables las ventajas que tiene el llevar a cabo programas para dejar de fumar en uno de los ambientes en el que la persona pasa más tiempo a lo largo del día y donde, por consiguiente, fuma más. Los programas mejor diseñados y con mayor control experimental han sido los multicomponentes (Klesges y Cigrang, 1988), aunque con resultados pobres en el seguimiento (20%). Más prometedores aparecen los programas basados en la competición e incentivos. Una de las causas de las bajas tasas de abstinencia en estos programas es el gran nú-

mero de sujetos que abandonan el tratamiento antes de finalizarlo (Klesges y Cigrang, 1988).

Otra importante línea de intervención es la llevada a cabo a través de *manuales de autoayuda*. Estos se orientan hacia un amplio grupo de fumadores (uno de cada tres), que desean dejar de fumar por sí mismos. En los últimos años este procedimiento ha ido en expansión. La gran mayoría de los manuales que existen hoy día con comprobación de su eficacia tienen base conductual y utilizan programas multicomponentes (Curry, 1993). Las técnicas conductuales que incluyen habitualmente son: autorregistro, control de estímulos, relajación, reducción gradual de la ingestión de nicotina, apoyo social, establecimiento de metas, etc. En suma, van en la misma línea que los programas multicomponentes cara a cara para dejar de fumar. La eficacia de estos programas ha vanado en la mayoría de los estudios entre el 10 y el 25%, lo que muestra un gran impacto al referirnos a cientos o miles de personas a las que les aplicamos tal programa y no a unas decenas de fumadores, como en muchos casos ocurre en el contexto clínico.

En España se encuentra disponible el manual *Programa para dejar de fumar* (Becoña, 1993), que es la forma escrita y en formato de autoayuda de nuestro programa de tratamiento cara a cara que expondremos posteriormente.

V. ¿EXISTE UN TRATAMIENTO IDÓNEO PARA DEJAR DE FUMAR?

Una importante cuestión se refiere a si existe un tratamiento idóneo para dejar de fumar. La respuesta va a depender del nivel de intervención, si va a ser mínima (p. ej., consejo médico), o especializada, en un programa de tratamiento clínico. En este último caso, y tal como hemos revisado en otro lugar (Becoña y Vázquez, 1998), después de analizar los distintos metaanálisis realizados sobre tratamientos especializados para dejar de fumar y otras informaciones sobre tratamientos, concluíamos que:

- a. El tratamiento especializado de primera elección es un tratamiento psicológico multicomponente.
- b. El chicle y el parche de nicotina pueden ser de ayuda para dejar de fumar, pero dentro de un programa de tratamiento especializado.
- c. El modo adecuado de aplicar un tratamiento farmacológico con chicle y parche de nicotina es llevarlo a cabo junto a un programa conductual, ya sea de tipo formal o en formato de autoayuda.
- d. Otros tratamientos para dejar de fumar (p. ej., acupuntura) tienen poca o ninguna posibilidad de obtener resultados, en comparación con un grupo de control o la mera remisión espontánea.

Por tanto, hoy podemos conocer con seguridad, en la línea de lo ya obtenido hace 10 años en la monumental revisión de Schwartz (1987) sobre los tratamientos para dejar de fumar (véase cuadro 3.2), cuál es la mejor opción a seleccionar para conseguir que los fumadores dejen su hábito.

CUADRO 3.2. *Los diez programas más eficaces para dejar de fumar a los doce meses, según la revisión de Schwartz (1987), cuando disponemos de seis o más estudios*

<i>Método de intervención</i>	<i>% de eficacia, mediana</i>	<i>% de ensayos con tasas de eficacia mayores del 33%</i>
Programas multicomponentes	40	65
Intervención médica con pacientes cardíacos	43	63
Saciación de fumar y otros procedimientos	34,5	58
Intervención médica con pacientes pulmonares	31,5	50
Fumar rápido y otros procedimientos	30,5	50
Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán	25	44
Prevención de factores de riesgo	31	43
Programas con formato grupal	28	39
Hipnosis individual	19,5	38
Chicle con nicotina y tratamiento conductual	29	36

Fuente: Adaptado de Schwartz (1987).

VI. EL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR: TRATAMIENTO PASO A PASO

Nuestros primeros programas de tratamiento, a partir de 1984, tenían como objetivo evaluar en nuestra población aquellas técnicas que habían mostrado su eficacia en otros países, como eran las técnicas aversivas (Becoña, 1985) o los programas multicomponentes (Becoña, 1987a), tanto con técnicas aversivas como sin ellas (p. ej., Becoña y Froján, 1988). A partir de estas primeras investigaciones desarrollamos distintos programas multicomponentes, que han sido evaluados en algunos estudios (véase Becoña, Vázquez y Míguez, 1996). El programa multicomponente más reciente que estamos utilizando en los últimos años dentro del *Programa para dejar de fumar* en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela se compone de los elementos siguientes: *a.* Depósito monetario y contrato de tratamiento; *b.* autorregistro y representación gráfica del consumo; *c.* información sobre el tabaco; *d.* control de estímulos; *e.* actividades para no padecer los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina; *f.* retroalimentación fisiológica del consumo de cigarrillos (monóxido de carbono en el aire espirado); y *g.* reducción gradual de la ingestión de nicotina y alquitrán.

La eficacia que hemos obtenido con este programa multicomponente ha oscilado entre el 58 y el 85% al final del tratamiento y del 38 al 54% al año de seguimiento, en diferentes estudios. En el cuadro 3.3 se presentan los resultados de varios estudios comparándolos con un grupo control de no tratamiento u otro grupo con una intervención específica. Junto a la buena eficacia que se obtiene con este programa, otra ventaja importante es que un porcentaje importante de los que han recaído lo hacen habitualmente en marcas con menor contenido de nicotina y alquitrán que aquellas que fumaban al comienzo del tratamiento, y con un menor consumo de cigarrillos.

CUADRO 3.3. *Resultados del programa para dejar de fumar (PDF) en estudios con grupo de control (en porcentaje)*

Estudio	Grupo	Final tratamiento	Seguimiento a los	
			6 meses	12 meses
Becoña y Gómez-Durán (1993)	PDF	66,7	50,0	45,8
	Control	0,0	0,0	6,3
Becoña y García (1993)	PDF	85,7	64,3	57,1
	Retener el humo	91,7	41,7	25,0
García y Becoña (1994)	PDF con manual	60,0	44,0	48,0
	Control	0,0	2,1	2,1

Dado que este programa puede aplicarse en formato individual, de grupo o de autoayuda, y con un número de sesiones que oscila entre 5 y 10, resulta tener una buena razón coste-eficacia dentro de los programas formales actualmente existentes para dejar de fumar. Destacaríamos además que de nuestras investigaciones y de la experiencia de tratar a más de 1.000 fumadores en programas clínicos, hemos desarrollado en el año 1995 un programa para dejar de fumar por correo, en el que han participado, en poco más de un año, 2.000 fumadores, constituyendo dicho programa una buena alternativa para aquellas personas que no pueden o no quieren acudir a tratamiento, al igual que se llega a muchos cientos o miles de fumadores en poco tiempo.

Los objetivos, racionalidad, tareas y estrategias para conseguir los objetivos del tratamiento sesión a sesión se especifican a continuación en formato de seis sesiones, una por semana, aplicable individualmente o en grupo, y basándose en el programa anteriormente citado (Becoña, 1993). Previamente al tratamiento, habríamos realizado la evaluación del fumador, tanto con respecto a esta conducta problema como sobre otras, y habríamos establecido la línea base de su consumo de cigarrillos por medio de autorregistros.

VI.1. *Objetivos, racionalidad, tareas y estrategias para conseguir los objetivos del tratamiento sesión a sesión*

VI.1.1. Sesión 1

Objetivos

La primera sesión de tratamiento tiene como *objetivos*:

- a. Establecer una adecuada relación terapéutica.
- b. Presentar un programa de tratamiento racional, plausible y realizable en el tiempo de duración del tratamiento.

c. Revisar los autorregistros realizados en la semana o semanas anteriores, haciéndole ver la importancia de los mismos y explicarle cómo representar gráficamente el número de cigarrillos fumados diariamente, proporcionándole para ello una gráfica al efecto (véase figura 3.1). A través de los autorregistros le explicamos también cuáles son los antecedentes y consecuentes de su conducta de fumar y cómo reconocerlos a partir de ésta.

d. Presentarle sucintamente datos objetivos sobre qué es el tabaco, componentes del mismo y consecuencias que produce en la salud. A esto se dedican cinco minutos y se le proporciona por escrito material al respecto (Apéndices A y B del programa).

e. Discutir las razones que le llevan a fumar y cuál es el motivo por el que se plantea en este momento dejar de fumar.

f. Proporcionarle estrategias sencillas que tiene que comenzar a poner en práctica a partir del día siguiente, tales como dejar un tercio del cigarrillo sin fumar, rechazar los ofrecimientos de tabaco, cambiar de marca, etc. Estas estrategias que debe poner en marcha tienen que ser realizables. Por ello, son pocas, sencillas y fáciles de llevar a cabo por parte de todos los fumadores.

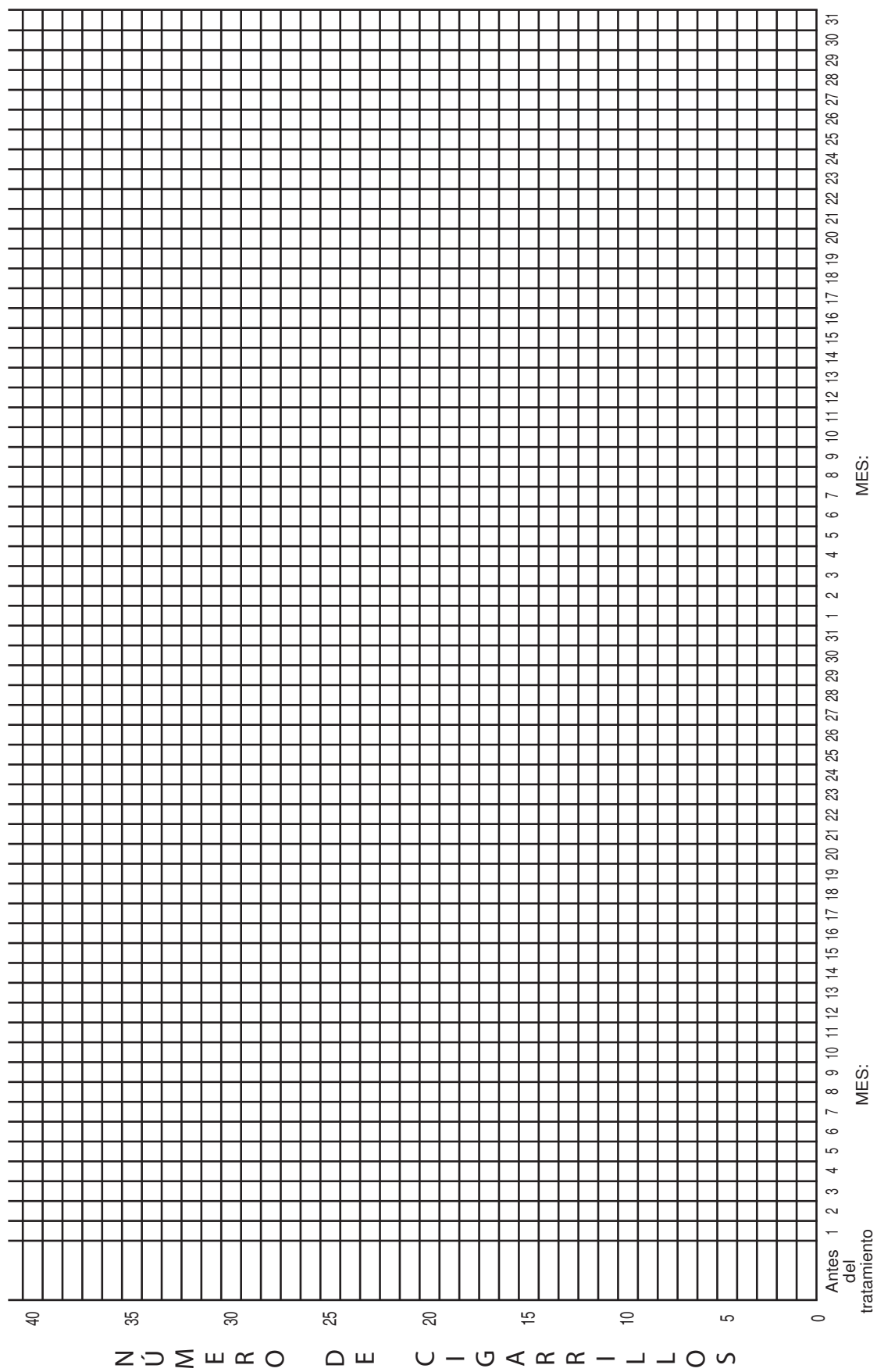
g. Comprometerse socialmente con otras personas en el proceso de abandono. Debe comunicar al menos a una persona de su entorno (familiar, amigo, compañero de trabajo, etc.) que está llevando a cabo un tratamiento para dejar de fumar y que es previsible que deje de fumar en los próximos 30 días. La actitud del fumador ante este hecho, favorable o desfavorable, es muy útil para conocer su motivación para el abandono, la credibilidad del mismo y para que tenga o no una buena adherencia al tratamiento.

h. Explicarle el mecanismo del cambio de marcas (30% de reducción en la cantidad de nicotina), para que vaya reduciendo su dependencia fisiológica, convencerle de su racionalidad y viabilidad e indicarle qué marca debe pasar a fumar a partir del día siguiente. Se le sugiere igualmente que tire todos los cigarrillos de la marca que fumaba hasta entonces, a veces consumida durante muchos años.

i. Explicarle varias reglas que tiene que poner en marcha para evitar la compensación nicotínica, que probablemente ocurriría al cambiar de marca -si, al mismo tiempo, no le indicamos que no debe fumar más cigarrillos que la media de los que fumó en la semana pasada. De igual modo, y para evitar que le dé inhalaciones más profundas a sus cigarrillos, debe dejar un tercio del cigarrillo sin fumar, si con anterioridad lo fumaba entero, o la mitad si ya dejaba un tercio sin fumar. Tampoco puede tener, si es el caso, permanentemente el cigarrillo en la boca, ya que de este modo ingeriría una gran cantidad de nicotina.

j. Comenzar ya en la primera sesión con una estrategia simple de prevención de recaídas. Ello se hace con la regla de que a partir del día siguiente tiene que dejar de aceptar ofrecimientos de cigarrillos, aunque él puede seguir ofreciéndolos. El motivo de esta regla se orienta a que, siendo el ofrecimiento de cigarrillos una de las principales causas de las recaídas, al rechazarlos durante un período de tiempo de cinco semanas es más probable que, ya una vez abstinerente, pueda, con mayor facilidad, rechazar dichos ofrecimientos aún teniendo tentaciones para fumar.

FIGURA 3.1 Gráfica del consumo de cigarrillos.



Tareas para la primera sesión

1. Indicar las razones para dejar de fumar actualmente.
2. Lectura de «Aspectos generales del tabaco» y de «Tabaco o salud» (Becoña, 1995b).
3. Hacer una lista de las razones a favor y en contra de fumar cigarrillos actualmente.
4. Indicar los antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar.
5. Realizar la representación gráfica de los cigarrillos fumados.
6. Comunicar a otras personas de su entorno que va a dejar de fumar en los próximos 30 días.
7. Cambiar de marca de cigarrillos (que tenga un 30% menos de nicotina que la actual).
8. Aplicar las siguientes reglas para reducir el consumo de cigarrillos:
 - 8.1. Fumar un tercio menos del cigarrillo, contando desde el filtro.
 - 8.2. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
 - 8.3. Reducir la profundidad de la inhalación.
 - 8.4. Llevar el cigarrillo a la boca sólo para fumarlo.

Estrategias para conseguir los objetivos y entrenamiento en la realización de las tareas

a. Establecer un adecuado contacto terapéutico. Aunque no se indica explícitamente, se espera que con la primera sesión de tratamiento se establezca una adecuada y fluida relación terapéutica entre el fumador y el terapeuta. Para ello se utilizará un lenguaje asequible, sencillo y comprensivo. Igualmente, las tareas que se le van a sugerir deben ser expuestas de modo didáctico y con ejemplos.

b. Presentar un programa de tratamiento racional, plausible y realizable en un período de tiempo limitado (máximo seis semanas). Es importante que el fumador sepa la duración exacta del tratamiento, un máximo de seis semanas en este caso; que ese período de tiempo es suficiente para que pueda dejar de fumar y que el tratamiento tiene elementos internos suficientes para conseguir dicho objetivo en ese tiempo.

c. Revisar los autorregistros realizados durante la semana o semanas previas. Se insistirá aquí de nuevo en la importancia de realizarlos, indicándole que es uno de los componentes del programa, un componente importante para que conozca lo que fuma y cómo fuma. Se le explica detalladamente también cómo representar gráficamente su consumo. Se le proporciona para ello una gráfica en donde se le explica cómo hacer esa representación del consumo de cigarrillos. Gracias a los autorregistros y al análisis minucioso de los mismos se le explica cuáles son los antecedentes y consecuentes de su conducta de fumar y cómo éstos se relacionan claramente con el consumo.

d. Presentarle sucintamente datos objetivos sobre qué es el tabaco, sus componentes y las consecuencias más importantes que produce en la salud. A esto se dedican cinco minutos en la sesión y se le proporciona por escrito material al respecto (apéndices A y B del libro de Becoña, 1993).

e. Discutir las razones que le llevan a fumar y cuál es el motivo por el que se plantea dejar de fumar en este momento. En este caso, se le hace contraponer el hecho de que es un fumador actual (realización de la conducta) pero que quiere dejar de serlo (dejar de realizar esta conducta). Sirve para que el fumador analice si los pros para dejar de fumar son más importantes que los contras. Habitualmente, si las razones para fumar son muy fuertes o están muy arraigadas, el fumador no acudirá a tratamiento, ya que estaría en la fase de precontemplación o contemplación.

f. Comprometerse, de modo público, con otras personas, en el proceso de abandono. Es importante que las personas hagan público un cambio de conducta, con implicaciones sociales y claramente observable, en lo que respecta a fumar cigarrillos. De ahí que se le pida al fumador que deba comunicar al menos a una persona de su entorno inmediato (esposo/a, amigo/s, compañeros de trabajo, etc.) que está llevando a cabo un tratamiento para dejar de fumar y que probablemente dejará de fumar en los próximos 30 días. Adoptar este papel activo es un índice de motivación hacia el cambio y favorece la adherencia al tratamiento, la credibilidad del mismo para el paciente y constituye un elemento favorecedor de la prevención de las recaídas en el futuro, cuando deje de fumar.

g. Explicarle el mecanismo del cambio de marcas, para que vaya reduciendo su dependencia fisiológica, convencerle de su racionalidad y viabilidad e indicarle qué marca debe pasar a fumar a partir del día siguiente. Se le sugiere igualmente que tire todos los cigarrillos de la marca que viene fumando hasta ese momento. En caso de que fume varias marcas, a partir del día siguiente tiene que fumar una sola sin poder intercambiar cigarrillos de otras. A continuación se le indica una marca que tenga un 30% menos de nicotina que la que fumaba en la semana anterior para que, a partir del día siguiente, pase a fumarla y la fume durante toda la siguiente semana. Debe advertírsele que no intercambie la nueva marca con la anterior; igualmente, se le indica que si no puede conseguirla en su lugar habitual se surta de la misma en un estanco, con el fin de que no tenga la excusa de que no la encuentra en su sitio habitual de compra.

h. Que ponga en marcha varias reglas para evitar la compensación nicotínica que probablemente ocurrirá al cambiar de marca si, al mismo tiempo, no le indicamos que no debe fumar más cigarrillos que la media de los que fumó durante la semana pasada. De igual modo, y para evitar que le dé caladas más profundas, debe dejar un tercio del cigarrillo sin fumar si los fumaba completos hasta el filtro o por la mitad si ya dejaba sin fumar un tercio. En aquellos casos que tienen siempre o muchas horas el cigarrillo en la boca, sin retirarlo de ella, deben pasar a llevarlo a la boca sólo para fumarlo. Con ello evitamos una ingestión continua de nicotina, como ocurre cuando se tiene permanentemente en la boca.

i. Comenzar ya en la primera sesión con estrategias de prevención de las recaídas. Hoy sabemos que es tan importante dejar de fumar como luego tener estrategias para mantenerse abstinentes. Por ello, ya desde la primera sesión, se le entrena en las primeras estrategias de prevención de recaídas. En esta primera sesión se le indica, como una tarea que ha de poner en práctica a partir del día siguiente, el dejar de aceptar ofrecimientos de cigarrillos, aunque él sí puede ofrecerlos. Dado que el que le ofrezcan cigarrillos es una de las principales causas de las recaídas con la que se puede encontrar después de dejar de fumar, empezamos la prevención de la mis-

ma. Si lo entrenamos durante cinco semanas a rechazarlos es más probable que, una vez abstinerse, pueda con mayor facilidad rechazar dichos ofrecimientos aun teniendo tentación de fumar.

j. Proporcionarle estrategias sencillas que tiene que comenzar a poner en práctica al día siguiente, tales como reducir la longitud del cigarrillo fumado y rechazar ofrecimientos de cigarrillos.

k. Asignarle tareas realizables; de ahí que sean pocas, sencillas y fáciles de llevar a cabo.

VI.1.2. Sesión 2 (Unidad 2, 2ª semana)

Objetivos

Los objetivos de la segunda sesión, correspondiente a la segunda semana de tratamiento son:

a. Motivar al fumador por los primeros pasos que ha dado para dejar de fumar. Al ser un programa de abandono gradual a veces las expectativas son excesivamente elevadas. El terapeuta debe adecuar el nivel de expectativas del fumador al proceso de abandono “normal” en un fumador con “x” cigarrillos de consumo, más que esperar un avance importante.

b. Si el tratamiento se lleva a cabo en grupo, tener en cuenta las diferencias en el consumo entre unos y otros fumadores y hacer notar que, al analizar caso a caso, un mayor consumo no significa un abandono más lento.

c. Analizar y tener en cuenta las posibles creencias erróneas sobre el proceso de abandono, especialmente su creencia acerca de qué procedimiento es el adecuado para dejar de fumar: si el abandono brusco, un tratamiento farmacológico, o mágico, o un abandono paulatino, como el programa de tratamiento que está llevando a cabo. Sin embargo, esas creencias no se harán explícitas en el tratamiento y se tratarán en las últimas sesiones.

d. Comprobar la adherencia a las tareas que teman que hacer en la semana previa. Una buena adherencia es un buen predictor del éxito del tratamiento. Este aspecto se debe cuidar especialmente, comprobando si han cubierto diariamente los autorregistros, si han hecho la representación gráfica del consumo de cigarrillos, si han leído los apéndices sobre la relación entre tabaco y salud, si han comunicado a otras personas que van a dejar de fumar en un determinado período de tiempo, si han realizado el cambio de marcas y si han cumplido las reglas para la reducción del consumo de cigarrillos.

e. Discutir con ellos el efecto del cambio de marcas y cómo lo han vivido. La mayoría lo suelen vivir mejor de lo que pensaban. Sin embargo, como también suelen reducir el número de cigarrillos, en ocasiones se produce el síndrome de abstinencia de la nicotina. Si se aprecia que ocurre dicho síndrome, se debe valorar la conveniencia de que disminuya el número de cigarrillos de forma más lenta o de que lo reduzca en función de las expectativas que tenga sobre el abandono, de su

grado de seguridad para continuar adecuadamente el descenso, del apoyo en su medio y de que existan o no factores de su ambiente que puedan facilitar o interferir este proceso, especialmente en casa, con los amigos y en el ambiente laboral.

f. Continuar recogiendo información y analizarla empíricamente para que el fumador conozca objetivamente su conducta de fumar, con el análisis de los antecedentes y consecuentes de la misma. Es útil encontrar patrones regulares de consumo, como ya es posible en este momento del tratamiento con el análisis de los autorregistros. igualmente, la representación gráfica permite ver si el consumo está estancado, va descendiendo paulatinamente o hay altos y bajos dependiendo de estados emocionales, problemas laborales, salir de noche, etcétera.

g. Introducir la técnica del control de estímulos. Dado que los fumadores tienen condicionado su consumo a distintas situaciones, personas, pensamientos, estados, etc., se introduce la técnica del control de estímulos para debilitar y, conforme pasa el tiempo, eliminar esta dependencia. Esto se lleva a cabo por medio de un grupo de situaciones que se le presentan y que suelen abarcar casi todos los posibles estados en los que un fumador normal fuma. Se puede añadir también alguna otra, como las que se encuentran en el cuadro 3.4. Después de explicar la lógica del procedimiento, dejarán de fumar a partir del día siguiente en tres situaciones, las más fáciles, una vez que han eliminado aquéllas en las que no fuman.

CUADRO 3.4. *Técnicas de control de estímulos sobre las situaciones en donde se fuma*

Seleccione tres situaciones en las que a partir de mañana no fumará ningún cigarrillo

A continuación le indicamos varias situaciones donde la gente fuma más habitualmente. Si usted fuma en alguna otra situación distinta de las indicadas, póngalo en los guiones en blanco.

Una vez que ha comprobado todas las situaciones, debe proceder a marcar con una "X" al lado del guión las tres situaciones para usted más fáciles y en donde no fumará ningún cigarrillo a partir de mañana.

Las situaciones son las siguientes:

- Viendo la televisión.
- En el bar o cuando toma una bebida alcohólica.
- Después de comer o a la hora del café.
- Trabajando.
- Estudiando.
- Leyendo.
- Escribiendo a máquina u ordenador.
- Hablando por teléfono.
- Conduciendo el coche.
- Paseando.
- Con los/as amigos/as.
- Esperando
-
-
-

b. Introducir varias estrategias para que no tengan el síndrome de abstinencia de la nicotina si cambian de marca y si, al mismo tiempo, desciende más de lo previsto su consumo de cigarrillos y dejan una parte importante del cigarrillo sin fumar. En el cuadro 3.5 se indican esas estrategias.

i. Ver el impacto que en su medio tiene lo que está haciendo: “participar en un programa para dejar de fumar”. El apoyo favorece y facilita el abandono o ayuda a superar etapas difíciles que se pueden presentar. Cuando falta el apoyo, es más fácil no conseguir las metas, abandonar el programa o dejarlo por falta de motivación. Se trata de incidir sobre este aspecto, aunque es quizás el aspecto más difícil para influir desde el contexto terapéutico.

CUADRO 3.5. *Tareas para no padecer el síndrome de abstinencia de la nicotina*

Seleccione varias de las siguientes actividades para realizar en esta semana. Permiten tanto una reducción en el consumo de cigarrillos como evitar que su descenso produzca algún síntoma del síndrome de abstinencia de la nicotina.

- Beba toda el agua que quiera, así como zumos u otras bebidas sin alcohol.
- Reduzca su consumo de alcohol.
- Reduzca su consumo de café.
- Haga más ejercicio físico (caminar, pasear, visitar a los amigos o amigas, etc.).
- Haga inspiraciones profundas y luego expulse lentamente el aire en vez de fumar un cigarrillo.
- Chupe caramelos o chicle sin azúcar en vez de fumar un cigarrillo.
- Sustituya el cigarrillo de la mano por otro objeto.
- Realice actividades que desea hacer y que siempre fue posponiendo con excusas.

MARQUE CON UNA X LAS QUE HAYA REALIZADO AL FINAL DE LA SEMANA

Tareas para la segunda sesión (Unidad 2, 2ª semana)

1. Realizar los registros y la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
2. Aumentar la parte del cigarrillo sin fumar.
3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
4. Cambiar de marca de cigarrillos (con un 60% menos de nicotina que los que se fumaban al principio) o reducir el consumo de los mismos (un 30% menos que en la semana anterior).
5. Si fuma antes de desayunar o después de levantarse, retrasar ese cigarrillo por lo menos 15 minutos.
6. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de su conducta de fumar en la semana anterior.
7. Seleccionar tres situaciones en las que dejará de fumar.
8. Analizar las reacciones que produjo el comunicarle a otras personas que dejará de fumar en los próximos 30 días.

9. Actividades a realizar para no tener ningún problema en la reducción del consumo de cigarrillos.

Estrategias para conseguir los objetivos y entrenamiento en la realización de las tareas

a. Revisar detenidamente las tareas realizadas a lo largo de la semana anterior, especialmente los autorregistros, la representación gráfica, el cambio de marcas y las reglas para reducir el consumo de cigarrillos.

b. Comprobar la adherencia al tratamiento e insistir, de no producirse, en la necesidad de la misma, planificando tareas concretas con fecha específica (p. ej., el próximo jueves, por la mañana de 10 a 11) para realizarlas, impidiendo dilatar la decisión o que no se tome (p. ej., para rechazar ofrecimientos de cigarrillos).

c. Indicarle la marca concreta que va a fumar a partir del día siguiente, esta vez con un 60% menos de nicotina que antes del tratamiento, qué número máximo de cigarrillos va a fumar (como máximo la media de los que ha fumado en la semana anterior o, preferiblemente, algunos menos) y qué parte del cigarrillo va a dejar sin fumar. Insistir en aspectos sobre esta cuestión ya planteados en la sesión anterior.

d. Analizar las reacciones de otras personas con su compromiso público de dejar de fumar y qué reacciones ha producido. Hacerle ver que es él quien está dejando de fumar y no la persona que le critica, si es el caso. Indicarle que si le presionan mucho deje pasar el tiempo y que compruebe como es él quien tiene la razón y no los que no creen en él. Este aspecto es importante, en ocasiones, para mantenerle en el tratamiento así como para que pueda dejar de fumar.

e. Discutir detenidamente con el sujeto en qué situaciones de las presentadas va a dejar de fumar a partir del día siguiente. Es necesario analizar cómo va a comportarse en cada una de ellas a la hora de actuar en su medio real, con el fin de que entienda cada una de las situaciones. Por ejemplo, si elige la situación de “no fumar viendo la TV”, en el caso de que el sujeto no pudiera controlarse, tendría dos alternativas: ir a fumar a otro lugar fuera de la habitación en donde esté el televisor, teniendo que permanecer al menos 15 minutos fuera, o bien apagar el televisor no menos de 15 minutos para fumar en ese lugar.

f. Insistir en que el proceso se orienta a dejar de fumar paulatinamente y no de un día para otro y que las tareas encadenadas consiguen el objetivo pretendido: dejar de fumar. En caso de que pudiese dejar de fumar por su cuenta, ya lo habría hecho, y no estaría siguiendo el tratamiento.

g. Que preste especial atención al cumplimiento de las distintas tareas asignadas cada semana, sin saltarse ninguna. Es mejor el principio de “lento, pero seguro”, en el sentido de que es mejor ir lento y avanzando seguro, que tener retrocesos. Puesto que el objetivo es el autocontrol, disminuir el consumo de un modo controlado permite, en el peor de los casos, mantenerse en ese consumo controlado. Por el contrario, las oscilaciones, hacia arriba y hacia abajo no son buenas y pueden llevar, si hay recaídas, a que vuelva a fumar lo mismo que antes.

h. Además, debemos comprobar en la parte final de la sesión si las tareas asignadas para la siguiente semana las ha entendido claramente, son apropiadas, las puede llevar a cabo y no tiene impedimentos en su intento de conseguir los objeti-

vos propuestos. En el caso de haya algún problema en esta parte final, habría que volver, de modo breve, a realizar los cambios oportunos para que pueda conseguir “con seguridad” los objetivos marcados.

VI.1.3. Sesión 3 (Unidad 3, 3ª semana)

Objetivos

Los objetivos de la tercera sesión, correspondientes a la tercera semana de tratamiento, son:

a. Revisar detenidamente el avance de cada fumador y, especialmente, la adherencia a las tareas que tenía que realizar en la semana previa (p. ej., autorregistro, representación gráfica, etc.).

b. Comprobar que va consiguiendo los objetivos propuestos en la sesión anterior, tales como número de cigarrillos fumados, cambio de marca, retrasar el momento de fumar ciertos cigarrillos, dejar de fumar en distintas situaciones, etc., y que la información de que dispone es objetiva y la puede contrastar él mismo.

Todos estos aspectos, por ejemplo, número máximo de cigarrillos que podía fumar, marca asignada para la semana anterior, dejar de fumar en situaciones concretas, son esenciales para continuar con el programa de tratamiento. El realizarlos adecuadamente en la semana previa va a permitir asignar nuevas tareas para conseguir un mayor autocontrol sobre su conducta de fumar.

c. Analizar los antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar. El conocimiento claro de éstos, por parte del fumador, le permite conocer mejor su comportamiento y, al mismo tiempo, tener una idea más clara de lo que pretendemos y del modo en que lo estamos consiguiendo.

d. Motivarle para continuar el tratamiento ante la posibilidad de abandono, cuando se encuentra en la mitad del mismo. Esto es especialmente importante, ya que en esta sesión notan claramente una mejoría física, pero siguen fumando.

e. Tener en cuenta las diferencias individuales, adaptando el programa a cada fumador, a cada consumo y a los distintos niveles de dependencia y realización de tareas.

f. Analizar de nuevo todas aquellas creencias erróneas que pueda seguir teniendo sobre el proceso de abandono, especialmente la incidencia que en el sujeto puedan tener las creencias respaldadas por otras personas de su entorno, y si éstas le afectan en su proceso de dejar de fumar.

g. Añadir nuevas tareas, tales como el nuevo cambio de marca, cigarrillos sobre los que tiene que retrasar el momento de consumo (p. ej., después del café) y la inclusión de nuevas situaciones en las que dejará de fumar (control de estímulos). Al igual que ha hecho en la sesión anterior, volverá a seleccionar otras tres nuevas situaciones, de las más fáciles que le queden por elegir, en las que dejará de fumar a partir del día siguiente.

h. Analizar qué estrategias ha utilizado para no tener el síndrome de abstinencia de la nicotina y proponerle que aplique las mismas u otras nuevas.

i. Conocer el impacto que en su medio está produciendo el conocimiento de que está llevando a cabo un programa para dejar de fumar como tratamiento formal. Cuando no encuentra apoyo, es conveniente darle estrategias para que el entorno no interfiera, tales como no hacer caso de lo que le digan hasta pasadas unas semanas, plantearles un reto, etc.

j. Comprobar si la información proporcionada por los medios de comunicación, favorable o desfavorable, sobre el tabaco, le influye de alguna manera en su actual proceso de abandono.

Tareas para la tercera sesión (Unidad 3, 3ª semana)

1. Realización de los registros y de la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
2. Fumar como máximo la mitad de cada cigarrillo.
3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
4. Retrasar un mínimo de 30 minutos el cigarrillo de después de levantarse o desayunar.
5. (Si aún no lo hizo) Retrasar un mínimo de 15 minutos los cigarrillos de después de comer, del café y de la cena.
6. Cambiar de marca (con un 90% menos de nicotina que el que fumaba al principio) o reducir el número de cigarrillos fumados (un 30% menos que en la semana anterior).
7. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de su conducta de fumar en la semana anterior.
8. Indicar las situaciones en las que dejará de fumar.
9. Reacciones que produjo en la presente semana el conocimiento de que va a dejar de fumar.
10. Indicar sus reacciones ante los hechos relacionados con el tabaco que vio en los medios de comunicación.
11. Seleccionar actividades para controlar la reducción del consumo de cigarrillos sin problemas.

Estrategias para conseguir los objetivos y entrenamiento en la realización de las tareas

a. Revisar detenidamente las tareas realizadas a lo largo de la semana anterior, especialmente los autorregistros, representación gráfica, cambio de marcas y reglas para reducir el consumo de cigarrillos.

b. Comprobar la adherencia al tratamiento e insistir en la necesidad de hacer adecuadamente (y todas) las tareas encomendadas.

c. Indicarle la marca concreta que va a fumar a partir del día siguiente, esta vez con un 90% menos de nicotina que antes del tratamiento, qué número máximo de cigarrillos va a fumar (como máximo la media de los que ha fumado en la semana anterior y, preferiblemente, algunos menos) y qué parte del cigarrillo va a dejar sin fumar (habitualmente, la mitad del cigarrillo a partir de esta sesión).

d. Analizar las reacciones de otras personas hacia su compromiso público de dejar de fumar, cómo ha reaccionado él y qué estrategias ha puesto en marcha.

e. Seleccionar otras 3 nuevas situaciones en donde va a dejar de fumar a partir del día siguiente. Se revisarán aquellas en las que dejó de fumar en la semana anterior y cómo va a implantar en la presente las nuevas seleccionadas.

f. Ver el exacto cumplimiento del programa en cada una de las tareas y comprobar que las sigue tal como están planificadas, de forma lenta o rápida. Es importante comprobar que va adquiriendo un nivel real de “autocontrol” o si estando en una situación puntual en la que disminuye notablemente el número de cigarrillos, tiene síntomas de abstinencia y poca seguridad de mantenerse así. Hay que insistirle, si es el caso, que el programa no se orienta al abandono brusco, sino a la adquisición de autocontrol sobre su conducta. Las metas deben ser, en todo caso, realistas, objetivas y realizables.

g. Solucionar cualquier duda que se le presente a esta altura del programa, dado que en ocasiones aparecen pensamientos dubitativos como, «¿lo conseguiré?» o «¿no seré un fumador especial, raro o difícil?», o bien se encuentra con dificultades reales para conseguir cambiar de marca, reducir el consumo, hacer las tareas, etc. No hay que olvidar nunca que cualquier programa, por muy estructurado que esté, debe adaptarse siempre a cada fumador individual.

h. Reforzarle por la consecución adecuada de los objetivos del tratamiento hasta la fase del programa en que nos encontramos.

VI.1.4. Sesión 4 (Unidad 4, 4ª semana)

Objetivos

Los objetivos de la cuarta sesión, correspondientes a la cuarta semana de tratamiento, son:

a. Los que se han indicado en la sesión anterior, tales como revisar el cumplimiento de las tareas a lo largo de la semana previa (autorregistro, representación gráfica, cambio de marcas, dejar de fumar en distintas situaciones, retrasar el consumo de algunos cigarrillos importantes para el fumador, etc.).

b. Planificar el proceso de abandono de la conducta de fumar, si es el caso, para que se produzca al final de la siguiente semana. Esto ocurre si fuma pocos cigarrillos, si ha dejado de fumar en las situaciones previstas, si el cambio de marca lo ha efectuado adecuadamente, si ha tenido pocos síntomas de abstinencia o si ha utilizado estrategias adecuadas para ello y, en general, si el programa de tratamiento se ha seguido de modo apropiado. En el caso de que no se cumplan todos los criterios anteriores, se retrasará la fecha de abandono para dos semanas después de esta sesión, es decir, para la sexta sesión.

c. Hacerle ver lo que va a significar en el futuro ser un no fumador o un ex fumador, el cambio de estatus que ello significa, la modificación de distintas creencias asociadas con dejar de fumar y el que se haga consciente de que conforme ha

ido reduciendo su consumo hasta ahora también puede dejar de fumar y mantenerse abstinentes.

d. Mostrarle claramente la distinción entre caída y recaída y ejemplificarle este importante proceso para cuando haya finalizado el tratamiento.

e. Entrenarle en el reconocimiento de las tentaciones o impulsos a fumar, en su detección y en el modo de hacer frente a los mismos, utilizando para ello las mismas estrategias que con anterioridad ha empleado para controlar los síntomas de abstinencia de la nicotina.

f. Insistir en la necesidad de que todo lo que está aprendiendo en el proceso de abandono le va a ser igualmente útil una vez que haya dejado de fumar y que debe ponerlo en práctica si se encuentra con algún problema una vez que haya dejado el tratamiento.

Tareas para la cuarta sesión (Unidad 4, 4ª semana)

1. Realización de los autorregistros y de la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
2. Fumar como máximo la mitad del cigarrillo.
3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
4. Retrasar un mínimo de 45 minutos el cigarrillo de después de levantarse o de después del desayuno.
5. Retrasar un mínimo de 30 minutos los cigarrillos de después de comer, del calé o de después de cenar.
6. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de la última semana.
7. Indicar las situaciones en donde ya no va a fumar ningún cigarrillo.
8. Reducir en esta semana el número de cigarrillos día a día, de modo que al final de la misma ya no fume ninguno.
9. Cuando tenga una tentación o impulso a fumar, que los analice y vea cómo desaparecen en escasos segundos sin tener que encender un cigarrillo.
10. Reflexionar sobre la distinción entre caída y recaída y analizar las creencias sobre esta cuestión.

Estrategias para conseguir los objetivos y entrenamiento en la realización de las tareas

a. Como en las sesiones anteriores hay que revisar exhaustivamente los avances conseguidos hasta este momento y, especialmente, los de la semana previa. Repasaremos, por lo tanto, el cumplimiento y realización de las distintas tareas para la semana anterior, tales como autorregistros, representación gráfica, cambio de marcas, reglas para reducir el consumo de cigarrillos, situaciones en las que dejó de fumar, etc. Igualmente, debe analizarse el nivel de adherencia al tratamiento y el grado de cumplimiento de las diferentes tareas asignadas en la semana previa.

b. En el caso de que sea posible plantear el abandono de los cigarrillos, se le planificará el abandono, teniendo en cuenta: 1. que debe elegir las situaciones restantes donde aún fuma para ir eliminando los cigarrillos de ellas; 2. reducir el número de cigarrillos sistemáticamente para que de aquí a una semana ya no fume ninguno.

c. En el caso de que no sea posible plantear el abandono definitivo para la siguiente semana, se realizarán las mismas tareas que las comentadas en b., pero planificando el abandono para más tarde. En este caso, se introduce la disminución gradual de cigarrillos, reduciendo un mínimo de un 30% menos de cigarrillos que puede fumar en la presente semana comparado con los que ha fumado de media en la semana anterior, dado que ya no tiene ninguna otra marca a la que cambiarse que tenga menor contenido de nicotina y alquitrán.

d. Es de gran relevancia analizar en esta semana las reacciones de otras personas con su compromiso público de dejar de fumar, cuál ha sido su propia reacción ante las de ellas y qué estrategias ha puesto en marcha.

e. En esta sesión cobra gran relevancia que el fumador se vea como un no fumador haciendo una proyección en el tiempo de cómo será en una o dos semanas. Algunos fumadores no son capaces de verse a sí mismos como no fumadores y éste es el motivo por el que no dejan de fumar. Detectar a estos fumadores en el tratamiento es imprescindible para que cuando tengan que dejar de fumar puedan hacerlo y, una vez abstinentes, sean capaces de mantenerse así.

f. El explicarles claramente la distinción entre caída y recaída facilita, por una parte, que cambien una creencia arraigada en muchos fumadores y, por la otra, conseguir que, una vez abstinentes, si tienen algún “desliz” puedan quedarse en él y no volver al nivel de consumo de cigarrillos anterior al tratamiento. Una explicación clara y didáctica, llena de ejemplos, facilita que comprendan, esa distinción.

g. En esta sesión se les entrena a reconocer las tentaciones e impulsos a fumar que han tenido en la semana anterior. Se les expone también que, conforme pase el tiempo, esos impulsos y tentaciones durarán menos y que en pocos días o semanas desaparecerán totalmente. Su reconocimiento les facilitará no recaer, saber que son normales y que los pueden controlar utilizando las mismas estrategias que ya conocen para controlar los síntomas de abstinencia de la nicotina.

h. Los fumadores que acuden a tratamiento esperan que una vez que han dejado de fumar ya se les haya acabado el problema. Es importante hacerles ver que una vez abstinentes, el problema no ha desaparecido totalmente. Falta todavía consolidar esa abstinencia. El autocontrol, el dominar las técnicas que han aprendido durante el tratamiento, les van a facilitar mantenerse sin fumar si surge algún problema con posterioridad en el tiempo.

VI.1.5. Sesiones 5-6 (Unidad 5, 5^a - 6^a semanas)

Objetivos

Los objetivos de la quinta y sexta sesión van a variar dependiendo de la fase en que se encuentre el fumador. Si el fumador deja de fumar cuando acude a esta sesión, entonces podemos finalizar el tratamiento en la quinta sesión, que se corresponde con la unidad 5 y la 5ª semana. En el caso de que el fumador todavía no haya conseguido todos los objetivos propuestos, y no haya venido abstinente, incidiremos en la sexta sesión en los mismos aspectos que ya se vieron en la quinta, planificando el abandono para la sexta sesión. En tratamientos en grupo, y cuando el programa se

estructura en seis sesiones, se dedica una sesión adicional de refuerzo a los que han dejado de fumar en la quinta.

La sesión dedicada al abandono, que, como hemos visto, va a ser la quinta o la sexta, dependiendo de si ha dejado o no de fumar cuando acude en la quinta semana, tiene los siguientes objetivos:

- a. Revisar las tareas de la semana anterior y comprobar si ha conseguido dejar de fumar, reforzándole por ello.
- b. Nivel de satisfacción que manifiesta al haber dejado de fumar, dificultades que le han surgido y cómo se ve como no fumador.
- c. Concordancia entre lo que esperaba del proceso de abandono y su experiencia de haber dejado de fumar.
- d. Consecuencias positivas y negativas que aprecia al haber dejado de fumar.
- e. Incidir en la distinción entre caída y recaída.
- f. Repasar distintas creencias erróneas que los fumadores y no fumadores tienen sobre el proceso de abandono de los cigarrillos.
- g. Analizar las tentaciones e impulsos de fumar en el estado actual de no fumador.
- h. Percepción actual del grado de dificultad que le ha supuesto el proceso de abandono mirando al pasado.
- i. Cómo se ven a sí mismos, en el futuro, como no fumadores.
- j. insistir en que ponga en marcha, en el futuro, todas las estrategias aprendidas hasta ahora.
- k. Reforzarle por haber conseguido dejar de fumar y por ser él quien lo ha conseguido.

Tareas para la quinta sesión (Unidad 5, 5ª semana); los que no han dejado de fumar

1. Las indicadas en las tareas de la Unidad 4.

Tareas para la quinta sesión (Unidad 5, 5ª semana); los que han dejado de fumar

1. Significado personal de haber conseguido la abstinencia total del tabaco.
2. Beneficios que observa al dejar de fumar.
3. Analizar las sensaciones que puede notar en esta semana sin tabaco.
4. Análisis de las creencias erróneas sobre el tabaco.
5. La vida futura como no fumador.

Tareas para la sexta sesión (Unidad 5, 6ª semana); los que han dejado de fumar (opcional)

1. Reforzamiento de la abstinencia.
2. Incidir en las estrategias utilizadas hasta este momento en aquellos que no han dejado de fumar.

Estrategias para conseguir los objetivos y entrenamiento en la realización de las tareas

a. En la última sesión se revisan las tareas realizadas a lo largo de la semana, como hemos venido haciendo hasta aquí, aunque dando una especial relevancia al proceso de abandono de la conducta de fumar y al refuerzo de su consecución. Aquí suelen indicar la gran diferencia que encuentran entre lo que esperaban en ese abandono (encontrarse mal, ver muy difícil estar un día sin fumar, etc.) y lo fácil, relativamente, que les ha sido pasar de fumar unos pocos cigarrillos a no fumar nada.

b. Se dedica un apartado especial a las consecuencias positivas que nota al haber dejado de fumar. En este momento suelen apreciar notablemente estas consecuencias, aunque también hay algunas negativas que de igual modo expondrá. Debe quedarle claro que las consecuencias positivas, en este momento y en el futuro, van a ser más importantes que las negativas.

c. Como ya se hizo en la sesión anterior, se va a volver a insistir en la distinción entre caída y recaída, del modo ya expuesto anteriormente, junto al repaso de distintas creencias erróneas que los fumadores y no fumadores tienen sobre el proceso de abandono de los cigarrillos, pero que ahora son de gran relevancia, como si al dejar de fumar empeorase la salud, se convirtiese en una persona más nerviosa o ansiosa, se engordase, se hiciera una persona irascible o agresiva, perdiese la concentración, etc. Se le proporciona información objetiva sobre estas creencias, la mayoría de las cuales suelen ser precisamente sólo eso: "creencias".

d. Se vuelven a analizar las tentaciones e impulsos de fumar, esta vez como no fumador, que suelen durar minutos o segundos, cuando hace unas semanas duraban muchos minutos o incluso horas, y qué estrategias está aplicando o puede aplicar, como ya expusimos anteriormente en la semana previa.

e. Es importante que expresen cómo se ven hoy, sin fumar, y cómo creían que estarían cuando dejaran de fumar, según su concepción pasada. Ello tiene como objetivo que vean que pueden dejar de fumar, que lo han conseguido y que pueden mantenerse así en el futuro. Aquí se les insiste en que deben poner en marcha todas las estrategias aprendidas si se encuentran, en el futuro, con problemas.

f. A lo largo de toda esta sesión se les refuerza sistemáticamente de modo verbal por haber conseguido dejar de fumar, transmitiéndoles la idea de que ha sido el fumador el que ha dejado de fumar, que posee suficientes estrategias para mantenerse sin fumar y que, si llega a tener algún problema, lo que tiene que hacer es volver a ponerlas en marcha, ya que si ha dejado de fumar una vez, puede volver a dejar de fumar otra vez.

VII. CONCLUSIÓN

Hoy día, por suerte, disponemos de programas adecuados de tratamiento para ayudar a los fumadores a dejar sus cigarrillos. Los resultados de la literatura, incluyendo los distintos metaanálisis realizados, indican que, dentro de los tratamientos especia-

lizados, las técnicas conductuales son el tratamiento de elección, con o sin la ayuda de tratamientos farmacológicos.

Las terapias farmacológicas no sólo presentan problemas de eficacia cuando se administran solas sino que presentan otros problemas adicionales, tales como su elevado coste, efectos secundarios, contraindicaciones, dependencia de los fármacos, etc. De ahí que siempre se desaconseje su uso si no se añade un programa de tratamiento psicológico.

Hay otra cuestión relevante: la eficacia a largo plazo, a más de un año de seguimiento. Distintos expertos en el campo de tabaquismo (p. ej., Velicer *et al.*, 1992) han recomendado que la información sobre la eficacia se base en la abstinencia a un año como mínimo. Sin embargo, en la actualidad, numerosos estudios siguen incorporando seguimientos no superiores a los seis meses, predominantemente en los trabajos sobre intervenciones farmacológicas (véanse Fiore *et al.*, 1994; Silagy *et al.*, 1994). Son escasos los programas para dejar de fumar con terapias sustitutivas de la nicotina que evalúen la abstinencia a un año o más. Este tema es capital, pues no debemos de olvidar que el problema de las conductas adictivas no estriba en dejar o no de realizar esa conducta sino en mantenerse sin hacerla; es decir, seguir abstinente después de dejar de fumar. Y la recaída en los fumadores no ocurre sólo en los seis primeros meses, sino que también se produce, aunque con menos intensidad, hasta los cinco años después de haber finalizado un tratamiento (Prochaska *et al.*, 1994; USDHHS, 1988). Pensar lo contrario es ir en contra de la evidencia empírica existente acerca del modelo transteórico de Prochaska y colaboradores (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), en el que el proceso de cambio es una cuestión cíclica y no dicotómica, siendo la recaída un elemento frecuente y esperado en el ciclo del cambio.

La excepción a esta tendencia de no abordar la evaluación con seguimientos mayores a un año son los programas conductuales, donde podemos encontrar con más de una docena de investigaciones que han evaluado la abstinencia entre 24 y 72 meses después de haber finalizado el tratamiento (véanse Glasgow y Lichtenstein, 1987; Vázquez y Becoña, 1996). Por ejemplo, en el estudio MRFIT (*Multiple Risk Factor Intervention Trial*), estudio que metodológicamente es un modelo a imitar en nuestro campo de investigación, el 48,9% de la condición experimental estaba abstinente frente al 28,8% del grupo control a los seis años de seguimiento (véase Ockene y Shaten, 1991). En este programa, la intervención era básicamente conductual, sostenida en el tiempo, junto a otro tipo de intervenciones médicas para reducir los factores de riesgo cardiovascular.

Por lo tanto, los programas conductuales para dejar de fumar han demostrado que son eficaces tanto al año de finalizar los mismos como en seguimientos de mayor duración, siendo los programas de elección para dejar de fumar. Por el contrario, los datos con que nos encontramos hasta la actualidad sobre las terapias farmacológicas apuntan una tendencia bien distinta. Estas pueden ser de ayuda cuando se utilizan adecuadamente, es decir, dentro de un programa formal de tratamiento junto a técnicas conductuales y en fumadores duros. Si se utilizan solas, los resultados son más bien decepcionantes (p. ej., British Thoracic Society, 1983).

Curiosamente, no se conoce su eficacia o la misma ha sido negativa con respecto a otros procedimientos con gran renombre social, como la homeopatía, la acupuntura, hierbas, etc.

Desafortunadamente son pocos los individuos que quieren dejar de fumar con programas formales y que busquen para ello un programa multicomponente (Hatsukami y Lando, 1993), prefiriendo dejar de fumar por ellos mismos, acudiendo a su médico o siguiendo en muchas ocasiones procedimientos poco o nada eficaces (Fiore *et al.*, 1990). Éste es también uno de los motivos que ha producido en los últimos años la adaptación de programas clínicos multicomponentes a formatos breves o de autoayuda (*cf.* The Commit Research Group, 1995).

No podemos finalizar este capítulo sin comentar que los programas conductuales tienen una buena razón coste-eficacia, pero que todavía es mejor el coste-eficacia del simple consejo médico y de los procedimientos de autoayuda aplicados masivamente a un gran número de fumadores, como el que nosotros actualmente estamos llevando a cabo en Galicia, para toda la población de fumadores, a través del correo. Con unas y otras intervenciones, junto con medidas legislativas, informativas, preventivas y restrictivas (*cf.* Becoña, 1995a), será posible reducir la prevalencia de los fumadores en la población y, con ello, facilitar que la morbilidad y mortalidad producida por el consumo de tabaco se reduzca en los próximos años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baer, D. J., Holt, C. S. y Lichtenstein, E. (1986). Self-efficacy and smoking reexamined: Construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 846-852.
- Baer, D. J. y Lichtenstein, E. (1988). Cognitive assessment in smoking cessation. En D. M. Donovan y G. A. Marlatt (dirs.), *Assessment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Baillie, A., Mattick, R., Hall, W. y Webster, P. (1994). Meta-analytic review of the efficacy of smoking cessation interventions. *Drug and Alcohol Review*, 13, 157-170.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-195.
- Becoña, E. (1985). La técnica de fumar rápido: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 209-243.
- Becoña, E. (1987a). La intervención psicológica para la eliminación del hábito de fumar. En J. M. Buceta (dir.), *Psicología clínica y salud: aplicación de estrategias de intervención*. Madrid: UNED.
- Becoña, E. (1987b). El tratamiento de fumadores con chicle de nicotina: una revisión. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 3, 175-187.
- Becoña, E. (1993). *Programa para deixar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (1994a). Evaluación de la conducta de fumar. En J. L. Grana (dir.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Becoña, E. (1994b). Teorías y modelos explicativos de la conducta de fumar. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Becoña, E. (1994c). Tratamiento del tabaquismo. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Becoña, E. (1994d). *The Fageström test for nicotine dependence in Spanish smokers*. Comunicación presentada en el 9th World Conference on Smoking of Health, París, Francia.

- Becoña, E. (1995a). El consumo de tabaco en Galicia: Prevalencia y medidas a tomar para la reducción del número de fumadores. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (dirs.), *Drogodependencias. II. Drogas legales*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (1995b). *Programa para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade.
- Becoña, E. y Froján, M. J. (1988). La técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores. *Revista Española de Drogodependencias*, 13, 131-136.
- Becoña, E., Froján, M. J. y Lista, M. J. (1988). Comparison between two self-efficacy scales in the maintenance of smoking cessation. *Psychological Reports*, 62, 359-362.
- Becoña, E. y Galego, P. (1988). Cómo mejorar la eficacia del chicle con nicotina. *Medicina Clínica*, 91, 277-278.
- Becoña, E., Galego, P. y Lorenzo, M. C. (1988). *El tabaco y su abandono*. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade.
- Becoña, E. y García, M. P. (1993). Nicotine fading and smokeholding methods to smoking cessation. *Psychological Reports*, 73, 779-786.
- Becoña, E., García, M. y Gómez, B. (1993). Evaluación de la autoeficacia en fumadores: el cuestionario de resistencia a la urgencia a fumar. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 6, 119-131.
- Becoña, E. y Gómez, B. (1991). Descenso del consumo de cigarrillos en la línea base y eficacia de un programa para dejar de fumar. *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 277-283.
- Becoña, E. y Gómez-Duran, B. J. (1993). Programas de tratamiento en grupo de fumadores. En D. Maciá, F. X. Méndez y J. Olivares (dirs.). *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Gómez-Duran, B. J., Álvarez-Soto, E. y García, M. P. (1992). Scores of Spanish smokers on Fageström's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*, 71, 1227-1233.
- Becoña, E., Louro, A., Montes, A. y Várela, M. (1995). *Axudando os meus pacientes a deixar de fumar*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M. P. (1994). *Prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1996). Los estadios de cambio de los fumadores: Un estudio empírico. *Psicología Contemporánea*, 3, 42-47.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Becoña, E., Vázquez, F. L. y Míguez, M. C. (1996). The Smoking Cessation Programme of the University of Santiago de Compostela (1984-1996). En *SmokeFree Europe Conference on Tobacco or Health*. Helsinki, Finlandia: Finnish Centre for Health Education.
- Benfari, R. C. y Sherwin, R. (dirs.) (1981). Forum: The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). The methods and impact of intervention over four years. *Preventive Medicine*, 10, 387-546.
- Benowitz, N. L. (1983). The use of biologic fluid samples in assessing tobacco smoke consumption. En J. Grabowski y C. S. Bell (dirs.), *Measurement in the analysis and treatment of smoking behavior*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- British Thoracic Society (1983). Comparison of four methods of smoking withdraw in patients with smoking related diseases. *British Medical Journal*, 286, 595-597.
- Cepeda-Benito, A. (1993). Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 822-830.
- Condiotte, M. M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.

- Covey, L. S. y Glassman, A. H. (1991). A meta-analysis of double-blind placebo-controlled trials of clonidine for smoking cessation. *British Journal of Addictions*, 86, 991-998.
- Curry, S. J. (1993). Self-help interventions for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 790-803.
- Cuttler, J. A., Neaton, J. D., Hulley, S. B., Kuller, L., Oglesby, P. y Stamler, J. (1985). Coronary heart disease and all-causes mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial: Subgroup findings and comparisons with other trials. *Preventive Medicine*, 14, 293-311.
- Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América (1992). *Tabaquismo y salud en las Américas. Informe de la Cirujana General, 1992*, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud. Atlanta: Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América, Servicio de Salud Pública.
- Doll, K. y Peto, R. (1989). *Las causas del cáncer*. Barcelona: Salvat.
- Elovaino, L. y Vertion, H. (1996). Finland- A Success story. En: *SmokeFree Europe Conference on Tobacco or Health*. Abstracts. Helsinki, Finlandia: Finnish Centre for Health Education.
- Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence on tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.
- Fagerström, K. O., Kunze, M., Schoberberger, R., Breslau, N., Hughes, J. R., Hurt, R. D., Puska, P., Ramström, L. y Zatonski, W. (1996). Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers, *Tobacco Control*, 5, 52-56.
- Fagerström, K. O. y Melm, B. (1985). Nicotine chewing gum in smoking cessation: Efficiency, nicotine dependence, therapy duration and clinical recommendations. En J. Grabowski y S. M. Hall (dirs.), *Pharmacological adjuncts in smoking cessation*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Fagerström, K. O., Säwe, U. y Tonnesen, P. (1993). Therapeutic use of nicotine patches: Efficacy and safety. *Journal of Drug Deviation*, 5, 191-205.
- Fagerström, K. O. y Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence in tobacco smoking: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159-182.
- Fernö, O., Lichtneckert, S. y Lundgren, N. C. (1973). A substitute to tobacco smoking. *Psychopharmacologia*, 31, 201-204.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., Heyman, R. B., Holbrook, J., Jaen, C. R., Kottke, T. E., Lando, H. A., Mecklenburg, R., Mullen, P.D., Nett, L. M., Robinson, L., Stitzer, M. L., Tommasello, A. C, Villejo, L. y Wewers, M. E., (1996). *Smoking cessation. Clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Fiore, M. C., Jorenby, D. E., Baker, T. B. y Kenford, S. L. (1992). Tobacco dependence and the nicotine patch: Clinical guidelines for effective use. *JAMA*, 268, 2687-2694.
- Fiore, M. C., Novotny, T., Pierce, J. P., Giovino, G. A., Hatzianandreu, E. J., Newcomb, P. A., Surawicz, T. S. y Davis, R. M. (1990). Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? *JAMA*, 263, 2760-2868.
- Fiore, M. C., Pierce, J., Remington, P. y Fiore, B. (1990). Cigarette smoking: The clinician's role in cessation, prevention and public health. *Disease a Month*, 35, 180-241.
- Fiore, M. C., Smith, S., Jorenby, D. y Baker, T. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA*, 271, 1940-1947.
- Fisher, R. B., Lichtenstein, E., Haire-Joshu, D., Morgan, G. D. y Rehberg, H. R. (1993). Methods, successes, and failures of smoking cessation programs. *Annual Review of Medicine*, 44, 481-513.

- Fisher, K. J., Glasgow, R. E. y Terborg, J. R. (1990). Work site smoking cessation: A meta-analysis of long-term quit rates from controlled studies. *Journal of Occupational Medicine*, 32, 429-439.
- Flay, B. F. (1987). Mass media and smoking cessation: A critical review. *American Journal of Public Health*, 77, 153-160.
- Flay, B. F., Gruden, C. L., Warnecke, R. B., Jason, L. A. y Peterson, P. (1989). One year follow-up of the Chicago televised smoking cessation program. *American Journal of Public Health*, 79, 1377-1380.
- García, M. P. y Bccoña, E. (1994). *Cost-effectiveness of a smoking cessation program with different amount of therapist contact*. Comunicación presentada al 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid.
- Garrido, P., Castillo, I. y Colomer, C. (1995). ¿Son efectivos los tratamientos para dejar de fumar? Metaanálisis de la literatura sobre deshabituación tabáquica. *Adicciones*, 7, 211-225.
- Gil, J. y Calero, M. D. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Interamericana-Mc-Graw-Hill.
- Glasgow, R. E. y Lichtenstein, E. (1987). Long-term effects of behavioral smoking cessation interventions. *Behavior Therapy*, 18, 297-324.
- Gruman, J. y Lynn, W. (1993). Worksite and community intervention for tobacco control. En C. T. Orleans y J. Slade (dirs.), *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press.
- Hatsukami, D. K. y Lando, H. T. (1993). *Behavioral treatment for smoking cessation*. *Health Values*, 17, 32-40.
- Heatherton, T. P., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127.
- Henningfield, J. E. (1995). Introduction to tobacco harm reduction as a complementary strategy to smoking cessation. *Tobacco Control*, 4, S25-S28.
- Heseltine, E., Riboli, E., Shuker, L. y Wilbourn, J. (1988). *Tabaco o Salud*. Madrid: Comunidad Económica Europea.
- Houston, T. P., Eriksen, M. P., Fiore, M., Jaffe, R. D., Manley, M. y Slade, J. (1994). *Guidelines for diagnosis and treatment of nicotine dependence: How to help patients stop smoking*. Chicago, IL.: American Medical Association.
- Hughes, J. R. (1988). Dependence potential and abuse liability of nicotine replacement. En O. F. Pomerleau y C. S. Pomerleau (dirs.), *Nicotine replacement. A critical evaluation*. Nueva York: Alan R. Liss.
- Hughes, J. R. (1991). Combining psychological and pharmacological treatment of smoking. *Journal of Substance Abuse*, 3, 337-350.
- Hughes, J. R. (1993). Pharmacotherapy for smoking cessation: Unvalidated assumptions, anomalies, and suggestions for future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 751-760.
- Hughes, G. J., Hymowitz, N., Ockene, J. K., Simon, N. y Vogt, T. (1981). The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). V. Intervention on smoking. *Preventive Medicine*, 10, 476-500.
- Jarvik, M. E. y Henningfield, J. E. (1993). Pharmacological adjuncts for the treatment of tobacco dependence. En C. T. Orleans y J. Slade (dirs.), *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press.
- Jarvik, M. E. y Schneider, N. G. (1984). Degree of addiction and effectiveness of nicotine gum therapy for smoking. *American Journal of Psychiatry*, 141, 790-791.

- Klesges, R. C. y Cigrang, J. A. (1988). Worksite smoking cessation programs: Clinical and methodological issues. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*, vol. 23. Nueva York: Academic Press.
- Korhonen, H. J., Niemensivu, H., Piha, T., Koskela, K., Wiio, J., Johnson, C. A. y Puska, P. (1992). National TV smoking cessation program and contest in Finland. *Preventive Medicine*, 21, 74-87.
- Kottle, T., Battista, R., DeFriese, G. y Brekke, M. (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA*, 259, 2883-2889.
- Lam, W., Sze, P., Sacks, H. y Chalmers, T. (1987). Meta-analysis of randomized controlled trials of nicotine chewing-gum. *Lancet*, 2, 27-30.
- Lando, H. A. (1993). Formal quit smoking treatments. En C. T. Orleans y J. Slade (dirs.), *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lando, H. A. y McGovern, P. G. (1985). Nicotine fading as a non-aversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking. *Addictive Behaviors*, 10, 153-161.
- Lichtenstein, E. (1992). The smoking problem. *A behavioral perspective. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 804-809.
- Lichtenstein, E. y Glasgow, R. E. (1992). Smoking cessation. What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 518-527.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention. *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- McFall, R. M. (1978). Smoking cessation methods. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 703-712.
- Nebot, M. (1996). El consejo médico en atención primaria. *Actas de las XXII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. A Coruña: Editorial Diputación Provincial.
- Ockene, J. K., Hymowitz, N., Lagus, J. P. y Shaten, B. J. (1991). Comparison of smoking behavior change for special intervention and usual care study groups. *Preventive Medicine*, 20, 564-573.
- Ockene, J., Shaten, B. J. y Neaton, J. D. (1991). Monograph: Cigarette smoking in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *Preventive Medicine*, 20, 549-551.
- Orleans, C. T. (1995). Review of the current status of smoking cessation: progress and opportunities. *Tobacco Control*, 4, S3-S9.
- Pechacek, T. F., Fox, B. H., Murray, D. M. y Luepker, R. V. (1984). Review of techniques for measurement of smoking behavior. En J. D. Matarazzo, S. C. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller y S. M. Weiss (dirs.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: Wiley.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M. y Health, C. (1994). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press.
- Pinney, J. M. (1995). Review of the current status of smoking cessation: assumptions and realities. *Tobacco Control*, 4, S10-S14.
- Pomerleau, O., Adkins, D. y Pertschuk, M. (1978). Predictors of outcome and recidivism in smoking cessation treatments. *Addictive Behaviors*, 3, 65-70.
- Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (dirs.) (1988). *Nicotine replacement: A critical evaluation*. Nueva York: Alan R. Liss.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. y DiClemente, G.C. (1994). *Changing for good*. Nueva York: William Morrow.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. (lasas y M. Gossop (dirs.), *Tratamientos patológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C. y Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Puska, P., McAlister, A., Pekkala, J. y Koskela, K. (1981). Television in health promotion: Evaluation of a national programme in Finland. *International Journal of Health Education*, 24, 2-14.
- Raw, M. (1988). *El papel del médico. Tres módulos sobre el tabaco para asociaciones médicas nacionales*. Madrid: Comunidad Económica Europea. Europa sin Tabaco 1.
- Riet, G., Kleijnen, J. y Knipschild, P. (1990). A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction. *British Journal of General Practice*, 40, 379-382.
- Salvador, T., Marín, D., González, A., Iniesta, C., Castellvi, E., Muriana, C. y Agustí, A. (1988). Tratamiento del tabaquismo: eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego. *Medicina Clínica*. 90, 646-650
- Schwartz, J. L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*, Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- Schwartz, J. L. (1992). Methods of smoking cessation. *Medical Clinics of North America*, 76, 451-476.
- Shiffman, S. (1993). Smoking cessation treatment: Any progress? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 718-722.
- Silagy, C, Mant, D, Fowler, G. y Lodge, M. (1994). Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *The Lancet*, 343, 139-142.
- The Commit Research Group (1995). Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT): I. Cohort results from a four-year community intervention. *American Journal of Public Health*, 85, 183-192.
- USDHHS (1988). *The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.
- USDHHS (1989). *The health consequences of smoking, 25 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- USDHHS (1991). *Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990's*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Vázquez, F. L. y Becoña, E. (1996). Los programas conductuales para dejar de fumar. Eficacia a los 2-6 años de seguimiento. *Adicciones*, 8, 369-392.
- Velicer, W. F., Pava, J. L., Prochaska, J. O. et al. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*, 24, 401-411.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. y Snow, M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111, 23-41.
- Viswesvaran, C. y Schmidt, F. L. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 77, 554-561.
- Warnecke, R. B., Flay, B. R., Kviz, F. J., Gruder, C. L., Langenberg, P., Crittenden, K. S., Mermelstein, R.J., Aitken, M., Wong, S. C. y Cook, T. D.(1991). Characteristics of participants in a televised smoking cessation intervention. *Preventive Medicine*, 20, 389-403.

- Wamecke, R. B., Langenberg, P., Wong, S. C., Flay, B. R. y Cook, T. D. (1992). The second Chicago televised smoking cessation program: A 24-month follow-up. *American Journal of Public Health*, 82, 835-840.
- WHO (1996). *World no-tobacco day. Sport and the arts without tobacco: Play it tobacco free!* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Becoña, E. (1994b). Teorías y modelos explicativos de la conducta de fumar. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas. Teoría evaluación y tratamiento*. Madrid, Debate.
- Becoña, E. (1995b) *Programa para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade.
- Becoña, E. y Gómez-Duran, B. J. (1993). Programas de tratamiento en grupo de fumadores. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (dirs.). *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M. P. (1994). *Prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Gil, J. y Calero, M. D. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Houston, T. P., Eriksen, M. P., Fiore, M., Jaffe, R. D., Manley, M. y Slade, J. (1994). *Guidelines for diagnosis and treatment of nicotine dependence: How to help patients stop smoking*. Chicago, IL.: American Medical Association.

4. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ADICCIÓN A LA HEROÍNA Y A LA COCAÍNA

JOSÉ LUIS GRAÑA GÓMEZ y MARINA J. MUÑOZ-RIVAS¹

I. INTRODUCCIÓN

La conceptualización de las adicciones, su estudio y caracterización, ha sido una de las líneas de trabajo e investigación más importantes en la última década. Los autores más destacados (Hodgson y Miller, 1984; Miller y Heather, 1986; Orford, 1985; Peele, 1988) proponen que ésta sea un área de estudio y conocimiento más amplia en la que los términos que la sustentan, como abuso y/o dependencia, sean utilizados como sinónimos al considerar que, a pesar de las diferencias específicas existentes entre distintas adicciones, todas ellas comparten una serie de aspectos comunes. Todos los individuos que tienen problemas de control de conductas como comer, beber, usar drogas, jugar de forma compulsiva y fumar, describen de forma similar la fenomenología de cada una de ellas y, generalmente, cuando se manifiestan de forma excesiva, suelen dar lugar a importantes problemas de conducta (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980; Orford, 1985; Stall y Biernacki, 1986). Por ello, nos adherimos a la definición de la conducta adictiva que proponen Pomerleau y Pomerleau (1987), al conceptualizarla como el consumo repetido y abusivo de una sustancia (p. ej., heroína, cocaína, alcohol y/u otras drogas psicoactivas) y/o la implicación compulsiva en la realización de una conducta determinada (p. ej., juego patológico) que, de forma directa o indirecta, modifica el medio interno del individuo de tal forma que obtiene un refuerzo inmediato por el consumo de la sustancia o por la realización de dicha conducta.

A pesar de que en la literatura científica se incluyen cada vez más conductas adictivas, las que tienen mayor prevalencia en nuestra sociedad son la dependencia del alcohol, de la heroína, de la cocaína, del tabaco y de otras drogas psicoactivas. Como han señalado Donegan *et al.* (1983), este tipo de conductas, susceptibles de emitirse de forma exagerada o abusiva, parecen ser comparables en cuanto a las propiedades que las caracterizan, tales como:

- a. la capacidad de la sustancia y/o actividad para actuar como reforzador positivo.
- b. la presencia de tolerancia condicionada, que se caracteriza por la reducción de la eficacia de la sustancia y/o actividad debido a la presencia de señales ambientales que mediatizan sus efectos.
- c. el desarrollo de una dependencia física y/o psicológica con el uso continuado; p. ej., en el caso de la adicción al alcohol y a la heroína, tienen lugar sín-

¹ Universidad Complutense de Madrid (España).

- tomas de abstinencia a nivel físico y psicológico, mientras que en otras adicciones, como en el caso de la cocaína y el tabaco, se produce una dependencia, fundamentalmente, psicológica.
- d. el contraste afectivo, es decir, la sustancia tiende a producir un estado afectivo inicial de euforia (“sensación de estar colocado”) que disminuye con el mantenimiento de la adicción en el que prevalece un estado afectivo opuesto (disforia, malestar).
 - e. la capacidad que tiene la sustancia de actuar como un potente estímulo incondicionado pavloviano, que da lugar al desarrollo de respuestas condicionadas a las señales ambientales en las que tiene lugar el desarrollo de la adicción.
 - f. la presencia de estados emocionales caracterizados por un intenso nivel de activación general, así como los efectos generados por el estrés y la ansiedad, que intervienen de forma negativa en el consumo abusivo de sustancias.

Por lo tanto, el cambio de un hábito de dependencia de las drogas por otro que conlleve un estilo de vida nuevo implica que tanto el drogodependiente como su familia participen de forma activa en un programa de tratamiento cuyo objetivo sea la abstinencia total de heroína, cocaína u otras drogas y la modificación del estilo de vida del drogadicto, aprendiendo a afrontar problemas y dificultades que le permitan dar una salida personal a su experiencia con la droga.

Según Mother y Weitz (1986), el proyecto de dejar la droga consta de varias etapas:

- 1) admitir que uno tiene problemas con las drogas y tomar la decisión de abandonarlas.
- 2) dejar de consumir drogas totalmente, es decir, superar la abstinencia física de la heroína y otras drogas.
- 3) producir cambios en el estilo de vida que permitan la adaptación al ámbito familiar, social, laboral y comunitario; ésta es una etapa crucial y suele ser la más larga, ya que no sólo tiene que cambiar la forma en la que el sujeto se comporta socialmente sino que deben adquirirse nuevas habilidades y recursos para consolidar el estilo de vida sin drogas.
- 4) afrontar problemas de la vida diaria, crisis y recaídas; esta fase es una continuación de la anterior pero, en este caso, el adicto tiene que consolidar los logros terapéuticos para mantener su proyecto personal de cambio.

En este capítulo se exponen los principales procedimientos y técnicas de intervención aplicados a la problemática de las drogodependencias dirigidos a cambiar los hábitos compulsivos de consumo de drogas por otros que conlleven formas más adaptativas de funcionamiento en el ámbito personal, familiar, interpersonal, comunitario y laboral. Al mismo tiempo, se consideran la etapa y los procesos de cambio en el que se encuentra cada individuo en el momento de iniciar el tratamiento, con el objetivo de adecuar y personalizar los paquetes terapéuticos, garantizando así unos mejores resultados tanto a corto como a largo plazo.

II. ESTADIOS Y PROCESOS DE CAMBIO EN LAS ADICCIONES

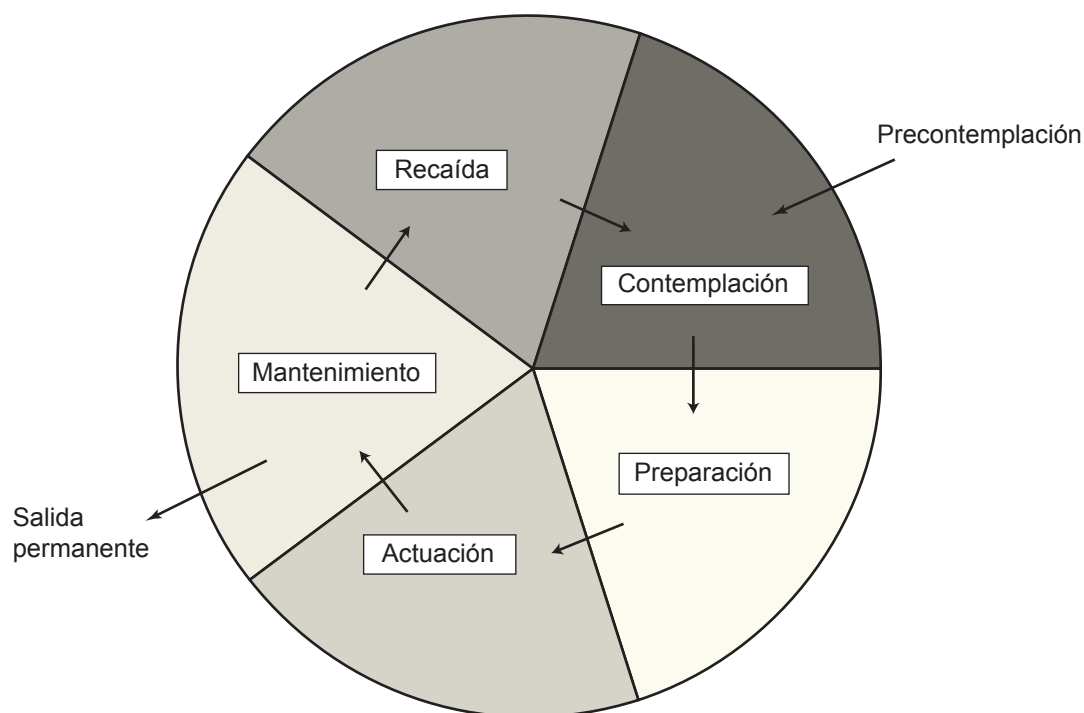
II.1. *Introducción*

Tradicionalmente, se consideraba el tratamiento de una conducta adictiva como el paso de un estado de consumo continuado de una sustancia psicoactiva (p. ej., heroína y cocaína) a otro de cambio permanente de abstinencia. Sin embargo, en la actualidad se sabe que una conducta adictiva no se caracteriza por un estado de todo o nada sino que, más bien, sigue un proceso de cambio con una serie de etapas o estadios que tienen lugar a lo largo del tiempo. Por lo tanto, un modelo comprensivo de cambio tiene que cubrir todo el proceso terapéutico que sigue un adicto hasta alcanzar la abstinencia, desde el momento en que el individuo empieza a reconocer que tiene un problema, pasando por las distintas fases del tratamiento, hasta alcanzar una abstinencia mantenida en el tiempo.

II.2. *Estadios de cambio*

Distintos autores plantearon modelos similares entre sí del cambio de una conducta adictiva (Rosen y Shipley, 1983; Brownell *et al.*, 1986; Schneider y Khantzian, 1992) caracterizados al menos por tres estadios: *a.* contemplación del cambio y motivación; *b.* compromiso y acción; y, *c.* mantenimiento. Sin embargo, el modelo teórico de Prochaska y DiClemente (Prochaska y DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994) es el que ha recibido el mayor apoyo empírico debido tanto a su capacidad descriptiva y explicativa como predictiva del proceso de cambio de las conductas adictivas, caracterizándose por los siguientes estadios: *a.* *precontemplación*; *b.* *contemplación*; *c.* *preparación*; *d.* *actuación*; *e.* *mantenimiento*; y *f.* *recaída*. Según Prochaska y DiClemente, los individuos adictos pasan por estos estadios, independientemente de si su cambio es autodirigido o dirigido por un profesional; es decir, con o sin terapia, todos ellos parecen pasar por etapas comunes de cambio terapéutico y utilizar procesos de cambio similares. Del mismo modo, la motivación, que es otro de los problemas más difíciles de abordar en las adicciones, se conceptualiza como el estadio actual en el que se encuentra un individuo o como una etapa de disponibilidad para alcanzar el cambio terapéutico.

De forma más detallada, en la figura 4.1 se especifica el modelo propuesto por los autores anteriores en el que puede apreciarse algo similar a una “rueda sobre estadios de cambio” que refleja el hecho de que los adictos suelen recorrer estos estadios circulares varias veces antes de alcanzar un cambio terapéutico estable. Así, por ejemplo, dichos autores encontraron que los fumadores generalmente recorrían la rueda entre tres y siete veces (con un promedio de cuatro) antes de dejar definitivamente de fumar. En general, la mayoría de los pacientes recae alguna vez en algún momento de su proceso de recuperación, lo que nos indica que la recuperación terapéutica en las adicciones casi nunca sigue un proceso lineal sino que, más bien, es discontinuo, circular o espiral (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

FIGURA 4.1. *Modelo de Prochaska y DiClemente (1992) sobre etapas de cambio en las adicciones*

Una vez presentada la idea central del modelo, se analizan a continuación, de forma más detallada, los distintos estadios de cambio propuestos por estos autores y las técnicas de intervención a utilizar en cada uno de ellos.

Precontemplación

Los adictos que se encuentran en esta etapa no creen tener un problema en la misma medida que lo hacen otros que están en un estadio más avanzado. Generalmente, no suelen reconocer que tienen un problema adictivo y la posibilidad de acudir a tratamiento es algo que ni siquiera han considerado. Como el propio término indica (“precontemplador”), es más probable que las personas más cercanas conozcan el problema mejor que el propio individuo. En este estadio, el aspecto crítico es aumentar la toma de conciencia del individuo sobre su adicción y hacerle ver la necesidad de plantearse su problema para lograr un cambio en su estilo de vida.

Contemplación

Los individuos que se encuentran en este estadio tienen un mayor nivel de concienciación de su problema, han considerado la posibilidad de cambiar aunque, al preguntarles, normalmente la rechazan. Esta etapa se caracteriza por la ambivalencia, que puede definirse como un estado mental en el que coexisten sentimien-

tos contradictorios sobre continuar con la adicción o dejarla (Miller y Rollnick, 1991).

A nivel terapéutico puede proporcionarse al paciente información objetiva sobre las consecuencias de la adicción y la forma en la que éstas han afectado y afectan a su vida. Si esta información se basa en hechos reales (p. ej., problemas médicos, legales, familiares, laborales) y relevantes a nivel personal, la probabilidad de que la decisión del individuo cambie es mayor que si se aplican otras técnicas más impersonales como, por ejemplo, lecturas divulgativas sobre las adicciones o el utilizar regañinas o confrontaciones. Otras técnicas disponibles y detalles específicos de aplicación pueden consultarse en Graña (1994a).

Preparación

Esta etapa se caracteriza por la decisión de emprender una serie de pasos como, por ejemplo, iniciar un programa de tratamiento para superar la adicción. En este estadio, los pacientes combinan criterios intencionales y conductuales, es decir, toman la decisión y se comprometen a abandonar su conducta adictiva y, a la vez, realizan algunos pequeños cambios conductuales (p. ej., disminuir el consumo de cocaína) que no cumplen los criterios necesarios para considerar que se hallan en el siguiente estadio, el de actuación.

A nivel terapéutico puede plantearse una serie de preguntas relevantes sobre el proceso de abstinencia y el cambio de estilo de vida manejando las respuestas del paciente de forma reflexiva, con el fin de que puedan esclarecer sus pensamientos y, al mismo tiempo, reforzar sus afirmaciones de automotivación (p. ej.: «tengo que hacer algo para superar mi adicción»). En esta etapa, otros procedimientos guardan relación con la aportación de “consejo e información objetiva” sobre el proceso de recuperación terapéutica. También, en esta etapa de preparación es fundamental elaborar con el paciente los siguientes aspectos (Graña, 1994a): el establecimiento de objetivos, la consideración de alternativas y el desarrollo de un plan de acción.

En esta fase y en función de toda la información recogida, el terapeuta debe plantear un plan de acción detallado que incluya los objetivos y la forma de conseguirlos. En este momento, el compromiso del paciente por alcanzar la abstinencia y el cambio de estilo de vida debe ser expuesto también a su familia y, en el momento adecuado, a otras personas significativas de su medio.

Actuación

Los individuos que se encuentran en este estadio están preparados para llevar a cabo un plan terapéutico específico tal como se expone en los siguientes apartados de este capítulo. En este caso, el adicto inicia la puesta en práctica de una serie de procedimientos de intervención cognitivo-conductuales dirigidos a alcanzar la abstinencia y la modificación del estilo de vida. Esta etapa suele tener una duración de tres a seis meses, pero hay que tener en cuenta que, como se ha planteado con an-

terioridad, el paciente puede intercalar etapas de cambio anteriores en su proceso de recuperación.

Mantenimiento

Una vez que la actuación terapéutica se está llevando a cabo de forma satisfactoria durante los tres primeros meses de tratamiento, el adicto entra en el estadio de mantenimiento que se caracteriza por la generalización de la abstinencia a otras drogas, por el mantenimiento y consolidación de un nuevo estilo de vida y, fundamentalmente, por el aprendizaje del manejo de las crisis y las recaídas.

En este estadio se intentan consolidar los nuevos hábitos de comportamiento adquiridos por el paciente a nivel conductual, cognitivo, emocional y social. Ahora bien, el mantenimiento del cambio en las drogodependencias no es un proceso a corto plazo, sino que más bien suele consolidarse a lo largo de los años.

Las principales estrategias de actuación para utilizar en este estadio se exponen en los siguientes apartados de este capítulo.

Recaída

El fenómeno de las recaídas va a estar presente tanto en la etapa de actuación como en la de mantenimiento y, como se verá en la intervención terapéutica, lo importante es espaciarlas cada vez más en el tiempo hasta que el individuo alcance la abstinencia y el cambio de estilo de vida en sus distintas vertientes, individual, social-interpersonal, familiar y comunitaria. Las estrategias y los procedimientos de intervención se presentan en el apartado IV («Prevención de recaídas»).

En resumen, como se acaba de exponer, la importancia de analizar el estadio de cambio en el que se encuentra el adicto al iniciar el programa de intervención es determinante a la hora de incidir de forma más apropiada en su nivel de motivación y en su proceso terapéutico a lo largo de todo el tratamiento.

II.3. *Procesos de cambio*

Tal como acabamos de exponer, los estadios de cambio representan una dimensión temporal que permite determinar y comprender el momento en el que ocurren determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas, mientras que los procesos de cambio posibilitan la comprensión de la forma en la que suceden dichos cambios. Los procesos de cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo a nivel cognitivo, emocional, fisiológico y/o conductual. Diversos estudios realizados por Prochaska y su grupo (Prochaska, 1984; Prochaska y DiClemente, 1982, 1984) sobre las conductas adictivas, han demostrado la existencia de un número limitado de procesos de cambio subyacentes a la progresión a través de los diferentes estadios, independientemente del hecho de que dicha progresión se realice con o sin ayuda profesional. Los más importantes son los siguientes:

Aumento de la concienciación. Consiste en una intensificación del procesamiento de información sobre la conducta adictiva y los problemas relacionados con ella, así como los beneficios de modificarla. Este proceso no se limita a descubrir los pensamientos y sentimientos que el individuo tiene sobre la adicción, sino también cualquier tipo de información que descubra sobre él mismo. Se trata de un proceso esencialmente cognitivo.

Liberación social. Este proceso conlleva, teniendo como referencia el medio ambiente exterior del individuo, el desarrollo de nuevas alternativas con el objetivo de iniciar o continuar con los procesos de cambio, es decir, la creación de cambios en el medio ambiente social para favorecer el cambio personal creando, por ejemplo, áreas para no fumadores, eliminando el tráfico de drogas en un barrio de una ciudad o participando en asociaciones comunitarias que promueven un determinado comportamiento saludable (p. e.), asociaciones de ex toxicómanos y de padres de drogodependientes). Este proceso no sólo hace posible que se lleven a cabo más acciones sino que también pueda incrementar la autoestima a medida que el individuo crea más sólidamente en su propia capacidad y habilidad para cambiar.

Activación emocional. Este proceso posibilita que el paciente sea consciente de sus mecanismos de defensa en contra del cambio. La activación emocional actúa de forma paralela al proceso de concienciación, pero lo hace en un nivel más profundo, fundamentalmente en el campo de las emociones. También se le conoce por catarsis o alivio dramático, ya que se caracteriza por una fuerte experiencia emocional en relación con el problema de las drogodependencias.

Autorrevaluación. Este proceso exige al paciente la realización de una reevaluación cognitiva y emocional, así como una proyección en el tiempo de cómo se encontrará una vez que haya logrado el cambio. Dicho proceso permite analizar cuándo y cómo la conducta problema entra en conflicto con los valores personales, de forma que el individuo llega a pensar y a sentir que su vida tendría más sentido sin la drogodependencia. En este caso, el paciente tendría que dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cómo te ves a ti mismo como drogadicto? ¿Cómo te verías en un futuro si superaras tu problema? ¿Cuáles serían las ventajas y los inconvenientes de ese cambio?

Compromiso de cambio. En el momento en el que una persona decide cambiar acepta la responsabilidad que conlleva ese cambio. Esta responsabilidad es la carga del compromiso, también conocida como autoliberación. El primer componente del compromiso de cambio es encubierto, es decir, reconocer ante uno mismo que ha decidido cambiar. El segundo, conlleva hacer público este compromiso, anunciando a los demás que ha tomado una decisión firme de cambio.

Contracondicionamiento. Consiste esencialmente en modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) provocada por estímulos condicionados a la conducta adictiva o a otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso al igual que el siguiente, es fundamentalmente conductual.

Control de estímulos. Consiste, básicamente, en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. En este caso no se pretende controlar las reacciones internas del paciente, sino más bien reestructurar su medio ambiente, de forma que disminuya la probabilidad de que se produzca el consumo. Técnicamente, los

procedimientos de contracondicionamiento ajustan las respuestas de un individuo ante ciertos estímulos mientras que el control ambiental regula la aparición de los mismos.

Manejo de contingencias. Este proceso es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta (p. ej., no consumir heroína) ocurra con mayor frecuencia debido a la aplicación de una contingencia de refuerzo positivo. También se puede utilizar el castigo que, como contingencia, sirve para disminuir la probabilidad de ocurrencia de una determinada respuesta (p. ej., recibir un castigo por consumir). El problema que existe en la aplicación del castigo es que sus efectos no suelen ser duraderos y, además, es un procedimiento éticamente cuestionable.

Relaciones de ayuda. Consiste en la utilización del apoyo social (familiares y amigos) como estrategia terapéutica para lograr el cambio de una conducta adictiva.

II.4. Integración de los estadios y procesos de cambio

En el cuadro 4.1, puede observarse la relación existente entre los procesos y los estadios de cambio, tal como ha sido puesto de manifiesto por Prochaska y DiClemente. De forma genérica, y a modo de resumen, debe considerarse que durante el estadio de precontemplación, los adictos utilizan con menor frecuencia los procesos de cambio que aquellos que se hallan en cualquier otro estadio. En este sentido, los precontempladores son los que procesan menos información referente a su conducta adictiva, los que utilizan menos tiempo y energía reevaluándose a sí mismos, los que experimentan menos reacciones emocionales ante las consecuencias negativas de su adicción y, en general, los que se muestran menos abiertos y comunicativos respecto a su problemática. Por el contrario, en el estadio de contemplación, los procesos más utilizados por los adictos que se encuentran en este nivel son el aumento de la concienciación y la liberación social. En el caso de los estadios de contemplación y preparación, los procesos de mayor frecuencia de uso son la activación emocional y autorrevaluación. El compromiso de cambio es utilizado por

CUADRO 4.1. Integración de estadios y procesos de cambio

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Actuación	Mantenimiento
	Concienciación Liberación social	Activación emocional Autorrevaluación	Compromiso de cambio	Manejo de contingencias Contracondicionamiento Control de estímulos Relaciones de ayuda

Fuente: Adaptado de Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994.

los drogodependientes tanto en el estadio de preparación como en el de acción. Finalmente, los procesos de manejo de contingencias, el contracondicionamiento, el control de estímulos y las relaciones de ayuda suelen estar presentes tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento.

En resumen, en cualquier programa de tratamiento es fundamental determinar tanto el estadio en el que se encuentra el adicto a lo largo de su proceso de recuperación como los procesos de cambio que utiliza en cada uno de estos estadios. Para mayor detalle, los lectores interesados pueden consultar Tejero y Trujols (1994).

III. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

III.1. *Introducción*

En el cuadro 4.2, se presentan de forma esquemática las distintas fases y contenidos terapéuticos a seguir para desarrollar un programa cognitivo-conductual en drogodependencias.

CUADRO 4.2. *Esquema de un programa de intervención cognitivo-conductual en drogodependencias*

FASES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO
El programa de tratamiento cognitivo conductual tendrá una duración de 9 meses y otros 3 de seguimiento.
<i>Primera fase</i>
<i>Primer mes de tratamiento</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de un contrato terapéutico. • Evaluar en que estadio de cambio se encuentra el paciente al iniciar el programa de tratamiento (véase Graña, 1994c; Tejero y Trujols, 1994). • Superar el síndrome de abstinencia (apartado III.2). • Entrenar a la familia a prevenir el consumo de drogas. En esta primera fase se aísla al adicto del medio ambiente habitual, saliendo siempre acompañado, hasta que alcance cierto grado de autocontrol. Generalmente, a partir del tercer y cuarto mes de tratamiento. • Romper cualquier contacto que guarde relación con el mundo de la droga. • Normalizar el funcionamiento cotidiano. • Especificar qué técnicas de tratamiento utilizar si el paciente se encuentra en los estadios iniciales del cambio. • Garantizar la realización de una analítica de orina a lo largo del tratamiento para contrastar la abstinencia.
<i>Se recomienda llevar a cabo al menos dos sesiones de terapia semanales con una duración de 60 minutos.</i>

CUADRO 4.2. (Cont.)

<i>Segunda fase</i>
<p><i>Meses segundo, tercero y cuarto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la abstinencia inicial. • Replantear y fortalecer el proceso de cambio (apartado II). • Abordar el deseo y el recuerdo persistente de la droga, mediante un entrenamiento familiar para prevenir el consumo (véase Graña, 1994d). • Alcanzado cierto grado de autocontrol, se expone gradualmente al adicto a los estímulos ambientales que elicitaban el deseo y el recuerdo de la droga (apartado III.3.1). • Manejar el ritual de búsqueda de drogas (apartado III.3.2). • Generalizar la abstinencia a todo tipo de sustancias psicoactivas que consuma el adicto (apartado III.3.3). • Modificar el estilo de vida mediante la programación de actividades (apartado III.4). • Mejorar los hábitos de salud y de higiene personal (apartado III.4.1). • Manejar aspectos psicológicos característicos de los drogodependientes como son: reacciones de ira (apartado III.4.2) y búsqueda de sensaciones (apartado III.4.3). • Reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos disfuncionales y creencias erróneas (apartado III.5). <p style="text-align: center;"><i>Se recomienda llevar a cabo durante el segundo y tercer mes, dos sesiones de terapia semanales y, a partir del cuarto mes, una sesión semanal.</i></p>
<i>Tercera fase</i>
<p><i>Dura desde el quinto hasta el noveno mes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los aspectos terapéuticos enumerados en las dos fases previas, sobre todo los de la segunda (p. ej., deshabitación psicológica, modificación del estilo de vida y reestructuración cognitiva de creencias erróneas). • Abordar la prevención de recaídas (apartado IV). Evaluar situaciones de alto riesgo, pautas de pensamiento y actitudes de recaída y conductas de alto riesgo (apartados IV.2.1 y IV.2.2). Procedimientos de intervención en prevención de recaídas (apartado IV.3). <p style="text-align: center;"><i>Se recomienda hacer una sesión semanal y, en caso de producirse un desliz o una recaída, dos sesiones semanales hasta que el adicto alcance de nuevo el estadio de cambio previo a la misma.</i></p>
<i>Seguimiento</i>
<p><i>Se realiza desde el mes noveno hasta completar un año</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza un seguimiento, como mínimo de 3 meses, y lo ideal sería hacerlo durante un año. • Se sigue tratando al paciente de forma intermitente para que aprenda a generalizar y consolidar los objetivos terapéuticos alcanzados. <p style="text-align: center;"><i>Se recomienda llevar a cabo una sesión cada 15 días los dos primeros meses y a continuación una sesión al mes.</i></p>

El programa de intervención se inicia con un contrato conductual que sirve para especificar los objetivos terapéuticos a alcanzar a lo largo de la terapia. El contrato conductual que se propone se caracteriza por una serie de condiciones que el paciente y el terapeuta deben firmar antes de iniciar el tratamiento, siendo las más importantes:

- a. la frecuencia de asistencia semanal;
- b. la duración del programa de tratamiento, que se recomienda que sea de nueve meses y otros tres de seguimiento;
- c. la elaboración de una lista de los miembros de la familia que están dispuestos a participar en el programa de tratamiento;
- d. la frecuencia semanal con la que se van a realizar los análisis de orina;
- e. el compromiso de alcanzar la abstinencia de todo tipo de drogas, incluyendo alcohol y marihuana (aunque el paciente considere que estas drogas nada tienen que ver con su drogadicción);
- f. la enumeración de las situaciones y personas de “alto riesgo” que se deben evitar durante los tres primeros meses de tratamiento, a no ser que se vaya acompañado por un familiar.

Las condiciones citadas no son las únicas que deben incluirse en el contrato conductual, ya que hay que considerar las características individuales propias de cada paciente. Lo que sí es importante es dejar claro que el programa de intervención se dirige a alcanzar la abstinencia total de todo tipo de drogas. En muchos casos, es muy difícil que inicialmente los adictos acepten dejar de consumir alcohol y marihuana, por lo que es aconsejable proceder de forma gradual, empezando por la droga más usada y, posteriormente, extender la abstinencia a aquellas menos consumidas.

Otros aspectos importantes a considerar en la etapa inicial de la terapia son el establecimiento de un control de estímulos adecuado para alcanzar la abstinencia y la modificación del estilo de vida del individuo. De forma concreta, se le pide a cada paciente: *a.* deshacerse de todas las drogas que tenga en casa, desde una dosis de heroína y/o cocaína a cualquier tipo de fármacos; *b.* romper de forma inmediata su relación con los consumidores y traficantes de drogas; y *c.* eliminar de su casa cualquier cosa que le recuerde el consumo de drogas.

III.2. *Deshabitación física*

Generalmente, el tratamiento de las adicciones caracterizadas por la dependencia de sustancias psicoactivas se inicia con la superación del síndrome de abstinencia. Son muchas y variadas las percepciones erróneas sobre los efectos y los síntomas del síndrome de abstinencia que pueden obstaculizar su tratamiento. Así, podemos encontrarnos con adictos que suponen que en adicciones como el abuso de alcohol y de las benzodiazepinas, el síndrome de abstinencia puede tener consecuencias nefastas si se interrumpe el consumo de forma abrupta o que, en el caso de la heroína, sobrevaleoren extremadamente los efectos del síndrome (p. ej., vómitos, lagrimeo, su-

dores, temblores, dolores musculares, insomnio) o, por el contrario, infravaloren la posibilidad de una recaída inicial debido a la ausencia de síntomas de abstinencia físicos tan marcados como en las demás drogas (p. ej., fatiga, insomnio, retardo psicomotor), si se trata de adictos a la cocaína. Como consecuencia, el drogodependiente que infravalora los efectos de la abstinencia no suele estar preparado para afrontar las consecuencias físicas del síndrome y los que lo sobrevaloran pueden experimentar un sentido menor de autoeficacia y volver a consumir de nuevo, ante sus sentimientos de inseguridad. Por lo tanto, para superar con éxito el síndrome de abstinencia de cualquier tipo de sustancia psicoactiva, es importante considerar los siguientes aspectos y sugerencias expuestos por Chiauzzi (1991):

- a. el tipo de droga que se trata, ya que el significado del síndrome cambia en función de la(s) droga(s) de abuso;
- b. el contexto, ya que la exposición a situaciones de alta disponibilidad de drogas intensifica el malestar del individuo durante la superación del síndrome, mientras que la desintoxicación en un ambiente seguro facilita la recuperación;
- c. la duración, como se sabe, los efectos agudos del síndrome de la mayor parte de las drogas tienen un curso aproximado de una semana, y los efectos más suaves duran más de un mes;
- d. el estilo de afrontamiento, puesto que los adictos con tendencia a somatizar experimentan niveles más altos de ansiedad, utilizan menos estrategias de afrontamiento y suelen encontrar los efectos del síndrome menos tolerables que aquellos sujetos que son capaces de comunicar su malestar y que buscan alternativas de intervención psicológicas.

Desde un enfoque psicológico, es importantísimo superar la dependencia física sin la utilización de otros fármacos sustitutivos, ya que así no se refuerza la conducta ni de consumo de drogas ni el proceso de cambio se prolongará más en el tiempo (García y Graña, 1987a). De forma aplicada, el tratamiento del síndrome de abstinencia desde una aproximación conductual implica al adicto y a su familia de un modo activo. Inicialmente, se le plantea al paciente la necesidad de reducir de forma gradual el número de dosis de heroína y/o de otras drogas que esté consumiendo a una o dos durante tres y cinco días y, a partir de ese momento, poder dejar de consumir cuando lo considere oportuno. Bajo esta reducción del consumo, el síndrome es más suave y los síntomas no son tan fuertes, ya que la dependencia física va disminuyendo lo mismo que la tolerancia condicionada.

El paso del síndrome de abstinencia se realiza de forma ambulatoria en el propio domicilio del paciente bajo un programa de prevención de la respuesta de consumo de drogas que lleva a cabo la propia familia. Para ello, es conveniente entrenar a sus miembros y al propio adicto, explicándoles cuáles son las reacciones físicas y psicológicas más importantes que deben afrontar durante esta etapa.

En esta primera fase, es necesario que un miembro de la familia acompañe al adicto a lo largo de todo el día y garantice que, si el deseo aumenta de forma considerable, el paciente siga sin consumir y evite recaer de forma anticipada.

Antes de iniciar el programa para superar el síndrome de abstinencia, es conveniente que el adicto disponga de una semana para llevar a cabo el tratamiento y, en

el caso de que esté trabajando y no pueda ausentarse, es aconsejable que deje de consumir un viernes y los días previos reduzca el número de dosis. Además, la superación del síndrome de abstinencia es más fácil de alcanzar si el drogodependiente está activo todo el día, con lo que se puede programar con anterioridad actividades que impliquen actividad física tales como, por ejemplo, fregar y barrer la casa, arreglar electrodomésticos u otros objetos del hogar que estén estropeados, pintar paredes y puertas, lijar y arreglar ventanas, cambiar los muebles de su habitación, regar y cuidar las plantas, sacar brillo a muebles y cristales de la casa, encolar muebles, hacer ejercicio físico (flexiones, *aerobic*), hacer manualidades, hablar con la familia (padres y hermanos), ayudar a hacer la comida, empapelar, jugar a las cartas, al dominó o al parchís. En este momento, no es aconsejable el uso de otras drogas como, por ejemplo, alcohol, café, medicamentos y hachís, a excepción del tabaco.

Queremos resaltar que la superación del síndrome de abstinencia, siguiendo las directrices expuestas, no siempre es posible y puede que no se ajuste a todas las tipologías potenciales de drogodependientes. En determinados casos, sobre todo si se han producido fracasos repetidos con este tipo de programa, es posible que el paciente se encuentre en el estadio de precontemplación, con lo que sería aconsejable trabajar terapéuticamente con él hasta que avanzara al estadio de contemplación y, a poder ser, al de preparación. En este supuesto, se puede aconsejar al paciente que acuda a un profesional médico que le proporcione y supervise los fármacos adecuados para la superación del síndrome de abstinencia, al mismo tiempo que se abordan los aspectos psicológicos.

III.3. *Deshabitación psicológica*

El objetivo general de todo el programa de intervención consiste en ayudar a los pacientes a superar las conductas de búsqueda y autoadministración de drogas y a modificar el estilo de vida en sus distintas vertientes: individual, familiar, social-interpersonal y comunitario (García y Graña, 1987a).

Por ello, al abordar este tipo de problemática, no suele ser la desintoxicación física el problema clínico más importante, sino el mantenimiento de la abstinencia a corto, a medio y a largo plazo.

En la actualidad, un programa de intervención conductual en drogodependencias se caracteriza por la aplicación de distintos procedimientos y técnicas que se exponen en los siguientes apartados de este capítulo.

III.3.1. Procedimientos de exposición

Una vez superado el síndrome de abstinencia, existe una serie de estímulos condicionados (ECs) que provocan respuestas condicionadas (RCs), las cuales, a su vez, dan lugar a la conducta de búsqueda y autoadministración de drogas. Por tratarse de RCs, pueden aplicarse procedimientos de exposición para extinguirlas en relación con las señales (ECs) que las provocan.

En el campo de las drogodependencias, los procedimientos de exposición a los ECs se remontan a los orígenes de la teoría del aprendizaje. El mismo Pavlov (1927) sugirió que los animales pueden adquirir respuestas a estímulos contextuales previamente asociados con el inicio de los efectos de la droga. Este descubrimiento original fue puesto de manifiesto con sujetos humanos por Abraham Wikler (1965), que llevó a cabo un estudio detallado con un sujeto que había sido adicto a opiáceos, permitiéndole volver a consumirlos bajo supervisión médica. Las observaciones de Wilder sobre los efectos de la morfina en la conducta y el estado físico y emocional del paciente, junto con las descripciones del adicto sobre sus recaídas pasadas, le llevaron a proponer un modelo conductual sobre la adicción (Wikler, 1948, 1980). Planteó que la rutina habitual de comprar y consumir drogas en contextos restringidos proporciona las condiciones ideales para la teoría del condicionamiento clásico. Así, por ejemplo, la habitación en la que habitualmente consume un adicto la heroína o la jeringuilla con la que se inyecta, por haberse asociado con un estado físico y emocional característico inducido por la droga, provocan un estado similar en ausencia de la misma. Es más, llegó a proponer que en los consumidores de droga con dependencia física y, por tanto, susceptibles de experimentar síntomas de abstinencia, cuando los niveles de droga disminuyen considerablemente, estos síntomas, según él, también son condicionables. Ya que los adictos, con frecuencia, experimentan síntomas de abstinencia cuando buscan y consiguen la próxima dosis, es posible que los estímulos relacionados con el consumo de drogas lleguen a desencadenar un síndrome de abstinencia condicionado.

Otra hipótesis alternativa, también desde el condicionamiento clásico, fue propuesta por Siegel (1976). Este autor planteó que lo que se condiciona es un conjunto de respuestas compensatorias que contrarrestan los efectos directos de la ingesta de drogas y mantienen la homeostasis del organismo, originándose de esta forma la tolerancia condicionada. En este caso, las RCs compensatorias dan lugar a síntomas de abstinencia y se desencadenan siempre que se consume la droga, por lo que la asociación temporal entre su inicio y los estímulos que están presentes durante el consumo de la misma es próxima y predecible. Las respuestas condicionadas similares también se producen emparejando estímulos relevantes con la administración de la droga. Después de varias repeticiones, estos estímulos llegan a producir efectos similares a los de la sustancia (O'Brien, 1975). Es posible que este mecanismo de condicionamiento aporte una explicación parcial para lo que se conoce como "el efecto placebo de las drogas", al presuponer que las respuestas similares o "el efecto placebo" han sido condicionadas en exposiciones previas a las drogas bajo circunstancias similares (O'Brien *et al.*, 1990).

Atendiendo a esta base teórica y conceptual, la terapia de exposición es determinante a la hora de manejar las fuertes respuestas de deseo y síntomas de abstinencia que se desencadenan en el adicto ante objetos, pensamientos, sentimientos, lugares, personas, determinados momentos del día y/o recuerdos. De esta forma, se presupone que estas poderosas RCs se extinguirán si se rompe la asociación entre los estímulos contextuales y el consumo de drogas (Graña, 1994a).

A nivel aplicado, la exposición se realiza en dos etapas, claramente diferenciadas. La primera, con una duración aproximada de uno a tres meses, se inicia una vez superado el síndrome de abstinencia (contrastado con la familia y con análisis de orina que prueben de forma objetiva que no hubo consumo de drogas) y consiste en

abordar el deseo y el recuerdo que aparece persistentemente durante los primeros meses de tratamiento. En esta etapa, el procedimiento conductual más eficaz consiste en entrenar a la familia para que pueda prevenir la conducta de consumo de drogas. En este momento, debido a que los estímulos ambientales asociados al consumo en el barrio, la pauta de búsqueda de la droga y los aspectos cognitivos del recuerdo de la heroína son muy persistentes, se hace especialmente necesaria la implicación de la familia para prevenir las recaídas que tienen lugar en los primeros meses de intervención. Así, por ejemplo, la familia controla el dinero y acompaña diariamente al adicto para evitar las presiones sociales que puedan inducirle a consumir nuevamente. Es necesario tener en cuenta que en estos primeros meses de intervención conductual suelen ser frecuentes las reacciones de ansiedad asociadas al deseo por la droga, por lo que se recomienda la utilización de técnicas de relajación y de manejo de la ansiedad.

La segunda fase, que se inicia a partir de los dos o tres meses de intervención psicosocial y que dura hasta los nueve meses de tratamiento, se caracteriza, básicamente, por la aplicación de procedimientos de exposición a los ECs que provocan la conducta de búsqueda y autoadministración de drogas. Para llevar a cabo este tipo de técnicas con sujetos adictos a la heroína y/o a la cocaína, es necesario cumplir una serie de requisitos similares a los especificados por O'Brien *et al.* (1990), Childress *et al.* (1993) y Graña (1994a), como son:

- a. antes de iniciar la aplicación de la técnica de exposición, es indispensable que el sujeto haya estado abstinerente entre uno y tres meses, contrastándolo con una analítica de orina;
- b. las sesiones iniciales de exposición deben hacerse en un ambiente controlado como, por ejemplo, en la sesión de terapia, para disminuir la probabilidad de que se dé un consumo provocado por la exposición a los ECs;
- c. los estímulos que se vayan a utilizar deben de ser específicos para cada paciente, teniendo en cuenta, para la elaboración de la jerarquía, la historia previa de consumo del sujeto; como norma general, es importante considerar que, a nivel clínico, son más relevantes los estímulos reales que los preparados en un vídeo o en una cinta de casete.

La aplicación del procedimiento de exposición se lleva a cabo identificando las señales provocadoras de deseo (ECs) mediante la elaboración de una jerarquía de estímulos (p. ej., papelina de heroína simulada, papel *albal*); la elaboración de esta jerarquía conlleva pedirle a cada paciente que califique el deseo subjetivo que le produce cada una de las situaciones. Las sesiones de exposición deben tener una duración aproximada de 45 minutos y no se recomienda pasar al ítem siguiente de la jerarquía hasta que no se den señales evidentes de habituación; es decir, el nivel de ansiedad al finalizar la sesión de exposición tiene que ser mucho menor que el que tenía el paciente al principio de la misma. Durante la realización de la exposición es conveniente que el sujeto verbalice sus pensamientos, sentimientos, sensaciones y estado de ánimo. Generalmente, cada sesión de exposición termina con la aplicación de una técnica de relajación antes de que el sujeto abandone el lugar de tratamiento. La aplicación de esta técnica en un caso clínico puede consultarse en Muñoz-Rivas (1997).

Para el manejo del deseo también pueden utilizarse otras técnicas como la sensibilización encubierta (Cautela, 1967). Este tipo de técnica cognitiva tiene la ventaja de que ayuda al paciente a generalizar las habilidades desarrolladas para afrontar las sensaciones físicas y reacciones emocionales, al ser éstas muy similares a las que se producen en la vida real.

En los programas de intervención conductual a nivel urbano, al aplicar este tipo de procedimientos, debe extremarse la prevención del consumo de drogas haciendo que el paciente acuda a terapia acompañado, por ejemplo, por uno de los miembros de la familia. Inicialmente, estos pacientes tienen un escaso control sobre su adicción pero, a medida que progresan en el tratamiento, aumenta el nivel de independencia en el propio entorno en el que viven.

III.3.2. Conducta de búsqueda de drogas

Generalmente, los drogodependientes tienen un estilo de búsqueda de la droga específico, que suele variar en función del tipo de droga que consumen. Así, en el caso de la heroína y de la cocaína, los rituales de obtención de la droga son, en la mayoría de los casos, muy prolongados ya que el abuso de este tipo de drogas requiere disponer de mucho dinero y la obtención del mismo, en un porcentaje muy elevado de ocasiones, constituye una actividad laboriosa.

La intervención terapéutica consiste en: *a.* identificar en cada caso las rutas de búsqueda de drogas en el barrio y en la ciudad; *b.* generar rutas alternativas en las que el consumo de drogas sea mucho menor; por ejemplo, descubriendo los recursos comunitarios a nivel social, educativo, laboral y de ocio que existan en el barrio y en la ciudad. Con esta intervención, se generan nuevos mapas cognitivos de la ciudad y del barrio, asociando nuevas señales con la abstinencia y con la modificación del estilo de vida; *c.* exposición in situ a las rutas relacionadas con el consumo de drogas, acompañado por el terapeuta o por un familiar para prevenir una posible recaída, entrenando al adicto a dar respuestas alternativas ante cada uno de los elementos de la cadena de la conducta de búsqueda. La realización de este procedimiento puede ir acompañada de la aplicación de técnicas de sensibilización encubierta y de reestructuración cognitiva o, simplemente, de la verbalización por parte del paciente de sus pensamientos y sentimientos a medida que se expone a este tipo de situaciones.

III.3.3. Otras drogas de abuso

Como se especificó en el inicio de este capítulo, el objetivo terapéutico del programa de intervención consiste en alcanzar la abstinencia de todo tipo de drogas y la modificación del estilo de vida del drogodependiente. Para ello, al realizar la evaluación conductual se elabora una jerarquía con todas las drogas que el adicto consume en la actualidad, empezando por la que usa con mayor frecuencia y acabando por la menos consumida. Los procedimientos de intervención son similares para las distintas drogas de abuso, de forma que los procedimientos y las técnicas que aquí se exponen de forma genérica pueden aplicarse con cada una de ellas.

III.4. *Modificación del estilo de vida*

La modificación del estilo de vida del drogodependiente se inicia de forma simultánea con el tratamiento del síndrome de abstinencia. Si la intervención terapéutica se centrara, únicamente, en lograr la abstinencia, probablemente se conseguirían unos buenos resultados momentáneos, pero el adicto recaería con toda seguridad en un breve período de tiempo.

El cambio de estilo de vida es un largo proceso que exige la participación activa del paciente para lograr el cambio terapéutico. Los procedimientos de intervención que se aplican para fomentar un estilo de vida sin drogas se basan en la potenciación de los recursos personales y en el aprendizaje de nuevas formas de enfrentamiento a situaciones problemáticas (García y Graña, 1987a). La consecución de este objetivo conlleva la aplicación de procedimientos de intervención tanto conductuales como cognitivos.

A nivel conductual, es muy útil la aplicación de la programación de actividades, que consiste en planificar de forma sistemática y negociada cada uno de los días de la semana del paciente de hora, en hora. Inicialmente, es el terapeuta y la familia del adicto los que asumen toda la responsabilidad de la programación, pero, gradualmente, el paciente debe ir adquiriendo un mayor control e iniciativa sobre su elaboración y posterior puesta en práctica (por ejemplo, actividades de cuidado y aseo personal, tareas a realizar en casa, práctica de aficiones, conversaciones con la familia y/o pareja y salidas por el barrio y la ciudad con la familia). La realización de este programa se supervisa diariamente y se contrasta la información que proporciona el paciente con la de la familia.

Como hemos comentado, en torno al tercer mes de terapia, la responsabilidad de la planificación recae sobre el adicto, que debe realizarla por sí mismo y presentarla al terapeuta para su análisis y discusión al inicio de cada semana. Para la programación de actividades, tanto el terapeuta como el paciente y la propia familia deben tomar como referencia que el adicto tiene que modificar su estilo de vida, tanto en el área personal y familiar como en la socio-interpersonal, laboral, educativa y comunitaria. En general, durante los tres primeros meses, las actividades que realiza el adicto están dirigidas a adquirir un mayor control sobre su conducta (generalmente realizando actividades en casa) pero, a medida que vaya progresando, debe ir intercalando actividades dentro y fuera de casa y, finalmente, una vez que haya alcanzado un nivel de autonomía mayor, la intervención terapéutica se centrará en alcanzar un estilo de vida equilibrado.

III.4.1. *Salud física y cambio de imagen*

El abuso reiterado de drogas, como heroína y cocaína, suele producir en el individuo distintas patologías, generalmente, de tipo infeccioso. Así, por ejemplo, el Plan Nacional sobre Drogas (1992), recomienda derivar para una valoración médica a los drogo-dependientes que presenten: un síndrome febril de más de 24 horas de evolución, hepatitis vírica complicada, alteraciones de tipo neurológico (disminución de conciencia, déficit sensorial o motor, convulsiones), pérdida brusca de

agudeza visual, abdomen agudo (después de descartar un síndrome de abstinencia) y/o síndrome de abstinencia de opiáceos en la mujer. Sin embargo, el problema mayor es el sida, que afecta a un alto porcentaje de drogodependientes y se caracteriza, entre otros síntomas, por un cuadro de fiebre, adelgazamiento rápido y diarrea persistente.

En el programa de tratamiento es fundamental también incluir la mejora de los hábitos de salud de los pacientes, enseñándoles a optimizar sus hábitos alimenticios y de ejercicio físico, a realizar revisiones médicas periódicas y, sobre todo, a que la ingesta de medicamentos esté controlada por un médico. A nivel práctico, estas actividades relacionadas con el cuidado de la salud física pueden incorporarse a la planificación de actividades que el paciente realiza diariamente.

Es importante señalar que los hábitos de higiene personal y de cambio del aspecto físico deben empezar a fomentarse desde el inicio de la intervención psicosocial, intentando que el aspecto externo del adicto evolucione simultáneamente con el cambio de su estilo de vida. En este caso, tanto el terapeuta como la familia deben proporcionar al paciente una retroalimentación detallada sobre los cambios que va introduciendo en sus hábitos de cuidado personal.

III.4.2. Reacciones de ira

En determinadas situaciones, es característico del drogodependiente manifestar reacciones de ira e impaciencia, así como de impulsividad. De forma esquemática, el manejo de estas respuestas se lleva a cabo en tres fases (Deffenbacher y Lynch, 1998; Novaco, 1979):

- a. *preparación*, educando al paciente sobre la activación de la ira y sus determinantes, identificando las circunstancias que desencadenan la ira (elaborando una jerarquía de situaciones), discriminando las ocurrencias de ira adaptativas de las que no lo son e introduciendo las técnicas de manejo de la ira como estrategias de afrontamiento para manejar las situaciones conflictivas y el nivel de estrés;
- b. *adquisición de habilidades*, en primer lugar, enseñando al paciente a no tomarse las cosas de forma personal y, en segundo lugar, realizando un entrenamiento cognitivo para manejar la ira, en varias etapas:
 - 1) prepararse para la provocación,
 - 2) impacto y confrontación y,
 - 3) reflexión posterior considerando la resolución o no del conflicto (en esta fase, se aplican técnicas de instrucción, modelado, ensayo de conducta y estrategias de afrontamiento);
- c. *aplicación del entrenamiento*, que se lleva a cabo exponiendo al paciente de forma simulada a las situaciones desencadenantes de estas reacciones según la jerarquía elaborada. La fase de aplicación del manejo de la ira se lleva a cabo induciendo las reacciones de ira de forma imaginaria y a través de representación de papeles.

III.4.3. Búsqueda de sensaciones

La búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1984) es una de las características propias de los individuos con abuso de drogas al desarrollar un estilo de vida que acentúa una gran actividad y una alta estimulación. Como consecuencia, no suelen apreciar la serenidad, la relajación y el disfrute de actividades sedentarias y, en cierta medida, rutinarias. Por lo general, estos individuos tienen un bajo umbral para el aburrimiento en comparación con los normales. Además, en muchos casos, este estado suele ser un desencadenante fiable del deseo y de la recaída posterior. La intervención con este tipo de pacientes puede realizarse: a) evaluando qué entienden por aburrimiento y su posible relación con el abuso de drogas; b) generando una lista alternativa de actividades a desarrollar incidiendo, especialmente, en aquellas que impliquen el desarrollo de hábitos adaptativos como, por ejemplo, practicar deportes que no impliquen riesgo; y, c) desarrollando estrategias cognitivo-conductuales para afrontar el aburrimiento, siguiendo el modelo de inoculación de estrés de Meichenbaum (1987).

Muchas de las actividades que los buscadores de emociones denominan excitantes guardan relación con la ruptura de normas sociales o con actividades arriesgadas para la vida del individuo que, por lo general, suelen tener como consecuencia el ir a la cárcel, el hacerse daño físico o incluso llegar a la muerte. Además, por ejemplo, los consumidores de cocaína suelen caracterizarse por una actividad sexual compulsiva que nada tiene que ver con una implicación emocional adaptativa. Con el tratamiento, estos sujetos aprenden que hay un gran rango de actividades estimulantes aparentemente simples que no habían considerado con anterioridad como, por ejemplo, participar en una reunión familiar, leer, practicar deportes, ir al cine y/o aprender a descubrir sus sentimientos en las relaciones íntimas.

III.5. Técnicas de reestructuración cognitiva

Este tipo de procedimientos tiene como finalidad modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que presentan los drogodependientes y que median en su proceso de recuperación terapéutica. Muchas de estas creencias pueden observarse claramente mientras que otras pasan desapercibidas, sin que el paciente se plantee su veracidad. Por ejemplo, es frecuente observar en individuos adictos a la cocaína y/o a la heroína las siguientes creencias: «esnifar cocaína no produce adicción», «superado el síndrome de abstinencia, ya estoy curado», «la cocaína mejora mi funcionamiento físico y hace que mis relaciones sean más interesantes», «como llevo una semana sin consumir heroína, ya no tengo deseo de la droga, ni me acuerdo de ella».

La mejor intervención terapéutica de este tipo de distorsiones cognitivas, así como de otras no mencionadas aquí, suele ser la reestructuración cognitiva desarrollada por Beck *et al.* (1979/1983). Las técnicas cognitivas desarrolladas por los autores se basan en dos supuestos básicos: a) las cogniciones influyen en la conducta y en el afecto de los individuos; y b) las creencias deben ser consideradas como inferencias sobre la naturaleza del mundo más que como hechos concretos sobre el mismo.

Los procedimientos cognitivos intentan ayudar al paciente a descubrir el mecanismo de sus autoafirmaciones, enseñarle a distanciarse de la certeza con la que se mantiene una determinada creencia y, finalmente, llevar a cabo la evaluación sistemática de la exactitud de las creencias y distorsiones cognitivas que mantiene en relación con el abuso de drogas y con el estilo de vida drogodependiente.

La práctica de la terapia cognitiva es similar al desarrollo de una investigación, en la que las creencias, expectativas y pensamientos automáticos se tratan como hipótesis que, de hecho, tienen que probarse antes de ser asumidas. El paciente y el terapeuta colaboran de forma activa en la identificación de áreas problemáticas y en el diseño y puesta en práctica de pruebas objetivas que ayuden a validar o no las distintas creencias. No se trata de persuadir al paciente para que cambie sino que se utiliza la evidencia generada por él mismo como base para fundamentar el cambio. En todo caso, las sesiones iniciales exigen bastante estructuración y guía por parte del terapeuta.

En conclusión, la intervención psicosocial a nivel individual, desde una aproximación cognitivo-conductual, debe centrarse, en primer lugar, en determinar el proceso de cambio en el que se encuentra el drogodependiente en el momento de iniciar el programa terapéutico. De nada sirve aplicar procedimientos y técnicas de intervención si el paciente no está preparado para asumir un cambio drástico en su vida en relación con la drogodependencia. Sólo asilos procedimientos y técnicas expuestos en este apartado y en los siguientes, serán de utilidad clínica para abordar con éxito esta problemática social.

Queremos resaltar también que ninguno de los procedimientos analizados tienen una utilidad clínica superior a los demás y, por ser la drogodependencia un fenómeno con manifestaciones múltiples, el éxito terapéutico casi siempre se va a garantizar mediante la utilización simultánea de múltiples técnicas y procedimientos de intervención. Así, por ejemplo, algunos estudios informan que la aplicación de técnicas de exposición no es suficiente para mantener la abstinencia a largo plazo, mientras que otras variables (por ejemplo, implicación de la familia y/o el tener un trabajo o esperar obtener uno nuevo) tienen un efecto incluso mayor que el hecho de que el individuo se habitúe a los estímulos ambientales condicionados (Graña, 1991; Kasvikis *et al.*, 1991; Negrete y Sherif, 1992).

Por ello, es importante que el terapeuta, al realizar la evaluación de cada caso, tenga en cuenta todas las variables que pueden incidir en la recuperación de los adictos, diseñando y aplicando todas aquellas técnicas que se exponen en este capítulo y en los siguientes para que el éxito terapéutico sea un objetivo alcanzable.

IV. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

IV.1. *Formulación teórica*

Una vez que un drogodependiente ha sido capaz de mantenerse abstinente entre uno y tres meses, constata que el intento de superación de la adicción es un proceso largo y complejo en el que pronto surgirán las primeras crisis.

Se define una *recaída* como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior después de un período inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida (como mínimo entre uno y tres meses) (García y Graña, 1987b).

Quizás, la definición más operativa de lo que es una recaída, es la propuesta por Chiauuzzi(1991):

Recaída es el restablecimiento de los pensamientos, sentimientos y comportamientos adictivos, después de un período de abstinencia. Este período de abstinencia puede variar considerablemente [...]. La recaída implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La contribución específica de cada uno de estos factores en un individuo concreto dependerá de su historia de aprendizaje, de su funcionamiento físico, predisposición psicológica y de su entorno. La recaída no debe considerarse necesariamente como una indicación de la motivación que uno tiene sino más bien como una falta que puede corregirse mediante un examen y el cambio de los factores de riesgo individuales. Un retorno breve a la conducta adictiva no debe considerarse como una recaída, a no ser que ocurra frecuentemente o desencadene un retorno prolongado a la pauta de conducta adictiva. Estos deslices pueden, de hecho, aportar señales sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que requieren una evaluación más detallada. Finalmente, reemplazar una conducta adictiva por otra podría considerarse como una señal potencial de desliz o recaída [p. 13].

Por tanto, el proceso de superación de las drogodependencias implica una perspectiva temporal en la que se intercalan períodos de abstinencia con períodos de crisis. Para que un proyecto de dejar las drogas sea consistente, las recaídas han de aparecer cada vez más espaciadas en el tiempo y ser, por lo tanto, menos frecuentes que los períodos de abstinencia (García y Graña, 1987b).

Como plantearon Prochaska y DiClemente (1986) con su modelo de estadios de cambio, un paciente, tras un consumo ocasional, desliz o recaída, no va a entrar en un proceso de naturaleza irreversible, sino que lo más probable es que regrese a uno de los estadios de cambio anterior al actual (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento). Para esos autores (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), el proceso de cambio en las adicciones casi nunca es lineal, sino dinámico y en espiral, y las recaídas son tan frecuentes que deben integrarse como un eslabón más en dicho proceso de cambio. Según dicho planteamiento, el objetivo terapéutico consistirá en que el paciente alcance de nuevo el estadio de cambio previo a la recaída para continuar con el programa terapéutico, considerando cada nueva recaída más que como un fracaso, como una nueva experiencia de aprendizaje.

Marlatt (1993), define la prevención de recaídas como «Un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas» (p.137). El modelo de prevención de recaídas, desarrollado de forma extensa por Marlatt y Gordon (1985) en el manual titulado *Relapse prevention*, considera las adicciones como un hábito adquirido que puede eliminarse y/o modificarse aplicando los principios del aprendizaje (aprendizaje clásico, operante y, fundamentalmente, aprendizaje social). La recuperación se considera como una tarea de aprendizaje en la que el adicto asume un papel activo y responsable para alcanzar el autocontrol.

Según este modelo, el proceso de cambio tiene lugar en tres etapas: 1. asumir el compromiso de que el individuo quiere cambiar; 2. llevar a cabo el cambio; y, 3. man-

tener el cambio logrado. Esta última etapa se caracteriza por la aplicación de los procedimientos de intervención cognitivo-conductuales característicos del modelo de prevención de recaídas y, no sólo es la más larga y la más difícil, sino que también es la que se caracteriza por un mayor número de crisis. Nuestra concepción de la prevención de recaídas consiste en mantener y mejorar el proceso terapéutico alcanzado en las dos primeras etapas. Si se toma en consideración el modelo de Prochaska y Di-Clemente (1986), las estrategias de intervención del modelo de prevención de recaídas deben encuadrarse en alguno de los estadios de cambio propuesto por dichos autores, ya que existen diferencias individuales en el proceso de recaída (por ejemplo, un individuo regresa al estadio de contemplación y otro puede hacerlo al de actuación).

Marlatt y Gordon (1985), dieron gran importancia a los factores cognitivo-conductuales implicados en la recaída. Si un individuo es capaz de mantenerse abstinentemente, por ejemplo, entre tres y seis meses, es posible que experimente una sensación de control personal sobre la drogodependencia (autoeficacia) y cuanto más largo sea este período, mayor será la percepción de autocontrol. Este control percibido por el adicto continuará hasta que se encuentre con una situación de alto riesgo. Marlatt (1993) definió una situación de alto riesgo como «cualquier situación [incluyendo las reacciones emocionales a la situación] que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída» (p. 141).

En el caso de un drogodependiente, si a la hora de afrontar una situación de alto riesgo es capaz de manejarla eficazmente, se produce un aumento de la autoeficacia personal y la probabilidad de recaída disminuye. En el caso de que un individuo en tratamiento recaiga, posiblemente el proceso que le ha llevado a consumir de nuevo se caracterice por la ausencia de respuestas de afrontamiento o por la inhibición de las mismas, debido a niveles elevados de miedo o ansiedad. Es posible también que no perciba la situación como de alto riesgo o que el proceso de cambio se haya ido deteriorando de forma gradual. Estos aspectos van disminuyendo tanto el nivel de autoeficacia del adicto en distintas situaciones de alto riesgo como las expectativas de resultado para manejar con éxito la próxima situación que implique dificultad. La recaída es más probable si el drogodependiente anticipa unos efectos positivos para el consumo de la sustancia basados en su historia previa con el consumo de la(s) droga(s) y si, al mismo tiempo, descarta los efectos negativos más a largo plazo. Una recaída puede empezar en forma de pensamientos, sentimientos o conductas que, materializándose inicialmente en un simple desliz, dan lugar a una recaída completa. Así, puede empezar con la *toma de una decisión aparentemente irrelevante* (TDAI); por ejemplo, un individuo en tratamiento que lleva cinco meses abstinentemente, al volver del trabajo cambia un día su ruta habitual y decide pasar por uno de los lugares donde compraba y consumía droga cuando era drogodependiente. En este caso, la elección de una nueva ruta puede ser considerada como la TDAI. Esta decisión, sin ser consciente, le ha situado ante una *situación de alto riesgo* (situaciones de naturaleza intrapersonal e interpersonal que hacen más probable que un individuo en tratamiento consuma otra vez). Al pasar por el nuevo lugar piensa en el “camello” que le vendía y en el lugar donde acostumbraba a consumir; experimenta pensamientos débiles sobre los efectos placenteros del consumo, al mismo tiempo que nota cómo las palmas de sus manos empiezan a sudar y el corazón le late más deprisa. En este momento reconoce el riesgo y la inminencia de la recaída. Al pasar de una decisión aparentemente irre-

levante a encontrarse en una situación de alto riesgo se ha producido un cambio ambiental considerable en el proceso de recaída. Sin embargo, todavía está a tiempo para corregirla si es consciente de lo que le está sucediendo y adopta una respuesta de afrontamiento, en este caso, volviendo a tomar la ruta habitual. Si es así, notará un sentimiento general de autoeficacia que hará que el tratamiento que se está llevando a cabo sea aún más eficaz. Además, también aprenderá que la inminencia de la recaída puede ser alterada, analizando de forma racional la situación y dando una respuesta adecuada de afrontamiento.

Por el contrario, si el individuo permanece en la situación de alto riesgo por un período de tiempo más prolongado, es probable que comience a racionalizar el dilema de volver a consumir después de cinco meses abstinentes con pensamientos como: «por intentarlo una vez no va a pasar nada» o «me sentiré mejor conmigo mismo si no cedo a la tentación». También es posible que anticipe los efectos positivos de la sustancia y piense que si vuelve a esnifar de nuevo se va a sentir muy bien, con mucha energía y vitalidad. Puede pensar que ya no tiene control sobre su conducta a la vez que el deseo de consumir es cada vez más intenso; es como si sus pensamientos y sentimientos le estuviesen jugando una mala pasada en su situación actual. Estos cambios le sitúan en el próximo paso en su proceso de recaída.

Si a partir de aquí no se interviene, ya sea por iniciativa del propio paciente o pidiendo ayuda a su terapeuta, el individuo consumirá, casi con toda certeza, la droga en cuestión. Una vez que haya consumido la primera dosis, de no hacer nada, lo más probable es que oculte y niegue lo sucedido en el caso de ser descubierto y empiece a consumir de forma continuada. Es más, es posible que sienta que el impulso de continuar consumiendo, le sobrepasa nuevamente.

En este caso, se está produciendo lo que Marlatt (1985a) definió como el “efecto de violación de la abstinencia”. Este efecto tiene ciertos elementos cognitivos característicos, como son la generación de una disonancia cognitiva y de una autoimagen negativa y la atribución de una incapacidad personal para superar la dependencia de la adicción. Tiene también otros aspectos determinantes, como es el deseo reforzado por volver a consumir de nuevo (Early, 1991; Graña, 1994b).

El primer componente es la *disonancia cognitiva* que genera el consumir de nuevo. Según la teoría de Festinger (1964), se asume que la disonancia cognitiva aparece como consecuencia de una discrepancia entre las cogniciones del individuo y las creencias sobre sí mismo (como abstinentes) y la ocurrencia de la conducta incongruente con esta autoimagen (volver a consumir de nuevo). El sujeto experimenta la disonancia resultante en forma de conflicto o culpabilidad por lo que acaba de hacer. Este conflicto interno tiene un carácter motivacional y hace que se emprendan conductas (o cogniciones) que eliminen o reduzcan la reacción de disonancia. En la medida en que la conducta problema (consumir) se haya utilizado en el pasado como una respuesta de afrontamiento para superar el conflicto o la culpa, es muy probable que el individuo emprenda las conductas prohibidas (consumir de nuevo) con el fin de eliminar o reducir reacciones desagradables. Una vez que se ha producido la recaída, si se sigue consumiendo en un intento por reducir los sentimientos de culpabilidad, el paciente puede verse mediatizado por un importante refuerzo negativo (consumir para evitar estados emocionales negativos). Es posible también que el individuo intente reducir la disonancia asociada con el primer desliz alteran-

do de forma cognitiva la nueva autoimagen (abstinente) para ponerla en consonancia con la nueva conducta (consumir de nuevo).

El segundo componente es el efecto de autoatribución mediante el cual el sujeto atribuye la causa de la recaída a un fracaso personal o a sus propias debilidades. En este caso, es posible que en vez de considerar la recaída como una simple respuesta situacional, atribuya la causa de la misma a la falta de fuerza de voluntad o a la debilidad personal. Como ha señalado Bern (1972), la gente realiza con frecuencia inferencias sobre sus propios rasgos de personalidad, actitudes y motivos cuando observan su propia conducta. Así, atribuirá su fracaso a causas internas o personales. Es decir, si el desliz se considera como un fallo personal, la expectativa del individuo de que va a seguir fracasando seguirá aumentando.

El tercer componente es el deseo reforzado por la vuelta al consumo, que se produce una vez que el individuo recae y piensa cuándo va a autoadministrar.se la próxima dosis y, si no dispone de la droga, pone nuevamente en funcionamiento el ritual de búsqueda para la obtención de la misma.

Estos tres componentes se combinan para completar una recaída completa. Existen muchos puntos de intervención en esta secuencia, como se expondrán en los siguientes apartados.

IV.2. *Evaluación de la prevención de recaídas*

IV.2.1. Evaluación de las situaciones de alto riesgo

La evaluación de las situaciones de alto riesgo implica realizar un muestreo suficientemente amplio de situaciones susceptibles de desencadenar un desliz o una recaída a lo largo del proceso de recuperación terapéutica. La identificación de las situaciones de alto riesgo puede realizarse desde el momento en el que el paciente lleve un mes abstinente. A nivel aplicado, se puede proceder de la siguiente forma: a) se pide a cada sujeto que realice un autorregistro cada vez que tenga un deseo fuerte por consumir; b) si el paciente tiene dificultad para realizar el autorregistro (p. ej., bajo nivel educativo), el terapeuta, durante las sesiones de terapia individual, realiza un sondeo de posibles situaciones de alto riesgo que hayan tenido lugar a lo largo de la semana y las va anotando en una lista denominada "situaciones de alto riesgo"; c) cada vez que se dé un consumo de la droga principal de abuso y/o de otras relacionadas, aunque éste sea mínimo, se analiza detalladamente la situación que lo desencadenó; d) análisis de la historia previa de recaídas (Graña, 1994c).

En muchos casos, la recaída viene dada por una serie de acontecimientos vitales que tienen lugar en la vida del paciente (p. ej., separación, pérdida de empleo). Se recomienda tener en cuenta estos aspectos como posibles desencadenantes de una recaída durante el tratamiento o en el seguimiento. Por ejemplo, de forma genérica, algunas situaciones de alto riesgo características de los individuos en tratamiento son las siguientes:

- a. *Manejo de dinero.* Un adicto necesita que pasen bastantes meses antes de que pueda manejar el dinero si« necesidad de pensar en la droga. Gracias a la historia de aprendizaje con la droga, el dinero se ha convertido en una señal y/o

reforzador condicionado, altamente indicativo de la sustancia. Así, si un individuo pasa por un lugar de venta de droga y tiene dinero suficiente para adquirirla, con certeza su nivel de deseo aumentará de forma considerable, y lo más probable es que se produzca inicialmente un desliz y, en el caso de no intervenir, una recaída.

- b. *Consumo de otras drogas.* El consumo habitual de alcohol y tabaco, así como de otros fármacos psicoactivos, determina otro de los factores de riesgo más importantes. Mientras el paciente busque la sensación de “estar colocado”, es muy posible que las características de la adicción se mantengan inalteradas sustituyendo la droga de abuso por otras hasta alcanzar efectos similares. De esta forma, se establece una clara ocasión para que se desencadenen deslices y recaídas.
- c. *Actividades de ocio con consumidores de droga conocidos.* El adicto puede mantener la abstinencia durante un mes o más tiempo pero si sus relaciones interpersonales tienen lugar con consumidores de droga, la recaída y el abandono del tratamiento sólo será cuestión de tiempo. En este caso, cambiar las relaciones interpersonales es un objetivo terapéutico prioritario.
- d. *Homenajes.* Existen determinadas situaciones que tienen lugar a lo largo del año y que son de carácter especial por estar asociadas a un consumo intenso de heroína y/o cocaína. Las más significativas por su asociación con las recaídas son: los cumpleaños, el nacimiento de un hijo, casarse, la celebración de fiestas señaladas (p. ej., Navidades, fin de año) y los aniversarios.

IV.2.2. Factores de riesgo y señales de aviso

Los factores de riesgo y las señales de aviso siempre aparecen antes de que el paciente recaiga. Cuanto antes sean detectados y puestos de manifiesto, más fácil será adoptar las medidas terapéuticas apropiadas e interrumpir la cadena de eventos que con seguridad dan lugar a una recaída.

Pautas de pensamiento y actitudes de recaída

1. *Actitudes negativas.* Existe una serie de pensamientos y actitudes negativas que de forma fiable dan lugar a las recaídas. Por ejemplo, comportarse como un individuo que no consume drogas y pensar como un drogodependiente. En este caso, el pensamiento adictivo representa una continuación del estilo de vida de drogodependiente; es decir, el paciente piensa, siente y actúa de forma adictiva, aunque no consume drogas. A continuación, se expone una serie de actitudes y pensamientos relacionados con este aspecto: tener dudas sobre el proceso de recuperación, autocompasión, impaciencia, esperar demasiado de los demás, mantener una actitud negativa y de insatisfacción crónica, confiar demasiado en uno mismo, el hecho de que la vida no tenga sentido sin drogas y/o mantener actitudes y creencias rígidas.
2. *Sentimientos y estado de ánimo negativos.* Son precursores de la recaída los sentimientos crónicos no resueltos de aburrimiento, depresión, soledad,

infelicidad, tristeza, ira, ansiedad y culpa o recuerdos dolorosos y/o traumáticos.

3. *Idealizar el efecto “estar colocado” de la droga.* La situación de recaída aumenta, si el paciente continúa idealizando los efectos que le producía la droga, recordando de forma selectiva sólo los agradables (este efecto se conoce también como “recuerdo eufórico”).
4. *Poner a prueba el control personal.* Si al cabo de varias semanas o meses el paciente se mantiene abstinentes, es probable que surjan fantasías sobre la posibilidad de volver a consumir de forma controlada; es decir, puede notar que tiene una percepción de control personal mayor sobre su adicción y que los problemas relacionados con el consumo han desaparecido.
5. *Deseo de gratificación.* Suele ser el resultado de hacer frente a todos los problemas y dificultades que lleva implícitos la recuperación terapéutica. En muchos casos, el paciente puede hacer una demora cognitiva del consumo hasta que llegue su cumpleaños o celebre una fiesta.
6. *Estados de ánimo positivos.* No sólo los sentimientos y estados de ánimo negativos desencadenan la recaída, sino que el sentirse muy bien o en un estado de ánimo positivo un tanto exagerado, genera un sentido falso de seguridad sobre el proceso de recuperación. Por ejemplo, cuando un adicto se encuentra en este estado puede creer que, para él, es realmente fácil manejar un consumo esporádico sin tener que perder el control.
7. *Problemas sexuales y de relaciones.* Los problemas sexuales no resueltos pueden ser un desencadenante muy común de las recaídas.
8. *Sueños relacionados con la recaída.* Los sueños relacionados con las drogas, sobre todo aquéllos que son muy vividos y recurrentes, llegan a alterar el proceso de recuperación del paciente. Así, es posible que al despertarse el individuo tenga una sensación de haber recaído, llegando a sentirse decepcionado consigo mismo. Otros sujetos consideran estos sueños como una especie de profecía, como una indicación de que no están suficientemente motivados para continuar con el tratamiento. De hecho, estas interpretaciones y creencias preparan el escenario para que tenga lugar una recaída.

Conductas de alto riesgo

Generalmente, un paciente desarrolla, de forma no intencionada, una serie de conductas a lo largo del tratamiento que le llevan a una situación de alto riesgo en la que lo más normal es el consumo de droga, atribuyendo la responsabilidad de lo sucedido a los demás (por ejemplo, aceptar una invitación a una fiesta en la que uno sabe con certeza que sus amigos van a consumir).

Existen otras reacciones características que hay que analizar para poder prevenir posibles recaídas. Las más importantes son: reaccionar de forma exagerada ante deslices y recaídas, las conductas impulsivas, otras conductas adictivas y/o compulsivas (por ejemplo, alcoholismo, abuso de otras sustancias psicoactivas distintas de la heroína y/o cocaína, sexualidad compulsiva, iniciar constantemente nuevas relaciones que duran unos días), los cambios graduales en el estilo de vida (p. ej., llegar tarde a las sesiones, disminuir el nivel de actividad en casa, dejar de hacer la progra-

mación semanal de actividades, estar en casa muy pensativo sentado en un sofá, criticar continuamente el programa de tratamiento).

IV.3. *Procedimientos de intervención en prevención de recaídas*

Desde que surgió el modelo original sobre prevención de recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon (1985), distintos estudios han demostrado que las recaídas, de hecho, pueden prevenirse y no sólo a través de un único procedimiento de prevención, sino a través de gran cantidad de técnicas y programas igualmente válidos.

a. *Educación sobre la prevención de recaídas.* Es importante educar al paciente ante la primera señal que exista de un posible desliz, analizando qué tipo de situaciones de alto riesgo existen en su entorno que pueden llevarle a una recaída. También deben abordarse las actitudes, pensamientos y conductas que pueden dar lugar a una recaída y las posibles estrategias de actuación ante cada una de ellas. En este punto, es necesario recordar que este aspecto educativo de la terapia es más eficaz si se basa en la experiencia personal del paciente.

b. *Vigilar situaciones de alto riesgo.* Una habilidad importante para prevenir las recaídas es el autorregistro de situaciones, pensamientos, conductas, sentimientos y estados de ánimo del paciente a lo largo del proceso de recuperación terapéutica. Aunque es difícil de lograr, la realización de los autorregistros ayuda al adicto a reconocer con antelación las señales de aviso y los factores de riesgo que dan lugar a un desliz o a una recaída.

c. *Control de fallos ocasionales o deslices.* La mayoría de los adictos en tratamiento ceden a la tentación en determinadas ocasiones. Como se ha comentado, estos deslices, en el caso de no intervenir, pueden convertirse en una auténtica recaída. Si el individuo los considera como un fracaso, una debilidad personal o una prueba de la carencia de “fuerza de voluntad”, entonces la probabilidad de recaída aumenta. Si, por el contrario, el fallo se ve como un error del que se puede aprender para el futuro y que ayuda a la recuperación terapéutica, probablemente pueda evitarse la recaída posterior. Por lo tanto, es preciso actuar de forma terapéutica con el drogodependiente entrenándole en estrategias de afrontamiento ante la aparición de fallos o deslices ocasionales.

d. *Contrato de contingencias para prevenir recaídas.* Este tipo de técnica puede ser de gran utilidad, sobre todo, con pacientes que encuentran muy difícil superar un simple desliz. Un contrato de recaídas consiste fundamentalmente en la aplicación de los procedimientos de manejo de contingencias y representa una forma de acuerdo entre el terapeuta, el paciente y la familia sobre los pasos a seguir en caso de que se produzca un desliz o recaída. Este contrato proporciona un método de formalizar o de reforzar el compromiso del paciente para cambiar. Es de gran utilidad con individuos que se caracterizan por un alto nivel de ambivalencia en relación con la superación de la adicción, sobre todo en adictos que se encuentran al inicio

del tratamiento en la etapa de “contemplación” o que, una vez que recaen, regresan a ese estadio de cambio. Para estos pacientes, el contrato especifica las exigencias y los procedimientos a seguir en caso de producirse un desliz o una recaída. Además, el costo de respuesta de un desliz inicial puede incrementarse, incluyendo una cláusula en el contrato que determine las multas u otros castigos a cumplir en caso de producirse.

Según Marlatt (1985*d*), este tipo de contrato debe considerar los siguientes aspectos:

- en algunos casos, el contrato debe incluir una cláusula con ciertos costos o multas por emprender la conducta prohibida;

- el paciente debe aceptar el demorar veinte minutos el primer consumo contados a partir de la primera tentación; este tiempo debe utilizarse para reflexionar y reconsiderar la situación y la conducta de recaída como una elección o decisión más que como una reacción pasiva a las presiones externas y/o al deseo interior de consumir;

- el paciente debe estar de acuerdo en que, de producirse el desliz, sólo implicará una simple dosis de la sustancia;

- debe comprometerse a esperar varias horas o un día antes de seguir consumiendo, pues el tiempo que transcurre desde el primer desliz es crucial para prevenir una recaída completa y, además, es aquí donde la mayoría de los pacientes experimentan el “efecto de la violación de la abstinencia”; durante este período, el paciente tiene que aplicar procedimientos cognitivos de retribución y otras técnicas que el terapeuta considere apropiadas para esta situación;

- el contrato debe tener una fecha de finalización, sin que ésta sea ni muy corta ni muy larga, debiendo ser revisada aproximadamente cada mes; si el contrato ha dado buenos resultados, la fecha de terminación puede convertirse en una ocasión para consumir y recaer, por lo que el terapeuta debe anticiparse tomando medidas de seguridad en el período de finalización.

e. Planificar crisis y recaídas. Básicamente se trata de un procedimiento de extinción cognitivo-conductual. Marlatt (1985*d*), recomienda que se ensaye uno o varios episodios de recaída, ya sea de forma imaginaria o simulada, con la finalidad de extinguir las expectativas autodestructivas que conlleva un desliz ocasional antes de que se llegue a una recaída completa y, de esta manera, anticiparse y prepararse para afrontar situaciones y conductas de alto riesgo. Para ello, se le pide al paciente que imagine vívidamente posibles escenarios de recaída, describiendo paso a paso cómo sería la situación, dónde y con quién estaría, qué sentimientos se provocarían y qué alternativas tendría disponibles para afrontar con éxito el desliz y/o recaída. Esta técnica de intervención imaginaria facilita que el adicto comience a poner en funcionamiento las técnicas de autoobservación y afrontamiento y que se imagine a sí mismo haciendo frente a esas situaciones (*modelado encubierto*), generando con antelación las conductas que pondría en funcionamiento para superar con éxito esa situación.

Posteriormente, se procede a desarrollar de manera simulada una o varias situaciones probables de alto riesgo que llevan a la recaída. Esto supondrá para el pacien-

te la ocasión de poner en funcionamiento nuevas respuestas alternativas frente a las crisis que se le presenten (por ejemplo, filmando en vídeo la escena de representación de papeles). Con ello, logra incrementar su propia autoeficacia al verse a sí mismo con un mayor control sobre la situación.

En el supuesto de que el paciente cometa un desliz o recaiga, el terapeuta debe realizar un análisis funcional en profundidad con el paciente y la familia sobre la situación y las conductas implicadas en el suceso. Se puede realizar también un ejercicio de representación de papeles para reproducir la situación de recaída y practicar cuáles serían las técnicas de afrontamiento más eficaces a nivel conductual, cognitivo y emocional para superarla.

En determinados casos, durante la intervención psicosocial, la programación de una recaída planificada puede ser de gran eficacia terapéutica. Esta técnica, en palabras de Marlatt (1985*d*) se define como: «Un procedimiento designado para acentuar el sentido individual de responsabilidad personal y elección en el automanejo de un hábito adictivo» (p. 260). Este tipo de procedimiento se utiliza con pacientes en los que, a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos, la recaída es inminente e inevitable. Para Marlatt (1985*d*), la programación de una recaída tiene las siguientes ventajas: a) en una recaída no programada los efectos de la sustancia tienen un efecto “mágico” para afrontar una situación conflictiva mientras que en la programada, la responsabilidad, cambia de la sustancia a una elección personal, es decir, el consumo es una elección personal y una forma alternativa de afrontar la situación; b) al planificar la recaída en una situación y en un período sin estrés, aumenta la probabilidad de desconfirmar las expectativas de resultado positivas para los efectos anticipados de la sustancia adictiva, ya que el paciente espera que la sustancia alivie la ansiedad y la tensión que genera una situación de alto riesgo. Si se programa en una situación neutra y segura se invalidan esas expectativas, al no existir una necesidad de reducir o eliminar un estado afectivo negativo generado por una situación estresante; c) proporciona al paciente la ocasión para experimentar reacciones conductuales y cognitivas al desliz (el “efecto de violación de la abstinencia”) y ensayar y practicar técnicas de afrontamiento aprendidas. El procedimiento a seguir en este caso se asemeja al empleado en las técnicas de exposición a la señal y prevención de respuesta que se aplican en la deshabitación psicológica, pero ahora con el objetivo de prevenir una recaída.

f. *Continuar con el programa de modificación del estilo de vida.* Como se expuso previamente, la modificación del estilo de vida se inicia en el mismo momento en que el paciente entra en contacto con el programa de intervención terapéutica, independientemente de la etapa de cambio en que se encuentre. Como norma general, el terapeuta negocia con el paciente y la familia las actividades que se ajusten más a las propias necesidades y preferencias del paciente. Así, si un individuo tiene un alto nivel de tensión física, se recomienda practicar algún deporte junto con técnicas de relajación. Es importante adoptar una actitud de flexibilidad y negociación a la hora de elegir las actividades a realizar para cambiar el estilo de vida, de lo contrario, si el paciente parte de unas metas irreales o inalcanzables, según la etapa de cambio en que se encuentre, lo más probable es que fracase. Para llevar a cabo el cambio de estilo de vida, es importante conocer las aficiones del paciente para que empiece a utilizar los recursos comunitarios de la ciudad.

g. *Reestructuración cognitiva*. Como hemos comentado previamente, ciertas distorsiones cognitivas pueden generar sentimientos y conductas inadecuados que desencadenan y/o promueven la ocasión para un desliz o recaída. Estas distorsiones pueden ser de distintas formas:

- sobregeneralizar o llevar a un extremo las implicaciones de ciertas situaciones o acontecimientos;
- adoptar una responsabilidad excesiva por problemas y faltas que están más allá de su control;
- preocuparse en exceso y de forma innecesaria sobre problemas que anticipa;
- considerar las cosas en términos dicotómicos, negro o blanco;
- adoptar una actitud perfeccionista sobre el proceso de recuperación, considerando el más mínimo fallo como una debilidad personal. Este tipo de actitudes, de no intervenir, pueden desencadenar una recaída.

Las técnicas de reestructuración cognitiva posibilitan al paciente la oportunidad para reformular los problemas generando alternativas de solución. El objetivo consiste en cambiar el pensamiento adictivo por otro caracterizado por habilidades de solución de problemas y de estrategias de afrontamiento más eficaces.

h. *Revisar los procedimientos de exposición y de manejo del deseo*. En caso de producirse una recaída, es recomendable dejar de realizar técnicas de exposición a las señales relacionadas con el consumo de drogas, pues la exposición a este tipo de estímulos, una vez que se ha producido un desliz, incrementa de forma excesiva el deseo y, probablemente, desencadene una recaída. Si no se dispone de una estructura de apoyo suficiente para garantizar que no se dé el consumo de droga, es mejor no aplicar de nuevo este tipo de técnicas hasta que el adicto retome el programa terapéutico y continúe abstinentemente por lo menos durante quince días.

En resumen, los distintos procedimientos de intervención enumerados para terciar en la prevención de deslices y recaídas son algunos de los muchos disponibles en la literatura, pero lo importante es tener en cuenta que el proceso de recuperación del drogodependiente no es lineal, sino más bien circular, como señalaron Prochaska y DiClemente. Durante los tres primeros meses de tratamiento aparecen deslices ocasionales y, a veces, recaídas que pueden llevar al abandono del tratamiento.

V. CONCLUSIONES

La intervención terapéutica con drogodependientes, desde una aproximación cognitivo-conductual, intenta, ante todo, determinar el estadio y los procesos de cambio en el que se encuentra el adicto en el momento de iniciar el programa terapéutico. De nada sirve aplicar procedimientos y técnicas de intervención si el paciente no está preparado para asumir un cambio drástico en su vida en relación con la drogo-

dependencia. Sólo así los procedimientos y técnicas expuestos en este capítulo serán de utilidad clínica para abordar con éxito esta problemática social.

La estrategia general de la prevención de recaídas consiste en ayudar a los drogodependientes en situación de crisis a ir más allá de un simple razonamiento intelectual de la recaída, a conseguir una aceptación interiorizada del problema que les afecta y de sus implicaciones a distintos niveles (personal, familiar, interpersonal). La aceptación de los deslices o recaídas, por parte del paciente, facilita la apertura y la posibilidad de utilizar las estrategias de la prevención de recaídas con la finalidad de alcanzar un compromiso mayor para mantener la abstinencia y los logros terapéuticos. En este tipo de pacientes, nunca se debe perder de vista la posibilidad de que se dé una recaída, no importa cuánto tiempo hayan estado abstinentes, cuan motivados estén y cuan estable parezca ser su proceso de recuperación. Hay que recordar que la vulnerabilidad a la recaída disminuye de forma gradual a lo largo de los años de recuperación, pero nunca desaparece completamente. En el fondo, más allá de los procedimientos de evaluación e intervención en prevención de recaídas, subyace el objetivo de alcanzar un cambio significativo en el estilo de vida, en las actitudes, en los valores, en la forma de pensar sobre sí mismo y el mundo y en cómo afrontar y solucionar los problemas del día a día.

También queremos resaltar que ninguno de los procedimientos expuestos tiene una utilidad clínica superior a los demás, y que, por ser la drogodependencia un fenómeno con manifestaciones múltiples, el éxito terapéutico casi siempre se va a garantizar mediante la utilización simultánea de múltiples técnicas y procedimientos de intervención integrados en un proceso global de cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia, cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1979).
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. En L. Berkowitz (dir.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 6. Nueva York: Academic Press.
- Brownell, K. D., Mariatt, G. A., Lichtenstein, E. y Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Cautela, J. R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 20, 459-468.
- Chiauzzi, E. J. (1991). *Preventing relapse in the addictions: A biopsychosocial approach*. Nueva York: Pergamon.
- Childress, A. R., Hole, A. V., Ehrman, R. N., Robbins, S. J., McLellan, A. T. y O'Brien, C. P. (1993). Reactividad ante estímulos en la dependencia de la cocaína y de los opiáceos: Visión general de las estrategias para afrontar los deseos irresistibles de droga y la excitación condicionada. En M. Casas y M. Gossop (dirs.), *Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Cummings, C, Gordon, J. R. y Mariatt, G. A. (1980). Relapse prevention and prediction. En W. R. Miller (dir.). *The addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Nueva York: Pergamon.

- Deffenbacher, J. L. y Lynch, R. S. (1998). Intervención cognitivo-conductual para el control de la ira. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Donegan, N., Rodin, J., O'Brien, C. P. y Solomon, R. L. (1983). A learning theory approach to commonalities. En P. K. Levison, D. R. Gerstein, y D. R. Maloff (dirs.), *Commonalities in substance abuse and habitual behavior*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Karly, P. H. (1991). *The cocaine recovery book*. Londres: Sage.
- Festinger, L. (1964). *Conflicts, decision and dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press.
- García, A. y Graña, J. L. (1987a). Reinserción social a nivel individual. En P. F. Ramos, A. García, J. L. Graña y D. Comas (dirs.), *Reinserción social y drogodependencias*. Barcelona: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- García, A. y Graña, J. L. (1987b). Prevención de recaídas: una perspectiva comunitaria. En P. F. Ramos, A. García, J. L. Graña y D. Comas (dirs.), *Reinserción social y drogodependencias*. Barcelona: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- Graña, J. L. (1991). *Diseño y valoración de un programa de intervención psicosocial en drogodependencias*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Graña, J. L. (1994a). Intervención conductual individual en drogodependencias. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J. L. (1994b). Intervención conductual grupal en drogodependencias. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J. L. (1994c). Prevención de recaídas en drogodependencias. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J. L. (1994d). Intervención conductual familiar en drogodependencias. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Hogdson, R. y Miller, P. (1984). La mente drogada: cómo liberarse de las dependencias*. Madrid: Debate.
- Kasvikis, Y., Bradley, B., Powell, J., Marks, I. et al. (1991). Postwithdrawal exposure treatment to prevent relapse in opiate addicts: A pilot study. *International Journal of Addictions*, 26, 1187-1195.
- Marlatt, G. A. (1985a). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (dirs.), *Relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G. A. (1985b). Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (dirs.), *Relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G. A. (1985c). Lifestyle modification. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (dirs.), *Relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (dirs.), *Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (dirs.) (1985). *Relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miller, W. R. y Heather, N. (1986). *Treating addictive behaviors. Processes of change*. Nueva York: Plenum.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing*. Nueva York: Guilford.
- Mother, I. y Weitz, A. (1986). *Cómo abandonar las drogas*. Barcelona: Martínez Roca.
- Muñoz-Rivas, M. J. (1997). Aplicación clínica de la técnica de exposición en un caso de adicción a la heroína. *Adicciones*, 9, 347-362.
- Negrete, J. y Sherif, E. (1992). Cue-evoked arousal in cocaine users: A study of variance and predictive value. *Drug and Alcohol Dependence*, 30, 187-192.
- Novaco, R. W. (1979). The cognitive regulation of anger and stress. En P. C. Kendall y S. D. Hollon (dirs.), *Cognitive-behavioral interventions: theory, research, and procedures*. Nueva York: Academic.
- O'Brien, C. P. (1975). Experimental analysis for conditioning factors in human narcotic addiction. *Pharmacological Review*, 27, 535-543.

- O'Brien, C. P., Childress, A. R., McLellan, A. T. y Ehrman, R. N. (1990). Integrating systematic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. *Addictive Behaviors*, 15, 355-365.
- Orford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. Nueva York: Wiley.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Londres: Oxford University.
- Peele, S. (1988). *Visions of Addiction: Major contemporary perspective on addiction and alcoholism*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Plan Nacional sobre Drogas (1992). *Actuar es posible*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Prochaska, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (2.a edición). Homewood, Ill.: Dorsey.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dorsey.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. K. Fvlliller y N. Heather (dirs.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. Nueva York: Plenum.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*. Newvury Park, Calif.: Sage.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J., Norcross, J. y DiClemente, C. (1994). *Changing for good*. Nueva York: Morrow.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (dirs.), *Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Rosen, T. J. y Shipley, R. H. (1983). A stage analysis of self-initiated smoking reduction. *Addictive Behaviors*, 8, 263-272.
- Schneider, R. J. y Khantzian, E. (1992). Psychotherapy and patient needs in the treatment of alcohol and cocaine abuse. En M. Galanter (dir.), *Recent developments in alcoholism*. Nueva York: Plenum.
- Siegel, S. (1976). Morphine analgesic tolerance: Its situation specificity supports a Pavlovian conditioning model. *Science*, 193, 323-325.
- Stall, R. y Biernacki, P. (1986). Spontaneous remission from the problematic use of substances: An inductive model derived from a comparative analysis of the alcohol, opiate, tobacco, and food/obesity literatures. *International Journal of Addictions*, 21,1-23.
- Tejero, A. P. y Trujols, J. A. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Wikler, A. (1948). Recent progress in research on the neurophysiologic basis of morphine addiction. *American Journal of Psychiatry*, 105, 329-338.
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. En D. I. Wilner y G. G. Jassebaum (dirs.), *Narcotics*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Wikler, A. (1980). Opioid dependence: Mechanisms and treatment. Nueva York: Plenum.
- Zuckerman, M. (1984). Sensation seeking: A comparative approach to a human trait. *The Behavioral and Brain Sciences*, 7, 413-471.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. (coord.) (1994). *Drogodependencias*. Vol. I: Introducción. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago do Compostela.
- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. (coord.) (1995). *Drogodependencias*. Vol. II: Drogas legales. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. (coord.) (1996). *Drogodependencias*. Vol. III: Drogas ilegales. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Graña, J. L. (dir.) (1994). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Navarro, R. (1992). *Cocaína: aspectos clínicos, tratamiento y rehabilitación*. Lima: Libro Amigo.

5. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

DONALD A. WILLIAMSON, CHERYL F. SMITH y JANE M. BARBIN¹

I. INTRODUCCIÓN

Una característica básica de la anorexia y la bulimia nerviosas es el exceso de preocupación por el tamaño y la forma del cuerpo. La investigación reciente se ha centrado en el temor a la gordura y en las perturbaciones de la imagen corporal como factores motivacionales que determinan las conductas de poco comer y las purgantes (Rosen, 1992). La terapia cognitivo-conductual (TCC) para los trastornos de la alimentación intenta modificar las características cognitivas, emocionales y conductuales de estos trastornos.

Las descripciones de la anorexia y la bulimia nerviosas incluidas en la 4ª edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* (APA, 1994) se presentan en los cuadros 5.1 y 5.2.

II. LA ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa tiene las características básicas de: *a.* rechazo a mantener un mínimo peso del cuerpo, *b.* un temor intenso a ganar peso, *c.* una percepción distorsionada de la imagen corporal, y *d.* amenorrea en las mujeres. Se han descrito dos subtipos de anorexia en el *DSM-IV*: *a.* el tipo restrictivo, en donde no ocurre la conducta de atracarse o purgarse, y *b.* el tipo atracarse/purgarse, en el que se dan las dos o una de las dos conductas bulímicas. La mayoría de los pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa utiliza frecuentemente restricciones para comer y un ejercicio excesivo para alcanzar y mantener su bajo peso. Aproximadamente el 50% de los pacientes con anorexia también se dan atracones y luego se purgan por medio de vómitos con el fin de impedir la ganancia de peso (Garfinkel, Moldofsky y Garner, 1979; Halmi y Falk, 1982).

III. LA BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa se caracteriza por los episodios recurrentes de atracones incontrolados. A estos episodios de ingesta voraz les sigue a menudo el empleo de métodos purgativos para controlar la ganancia de peso. Estos métodos de control del

¹ Louisiana State University y Our Lady of the Lake Regional Medical Center (Estados Unidos).

CUADRO 5.1. *Resumen de los criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia nerviosa*

-
- A. Rechazo a mantener un peso corporal normal mínimo.
 - B. Un temor intenso a ganar peso o volverse obesa/o.
 - C. Distorsión de la imagen corporal o de la percepción del peso.
 - D. Amenorrea durante al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no realiza habitualmente la conducta de atracarse o purgarse.

Tipo atracarse/purgarse: Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona realiza habitualmente la conducta de atracarse o purgarse.

CUADRO 5.2. *Resumen de los criterios diagnósticos del DSM-IV para la bulimia nerviosa*

-
- A. Atracones recurrentes, caracterizados por los dos síntomas siguientes:
 1. Ingesta de alimento, en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que comería la mayoría de la gente.
 2. Sensación de pérdida de control sobre la conducta de comer durante el episodio de ingesta voraz.
 - B. Conducta compensatoria inapropiada para evitar la ganancia de peso, como es la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos: ayuno o ejercicio excesivo.
 - C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, como promedio, al menos dos veces a la semana durante tres meses.
 - D. Distorsión de la imagen corporal.
 - E. La perturbación no ocurre exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Tipo purgante: Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona se provoca el vómito o utiliza en exceso los laxantes, los diuréticos o los enemas.

Tipo no purgante: Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona utiliza otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio excesivo.

peso a menudo toman la forma de vómitos provocados, ejercicio excesivo, restricciones en la comida y la utilización de laxantes y diuréticos.

La bulimia se introdujo por primera vez en el sistema diagnóstico del *DSM-III* (APA, 1980) como categoría diagnóstica propia. Durante los siguientes 14 años se ha debatido la descripción más apropiada de la bulimia. Los criterios diagnósticos del *DSM-IV* describen dos subtipos de bulimia nerviosa, los tipos purgante y no purgante. El subtipo purgante describe a los pacientes que combaten los atracones por me-

dio de episodios regulares de vómitos autoinducidos o el abuso de laxantes o diuréticos. El subtipo no purgante describe a los pacientes que ayunan o hacen ejercicio de modo excesivo, con el fin de compensar los episodios de la conducta de atracarse, pero que no abusan normalmente de laxantes, diuréticos o que no utilizan el vómito provocado por uno mismo para controlar el peso corporal. En el *DSM-IV*, un diagnóstico de anorexia nerviosa prevalece sobre uno de bulimia nerviosa.

IV. TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADO (NE)

En el *DSM-IV* (APA, 1994), la categoría de Trastorno de la alimentación no especificado se considera como una categoría de diagnóstico “subumbral” y se refiere a los trastornos de la alimentación que no cumplen los criterios de un trastorno de la alimentación específico. Los pacientes incluidos en esta categoría pueden presentar una mezcla de las características clínicas de la bulimia y la anorexia nerviosas y/o pueden experimentar un trastorno de la alimentación menos grave (Williamson, Rabalais y Bentz, 1996). Williamson, Gleaves y Savin (1992) investigaron a mujeres diagnosticadas con un trastorno de la alimentación, según los criterios del *DSM-III*, e identificaron tres subgrupos distintos de sujetos diagnosticados como trastornos de la alimentación no especificados, cuyos subtipos incluían: *a.* un subumbral de la anorexia nerviosa, que difería de la anorexia nerviosa en que tenía un mayor peso corporal, *b.* bulimia nerviosa no purgante, en la que había una ausencia de vómitos provocados por el sujeto mismo, y *c.* trastorno de la alimentación por atracones, que consistía en individuos obesos que se atracaban, pero que no empleaban los vómitos o el ejercicio extremo para controlar la obesidad. El *DSM-IV* proporciona algunos otros ejemplos de trastornos de la alimentación no especificados, como, por ejemplo, pacientes que se purgan pequeñas cantidades de comida o casos en los que se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, pero se producen menstruaciones regulares.

V. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

V.1. *Historia del tratamiento de los trastornos de la alimentación*

Se ha desarrollado una serie de terapias psicológicas para el tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosas. La investigación sobre estos enfoques de tratamiento se ha producido desde los años setenta. Los estudios con grupo control sobre dichos enfoques se han llevado a cabo principalmente con pacientes con bulimia, debido a los riesgos para la salud asociados al asignar pacientes con anorexia a grupos placebo o sin tratamiento. La mayoría de la investigación sobre el tratamiento se ha centrado en las terapias cognitivo-conductuales y en las farmacológicas (Williamson, Sebastian y Varnado, en prensa). La terapia estructurada de corto plazo, como la terapia interpersonal, se ha evaluado también en los últimos años.

V.2. *Las bases teóricas de la terapia cognitivo-conductual*

Las teorías cognitivo-conductuales de la anorexia y la bulimia nerviosas mantienen que la ansiedad con respecto a ganar peso impulsa métodos extremos para el control del peso (Rosen, 1992; Slade, 1982; Williamson, 1990). Los pacientes diagnosticados con anorexia y bulimia nerviosas hacen ejercicio en exceso, tienen comportamientos purgativos y restringen su comida para controlar la ganancia de peso y reducir la ansiedad. En la anorexia nerviosa, la inanición conduce normalmente a la supresión del apetito y el paciente es capaz entonces de disminuir la ingesta de calorías, reduciendo al mismo tiempo los temores de ganar peso. En la bulimia nerviosa, los atracones se desarrollan a menudo después de un período de restricción de la comida, lo que da como consecuencia hambre, un apetito voraz y privación de energía. La interrupción de dicha limitación de la comida es desencadenada a menudo por el malestar emocional o la ingesta de alimentos prohibidos. La conducta purgante disminuye la ansiedad que resulta de los atracones. Aquella conducta produce también una disminución de nutrientes al cuerpo y puede reducir el metabolismo de base (Bennett, Williamson y Powers, 1989).

Con el tiempo se desarrolla a menudo un patrón cíclico de restricción de la comida, atracones y conductas purgantes, y la terapia de conducta cognitiva está diseñada para romper este ciclo de comportamientos. Desde la perspectiva cognitivo-conductual, las conductas purgantes y el ponerse a dieta se refuerzan negativamente al disminuir la ansiedad con respecto a ganar peso (Williamson, 1990). Se considera que los atracones se mantienen por una reducción del afecto negativo, además de los efectos placenteros del comer (Heatherton y Baumeister, 1991).

Recientemente, las teorías sobre la imagen corporal de los trastornos de la alimentación se han centrado en una perturbación de la imagen corporal como una motivación principal del comportamiento alimentario perturbado. Rosen (1992) planteó la hipótesis de que la anorexia y la bulimia nerviosas son manifestaciones de un trastorno de la imagen corporal general similar a lo que sería el trastorno dismórfico corporal². Esta distorsión de la imagen corporal puede mantenerse por el sesgo de la atención hacia la información consistente con las creencias de que la figura corporal propia no es atractiva. A partir de esta perspectiva, surgen cambios conductuales, tales como eludir usar vestidos provocativos, la restricción de la socialización y la evitación de la intimidad sexual, provenientes de los esfuerzos por disminuir la disforia corporal.

A partir de estos planteamientos cognitivo-conductuales, se ha puesto a prueba una serie de técnicas de tratamiento. Estos enfoques se resumen seguidamente. Se describen por separado las técnicas conductuales y las cognitivas. El lector debe recordar que la mayoría de los estudios sobre TCC han combinado una serie de estas técnicas conductuales y cognitivas.

² Véase Rosen (1997) en el volumen 1 de este mismo manual [N. del T.].

V.3. Las técnicas conductuales

La planificación de las comidas

El enseñar al paciente a planificar comidas equilibradas es esencial para fomentar hábitos alimenticios sanos (Wilson y Fairburn, 1993). Inicialmente, se recomienda que un dietista prepare el plan de comidas para asegurarse que la ingesta de calorías es suficiente para ganar peso (en pacientes con anorexia nerviosa) y para resaltar la importancia de hacer tres comidas nutritivas (Beumont, O'Connor, Touyz y Williams, 1987; Schlundt y Johnson, 1990). El educar al paciente sobre el equilibrio energético y la planificación de las comidas puede modificar sus suposiciones erróneas sobre la comida y la ganancia de peso. El paciente asume gradualmente su responsabilidad para planificar las comidas después de aprender a incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta.

Empleando la fórmula derivada de Harris y Benedict (1919) se pueden determinar las necesidades de calorías de un individuo para mantener el peso corporal actual. Para conseguir ganar medio kilo por semana, se pueden añadir 500 kcal/día a la dieta de la persona. Hemos encontrado que los objetivos de las calorías pueden aumentar gradualmente desde unas 200 a 500 kcal/día hasta un máximo de 3 500 a 4 000 kcal/día. En estos niveles de calorías, la mayoría de los pacientes con anorexia ganarán alrededor de 1 semana. La figura 5.1 muestra el formato de planificación de las comidas que utilizamos en los programas de hospitalización total y parcial. Durante la terapia de grupo para la planificación de las comidas, el dietista bien prescribe los alimentos que se han de ingerir (en las etapas iniciales del tratamiento) o bien ayuda al paciente (más tarde durante el tratamiento) para seleccionar las comidas con base en un programa de cambio dietético. En las comidas o en los tentempiés, un miembro del equipo registra los alimentos que se han de elegir o servir. En su forma ideal, estos alimentos deberían coincidir con los que se han planificado. Después de que el paciente ha terminado de comer, este mismo miembro del equipo registra el porcentaje de cada alimento que se ha consumido, anota observaciones y firma sus registros. En el período de 24 horas que le sigue, el dietista calcula la ingesta total de calorías. Estos datos se comparan con los cambios en el peso, con el fin de seguir el progreso hacia la restitución del peso original. Para más detalles sobre estos procedimientos, el lector puede acudir a Williamson (1990).

Otro objetivo relacionado con la planificación de las comidas es la ayuda en variar los alimentos consumidos por pacientes con anorexia y con bulimia. Las personas con un trastorno de la alimentación a menudo comen con un estilo rígido, casi ritual. Frecuentemente ingieren casi los mismos alimentos en cada comida y evitan ciertos "alimentos prohibidos" a menos que intenten purgarse después de comer (Williamson, 1990). Un método de tratamiento que puede emplearse para modificar o los temores sobre la ingesta de ciertos alimentos se denomina *exposición con prevención de la respuesta*. Este enfoque de tratamiento se describe con más detalle un poco más adelante. Cuando se planifican las comidas, intentamos introducir sistemáticamente en la dieta del paciente los alimentos prohibidos, empezando con los alimentos menos temidos y progresando a lo largo de la terapia hasta los alimentos

FIGURA 5.1. Hoja de planificación de las comidas

Comida planificada	Cambios	% Comido	Calorías	Comentarios	Iniciales
Desayuno:					
Tentempié:					
Comida:					
Tentempié:					
Cena:					
Tentempié:					
Comentarios:			Total=	_____	
				Firma del dietista	

más temidos. Se puede desarrollar una jerarquía de alimentos prohibidos utilizando el formato mostrado en la figura 5.2. Esta jerarquía se prepara consultando con el paciente. Las comidas que producen sólo pequeñas cantidades de ansiedad y temor de ganar peso se deben consumir durante las primeras fases del tratamiento. Los alimentos más temidos se introducen gradualmente en las fases posteriores de la intervención.

Modificación de la conducta de comer

Se utilizan distintas técnicas y estrategias para modificar las conductas de comer desadaptativas. Los métodos de control del estímulo se emplean normalmente para controlar los atracones y las conductas purgantes en la bulimia nerviosa. El insistir en la importancia de hacer tres comidas al día, a la misma hora y en el mismo lugar, sirve para reducir los atracones, ya que disminuye el que se dé un agotamiento de la energía y hambre, estos últimos producidos por hacer dieta y por saltarse las comidas. Además, los estímulos ambientales que provocan los atracones pueden ser extinguidos gradualmente por medio de este método.

FIGURA 5.2. Jerarquía de alimentos prohibidos

Nombre: _____

Fecha de iniciación del programa: _____

Fecha de terminación: _____

	<i>Alimentos</i>	<i>Semana del programa en que se ha de comer</i>	<i>Realizado</i>
Los menos prohibidos	1. _____	_____	_____
	2. _____	_____	_____
	3. _____	_____	_____
	4. _____	_____	_____
	5. _____	_____	_____
Poco prohibidos	6. _____	_____	_____
	7. _____	_____	_____
	8. _____	_____	_____
	9. _____	_____	_____
	10. _____	_____	_____
Moderadamente prohibidos	11. _____	_____	_____
	12. _____	_____	_____
	13. _____	_____	_____
	14. _____	_____	_____
	15. _____	_____	_____
Muy prohibidos	16. _____	_____	_____
	17. _____	_____	_____
	18. _____	_____	_____
	19. _____	_____	_____
	20. _____	_____	_____

Firma de la persona que rellena la hoja

Fecha

Otros procedimientos que fomentan el control sobre los atracones incluyen enseñar al paciente a: comer más lentamente, echarse porciones más pequeñas, dejar comida en el plato y tirar lo que sobra. Puede ser útil también modificar la elección de alimentos y las prácticas de compra, tal como adquirir comida cuando se tiene hambre. Estos y otros principios de la conducta dé comer sana se resumen en el cuadro 5.3. Los contratos conductuales entre el terapeuta y el paciente pueden fomentar la adherencia a los planes de comida y especificar, objetivos conductuales sobre el comportamiento de comer (p. ej., cenar en una mesa al menos cinco veces a la semana o comprar sólo un helado en vez de toda una barra de helado). El empleo del refuerzo para aumentar la frecuencia de conductas alimenticias deseables puede aumentar la adherencia al programa de tratamiento.

CUADRO 5.3. *Principios básicos del comportamiento alimenticio saludable*

-
1. Hacer tres comidas al día
 2. No saltarse comidas
 3. Comer con base en un horario coherente
 4. Nunca comer "a la carrera"
 5. Comer siempre sentado/a
 6. Comer lentamente
 7. Servirse porciones que vayan de moderadas a pequeñas
 8. No comprar comida cuando se tiene hambre
 9. No utilizar los cambios en el peso para evaluar la imagen corporal
 10. Establecer objetivos conductuales y adherirse a ellos
-

El ganar peso es una prioridad del tratamiento para la anorexia nerviosa. Se ha encontrado que las contingencias del refuerzo operante constituyen un método eficaz para aumentar la ingesta de calorías en pacientes con anorexia internados (Bemis, 1987). Se programan consecuencias negativas si el paciente no alcanza los objetivos relativos a comer y ganar peso, tales como la pérdida de privilegios o la alimentación intravenosa. En la modificación de los hábitos alimenticios de los anoréxicos se requiere una retroalimentación inmediata sobre la conducta de comer, acompañada por el refuerzo positivo y negativo consecuente al cambio de conducta. Se pueden desarrollar contratos conductuales para facilitar un aumento gradual en la frecuencia de comportamientos alimenticios sanos, mientras se fomenta una disminución de las conductas de comer dañinas.

La exposición con prevención de la respuesta

Este procedimiento empieza con el establecimiento por parte del terapeuta de una alianza con el paciente y la explicación de las razones y del formato del tratamiento. Luego, utilizando el formato que contiene los alimentos prohibidos, representado en la figura 5.2, se construye una jerarquía de alimentos que provocan temor y an-

siedad. Estos alimentos temidos son normalmente altos en carbohidratos y/o grasas, constituyen los alimentos ingeridos durante los atracones y luego, generalmente, se purgan. Se expone al paciente a los alimentos de una forma jerárquica, empezando con los alimentos que provocan menos ansiedad. En presencia de un terapeuta, se evita que el paciente se purgue y se le anima a que se relaje y que verbalice pensamientos y sentimientos asociados con comer alimentos que teme. Por medio de esta técnica, se modifican los métodos inapropiados para afrontar la distorsión de la imagen corporal y las sensaciones fisiológicas de llenura. Los pacientes aprenden también a atribuir la ansiedad a cogniciones erróneas en vez de a la comida. La exposición a comer dura normalmente de 30 a 60 minutos. El deseo de purgarse generalmente desaparecerá a lo largo de un período de dos horas. Este formato continúa durante varias sesiones y se anima gradualmente al paciente para que continúe con la exposición a los alimentos que teme, sin la presencia del terapeuta, como tarea para casa.

La exposición con prevención de la respuesta se contempla como un procedimiento de extinción (Rosen y Leitenberg, 1982). El purgarse se considera como una respuesta de escape ante el miedo y la ansiedad de ganar peso. Actualmente se recomienda una versión de la “exposición con prevención de la respuesta” más parecida a la desensibilización en vivo que al método de la inundación inicialmente descrito por Rosen y otros colegas (Williamson, Barker y Norris, 1993).

Exposición a la tentación con prevención de la respuesta

La exposición con prevención de la respuesta trata de eliminar comportamientos purgantes y no siempre es eficaz para modificar los atracones (Schlundt y Johnson, 1990). La exposición a la tentación con prevención de la respuesta, basada también en un modelo de extinción, puede emplearse para modificar directamente la conducta de los atracones (Johnson, Corrigan y Mayo, 1987). Inicialmente se debería desarrollar una jerarquía de estímulos que provoquen los atracones (desde una baja probabilidad de atracones hasta una alta). Los estímulos provocadores pueden incluir señales afectivas, cognitivas, ambientales y emocionales. Estos estímulos antecedentes de los atracones los presenta el terapeuta utilizando la exposición en vivo. Se evita el atracón y se le pide al paciente que hable de los pensamientos y los sentimientos relativos al deseo voraz hacia la comida y se le instruye para que evalúe la fuerza de los impulsos a atracarse. Más tarde, durante el tratamiento, se enseña al paciente a que lleve a cabo el procedimiento sin la ayuda del terapeuta. Además, se mejora la resistencia a la tentación enseñando a los pacientes a que realicen conductas incompatibles en presencia de estímulos ambientales inevitables. Por ejemplo, si el paciente normalmente se da un atracón mientras ve la televisión, el terapeuta puede recomendar que llame a un/a amigo/a, que tome una ducha o que dé un paseo, en vez de ver la televisión, cuando se produce un impulso de deseo voraz de comida. La exposición a la tentación con prevención de la respuesta es un procedimiento intensivo, que lleva bastante tiempo, y que normalmente requiere varias sesiones a la semana (Johnson *et al.*, 1987).

V.4. *Procedimientos cognitivos*

La modificación de las actitudes y las creencias irracionales constituyen un componente crucial para el tratamiento de los trastornos de la alimentación. Se modifican las cogniciones erróneas relativas al peso e imagen corporales y a la nutrición por medio de la reestructuración cognitiva.

Fairburn (1981) fue el primero en aplicar un tratamiento cognitivo-conductual a la bulimia nerviosa. Según Fairburn y Cooper (1989), hay tres etapas de tratamiento:

1. Introducción y educación,
2. Reestructuración cognitiva, y
3. Prevención de las recaídas.

La primera etapa incluye la presentación del modelo cognitivo y la educación del paciente sobre la etiología y el mantenimiento de la bulimia nerviosa. Se habla también sobre los objetivos del tratamiento.

Teniendo como modelo la terapia cognitiva de Beck (1976) para la depresión, la segunda etapa se centra en el cambio cognitivo. El terapeuta explica al paciente la relación entre sentimientos, pensamientos y conductas, mientras insiste en la importancia de la participación activa. Se enseña al paciente a vigilar y registrar los pensamientos y creencias irracionales relativos a la comida, la ganancia de peso y la imagen y el peso corporales. El terapeuta presenta respuestas racionales como sustitutas del razonamiento disfuncional del paciente. Se anima a éste a que considere las alternativas racionales. El realizar conductas que pongan en duda las creencias disfuncionales puede conducir también a la modificación de las distorsiones cognitivas (Wilson y Fairburn, 1993). Por medio de este proceso, el paciente aprende a reconocer los pensamientos distorsionados y a cuestionarlos con verbalizaciones racionales.

Las estrategias de prevención de las recaídas constituyen el núcleo de la tercera etapa. Se emplea una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para asegurarse que se mantienen las ganancias del tratamiento. Por ejemplo, se puede utilizar la exposición con prevención de la respuesta para fortalecer reacciones conductuales y cognitivas saludables hacia la comida.

Los enfoques cognitivos para la anorexia nerviosa no se han estudiado tan ampliamente como los desarrollados para la bulimia nerviosa (Wilson y Fairburn, 1993). Los investigadores han sugerido que se puede modificar la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa y emplearla, por lo tanto, en programas multidisciplinarios de tratamiento para la anorexia nerviosa (Channon, de Silva, Helmsley y Perkins, 1989).

V.5. *Un programa estructurado para los trastornos de la alimentación*

Por medio de la integración de estas técnicas cognitivo-conductuales de tratamiento en un sistema de múltiples niveles, hemos desarrollado un programa estructurado de tratamiento para los trastornos de la alimentación. Este programa incluye tres

niveles de atención: internamiento completo, hospitalización parcial (durante el día) y tratamiento ambulatorio. El tratamiento con el paciente internado es un programa intensivo que se lleva a cabo los siete días de la semana. La mayoría de los casos de anorexia nerviosa y los casos más graves de bulimia se tratan inicialmente en un lugar donde los sujetos están internados. La hospitalización parcial incluye todo el día (de 10 a 12 horas de tratamiento al día) durante cinco días (de lunes a viernes) de la semana. El paciente vive en su casa (o al menos fuera del hospital) y no acude a la terapia durante el fin de semana. Los servicios que se verán seguidamente de terapia de grupo, individual y familiar se ofrecen a los pacientes admitidos en los programas de internamiento u hospitalización parcial.

Grupo de planificación de las comidas

Durante tres días a la semana (lunes, miércoles y viernes), los pacientes se reúnen en grupo con un dietista para la educación sobre nutrición y la planificación de las comidas. Se les entrena también en el empleo de un programa de cambio de dieta, de modo que puedan aprender a planificar y consumir una dieta adecuada. Cuando los pacientes entran en el programa (Nivel I), el dietista planifica todas sus comidas. Cuando el paciente consuma el 10% del plan de comidas y cumpla con los otros aspectos del programa, se permite el ascenso al Nivel II y las comidas las planifica el paciente. En el Nivel III, el paciente planifica las comidas y vigila su adherencia al programa de cambio de dieta.

Exposición con prevención de la respuesta

Un miembro del equipo come con los pacientes en todas las comidas con el fin de reforzar y apoyar la consumición de las comidas prescritas y para prevenir que eviten comer. Igualmente, cuando se prescriben tentempiés también está presente un miembro del equipo. Después de comer, el equipo observa al paciente durante dos horas con el fin de evitar que tenga conductas purgantes. De este modo, en el programa para sujetos internos, se lleva a cabo un mínimo de 21 sesiones de exposición con prevención de la respuesta. En el programa de hospitalización parcial, se da un mínimo de 15 sesiones de dicha exposición.

Grupo de apoyo familiar

Una vez a la semana, se invita a los miembros de la familia para que acompañen al paciente en un grupo de apoyo familiar. El propósito de este grupo es la educación de los miembros de la familia sobre los problemas asociados con la anorexia y la bulimia nerviosas. Igualmente, el grupo se diseña para facilitar la comunicación y la solución de problemas entre los miembros de la familia. El cuadro 5.4 resume los temas que se tratan durante un período de 12 semanas. El líder del grupo presenta una breve lectura didáctica sobre cada tema. Una discusión de grupo y otros ejercicios siguen a la presentación didáctica. La secuencia de los 12 temas se repite cuatro veces al año.

CUADRO 5.4. *Lista de temas de discusión en el grupo de apoyo familiar*

<i>Semana</i>	1.	Modelos teóricos sobre la anorexia y la bulimia nerviosas
<i>Semana</i>	2.	Características psicológicas de los trastornos de la alimentación
<i>Semana</i>	3.	Proceso de recuperación de los trastornos de la alimentación
<i>Semana</i>	4.	Solución de problemas
<i>Semana</i>	5.	Consecuencias médicas de la anorexia y la bulimia nerviosas
<i>Semana</i>	6.	Preguntas que se hacen con frecuencia sobre los trastornos de la alimentación
<i>Semana</i>	7.	Investigación actual sobre la anorexia y la bulimia nerviosas
<i>Semana</i>	8.	Película sobre los trastornos de la alimentación
<i>Semana</i>	9.	Charla impartida por un paciente recuperado de un trastorno de la alimentación
<i>Semana</i>	10.	Solución de problemas
<i>Semana</i>	11.	Educación sobre la nutrición
<i>Semana</i>	12.	Asertividad y comunicación eficaz

Grupo sobre la imagen corporal

Tres veces a la semana se lleva a cabo un programa de terapia de grupo cuyo objetivo es la modificación de la imagen corporal negativa. Este programa se ha construido siguiendo los modelos de los programas de tratamiento desarrollados por Butters y Cash (1987) y por Rosen, Saltzberg y Srebnik (1989). El contenido del programa de terapia se basa en los principios de la terapia de conducta cognitiva. La imagen corporal se conceptualiza como un tipo de error cognitivo o pensamiento automático irracional. El protocolo de grupo, que se esquematiza en el cuadro 5.5, está construido para educar a los miembros del grupo dentro del contexto de un modelo cognitivo-conductual y para ayudarles a modificar las cogniciones sobre la imagen corporal negativa por medio del registro de los pensamientos y de la refutación racional. Muy a menudo, los pacientes con un trastorno de la alimentación “sobreevalúan” la delgadez. La reestructuración cognitiva de esta idea sobreevaluada puede ser lenta y llevar mucho tiempo. Se desaconsejan los rituales de examen del cuerpo, ya que sirven para reforzar las preocupaciones sobre la imagen corporal.

El grupo de terapia cognitivo-conductual

Este grupo de terapia se lleva a cabo una vez a la semana. Hemos encontrado que es ideal separar los casos adultos de los adolescentes con el fin de optimizar la cohesión del grupo y la eficacia del tratamiento. En este programa se emplea un protocolo de 16 semanas y los temas de discusión de cada semana se resumen en el cuadro 5.6. En este grupo, los participantes aprenden los principios básicos de la terapia cognitivo-conductual y se les instruye en el proceso de cambio cognitivo y conductual. En la semana 4 se introducen el establecimiento de objetivos y el contrato conductual y se emplean en todas las semanas posteriores para estructurar las tareas para casa, que son individualizadas para cada miembro del grupo.

CUADRO 5.5. *Protocolo del grupo de imagen corporal*

Sesión 1.	<ul style="list-style-type: none"> A. Comprensión de los factores que contribuyen a la imagen corporal negativa de cada miembro del grupo. B. Realización y discusión de un mapa de la vida: Se hace que los miembros del grupo describan los principales acontecimientos de la vida y la edad en que ocurrieron; luego se discute un mapa con el grupo; se hace que los sujetos vuelvan hacia atrás e identifiquen cuándo las cuestiones de la imagen corporal y el trastorno de la alimentación se convirtieron en problemas.
Sesión 2.	<ul style="list-style-type: none"> A. Se trazan gráficos “tipo queso” donde se representan los distintos aspectos de la vida con porcentajes que indiquen la importancia de cada aspecto. B. Se dibujan unos segundos gráficos del tipo de los anteriores en los que se añaden las preocupaciones sobre el trastorno de la alimentación, incluyendo el tiempo que dedican a otros aspectos importantes de la vida. C. Se discute sobre el desarrollo de las perturbaciones de la imagen corporal tanto en cuanto se refieren a cada miembro del grupo.
Sesión 3.	<ul style="list-style-type: none"> A. Se hacen “posters” con recortes de revistas —para identificar los mensajes de los medios de comunicación de masas que contribuyen a formar una imagen corporal ideal. B. Tarea de estimación de la figura corporal.
Sesión 4.	<ul style="list-style-type: none"> A. Discusión sobre el procedimiento de registro. B. Discusión de las creencias desadaptativas relativas a la perturbación de la imagen corporal. C. Discusión sobre los errores cognitivos específicos a la imagen corporal.
Sesión 5.	<ul style="list-style-type: none"> A. Revisión del procedimiento de registro de los pensamientos y de la refutación racional. B. Identificación de las situaciones que pueden afectar a los pensamientos negativos.
Sesión 6.	<ul style="list-style-type: none"> A. Discusión de la prevención de las recaídas. B. Discusión sobre la identificación de los desencadenantes basados en las emociones/imagen corporal. C. Entrenamiento en relajación. D. Programa de actividades agradables.

Terapia individual

Los pacientes de los programas de internamiento y de hospitalización parcial son vistos tres veces a la semana para sesiones individuales de terapia cognitivo-conductual. En estas sesiones, el tratamiento se puede individualizar aun más. El establecimiento de objetivos, el contrato conductual y los enfoques de terapia cognitiva se emplean muy frecuentemente en estas sesiones. Muy a menudo, los pacientes con un trastorno de la alimentación experimentan muchos otros problemas psicológicos y psiquiátricos, como, por ejemplo, depresión, trastornos de personalidad y traumas sexuales (Williamson, 1990; Williamson *et al.*, 1993). Estos problemas pue-

CUADRO 5.6. *Protocolo del grupo de terapia cognitivo-conductual*

Tema	
Semana 1.	Los síntomas de un trastorno de la alimentación
Semana 2.	El desarrollo de los trastornos de la alimentación
Semana 3.	Superar la negación
Semana 4.	Establecimiento de objetivos y contrato conductual
Semana 5.	Autorregistro de pensamientos y conductas
Semana 6.	Pensamientos automáticos y creencias irracionales
Semana 7.	Cómo cambiar los pensamientos negativos
Semana 8.	¿Dónde me encuentro en el proceso de recuperación?
Semana 9.	Solución de problemas
Semana 10.	¿Quién tiene el control, yo o el trastorno de la alimentación?
Semana 11.	La escasa estabilidad del estado de ánimo y de la imagen corporal
Semana 12.	Habilidades sociales y asertividad
Semana 13.	Toma de decisiones y comunicación
Semana 14.	Cambios sociales positivos
Semana 15.	Prevención de las recaídas
Semana 16.	Evaluación del progreso y planificación para el futuro

den abordarse también en la terapia individual. Preferimos ver a los pacientes ambulatorios una vez a la semana en terapia individual, de modo que se puedan abordar otros problemas psicológicos y con el fin de individualizar para cada sujeto el programa de terapia ambulatoria.

Terapia familiar

Los problemas familiares son muy frecuentes en las familias en las que uno o más miembros padecen anorexia o bulimia (Williamson, 1990). En estos casos, la participación en el grupo de apoyo familiar no es suficiente para abordar los problemas de comunicación, la ira y el control conductual a través de la manipulación emocional. Hemos encontrado que la incorporación de una serie de sesiones de terapia familiar al plan de tratamiento es útil para abordar los problemas particulares de cada familia.

El programa de terapia ambulatoria

Hemos observado que es útil integrar los pacientes ambulatorios en algunas sesiones de terapia de grupo asociadas a los programas de internamiento y de hospitalización parcial. Recomendamos generalmente que los pacientes ambulatorios asistan cada semana al grupo de apoyo familiar y al grupo de terapia cognitivo-conductual, durante 3 a 6 meses. En el primer mes de tratamiento ambulatorio, normalmente recomendamos que consulten con un dietista y sigan una terapia individual semanal. La frecuencia de la terapia individual y de grupo puede adaptarse a la gravedad de los problemas de la alimentación y de la respuesta al tratamiento.

V.6. Cuestiones prácticas

La terapia ambulatoria versus la terapia con internamiento

El tratamiento de la anorexia nerviosa normalmente empieza en un hospital debido a posibles complicaciones médicas a causa de la desnutrición. La decisión de hospitalizar al sujeto depende de factores tales como el poco peso, la extensión de las conductas alimenticias poco saludables y la presencia y gravedad de la patología secundaria. Antes de hospitalizar al paciente, es conveniente que éste y su familia conozcan las condiciones que determinarán el alta. El hacer un contrato de tratamiento puede asegurar que estos objetivos son claros y específicos.

La hospitalización parcial normalmente viene después de la hospitalización completa, con el fin de minimizar los riesgos de recaída. Como se ha señalado anteriormente, en la hospitalización parcial el paciente se encuentra en el ambiente restringido del hospital durante la mayor parte del día y se le permite que se vaya a casa durante la noche y los fines de semana. Esta estructura fomenta una aclimatación gradual al ambiente no estructurado de la casa, el instituto, etc.

La terapia ambulatoria viene generalmente después de la hospitalización parcial, con el objetivo del mantenimiento de los beneficios del tratamiento. El tratamiento con base ambulatoria es normalmente intensivo y requiere más autocontrol y responsabilidad por parte del paciente comparado con lo que se necesita en los hospitales. Los pacientes con bulimia pueden a menudo ser tratados con éxito como pacientes ambulatorios, pero si las conductas purgantes se producen varias veces al día, posiblemente sea necesario el tratamiento durante el internamiento o la hospitalización parcial (Williamson, Davis y Duchmann, 1992).

Duración del tratamiento

La terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la alimentación puede variar notablemente en su duración. Estudios que incluían grupo control han informado de programas de tratamiento ambulatorio para la bulimia nerviosa con una duración que iba de 2 a 5 meses (Kirkley, Schneider, Agras y Bachman, 1985; Thackwray, Smith, Bodfish y Meyers, 1993). Otras investigaciones sobre el tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia nerviosa han informado de tratamientos que duraban de 2 a 5 meses (Channon *et al.*, 1989; Kennedy y Garfinkel, 1989). En una clínica ambulatoria, el tratamiento a menudo sobrepasará los 5 ó 6 meses y puede durar hasta 1 ó 2 años, dependiendo de la gravedad del trastorno y de la presencia de otras psicopatologías.

Nivel de atención

El nivel de atención está directamente relacionado con la gravedad del trastorno de la alimentación. Por ejemplo, el tratamiento intensivo, como la hospitalización completa, es necesario para el caso de pacientes con anorexia nerviosa que tengan un peso muy inferior al normal o para individuos que padecen importantes pro-

blemas médicos a consecuencia de la desnutrición o de conductas purgantes frecuentes. El cuadro 5.7 representa un sistema integrado de atención que ilustra los distintos niveles de atención, los criterios para la admisión a un programa determinado de tratamiento y la duración estimada del mismo. No es raro que un paciente empiece el tratamiento en un nivel y se traslade hacia arriba o hacia abajo a otro nivel durante el curso del tratamiento.

CUADRO 5.7. *Sistema de atención integrado*

	<i>Pacientes internos</i>	<i>Hospital de día</i>	<i>Ambulatorio</i>
<i>Nivel de atención</i>	Intensivo, restringido 24 horas/día.	Menos restrictivo, de 10 a 12 horas cinco días/semana.	Sin restricciones. La terapia se lleva a cabo dos veces a la semana
<i>Criterios de admisión</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo peso corporal. 2. Complicaciones 3. médicas graves 4. Conductas purgantes diarias. 5. Trastornos de personalidad graves. 6. Fracaso de tratamientos menos intensivos. 7. 6. Ansiedad y depresión graves. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peso corporal moderadamente bajo. 2. Atracones incontrolados. 3. Conductas purgantes diarias. 4. Problemas interpersonales de moderados a graves. 5. Ansiedad y depresión importantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los atracones y las conductas purgantes ocurren menos de una vez al día. 2. Comer restrictivo la mayoría de los días. 3. Depresión y ansiedad leves. 4. Perturbaciones de la imagen corporal. 5. Temor importante hacia la gordura.
<i>Duración estimada del tratamiento</i>	2-4 semanas	2-6 semanas	4-6 meses

V.7. *La investigación sobre los resultados del tratamiento*

La investigación sobre el tratamiento cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa se ha producido a lo largo de los últimos diez años. Hemos podido identificar más de 25 artículos que evaluaban la eficacia de la terapia de conducta cognitiva para la bulimia nerviosa. De estos estudios, 17 podrían describirse como trabajos que incluían grupo control. Este tipo de experimentos es el diseño experimental más potente para responder a las preguntas sobre la eficacia de un método de tratamiento. La investigación sobre el tratamiento de la anorexia nerviosa ha consistido normal-

mente en la exposición de los resultados del tratamiento, a lo largo de una serie de años, de numerosos pacientes con anorexia. La imposibilidad de evaluar la terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa en algunos experimentos se debe principalmente a los peligros asociados a no tratar agresivamente la anorexia. Estos peligros impiden el empleo de grupos control sin tratamiento o con un tratamiento mínimo. Típico de estos experimentos con anorexia sobre tratamiento con un único grupo es el artículo de Kennedy y Garfinkel (1989). Estos autores informaron que alrededor de la mitad de los sujetos tratados había mantenido un peso normal y tenía menstruaciones regulares. Otro 30% de su muestra había mejorado, pero seguía pesando menos de lo normal.

En los siguientes apartados revisaremos los hallazgos de la investigación con respecto a la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa. Todos menos uno de estos estudios (Williamson *et al.*, 1989) se llevaron a cabo en un lugar ambulatorio. La duración del tratamiento para estos estudios iba desde las 6 sesiones (a lo largo de 6 semanas) hasta las 19 sesiones (más de 18 semanas). El número promedio de sesiones de terapia era de 15 y la duración media de la terapia ambulatoria activa era de 12 semanas. La mayoría de los estudios utilizaban terapia individual, aunque algunos informaron del empleo de un formato de terapia de grupo (p. ej., Kettlewell, Mizes y Wasylyshyn, 1992; Mitchell *et al.*, 1990; Williamson *et al.*, 1989).

¿Es la terapia cognitivo-conductual más eficaz que la falta de tratamiento?

Muchas evaluaciones controladas han comparado la TCC con un grupo control sin tratamiento o uno de lista de espera (Agras *et al.*, 1989; Freeman, Barry, Dunkeld-Turnbull y Henderson, 1988; Lee y Rush, 1986; Leitenberg *et al.*, 1988; Wolf y Crowther, 1992). Estos estudios han encontrado de modo consistente que la TCC es más eficaz que la falta de tratamiento. Es frecuente que estos estudios informen de reducciones en los atracones y en las conductas purgantes de alrededor del 70% al 90% en comparación con la línea base (Williamson *et al.*, en prensa).

¿Es la TCC más eficaz que otras psicoterapias?

Tres estudios (Fairburn, Kirk, O'Connor y Cooper, 1986; Freeman *et al.*, 1988; Kirkley *et al.*, 1985) han comparado la TCC con otra forma de psicoterapia o con una intervención psicoeducativa. Los resultados de estas investigaciones sugieren sólo una ligera ventaja para la TCC sobre las otras formas de psicoterapia. En una evaluación más controlada de esta cuestión, Fairburn *et al.* (1991) compararon a la TCC con la terapia interpersonal (TI), que *no* se centró en los hábitos alimenticios o en las preocupaciones sobre el peso/la imagen corporales. Al final de las 19 semanas de terapia, se encontró que la TCC era más eficaz que la TI. Sin embargo, en un seguimiento a los 12 meses no había diferencias entre los dos tipos de tratamiento (Fairburn *et al.*, 1993). Los resultados de estos estudios sugieren que los enfoques psicoterapéuticos que se centran en los problemas interpersonales de los pacientes con bulimia pueden ser tan eficaces como la TCC, que enfatiza los cambios en las conductas y en las actitudes relativas al comer y al peso/imagen corporales, pero pueden requerir más tiempo.

¿Es la TCC más eficaz, que la terapia farmacológica?

Dos estudios han evaluado la eficacia de la TCC en comparación con la terapia farmacológica. Mitchell *et al.* (1990) compararon cuatro condiciones de tratamiento: *a.* imipramina, *b.* medicación placebo, *c.* imipramina más TCC, y *d.* TCC más medicación placebo. Los resultados de este estudio no mostraron ninguna ventaja al añadir imipramina a la TCC para reducir los atracones y las conductas purgantes. Sin embargo, la imipramina fue eficaz para reducir la ansiedad y la depresión. La TCC fue más eficaz que la imipramina sin TCC y esta ventaja se mantuvo en un seguimiento a los seis meses (Pyle *et al.*, 1990). Agras *et al.* (1992) compararon la TCC sola y en combinación con desipramina frente a la desipramina sola. Se encontró una ventaja significativa para la TCC y la combinación de desipramina y TCC (24 semanas de terapia) sobre la terapia farmacológica sola. Los efectos principales de la desipramina (superiores a los logrados por la TCC sola) eran una disminución del hambre y de la preocupación por la comida.

Los resultados de estos estudios sugieren que la TCC es más eficaz que la terapia farmacológica sola. La combinación de TCC y de farmacoterapia pueden producir los mayores efectos de tratamiento, es decir, una reducción de la conducta bulímica así como de la depresión, de la ansiedad y del hambre.

VI. CONCLUSIONES

La investigación sobre la TCC para la bulimia nerviosa está bien desarrollada. La investigación sobre la TCC para la anorexia nerviosa ha estado limitada por los peligros médicos asociados al tratamiento no agresivo de la anorexia nerviosa. Creemos que gran parte de la investigación sobre la bulimia nerviosa puede generalizarse a la anorexia nerviosa y a casos de trastornos de la alimentación no especificados.

La investigación revisada muestra que la TCC es una forma de tratamiento muy eficaz para la bulimia nerviosa. Este tratamiento puede ser llevado a cabo normalmente en una clínica ambulatoria durante un período de tiempo limitado (generalmente de 12 a 16 semanas). Los estudios sobre los resultados del tratamiento han encontrado que la TCC es más eficaz que: *a.* la falta de tratamiento, y *b.* las medicaciones antidepresivas. Otras psicoterapias, especialmente la terapia interpersonal, pueden ser tan eficaces como la TCC, pero pueden requerir de una mayor duración de la terapia (Fairburn *et al.*, 1993).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)* (3.a edición). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4.a edición). Washington, DC: APA.
- Agras, W. S. (1987). *Eating disorders: Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa*. Nueva York: Pergamon.
- Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M. y Koran, L. M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- Agras, W. S., Schneider, J. A., Arnow, B., Raeburn, S. D. y Telch, C. F. (1989). Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 215-221.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison, CT: International Universities Press.
- Bemis, K. M. (1987). The present status of operant conditioning for the treatment of anorexia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 432-463.
- Bennett, S. M., Williamson, D. A. y Powers, S. K. (1989). Bulimia nervosa and resting metabolic rate. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 417-424.
- Beumont, P. J. V., O'Connor, M., Touyz, S. W. y Williams, H. (1987). Nutritional counseling in the treatment of anorexia and bulimia nervosa. En P. J. V. Beumont, G. D. Burrows y R. C. Casper (dirs.), *Handbook of eating disorders, Part 1: Anorexia and bulimia nervosa*. Amsterdam: Elsevier.
- Butters, J. y Cash, T. F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 889-897.
- Channon, S., de Silva, P., Helmsley, D. y Perkins, R. (1989). A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 529-536.
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn, C. G. y Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Nueva York: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., Burton, J. y Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A. y O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M. y Cooper, P. J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 629-643.
- Freeman, C. P. L., Barry, F., Dunkeld-Turnbull, J. y Henderson, A. (1988). Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 296, 521-525.
- Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. y Garner, D. M. (1979). The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036-1040.
- Halmi, K. A. y Falk, J. R. (1982). Anorexia nervosa: A study of outcome discriminators in exclusive dieters and bulimics. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 369-375.
- Harris, J. A. y Benedict, F. G. (1919). *A biometric study of basal metabolism in man*. Washington, DC: Carnegie Institute of Washington, publication no. 279.
- Heatherton, T. F. y Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

- Johnson, W. G., Corrigan, S. A. y Mayo, L. L. (1987). Innovative treatment approaches to bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 373-388.
- Kennedy, S. H. y Garfinkel, P. E. (1989). Patients admitted to a hospital with anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychopathology, weight gain, and attitudes toward treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 181-190.
- Kettlewell, P. W., Mizes, J. S. y Wasyiyshyn, N. A. (1992). A cognitive-behavioral group treatment of bulimia. *Behavior Therapy*, 23, 657-670.
- Kirkley, B. G., Schneider, J. A., Agras, W. S. y Bachman, J. A. (1985). Comparison of two group treatments for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 43-48.
- Lee, N. F. y Rush, A.J. (1986). Cognitive-behavioral group therapy for bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 599-615.
- Leitenberg, H., Rosen, J. C., Gross, J., Nudelman, S. y Vera, L. S. (1988). Exposure plus response prevention treatment for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D., Hatsukami, D., Pomeroy, C. y Zimmerman, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47, 149-157.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E., Eckert, E. D., Hatsukami, D., Pomeroy, C. y Zimmerman, R. (1990). Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. *American Journal of Psychiatry*, 147, 871-875.
- Rosen, J. C. (1992). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll y M. A. P. Stephens (dirs.), *The etiology of bulimia: The individual and family context*. Washington, DC: Hemisphere Publishers.
- Rosen, J. C. y Leitenberg, H. (1982). Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy*, 13, 117-124.
- Rosen, J. C., Saltzberg, E. y Srebnik, D. (1989). Cognitive-behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 20, 393-404.
- Schlundt, D. G. y Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders: Assessment and treatment*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Slade, P. (1982). Toward a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Thackwray, D. E., Smith, M. C., Bodfish, J. W. y Meyers, A. W. (1993). A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 639-645.
- Williamson, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. Nueva York: Pergamon.
- Williamson, D. A., Barker, S. E. y Norris, L. E. (1993). Etiology and management of eating disorders. En P. B. Sutker y H. E. Adams (dirs.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Williamson, D. A., Davis, C.J. y Duchmann, E. G. (1992). Anorexia and bulimia nervosa. En V. B. Van Hasselt y D. J. Kolko (dirs.), *Inpatient behavior therapy for children and adolescents*. Nueva York: Plenum.
- Williamson, D. A., Gleaves, D. H. y Savin, S. S. (1992). Empirical classification of eating disorder not otherwise specified: Support for DSM-IV changes. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 201-216.
- Williamson, D. A., Prather, R. C., Bennett, S. M., Davis, C. J., Watkins, P. C. y Grenier, C. E. (1989). An uncontrolled evaluation of inpatient and outpatient cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 13, 340-360.
- Williamson, D. A., Rabalais, J. Y. y Bentz, B. G. (1996). Trastornos de la alimentación [Eating disorders]. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2 [*Handbook of psychopathology and psychiatric disorders*, vol. 2]. Madrid: Siglo XXI.

- Williamson, D. A., Sebastian, S. B. y Varnado, P. J. (en prensa). Anorexia and bulimia nervosa. En A. J. Goreczny (dir.), *Handbook of health and rehabilitation psychology*. Nueva York: Plenum.
- Wilson, G. T. y Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261 -269.
- Wolf, E. M. y Crowther, J. H. (1992). An evaluation of behavioral and cognitive-behavioral group interventions for the treatment of bulimia nervosa in women. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 3-15.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Fairburn, C. G. y Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Nueva York: Oxford University Press.
- Schlundt, O. G. y Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders: Assessment and treatment*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Williamson, D. A., Rabalais, J. Y. y Bentz, B. G. (1996). Trastornos de la alimentación. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Williamson, D. A., Sebastian, S. B. y Varnado, P. J. (en prensa). Anorexia and bulimia nervosa. En A. J. Goreczny (dir.), *Handbook of health and rehabilitation psychology*. Nueva York: Plenum.
- Wilson, G. T. y Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261 -269.
- Wilson, G. T. y Pike, K. M. (1993). Eating disorders. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª edición). Nueva York: Guilford.

6. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

MARÍA NIEVES VERA GUERRERO¹

I. INTRODUCCIÓN

Definir cuándo una persona es obesa no es una cuestión fácil aunque así lo parezca a simple vista. La obesidad se define a nivel clínico como exceso de peso corporal aunque su definición más exacta sería la de exceso de grasa corporal (p. ej., un atleta puede tener exceso de peso). La razón de esa dificultad es que los métodos para medir la grasa corporal son indirectos, complicados y poco prácticos. Además parece que existe una buena correlación entre las dos medidas (Bray, 1976).

Las estadísticas sobre la incidencia de la obesidad, calculada como exceso de peso, son muy altas, tendiendo a incrementarse aún más en los últimos años (Williamson, Kahn, Remington y Aranda, 1990). Efectivamente, dos factores potencian este incremento: por un lado, el cambio de estilo de vida de activo a sedentario que lleva implícito nuestro trabajo industrializado y, por otro lado, el cambio de hábitos alimentarios fomentado por la incorporación de la mujer al mundo laboral, pasándose de la dieta mediterránea, rica en hidratos de carbono, a comidas rápidas pre-elaboradas, ricas en grasas. A pesar de esta realidad, es cierto también que cada vez se consideran a sí mismos obesos o con sobrepeso mayor número de personas. Esto se debe a un movimiento social en el que se ha puesto en auge el culto al cuerpo, movimiento social que, como se considerará más adelante, puede llevar a una auténtica obsesión con el peso.

Además del aumento de la obesidad y de la preocupación con la misma, otro factor que ha hecho proliferar numerosos estudios y publicaciones en torno a este tema lo constituye el hecho de que la obesidad sea un factor de riesgo para la salud. Sin embargo, para que esta afirmación sea cierta, habría que especificar el grado de obesidad que tenga el sujeto así como la localización corporal del exceso de grasa. Estudios recientes han demostrado que es mayor factor de riesgo la localización en la parte superior —zona abdominal, típica del hombre— que en la parte inferior —cadera y muslos, típica de la mujer— (Sjostrom, 1992). Por otro lado, se ha señalado como más peligroso para la salud las oscilaciones bruscas de peso, el típico efecto “yo-yo” característico de las entradas y salidas de dietas, que un sobrepeso estable (Lissner *et al.*, 1991).

A lo largo de este capítulo se revisan los distintos objetivos, tanto evaluadores como terapéuticos, para la intervención psicológica en la obesidad. Se hará especial hincapié en los factores que puedan explicar los problemas principales encontrados tanto en la pérdida de peso como en su mantenimiento. Finalmente, y como aspec-

¹ Universidad de Granada (España).

to central del capítulo, se detallará un programa cognitivo-conductual de tratamiento de la obesidad.

II. EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD

La obesidad es un trastorno complejo en el que intervienen múltiples variables genéticas, biológicas, psicológicas, comportamentales y sociales. Para poder llevar a cabo una planificación adecuada del tratamiento a realizar en una persona concreta, es preciso evaluar hasta qué punto estas variables inciden en su problema y cuáles tienen mayor peso en el mantenimiento del mismo. Todo proceso evaluador persigue tres objetivos básicos:

1. Establecer un diagnóstico funcional del problema que permita diferenciarlo de otros y clasificarlo en distintos subgrupos, si fuera necesario;
2. Realizar una evaluación funcional que nos indique qué variables principales están incidiendo en el problema y, al mismo tiempo, nos delimite éste en términos operacionales de manera que, incidiendo en dichas variables, se pueda comprobar si efectivamente el problema queda resuelto;
3. Llevar a cabo una evaluación continua de la eficacia del tratamiento que nos permita comprobar si el análisis funcional en relación al cual se implantó fue realmente acertado. De esta forma, la evaluación no es un proceso cerrado sino que continúa durante todo el tratamiento.

Seguidamente contemplaremos de manera más detenida estos tres objetivos.

II.1. *Diagnóstico diferencial de la obesidad*

En primer lugar, es necesario identificar a la obesidad como el principal problema que presenta el paciente. Es decir, un paciente puede estar ansioso o deprimido acerca del hecho de estar obeso, pero la ansiedad o depresión serán una consecuencia, no una causa, de su problema. Por otro lado, hay que descartar la presencia de síntomas indicativos de otros problemas alimenticios como la bulimia y la anorexia. Entre estos síntomas estaría que el paciente comiera de manera compulsiva, sintiéndose más tarde culpable y llevando a cabo conductas compensatorias, como vómitos inducidos o ejercicio físico extenuante o restricciones calóricas importantes. Asimismo, es importante determinar hasta qué punto se encuentra el paciente obsesionado con su peso. El primer objetivo en terapia es la autoaceptación, independientemente del problema que se presente, así que antes de pasar a diseñar métodos de adelgazamiento es necesario que el paciente acepte su cuerpo; de otra manera estaríamos reforzando dicha obsesión.

Una vez identificada la obesidad como el problema principal, es necesario determinar el grado de obesidad que presenta esa persona en cuestión. Como se comentó anteriormente, la forma más usual de calcularlo es a través del exceso de peso que, por otra parte, está bastante relacionado con el exceso de grasa. Así, se

ha encontrado una correlación entre 0,7 y 0,8 entre el tejido adiposo medido a través de métodos de laboratorio y el Índice de Masa Corporal (IMC) (Bray, 1976). Este índice resulta de dividir el peso (en Kg) por la talla (en metros) al cuadrado (peso/talla²). Aunque ésta sea una forma bastante precisa de medir el exceso de peso, el método más utilizado, con mucho, en la clínica para definir la obesidad es el de comparar al paciente con tablas estandarizadas de peso/altura (la más divulgada es la de la *Metropolitan Life Insurance Company*). Estas tablas dan un peso ideal —el “peso recomendable”— según el sexo, la edad, la estatura y la complejidad física del sujeto (pequeña, mediana y grande) calculada de forma subjetiva. Estas tablas presentan numerosos problemas recogidos en otros trabajos (Fernández y Vera, 1996), siendo el principal la falta de representatividad de la muestra, ya que han sido realizadas por compañías de seguros estadounidenses, difiriendo esta población ampliamente de la nuestra. De hecho, las tablas que Alastrué, Sitges, Jaurrieta y Sitges (1982) elaboraron con población catalana contenían pesos medios significativamente superiores a los estadounidenses ($p < 0,05$). Estos datos muestran la cautela con que el clínico ha de emplear dichas tablas en el establecimiento de metas terapéuticas. A partir del trabajo publicado por Brownell y Wadden (1992), se planteó la necesidad de sustituir este peso ideal como objetivo terapéutico por el de un peso más razonable que presentaremos como alternativa al final de este apartado de evaluación.

Una distinción importante que algunos autores realizan es la de sobrepeso y obesidad. Así, el sobrepeso, según el IMC, sería de 25 a 30 kg/m² y la obesidad, por encima de 30 kg/m² (Bray, 1986). Según las tablas estandarizadas, la obesidad estaría por encima del 20% del peso ideal. Recientemente, Brownell y Wadden (1992), siguiendo también estas tablas, clasifican la obesidad según el porcentaje de *sobrepeso* sobre el *ideal*, en ligera (5-20%), moderada (20-40%), severa (40-100%) y grande (+100%). Esta clasificación es muy útil en el proceso de selección de la mejor alternativa terapéutica para un sujeto determinado, ya que, como señalan estos autores, con obesidades severas o grandes la mejor intervención no sería la cognitivo-conductual, sino la médica —prescripción de dietas muy bajas en calorías u operaciones quirúrgicas, e incluso la combinación de ambas.

Este diagnóstico diferencial se realizaría a través de una entrevista inicial que iría cubriendo todas las áreas vitales del paciente, el estado de salud general y áreas relacionadas con problemas psicológicos. Si se detectaran problemas de esta índole, su evaluación se abordaría con las técnicas específicas para cada caso.

II.2. *Diagnóstico funcional de la obesidad*

Como se ha comentado anteriormente la obesidad es un fenómeno complejo en el que intervienen diversos factores; por esta razón, es necesario determinar cuáles son más relevantes en un caso concreto y, en función de ello, determinar la intervención más idónea. En este apartado, se revisan brevemente los distintos factores etiológicos de la obesidad: factores biológicos y genéticos, de aprendizaje, de estilo de vida relacionado con la actividad física, psicológicos y cognitivos y, por último, sociales.

Factores genéticos y biológicos

Excede los límites de este capítulo profundizar en ellos. El lector interesado en las diferentes teorías e investigaciones al respecto puede consultar diversas revisiones sobre ellas (Brownell, 1981; Mahoney, Rogers, Straw y Mahoney, 1982; Fricker y Apfelbaum, 1992). Sí cabe destacar, sin embargo, algunos aspectos extraíbles de dichas teorías que el clínico debe tener en cuenta en su práctica. En concreto, hay que considerar dos teorías: la *teoría del punto fijo*, que nos señala la tendencia del organismo a mantener su peso, enlenteciéndose el metabolismo si hay restricción calórica o acelerándose si hay sobreingesta con el fin de mantener ese peso, y la *teoría de la celularidad adiposa*, que distingue entre obesos con células adiposas alargadas (hipertróficos) y obesos con mayor número de células adiposas (hiperplásicos). La primera teoría nos advertiría acerca del peligro de someterse a dietas estrictas, de las que necesariamente hay que salir y, una vez fuera, si esta teoría es cierta, al haberse enlentecido el metabolismo, las ganancias de peso serían superiores a las iniciales, con lo que de nuevo se volvería a hacer dieta. De esta forma se establecería un ciclo de pérdida y ganancia de peso, el llamado efecto “yo-yo”, más perjudicial para la salud que el sobrepeso en sí (Lissner *et al.*, 1991). La segunda teoría nos llevaría a reflexionar acerca de los objetivos terapéuticos. Es decir, intentar llevar a un obeso hiperplásico hasta un peso ideal establecido por las tablas estandarizadas sólo conseguiría fracaso y frustración, en el mejor de los casos, o peligro real para la salud al disminuir anormalmente el tamaño de sus células adiposas, en el peor de los casos, si conseguimos acercarnos a los objetivos de peso ideal.

Determinar con exactitud el peso biológico ideal de un paciente implica la utilización de aparatos médicos sofisticados y costosos. Sin embargo, disponemos de una serie de indicadores que nos pueden dar una idea de qué objetivo terapéutico sería el más realista en cada caso. Estos indicadores, como el exceso de peso que tiene una persona, el peso máximo que ha perdido en intentos anteriores, la forma como lo ha alcanzado, el tiempo que mantuvo las pérdidas y los posibles antecedentes familiares de la obesidad, están incluidos en un cuestionario diseñado por Vera y Fernández (1989) que sirve como esquema para realizar la entrevista conductual del sobrepeso (véase Apéndice 1).

Factores de aprendizaje

Los primeros tratamientos conductuales se basaron en la idea de que la obesidad, al menos la que no tenía una etiología médica clara, era efecto de una causa única: el aprendizaje incorrecto de una serie de hábitos o conductas alimentarias distintas de las del no obeso. En concreto, se creyó que el obeso ingería mayor cantidad de alimentos, de manera más rápida y respondía más a estímulos externos asociados con la comida (vista y sabor de los alimentos, sitios y actividades relacionados con el comer, etc.) que a estímulos internos de hambre. La revisión de los estudios que evalúan estas premisas puede encontrarse en Fernández y Vera (1996). A modo de conclusión de estas investigaciones, se podría decir que en la actualidad no se puede sostener que exista un estilo de comer propio del obeso frente al no obeso, sino de diferencias individuales en cuanto a pautas alimentarias que pueden existir en ambos

grupos. Por ello, es necesario llevar a cabo una evaluación individualizada para determinar hasta qué punto estos factores son relevantes en un caso concreto. Dicha evaluación se puede llevar a cabo a través de la entrevista, el Cuestionario de sobrepeso mencionado y un Autorregistro de comida y bebida (véase Apéndice 2). Asimismo, existen cuestionarios que evalúan algunos de estos aspectos (véase Saldaña 1996).

Estilo de vida relacionado con el ejercicio físico

Aunque sea una forma simplista de expresar un complejo fenómeno fisiológico, puede decirse que el peso corporal es una función de la energía consumida *versus* la energía gastada. De los tres componentes del gasto energético, el *metabolismo basal*, el *efecto térmico de los alimentos* y la *actividad física*, esta última es la más fácil de modificar. De nuevo, no se puede generalizar diciendo que el obeso realice menos ejercicio físico que el no obeso, teniendo en cuenta, además, que gasta más energía al realizar la misma actividad puesto que tiene que desplazar más masa corporal (Fricker y Apfelbaum, 1992). De todas formas, es cierto que en la sociedad industrializada el estilo de vida es marcadamente sedentario y que la falta de actividad física, aparte de perjudicial para la salud en muchos sentidos, lleva a una adquisición progresiva de peso. Además, como se comentará más adelante, el ejercicio físico es uno de los factores más importantes en el mantenimiento del peso perdido. Por todas estas razones, es necesario una evaluación individualizada del estilo de vida en cuanto a actividad física se refiere que realiza el paciente. Evaluación que, además, nos proporciona una buena línea de base a partir de la cual ir incrementando dicha actividad. La técnica de evaluación más utilizada para este fin en la clínica es el autorregistro (véase Apéndice 3). Para consulta de otras técnicas de evaluación véase Fernández y Vera (1996).

Factores psicológicos y cognitivos

Aunque en general se puede decir que el obeso no difiere psicológicamente del no obeso (Wadden, Foster, Stunkard y Linowitz, 1989), algunos estudios han encontrado que los obesos comen más que los no obesos cuando se encuentran enfadados, deprimidos o ansiosos (Ganley, 1989; Rand y Stunkard, 1978). Por otro lado, se está empezando a considerar un subgrupo dentro de la obesidad: los obesos compulsivos. Parece que en ellos, factores emocionales representan los antecedentes principales de sus excesos alimentarios (Telch *et al.*, 1990). Estos obesos se distinguirían de los sujetos bulímicos con sobrepeso, principalmente, en la no adopción de medidas restrictivas posteriores tan drásticas como los vómitos, menor grado de alteraciones psicopatológicas y ausencia de distorsión de la imagen corporal. La escala de Herman (véase Vera y Fernández, 1989) ha resultado válida, fiable y predictiva para discriminar a los obesos restringidos de los que no lo son (para un estudio más detenido del tema, véase Saldaña, 1996).

Por otro lado, y en estrecha relación con los estados afectivos, tenemos la evaluación de pensamientos o frases que el paciente se dice a sí mismo y que le llevan a

comer en exceso. Las técnicas de reestructuración cognitiva fueron aplicadas por primera vez a problemas de obesidad por Mahoney y Mahoney (1976). Aunque las series elaboradas de pensamientos negativos y sus contrapartidas positivas pueden resultar muy útiles para aplicar en grupo, es necesario la evaluación individualizada con el fin de determinar hasta qué punto cada miembro del mismo autogenera esas frases u otras parecidas. Para la evaluación de estos factores, aparte de la entrevista, son muy útiles los autorregistros cognitivos ABC (A= *Activadores*; p. ej., No se ha perdido peso en una semana; B= *Creencias*; p. ej., «es horrible, nunca voy a lograrlo»; y C= *Consecuencias* emotivas y conductuales; p. ej., desanimado, irritado, abandona el programa). En el epígrafe 5 del Cuestionario de sobrepeso mencionado se recoge también la evaluación de estos aspectos (véase Apéndice 1).

Factores sociales

Por último, es necesario indicar que la obesidad no es un problema individual si no social. La sociedad actual promueve, por un lado, el aumento de peso: favorece el sedentarismo, las cenas y almuerzos sociales-laborales en los que se abusa de la comida y bebida, el “picoteo” entre comidas con los amigos, el consumo de productos ricos en grasas y azúcares, promocionados a través de magníficos anuncios publicitarios y de acceso fácil a través de las máquinas expendedoras de las mismas, etc. Por otro lado, la sociedad lanza al mercado el valor supremo de la delgadez y esbeltez corporal, el “cuerpo *Danone*”. Esta “moda” está plasmada en modelos y mises cuyo peso se encuentra muy por debajo de la media ciudadana y que revierte en la ropa disponible más tarde en el comercio (son frecuentes las quejas de que es imposible encontrar ropa apropiada por encima de la talla 42). La importante repercusión que este movimiento ha tenido en la percepción de la imagen corporal ha afectado principalmente a adolescentes (Heatherton y Baumeister, 1991) y especialmente a las chicas, que se perciben con mayor peso del que realmente tienen y manifiestan preferencias por cuerpos más delgados incluso de como los chicos las prefieren (Connor-Greene, 1988; Hill, Oliver y Rogers, 1992; Sánchez Carracedo, 1994). En general, las mujeres se obsesionan más con el sobrepeso y hacen más intentos por perderlo (Brownell y Wadden, 1992), extendiéndose peligrosamente esta preferencia incluso a niñas de 6-7 años (Collins, 1991). Es importante que el clínico tenga estos datos en cuenta a la hora de establecer objetivos terapéuticos con el paciente, ya que de lo contrario podríamos estar fomentando lo mismo que esta moda social: los problemas de anorexia y bulimia (para mayor profundización en la incidencia de los factores sociales, véase Vera, 1997).

Conclusión y repercusiones etiológicas en los objetivos del tratamiento

Se puede concluir diciendo que la obesidad es un problema complejo y multicausal, en el que los distintos factores revisados pueden jugar un papel más o menos relevante en cada caso particular. Por lo tanto, es necesario llevar a cabo una evaluación individualizada que nos indique cuáles son más relevantes en cada paciente y, de esta manera, establecer objetivos terapéuticos individualizados. El objetivo que tradicionalmente se venía eligiendo era el que marcaban las tablas estandarizadas de peso,

objetivos inalcanzables en casos de obesidad severa e incluso moderada. Efectivamente, la revisión de los factores biológicos y genéticos nos señalan la falsedad de la creencia altamente arraigada de que todas las personas pueden cambiar su cuerpo a voluntad. Cabría preguntarse entonces, ¿no deberían las personas obesas realizar el esfuerzo de cambiar? Dejemos la respuesta al análisis de la propuesta que realizan Brownell y Wadden (1992). Estos autores conceptualizan la necesidad repetidamente señalada en la clínica de establecer metas realistas para cada paciente y diferencian entre peso ideal, razonable y saludable. El *peso ideal* es el que viene especificado en las tablas estandarizadas. El *peso saludable* sería aquel cambio mínimo en el peso capaz de reducir los índices de algún factor de riesgo para la salud. En este aspecto, se ha encontrado que pérdidas modestas de incluso 5 kg normalizan la presión sanguínea en obesos hipertensos (Blackburn y Kandors, 1987). Por último, el *peso razonable* sería aquel que una persona es capaz de mantener ya en edad adulta durante al menos un año. Sería algo así como el peso ideal biológico, es decir, el peso que el organismo, y no comparaciones con muestras estadounidenses, marca. Por tanto, la respuesta a la pregunta inicial es que, efectivamente, los obesos deben realizar el esfuerzo de bajar su peso pero hasta unos límites razonables que, según el grado de sobrepeso, en algunos casos puede coincidir con el peso ideal y, desde luego, en todos lo va a hacer con el peso saludable.

III. TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Los primeros tratamientos conductuales de la obesidad iban dirigidos a cambiar los hábitos alimentarios revisados en los factores de aprendizaje, con la idea de que el problema desaparecería si el obeso cambiaba sus hábitos y se comportaba como el no obeso, es decir, aprendía a comer menos y más lentamente. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, los factores de aprendizaje no son lo únicos ni, en muchos casos, los más importantes en el mantenimiento de la obesidad. Quizás, por esta razón, no hayan resultado tan eficaces como se pensó en un principio. Stunkard (1982) revisa 21 estudios en los que ni los tratamientos conductuales ni los tradicionales (dieta, ejercicio, fármacos) resultan particularmente eficaces, pues en todos ellos se consiguen pérdidas modestas, en torno a los 5 kilos. Otro gran problema que presentan los tratamientos de la obesidad en general es el escaso mantenimiento de los logros. Aunque la terapia conductual mantiene sus logros durante más tiempo que las dietas, parece que sólo lo consigue durante uno o dos años (Brownell y Wadden, 1986; 1992; Wadden y Van Itallie, 1992), volviéndose a recuperar después de este tiempo (Jeffery, 1987; Garner y Wooley, 1991). Sin embargo, hay que tener en cuenta que eso ocurre a nivel grupal; a nivel individual sí hay personas que mantienen los logros e incluso siguen perdiendo peso. Además, esta recuperación puede no ser tan extraña si se tiene en cuenta que las reuniones de seguimiento en ese tiempo son escasas y no pasan de ser meras revisiones que no abordan ni dan solución a los problemas que hayan podido surgir. Como señalan diversos autores, las sesiones de seguimiento no deben ser meras revisiones de lo aprendido sino que deben incluir dementes nuevos y responder a las necesidades individuales (Pujol y Ramón, 1985; Saldaña, 1985). Dentro de los elementos que las sesiones de

seguimiento deberían incluir, se han señalado las siguientes: soporte social a través de los demás miembros del grupo, adquisición de habilidades de solución de problemas y aprendizaje de prevención de recaídas haciendo frente a las caídas. Dichas reuniones de seguimiento deberían realizarse durante años y a petición de los participantes, y no de forma arbitraria (p. ej., cada dos meses). Estas tendencias actuales están resultando significativamente superiores a las tradicionales en lo que respecta al mantenimiento de los logros (Abrams y Follick, 1983; Straw y Terre, 1983; Perri, McAdoo, McAllister, Lauer y Yancey, 1986; Baum, Clark y Sandler, 1991).

Hoy día, los tratamientos conductuales de la obesidad son paquetes terapéuticos que no sólo incluyen elementos de aprendizaje, sino otros tales como el ejercicio físico, la información dietética, la reestructuración cognitiva y el apoyo social del compañero. Quizás de todos estos elementos sea el ejercicio físico el que más importancia tiene en el mantenimiento de los logros (Perri *et al.*, 1986; Stern y Lowney, 1986; Foreyt y Goodrick, 1991). Algunos estudios encontraron mayor eficacia de los tratamientos conductuales y del ejercicio físico cuando iban unidos que cuando se aplicaban por separado (Dahlkoetter, Callahan y Linton, 1979), mientras que otros estudios encontraron la misma efectividad pero mayor mantenimiento cuando iban unidos (Graham, Taylor, Hovell y Siegel, 1983; Perri *et al.*, 1986). Sin embargo, estos mismos estudios señalan el problema de la adherencia al ejercicio. Aunque los sujetos que continúan haciendo ejercicio mantienen los logros, más de un 60% de ellos abandonan. Este problema lleva a la necesidad de conceptualizar el ejercicio físico no sólo como la práctica de algún deporte, sino también como la implantación de hábitos cotidianos que cambien el estilo de vida sedentario. Esta implantación de hábitos ha demostrado ser superior en el mantenimiento de los logros con poblaciones infantiles (Epstein, Wing, Koeske y Valoski, 1984; 1985).

Por otro lado, como señalan Brownell y Wadden (1992), los tratamientos conductuales-cognitivos de la obesidad estarían indicados para casos de sobrepeso u obesidad ligera y moderada, mientras que para obesidad severa o grande se tendría que combinar éste con dietas severas prescritas médicamente, resultando dicha combinación más eficaz que los tratamientos por separado (Brownell y Wadden, 1992; Lindner y Blackburn, 1976).

Aunque la eficacia adicional de las técnicas cognitivas necesita aún ser comprobada, los distintos estudios que las introducen apuntan en la dirección deseada (Brownell, 1985; Brownell y Wadden, 1986; DeLucia y Kalodner, 1990; Baum *et al.*, 1991). Por último, los resultados que existen con respecto a la inclusión del compañero en los programas de tratamiento son contradictorios. Algunos estudios señalan la clara conveniencia de incluirlo tanto para los logros a conseguir como en el mantenimiento de los mismos (Brownell *et al.*, 1978; Pearce, Lebow y Orchard, 1981), mientras que en otros estudios se produce incluso un efecto contraproducente (Stalonas, Perri y Kerzner, 1984). Dicho efecto puede ser debido a la existencia de compañeros que intentan ejercer control sobre el proceso de modificación de los interesados, en vez de ofrecerles ayuda y soporte. De nuevo surge la necesidad de evaluar al compañero y decidir si resulta adecuada, y en qué momento, su inclusión en el programa terapéutico.

III.1. *Aplicación paso a paso de un programa cognitivo-conductual de control del sobrepeso*

Siguiendo las necesidades actuales de disponer de guías prácticas que ayuden en el quehacer clínico, se elaboró un manual cognitivo-conductual de tratamiento de la obesidad (Vera y Fernández, 1989) basado en un programa piloto cuya aplicación empírica resultó satisfactoria (Vera y Fernández, 1986).

¿Qué se pretende con esta guía práctica?

Que oriente al clínico sobre cómo tiene que llevar a cabo las sesiones con pacientes que presentan dicha problemática, pero de ninguna manera que sirva como un recetario de aplicación casera. No somos técnicos que trabajamos con máquinas sino profesionales que trabajamos con personas y, por tanto, debemos aplicar a cada caso concreto nuestros conocimientos teóricos, habilidades clínicas y técnicas disponibles. Aún cuando este manual esté pensado para aplicar en grupo, no podemos olvidar la idiosincrasia de cada uno de sus miembros en cuanto a su motivación, objetivos y problemática particular. Así, a través de una evaluación individualizada, sabremos cuáles concretamente de nuestros miembros necesitan qué elementos terapéuticos específicos de cada sesión.

¿Sería suficiente el conocimiento de este manual para que un clínico pueda solucionar este problema?

La respuesta sería sí, si efectivamente es un clínico, es decir, posee habilidades clínicas de comunicación e interacción individual (p. ej., habilidad de atender y escuchar, de saber dar empatía, información, contrastar hipótesis, etc.), conocimientos teóricos y técnicos de modificación de conducta, y habilidades de manejo de grupos (p. ej., destreza en el manejo del soporte social y el refuerzo del grupo, de incitación a la participación equitativa de todos sus miembros, de protagonismo progresivo del grupo frente al terapeuta, etc.).

¿A quién va dirigido el programa?

A personas que necesiten perder menos de 20 Kg Y que no presenten ninguna patología psicológica importante ni otros problemas de alimentación relacionados con la obesidad (bulimia, períodos de comer compulsivo y obsesión con la pérdida de peso). Para esto, antes de incluir al paciente en el grupo, es necesario llevar a cabo una evaluación diferencial que se realiza fundamentalmente a través de entrevistas clínicas individualizadas.

¿En qué consiste y cuál es la duración del programa?

Aunque las sesiones que se presentan son 12, las tres primeras de evaluación y las restantes de tratamiento, el tiempo de las sesiones de tratamiento se puede alargar, de manera que su contenido se dé en tantas sesiones como sean necesarias, según el

progreso del grupo. Las sesiones de evaluación se realizarían en dos semanas, espaciándose las de tratamiento a una semana. Las sesiones de seguimiento se realizarían atendiendo a las necesidades de los participantes, en lugar de actuar sobre una base temporal fija (por ejemplo, cada mes) y en ellas se aplicarían técnicas de solución de problemas y habilidades de hacer frente a las caídas para evitar que se conviertan en recaídas. Se entrena a los participantes en estas técnicas durante las dos últimas sesiones del tratamiento, de manera que sepan cómo aplicarlas a los problemas futuros que se les presenten.

Las sesiones suelen durar dos horas y se recomienda que el grupo no sea muy numeroso (no más de 20 participantes) y, a ser posible, dirigido por dos terapeutas. Las sesiones se dividen en dos partes. La primera la realizan los terapeutas con todo el grupo y se estructura de la siguiente forma:

1. Pesar a todos los participantes y anotar su peso en una tabla elaborada a tal efecto donde aparecerán recogidos los nombres de los miembros del grupo y el peso que cada uno quiere alcanzar al final del programa.
2. Recoger las tareas de la semana anterior. Comentar en grupo los principales problemas encontrados y los logros alcanzados.
3. Recordar lo más importante del contenido explicado en la sesión anterior y enseñar nuevos principios para el control del hábito de comer. En concreto, se trabaja con cuatro elementos: hábitos y estilos de comer inadecuados, creencias irracionales que llevan a “caer en tentaciones” y que pueden conducir a recaídas. información nutricional y ejercicio físico.
4. Plantear nuevas tareas a realizar durante la siguiente semana.

En la segunda parte de la sesión, se divide al grupo en dos subgrupos, si se cuenta con dos terapeutas. De esta forma, se puede atender mejor a los problemas individuales, aunque la metodología de trabajo seguiría siendo de grupo, es decir, se incentivaría a sus miembros a que sean ellos los que vayan aportando soluciones a los diversos problemas planteados.

Si los participantes tienen un compañero que participa en el programa, se les pide que le expliquen lo que han aprendido en la nueva sesión y cómo pueden ayudar. Es conveniente también tener sesiones adicionales con dichos compañeros, aunque de manera más espaciada que con los participantes.

Los contenidos de cada sesión son acumulativos, pudiendo resumirse de la siguiente forma:

1ª sesión

Objetivos a cubrir: Conocimiento de los miembros del grupo entre sí, creación de una buena relación de trabajo, motivación de los participantes, información acerca del problema de la obesidad y de qué factores pueden ser más relevantes en cada caso concreto, realización de autorregistros principales.

Lo primero que se discute en el grupo es el peso meta que cada uno quiere adquirir; tanto el peso actual como el peso a adquirir se anotan en una cartulina grande donde se va registrando semana a semana el peso marcado por la báscula. El peso meta se adapta a un peso razonable después de discutir éste en grupo.

Se comenta de manera general los distintos métodos de perder peso y, de manera específica, el programa a seguir, resaltando que nuestro objetivo no es la pérdida rápida de peso sino la adquisición progresiva de hábitos de comida y estilos de vida más sanos, que permitan a cada persona alcanzar el peso meta que se ha marcado. Se pretende avanzar en la pérdida de peso de manera progresiva y estable, “sin prisa pero sin pausa”. Así mismo, se comentan los distintos factores que pueden incidir en la obesidad y la importancia de evaluar cuáles de ellos tienen más peso en su problema concreto. Para ello, se les motiva y se les enseña a realizar dos autorregistros básicos: el de la comida y bebida (véase Apéndice 2) y el del ejercicio físico (véase Apéndice 3). Para la realización del primero, se les proporcionaría una tabla de calorías. Es importante motivarles a que los hagan, para lo que se utilizan razonamientos del siguiente tipo: Es la única forma de conocer los hábitos alimentarios (se les pone ejemplos); permite tomar conciencia de lo que se come; se aprende cuántas calorías tiene lo que se come, siendo la única forma de saber si comemos mucho o poco; se pueden hacer “combinaciones” de comidas una vez que se manejan las calorías. En la realización de segundo autorregistro, se les enseña a registrar no sólo deportes sino también actividades físicas cotidianas (subir y bajar escaleras, andar, etc.) comentando la importancia de éstas para saber hasta qué punto nuestro estilo de vida es sedentario. Por último, se les pide que lleven los autorregistros siempre consigo, que lo anoten todo y que lo hagan inmediatamente después de emitir la conducta.

La sesión finaliza recogiendo información sobre posibles compañeros que quieran y puedan participar en el programa, enfatizando que es mejor no tenerlo que tener uno inadecuado. Para determinar esto se les entrega un pequeño cuestionario a realizar en casa (véase Apéndice 4).

2ª sesión

Objetivos específicos: Comenzar a evaluar la motivación para perder peso, introducirlos en autorregistros cognitivos, comenzar el análisis funcional del problema, evaluar al compañero.

Es importante que los participantes analicen las razones que les mueven a perder peso y se encuentren motivados a trabajar para conseguirlo, si esto no se consigue durante el período de evaluación, es preferible que no pasen al tratamiento en estos momentos. Los participantes empiezan a reflexionar sobre los beneficios y sacrificios que le ven al programa y lo reflejan en el Cuestionario de sobrepeso (Apéndice 1) que se les entrega en esta sesión. Este cuestionario sirve además para llevar a cabo la evaluación conductual del problema. Además, se les entrega un Cuestionario de sobrepeso para el compañero que tiene los siguientes objetivos: recoger las actitudes y conductas relacionadas con el peso que el compañero observa en el participante y evaluar hasta qué punto está él dispuesto a colaborar. Con los compañeros que lo estén se mantiene una entrevista grupal en la que se les explica el programa y cómo pueden ellos ir participando en él.

Se enseña a los pacientes a realizar un nuevo autorregistro: el registro cognitivo ABC. Este registro lo realizan a dos niveles, sobre las situaciones que les llevan a comer y beber en exceso y sobre estas conductas una vez realizadas (lo que en Terapia Racional Emotivo Conductual se conoce como “estrés del síntoma” o “alteración

emocional secundaria”). Un ejemplo podría ser el siguiente: Me encuentro con unos amigos y me invitan a una caña (A); me digo que por una no pasa nada (B); me siento despreocupado y me tomo una caña con su correspondiente tapa (C). Me he tomado la tapa y la caña (A); me digo que no debería haberlo hecho, que tengo muy poca fuerza de voluntad y que nunca vaya cambiar (B); me siento culpable y me tomo dos cañas más con las tapas (C).

3ª sesión

Objetivos específicos: Completar el análisis de la motivación, analizar los principales pensamientos negativos recogidos, completar el análisis funcional del problema, realizar un contrato conductual.

Se analizan las distintas motivaciones para entrar en el programa, corrigiendo razones incorrectas, como pueden ser las de querer perder peso para complacer a otra persona, evitar las críticas sociales o llegar a ser modelo. Asimismo, se corrigen las expectativas incorrectas de costes del programa, como pasar mucha hambre, sacrificarse en todo o, por el contrario, no esforzarse nada. El peso se tiene que querer perder por uno mismo, para sentirse mejor, más sano y prevenir una obesidad mayor.

Los pensamientos negativos más frecuentemente autorregistrados son los siguientes: El *debo* (p. ej., «Debo ser el mejor en los ejercicios, debo perder peso todas las semanas»); El *todo o nada* (p. ej., «No he resistido la tentación de probar los dulces, entonces... que más da que me atiborre»); El *fatalismo* (p. ej., «No creo que este tratamiento funcione»); Las *excusas* (p. ej., «Mañana empezaré; total, por uno que me coma...»); La *sobregeneralización* (p. ej., «Nunca cumplo la dieta»); El *horror o tremendismo* (p. ej., «Es terrible cuando las cosas no salen como uno quiere»); La *autodevaluación* (p. ej., «No valgo nada por no ser capaz de cumplir lo que me propongo»); El *no puedo soportar* (p. ej., «No puedo soportar no poder comer los pasteles que deseo»). Estos pensamientos irracionales serán cuestionados y cambiados a lo largo de las sesiones de tratamiento.

Se divide el grupo en subgrupos de manera que cada participante pueda resumir la evaluación conductual realizada en función de sus autorregistros y de su Cuestionario de sobrepeso. Es decir, comentará el tipo y cantidad de comida y bebida que ingiere, el tiempo aproximado que emplea en comer, número de veces que come al cabo del día, estímulos asociados con la conducta de comer, principales autoverbalizaciones negativas que le llevan a comer en exceso, motivación y objetivos con el programa y, finalmente, actividad física que realiza.

Finalmente, los participantes firman un contrato conductual a través del que se comprometen con la terapia, entregando un dinero en depósito que será enviado a asociaciones contrarias a los principios éticos, sociales y políticos del firmante si incumple el contrato.

4ª sesión

Objetivos específicos: Iniciación al control estimular, educación nutricional, incremento de la actividad física y cuestionamiento de los “debo”.

Dentro del control estimular, se empieza con los objetivos de fijarse un horario determinado para comer, hacer de 3 a 4 comidas organizadas, cambiar de posición

habitual en la mesa y comer siempre en el mismo sitio sin realizar otras actividades. Se genera motivación para aumentar la actividad física discutiendo en grupo sus principales ventajas: es saludable para el organismo, aumenta el bienestar psíquico, anima a seguir con el programa incrementando el sentimiento de autoeficacia, disminuye el apetito, ayuda a perder peso porque se incrementa el gasto energético, aumenta la belleza corporal fortaleciendo la musculatura estriada, y mantiene las pérdidas de peso durante más tiempo. Se marcan subobjetivos de incremento en el caminar. Tanto las actividades de control estimular como de ejercicio físico de esta sesión y de las siguientes se prerregistran como metas a conseguir durante cada semana, anotándose más tarde, en el mismo formato de registro, si realmente son llevadas a cabo.

En educación nutricional, se discute sobre qué son las calorías, el nivel óptimo de calorías diario, la relación entre energía consumida y energía gastada y el papel que esta relación desempeña en el aumento de peso.

Se cuestionan los “debo” que llevan a sentimientos disfuncionales de culpabilidad y de abandono de los objetivos, y se les enseña a sustituirlos por “preferencias” que conducen a sentimientos funcionales de preocupación que impulsan a perseverar en los objetivos e intentarlo de nuevo cuando éstos no se consigan.

Por último, se les enseña formas asertivas de pedirle al compañero que les ayuden con las tarcas de la semana, utilizando frases claras y específicas, expresadas de manera positiva, negociando las peticiones y reforzándoles su ayuda.

5ª sesión

Objetivos específicos: Progreso en el control estimular, modificación del “Todo o Nada” y de las “Autodevaluaciones”

En el control estimular, se les enseña a discriminar entre hambre y apetito, de forma que su ingesta esté controlada por la primera. Se llega al acuerdo de comprar siempre con una lista hecha y con el estómago lleno. En esta condición se preparan también los alimentos, evitando los fritos y los precocinados. Se les enseña cómo guardar la comida de manera que el acceso a ella no sea fácil. Se involucra al compañero en la realización de alguna de estas tareas.

Se discute en grupo, especialmente en los subgrupos, autoverbalizaciones negativas del tipo “Todo o Nada” (p. ej., *parte irracional*: «No he resistido la tentación de probarlo, entonces... que más da que me atiborre»; *parte racional*: «¿Cómo que más da? Es verdad que lo he probado, pero eso no es lo mismo que si me atiborrara. No da igual 1 que 21») y de “Autodevaluación” (p. ej., *parte irracional*: «No valgo nada para el deporte»; »; *parte racional*: «¿Cómo que no valgo nada? Es verdad que no soy muy bueno, pero tengo dos brazos y dos piernas, luego puedo aprender»).

Se continúa con las tareas, añadiendo éstas como subobjetivos. Asimismo, se enseña a los participantes a autorreforzarse cuando consigan alcanzar estas metas.

6ª sesión

Objetivos específicos: Empezar a controlar de manera específica la cantidad de comida, aumentar la actividad física de caminar, modificar el “No puedo soportar” y el “Fatalismo”.

En el control estimular, se les enseña “trucos” para controlar la cantidad de comida: utilizar platos pequeños, servirse una sola vez, no comer en fuentes comunes, dejar un poco de comida en el plato, levantarse y limpiar la mesa en cuanto se termine de comer.

Se incrementa el tiempo de caminar a una hora, poniendo los medios para convertirlo en algo agradable, no en una obligación. Se intenta incorporar al compañero en la realización de estas tareas.

De nuevo, se cuestionan creencias irracionales tales como el “No puedo soportar” (p. ej., *parte irracional*: «No puedo soportar no comer el pastel que deseo»; *parte racional*: «¿No lo puedo soportar? ¿Quién lo dice? ¿Caigo fulminado si no me lo como? No, lo que ocurre es que es molesto no tener lo que se quiere pero, por supuesto, puedo elegir no comerlo y ¡lo puedo soportar! ») y el “Fatalismo” (p. ej., *parte irracional*: «Esto no va a dar resultado»; *parte racional*: «¿Cómo puedo saberlo? Voy darle una oportunidad»).

7ª sesión

Objetivos específicos: educación nutricional con el fin de cambiar el estilo de comer y cambio de vida sedentaria por vida activa.

Se dedica gran parte de la sesión a la educación nutricional. No se pretende implantar una dieta alimenticia estricta sino, más bien orientar a los participantes en principios nutritivos para que coman de forma más equilibrada. Se les anima a bajar su consumo calórico pero nunca más allá de 1500 Kcal para la mujer y 1800 Kcal para el hombre. No se debe perder más de 1 kg semanal. Se les enseña a distribuir esas calorías de forma equilibrada entre los distintos grupos nutricionales, con la idea de que el primer requisito de una alimentación sana es la variedad. La mayor parte de las calorías de la dieta deben proceder de los hidratos de carbono (50%), es decir, se deben consumir diariamente alimentos como pan, pastas, arroz, cereales, legumbres y patatas. Estos nutrientes, junto a las frutas, verduras y hortalizas, constituyen la base de una alimentación sana, en la que, además, no pueden faltar 2 ó 3 vasos de leche (desnatada) o equivalente en productos lácteos. A mucha distancia, le siguen las proteínas (pescado, huevos, carne magra) de las que se recomienda no más del 30% diario, con lo que, sí se tiene en cuenta que los productos lácteos, las legumbres y las hortalizas proveen también de proteínas al organismo, no será necesario consumir más de tres raciones a la semana de pescado, huevos o carne, alternándolos (Aranceta, Serra, Pérez y Mataix, 1995). Por último, las grasas o lípidos ocuparían no más del 20% de nuestra alimentación diaria. La grasa la proporcionan alimentos como la mantequilla, aceites, carne magra, etc. al igual que algunos pescados (salmón, caballa o sardina), leche y derivados sin desnatar, frutos secos, aceitunas y aguacates. Además de los hidratos de carbono, proteínas y grasas necesitamos, para vivir, minerales y vitaminas que los proporcionan las frutas y verduras. Por eso es tan importante su consumo diario. En resumen, se recomienda comer de todo pero de manera equilibrada, reduciendo al máximo el consumo de grasa, sobre todo polisaturada, que es la procedente de la mantequilla (por eso, se debe sustituir por aceite de oliva), mahonesa, leche entera, quesos grasos, embutidos, etc. Sólo muy ocasionalmente (pocas veces al mes, no a la semana) pueden permitirse productos derivados de pastelería, bolle-

ría y heladería; el azúcar proporciona calorías sin valor nutritivo alguno, por lo que es preferible sustituirlo por la miel (hidratos de carbono); lo mismo ocurre con el alcohol, que quedaría así eliminado de la dieta diaria. Por el contrario, se recomienda tomar cada día más fibra procedente de legumbres, verduras, frutas y hortalizas.

Se incorpora al hábito de andar una hora diaria, el resto de hábitos de la vida activa *versus* sedentaria. Así, siempre que se pueda, se sustituirá el automóvil por el caminar. Igualmente, se aparcará lo más retirado posible del sitio de destino. Se utilizarán las escaleras y se aprovechará cualquier oportunidad de actividad que surja.

Se continúan analizando en subgrupos las tareas, especialmente las creencias irracionales y se enseña cómo puede ayudar el compañero con las tareas de la semana. Éstas consistirán en que cada sujeto seleccione su propio menú basado en los consejos dietéticos, registrando posteriormente tanto su realización como las transgresiones cometidas. Los prerregistros se realizan también con la actividad física.

8ª sesión

Objetivos específicos: Cambio del estilo de comer de rápido a lento y modificación de las “Excusas” y “Sobregeneralización”.

Comer rápido tiene dos desventajas fundamentales: primero, los alimentos que se están ingiriendo tardan más tiempo en ser absorbidos y, por tanto, la sensación de hambre tarda más en desaparecer y, segundo, no da tiempo a saborear y disfrutar la comida. La idea es hacer del acto de comer algo agradable en lo que recrearnos. Los pequeños “trucos” que se enseñan para ello son:

1. Llevarse trozos pequeños de comida a la boca y no repetir la operación hasta que no se tenga nada en ella;
2. Masticar despacio, disfrutando de la comida;
3. Comer en compañía, charlando entre bocados, tener un compañero puede ser muy útil para esto;
4. Es conveniente comenzar la comida con una ensalada para disminuir el apetito; y
5. Por la misma razón, es conveniente beber antes de comer y no durante las comidas, ya que el alimento seco ayuda a que uno se sienta saciado (aunque esto es opcional, especialmente si interfiere con el gusto a la comida). Sí es aconsejable beber unos dos litros de agua diarios para el correcto funcionamiento del organismo.

Se enseña a sustituir “Sobregeneralizaciones” (p. ej., *parte irracional*: «Siempre estoy picando»; *parte racional*: «¿Siempre? No es verdad. He picado hoy, pero ha habido veces que no lo he hecho. Es verdad que pico con frecuencia; voy a ver qué “trucos” puedo poner en marcha para dejar de hacerlo»). Asimismo, se enseña a sustituir las “Excusas” (p. ej., *parte irracional*: «Total, por un pastel no pasa nada»; *parte racional*: «Sí que pasa. Pasa que me meto muchas calorías en el cuerpo que luego me cuesta perder y que, además, me relajo tanto que me como más de uno»).

Como tareas, se prerregistra en la Hoja de comida y bebida el tiempo que se quiera emplear en comer, incrementándolo progresivamente hasta llegar al objetivo marcado, y se comprueba posteriormente si se ha cumplido o no. Continuarían realizando registros de autoverbalizaciones negativas y sus sustituciones por positivas en cuanto se sintieran desanimados con el programa, tentados a cometer una transgresión o después de haberla realizado.

9ª sesión

Objetivos específicos: Modificación del “Tremendismo”, aprendiendo estrategias para cuando se coma fuera, y programación del ejercicio físico.

Se discuten estrategias para sustituir la última inferencia evaluativa irracional; el “Tremendismo”, utilizando ejemplos prácticos que ilustren cómo los acontecimientos pueden ser malos, desagradables, no deseados, pero el “horror” sólo lo creamos nosotros (p. ej., *parte irracional*: «Es horrible no haber perdido peso esta semana después de estar sacrificándome»; *parte racional*: «¿Dónde está el horror? Es sólo malo, pero no una catástrofe. Ya sabía que después de la primera semana el peso se pierde más lentamente. Voy a perseverar. Además, me he sentido bien conmigo mismo haciendo las tareas; ese es también mi objetivo, conseguir hábitos saludables»). Al igual que con el resto de las creencias irracionales, los participantes en el subgrupo ponen ejemplos extraídos de sus autorregistros y, entre todos, las cuestionan de manera socrática y se cambian por autoverbalizaciones positivas y racionales.

Se enseñan estrategias para disfrutar de las comidas realizadas fuera de casa sin consumir, sin embargo, muchas calorías en ellas. Algunas de estas estrategias son: seleccionar del menú de la carta lo que más guste, pero con cuidado de que en su elaboración no se hayan añadido salsas ricas en grasas; decidir la cantidad que se quiere consumir (hay que tener cuidado con el menú del día; quizás con un buen plato tenemos suficiente, consumimos menos calorías y sale más económico); procurar llegar a los postres ya satisfecho (si se elige tomar alguno “apetitoso”, alto en calorías, tenerlo previsto de antemano para compensar luego por ellas, siendo mejor incluso el compartirlo); es también importante planificar la bebida que uno va a tomar, anotarlo y felicitarlo por su realización; por último, vigilar la cesta del pan, servirse sólo aquel que se va a consumir. Además de estas recomendaciones prácticas, se enseña a aplicar el cuestionamiento y la sustitución de las principales autoverbalizaciones irracionales que llevan tanto a transgredir los objetivos propuestos como las que llevan a sentirse culpables después de haberlo hecho.

Se les anima a realizar algún ejercicio programado, además de continuar con sus hábitos cotidianos de vida activa. Algunas sugerencias para la elección del ejercicio son: que puedan realizarlo fácilmente, que sea un ejercicio que les guste y que lo aprovechen, además, para hacer amistades o reunirse con las que tienen.

10ª sesión

Objetivo específico: Aprender a romper cadenas conductuales utilizando para ello todas las técnicas cognitivo-conductuales aprendidas hasta el momento.

Se enseña a los participantes qué es una cadena conductual. Aprenden a discriminar qué conductas y pensamientos han ido actuando como distintos eslabones

que conducen a una conducta final determinada. Por ejemplo: «Vamos a analizar las distintas conductas y pensamientos que pueden llevar a la siguiente situación: Imagínate que después de haberte quedado un sábado entero en casa para estudiar, terminas estudiando muy poco y comiéndote una caja entera de galletas, ¿qué conductas, sentimientos y pensamientos te han podido llevar a eso?, ¿qué fue lo primero que ocurrió y cómo una cosa fue llevando a otra?».

A continuación, se representa la cadena conductual con cada uno de sus eslabones (véase Vera y Fernández, 1989). Una vez que ha aprendido a representar cadenas conductuales con sus propios ejemplos, se generan estrategias cognitivo-conductuales para romper todos y cada uno de los eslabones, enfatizándose la importancia de romperlos lo antes posible en la cadena para no llegar a la conducta final (ejemplos de aplicaciones de estrategias cognitivo-conductuales pueden verse en Vera y Fernández, 1989).

Se les pide, como tarea para casa, la realización de prerregistros y registros de cadenas conductuales. Los registros los efectúan no sólo cuando ocurren las conductas finales sino también como previsión de éstas. Así, escribirían posibles situaciones de alto riesgo que puedan tener en un día determinado, conductas y pensamientos que pueden llevar a la conducta final de transgredir sus objetivos y posibles estrategias para romper la cadena lo antes posible. Posteriormente, se comprueba si se ha realizado lo previsto y, si no, se empieza a evaluar qué elementos han podido fallar. Se le explica esta sesión al compañero/a y se le pide su colaboración en la construcción y ruptura de las cadenas.

11ª sesión

Objetivos específicos: Aprender a evitar las caídas y a hacerle frente cuando se produzcan.

Tanto esta sesión como la siguiente son de preparación para que en el seguimiento no se pierdan los logros adquiridos. Se explica la diferencia entre caída, recaída y pérdida total de lo conseguido. Las *caídas* son transgresiones concretas inevitables, algunas de las cuales han ocurrido a lo largo del tratamiento; se ha de procurar tener las menos posibles, para lo que ayuda el saber manejar las cadenas conductuales. Sin embargo, es quizás más importante aprender a no adoptar actitudes negativas ante ellas. Dichas actitudes sólo sirven para provocar una recaída. La recaída significa el abandono de los hábitos alimenticios y de ejercicio, adquiridos de manera que se aumente de peso. Si éste llega a ser igual o superior que el de la línea de base, entonces estamos hablando de *pérdida total*.

Se enseñan estrategias de "solución de problemas" para evitar posibles caídas futuras. De esta manera, los participantes identifican posibles situaciones futuras de alto riesgo y las cadenas conductuales que llevaría a tener una caída. A continuación, se diseñan todas las estrategias de ruptura de eslabones que se les ocurra, seleccionando, posteriormente, la que resulte más fácil y útil. Una vez que ésta se ha llevado a la práctica, se evaluaría si el plan ha funcionado y, si no ha sido así, se aplicarían las estrategias que se enseñan a continuación de hacer frente a las caídas para evitar que se conviertan en recaídas.

Las estrategias de hacer frente a las caídas se pueden resumir en seis pasos:

1. distanciarse de la escena y evaluar objetivamente qué elementos han fallado y qué habría que hacer la próxima vez;
2. identificar las creencias irracionales (iBs) y sustituirlas por creencias racionales (rBs), con especial énfasis en aquellas que lleven a sentimientos de culpa;
3. recordar los progresos, no los fracasos;
4. volver a utilizar las técnicas de solución de problemas;
5. saltar a la acción; una vez decidido qué se va a hacer, llevarlo a la práctica lo antes posible; y
6. pedir ayuda al compañero y al grupo solicitando una nueva reunión.

Como tareas, empiezan a identificar las situaciones de alto riesgo que puedan tener, escriben las posibles estrategias aplicables, elaboran un plan de acción y dejan un espacio en el registro para evaluar la realización de dicho plan.

12ª sesión

Objetivos específicos: Igual que los de la sesión anterior. Prepararse para terminar el programa y trabajar para que los hábitos adquiridos sean permanentes.

Se identifican posibles miedos a finalizar el programa y se discuten en grupo las posibles creencias irracionales que los mantengan. Asimismo, se evalúa y discute el grado de satisfacción de los participantes con los logros obtenidos. Se dedica la casi totalidad de la sesión a revisar los prerregistros realizados de diseño de planes de acción ante posibles situaciones futuras de alto riesgo. Se enfatizan cuatro elementos clave para que los hábitos aprendidos sean permanentes: continuar practicando lo aprendido; estar alerta ante las posibles situaciones de alto riesgo y utilizar en ellas las técnicas de solución de problemas; hacer ejercicio regularmente, marcándose un tiempo para ello; y aprender a no castigarse nunca por las caídas, utilizándolas como buenas oportunidades de aprendizaje.

Si de todas formas, hubiese una recaída, atajarla lo antes posible repasando lo aprendido en este programa, pidiendo ayuda al compañero y/o a los otros participantes del programa y solicitando del terapeuta sesiones de reaprendizaje.

Se planifican sesiones de seguimiento cada 20 ó 30 días inicialmente, distanciándolas, posteriormente, según la evolución de los participantes.

IV. CONCLUSIONES

En este capítulo se ha ofrecido un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la obesidad, sesión a sesión. Sin embargo, ha quedado también clara la importancia de realizar previamente una evaluación individualizada de los posibles participantes del programa. Esto se hace, al menos para determinar tres aspectos fundamentales: 1. Que la obesidad es el principal problema que el paciente presenta (no otros trastornos psicológicos y/o de alimentación); 2. Cuáles son los factores biológicos, psicológicos, de aprendizaje, sociales, etc. más relevantes en cada caso concre-

to; y 3. Cuál es el nivel de motivación y los objetivos que cada uno persigue al querer entrar en un grupo de estas características. Este último aspecto cobra una particular importancia si se tiene en cuenta que objetivos poco realistas de alcanzar pesos “ideales” han llevado al fracaso, a la frustración y a intentos peligrosos para la salud cuando se intenta conseguirlos a toda costa. De ahí que el objetivo principal de todo programa dirigido a la obesidad debiera ser la adquisición de hábitos alimenticios adecuados y de estilos de vida menos sedentarios y, como consecuencia, la disminución progresiva del peso hasta límites razonables y la prevención del aumento progresivo del mismo.

Precisamente el tema de la prevención es uno de los más relevantes actualmente en obesidad. Prevención a dos niveles: *primario*, para que no llegue a desarrollarse la obesidad y *secundario*, para que, una vez terminado un programa de obesidad, se mantenga lo adquirido. Con esta finalidad, se han introducido en dichos programas elementos provenientes tanto de la psicología (reestructuración cognitiva, ruptura de cadenas conductuales, solución de problemas) como de otras disciplinas (ejercicio físico, educación nutricional), elementos que son desarrollados ampliamente en este capítulo.

A pesar de las mejorías conseguidas con estos elementos, y con la planificación más cuidadosa e individualizada de las sesiones de seguimiento, el problema de la obesidad dista mucho de estar resuelto. De ahí la necesidad de una intervención temprana en este problema, es decir, la prevención primaria. Es importante aprender a comer bien lo antes posible. En general, nuestros jóvenes suelen comer de manera irregular. En el estudio de Sánchez Carracedo (1994) se constató que, a pesar de que los adolescentes estaban altamente preocupados con la dieta y se solían someter temporalmente a restricciones calóricas, también mostraban una alta prevalencia de hábitos alimenticios inadecuados. Por ejemplo, solían comer más copiosamente por la noche, muchos omitían el desayuno, solían “picar” entre horas y consumir alimentos ricos en grasas y azúcares fácilmente disponibles en puestos de “chucherías” y en máquinas expendedoras de las mismas. Así, las restricciones calóricas las estaban probablemente realizando en alimentos necesarios para su desarrollo.

En definitiva, es importante adquirir, en cualquier momento de la vida, aunque mejor lo antes posible, hábitos alimenticios sanos y de actividad física saludable, al mismo tiempo que se fomenta la autoestima que lleva implícito la aceptación del propio cuerpo. Y esto no sólo para prevenir la obesidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, D. B. y Follick, M. J. (1983). Behavioral weight-loss intervention at the worksite: Feasibility and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 226-233.
- Alastrué, A., Sitges, A. S., Jaurieta., E. y Sitges, A. C. (1982). Valoración de los parámetros antropométricos en nuestra población. *Medicina Clínica*, 78, 407-415.
- Aranceta, J., Serra, Ñ., Pérez, C. y Mataix, J. (1995). Objetivos nutricionales y guías dietéticas. En Ñ. Serra, J. Aranceta y J. Mataix (dirs.), *Documento de consenso. Guías alimentarias para la población española*. Barcelona: S. G. Editores.

- Baum, G. J., Clark, H. B. y Sandler, J. (1991). Preventing relapse in obesity through post-treatment maintenance systems: Comparing the relative efficacy of two levels of therapist support. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 287-302.
- Blackburn, G. L. y Kanders, B. S. (1987). Medical evaluation and treatment of the obese patient with cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology*, 60, 55-58.
- Bray, G. A. (1976). *The obese patient*. Filadelfia: W. B. Saunders.
- Bray, G. A. (1986). Effects of obesity, on health and happiness. En K. D. Brownell y J. P. Foreyt (dirs.), *Handbook of eating disorders. Physiology, psychology, and treatment of obesity, anorexia, and bulimia*. Nueva York: Basic Books.
- Brownell, K. D. (1981). Assessment of eating disorders. En D. H. Barlow (dit.), *Behavioral assessment of adult disorders*, Nueva York: Guilford.
- Brownell, K. D. (1985). *The Learn Program for Weight Control*. Filadelfia: University of Pennsylvania.
- Brownell, K. D., Heckerman, C. L., Westlake, R. J., Haynes, S. C. y Monti, P. M. (1978). The effect of couples training and partner cooperativeness in the behavioral treatment of obesity. *Behavior Research and Therapy*, 16, 323-333.
- Brownell, K. D. y Wadden, T. A. (1986). Behavior therapy for obesity: Modern approaches and better results. En K. D. Brownell y S. P. Foreyt (dirs.), *Handbook of eating disorders*. Nueva York: Basic Books.
- Brownell, K. D. y Wadden, T. A. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 50-5-517.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 199-208.
- Connor-Greene, P. A. (1988). Gender differences in body weight perception and weight loss strategies of college students. *Women and Health*, 14, 27-42.
- Dahlkoetter, J., Callahan, E. J. y Linton, J. (1979). Obesity and the unbalanced energy equation: Exercise versus eating habit change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 898-905.
- DeLucia, J. L. y Kalodner, C. R. (1990). An individualized cognitive intervention: Does it increase the efficacy of behavioral interventions for obesity? *Addictive Behaviors*, 15, 473-479.
- Epstein, L. H., Wing, R. R., Koeske, R. y Valoski, A. (1984). Effects of diet plus exercise on weight change in parents and children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 429-437.
- Epstein, L. H., Wing, R. R., Koeske, R. y Valoski, A. (1985). A comparison of life-style exercise, aerobic exercise and calisthenics on weight loss in obese children. *Behavior Therapy*, 16, 345-356.
- Fernández, M. C. y Vera, M. N. (1996). Evaluación y tratamiento de la obesidad. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (dirs.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide.
- Foreyt, J. P. y Goodrick, G. K. (1991). Factors common to successful therapy for the obese patient. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 23, 292-297.
- Fricke, J. y Apfelbaum, M. (1992). El metabolismo de la obesidad. *Mundo Científico*, 90, 404-412.
- Ganley, R. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 343-361.
- Garner, D. M. y Wooley, S. C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11, 729-780.

- Graham, L. E., Taylor, C. B., Hovell, M. F. y Siegel, W. (1983). Five-year follow-up to a behavioral weight-loss program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 322-323.
- Heatherton, T. F. y Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 1, 86-108.
- Hill, A. J., Oliver, S. y Rogers, P. J. (1992). Eating in the adult world: The rise of dieting in childhood and adolescence. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 95-105.
- Jeffery, R. W. (1987). Behavioral treatment of obesity. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 20-24.
- Lindner, P. G. y Blackburn, G. L. (1976). Multidisciplinary approach to obesity Utilizing fasting modified by protein-sparing therapy. *Obesity and Geriatric Medicine*, 5, 198-216.
- Lissner, L., Odell, P. M., D'Agostino, R. B., Stokes, J., Kreger, B. E., Belanger, A. J. Y Brownell, K. D. (1991). Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population. *New England Journal of Medicine*, 324, 1839-1844.
- Mahoney, M. J. y Mahoney, R. (1976). *Permanent weight control*. Nueva York: Norton.
- Mahoney, B. K., Rogers, T., Straw, M. K. y Mahoney, M. J. (1982). *Human obesity Assessment and treatment*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Pearce, J., Lebow, M. y Orchard, J. (1981). Role of spouse involvement in the behavioral treatment of overweight women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 236-244.
- Perri, M. G., McAdoo, W. G., McAllister, J. A., Lauer, J. B. Y Yancey, D. Z. (1986). Enhancing the efficacy of behavior therapy for obesity: Effects of aerobic exercise and a multi-component maintenance program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 670-675.
- Pujol, S. T. y Ramón. A. M. L. (1985). Las técnicas de autocontrol en el tratamiento de la obesidad. Un camino hacia la elección terapéutica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 11, 549-562.
- Rand, C. y Stunkard, A. J. (1978). Obesity and psychoanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 135, 547-551.
- Saldaña, C. (1985). Alternativas conductuales a problemas de salud. *Anuario de Psicología*, 30-31, 59-74.
- Saldaña, C. (1996). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Pirámide.
- Sánchez Carracedo, D. (1994). *Hábitos alimentarios y restricción en jóvenes adolescentes con obesidad y peso normal*. Tesis doctoral, Universidad Central de Barcelona.
- Sjostrom, L. (1992). Morbidity and mortality of severely obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (suppl.), 5088-5158.
- Stalonas, P. M., Perri, M. G. y Kerzner, A. B. (1984). Do behavioral treatment of obesity last? A five-year follow-up investigation. *Addictive Behaviors*, 9, 175-183.
- Stern, J. S. y Lowney, P. (1986). Obesity: The role of physical activity. En K. O. Brownell y J. P. Foreyt (dirs.). *Handbook of eating disorders*. Nueva York: Basic Book.
- Straw, M. K. y Terre, L. (1983). An evaluation of individualized behavioral obesity treatment and maintenance strategies. *Behavior Therapy*, 14, 255-266.
- Stunkard, A. J. (1982). Obesity. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (dirs.), *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York: Plenum.
- Telch, C. F., Agras, W. S., Rossiter, E. M., Wilfley, D. y Kenardy, J. (1990). Group cognitive-behavioral treatment for the non-purging bulimic: An initial evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 629-635.
- Vera, M. N. (1998). El cuerpo. ¿Culto o tiranía? *Psicothema*, 10, 111-125.
- Vera, M. N. y Fernández, M. C. (1986). Programa de intervención cognitivo-conductual para el control de sobrepeso. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. 4, 81-88.

- Vera, M. N. y Fernández, M. C. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Stunkard, A. J. Y Linowitz, J. R. (1989). Dissatisfaction with weight and figure in obese girls: Discontent but not depression. *International Journal of Obesity*, 13, 889-897.
- Wadden, T. A. y Van Itallie, T. B. (1992). *Treatment of the seriously obese patient*. Nueva York: Guilford.
- Williamson, D. F., Kahn, H. S., Remington, P. L. Y Aranda, R. F. (1990). The 10-year incidence of overweight and major weight gain in U. S. adults. *Archives of internal Medicine*, 150, 665-672.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Brownell, K. D. (1985). *The Learn Program for Weight Control*. Filadelfia: University of Pennsylvania.
- Fernández, M. C. y Vera, M. N. (1996). Evaluación y tratamiento de la obesidad. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (dirs.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide.
- Saldaña, C. (1996). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Pirámide. Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Vera, M. N. y Fernández, M. C. (1989). *Prevención y tratamiento de la Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.

APÉNDICES

APÉNDICE 1. *Cuestionario de sobrepeso*

1. *Antecedentes familiares de obesidad*

- ¿Hay alguna persona obesa en tu familia? ¿Quién? ¿Qué hace para solucionarlo?
- ¿Ha habido alguna persona obesa en tu familia? ¿Quién? ¿Qué ha hecho para solucionarlo?

2. *Evolución histórica del peso e intentos de reducirlo*2.1. *Gravedad del problema:*

- ¿Cómo de grave consideras tu problema de sobre peso?
- ¿Cómo te esta afectando este problema a ti y a las personas que te rodean?

2.2. *Comienzo y evolución del sobrepeso:*

- ¿Cuándo comenzó el problema de sobrepeso?
- ¿Has tenido oscilaciones fuertes en el peso o, por el contrario, te has mantenido más o menos siempre igual?
- Si has tenido oscilaciones:
 - ¿De cuántos kilos han sido?
 - ¿Cuánto tiempo te lleva pasar de un peso a otro?
 - ¿A qué crees que son debidas estas oscilaciones?
- En general, ¿a qué crees que es debido tu peso?

2.3. *Tratamientos anteriores:*

- ¿Qué has hecho hasta ahora para intentar reducir peso por ti mismo/a?
- Especifica los tratamientos controlados (por médico u otros especialistas) que hayas seguido. Indica igualmente si sigues alguno en la actualidad.
- ¿Estás tomando algún medicamento para reducir peso? ¿Cuál?
- ¿Qué resultados te han dado esos tratamientos? ¿Cuántos kilos perdiste con ellos?
- ¿Cuánto tiempo se mantuvieron esos resultados después de finalizado el tratamiento?
- ¿Por qué crees que este programa va a ser distinto? ¿Qué es lo que te atrae de él?

3. *Especificación del problema*3.1. *Tipo y cantidad de comida y bebida:*

- Aproximadamente, ¿cuántas calorías vienes consumiendo al día?
- Señala aquellos alimentos que consumes con más frecuencia:

APÉNDICE 1. (Cont.)

-
- Grasas (chorizo, salchichas, morcilla, carne de cerdo, etc.)
 - Mantequilla y aceites
 - Leche y sus derivados (excepto la mantequilla)
 - Carnes menos grasas (ternera y pollo)
 - Huevos
 - Pescados
 - Pan
 - Dulces
 - Legumbres
 - Verduras
 - Frutas
 - Refrescos
 - Bebidas alcohólicas
- Señala la forma en que sueles comer los alimentos: fritos, cocidos, a la plancha, al horno, al vapor.
 - ¿Cuáles con tus platos y alimentos preferidos? ¿Con qué frecuencia los consumes?
 - ¿Cuáles son tus bebidas predilectas? ¿Cuántas veces las consumes al cabo del día?

3.2. Duración o tiempo empleado en comer:

- ¿Cuánto tiempo aproximadamente tardas en comer la comida fuerte del día?
- Utilizando la siguiente escala relativa a comer rápido-lento. ¿dónde te situarías tú en general?:

Lento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rápido

- Específicamente, suponiendo que 1 es lento y 10 rápido, asigna una puntuación a la forma que tienes de comer en las situaciones siguientes:
 - En casa, sentado a la mesa y estando acompañado
 - En casa, sentado a la mesa y estando solo
 - En casa, pero no en la mesa (p. ej., en el sofá viendo la televisión, en mi habitación, etc.) y estando acompañado
 - En casa, pero no en la mesa y estando solo
 - En un comedor universitario estando acompañado
 - En un comedor universitario estando solo
 - En autoservicios de buffet libre estando acompañado
 - En autoservicios de buffet libre estando solo
 - En autoservicios normales estando acompañado
 - En autoservicios normales estando solo
 - En bares estando acompañado
 - En bares estando solo
 - En restaurantes estando acompañado
 - En restaurantes estando solo
 - En celebraciones sociales, como bodas, bautizos y cumpleaños
 - Otras:

APÉNDICE 1. (Cont.)

3.3. Frecuencia:

- ¿Cuántas veces comes al día? ¿Cuántas bebidas alcohólicas y/o refrescos bebes al día?
- ¿Cuántas veces “picas” o “tapeas” al día?

4. *Estímulos asociados con la conducta de comer*

- ¿Dónde sueles comer? ¿Siempre en el mismo sitio, o sueles cambiar?
- Vuelve a las situaciones a las que asignaste tu estilo rápido-lento de comer y escribe en cuáles de ellas comes más y/o más productos “prohibidos”.
- ¿Cuántas veces a la semana comes en esos sitios?
- Señala aquellas situaciones en las que no puedes resistir el comer aunque no tengas hambre:
 - Cuando se te presenta delante algo apetitoso
 - Cuando estás preparando la comida
 - Cuando aún te queda algo en el plato
 - Para que no sobre nada de lo que se ha puesto en la mesa
 - Cuando la comida sabe muy bien
 - Cuando ya ha llegado la hora del aperitivo y/o la hora de la comida
 - Cuando estas viendo algún programa de televisión
 - Cuando estás estudiando
 - Con la cerveza del mediodía y/o el cubata de la noche
 - Otras:
- Vuelve a esas situaciones y señala cuántas veces a la semana te ocurre eso:
- En una escala de 0 a 10, donde 0 es nada de hambre y 10 es muchísima hambre, escribe con qué cantidad de hambre realizas tus comidas:
 - Desayuno
 - Almuerzo
 - Merienda
 - Cena
- ¿Sueles “saltarte” alguna de esas comidas? ¿Cuáles?
- ¿Has notado si hay estados de ánimo, como el aburrimiento, la depresión, la ansiedad, etc., que te lleven a comer y/o a beber? ¿Cuáles?

5. *Evaluación de conductas encubiertas*

5.1. Autoverbalizaciones:

- Escribe aquellas autoverbalizaciones o pensamientos negativos que hayas observado que te dices a ti mismo/a con más frecuencia en determinadas situaciones que te llevan a comer en exceso, o a consumir productos que no querías comer (utiliza el autorregistro ABC).
- Escribe aquellas autoverbalizaciones o pensamientos negativos que hayas observado que le dices a ti mismo/a con más frecuencia después de comer excesivamente o de comer productos que no querías.

APÉNDICE 1. (Cont.)

5.2. Objetivos o metas:

- ¿Qué crees que te va a aportar el programa?
- ¿Cuántos kilos esperas perder cada semana? ¿Cuántos kilos quieres perder en total?
- ¿Cuánto tiempo piensas que mantendrás las pérdidas?
- ¿Qué harías si con el tiempo, una vez acabado el programa, empezarás a ganar peso?
- ¿Crees que el perder peso va a ser rápido y fácil?
- ¿Perder peso es el único objetivo que persigues con este programa? ¿Qué otro?
- ¿Crees que no seguir algún día la dieta o no hacer ejercicio físico significaría el fracaso del programa? ¿Y el no perder peso una semana? ¿Qué harías si algo de lo anterior ocurriera?
- ¿Te pillas a ti mismo/a a veces fantaseando acerca de atiborrarte de alguna comida predilecta cuando acabe el programa? ¿Cuál?
- ¿Cómo crees que afectará el perder peso a tu vida? ¿Qué crees que conseguirás si pierdes peso? ¿Cómo te ves a ti mismo/a si lo consigues?

5.3. Nivel de motivación.

- Considera los beneficios y los sacrificios, los pros y los contras, de seguir un programa de adelgazamiento. Beneficios como tener mejor tipo, mejor salud, sentirse mejor, agrandar al compañero, etc. y aspectos negativos como privarse de ciertas cosas o no comer tanto como uno desearía, el problema de comer fuera de casa, etc. Escribe en los beneficios por qué quieres perder peso y en los sacrificios a qué crees que tienes que renunciar para conseguirlo:

Beneficios (Pros)

Sacrificios (Contras)

6. *Evaluación de la actividad física*

- En la siguiente escala, relativa a llevar una vida físicamente activa o sedentaria, ¿dónde te colocarías tú?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Activa											Totalmente sedentaria

- Siguiendo tu autorregistro de actividad física, ¿cuántas veces a la semana realizas actividades cotidianas, como andar o subir escaleras?
- Siguiendo tu autorregistro de actividad física, si realizas algún deporte, ¿cuánto tiempo le dedicas a la semana?

APÉNDICE 2. *Autorregistro de la comida y bebida*

Fecha: _____/_____/_____

Indique para cada una de las comidas que realice durante el día la siguiente información:

	<i>Desayuno</i>	<i>Almuerzo</i>	<i>Cena</i>	<i>Otras</i>
Hora del día				
Tiempo empleado en comer				
Cantidad de hambre				
Actividad realizada mientras se come				
Lugar donde se come				
Comida y bebida (tipo y cantidad)				
Comida y bebida (calorías aproximadas)				

APÉNDICE 3. *Autorregistro del ejercicio físico*

Indique el número de veces o el tiempo aproximado que dedica a realizar cada una de las siguientes actividades físicas:

<i>Días de la semana</i>							
Ejercicio físico	L	M	X	J	V	S	D
Pasear							
Andar a paso ligero							
Subir escaleras							
Bajar escaleras							
Montar en bicicleta							
Tabla de gimnasia							
Deportes Correr Tenis Fútbol Otros							
Tareas domésticas							
Otras actividades							

APÉNDICE 4. *Cuestionario para valorar la inclusión de un compañero de programa*

- ¿Crees que alguna persona puede ayudarte a seguir un programa para adelgazar?
- Si es así, ¿crees que te ayudaría el que esa persona colaborara contigo, o por el contrario, crees que tendrías más éxito si lo haces sin compañía?
- Si decides que un compañero podría ayudarte y si tienes a alguien que quiera colaborar, es importante que hayas observado actitudes positivas de esa persona con respecto a tus decisiones de adelgazar. Algunas de esas actitudes se te presentan a continuación. Señala aquellas que se den en tu compañero:
 - Es una persona con la que puedo hablar sin roces ni tensiones de mi sobrepeso.
 - Entiende que quiera perder peso y todo el esfuerzo que ello implica.
 - Puedo ir contándole los pasos del programa sin problema.
 - Cuando he intentado alguna vez perder peso no me ha tentado con cosas que sabe que me gustan y engordan.
 - Nunca me critica por mis kilos de más.
 - En cualquier ocasión que he necesitado un amigo lo he encontrado.
 - No se siente celoso/a cuando pierdo peso y resulto más atractivo/a.
 - No le importaría ayudarme con la compra, el almacenamiento de comida y otras tareas si con ello me ayuda a seguir el programa.
 - Estaría dispuesto/a realizar algunos cuestionarios y tareas en el programa.
 - Sé que si algún día fallo con las tareas del programa puedo contárselo y me ayudaría a superarme.
 - El/ella ha tenido también problemas con el peso y lo ha solucionado
 - Él/ella está teniendo también problemas con el peso y quiere aprender conmigo a solucionarlo
- Si tu compañero/a tiene problemas con su peso, ¿cómo te afecta eso a ti?

APÉNDICE 5. *Cuestionario de sobrepeso para el compañero/a*

Evaluación de la percepción subjetiva del otro

- ¿Cómo de grave crees que tu compañero/a considera su problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada grave Muy grave

- ¿Cómo le afecta el exceso de peso en su vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada en Totalmente
absoluto

Especifica en qué le afecta:

- ¿Hasta qué punto consideras que está obsesionado con el problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada en Totalmente
absoluto

Si tu respuesta está más cerca del “totalmente”, explícala.

- ¿Para qué crees tú que tu compañero/a quiere perder peso?
- ¿Qué crees que cambiará en su vida si pierde peso?
- ¿Cómo de ilusionado lo ves con este programa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada en Totalmente
absoluto

- ¿Crees que trabajará en firme en el programa o crees que espera perder peso sin mucho esfuerzo?
- ¿Es tu compañero/a una persona “perfeccionista” que le gusta llevar a rajatabla sus cosas y se critica duramente si deja de hacer alguna de ellas?
- ¿Crees que una vez obtenido su objetivo de perder peso olvidará lo aprendido en el programa y volverá a comer como lo hacía antes de él? ¿Por qué?

Evaluación de las conductas del otro

- ¿Crees que tu compañero/a come más de lo “normal”?
- ¿Existe algún producto/comida que tú crees que engorda y que él/ella suele comer demasiado? ¿Cuál?
- ¿Crees que come/pica demasiadas veces al día? ¿Cuántas?
- ¿A qué crees tú que es debido su sobrepeso?
- En la siguiente escala de comer rápido-lento, ¿dónde situarías a tu compañero/a?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Lento Rápido

APÉNDICE 5. (Cont.)

- ¿Has notado que hay sitios en los que come más o menos rápido? Como por ejemplo:
 - En casa, en la mesa.
 - En casa, pero no en la mesa (por ejemplo, en el sofá viendo TV).
 - En comedores universitarios
 - En buffets libres.
 - En autoservicios normales.
 - En bares.
 - En restaurantes
 - En celebraciones sociales (bodas, bautizos, fiestas, etc.).
 - Otros.

Especifica cuáles:

- Volviendo a los sitios anteriores, ¿has notado si come más de lo habitual en alguno de ellos? Señala en cuál y cuántas veces a la semana suele comer en esos sitios.
- ¿Has notado SI hay situaciones específicas en las que tu compañero/a no puede resistir la tentación de comer? Señala si esto ocurre en alguna de las siguientes situaciones:
 - Cuando se le presenta delante algo apetitoso
 - Cuando está preparando la comida.
 - Cuando aún le queda comida en el plato.
 - Cuando sobra algo de lo que se ha puesto en la mesa.
 - Cuando la comida es muy apetitosa.
 - Cuando es la hora del aperitivo.
 - Cuando está viendo algún programa de TV.
 - Cuando está estudiando.
 - Cuando tiene alguna bebida en la mano.
 - Otras.
- ¿Has notado si tu compañero/a aumenta la conducta de comer cuando está deprimido, ansioso, enfadado, aburrido? ¿En cuál?
- En la siguiente escala relativa a una forma de vida físicamente inactiva y sedentaria o, por el contrario, activa y dinámica, ¿dónde situarías a tu compañero/a?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totalmente										Totalmente
Sedentaria										activa

Evaluación de la propia percepción del problema

- ¿Cómo de obeso consideras que está tu compañero/a?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Totalmente
Obeso										obeso

- ¿Qué sentimientos te provoca el que tu compañero/a tenga exceso de peso: te molesta, te deprime, te irrita, no te importa, te gusta... ?

APÉNDICE 5. (Cont.)

- ¿En qué medida afecta el exceso de peso de tu compañero/a en tu vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada en Totalmente
 absoluto

Especifica en qué te afecta:

- ¿En qué medida crees que este programa le puede ayudar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada en Totalmente
 absoluto

¿Por qué lo crees así?

- ¿En qué medida estarías dispuesto/a a colaborar en el programa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada en Totalmente
 absoluto

- Imagínate que tu compañero/a ha perdido todo su exceso de peso, ¿cómo lo/a ves de cambiado?, ¿cómo ves de cambiada tu vida? ¿cómo te sientes?

7. LA NUTRICIÓN COMO BASE PARA LA SALUD

MIGUEL MORELL OCAÑA Y ENRIQUE COBALEDA ATENCIA¹

I. ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

En la actualidad se habla de forma indiscriminada de alimentación, nutrición y dietética, utilizándose con demasiada frecuencia como sinónimos, cuando en realidad no lo son. Cabe pues, en primer lugar, definir los conceptos anteriores con claridad para poder hablar de ellos con propiedad.

La *alimentación* consiste en obtener del entorno una serie de productos, naturales o transformados, que son los alimentos, que contienen sustancias químicas, denominadas nutrientes, además de otros elementos que les confieren unas características propias. La alimentación es, por tanto, un proceso de selección de alimentos, fruto de las disponibilidades y aprendizaje de cada individuo, que le permitirá componer su ración diaria y fraccionarla en el tiempo de acuerdo con sus hábitos y condiciones personales. Este proceso, influido por factores socioeconómicos, psicológicos y geográficos, es netamente volitivo.

La *nutrición* comienza tras la ingesta del alimento, constituyendo el conjunto de procesos mediante los cuales se utilizan, transforman e incorporan una serie de sustancias procedentes del exterior, con el objetivo de obtener energía, construir y reparar estructuras orgánicas y regular los procesos metabólicos. El proceso nutritivo es, en consecuencia, involuntario, y depende de la selección alimentaria el asumirlo de forma correcta.

En el momento actual, la estrecha relación entre alimentación y salud es evidente, y la instauración de hábitos alimentarios saludables es valorada como un medio de desarrollo de la salud y de la calidad de vida. Las enfermedades derivadas de una alimentación inadecuada ocupan hoy día un puesto destacado en las estadísticas de morbilidad/mortalidad. El organismo puede vivir aparentemente sin problemas a pesar de una alimentación desequilibrada, pero al cabo de un tiempo, generalmente largo, se manifestarán los síntomas del daño producido y, entonces, el mal puede tener difícil remedio.

La *dietética* se podría definir como la técnica de utilizar los alimentos de forma adecuada, de tal manera que, partiendo de un conocimiento profundo del ser humano, proporcione formas de alimentación equilibrada, variada y suficiente, tanto de forma individual como colectiva, y que permitan cubrir las necesidades biológicas en la salud y en la enfermedad, asociando a la vez gustos, creencias religiosas, costumbres y posibilidades.

El organismo tiene una serie de necesidades específicas de distintas sustancias nutritivas, que no siempre se satisfacen por el hecho de ingerir alimentos con la me-

¹ Universidad de Málaga (España).

ra intención de saciar el apetito. El estudio de estas necesidades o requerimientos se halla muy avanzado, aunque el constante progreso de la investigación obliga periódicamente a revisarlos. Se introduce así el concepto de *recomendaciones nutricionales*, realizadas por comités de expertos nacionales o de organizaciones internacionales (FAO/OMS) que, tras considerar los últimos datos recogidos en los diversos estudios realizados, proponen la cantidad de energía y de sustancias nutritivas que se recomienda ingerir al conjunto de cada grupo homogéneo de población. Para la mayor parte de las sustancias nutritivas se añaden a esta media dos desviaciones típicas, ya que de este modo queda cubierto el 97% de la población a la que van dirigidas estas recomendaciones.

1.1. *La presentación de los alimentos*

La presentación de los alimentos es un elemento muy importante. Se realiza atendiendo, sobre todo, a factores que dependen de los sentidos de la vista, el olfato, el tacto y el gusto, por este orden. Inicialmente nos fijamos en el *aspecto*, razón por la cual existen colores vedados en alimentación. Después percibimos el *olor*, con todos los reflejos condicionados que éste conlleva. De ahí la importancia de algunos aditivos que refuerzan el olor, utilizados cada vez con mayor frecuencia en la industria alimentaria. Posteriormente valoramos la *textura*, apreciada a través de los labios, la lengua y los dientes, siendo motivo de rechazo un material que tenga consistencia excesivamente suave (que incluso puede llegar a provocar el vómito), o que produzca una sensación de tierra en los dientes (con lo que sería rechazado sin llegar a valorar su sabor), pudiendo ser un reflejo que evitaría la introducción de tierra, cristales y huesecillos astillosos que podrían lesionar la mucosa gástrica. Por último, el sentido del *gusto* da la "luz verde" definitiva, combinada de nuevo con el olfato, para deglutir el alimento. Si a estos mecanismos unimos los condicionantes asociados a lo largo de nuestra vida, como el componente social, la vertiente psíquica o la económica, podremos entender que en determinados alimentos que movilizan importantes cantidades de dinero se recurra a todo tipo de reclamo publicitario. En España, se ha conseguido que los jóvenes de 16 a 25 años beban una media de 46 litros de bebidas carbónicas por persona y año (1986), que es la tasa más alta de Europa. También se da una cifra muy alta en bebidas alcohólicas y en el consumo de pastelería industrial.

1.2. *La dieta equilibrada*

La alimentación equilibrada debe aportar diariamente la cantidad de energía necesaria para el buen funcionamiento del organismo, incluyendo los nutrientes energéticos y no energéticos en las proporciones adecuadas. Ello implica que debe respetarse un cierto equilibrio entre los componentes de la ración diaria de alimentos. Se pueden preparar dietas adecuadas con muy variadas mezclas de alimentos, pero cuando se consumen en cantidad superior a la necesaria, o contienen cantidades desproporcionadas de alguno de sus componentes, tienen un efecto desfavorable para la salud.

Se pueden plantear las siguientes pautas que conducirán a la obtención de un equilibrio nutritivo:

- Establecer las necesidades energéticas dianas (adecuadas a cada individuo).
- Proporcionar los aportes de principios inmediatos en los porcentajes adecuados (glúcidos 55-60%, lípidos 30% y proteicos 10-15%).
- Asegurar la ingesta de vitaminas, de minerales y de agua.
- Aportar una cantidad suficiente de fibra (2,5g/1000 Kcal).

En las personas sanas y para simplificar su asimilación y comprensión, se puede recurrir a alcanzar un equilibrio alimentario cualitativo, incluyendo en su dieta la máxima representación y variedad de los alimentos básicos, agrupados por características nutritivas similares, y evitando los superfluos.

II. LAS NECESIDADES ENERGÉTICAS

En el organismo, la energía se manifiesta en forma de calor, para mantener constante la temperatura corporal central, pudiendo variar en la periferia; en forma dinámica, para el trabajo muscular, por lo que una actividad física importante tiene un gran consumo energético; y, además, existen otras muchas variantes, como los impulsos eléctricos para transmitir mensajes a través de las fibras nerviosas, la síntesis proteica, el transporte activo de sustancias a través de la membrana celular, etcétera.

La unidad empleada para realizar los cálculos del valor energético ha sido la Kilocoría², cantidad de calor necesario para aumentar la temperatura de un litro de agua destilada de 14,5°C a 15,5°C a presión constante. Actualmente se prefiere expresar la energía procedente de los nutrientes en unidades de trabajo, ya que éste puede realizarse gracias a aquélla. La unidad utilizada es el Kilojulio. Se hace necesario destacar el uso frecuente del término "caloría" cuando en realidad se quiere expresar Kilocoría o Caloría (con mayúscula), que es una cantidad mil veces mayor.

Las necesidades energéticas del ser humano se pueden desglosar en dos apartados básicos:

1. *Metabolismo basal*. Este concepto expresa las necesidades mínimas y se aprecia en estado de ayunas, de relajación corporal, de reposo de ocho horas, y de temperatura neutra. La medición de este parámetro se puede hacer por calorimetría directa (mediante sofisticadas cámaras calorimétricas) o por calorimetría indirecta, que relaciona el gasto energético con el consumo de oxígeno (cociente respiratorio y coeficiente calórico del oxígeno). Depende de la edad, del sexo, del índice de masa corporal, de la relación peso/talla, de la complexión, del porcentaje de grasa y músculo, del clima, etc.

2. *Actividad física*. Depende de si se realiza un trabajo ligero, moderado o pesado y un ejercicio ligero, moderado o intenso (véanse cuadros 7.1 y 7.2).

² 1 Kilocoría (Caloría) - 4,18 Kilojulios; 1 Kilojulio = 0,24 Kilocorías.

CUADRO 7.1. Método para el cálculo aproximado del gasto calórico diario

A. METABOLISMO BASAL	
Mujeres: 0,9 x Peso (kg) x 24 horas	
Hombres: 1,0 x Peso (kg) x 24 horas	
B. EJERCICIO Y/O TRABAJO (Kcal/Kg de peso/hora)	
1. Estar sentado, escribir, leer, coser a mano o comer	0,4
2. Estar de pie, vestirse y desvestirse, coser a máquina con pedal, pelar patatas, cantar en alto, tocar un instrumento	0,6-0,8
3. Fregar platos, planchar, mecanografiar	1
4. Barrer con escoba, fregar suelos, cabalgar paseando	1,5
5. Caminar (5 km/h), barrer con aspirador, ciclismo a velocidad de paseo, trabajos manuales moderados.....	2,5
6. Bailar vals, patinar, caminar rápidamente	3,5
7. Cabalgar al trote, jugar ping-pong, serrar madera, mampostería.....	4,5
8. Ciclismo, esgrima, cabalgar al galope, correr, natación, caminar de prisa	7,5
9. Boxear, remaren competición, deporte intenso	12
GASTO TOTAL =	
kcal del metab. basal + kcal gastadas por actividad física + 8% de la suma anterior	

CUADRO 7.2. Gasto calórico medio diario en hombres, mujeres y niños, de peso normal y tres niveles de actividad

	EDAD (años)	PESO (Kg)	GASTO EN CALORÍAS		
			mínimo	medio	máximo
HOMBRES	11-14	45	2 000	2 700	3 700
	15-18	55	2 100	2 800	3 900
	19-22	70	2 500	2 900	3 300
	23-50	70	2 300	2 700	3 100
	51-76	70	2 000	2 400	2 800
	>76	70	1 650	2 050	2 450
MUJERES	11-14	46	1 500	2 200	3 000
	15-18	55	1 200	2 100	3 000
	19-22	55	1 700	2 100	2 500
	23-50	55	1 600	2 000	2 400
	51-76	55	1 400	1 800	2 200
	>76	55	1 200	1600	2 000
Suplemento gestantes			300	300	300
Suplemento lactancia			500	500	500

Una vez establecidas las necesidades energéticas para un determinado individuo, se pueden distinguir básicamente tres tipos de dietas:

- *hipocalórica* (no se alcanzan las necesidades energéticas y, por lo tanto, habrá una movilización de reservas).
- *Isocalórica o normocalórica*.
- *Hiperocalórica* (se superan las necesidades y el “superávit” pasa a engrosar las reservas en forma de lípidos).

Los valores calóricos utilizados en los cálculos dietéticos son los corregidos por Atwater, que se concretan en los siguientes: 4 Kilocalorías por gramo para los hidratos de carbono y las proteínas y 9 Kilocalorías por gramo para las grasas. La oxidación del alcohol produce 7 Kcal/g.

No debemos pasar por alto la recomendación de que las dietas adelgazantes deben ser estudiadas de forma individual y controladas por especialistas, ya que existe una serie de factores externos que, a veces, no se tienen en cuenta y que son esenciales (p. ej., si se somete a una dieta de adelgazamiento muy rápido a personas que están en contacto con tóxicos [como los plaguicidas], la mayoría de los cuales se acumulan en el tejido graso, puede tener graves problemas neurológicos debido a la liberación de estas sustancias).

III. LOS HIDRATOS DE CARBONO

Los *glúcidos* o *hidratos de carbono* son compuestos orgánicos formados por carbono, hidrógeno y oxígeno, y cuya fórmula general es: $[C(H_2O)]_n$. Bajo la forma de glucosa constituyen un sustrato energético privilegiado, ya que puede ser utilizado por todas las células del organismo, sin excepción.

En los alimentos los podemos encontrar aislados, es decir, en su forma monomérica, constituyendo los *monosacáridos*; también los hallamos como *oligosacáridos*, que son el resultado de la unión de 2 a 10 monosacáridos (p. ej., el azúcar es un disacárido compuesto por glucosa y fructosa); y, finalmente, como *polisacáridos*, constituidos por 10 a varios miles de monosacáridos (p. ej., el almidón, reserva de los vegetales, y el glucógeno, en animales). Otra clasificación de los glúcidos se hace en función de la rapidez de absorción. Se denominan azúcares de absorción rápida a los monosacáridos y a los disacáridos, y de absorción lenta a los polisacáridos. Estudios recientes han cuestionado este concepto, dado que los efectos de los diferentes glúcidos sobre la glucemia dependen de varios factores. La absorción varía en función del contenido en proteínas y grasas de los alimentos que los contienen. Por ejemplo, cuando se toma la lactosa aislada se absorbe antes que tomada en la leche. Hay también diferencias en la absorción cuando se toman mezclados con otros alimentos. Tal es el caso de la sacarosa que, ingerida durante la comida, bajo la forma de postre, se absorbe más lentamente. Otro factor que modifica la rapidez de absorción de los glúcidos en los tubérculos y cereales, es el tamaño de la molécula de almidón en dichos alimentos. La fécula de la patata tiene una digestión más rá-

vida que la fécula del almidón. Decir igualmente que es más útil y práctico el utilizar los términos de glúcidos simples o solubles (mono y disacáridos) y glúcidos complejos (polisacáridos).

Debemos destacar el importante papel de la fibra, un grupo de polisacáridos procedente fundamentalmente de los vegetales, que no es digerible y que contribuye a aumentar el volumen de las heces y a retrasar la absorción de otros nutrientes (las recomendaciones actuales se cifran en 2,5 g de fibra por cada 1 000 Kcal) (véase cuadro 7.3).

CUADRO 7.3. *Alimentos ricos en fibra (porciones)*

<i>aproximadamente 2 g de fibra</i>	<i>aproximadamente 1 g de fibra</i>
manzana. 1 pequeña plátano. 1 pequeño pera. ½ pequeña ciruelas. 2 pequeñas brécol. ½ tallo salvado, 1 cucharada lechuga, 2 tazas nueces, tres cucharadas	mermelada de fresa, 5 cucharadas pepinillos, 1 grande cacahuete. 10 manteca de cacahuete, 2½ cucharadas pan integral de trigo, 1 rebanada pan blanco de trigo. ½ rebanada judías cocidas enlatadas, 1 cucharada col de Bruselas, 2

La función esencial de los hidratos de carbono es energética, dándose una reducción drástica de los mismos en determinadas dietas y, por lo tanto, utilizándose las proteínas, además de los lípidos, para compensar el déficit de energía cuando agotamos las reservas hepáticas de glucógeno. Poseen también una función plástica, formando parte de estructuras biológicas: la ribosa y la desoxirribosa en los ácidos nucleicos, los mucopolisacáridos, formados por la unión de glúcidos y proteínas, como el ácido codroitinsulfúrico constituyente del cartílago. Las recomendaciones glucídicas óptimas se estiman en un 55 a 60% de la energía total de la dieta. Por ejemplo, en una dieta de 2,000 Kcal, un poco más de la mitad de esta energía debe proceder de los hidratos de carbono, es decir, 1,200 Kcal, que representan unos 300 g/día. De la cantidad de glúcidos establecida diariamente, sólo una pequeña fracción se tomará en forma de azúcares; el resto deberán ser almidones y féculas.

Las dietas de adelgazamiento que implican una reducción drástica del consumo de hidratos de carbono y un aumento ostensible en la ingesta de grasas y proteínas, conducen inexorablemente a una pérdida de agua por la eliminación de los cuerpos cetónicos, que se producen en la metabolización de las grasas, además de una pérdida de proteínas, al ser utilizados los aminoácidos para la síntesis de glucosa y cuerpos cetónicos. Este tipo de dietas son deficientes en minerales y vitaminas, así como en residuo no digerible (fibra), provocando un déficit de dichas sustancias, una elevación del colesterol y del ácido úrico en plasma, alteraciones hepáticas y estreñimiento, no siendo, por tanto, muy recomendables.

La principal fuente de glúcidos son los vegetales (sacarosa y fructosa en frutas, almidón en cereales, legumbres y patatas), aunque en la leche tenemos de 35 a 40 g de lactosa por litro. El consumo excesivo de sacarosa y glúcidos en general, dentro

de una dieta hipercalórica, conduce a la obesidad, siendo ésta un factor de riesgo para numerosas patologías. También en la caries dental juega un papel importante la sacarosa y otros carbohidratos fermentables, presentes en los dulces, frutas secas y productos de harina endulzados. Al ingerir el alimento, facilitan la adherencia de restos alimenticios a la superficie de los dientes. Producto de su degradación por los microorganismos generan ácidos que disminuyen el pH y, al bajar de 5,5 (pH crítico), el ácido comienza a disolver el esmalte dental. Otros polisacáridos como las gomas de mascar facilitan también esta adherencia de restos alimenticios. Las grasas disminuyen el potencial cariogénico de los glúcidos al formar una película protectora sobre la superficie de los dientes.

IV. LOS LÍPIDOS

Los *lípidos* o *grasas* son sustancias de composición química extremadamente variable, que tienen la particularidad de ser insolubles en agua, solubles en disolventes orgánicos y vehiculizables en forma de emulsión. Tanto en los alimentos que las contienen como en el cuerpo humano, las grasas se encuentran, en su mayor parte, en forma de triglicéridos, aunque existen grasas más complejas.

Según su función pueden clasificarse en:

- *Grasas de almacenamiento*, acumuladas en el tejido adiposo, que constituyen una importante reserva energética.
- *Grasas estructurales* (fosfolípidos, colesterol, etc.), que forman parte de membranas celulares, de lipoproteínas plasmáticas, etcétera.

IV.1. Triglicéridos

Los ácidos grasos forman los triglicéridos al unirse tres moléculas de ellos con un trialcohol, denominado glicerol. Están constituidos por una cadena alifática (abierta) de átomos de carbono y su componente carboxílico les confiere el carácter químico de ácidos orgánicos. Cuando en su cadena no llevan ningún doble enlace, se les denomina *saturados*. En otros, en cambio, dos átomos de carbono contiguos están unidos por un doble enlace, denominándose ácidos grasos *insaturados*. Dentro de estos tenemos los *monoinsaturados* (oleico) y los *poliinsaturados*, con más de un doble enlace.

Los lípidos no son estrictamente necesarios como nutrientes, a excepción de los ácidos grasos esenciales. Estos pertenecen al grupo de los poliinsaturados, que abundan en algunas grasas de origen vegetal, como los aceites de semillas. Se ha venido considerando ácidos grasos esenciales (AGE) a los ácidos linoleico, linolénico y araquidónico, pero actualmente sólo se adjudica el carácter de *esencial* al primero de ellos, pues los otros dos pueden formarse a partir de él. Se debe tener en cuenta que de la proporción del 30% del total energético de la dieta que se debe aportar en forma de lípidos, los porcentajes de ácidos grasos saturados, monoinsaturados y poliinsaturados serán, respectivamente, del 25, 50 y 25%.

Aparte del requerimiento en ácidos grasos esenciales, ya expuesto, las grasas son necesarias para vehicular y absorber las vitaminas liposolubles. Por una y otra causa se precisan de unos 15 a 20 g de grasa diarios, como mínimo. En la información nutricional de determinados alimentos se incluye el porcentaje de ácidos grasos saturados, monoinsaturados y poliinsaturados. Los insaturados pueden encontrarse en dos formas químicas, las llamadas *formas trans* y las *formas cis*, siendo estas últimas mayoritarias en la naturaleza; por eso, para interpretar correctamente esta información, se debe leer el etiquetado, pues en la fracción de monoinsaturados y poliinsaturados se pueden encontrar variantes industriales (formas trans) en porcentajes muy elevados. Las podemos identificar, en el etiquetado como aceites vegetales y/o de pescado parcialmente hidrogenados (ácidos grasos trans). Los aceites vegetales con elevado grado de insaturación (girasol, soja, etc.) sometidos a un proceso industrial denominado hidrogenación catalítica selectiva³ generan ácidos grasos insaturados trans, de los que se recomienda que no superen el 6% del total de lípidos de la dieta.

Un aceite rico en linolénico (que tiene forma cis), modifica sus cualidades nutritivas al ser alterada su composición de forma artificial, obteniéndose un producto más estable al enranciamiento.

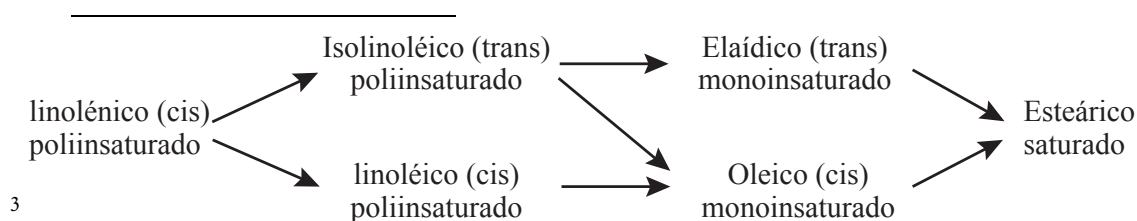
Alimentos en los que podemos encontrar ácidos grasos trans:

De forma natural, en los depósitos grasos de la carne de rumiantes (producidos por la flora bacteriana del rumen), en la leche y derivados lácteos (2-5%). Como lípidos obtenidos por procesado industrial en productos de pastelería, pan de molde, margarinas, alimentos preparados (sopas de sobre), cremas de cacao, patatas fritas de hamburgueserías y un largo etcétera, que hace necesario *leer las fórmulas cualitativas* que el fabricante está legalmente obligado a consignar en la etiqueta o en el envase. Algunas de las alteraciones nutricionales producidas por consumo excesivo de ácidos grasos trans son las siguientes:

- Interferencias en el metabolismo de ácidos grasos esenciales.
- Disminución de la fluidez de la membrana.
- El miocardio no puede utilizar el isómero trans (elaídico), del oleico, como fuente de energía.

IV.2. Colesterol

El colesterol es un lípido de estructura totalmente distinta a los triglicéridos. Químicamente es un derivado del ciclopentano-perhidro-fenantreno. Sus funciones biológicas son múltiples. Es precursor de hormonas esteroideas, de la vitamina D, for-



ma parte de estructuras celulares, etc. No es un nutriente esencial, pues se sintetiza en el hígado (colesterol endógeno). Por otra parte, un consumo excesivo del mismo, o por decirlo con más exactitud, el exceso continuado en sangre, se ha implicado en la génesis de las placas ateromatosas y, por tanto, en la patogenia del infarto de miocardio y de otras patologías circulatorias. Por ello, las recomendaciones dietéticas están orientadas a disminuir su ingesta diaria por debajo de 300 mg. Sus fuentes principales son la yema de huevo, las vísceras y la carne. Todos los alimentos de origen animal lo contienen, en mayor o menor concentración, mientras que los vegetales no poseen colesterol.

IV.3. *Lípidos y dieta mediterránea*

La “dieta mediterránea” constituida por aceites vegetales (preferentemente de oliva), cereales y legumbres (fuente de proteína vegetal), frutas y hortalizas frescas, pescado y un consumo moderado de grasas animales saturadas está siendo sustituida por elementos ajenos a nuestro entorno, formando parte de la corriente “estandarizada” que actualmente sufre la alimentación mundial (comida rápida, bollería industrial, etc.).

En España se está produciendo una profunda transformación de los hábitos alimentarios que afecta de forma directa al consumo de grasas y aceite. Estamos pasando de un consumo casi exclusivo de aceite de oliva, que posee una excelente composición (esencialmente está compuesto por ácido oleico) y cuyos beneficios están ampliamente demostrados, por lo que no debería faltar nunca en nuestra dieta, a un progresivo aumento en el consumo de otros aceites y grasas, tales como las grasas láuricas (coco y palmiste), aceite de palma, aceites vegetales y marinos hidrogenados, grasas animales y otros productos elaborados, como margarinas, margarinas y preparados grasos. La modificación de estos hábitos alimentarios, por razones económicas, políticas o sociales, no solamente afecta a la población adulta, sino que incide preocupantemente sobre la más frágil población infantil.

En un informe redactado conjuntamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación y presentado en la Conferencia Internacional de Nutrición celebrada en Roma (diciembre de 1992), se hace una comparación entre la dieta media española y las recomendaciones de la OMS y la FAO, poniéndose de manifiesto que existe un deterioro de la dieta, con una tendencia al consumo excesivo de grasas y proteínas, y a un déficit de fibra e hidratos de carbono; casi la mitad de la grasa es de origen animal con una elevada proporción de ácidos grasos saturados. En relación con las cardiopatías, primera causa de mortalidad en España, el informe destaca que «la evolución de los niveles de colesterolemia es preocupante en diversas comunidades españolas y pudiera estar ligado a cambios dietéticos».

En cuanto a la repercusión de los alimentos sobre los niveles plasmáticos de colesterol, el factor que más influye es el contenido en grasas saturadas. Cuando el régimen es rico en ellas, el nivel de colesterol sanguíneo sube de forma notoria. También aumenta en las dietas hipercalóricas y con la ingesta excesiva de alcohol.

IV.4. Índice colesterol/grasas saturadas (ICGS)

El potencial hipercolesteremiante-aterogénico de un alimento, es decir, la capacidad que éste tiene de contribuir a la formación de ateromas⁴ debido a su contenido en colesterol y grasas saturadas. El ICGS ayuda a entender la contribución de cada alimento o de una dieta, en conjunto, para elevar los niveles plasmáticos de colesterol y su potencial aterogénico (capacidad de formación de ateromas). Los elevados niveles de colesterol no sólo se dan en la población adulta, sino que afectan de manera preocupante a la infantil y adolescente (Estudio DRECE, 1993; Estudio CAENPE, 1993).

IV.5. Digestión y absorción de lípidos

La digestión de la grasa se inicia en el estómago, aunque la mayor parte se lleva a cabo en el intestino delgado, los productos de la digestión de las grasas retrasan el proceso digestivo; en consecuencia, se requiere un tiempo suficiente para eliminar el material digerido, de modo que pueda seguir la digestión. Una comida rica en grasas puede permanecer en el estómago cuatro horas o más. Recordemos que las grasas son insolubles en agua y que necesitan de la acción de detergentes (como tales actúan las sales biliares) para solubilizarlas y facilitar su digestión. Normalmente se absorbe⁵ el 97% de la grasa ingerida. En el hígado los lípidos pueden metabolizarse, almacenarse o convertirse en fosfolípidos.

Algunas hormonas incrementan la degradación de los lípidos, como es el caso de la tiroxina (incrementa el uso de las grasas al aumentar el metabolismo basal) y sustancias como los corticoides (principalmente la ACTH u hormona adenocorticotropa), adrenalina y noradrenalina. En cambio otras, como la insulina, incrementan la síntesis de grasa e inhiben su utilización. La elevación de ácidos grasos libres, tras el ayuno, es simplemente la consecuencia de una baja concentración de insulina.

Los lípidos son transportados en la sangre asociados a proteínas formando las lipoproteínas. Las más importantes son: la VLDL (lipoproteínas de muy baja densidad), la LDL (lipoproteínas de densidad intermedia) y las HDL (lipoproteínas de alta densidad). Las LDL tienen un marcado carácter aterogénico, sobre todo la fracción oxidada, y se conoce vulgarmente como colesterol malo.

El efecto protector de HDL (lipoproteínas de alta densidad) sobre las coronariopatías sugiere que elimina colesterol de la capa íntima arterial o, cuando menos, se lo lleva conjugado, antes de que se pueda fijar en la placa ateromatosa, siendo conocidas como el colesterol bueno.

⁴ Depósitos que se forman en el interior de los vasos sanguíneos, constituidos por restos que se van adhiriendo a la pared interna del vaso, ocluyendo progresivamente la luz del mismo. A estos depósitos contribuye en gran medida el colesterol.

⁵ Absorción = paso a la circulación sanguínea.

Los valores de las lipoproteínas que se consideran un riesgo de accidente vascular son: LDL $>130\text{mg}/100\text{ml}$; HDL $< 35\text{mg}/100\text{ml}$; y TC (colesterol total) $>200\text{mg}/100\text{ml}$; TC/HDL $< 3,5$.

La hipertrigliceridemia depende de un aumento de las VLDL, con un valor de triglicéridos en ayunas mayor de $500\text{mg}/100\text{ml}$; estos valores o los superiores a ellos le da un aspecto lechoso al plasma.

Con respecto a la *absorción*, podemos decir que, en general, a igual grado de internación, los ácidos grasos de menor número de átomos de carbono son mejor absorbidos. El láurico (C 12:0, significando que posee 12 átomos de carbono y ninguna insaturación) y menores se absorben directamente por vía porta hepática, y ésta es la razón por la que los triglicéridos de cadena media son empleados en los individuos que padecen problemas de malabsorción de grasas. Cuando se produce movilización de ácidos grasos desde el tejido adiposo, se va a elevar su concentración en el plasma y su utilización en los distintos tejidos, salvo el cerebro y los glóbulos rojos. Los ácidos grasos que llegan a los tejidos (por ejemplo, en el hígado, que es el que capta casi el 75%) pueden hacer dos cosas: *a.* oxidarlos, pudiendo ser transformados en ácido carbónico y agua, o en cuerpos cetónicos, *b.* incorporarlos a los triglicéridos; éstos, a su vez, pueden seguir dos rutas: acumularse en el hígado, dando lugar al fenómeno de hígado graso, o pueden ser exportados, en forma de VLDL, y dar lugar a una situación de hiperlipemia.

V. LAS PROTEÍNAS

Son compuestos formados por combinaciones de unidades más pequeñas denominadas *aminoácidos* (aa), unidos entre sí y constituyendo largas cadenas de alto peso molecular. Los alimentos de origen animal las contienen en mayor cantidad, mientras que los vegetales las poseen en menor proporción y son de más baja calidad biológica. De los 20 aa que se conocen, 9 se denominan "aa esenciales"⁶ y son aquéllos cuyo aporte debe provenir de la dieta, ya que la síntesis en nuestro organismo es insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. En la digestión los alimentos se hidrolizan mediante enzimas denominadas proteasas, separándose así los aminoácidos, que pasarán a través de la mucosa intestinal. Es como si derribásemos un edificio para aprovechar sus ladrillos en la construcción de otro distinto y característico del individuo que lo construye. La síntesis que hace cada organismo se realiza atendiendo a un mensaje genético, determinado por su ADN; teniendo en cuenta que éste es distinto para cada ser, también lo serán las proteínas que constituyen su organismo.

En la dieta de un individuo, el aa esencial que se encuentre en menor cantidad se constituye en *limitante* de la síntesis de sus propias proteínas, porque los demás pueden obtenerse por biosíntesis a partir de otros compuestos. Para mejor comprensión hagamos un símil. Una industria lanza al mercado un producto y para potenciar su venta presenta un juego cuyo premio se obtendrá al completar una pala-

⁶ Leucina, isoleucina, valina, fenilalanina, triptófano, metionina, treonina, lisina e histidina.

bra (p. ej., *n u t r i c i ó n*) con letras que van apareciendo en el interior del producto. Lanzará al mercado todos los productos que quiera con 8 (*n u _ r i c i ó n*) de las 9 letras que forman la palabra, y de la otra letra (*t*) sólo lanzará tantas como premios quiera dar; por lo tanto, esta letra se convertirá en limitante, pues aunque tengamos repetidas las otras 8 letras, no podremos formar la palabra si nos falta una. Lo mismo ocurre en nuestro organismo: cada proteína necesita unos aminoácidos para formarse y si falta uno, la síntesis de esta proteína no se realizará.

La calidad o valor biológico de una determinada proteína se mide por la eficacia para asegurar el crecimiento o el mantenimiento corporal, y depende de la proporción de aminoácidos esenciales para nuestra especie. La más parecida a las nuestras es la ovoalbúmina de la clara del huevo, a la que se confiere un valor biológico de 100 y la lactalbúmina de la leche, a la que se le da el valor 85. Las de la carne tienen un valor de 75, las vegetales son muy pobres en general, menos las correspondientes a las legumbres, que pueden alcanzar un valor de 70, y las de algunos cereales, que llegan excepcionalmente a 60. Es interesante destacar que la combinación de proteínas en algunos alimentos puede alcanzar un valor biológico mucho mayor que cada uno por separado. Tal es el caso de la asociación de legumbres con cereales, ya que aquéllas son ricas en metionina y tienen como aa limitante la lisina, mientras que los cereales son ricos en lisina y tienen como aa limitante la metionina.

Las principales funciones biológicas de las proteínas son las siguientes:

- *Función plástica*, ya que constituyen el 80% del peso seco de las células.
- *Función biorreguladora*, como es el caso de las enzimas y algunas hormonas.
- *Función inmunitaria*. Los anticuerpos que intervienen en los fenómenos inmunológicos son de naturaleza proteica.

Las proteínas son indispensables para la nutrición humana, ya que la reducción del valor calórico de la dieta no debe afectar a su contenido proteico. Las dietas de adelgazamiento deben contener, al menos, la cantidad de proteínas de la dieta habitual. Al ser su valor calórico menor, la contribución de las proteínas resulta elevada, sobre todo teniendo en cuenta los porcentajes de los principios inmediatos (hidratos de carbono, lípidos y proteínas) de la dieta equilibrada (superarían el 10-15% que les corresponde).

En diversos estudios se ha podido demostrar que es posible mantener el equilibrio del nitrógeno con dietas que contienen únicamente 1,5 g por Kg de peso y día, pero no con 0,8. Al hablar de equilibrio o balance de nitrógeno, indicamos la relación entre el nitrógeno eliminado por las heces, orina y las secreciones cutáneas y su contenido en la dieta. Las proteínas deben aportar del 10 al 15% de la ingesta energética total de la dieta. De éstas, sólo un tercio tienen que ser de origen animal; el resto debe ser de origen vegetal. La cocción las hace más digeribles, pero un calentamiento excesivo puede privarnos de la disponibilidad de determinados aminoácidos termolábiles.

La presencia de inhibidores de proteasas, fundamentalmente en productos de origen vegetal, disminuye el valor nutritivo de los alimentos que las contienen. En ciertos alimentos infantiles que contienen soja se ha encontrado una actividad residual inhibidora de tripsina (proteasa). El calentamiento de las harinas de legumino-

sas, y en particular de soja, mejora el valor nutritivo de las mismas, al inactivar estos inhibidores.

La disminución del valor calórico de una dieta da lugar a una pérdida de proteínas corporales. Una persona en ayuno absoluto (sin restricción de agua) puede perder 50 g de proteínas diariamente. Las dietas de bajo valor calórico conducen inevitablemente a la pérdida de proteínas, con las consecuentes reacciones adversas tanto para la salud como para la estética del individuo. La denominada "Dieta de muy bajo valor calórico" o "Ayuno suplementado" (p. ej., la "Optifast", la "Modifast"), es una dieta que aporta una proporción de proteínas superiores a las necesarias, para una persona que consuma una dieta de bajo valor calórico. No se debe confundir con la llamada "Dieta de la proteína líquida", que es una solución de un hidrolizado de proteínas obtenida de la piel de ganado vacuno, por tratamiento con ácido clorhídrico. La hidrólisis de proteínas da lugar a la liberación de los aminoácidos que las constituyen, aunque no debe olvidarse que la hidrólisis ácida destruye uno de los aminoácidos esenciales, el triptófano. Esta dieta alcanzó gran popularidad en la década de los setenta, pero hubo algunas muertes entre sus consumidores.

VI. LAS VITAMINAS

Las *vitaminas* son sustancias orgánicas que el organismo humano precisa en pequeñas cantidades y que participan en numerosas reacciones metabólicas (véase cuadro 7A). Tienen carácter esencial, dado que el organismo, en general, es incapaz de sintetizarlas; su déficit origina trastornos y patologías concretas, denominadas avitaminosis. Sólo curan las enfermedades provocadas por su carencia (p. ej., el *beriberi* es una enfermedad provocada por el déficit de vitamina B₁ y su tratamiento consiste en aportarla en la dieta). Podemos dividir las en dos grandes grupos: vitaminas liposolubles e hidrosolubles. La ingesta de una dieta equilibrada proporciona todas las vitaminas que se necesitan y el exceso de vitaminas hidrosolubles se eliminará por la orina, porque nuestro organismo tiene una capacidad muy limitada para almacenarlas. Más problemático resulta el empleo indiscriminado de las liposolubles, ya que en exceso pueden resultar tóxicas.

Vitaminas liposolubles. Las vitaminas liposolubles desempeñan funciones poco relacionadas entre sí. La vitamina A (retinol) es necesaria para la formación de la sustancia fotosensible de la retina y para la protección de los epitelios. La deficiencia de esta vitamina da lugar a la pérdida de visión nocturna y a graves alteraciones de la mucosa de la conjuntiva ocular. La piel se vuelve áspera y escamosa y las glándulas sebáceas se obstruyen, dando un aspecto particular a la piel, que ha sido denominado "piel de sapo". La ingesta recomendada es de 750 mg/día, incrementándose ligeramente con el crecimiento. Las principales fuentes de origen animal son la leche, mantequilla, yema de huevo, hígado, animales marinos y pescado graso; en los vegetales se encuentran los carotenos o provitaminas A, como los que dan color a la zanahoria. Los 2/3 de la ingesta se pueden ingerir en forma de carotenos. Dosis masivas pueden producir toxicidad.

CUADRO 7.4. *Vitaminas: fuentes y propiedades fisicoquímicas*

	FUENTES NATURALES		ESTABILIDAD		
	Animal	Vegetal	Calor	Luz	O ₂
Vit. A	Hígado, leche, mantequilla, huevo	Zanahoria, espinaca pimiento	+	++	++
Vit. D	Aceite de hígado de pescado, leche y huevo	En pequeñas cantidades como ergosterol	—	+	++
Vit. E	Huevo	Aceites y cereales	—	+	++
Vit. K	Carnes, huevos y lácteos	Brócoli, col, espinaca	+	++	+
Vit. B ₁	Carnes, huevos y pescado	Germen de trigo, levadura, cereales y legumbres	++	+	+
Vit. B ₂	Leche, carnes y huevos	Levadura y vegetales de hoja verde	+	++	—
Vit. B ₆	Huevo, carnes y leche	Germen de grano y levadura	—	+++	—
Niacina	Carnes	Levadura, maíz y harina de trigo	—	—	—
Ácido pantoténico	Hígado, huevos, carne y leche	Levadura, brócoli y maíz	+	—	—
Vit. B ₁₂	Hígado, leche, huevo y carnes	Vegetales marinos Spirulina	+	++	+
Biotina	Hígado y huevos	Setas, plátanos y levaduras	—	—	++
Vit. C		Cítricos y vegetales	+++	+	+++

Nota: +++ Muy sensible; ++ sensible; + poco sensible; y - resistente.

La *vitamina D* es necesaria para la absorción de calcio en el intestino. Se forma en la piel por la acción de las radiaciones ultravioleta, a partir de sus precursores procedentes de la dieta. Estos están presentes en tejidos animales (7-dihidrocolesterol) y en vegetales (ergosterol). La forma activa de la vitamina requiere modificaciones de la molécula, que se verifican en el riñón y en el hígado. La deficiencia origina raquitismo en niños y osteomalacia en el adulto. La ingesta recomendada es de 10 mg/día en niños y de 2,5 en adultos; una fuente muy importante es la de los aceites de hígado de pescado. Una hipervitaminosis puede producir alteraciones renales.

La principal característica de la *vitamina E* es su poder antioxidante, protegiendo a los ácidos grasos de membrana de la oxidación. La peroxidación de los lípidos de membrana conduce a un deterioro en la fluidez de la misma, alterándose todas las funciones biológicas asociadas a ella, juega un papel importante, junto a otros antioxidantes como la vitamina C, en la defensa frente al estrés oxidativo, ligado a numerosas patologías y al proceso de envejecimiento. La ingesta recomendada oscila entre 6 y 9 mg/día, aunque es conveniente aumentarla si la alimentación es muy rica en ácidos poliinsaturados. La carencia de vitamina E cursa con síntomas de neuropatía periférica, aunque es poco frecuente. Las fuentes alimentarias más importantes están en los aceites de frutos y semillas, huevos y germen de cereales.

La *vitamina K* es indispensable para la síntesis hepática de varios factores que participan en el proceso de la coagulación sanguínea. En sujetos sanos no es indispensable el aporte exógeno, ya que se sintetiza por la flora intestinal en cantidades suficientes. Los síntomas de deficiencia son hemorragias y problemas de coagulación, asociados generalmente a alteraciones en la absorción.

Vitaminas hidrosolubles. La *Tiamina* o *vitamina B₁* forma parte de coenzimas que participan en reacciones del metabolismo de los hidratos de carbono. Su carencia produce una enfermedad denominada “beriberi”, con afectación del sistema nervioso periférico y del sistema cardiovascular (debilidad muscular, parálisis periférica, insuficiencia cardíaca, etc.). Se encuentra en cantidades importantes en cereales, leguminosas, levaduras y carne.

La *Riboflavina* o *vitamina B₂* forma parte de coenzimas como el FAD (flavina adenina dinucleótido), jugando un papel decisivo en la cadena respiratoria celular. Su déficit provoca lesiones en las mucosas y en la piel, fotofobia y trastornos oculares. Sus fuentes principales son: levaduras, hígado, huevos, leche y derivados.

La *Niacina* participa en la síntesis y degradación de glúcidos, ácidos grasos y aminoácidos a través de dos coenzimas (NAD- nicotinamida adenina dinucleótido y NADP- nicotinamida adenina dinucleótido fosfato). Su carencia origina la pelagra o síndrome de las tres “d”, dermatitis, diarreas y demencia o confusión mental. Se encuentra en carnes, pescados, leguminosas y cereales.

El *Ácido pantoténico* forma parte del coenzima A y es imprescindible en la entrada del ciclo de Krebs. Se encuentra en muchos alimentos, tanto de origen animal como vegetal.

La *Piridoxina* o *vitamina B₆* participa como coenzima en el metabolismo de los aminoácidos. Su deficiencia origina neuritis periférica. Se localiza en cantidades importantes en la levadura, el germen de trigo, el hígado, la carne, las legumbres y las patatas.

La *Biotina* actúa como coenzima en reacciones relacionadas con la adición o eliminación de dióxido de carbono. Se relaciona, metabólicamente, con el ácido fólico, el ácido pantoténico y la vitamina B₁₂. Los síntomas carenciales en adultos incluyen alteraciones cutáneas, palidez, náuseas, vómitos y anorexia. En menores de 6 meses, los síntomas son dermatitis seborreica y alopecia. Sus fuentes principales son: yema de huevo, hígado, plátanos, uvas y levaduras. También se sintetiza por la flora

intestinal. En la clara de huevo cruda se encuentra una sustancia denominada avidina, que se combina con la biotina en el intestino, impidiendo su absorción.

El *Ácido fólico* participa como cofactor enzimático. Es probable que la carencia de este ácido sea la más común en el ser humano. Origina anemia megaloblástica y otros trastornos hematológicos, alteraciones del crecimiento y complicaciones gastrointestinales. Se encuentra en la levadura, el hígado y en los vegetales de hoja verde oscura, como las espinacas.

La *Vitamina B₁₂* o *cianocobalamina* es esencial para la síntesis de ADN y la maduración de los eritrocitos. Su deficiencia da lugar a un tipo de anemia megaloblástica, trastornos neurológicos y gastrointestinales. Los síntomas carenciales pueden ser debidos a la ausencia del denominado factor intrínseco, necesario para su absorción. Se encuentra sólo en alimentos de origen animal, especialmente en carne y vísceras (es producida, aunque en cantidades insuficientes, por la flora intestinal). En el reino vegetal se halla en ciertas microalgas, como las pertenecientes al género *Espirulina*, y en vegetales marinos.

La *vitamina C* o *ácido ascórbico* posee múltiples funciones como coenzima o cofactor. Su capacidad para liberar y captar hidrógeno le confiere un papel esencial en el metabolismo, desempeñando un papel importante en la protección frente al daño oxidativo, regenerando la vitamina E oxidada. La ingesta recomendada es de 30 a 60 mg/día, incrementándose en el embarazo y en la lactancia. La carencia grave de ácido ascórbico origina el escorbuto, con alteraciones en las encías, hemorragias subcutáneas, hinchazón de las articulaciones y mala cicatrización de heridas. Las fuentes alimentarias más importantes son las frutas y verduras, especialmente los cítricos.

Factores que influyen en la biodisponibilidad de las vitaminas. La cocción, a la que son sometidos una parte de los alimentos conlleva la pérdida de la mayor parte de las vitaminas hidrosolubles, aunque cabe destacar la importancia de la relación temperatura/tiempo. Si el aumento de temperatura se produce durante un tiempo muy breve, la pérdida vitamínica es menor. Otro factor físico que afecta es la luz, es decir, que los alimentos que las contienen deben ser protegidos en envases opacos.

VII. LOS MINERALES

El organismo humano precisa del aporte de diversos elementos químicos como nutrientes esenciales que, ingeridos con los alimentos, serán utilizados por distintos órganos y sistemas con funciones estructurales (calcio, magnesio) para formar hemoglobina (hierro) o formando parte de importantes enzimas (zinc). En conjunto, son los constituyentes de las cenizas, el residuo que queda después de haber quemado la parte orgánica de la materia viva (véase cuadro 7.5).

El *calcio* es el mineral más abundante y las consecuencias de su carencia son la desmineralización ósea (osteoporosis) y el dificultar el crecimiento en niños. En estos últimos es más frecuente el raquitismo, deformación ósea por déficit de vita-

CUADRO 7.5. Lista de minerales, su fuente y problemas causados por su deficiencia

MINERALES			
	RDA*	FUENTE	DEFICIENCIA
Calcio	800 mg	Leche, productos lácteos, sardinas, almejas, ostras. berza, tofú	Factor de osteoporosis ?
Fósforo	800 mg 1 200 mg para mujeres de 19 a 24 años	Queso, yema de huevo, leche, carne, pescado, pollo, legumbres, nueces	No es probable que haya deficiencia dietética si la ingestión de proteínas y calcio es adecuada
Magnesio	350 mg en varones 280 mg en mujeres	Cereales de grano entero, tofú, nueces, carne, leche, vegetales verdes, legumbres., chocolate	Poco frecuente Relacionada con cirugía, alcoholismo, mal absorción, pérdida de líquidos corporales, ciertas enfermedades hormonales y renales.
Sodio	500 a 3 000 mg	Sal de mesa, casi todos los alimentos excepto frutas	Es necesario restringirlo en ciertas afecciones cardiovasculares.
Cloruro	750 a 3 000 mg	Sal de mesa común, pescado mariscos, leche, carne, huevos	Puede presentarse cuando hay vómitos. diarrea o sudoración intensa.
Potasio	2 000 mg	Fruta, leche, carne, cereales, vegetales, legumbres	En enfermedades renales, diabetes, vómitos, diarrea o sudoración intensa.
Azufre		Alimentos proteínicos, nueces	Las necesidades se satisfacen con los aminoácidos necesarios que lo contienen.
Hierro	10 mg en varones 15 mg en mujeres	Hígado, carne, yema huevo, legumbres, granos enteros o enriquecidos, vegetales de hoja verde oscuro.	Anemia ferropénica en mujeres en los años de reproducción, en lactantes y niños preescolares.
Zinc	15 mg en varones 12 mg en mujeres	Ostras, mariscos, arenque, hígado, legumbres leche, salvado de trigo.	Anorexia, alteraciones gustativas y olfatorias, retraso en el crecimiento, hipogonadismo, curación lenta de heridas, depresión, inestabilidad de ánimo, fofobia, alopecia.
Cobre	1,5 - 3 mg	Mariscos, granos enteros, cerezas, legumbres, pollo, ostras, chocolate, nueces.	Enfermedad de Menke provoca deficiencia
Yodo	150 µg	Sal de mesa yodada, pescado, mariscos, agua..	Alteraciones tiroideas.
Manganeso	2,5 - 5 mg	Remolacha, arándano, granos enteros, nueces, legumbres, fruta, té.	No es probable que ocurra deficiencia
Fluoruro	1,5 - 4 mg	Agua potable (1 ppm), té, café, arroz, espinacas, gelatina, cebolla, lechuga.	
Selenio	70 µg en varones 55 µg en mujeres	Granos, cebollas, carnes, leche, en vegetales según el contenido de selenio del suelo.	Enfermedad de Keshan. El selenio se ha relacionado con el metabolismo de la grasa, vit E. y funciones antioxidantes.
Cromo	0,05 - 0,2 mg	Aceite de maíz, almejas, cereales de grano entero carne, agua potable variable.	Deficiencia un la desnutrición grave, puede ser un factor en la diabetes en edad avanzada y enfermedades cardiovasculares.
Otros: Estaño Níquel, Vanadio, Silicón		Se sabe hoy que son necesarios pero no se ha establecido ración dietética recomendada	

* RDA = Ración Dietética Recomendada.

mina D. Las recomendaciones de la OMS para un adulto son de 400-500 mg/día, incrementándose en las etapas de crecimiento, en las embarazadas, lactantes y mujeres posmenopáusicas, aunque otros autores triplican dicha cantidad. Se recomienda, además, el ejercicio físico, que protege de la pérdida de masa ósea al estimular la actividad de los osteoblastos. La principal fuente son la leche y los derivados lácteos. La presencia de alimentos ricos en ácido oxálico (tomates), ácido fideo (cubiertas de cereales integrales) y el exceso de fibra disminuyen la absorción de calcio.

El *magnesio* se encuentra en su mayor parte en el hueso, localizándose sólo un 20% en tejidos blandos y siendo después del potasio el principal componente inorgánico intracelular. No se conocen cuadros clínicos por insuficiente ingesta de él en individuos sanos. En cambio, se ha descrito en alcohólicos, así como en portadores de fístulas o resecciones intestinales, alteraciones renales y en pacientes con diarreas crónicas o quemaduras extensas. Los síntomas ceden al administrar sales de magnesio.

El cuerpo de un adulto normal contiene unos 4 g de *hierro*. La mayor parte se encuentra formando parte de la hemoglobina de los hematíes. Otra cantidad se encuentra depositada en forma de ferritina en las células del sistema retículo-endotelial. El resto se localiza en el músculo y otros tejidos en forma de mioglobina y de citocromos. El consumo de dietas pobres en hierro es una causa frecuente de anemia, caracterizada por bajo contenido de hemoglobina y hematíes. Los glóbulos rojos son de pequeño tamaño y tienen menos color, dando lugar a la denominación de anemia hipocrómica microcítica. La anemia ferropénica es frecuente en los países subdesarrollados y en determinados grupos de población en los países desarrollados, fundamentalmente mujeres, al tener éstas una mayor demanda. La capacidad para absorber hierro es limitada y depende de la composición de la dieta y de la forma en que el hierro se encuentre en ella. El hierro contenido en los alimentos de origen animal se absorbe mejor que el de los vegetales, señalándose la presencia de un factor denominado MFP (*meat-fish-poultry*) que facilita la absorción. La presencia de vitamina C favorece también dicha absorción. Con una dieta que proporcione unos 10 a 15 mg de Fe se absorbe 1 mg, que es la cantidad que necesita reponer un adulto sano diariamente. La mujer en edad de procrear, las embarazadas y los niños tienen unas necesidades mayores. El déficit de hierro tiene efectos sobre los distintos tejidos. Muchos de los procesos metabólicos de todas las células están relacionados con enzimas que contienen hierro o requieren la presencia del mismo como cofactor. Debido a esto, se pueden producir alteraciones neurológicas que se caracterizan por cambios conductuales, fatiga, anorexia y pagofagia (ingestión de hielo). Las anormalidades del desarrollo cognoscitivo en niños sugieren la presencia de una deficiencia de hierro antes que se manifieste por anemia plena.

El *flúor* es otro de los elementos que se precisa consumir, tanto para mantener la resistencia dentaria a la caries como para evitar la desmineralización ósea. El problema se complica por el hecho de que cantidades excesivas de flúor pueden provocar fluorosis, enfermedad deformante de los huesos. Las recomendaciones se cifran entorno a 1-1,5 mg/día, siendo la fuente principal el agua potable, pero existe mucha variabilidad dependiendo de la zona. Otra fuente importante es el pescado de mar.

El *yodo* es un elemento esencial para el organismo, ya que además es indispensable para la síntesis de la hormona tiroidea. Esta hormona gobierna la actividad metabólica de muchas células, por lo que una deficiencia de yodo da lugar a un aumento del tamaño del tiroides, que se designa con el nombre de bocio. En su forma más grave se acompaña de marcado retraso del desarrollo físico y mental, que constituye el cuadro denominado cretinismo. Se recomiendan de 80 a 140 microgramos/día, aumentado ligeramente en el crecimiento y en el embarazo. Ingestas muy superiores llegan a resultar tóxicas. Las fuentes principales son alimentos marinos y los vegetales, pero en estos últimos depende del contenido del agua de riego. En las zonas con bocio endémico es aconsejable el uso de sal yodada.

La deficiencia de ciertos elementos traza, como el zinc, se caracteriza por retraso en el crecimiento y en el desarrollo de los órganos genitales (hipogonadismo), anemia moderada, alteraciones inmunológicas y baja concentración en plasma. Manifestaciones de déficit de zinc se han observado en alcohólicos crónicos y en sujetos con alteraciones de la absorción intestinal. Fuentes de zinc son la carne, pescado, leche, cereales de grano entero y legumbres.

Otros elementos traza son el *cobre* (cuya deficiencia puede originar anemia), que forma parte de varias enzimas y abunda en vegetales verdes y pescado; el *selenio* (íntimamente asociado a la vitamina E), que se encuentra en nueces, pescado, carne y mariscos, y el *romo* (su deficiencia provoca alteraciones del metabolismo de los carbohidratos), que se encuentra en concentraciones importantes en la levadura de cerveza, las patatas, las ostras y el hígado.

VII.1. *Electrolitos*

El sodio es el principal catión del medio extracelular y las necesidades dependen de la temperatura ambiental y de la actividad física desarrollada. Con 3 g de cloruro sódico por día se satisfacen las necesidades de personas con actividad física moderada que viven en un clima templado. El consumo excesivo de sal se ha relacionado con el desarrollo de la hipertensión arterial, una afección frecuente en las sociedades desarrolladas. Las dietas bajas en sodio son empleadas en la prevención y tratamiento de la hipertensión, aunque las pruebas que apoyan la disminución de la presión arterial al disminuir la ingesta de sodio son limitadas, indicando la mayoría de los autores que lo apropiado es una restricción moderada. Es conveniente también restringir el consumo de aminas vasoactivas (tiramina), presentes en determinados alimentos como el queso o el cacao, que como precursoras de agentes vasoconstrictores, pueden agravar el proceso.

El *potasio* se encuentra principalmente en el interior de las células y está presente en casi todos los alimentos, aunque su contenido es variable, siendo abundante en frutas, verduras, legumbres y patatas. Debilidad muscular y confusión mental son las manifestaciones más importantes de su deficiencia. En ocasiones, es aconsejable la ingestión de cantidades moderadas para disminuir la presión arterial, aunque su uso está contraindicado en alteraciones renales y durante el consumo de cierto tipo de diuréticos.

VIII. EL AGUA

El agua es el componente más abundante del cuerpo humano, constituyendo más del 60% del mismo. De este porcentaje, la mayor parte se encuentra en el interior de las células y menos de un tercio en el medio extracelular. La cantidad de agua que necesita el organismo está condicionada por la necesidad de que los líquidos corporales tengan el volumen y la concentración osmótica adecuada para asegurar las funciones biológicas. Eliminamos agua por la respiración, la perspiración, la transpiración, la orina y las heces. El sudor puede hacer variar considerablemente las necesidades según la actividad física y la temperatura ambiente. Una alimentación con grandes cantidades de sal aumenta también las necesidades de agua, así como ciertas alteraciones, como vómitos, diarreas, estado febril, etc.

El contenido acuoso del organismo se mantiene constante gracias al equilibrio entre las pérdidas y la ingesta. La cantidad de agua que debe ingerir un sujeto normal que vive en un clima templado y realiza una actividad física moderada está en torno a los 2,5 litros/día, de los cuales 1,2 proceden de la bebida, 1 litro del agua contenida en los alimentos y el resto, denominado agua residual metabólica o endógena, corresponde al agua formada por la oxidación de los alimentos.

Se estima que la ingesta hídrica debe ser paralela a la energética. Por otro lado, la capacidad de concentración del riñón tiene un límite y los productos de desecho deben ser eliminados. Si una persona sigue los consejos equivocados de dietas con restricción de agua, corre el peligro de alterar la eliminación de residuos y la funcionalidad renal. La sed constituye la manifestación más importante de la necesidad de agua, la cual es regulada por varios factores, entre los que predomina la sensibilidad osmótica del hipotálamo, relacionada directamente con la hormona antidiurética, que asegura el equilibrio entre la ingestión y la eliminación de agua.

IX. LOS PRINCIPALES GRUPOS DE ALIMENTOS

IX.1. *La leche y sus derivados*

En la composición de la *leche* encontramos la lactosa, disacárido mucho menos dulce que la sacarosa, para cuya digestión se precisa la lactasa, enzima presente en el intestino delgado. Derivados como el yogur, obtenido por la acción de bacterias lácticas que transforman parte de la lactosa en ácido láctico, tienen, en consecuencia, un menor contenido de la lactosa, siendo por ello útiles para personas que padecen intolerancia a esta última producida por un déficit de lactasa.

Las *proteínas* de la leche, de alto valor biológico, son la caseína (85%), y las proteínas del suero (β -lactoglobulina, β -lactalbúmina). Desempeñan papeles importantes en las alergias a la leche que, según Werner, constituyen aproximadamente el 40% de las manifestaciones alérgicas intestinales, y el 20% de las sistémicas (afectan a

todo el organismo). Los alérgenos (sustancias que pueden provocar reacciones alérgicas) de la leche de vaca son termoestables (resistentes al tratamiento térmico). La caseína es totalmente hidrolizada y las dietas elementales carecen de antigenicidad.

La *grasa* está presente en la leche como finos glóbulos lipídicos, formando una emulsión de fase externa acuosa. En su composición se encuentran ácidos grasos de 4 a 18 átomos de carbono. Por último, debemos destacar el alto contenido en calcio, constituyendo la fuente principal del mismo.

IX.2. Carnes, pescados y huevos

Los alimentos incluidos en este grupo se caracterizan por su elevado contenido en *proteínas* de elevado valor biológico. En términos generales, contienen entre un 16 y un 20% de proteínas referido al peso fresco de su parte comestible. La calidad de las proteínas es ligeramente inferior a las de la leche.

El contenido en *grasa* es muy variable. En términos generales, la carne de pollo contiene sólo un 4 ó 5 % de grasa y la carne magra de ternera de un 10 a un 12%, llegando a alcanzarse el 25% de grasa en la carne de cordero.

Las carnes, en general, son ricas en hierro y zinc, encontrándonos el “factor de la carne, de las aves de corral y el pescado” (*meat, fish and poultry-MFP*) que facilita su absorción. Constituye una fuente importante de vitamina B₁₂, niacina y B₂.

El *pescado* tiene, en general, un contenido proteico un poco inferior al de la carne de los animales terrestres, debido al menor contenido de fibras conectivas. Los pescados blancos están prácticamente desprovistos de grasa, pero los que llamamos azules pueden contener entre un 8 y un 15%. Este tipo de grasa es rica en ácidos grasos poliinsaturados de elevado tamaño molecular. Contienen también vitaminas del complejo B en proporciones algo menores a las de los animales terrestres.

Los *huevos* contienen proteínas de excelente calidad. Son, de hecho, las proteínas a las que se les asigna un valor biológico de 100. El huevo contiene diversos alérgenos que pueden provocar sensibilidad: ovoalbúmina, ovotransferrina y ovomucoide. En su fracción lipídica cabe destacar ácidos grasos esenciales, ácidos grasos saturados y colesterol (aproximadamente 250 mg/huevo). Contienen pequeñas cantidades de vitaminas B, A y E. Son, además, una buena fuente de hierro.

IX.3. Cereales, leguminosas y tubérculos

Los *cereales* (trigo, maíz, avena, etc.) están constituidos todos como alimentos de bajo contenido de agua y de valor calórico bastante elevado, debido principalmente a su elevado contenido en hidratos de carbono (almidón), que oscila entre un 60 y un 75% del peso total del grano. Su contenido de grasa es bajo, encontrándose los valores mínimos en el arroz y los máximos en la avena. Las proteínas constituyen por término medio un 10%, siendo de bajo valor biológico. El aminoácido *limitante* es en todas ellas la lisina, pero la proteína del maíz es, además, deficiente

en triptófano. Se consideran alergénicas las cuatro fracciones principales del trigo (gliadina, globulina, glutenina y albúmina). La gliadina, el componente del gluten soluble en alcohol, también es responsable del esprúe celíaco o enteropatía sensible al gluten. Los cereales contienen también cantidades no despreciables de calcio, hierro y zinc, pero la absorción está dificultada cuando se consume el grano entero, o harinas del mismo de elevado grado de extracción, debido a la presencia del ácido fítico.

El contenido de proteínas de las *leguminosas* (lentejas, garbanzos, judías, etc.) es aproximadamente de un 20%, siendo éstas también de bajo valor biológico, debido principalmente a su bajo contenido en aminoácidos azufrados, pero son ricas en lisina y suplementan muy eficazmente a las proteínas de los cereales. Podemos señalar a las judías, que causan flatulencia debido a su contenido en ciertos oligosacáridos (rafinosa, verbascosa y estaquiosa) que nuestro aparato digestivo no es capaz de digerir. Prácticamente, todas las leguminosas contienen sustancias que pueden dificultar la digestión (antitripsinas), pero son inactivadas durante la cocción.

IX.4. *Hortalizas y verduras*

Se trata de alimentos con elevado contenido de agua y bajo valor calórico. La principal contribución a la nutrición humana se debe a su contenido en minerales y vitaminas. Las verduras contienen elevadas cantidades de B-carotenos, vitamina C y de ácido fólico. Proporcionan abundantes residuos no digeribles (fibra).

IX.5. *Frutas*

El valor energético de las *frutas* es generalmente muy bajo debido a su elevado contenido en agua. Los hidratos de carbono se encuentran principalmente en forma de *fructosa* y *glucosa* y su concentración aumenta durante la maduración. Una característica importante de la fruta es su contenido en una serie de ácidos orgánicos que no son nutrientes esenciales para nuestro organismo. Entre ellos tenemos el ácido cítrico en frutas cítricas, tomates; el ácido málico en manzanas, ciruelas, tomates; el ácido tartárico en las uvas; el oxálico en las fresas; y el benzoico en otras. Ninguno de los alimentos que contienen estos ácidos alcanza la acidez del jugo gástrico. Las frutas, y los alimentos vegetales en general, son alimentos productores de alcalinidad. El contenido en ácidos orgánicos decrece con la maduración.

La principal contribución de las frutas a la nutrición humana se debe a su contenido en ácido ascórbico o vitamina C, ya que al consumirse crudas no se experimentan las pérdidas ocasionadas por la cocción. Las frutas contienen residuos no digeribles y son útiles para el mantenimiento de la motilidad intestinal.

IX.6. Grasas y aceites

Los alimentos incluidos en este grupo tienen dos características comunes: su elevado valor calórico y su estructura molecular. Las grasas desempeñan, además, un papel importante como determinantes de las propiedades gustativas de la dieta, lo que llamamos “palatabilidad”, y de lo que llamamos “densidad calórica” de la dieta, es decir, el valor calórico por unidad de peso de la misma.

Por lo que a su composición química se refiere, todas las grasas y aceites son triglicéridos: ésteres de glicerol y tres ácidos grasos, más una pequeña fracción (el 1% aproximadamente) de esteroides, terpenos, etc. A igualdad de tamaño molecular, una grasa tiene más bajo punto de fusión cuanto mayor es el grado de insaturación de los ácidos grasos que la constituyen. El aceite de coco y el de palmiste, por ejemplo, son grasas saturadas líquidas a la temperatura ambiente porque están constituidas principalmente por ácidos grasos saturados de pequeño tamaño molecular. La manteca de cacao, en cambio, es sólida a temperatura ambiente, porque está constituida por ácidos grasos saturados que son, en su mayoría, de tamaño molecular mayor que el de los ácidos grasos saturados, que se encuentran en el aceite de coco.

Las grasas animales, en general, son más saturadas que los aceites vegetales. Las grasas de pescado son una excepción. A pesar de estar constituidas por ácidos grasos de elevado tamaño molecular (hasta 20 y 22 átomos de carbono), estos ácidos grasos son muy insaturados (hasta cinco y seis enlaces dobles) y son líquidas a temperatura ambiente, es decir, aceites.

La principal grasa monoinsaturada de nuestra dieta es el aceite de oliva, cuyo componente más importante es el ácido oleico, un ácido graso con 18 átomos de carbono y un solo doble enlace. Las grasas son el *vehículo de las vitaminas liposolubles* y su presencia en la dieta es necesaria para su absorción por el intestino. Los aceites vegetales no contienen por lo general ni vitamina A ni vitamina D; en cambio tienen cantidades importantes de vitamina E. Encontramos también en ellos los

CUADRO 7.6. *Composición de ácidos grasos de algunos aceites y grasas*
Monoinsaturados (MISAT), poliinsaturados (PISAT) y saturados (SAT)

Aceite o grasa	SAT	MISAT	PISAT
Oliva	12	80	8
Girasol	12	30	68
Maíz	14	28	58
Palma	53	38	9
Coco	83	16	1
Mantequilla	62	35	3

Nota: Estos valores son orientativos. Los porcentajes de cada grupo de ácidos grasos son variables dentro de cada marca y tipo de aceite. Los valores que se presentan son valores medios.

denominados ácidos grasos esenciales (ácidos linolénico y linoleico), que en su momento se les llamó vitamina F y cuyas necesidades se cifran en torno al 2% de la energía total de la dieta.

Por último, mencionemos la margarina, producto obtenido industrialmente por hidrogenación parcial de aceites vegetales ricos en ácidos grasos poliinsaturados. La grasa resultante es monoinsaturada, pero se producen cambios en la conformación molecular de los ácidos grasos, obteniéndose los correspondientes isómeros trans (ácido elaídico-oleico, formas trans del linoleico) que consumidos en proporciones elevadas provocan alteraciones en el metabolismo de los ácidos grasos esenciales, en la fluidez de las membranas y de la actividad biológica asociada a la misma, entre otras (véase cuadro 7.6).

IX.7. *El procesado doméstico*

Las cualidades nutritivas de los alimentos pueden ser afectadas por los procesos tecnológico y culinarios, incrementando o disminuyendo dichas cualidades y afectando de diverso modo a los distintos alimentos. En las manipulaciones domésticas, el contenido en vitaminas y minerales es el más afectado, perdiéndose distintos porcentajes en los lavados y cocciones incorrectas. Se deteriora también el valor nutritivo en otros procesos, como la formación de sustancias tóxicas en frituras en las que se sobrecalienta el aceite o se reutiliza en exceso. La calidad nutritiva no disminuye mucho si el tiempo de fritura es corto y el valor energético no se incrementa en exceso si se elimina el aceite adecuadamente. No se debe aprovechar el aceite para varias frituras, utilizándolo como máximo 4 ó 5 veces. El aceite de elección es el de oliva, por sus propiedades nutritivas y por resistir mayor número de frituras.

Con respecto a la cocción, en el caso de las legumbres, que deben remojar en agua un tiempo no superior a 12 horas, se realiza con la aplicación moderada de calor y no prolongando demasiado el tiempo para que la pérdida de vitaminas sea mínima.

X. NUTRICIÓN Y DEPORTE

Las fibras musculares están constituidas por fibrillas y éstas, a su vez, por filamentos. Estos filamentos constituidos por dos proteínas, la actina y la miosina, actúan juntas, dentro de las unidades funcionales denominadas sarcómeros, para llevar a cabo la contracción y la relajación. La teoría del deslizamiento del filamento propone que la contracción se lleva a cabo cuando se deslizan una a través de la otra, sin que cambie ninguna de ellas de longitud.

La posición del filamento sin energía es el estado de contracción y el retorno del filamento a un estado de relajación requiere el ingreso de energía en forma de ATP (trifosfato de adenosina). El ATP, que se encuentra presente en los músculos, es suficiente para realizar actividad durante varios segundos, lo que permite la respues-

ta inmediata a estímulos nerviosos, apoyado por otra molécula energética, el fosfato de creatinina (CP), que regenera el ATP consumido. La energía adicional para conservar la actividad muscular es la procedente de la glucólisis, en la cual la energía de la glucosa se libera con presencia de oxígeno o sin él. Cuando el proceso es aerobio, el producto final es el ácido pirúvico, siendo el resultado último del metabolismo anaerobio el ácido láctico. En cualquiera de las dos vías, la cantidad de ATP producida es relativamente pequeña, en comparación con la que se produce en la oxidación mitocondrial a través del ciclo de Krebs. La energía contenida en los nutrientes se transfiere al ATP, a través de una serie de reacciones que implican a la cadena respiratoria en la que el producto final es agua. Si no hay el oxígeno necesario para combinarse con el hidrógeno, no se formará más ATP. El metabolismo aerobio es limitado por la disponibilidad de sustrato (lo que se quema) y de oxígeno, siendo de vital importancia la respiración y la capacidad del aparato cardiovascular para asegurar un aporte adecuado del mismo.

Metabolismo anaerobio

En el caso de ejercicio físico intenso y de corta duración, se obtiene la energía en presencia de déficit de oxígeno, formándose ácido láctico. A medida que aumenta la concentración de ácido láctico en sangre, baja el pH, interfiriendo el metabolismo y originando fatiga. Al cabo de varios minutos, predomina el metabolismo aerobio y la obtención de energía dependerá del aporte de oxígeno. Durante el período de recuperación después del ejercicio, continúa la captación elevada de oxígeno algún tiempo. Este período de recuperación se utiliza para la reoxigenación de la mioglobina y la hemoglobina, así como la conversión de ácido láctico en glucosa y glucógeno.

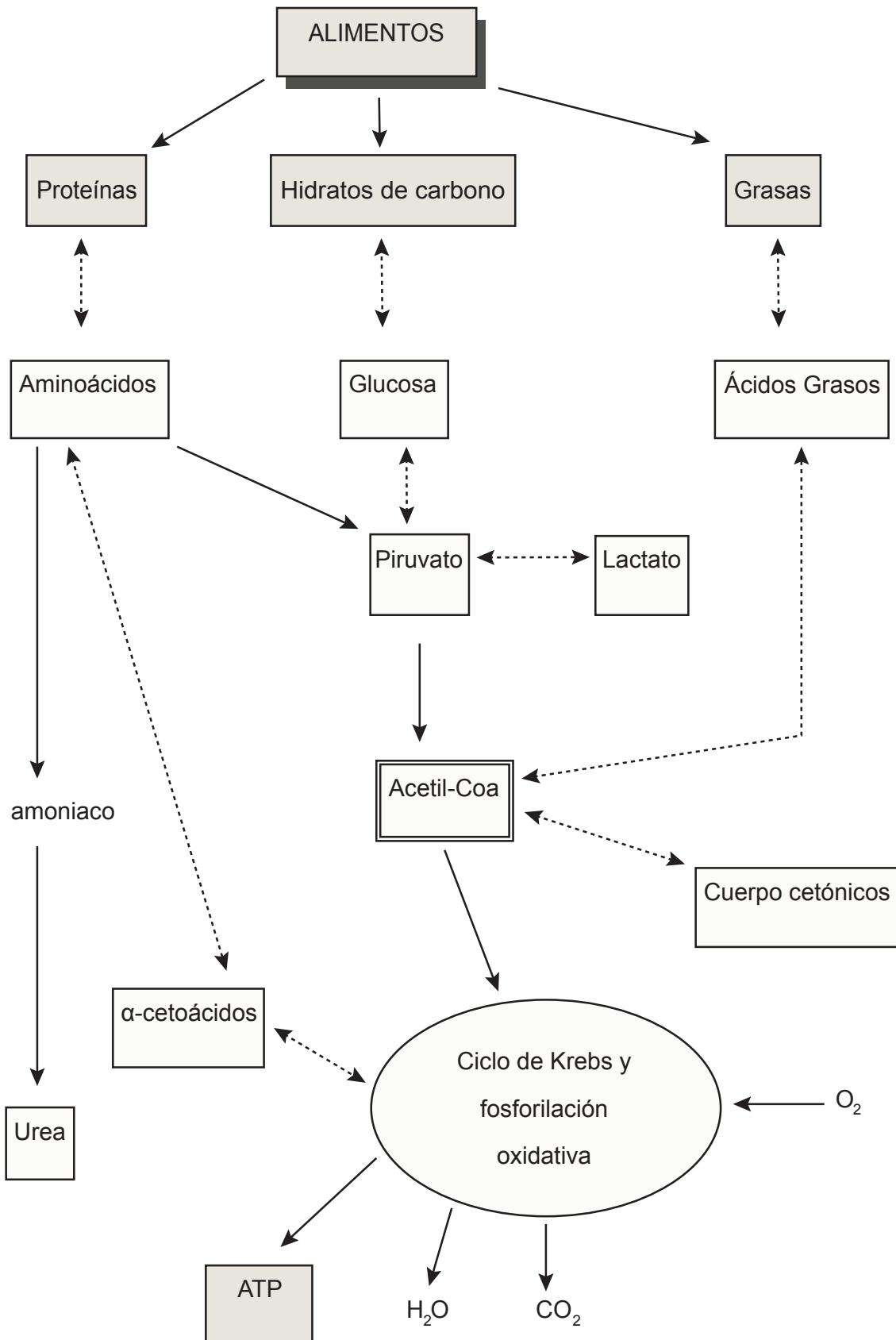
El combustible más eficiente, con respecto al consumo de oxígeno, es el conjunto de los hidratos de carbono, pero su disponibilidad se limita al glucógeno hepático y muscular. Se utilizan también los ácidos grasos que, en fragmentos de dos carbonos, se incorporan al ciclo de Krebs. Por último, a partir de determinados aminoácidos, como la alanina, se puede sintetizar glucosa, con lo que las proteínas pueden ser utilizadas como combustible, dependiendo de la intensidad y duración del ejercicio (véase figura 7.1).

En ejercicios muy intensos y breves la energía se obtiene de las reservas de ATP y CP. El ejercicio muy intenso, que se prolonga algunos segundos, depende de la glucólisis anaerobia. Durante el ejercicio de intensidad baja a moderada, la energía deriva principalmente de los ácidos grasos. El deporte mejora el aporte de oxígeno por el sistema cardiovascular, aumenta el número de mitocondrias y la capacidad para la metabolización de los ácidos grasos.

Líquidos y electrolitos

La deshidratación parcial, por pérdida de agua del 4 al 5%, reduce la capacidad de trabajo entre un 20 y un 30%. En principio, se produce una alteración en la capacidad termorreguladora. Posteriormente, disminuye la fuerza muscular, llegando a producirse contracturas por calor. Una deshidratación más intensa implicaría riesgo de colapso circulatorio, golpe de calor, coma y muerte. Para controlar las pérdidas

FIGURA 7.1. Representación gráfica del ciclo de Krebs



hay que pesar al individuo y observar el color y la densidad de la orina. Cuando ésta se oscurece en exceso puede indicar deshidratación.

Carga de glucógeno

La denominada carga de glucógeno, consiste en realizar el siguiente proceso para aumentar entre un 20 y un 40% las reservas de glucógeno muscular: actividad intensa y prolongada, el séptimo día antes de la prueba, seguido de disminución gradual del ejercicio y aumento del consumo de carbohidratos. El atleta no se ejercita el día anterior a la competición. El incremento de glucógeno va acompañado de incremento de agua (2,7 ml por gramo de glucógeno), lo que produce un aumento del peso y de tensión muscular.

Patologías más frecuentes

a. Anemia del deportista o pseudoanemia. El entrenamiento intenso puede originar un tipo característico de anemia pasajera en la que se encuentra disminuido el número de eritrocitos, pero no se altera su morfología, ni su funcionalidad. Salvo en el caso de detectar niveles bajos de ferritina, no es necesario administrar suplementos de hierro. Los deportistas con riesgo son adolescentes en crecimiento, mujeres con menstruaciones abundantes y atletas con dietas restrictivas.

b. Osteoporosis. La amenorrea en corredoras de largas distancias, en bailarinas, en gimnastas, etc., que deben conservar un peso corporal bajo, produce descalcificación. En estos casos se debe incrementar el calcio en la dieta, disminuir el entrenamiento e incrementar el tejido adiposo, para detener la desmineralización ósea.

Alimentación

a. Antes del ejercicio: ingerir una dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas, para no retrasar el vaciamiento gástrico, 3-4 horas antes del ejercicio, y 15 minutos antes, tomar 400 ml de solución de carbohidratos al 6-8%, añadiendo pequeñas cantidades de sodio, entre el 6 y el 8% (azúcar o glucosa con una pequeña cantidad de bicarbonato y sal).

b. Durante el ejercicio: rehidratación con solución del 6-8% de carbohidratos junto con sodio.

c. Después del ejercicio: rehidratación con solución del 6-8% de carbohidratos junto con sodio, la ingesta debe ser rica en carbohidratos, fundamentalmente almidones (patatas, pastas, etc.) el sodio se restituye con la sal y el potasio es abundante en frutas y verduras.

XI. NEOPLASIAS MALIGNAS

Entre los factores más llamativos en experimentación se encuentra la normalización energética (dieta normocalórica), que retrasa el comienzo y reduce la incidencia

global de neoplasias espontáneas o inducidas. Otros componentes que pueden incrementar dicha incidencia son el aumento del consumo de grasas y proteínas, salados, ahumados (el poder cancerígeno de los alimentos ahumados depende de su contenido en hidrocarburos policíclicos, cuyo indicador es el benzopireno); por el contrario, la *fibra*, en el cáncer de colón, las *vitaminas* (vitaminas C, A y E) y los *oligo-elementos* desempeñan papeles protectores. Además, algunos productos que podemos encontrar en los alimentos, como las micotoxinas (producidas por hongos), nitrosaminas y productos de la pirólisis (generados durante el calentamiento excesivo y repetitivo de aceites), representan un factor decisivo en la génesis de múltiples procesos carcinogénicos. Las nitrosaminas se obtienen por la reacción del ácido nítrico y una amina secundaria; se encuentran en carnes y embutidos, en los que se ha usado el nitrato y el nitrito como agente conservador, y en bebidas alcohólicas, como la cerveza y el whisky, donde se origina durante la fermentación. En definitiva, podemos señalar, como potencialmente peligroso, cualquier alimento que pueda contener nitratos, que se reducen fácilmente a nitritos y, combinándose con aminas secundarias, originan las nitrosaminas.

El alcohol, asociado a factores irritativos, tiene especial importancia en las tumoraciones esofágicas y hepáticas, aunque depende del tipo de bebida consumida. La ingesta moderada puede resultar beneficiosa, sobre todo de vino tinto y blanco, por la presencia de antioxidantes naturales como los flavonoides y polifenoles.

XII. SOBRE LOS ADITIVOS ALIMENTARIOS

La cláusula Delaney prohíbe el uso en cualquier cantidad de alguna sustancia que se haya mostrado carcinogénica en los animales o en los hombres. Bajo esta doctrina, si un aditivo, o cualquiera de sus metabolitos, aumenta la posibilidad de desarrollar cáncer durante la vida en menos de un caso por millón, se considera que la amenaza es muy pequeña para causar preocupación. Esta propuesta sostiene que es necesario poner los riesgos en la perspectiva adecuada, en relación a los beneficios de los aditivos sobre la calidad, disponibilidad y conveniencia de la alimentación moderna y el riesgo asumido es insignificante.

Los aditivos son sustancias que se añaden intencionadamente a los alimentos y bebidas, sin propósito de cambiar su valor nutritivo, a fin de modificar sus caracteres organolépticos, favorecer las técnicas de elaboración o conservación, o para mejorar su adaptación al uso a que son destinados (Código Alimentario Español).

Los aditivos usados en los alimentos en la Unión Europea están incluidos en unas listas de productos autorizados y sólo se pueden utilizar estas sustancias a dosis establecidas, que son las que, "se supone", resultan inocuas. No obstante, hay sustancias que, a pesar de no ser nocivas oficialmente a las dosis autorizadas, pesa sobre ellas la sospecha de sus efectos a largo plazo.

Según la función que cumplen los aditivos se pueden clasificar en los siguientes grupos:

- Sustancias que modifican caracteres organolépticos (colorantes, edulcorantes y agentes aromáticos).
- Estabilizadores de aspecto y caracteres físicos (emulgentes, espesantes, etc.).
- Sustancias que impiden alteraciones químicas y biológicas (antioxidantes, conservadores, etc.).
- Correctores de los alimentos (clarificadores, disolventes, etc.).

Normalmente merecen más confianza aquellos productos alimentarios que llevan una información clara sobre los aditivos y que no los esconden detrás de claves, letras o diseños de difícil comprensión.

Reacciones adversas de los aditivos

Determinados colorantes como la tartracina y derivados azoicos, conservadores como los nitratos y el benzoico, y algunos antioxidantes como el hidroxitolueno butilado (BHT), el hidroxianisol butilado (BHA) y los sulfitos, parecen estar implicados en procesos alérgicos, en determinados grupos de población que son más sensibles (como los asmáticos).

Las reacciones adversas por glutamato (un potenciador del sabor), incluyen cefalea, náuseas, rubor, dolor abdominal y asma, que suelen aparecer a las catorce horas tras su ingestión; constituye el denominado "síndrome del restaurante chino".

Para el tratamiento de la sensibilidad a determinados aditivos es necesario evitar los alimentos que los contienen.

Por último, destacar la existencia de intereses comerciales que conducen a la elaboración y circulación de determinadas listas de aditivos con sus características tóxicas ficticias, que carecen del más leve rigor científico, pero que tienen una amplia difusión en la población.

XIII. ESTRÉS OXIDATIVO, RADICALES LIBRES Y ENVEJECIMIENTO

Se dispone de abundante información sobre las modificaciones observadas en el proceso de envejecimiento, que afectan de forma variable a todos los niveles de organización y funcionamiento. Nos podemos plantear dos preguntas clave: ¿por qué y cómo se produce esta serie de fenómenos que conducen al proceso degenerativo? Las respuestas no se han hallado todavía, pero existe una serie de evidencias en trabajos clínicos y experimentales, que permiten avanzar algunas teorías sobre el envejecimiento celular.

La longevidad y el envejecimiento son fenómenos programados genéticamente, la denominada apoptosis o muerte celular programada. Cada especie tiene un período de vida en el tiempo recogido en su código genético. Por otro lado, el envejecimiento es el resultado de una sucesión de acontecimientos aleatorios, que

afectan a todos los niveles de organización celular. Tendríamos básicamente dos grandes grupos: *a.* errores en la transferencia de la información, que conducen a la síntesis de proteínas anómalas y *b.* un desequilibrio creciente entre los sistemas, agentes productores y protectores de radicales libres, que conduce inexorablemente a una desorganización de membranas celulares, alteraciones funcionales ligadas a ella y modificaciones en multitud de moléculas biológicas (proteínas, ADN, etc.).

Los radicales libres se pueden definir como especies moleculares, atómicas o iónicas, dotadas de un número impar de electrones en su última capa, lo que les confiere una elevada reactividad química, interaccionando con moléculas orgánicas que alteran su estructura y, por lo tanto, su funcionalidad. Se generan de forma fisiológica en la cadena respiratoria mitocondrial, siendo cosustanciales al metabolismo aerobio y en procesos patológicos como la inflamación, fagocitosis y destrucción de microorganismos. Cuando su producción supera los mecanismos de defensa, se establece un balance netamente favorable a la oxidación, que acelera la degeneración de las estructuras biológicas. Dicho proceso se denomina estrés oxidativo. Los radicales libres han sido señalados como factores etiológicos o, al menos, implicados, en determinadas enfermedades, que podrían ser evitadas mejorando el aporte de antioxidantes en la dieta.

Los mecanismos de defensa antioxidantes del organismo se pueden dividir en dos grandes grupos: enzimáticos y no enzimáticos. Entre los primeros, cabe destacar la labor de la superóxido dismutasa y otras enzimas asociadas al glutatión; entre los segundos tenemos: *a.* el glutatión (péptido constituido por tres aminoácidos), *b.* la vitamina E, defensa de primera línea a nivel de membrana, eliminando radicales libres en sus estadios iniciales, y *c.* la vitamina A y sus precursores, los beta carotenos, y la vitamina C o ácido ascórbico, que actúan como regeneradores de vitamina E oxidada y como barredores (*scavengers*) de radicales libres.

Como puede deducirse por lo expuesto, la dieta ejerce un papel decisivo en el aporte de antioxidantes y nos permite desacelerar la inexorable oxidación de estructuras biológicas, y por lo tanto, enlentecer el envejecimiento y prevenir el desarrollo de diversas patologías.

XIV. UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Una alimentación sana es aquella que combina al menos una ración de cada uno de los grupos de alimentos en cantidades suficientes para cada individuo, dependiendo de su sexo, edad, talla y actividad física (véase cuadro 7.7).

Será, por tanto, una alimentación variada y consistirá en comer de todo con moderación. Incluye:

- a.* dos o tres raciones de lácteos y derivados (250 ml de leche)⁷;
- b.* dos o tres raciones de carnes, pescados o huevos (75 grs de carne);

⁷ Las cantidades reflejadas entre paréntesis representan una ración.

CUADRO 7.7. Reglas de oro para una alimentación equilibrada

1. Recordar que comer y beber forman parte de la alegría de vivir. Cocinar bien es un arte
2. Es preciso comer una gran variedad de alimentos, pero no en gran cantidad
3. Comer despacio y masticar bien favorece la digestión
4. Mantener un peso estable es signo de equilibrio nutritivo
5. Se recomienda disminuir el exceso de grasa saturada, de origen animal y vegetal
6. Comer suficientes alimentos que contengan harinas, féculas y de fibra suficiente, pero no en exceso (ensaladas, frutas y, si se tiene costumbre, algún producto integral)
7. Reducir el consumo de azúcares (la leche y las frutas ya los contienen de forma natural)
8. Si se bebe alcohol, se debe hacer con moderación

- c. cuatro o más de verduras, hortalizas y frutas (100 grs de manzana); de éstos incluir una de cítricos ricos en vitamina C y una cada dos días de ricos en vitamina A (100 grs de acelgas o zanahoria);
- d. cuatro a diez de cereales (30 grs de pan);
- e. una o dos de leguminosas y tubérculos (40 grs de patatas); y
- f. cuatro de grasas (1 cucharada = 10 ml de aceite de oliva).

Otro modelo, basado en los mismos principios, es el de la Pirámide Guía Alimentaria (véase figura 7.2). En él se propone dividir los alimentos en grupos, que constituyen las secciones de una pirámide (*USDA's Food Guide Pyramid, 1992*).

FIGURA 7.2. La pirámide de los alimentos

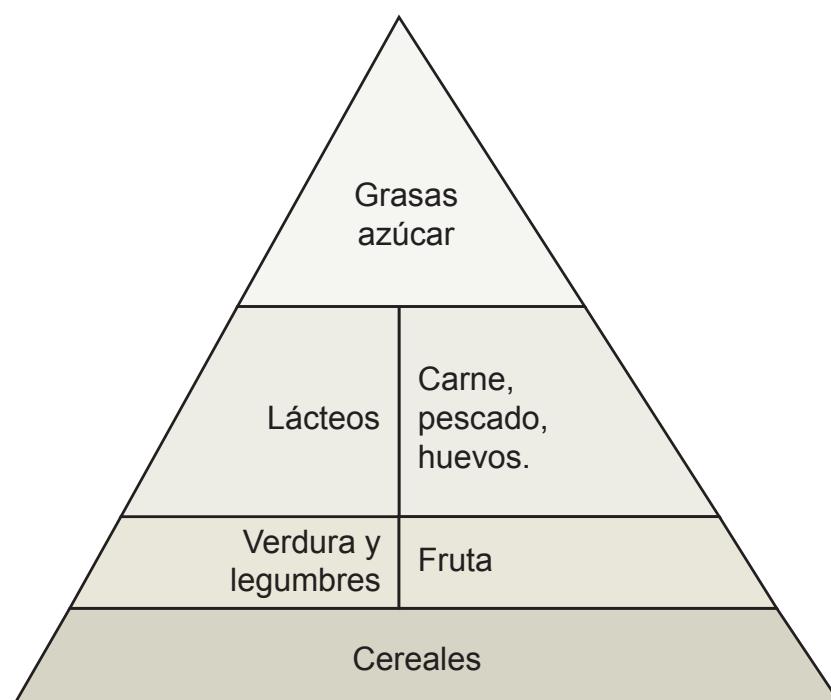
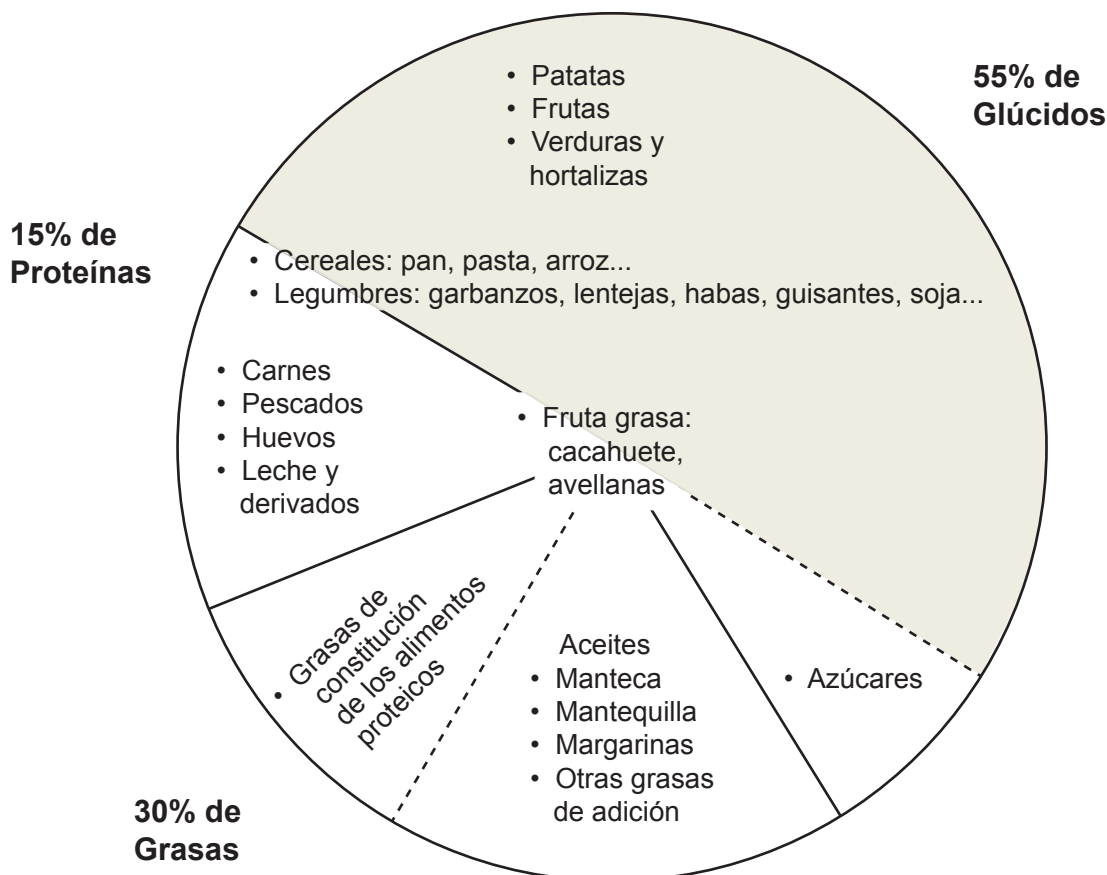


FIGURA 7.3. Rueda de los alimentos



Nota: Recordar que el organismo necesita de 2 a 2,5 litros diarios de agua para reponer las pérdidas.

En la base tenemos el grupo de los cereales, pan, arroz y pasta, con más de 6 porciones (media taza de arroz cocido, una rebanada de pan, etc.), pudiéndose alcanzar las 11. En el siguiente escalón nos encontramos las frutas, de 2 a 4 porciones (una pieza de fruta, media taza de fruta cocida o enlatada, tres cuartos de taza de zumo de fruta, etc.) y las verduras, de 3 a 5 porciones (una taza de verduras crudas o media de cocidas) y las legumbres (media taza de leguminosas cocidas). A continuación, llegamos al grupo de los lácteos y derivados, y carnes, pescado y huevos, con dos o tres raciones de cada grupo (una taza de leche o bien de 45 a 60 g de queso, 60-90 g de carne o un huevo). Y por último, la cúspide de la pirámide la ocupan las grasas y el azúcar añadido, de los que se debe restringir su consumo.

Una distribución semejante es la que hace la “rueda de alimentos” (véase figura 7.3)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Estudio CAENPE (1993). *Consumo de alimentos y estado nutricional de la población escolar*. Madrid: Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. Hospital Severo Ochoa.
- Estudio DRECE (1993). *Dieta y riesgo de enfermedad cardiovascular en España*. Madrid: Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. C.A.P. Insalud. Hospital Universitario San Carlos. Fundación Jiménez Díaz.
- USDA's *Food Guide Pyramid* (1992). Washington, DC: Government Printing Office.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Aguilar, M. (1993). *El libro de las grasas*. Madrid: Alianza.
- Díaz Zagova, J. C. y Hicks, J. J. (1995), *Bioquímica*, 2ª ed., Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Gibney, M. J. (1990). *Nutrición, dieta y salud*. Zaragoza: Acribia.
- Grande Covián, F. (1993). *Nutrición y salud*. Madrid: Temas de Hoy.
- Mataixt, J. y Carazo, E. (1995). *Nutrición para educadores*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

APÉNDICE. *Composición de algunos de los principales alimentos españoles*

	Agua	Energía	Nitrógeno Total	Nitrógeno Proteico	Hidratos de Carbono	Lípidos totales	Ácidos Grasos Saturados	Ácidos Grasos Mono-insat	Ácidos Grasos Poli-insat.	Colesterol	fibra	Calcio
	(g)	(KJ)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(mg)	(g)	(mg)
Tenera (solomillo)	78,1	416	3,23	3,08	Tr	2,5	1,1	0,9	0,32	67,0	0	9,2
Pollo (pechuga)	74,6	510	3,62	3,40	Tr	4,1	1,1	1,8	0,86	63,4	0	12,1
Cerdo (magro)	71,1	634	3,52	3,36	Tr	7,6	2,9	3,1	0,80	68,4	0	5,8
Chorizo	48,8	1464	3,39	3,16	1,9	29,3	12,3	13,1	2,5	72,6	0	18,4
Jamón cocido	61,2	866	3,06	2,90	9,9	10,8	3,5	4,8	1,6	60,4	0	9,6
Boquerones frescos	72,9	577	3,44	3,30	0,5	6,0	2,3	0,81	2,3	69,0	0	28,2
Sardinias frescas	73,7	640	2,88	2,74	Tr	9,4	2,6	2,8	2,9	79,8	0	50,4
Huevos de gallina	75,2	669	2,03	1,93	0,68	12,1	3,3	4,9	1,8	410	0	56,2
Leche entera UHT	89,0	256	0,48	0,38	4,7	3,8	2,3	1,10	0,13	14,0	0	124
Leche desnatada UHT	91,8	139	0,61	0,52	4,9	0,20	0,09	Tr	Tr	2,6	0	120,9
Atún en aceite	61,4	854	3,98	3,81	0	12,1	1,8	3,6	5,5	39,8	0	27,7
Queso-manchego (curado)	27,2	1954	5,96	5,72	0,51	35,6	18,7	8,4	6,2	74,4	0	8,48
Yogur natural entero	88,8	232	0,62	0,46	5,5	2,6	1,5	0,72	0,13	10,2	0	142
Arroz	9,0	1409	1,15	1,13	81,6	0,9	0,19	0,23	0,32	0	2,4	14,2
Pan normal	34,6	1021	1,46	1,44	51,5	1,6	0,39	0,28	0,34	0	3,5	56,0
Galletas tipo «María»	2,4	1925	1,22	1,20	69,0	19,0	9,7	5,7	2,5	65,9	3,1	117,7
Garbanzos	4,7	1427	3,33	3,27	55,8	5,5	0,38	1,6	2,50	0	13,6	143
Lentejas	9,2	1310	3,71	3,68	54,8	1,7	0,23	0,30	0,84	0	11,2	70,0
Lechuga	95,2	63,6	0,22	0,18	1,4	0,60	0,12	Tr	0,37	0	1,5	34,7
Tanate	94,4	70,7	0,14	0,11	3,5	0,11	Tr	Tr	0,11	0	1,4	10,6
Patatas	80,6	285	0,35	0,23	16,1	0,21	0,05	Tr	0,11	0	1,8	7,2
Manzana	87,0	168	0,05	0,03	10,5	Tr	Tr	Tr	Tr	0	2,3	5,5
Naranja	88,2	154	0,16	0,14	8,9	Tr	Tr	Tr	Tr	0	2,3	41,0
Plátano	75,3	354	0,19	0,17	20,8	0,27	0,12	Tr	0,09	0	2,5	7,3
Uvas	86,7	198	0,11	0,10	11,8	0,09	Tr	Tr	Tr	0	0,81	17,2

Magnesio (mg)	Hierro (mg)	Yodo (mg)	Zinc (mg)	Vitamina B1 (Tiamina) (mg)	Vitamina B2 (Riboflavina) (mg)	Niacina (Ácido Nicotínico) (mg)	Ácido Fólico (mg)	Vitamina B12 (Cianocobalamina) (mcg)	Vitamina B56 (Piridoxina) (mcg)	Vitamina C (Ácido Ascórbico) (mg)	Vitamina A (equiv retinol) (mg)	Vitamina D3 (mg)	Vitamina E (mg)
19,6	2,6	4,9	3,1	0,12	0,24	6,8	8,2	2,0	0,35	0	Tr	Tr	Tr
23,0	1,0	6,7	0,93	0,08	0,17	8,0	11,6	Tr	0,41	4,6	Tr	Tr	0,22
23,2	1,8	2,4	2,3	0,83	0,21	8,6	5,4	3,1	0,47	0	0	Tr	0
10,3	2,1	10,9	1,2	0,33	0,15	7,4	0,9	0,9	0,14	0	Tr	Tr	0,29
17,5	2,1	10,9	2,8	0,46	0,18	3,2	Tr	Tr	0,20	0	Tr	Tr	0,08
28,0	1,0	0,02	0,46	0,07	0,27	7,6	8,7	1,9	1,1	Tr	31,9	7,0	0,02
25,1	2,7	28,9	0,89	0,05	0,33	6,4	8,7	28,4	0,96	Tr	62,9	7,9	1,6
12,1	2,2	12,7	2,0	0,11	0,37	0,008	51,2	2,1	0,12	0	227	1,8	2,0
11,6	0,09	9,0	0,55	0,04	0,19	0,80	5,5	0,30	0,04	1,4	46,0	0,03	0,10
28,6	0,25	11,1	0,54	0,04	0,17	0,08	5,3	0,30	0,04	1,7	Tr	Tr	Tr
26,2	1,2	34,2	1,1	0,10	0,10	13,6	16,8	5,0	0,42	Tr	62,2	24,7	6,3
33,5	0,75	4,1	3,2	0,04	0,33	0,10	21,8	1,5	0,20	0	234	0,18	0,61
14,3	0,09	3,7	0,59	0,04	0,18	0,09	3,7	Tr	0,05	0,70	9,8	0,06	0,04
31,0	0,8	2,2	1,5	0,05	0,04	3,6	6,8	0	0,20	0	0	0	0,33
25,1	1,6	4,7	0,61	0,08	0,05	1,7	0	0	0,06	0	0	0	Tr
25,0	2,0	0	0,59	0,10	0,08	2,1	0	0	0,08	0	Tr	0	Tr
122	6,8	1,5	1,0	0,45	0,14	1,7	185	0	0,15	4,1	33,0	0	3,1
74,8	8,2	1,5	3,7	0,47	0,22	3,0	34,2	0	0,70	3,4	10,0	0	1,8
8,7	1,0	3,0	0,23	0,06	0,07	0,60	33,6	0	0,06	12,2	183	0	0,51
8,3	0,70	2,2	0,16	0,07	0,04	0,80	28,8	0	0,13	26,6	217	0	0,89
19,9	0,78	4,1	0,27	0,10	0,04	1,3	11,9	0	0,25	19,4	0	0	0,06
5,6	0,56	1,1	0,13	0,04	0,04	0,33	5,8	0	0,04	12,4	2,1	0	0,36
15,2	0,49	2,4	0,15	0,08	0,04	0,35	38,7	0	0,06	50,6	33,6	0	0,21
36,4	0,59	2,4	0,21	0,05	0,07	0,64	20,0	0	0,37	11,5	38,0	0	0,23
9,9	0,61	0,33	0,17	0,05	0,03	0,30	19,6	0	0,11	3,4	3,8	0	0,94

8. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

VICENTE E. CABALLO, J. FRANCISCO NAVARRO y J. CARLOS SIERRA¹

I. INTRODUCCIÓN

A pesar de que la gente pasa aproximadamente un tercio de sus vidas durmiendo, se conoce muy poco acerca de los mecanismos y las funciones del sueño. Se ha definido al sueño como un estado regular, recurrente y fácilmente reversible del organismo que se caracteriza por una relativa inactividad y un gran aumento del umbral de respuesta ante los estímulos externos comparado con el estado de vigilia (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). O también como aquella parte del ciclo circadiano normal en la que una persona deja de responder al ambiente (Van Oot, Lane y Borkovec, 1984). Dentro de esta definición hay toda una serie de características propias de este período del ciclo circadiano. Características conductuales, pero también fisiológicas. El sueño depende de numerosos factores conductuales y de la integridad de muchas estructuras neurales y mecanismos corporales. Teniendo en cuenta la cantidad de elementos implicados en el sueño, no parece difícil entender por qué hay tantos aspectos orgánicos y ambientales que perturban el funcionamiento del sistema del sueño. Así, se ha señalado, por ejemplo, en una encuesta realizada en 1979 en Estados Unidos, que un tercio de todos los adultos de este país habían tenido problemas de sueño durante el año anterior (Donker, 1988).

Aunque la medicación sigue siendo el tratamiento más frecuente para los trastornos del sueño (Kirmil-Gray *et al.*, 1985), se está reconociendo cada vez más la eficacia de procedimientos alternativos, como es el tratamiento conductual (Davies, Lacks, Storandt y Bertelson, 1986; Killen y Coates, 1984; Lacks, 1987). En este capítulo, se aborda una breve descripción de las técnicas de terapia de conducta empleadas con más frecuencia en el tratamiento de los trastornos del sueño, especialmente en los problemas de insomnio, que es el trastorno más extendido y más tratado con técnicas conductuales, a pesar de que de las numerosas categorías diagnósticas diferentes establecidas por la Association of Sleep Disorders Centers, sólo unas pocas se consideran tipos de insomnio. No obstante, tenemos que decir que ningún tratamiento es apropiado para todas esas categorías de trastornos del sueño. Algunos de dichos trastornos necesitarán un enfoque estrictamente farmacológico, otros se beneficiarán de la intervención psicológica y, finalmente, para unos terceros será útil una combinación de estos dos tipos de enfoque.

¹ Universidad de Granada y Universidad de Málaga (España).

II. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SUEÑO

Al hablar del sueño, podemos señalar dos estados diferentes: uno en el que la persona respira con lentitud y regularmente y cambia de forma periódica de posición (sueño sin movimientos oculares rápidos [NREM], denominado en conjunto *sueño NREM* o *sueño sincronizado*), y otro en el que la respiración es errática y no se contemplan amplios movimientos corporales, excepto ligeras contracciones de la cara y las extremidades (*sueño de movimientos oculares rápidos* [sueño REM], *sueño paradójico*, *sueño desincronizado*). El paso de uno a otro de estos estadios tiene lugar continuamente a lo largo de la noche hasta que el individuo se despierta. La duración de un ciclo completo NREM-REM es de aproximadamente 90 minutos —puede oscilar entre 70 y 120—, produciéndose entre cuatro y cinco a lo largo de una noche. El sueño de ondas lentas (fases III y IV del sueño NREM) predomina durante el primer tercio de la noche, mientras que el sueño REM es mucho mayor al final de la noche.

Dado que el sueño es un fenómeno influenciado por múltiples factores (edad, sexo, nutrición, etc.), su cantidad y calidad varía notablemente entre individuos y de una circunstancia a otra. Por ejemplo, la gente anciana tiende a dormir menos (unas 6 horas), muestra menos sueño de ondas lentas y REM, y tiene una fragmentación mayor del sueño. Por otra parte, los niños muy pequeños pueden pasarse 13 horas o más durmiendo, siendo gran parte de ese tiempo sueño REM. Un adulto normal necesita por promedio 7 horas; sin embargo, aquí también existen importantes diferencias individuales. Así, algunos adultos se encuentran a gusto con 5 horas de sueño por cada 24 horas, mientras que otros necesitan dormir hasta 10 horas.

En las últimas décadas se han propuesto múltiples teorías explicativas acerca de la función del sueño (evolutivas, adaptativas y protectoras); de todas ellas, la que posee mayor evidencia empírica es la que considera que el sueño cumple una función restauradora física y psicológica (Morin, 1993): el sueño NREM contribuye a restaurar la energía física (Horne, 1981) y el REM la intelectual o cognitiva (Smith y Lapp, 1991).

III. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

La *Clasificación internacional de los Trastornos del Sueño* fue desarrollada por diversos especialistas de diferentes nacionalidades en 1990, bajo el patrocinio de la American Sleep Disorders Association (ASDA). Dicho sistema de clasificación agrupa los trastornos del sueño en cuatro categorías, a saber: 1. Disomnias, que incluyen los trastornos intrínsecos del sueño, los trastornos extrínsecos del sueño y los trastornos relacionados con el ritmo circadiano; 2. Parasomnias, incluyendo trastornos del despertar, trastornos de la transición vigilia/sueño, parasomnias relacionadas con el sueño REM y otras parasomnias; 3. Trastornos del sueño relacionados con enfermedades orgánicas o psiquiátricas, y 4. Otros trastornos del sueño. Actualmente, se utilizan también otras clasificaciones de los trastornos del sueño, tales como la CIE-10 (OMS, 1992) o la del *DSM-IV* (APA, 1994). Esta última sigue, a grandes rasgos, la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño y la consideraremos como eje director para la exposición de los distintos trastornos del sueño en este capítulo (véase cuadro 8.1).

CUADRO 8.1. Clasificación de los trastornos del sueño (según el DSM-IV, 1994)

1. Trastornos primarios del sueño1.1. *Disomnias*

- A. Insomnio primario
- B. Hipersomnia primaria
- C. Narcolepsia
- D. Trastorno del sueño relacionado con la respiración
- E. Trastorno del ritmo circadiano
 - 1. Tipo de la fase de sueño atrasada
 - 2. Tipo cambio de huso horario (*jet-lag*)
 - 3. Tipo cambio de turno de trabajo
 - 4. Tipo no especificado
- F. Disomnia no especificada. Este apartado incluye:
 - 1. Insomnio o hipersomnia por factores ambientales
 - 2. Somnolencia excesiva por sueño insuficiente
 - 3. Síndrome de las piernas inquietas idiopático
 - 4. Mioclonus nocturno
 - 5. Otras disomnias sin causa determinada

1.2. *Parasomnias*

- A. Pesadillas
- B. Terrores nocturnos
- C. Sonambulismo
- D. Parasomnia no especificada. Este apartado incluye:
 - 1. Trastorno de conducta asociado al sueño REM
 - 2. Parálisis del sueño (hipnagógica o hipnopómpica)
 - 3. Otras parasomnias sin causa determinada

2. Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental2.1. *Insomnio relacionado con otro trastorno mental*2.2. *Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental***3. Otros trastornos del sueño**3.1. *Trastorno del sueño producido por una enfermedad médica*

- 1. Tipo Insomnio
- 2. Tipo Hipersomnia
- 3. Tipo Parasomnia
- 4. Tipo Mixto

3.2. *Trastorno del sueño provocado por consumo de sustancias psicoactivas*

- 1. Tipo Insomnio
 - 2. Tipo Hipersomnia
 - 3. Tipo Parasomnia
 - 4. Tipo Mixto
-

IV. PRINCIPALES TRASTORNOS DEL SUEÑO

IV.1. *Disomnias*

Son trastornos que producen bien dificultades para iniciar o mantener el sueño, o bien somnolencia excesiva. Las disomnias constituyen los trastornos del sueño más importantes que se asocian con el sueño nocturno perturbado o con una vigilia trastornada.

IV.1.1. Insomnio

El *insomnio* representa uno de los trastornos de sueño más frecuentes en nuestra sociedad y constituye una de las principales quejas de las consultas médicas y psiquiátricas. Se caracteriza por una dificultad para el inicio o el mantenimiento del sueño, lo que produce una disminución en la cantidad, calidad o eficacia del mismo. Esto puede tener como consecuencia una reducción en el rendimiento del sujeto, cambios en el humor, irritabilidad y una disminución de la activación durante el día, que en definitiva se traduce en una disminución de la calidad de vida de la persona (Spielman, Nunes y Glovinsky, 1996).

Según el *DSM-IV* (APA, 1994), la prevalencia de quejas de insomnio en la población adulta parece estar entre el 30 y el 40%, aunque la verdadera tasa de prevalencia para el *insomnio primario* no se conoce. Los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para este trastorno pueden verse en el cuadro 8.2. Hay que resaltar que la característica esencial de este problema, según el *DSM-IV*, es la queja de dificultades para iniciar o mantener el sueño o un sueño no reparador que dura al menos un mes. Desde un punto de vista operativo, los criterios del insomnio (de los que al menos uno debe

CUADRO 8.2. *Criterios diagnósticos del DSM-IV para el insomnio primario*

- A. La queja predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o un sueño no reparador, durante al menos un mes.
 - B. La perturbación del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro acusado en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
 - C. La perturbación del sueño no ocurre únicamente durante el curso de la Narcolepsia, de un Trastorno del sueño relacionado con la respiración, de un Trastorno del sueño relativo al ritmo circadiano o de una parasomnia.
 - D. La perturbación no ocurre únicamente durante el curso de otro trastorno mental.
 - E. La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica.
-

cumplirse) son los siguientes: 1. latencia de inicio de sueño superior a 30 minutos por noche; 2. un índice de eficiencia de sueño inferior al 85%; 3. existencia de despertares tempranos, y 4. duración del tiempo total de sueño inferior a 6 horas y media.

Junto a estos criterios objetivos hay que considerar igualmente el grado de satisfacción que el sujeto tiene con su sueño y en qué medida éste le resulte reparador, ya que la necesidad de sueño no es igual para todos los individuos y viene determinada por distintos factores tales como la edad, sexo, patrones de sueño, etc. (Buela-Casal y Sierra, 1994).

En función de su curso temporal, el insomnio puede ser considerado *transitorio* o *situacional*, cuando los problemas de sueño duran pocos días o semanas, o *crónico*, cuando presenta meses o años de evolución y generalmente conlleva problemas de ansiedad, sociales y laborales clínicamente relevantes. El insomnio transitorio puede convertirse en crónico cuando el sujeto utiliza estrategias inadecuadas para el atonamiento de su problema (tiempo excesivo en cama y quedarse en la cama cuando está despierto para así aumentar las oportunidades de sueño), teniendo lugar una activación condicionada (Perlis *et al.*, 1997). Por otro lado, teniendo en cuenta el momento de la noche en que se presenta, el insomnio puede ser considerado de inicio o de mantenimiento. En relación a la etiología de este trastorno, se habla de insomnio primario o secundario. Insomnio primario es aquel que no es debido a un problema mental (p. ej., depresión, ansiedad), médico (p. ej., demencia, cardíaco), abuso de sustancias psicoactivas (p. ej., estimulantes) o a otros trastornos del sueño (p. ej., pesadillas). El insomnio primario puede subdividirse a su vez en vanos subtipos (véase cuadro 8.3).

El insomnio puede ser también secundario a problemas psicológicos, médicos, farmacológicos y ambientales. Las alteraciones psicológicas que más claramente se asocian con el insomnio son: estrés, ansiedad, trastornos del estado de ánimo (p. ej., depresión, distimia), trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, especialmente esquizofrenia (Morin, 1994), así como expectativas inadecuadas sobre el sueño que pueden convertirse en profecías que se cumplen a sí mismas. Igualmente, cualquier enfermedad somática que curse con dolor o malestar puede producir insomnio, además de las preocupaciones derivadas que conlleva padecer una enfermedad (Spielman *et al.*, 1996). En la misma línea, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central pueden ocasionar problemas de sueño. El insomnio también puede estar asociado con trastornos respiratorios como la apnea y la hiperventilación alveolar. Por otro lado, algunos trastornos del sueño están asociados a insomnio, como el síndrome de piernas inquietas o las mioclonías nocturnas, o pueden producir secundariamente insomnio como es el caso de algunas parasomnias (p. ej., pesadillas). Del mismo modo, algunas condiciones ambientales (ruido, temperatura, presión atmosférica, altitud) pueden perturbar el sueño y, en consecuencia, producir insomnio (Sierra y Buela-Casal, 1997). Por último, conviene señalar que el consumo de determinadas sustancias, especialmente el uso abusivo de hipnóticos, alcohol o estimulantes, así como la retirada brusca de algunos de ellos, pueden alterar el sueño, siendo además importante el momento del día en que se consuman (Spielman *et al.*, 1996).

Con respecto al insomnio primario, hay diferentes perspectivas teóricas sobre sus causas (Lacks, 1987):

CUADRO 8.3. *Tipos de insomnio según la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD) (No se incluye el insomnio que puede aparecer en la infancia)*

<i>Tipo de insomnio</i>	<i>Descripción</i>
Insomnio psicofisiológico	Insomnio asociado a ansiedad o tensión somática
Error en la percepción del estado de sueño	La queja de insomnio se acompaña de una evaluación polisomnográfica del sueño que demuestra que éste es normal. Se ha denominado también pseudoinsomnio
Insomnio idiopático	Debido presumiblemente a una enfermedad neurológica
Higiene inadecuada del sueño	El sueño nocturno se encuentra alterado por la existencia de hábitos diurnos inapropiados (v.g., siestas)
Trastorno de sueño ambiental	El trastorno de sueño esta producido por un ambiente físico poco apropiado, como ruido de los vecinos o una cama poco confortable
Insomnio asociado a la altitud	La reducción en el nivel de oxigenación que ocurre a altitudes elevadas altera el sueño
Trastorno de sueño transitorio	Situaciones estresantes ocasionales alteran el sueño en sujetos que normalmente no tienen problemas de sueño
Trastorno de sueño por dependencia de hipnóticos	La utilización crónica de fármacos hipnóticos produce alteraciones del sueño
Trastorno de sueño por dependencia de estimulantes	La utilización de sustancias estimulantes altera el sueño
Trastorno del sueño asociado a la ingesta de alcohol	La ingesta crónica de alcohol altera el sueño

a. *Activación somática.* Los individuos con problemas de sueño tienen una activación fisiológica y una tensión muscular elevadas, que son antagónicas con el sueño. Supuestamente, esta tensión aumenta gradualmente durante el día porque el individuo no posee mecanismos eficaces para eliminarla. Las estrategias empleadas para la reducción de la ansiedad han sido las siguientes: relajación progresiva, entrenamiento autógeno, meditación trascendental, *biofeedback* e hipnosis.

b. *Activación emocional.* La activación emocional supuestamente proviene de un patrón de personalidad ansioso y perfeccionista. Frecuentemente, el insomne es una persona predispuesta a internalizar las reacciones ante los acontecimientos de la vida y a somatizar conflictos sin resolver. Estas respuestas inadecuadas de afron-

tamiento conducen a un estado elevado de activación emocional y a la consiguiente activación fisiológica. Las estrategias empleadas desde este punto de vista teórico han sido el entrenamiento en el control del estrés y la reestructuración cognitiva.

c. *Ansiedad ante la actuación.* Conforme una persona comienza a experimentar dificultades para dormir, es probable que intente controlar voluntariamente el proceso sueño-vigilia. Hará un esfuerzo suplementario para dormir. Este intento para apresurar el comienzo del sueño puede tener el efecto opuesto de lo que se intenta, provocando un aumento en la activación autónoma y demorando realmente el comienzo del sueño. Todo ello desemboca en el círculo vicioso de la ansiedad ante la actuación. Un mayor esfuerzo por intentar dormir conduce a la ansiedad y a la tensión, que impiden el sueño, y esta situación hace que lo intente con más insistencia y así sucesivamente. La técnica más frecuentemente empleada desde esta posición teórica ha sido la intención paradójica.

d. *El control del estímulo.* Los estímulos o características de una situación llegan a emparejarse con la conducta que ocurre en esa situación. Las características de la situación se convierten en una señal para dicha conducta. La cama y el dormitorio pueden tener una asociación no con el comienzo rápido del sueño sino con la activación y la vigilia. Muchas de las actividades diarias se pueden realizar en la cama: comer, hablar por teléfono, ver la televisión, oír música, estudiar, charlar con los amigos, resolver problemas, preocuparse, etc. La dificultad para dormirse puede ser el resultado, en este caso, de un control inadecuado del estímulo. Por consiguiente, la estrategia a emplear desde este punto de vista es el control del estímulo.

é. *Activación cognitiva.* Desde este punto de vista, los individuos son incapaces de controlar sus cogniciones cuando están en la cama por la noche. Es decir, tienen preocupaciones, planifican lo que van a hacer al día siguiente y tienen dificultades para controlar sus pensamientos. Caballo y Buela (1988) hallaron que los pensamientos negativos estaban asociados con la dificultad para dormirse. Las intervenciones específicas utilizadas desde este enfoque han sido la refocalización cognitiva, el empleo de la imaginación, la relajación ocular y la meditación.

Las intervenciones conductuales respecto al problema del insomnio pueden organizarse en tres clases de enfoques (Lichstein y Fischer, 1985): relajación, control cognitivo y arreglo del estilo de vida. En el cuadro 8.4 se puede ver un esquema de las principales técnicas de tratamiento.

IV.1.1.1. *Procedimientos de tratamiento*

Relajación

Dentro de este enfoque podemos considerar una serie de técnicas que buscan reducir la activación del paciente.

1. *La relajación progresiva*

La relajación progresiva, introducida originalmente por Jacobson (1938) y abreviada por Wolpe (1958) en su forma de utilización más frecuente, comienza llamando la atención del sujeto sobre las sensaciones producidas por la contracción de pequeños

CUADRO 8.4. *Tratamientos conductuales del insomnio*

Relajación

Relajación progresiva
 Relajación pasiva
 Entrenamiento autógeno
 Meditación
 Hipnosis
 Biofeedback

Intervenciones cognitivas

Reestructuración cognitiva
 Detención del pensamiento
 Tiempo fuera para las preocupaciones
 Terapia cognitiva
 Terapia racional emotiva
 Empleo de la imaginación
 Relajación ocular
 Intención paradójica
 Desensibilización sistemática

Arreglo del estilo de vida

Tratamiento didáctico (reglas de higiene)
 Control del estímulo
 Cronoterapia
 Reducción del tiempo en cama
 Paquetes de tratamiento de amplio espectro

grupos de músculos, así como también por la relajación de progresiva de esos músculos. La relajación progresiva se administra en una serie de pasos secuenciales. Primero, se explica al plan de tratamiento al paciente. Luego se arregla el lugar donde va a tener lugar la sesión de relajación. Normalmente, se emplea una habitación tranquila y oscura, el paciente se reclina en un cómodo sillón. Se quita las gafas, lentes de contacto (si molestan), pulseras, collares, etc. y se afloja el vestido, de modo que el individuo se sienta cómodo. Se le dice que respire normalmente durante el procedimiento. Finalmente, el paciente cierra los ojos.

Un ejemplo del comienzo de una sesión de relajación, junto con la relajación de un grupo de músculos, la transcribimos seguidamente de Goldfried y Davison (1981):

Acomódese lo mejor que pueda, cierre los ojos y escuche lo que voy a decirle para que tome conciencia de ciertas sensaciones corporales. Después le enseñaré a reducir esas sensaciones. Primero dirija la atención a su brazo izquierdo, su mano izquierda en particular... Cierre el puño izquierdo. Apriételo con fuerza y observe la tensión que se crea en la mano y en el antebrazo. Observe esas sensaciones de tensión... Y ahora aflójese. Relaje la mano izquierda y déjela descansar sobre el brazo del sillón... Observe la

diferencia entre la tensión y la relajación [Pausa de 10 segundos]. Ahora, una vez más, cierre el puño izquierdo, fuerte, y sienta las tensiones de la mano y el antebrazo. Obsérvelas... y, ahora, afloje... Deje que sus dedos se distiendan, relajados, y note una vez más la diferencia entre tensión muscular y relajación [Pausa de 10 segundos] [pp. 92-93].

Se le pide al paciente que practique la relajación progresiva en casa por lo menos una vez al día. Se anima al paciente para que lleve a cabo la relajación a la hora de irse a la cama, como una actividad habitual de su vida diaria, enfatizando la práctica de la relajación como un componente del estilo de vida y no como un tratamiento a corto plazo para el insomnio. En Borkovec (1982) se puede encontrar una revisión de la eficacia de la relajación progresiva sobre los problemas de insomnio y en Vera y Vila (1991) una descripción de la relajación progresiva de Jacobson.

2. *El biofeedback*

El *biofeedback* se refiere al suministro de información al sujeto sobre una determinada respuesta fisiológica, de modo que el individuo pueda aprender a modificar dicha respuesta (Simón, 1991). El tipo de *biofeedback* más frecuentemente utilizado en el área que tratamos ha sido el *biofeedback* electromiográfico (EMG), generalmente el frontal, que da información al sujeto sobre el grado de relajación de sus músculos. De este modo, el paciente puede tratar de relajar el grupo de músculos del que recibe información, de tal manera que sabe si las estrategias que está llevando a cabo para tal fin son eficaces. Otro tipo de *biofeedback* empleado ha sido, por ejemplo, el *biofeedback* electroencefalográfico (EEG), para aumentar la actividad cerebral alfa (que caracteriza cualquier estado de relajación no patológica y que aparece en la mayoría de las personas cuando cierran los ojos y se relajan) o theta, característica de estados de relajación más profunda.

3. *Otras técnicas de relajación*

Otras técnicas de relajación empleadas con menor frecuencia en los problemas de insomnio han sido las siguientes:

El *entrenamiento autógeno*. Por medio de esta técnica, los sujetos se imaginan que se encuentran en lugares agradablemente tranquilos mientras se producen sensaciones corporales que facilitan la relajación, como la pesadez y el calor en las extremidades, la regulación de la actividad cardíaca y respiratoria, y calor abdominal y frío en la frente.

La *meditación*, la *autohipnosis* y la *relajación pasiva* (una variación de la relajación progresiva) son otras técnicas que se han empleado también en el tratamiento de los problemas de insomnio.

En relación a la eficacia de este tipo de técnicas, en una revisión de diferentes estudios realizada por Morin (1993) se pone de manifiesto que la mayoría de los métodos de relajación era superior en cuanto a resultados al placebo o a los controles sin tratamiento. Sin embargo, la mayor parte de los estudios no demuestra la relación entre la mejora de los patrones del sueño de manera paralela a una disminución de la activación somática y cognitiva.

Intervenciones cognitivas

Las técnicas de esta sección comparten una suposición común sobre la causa principal del insomnio, así como un objetivo de tratamiento común. Cogniciones no deseadas a la hora de dormir prolongan el período de vigilia cuando se desea dormir. El tratamiento se dirige a la disminución del impacto de esas cogniciones, neutralizando su valor o disminuyendo su ocurrencia. Morin (1993) señala cinco posibles estrategias para las cogniciones disfuncionales relacionadas con el sueño: corrección de los conceptos erróneos acerca de las causas del insomnio (p. ej., «Pienso que mi insomnio es básicamente el resultado de algún desequilibrio bioquímico o de alguna dolencia»), retribución de las supuestas consecuencias del insomnio (p. ej., «Después de una mala noche, sé que no seré capaz de rendir al día siguiente»), modificar las expectativas poco realistas sobre el sueño (p. ej., «Necesito dormir 8 horas cada noche»), aumentar la percepción de control y de previsibilidad (p. ej., «He perdido el control sobre mi sueño») y, por último, disipar los mitos sobre hábitos de sueño correctos (p. ej., «Es imprescindible recuperar el sueño perdido»).

1. *La reestructuración cognitiva*

La reestructuración cognitiva es un término empleado para denominar a las técnicas que intentan modificar directamente creencias y/o pensamientos específicos que se piensa median las respuestas desadaptativas conductuales y físico-emocionales. Por medio de la reestructuración cognitiva se ayuda a los pacientes a examinar sus creencias personales sobre el sueño y sus problemas y a contemplar éstos desde perspectivas alternativas. Se da a los pacientes materiales de lectura que proporcionan información específica sobre los procesos básicos del sueño y se discute sobre las sesiones de tratamiento. Los pacientes tratan de identificar los pensamientos que interfieren con el sueño y los registran entre sesiones. Finalmente, se formulan y ensayan pensamientos alternativos, más racionales, para favorecer el sueño y mejorar el progreso terapéutico. Se instruye a los pacientes para que practiquen estos pensamientos positivos empleando señales de la vida diaria (p. ej., mirar el reloj) cuando se den cuenta de los pensamientos no adaptativos. Un procedimiento empleado con cierta frecuencia en el tratamiento del insomnio es la detención del pensamiento.

2. *La detención del pensamiento*

Este es un procedimiento de autocontrol desarrollado para la eliminación de patrones de pensamiento recurrentes que son poco realistas, improductivos, y/o generadores de ansiedad, y bien inhiben la ejecución de una conducta deseada o bien sirven para iniciar una secuencia de conductas indeseables (Wisocki, 1985).

Esta técnica se ha empleado, a veces, para detener los pensamientos intrusivos que el sujeto padece cuando se va a dormir, de modo que no estén presentes en el momento en que el sujeto quiere conciliar el sueño. Normalmente se emplea en conjunción con otras estrategias como, por ejemplo, el control del estímulo.

3. La intención paradójica

La intención paradójica obtiene su nombre del hecho de que el terapeuta instruye al paciente para que lleve a cabo conductas que parecen estar en oposición con (o ser paradójicas respecto a) los objetivos terapéuticos de éste (Ascher y Hatch, 1991). Así, la intención paradójica para el insomnio implica instruir a los sujetos para que intenten permanecer despiertos tanto tiempo como les sea posible.

La base teórica de la intención paradójica es la siguiente:

- a. Inicialmente algo perturba el sueño del insomne —la naturaleza de la perturbación tiene poco interés.
- b. El insomne empieza a preocuparse por dormir mal.
- c. El insomne desarrolla finalmente ansiedad ante la actuación (*performance anxiety*).
- d. La ansiedad ante la actuación llega a constituirse, entonces, como la fuente principal del trastorno del sueño. La demora en dormirse confirma y aumenta progresivamente esta ansiedad, creando un ciclo de activación que tiene como consecuencia proporcionarse energía a sí mismo.

La ansiedad ante la actuación es una ansiedad secundaria y se añade a las otras preocupaciones de la vida del individuo.

Una conceptualización alternativa del mecanismo de acción de la intención paradójica se basa en los principios de la teoría del aprendizaje cognitivo. Se supone que el sujeto se implica en una intención paradójica y cambia por consiguiente disposiciones mentales de solución de problemas. En la aplicación de la intención paradójica, el sujeto cambia de la disposición mental «Esto es un problema terrible», a la disposición mental de «Veamos las ventajas que puedo extraer de esto». Los estados afectivos asociados con esos estados mentales son, respectivamente, preocupación y disfrute. El mecanismo de acción principal consiste en que se interrumpe la conducta intrusiva de preocupaciones por un cambio en el marco cognitivo de referencia. Se supone que el paciente entonces se dormirá.

La prescripción de la intención paradójica es más difícil que otras técnicas de terapia de conducta. El psicólogo tiene la tarea de persuadir al insomne para que haga exactamente lo que más teme. Como se podría esperar, el paciente resiste normalmente la sugerencia de intentar permanecer despierto. El educar al paciente en la filosofía de la intención paradójica o el crear un cambio en la disposición cognitiva de solución de problemas es la tarea fundamental del terapeuta. Se le dice al paciente que el trastorno del sueño se mantiene por las preocupaciones que tiene sobre el problema. Para eliminar esta conducta de preocupación, se le dice que no se producirá ningún daño después de algunas noches sin dormir. Además, se enseña a los pacientes a reconceptualizar el problema como “no problema”, es decir, que deberían adoptar una actitud alegre a la hora de ir a la cama, incluso aunque esto les parezca artificial, y que no deberían tratar de dormirse. Luego, se le pide al paciente que ensaye el estar en la cama, sintiéndose alegre e intentando mantenerse despierto mientras mantiene los ojos cerrados. Las sesiones se concentran luego en volver a explicar y definir la estrategia al paciente.

Sin embargo, no se conoce todavía el mecanismo de acción de la intención paradójica, puesto que no se han llevado a cabo trabajos experimentales con dicho objetivo. No sólo no están claras las hipótesis con respecto a los componentes activos de la intención paradójica, sino que los resultados de estudios empíricos indican que esta técnica sólo reduce las quejas subjetivas de insomnio ocasionalmente (Turner, 1987) o produce resultados dispares (Espíe y Lindsay, 1985).

4. *Otras intervenciones cognitivas*

El empleo de la imaginación es otra estrategia cognitiva cuyo fin es favorecer la relajación y desviar la atención de los pensamientos negativos y activantes. Comprende procedimientos de focalización de la atención por medio de los cuales se instruye al sujeto para que se imagine una serie de situaciones u objetos. En un principio, el terapeuta puede guiar verbalmente la imaginación, llevándole por medio de ella a una tranquila escena natural (por ejemplo, “el sol te calienta suavemente en la playa”), familiar a la experiencia del paciente. Morin y Azrin (1988) emplearon una secuencia de seis objetos neutrales: una vela, una bombilla, un reloj de arena, una cometa, una escalera y una palmera en una playa. Con los ojos cerrados, los sujetos se concentraban en la imagen de los objetos señalados y focalizaban su atención en las propiedades puramente descriptivas (por ejemplo, la forma, el color, el movimiento y la textura) de los estímulos. Cada objeto se imaginaba durante dos minutos y la secuencia de los seis objetos se repetía dos veces por sesión. Luego se instruía a los sujetos para que practicasen los ejercicios de imaginación visual durante el día y cuando fuesen incapaces de dormirse. Según Morin y Azrin (1988), estos procedimientos basados en la imaginación intentaban controlar la activación cognitiva centrando la atención en estímulos neutrales.

Lacks (1987) emplea tres técnicas de focalización atencional: focalización externa, focalización interna y sensaciones corporales. En la primera, se enseña a los sujetos a centrar la atención en contenidos tales como los alrededores físicos y acontecimientos externos, como el tic-tac del reloj. En la segunda, la atención se centra en una secuencia de pensamientos, como el recordar las palabras de una canción o implicarse en problemas de aritmética mental (por ejemplo, contar hacia atrás desde 100 y de tres en tres). En la tercera clase de focalización, el sujeto aprende a concentrarse en las sensaciones del cuerpo.

Finalmente, este empleo de la imaginación puede ser de ayuda una vez finalizado el ejercicio nocturno de la relajación progresiva.

La *relajación ocular* fue desarrollada por Jacobson (1938) como parte de su método de relajación progresiva. Utilizó los ejercicios de movimientos oculares para provocar “mentes en blanco” en sus sujetos. Estos procedimientos oculares desaparecieron de la relajación progresiva tal y como la practicaban la mayoría de los terapeutas de conducta. Sin embargo, Lichstein y Fischer (1985) emplean dichos procedimientos como tratamiento para el insomnio. Consideran que la reducción de los movimientos oculares suprimen la actividad cognitiva. El procedimiento implica un patrón sistemático de movimientos de los ojos en diferentes direcciones y manteniendo la posición durante siete segundos. Entre esos movimientos, el sujeto se concentra durante 40 segundos en las sensaciones de relajación de los ojos.

También se ha empleado a veces la de sensibilización sistemática, en la que el paciente se imagina una secuencia graduada de acontecimientos provocadores de ansiedad junto con una respuesta incompatible con la ansiedad (normalmente la relajación progresiva), en el intento de reducir las propiedades nocivas de la situación problema (Turner, 1991). Para el insomnio, los ítems de la jerarquía de ansiedad están asociados tradicionalmente con el irse a la cama, tales como ponerse el pijama, apagar las luces, etc. Parece ser, no obstante, que la mayoría de los estudios sobre el insomnio repiten una única imagen que abarca una serie de acontecimientos relacionados con el irse a la cama, en vez de emplear toda una jerarquía.

Arreglo del estilo de vida

La orientación del arreglo del estilo de vida considera a los problemas de insomnio dentro del contexto del día entero. Otros tratamientos enfatizan obstáculos internos para el comienzo del sueño que se presentan a la hora de irse a la cama (es decir, activación cognitiva y somática), mientras que los enfoques del arreglo del estilo de vida examinan los factores ambientales, las actitudes no relacionadas con el dormir y los hábitos de la vida diaria que pueden ser temporal y físicamente retirados del lugar donde se duerme.

1. *Tratamiento didáctico (reglas de higiene de sueño)*

Este enfoque alega que el insomnio puede provenir de una variedad de factores, por ejemplo, objetivos de dormir inapropiados, hábitos alimenticios y de ejercicio, siestas y similares, mantenidos por el sujeto debido a una información incorrecta o insuficiente. Se educa al cliente para que desarrolle hábitos y actitudes más compatibles con el dormir. Algunas reglas de higiene recomendadas con cierta frecuencia (Caballo y Buela, 1991; Hauri, 1979; Lacks, 1987; Lacks y Rotert, 1986; Sierra y Buela-Casal, 1997) son las siguientes:

1. No beber alcohol por lo menos dos horas antes de irse a la cama. A pesar de que el alcohol es un depresor del sistema nervioso central, su ingesta antes de acostarse da lugar aun sueño poco recompensante.
2. No consumir cafeína por lo menos seis horas antes de irse a la cama. Conocer las comidas, bebidas y medicamentos que contienen cafeína. Contrariamente a la creencia popular, los efectos de la cafeína pueden estar presentes hasta 20 horas después de su ingestión (Hauri, 1979).
3. No fumar durante varias horas antes de irse a la cama, pues la nicotina es un estimulante.
4. Hacer ejercicio de forma regular. Evitar el ejercicio físico excesivo varias horas antes de irse a la cama, pues provoca una activación fisiológica.
5. Arreglar el dormitorio de modo que favorezca el sueño. Establecer una temperatura agradable (no muy por encima de los 23°C) y niveles mínimos de luz y ruido.

6. No comer chocolate o grandes cantidades de azúcar. Evitar el exceso de líquidos. En caso de despertarse por la noche, no comer, ya que en caso contrario se puede acostumbrar a despertarse cada vez que se tenga hambre.
7. No utilizar un colchón *excesivamente* duro.

La higiene del sueño por sí sola no suele ser suficiente para el insomnio crónico, por lo que esta estrategia suele formar parte de programas más amplios en donde se integran diferentes técnicas (Morin, 1993).

2. Control del estímulo

El enfoque operante del control del estímulo, introducido por Bootzin (1972), afirma que las propiedades estimulares del dormitorio de los insomnes ya no constituyen señales discriminativas para dormir, sino que se han convertido en señales para estar despierto. Esto se debe a realizar conductas incompatibles con el dormir (por ejemplo, ver la televisión, comer, estudiar) en el dormitorio. El tratamiento se diseña para restablecer la habitación como un estímulo discriminativo para dormir, eliminando de ese sitio todas las conductas incompatibles con el dormir. De esta manera, se intenta situar la conducta bajo el control de las señales del contexto de dormir: la cama, el dormitorio y la hora de acostarse. En vez de permitir que estas señales inicien conductas, actividades mentales y activación física, la persona aprende a asociar estas señales con estados mentales y físicos que lleven al dormir. Se siguen una serie de reglas que describimos a continuación:

1. Acostarse sólo cuando se tiene sueño.
2. No utilizar la cama para actividades distintas del dormir (excepto la actividad sexual). No comer, leer o ver la televisión en el dormitorio (excepto cuando leer o ver la televisión favorezca el sueño). Al ir a la cama, apagar las luces con la intención de dormirse en seguida.
3. Establecer un conjunto de hábitos que indiquen la proximidad de la hora de dormir. Cerrar la puerta, apagar el gas, lavarse los dientes, etc. Hacer estas actividades cada noche y en el mismo orden.
4. Si se es incapaz de dormir (normalmente en 10 minutos), levantarse e irse a otra habitación, quedarse allí tanto tiempo como se quiera (haciendo, si se desea, alguna actividad tranquila, hasta que empiece uno a dormirse) y luego volver al dormitorio para dormir.
5. Si la persona sigue sin poder dormirse, repetir el paso 4 —haciéndolo tantas veces como sea necesario a lo largo de la noche.
6. No dormir la siesta y levantarse a la misma hora cada mañana (sin importar el tiempo que se haya dormido).

Para el cumplimiento de la primera regla se debe conocer el nivel subjetivo de somnolencia, el cual determinará el momento óptimo para acostarse. Esta evaluación se puede hacer por medio de la «Escala de Somnolencia de Stanford» (Buena-Casal y Sierra, 1994).

Zwart y Lisman (1979) evaluaron una estrategia de control temporal (no dormir la siesta y levantarse a la misma hora cada mañana, es decir, la regla 6 del procedimiento de control del estímulo) y encontraron que era tan eficaz como el enfoque entero de dicho procedimiento (los pacientes eran estudiantes universitarios que se quejaban de perturbaciones del sueño moderadas). Coates y Thoresen (1981) señalan que la estrategia del control del estímulo puede ser eficaz, no por el hipotetizado acondicionamiento de respuestas al ambiente físico, sino porque los ciclos circadianos y de sueño-vigilia de la persona están más armonizados. El control del estímulo ha sido una de las técnicas que más éxito ha tenido en el tratamiento del insomnio y diversos autores defienden este procedimiento sobre el resto de las intervenciones conductuales.

Morin y Kwentus (1988) señalan que la investigación comparativa ha mostrado que el control del estímulo es actualmente el tratamiento de elección para los insomnios. En un estudio de Turner y Ascher (1979) se encontró que el control del estímulo era el tratamiento que producía el mayor efecto (66%), seguido por la relajación progresiva (56%) y la intención paradójica (53%), respectivamente.

3. *Crono terapia*

La cronoterapia es un tratamiento cualitativamente específico de los trastornos del sueño que tienen como causa una alteración del ritmo normal sueño-vigilia con respecto a un horario estándar. Puede decirse que básicamente consiste en volver a sincronizar los ritmos biológicos (Akerstedt y Gillberg 1981; Weitzman *et al.*, 1981).

La finalidad de esta técnica consiste en sincronizar la tendencia circadiana del sueño con las horas programadas para acostarse. Dado que la mayoría de los sujetos tienen que adaptarse a un horario estándar, lo más frecuente es tener que desplazar la tendencia circadiana de sueño. El fundamento teórico de esta técnica radica en la actividad física del reloj biológico, ya que la mayoría de los sujetos tiene dificultades para adelantar su tendencia circadiana de sueño, mientras que, con relativa facilidad, puede retrasarla.

Antes de comenzar la cronoterapia, es indispensable que los sujetos supriman el consumo de cualquier tipo de fármaco para dormir. Con el fin de que esta terapia sea eficaz, es preciso que el sujeto respete el programa de sueño que se le aplique y que se comprometa a finalizarlo, ya que en caso de interrupción puede quedar en un estado peor al inicial.

Como ya hemos dicho, resulta muy difícil adelantar el reloj biológico para sincronizar el ritmo sueño-vigilia, intentando que el sujeto se duerma antes de la hora que lo hace habitualmente, por lo cual en la cronoterapia se opta por un retraso progresivo, hasta conseguir una sincronización idónea. Para conseguir una eficacia total es recomendable que la cronoterapia se realice en un laboratorio de sueño o, en su defecto, en el propio domicilio del paciente, asesorado diariamente por un especialista.

El programa consta de varias fases, que pueden durar entre uno y tres días. El número de las mismas y su duración no son fijos, sino que se adaptan a cada caso. Durante su aplicación el programa puede ser modificado en función de la evolución que presente el sujeto. El tratamiento se inicia estableciendo la hora en la que se duerme habitualmente el sujeto, la que nosotros denominamos como "hora de refe-

rencia". En la primera fase, el sujeto se acostará tres horas después de la hora de referencia, y esto se mantendrá constante durante el tiempo que dure esta fase. En la segunda fase, se realiza otro retraso, en este caso de seis horas con respecto a la hora de referencia. Se sigue con este horario hasta el inicio de la tercera fase y así sucesivamente, hasta la terminación del programa, que ocurre cuando se alcanza lo que llamamos "hora óptima de sincronización", que es el momento en el que los ritmos biológicos están ajustados con el horario estándar del ambiente en el que vive el sujeto. Una vez finalizada la terapia, el sujeto debe intentar mantener este horario. Asimismo, es aconsejable realizar un seguimiento durante un año, evaluando el sueño del sujeto cada tres meses.

4. *Reducción del tiempo en cama*

Se ha señalado que uno de los factores que mantienen el insomnio es el tiempo excesivo que la gente se pasa en la cama (Monn y Kwentus, 1988; Spielman, Saskin y Thorpy, 1987). Estos últimos autores emplearon la técnica de reducción del tiempo pasado en cama para el tratamiento de sujetos con insomnio. Utilizaron el siguiente procedimiento: Se evaluó previamente el ciclo sueño-vigilia de cada paciente, empleando para ello el tiempo medio de sueño total que el sujeto informaba. Esto se utilizaba para calcular el tiempo que el sujeto permanecería en cama inicialmente. Es decir, si el sujeto informaba una media de 5 horas de sueño por noche durante un período de línea base de dos semanas, aunque hubiese pasado realmente en cama 8 horas, se establecía que el tiempo que inicialmente tenía que pasar el sujeto en cama era de 5 horas. La hora a la que se tenía que levantar éste se proponía de acuerdo con sus necesidades diarias, como es la hora habitual de levantarse para ir al trabajo. La hora de acostarse se establecía de modo que el tiempo a pasar en cama fuese el período propuesto.

Posteriormente, a lo largo del tratamiento, se registraba la hora en la que se acostaba el sujeto, la hora en que se levantaba y su estimación sobre el tiempo total de sueño. A partir de estos informes se calculaba el tiempo que el sujeto pasaba despierto en cama, la eficacia del sueño de cada día (tiempo de sueño estimado/tiempo pasado en cama \times 100) y se combinaba con los valores de la eficacia del sueño durante los cuatro días previos, obteniendo una media de cinco días. Este valor servía como base para los cambios en el ciclo del sueño. A lo largo del tratamiento, los cambios en el tiempo pasado en cama se realizaban de acuerdo con los siguientes criterios: *a.* Cuando la eficacia media de sueño a lo largo de los cinco días previos era $>90\%$, entonces se aumentaba 15 minutos el tiempo que el sujeto pasaba en cama, adelantando la hora en la que se iba a dormir. El aumento en el tiempo pasado en cama era seguido siempre por al menos cinco días sin cambios en el ciclo de sueño, *b.* Cuando la eficacia media de sueño a lo largo de los cinco días previos era $<85\%$, se disminuía el tiempo que el sujeto pasaba en cama. La disminución en el tiempo pasado en cama se mantenía hasta por lo menos 10 días después de haber empezado el tratamiento o 10 días después de cualquier cambio en el ciclo de sueño, *c.* Si la eficacia media de sueño era $<90\%$ y $>85\%$, entonces el tiempo pasado en cama no se alteraba. La única recomendación adicional sobre el ciclo de sueño era no dormir la siesta ni acostarse en cualquier momento que no fuese el tiempo prescrito por la noche. Spielman, Saskin y

Thorpy (1987) emplearon un período de tratamiento de 8 semanas e informan de la eficacia de esta técnica para el tratamiento de varias categorías diagnósticas de insomnio.

El objetivo principal de esta técnica es provocar una ligera privación de sueño que producirá una reducción de la latencia, mejorará la continuidad y facilitará un sueño más profundo; no necesariamente tiene por qué aumentar la duración del sueño, pero sí su eficiencia y calidad (Morin, 1993).

5. Paquetes de tratamiento de amplio espectro

Coates y Thoresen (1981) proponen un tratamiento compuesto por muchos procedimientos para el problema del insomnio. El cuadro 8.5 presenta este tratamiento de amplio espectro. Sin embargo, tal como señala Morin (1993), este tipo de inter-

CUADRO 8.5. *Un programa de autocontrol para el tratamiento del insomnio* (adaptado de Coates y Thoresen, 1981)

<i>Evaluación</i> (2 a 4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> - Registro del sueño durante toda la noche, examen físico y neurológico, examen psiquiátrico, evaluación psicométrica. - Historia personal, médica, de dormir y de medicación. - Contexto del dormir, tensión y estrés crónicos, exigencias y contexto del trabajo, depresión, otros factores (p. ej., hábitos de comida, consumición de cafeína, programa diario, ejercicio). - Entrevista con la esposa/o y la familia; lista conductual por parte de la esposa/o o compañero/a de habitación.
Tratamiento conjunto	
<i>Entrenamiento en relajación</i> (2-3 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> - Relajación muscular progresiva. - Autohipnosis (habilidades de concentración cognitiva). Los clientes utilizan cintas-casete para la práctica en casa.
<i>Reestructuración cognitiva</i> (2-3 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> - Información básica sobre el sueño y los procesos del sueño; práctica en el empleo de pensamientos que conducen a dormir bien; análisis de creencias sobre el problema de dormir; análisis sobre las creencias respecto a la capacidad para aprender nuevas habilidades y a cambiar la conducta asociada con problemas de dormir.
<i>Solución de Problemas</i> (2-4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de las condiciones conductuales, ambientales y cognitivas relacionadas con el dormir mal; diseñar estrategias individualizadas para mejorar el sueño perturbado; evaluar y modificar lo que sea necesario.
<i>Mantenimiento</i> (3-6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones espaciadas para anotar el progreso, fomentar el empleo continuo de estrategias e identificar y cambiar otras conductas, pensamientos y ambientes todavía relacionados con el dormir mal. Mayor responsabilidad asignada al cliente para analizar y proponer soluciones y evaluar el progreso.

venciones no han dado siempre resultados superiores a las terapias de un solo componente, como es el caso del control de estímulos y restricción del sueño.

A pesar del gran número de técnicas conductuales disponibles para el tratamiento del insomnio y de que aproximadamente el 70-80% de los insomnes que ha recibido tratamiento conductual se muestra mejor que los que no lo han recibido, no están claros los mecanismos modificadores que subyacen a las técnicas empleadas. Se ha señalado, por ejemplo, que el éxito de la relajación progresiva en el tratamiento del insomnio puede no deberse tanto a la disminución de la hiperactividad muscular como al aprendizaje de la focalización de la atención en estímulos internos agradables, monótonos, lo que es incompatible con la activación cognitiva que interfiere con el sueño (Borkovec, 1982; Lacks, 1987). Debemos señalar también que el éxito de la terapia de conducta con los problemas de insomnio es moderado. Lacks (1987) informa que alrededor de un 50% de los pacientes tratados en su trabajo a lo largo de 4 años ($n = 216$) muestran alguna clase de cambio real, empleando una serie de criterios (estadísticos y clínicos). La autora anterior aboga por una mejora de la eficacia de la terapia de conducta para los problemas de insomnio. El añadir sesiones de apoyo (*booster sessions*) después de la terminación del tratamiento y el emparejamiento de técnicas específicas con clientes particulares (individualizar el tratamiento) constituyen posibles ayudas para las intervenciones conductuales en el insomnio. En definitiva, aunque ya disponemos de técnicas eficaces para el tratamiento del insomnio, es necesario un mayor perfeccionamiento de las mismas con el fin de maximizar sus beneficios terapéuticos (Morin, 1993).

IV.1.2. Síndrome narcoléptico

La narcolepsia, descrita originariamente por Gelineau en 1880, es un síndrome caracterizado por cuatro síntomas que representan la denominada tétrada narcoléptica: somnolencia diurna acompañada de ataques repentinos de sueño, cataplexia, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas. Los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para este trastorno se reflejan en el cuadro 8.6.

CUADRO 8.6. *Criterios diagnósticos para la narcolepsia según el DSM-IV*

-
- A. Ataques irresistibles de sueño que ocurren a diario durante al menos 3 meses.
- B. Presencia de uno o los dos de los síntomas siguientes:
1. Cataplexia (es decir, cortos episodios de repentina pérdida bilateral del tono muscular, la mayoría de las veces asociada con emociones intensas).
 2. Intromisiones recurrentes de elementos del sueño de movimientos oculares rápidos (sueño rem) en la transición entre el sueño y la vigilia, tal como se manifiesta por las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas o por la parálisis del sueño al inicio o final de los episodios de sueño.
- C. La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o de otra enfermedad médica.
-

Junto con los registros polisomnográficos nocturnos, el «Test de Latencia Múltiple de Sueño» (MSLT) constituye una eficaz herramienta diagnóstica de la narcolepsia, identificando tanto la somnolencia diurna como los períodos de comienzo de sueño en REM. En esta prueba se utilizan registros polisomnográficos con el fin de medir la tendencia a quedarse dormido de un sujeto acostado en una habitación adecuadamente acondicionada. Dicho examen se realiza en seis ocasiones repetidas a intervalos de dos horas durante el día (Navarro, 1990; Navarro y Espert, 1994a; Hishi-kawa y Shimizu, 1996; Bassetti y Aldrich, 1996; Aldrich, 1996; Aldrich, Chervin y Malow, 1997).

Se ha encontrado una prevalencia de 0,02-0,16% para la narcolepsia en la población adulta, con una distribución similar en hombres y -mujeres (APA, 1994). En cuanto a su etiología, se han propuesto diversas hipótesis inmunogenéticas y neuroquímicas, no mutuamente excluyentes (véase revisión en Navarro y Espert, 1994a). El tratamiento farmacológico representa actualmente la estrategia terapéutica de elección del síndrome narcoléptico, aunque no se conoce todavía ningún fármaco que suprima claramente todos los síntomas de la enfermedad. Junto al tratamiento farmacológico puede resultar también conveniente poner a disposición del paciente una serie de consejos prácticos respecto a cómo debe organizar sus horarios de sueño: *a.* realizar siestas de corta duración (en torno a 20 minutos) programadas a lo largo del día, *b.* aplicación de las técnicas de higiene del sueño normalmente utilizadas en el insomnio, y *c.* evitación de las situaciones susceptibles de desencadenar la cataplexia.

Igualmente, Van Oot, Lane y Borkovee (1984) señalan que, además, una terapia con un enfoque educativo y de apoyo puede ser muy beneficiosa para estos pacientes. Los narcolépticos son, a menudo, incomprendidos y etiquetados inapropiadamente como perezosos, apáticos y poco motivados. Una vez que el paciente, sus amigos y los miembros de su familia llegan a conocer el trastorno, se pueden reducir el estrés y los sentimientos de culpa y el paciente establecerá entonces más expectativas realistas con respecto a la vida.

IV.1.3. Trastornos del sueño relacionados con la respiración: Síndrome de apnea del sueño (SAS)

La característica esencial de los “trastornos del sueño relacionados con la respiración” es la interrupción del sueño, con consecuencias de insomnio o de una somnolencia excesiva, y considerándose que se debe a problemas de oxigenación durante el sueño (p. ej., apnea del sueño o hipoventilación alveolar central) (APA, 1994). La somnolencia excesiva, debida a los frecuentes períodos de activación durante el sueño cuando el individuo trata de respirar normalmente, es la consecuencia más frecuente de dichos trastornos. Esta somnolencia es más evidente en situaciones de relajación, como cuando se lee o cuando se ve la televisión. Las siestas suelen ser poco reparadoras y pueden acompañarse por dolor de cabeza al despertar. Dentro de este apartado se encuentra el *síndrome de apnea obstructiva del sueño* (SAOS), que representa el cuadro más importante de los trastornos del sueño relacionados con la respiración por su frecuencia y su gravedad, implica episodios recurrentes de cese de flujo aéreo oronasal (apneas) o disminución del mismo (hipoap-

neas) durante el sueño. Los principales síntomas incluyen: ronquidos, actividad motora anormal durante el sueño, fragmentación del sueño, episodios de asfixia durante el sueño, reflujo esofágico, nicturia, sudoración nocturna, somnolencia diurna excesiva, cefaleas y cambios de personalidad. Es habitual que los sujetos con este trastorno tengan fuertes ronquidos o breves jadeos que alternan con episodios de silencio que suelen durar de 20 a 30 segundos. La mayoría de los sujetos no se da cuenta de los fuertes ronquidos, ni de las dificultades para respirar, ni de las frecuentes activaciones. No obstante, las personas que duermen con estos sujetos (generalmente obesos) suelen quejarse de los ronquidos de su compañero/a de cama, teniendo a veces que trasladarse a otra cama u otra habitación debido a los ronquidos, los jadeos o los movimientos bruscos de la persona que sufre el trastorno.

Los tratamientos actuales del SAOS se pueden agrupar en cuatro categorías diferentes (Cartwright *et al.*, 1988): conductuales, mecánicos, farmacológicos y quirúrgicos. Dentro de un marco conductual, las intervenciones van dirigidas a la reducción de los factores de riesgo asociados al síndrome de apnea del sueño: reducción del consumo de tabaco, reducción del peso, disminución de la ingesta de alcohol y drogas, y cambios en la postura del cuerpo durante el sueño (Sierra y Moreno, en prensa).

Junto con las medidas generales de higiene de sueño y dietéticas, el tratamiento de elección implica la utilización de *presión positiva continua* por vía nasal (nasal-CPAP). Dicha presión se genera a través de un propulsor de flujo de aire, que es conducido a una mascarilla nasal que se ajusta perfectamente al paciente. Así, la CPAP actúa como una válvula neumática que evita el colapso de la vía aérea superior durante el sueño. En ocasiones, se utilizan otros aparatos mecánicos como el dispositivo de retención de la lengua, el cual impide que ésta caiga hacia la garganta. En situaciones más extremas, se recomienda el tratamiento quirúrgico (traqueostomía, uvulopalatofaringoplastia) (Caminero *et al.*, 1997; Chervin y Guilleminault, 1996; Domínguez y Díaz, 1994; González *et al.*, 1996).

Dentro de los trastornos respiratorios del sueño, además del SAOS, conviene destacar el síndrome de apnea central del sueño, el síndrome de hipoventilación alveolar central y la roncopatía crónica. El cuadro 8.7 presenta los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para los trastornos del sueño relacionados con la respiración.

CUADRO 8.7. *Criterios diagnósticos del DSM IV para los trastornos del sueño relacionados con la respiración*

-
- A. Interrupción del sueño, con consecuencias de insomnio o de una somnolencia excesiva, y considerándose que se debe a problemas de respiración relacionados con el sueño (p. ej., síndrome de apnea obstructiva o central del sueño o síndrome de hipoventilación alveolar central).
- B. La perturbación no se explica, mejor por otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o a otra enfermedad médica (distinta a la del trastorno respiratorio).
-

IV.1.4. Trastornos del ritmo circadiano

El ritmo circadiano o ritmo sueño/vigilia tiene un origen endógeno, siendo controlada la duración de los períodos de sueño y de vigilia por un reloj biológico (localizado en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo), pero su distribución a lo largo del nictémero está influida por la acción de sincronizadores externos, que en el caso del hombre son principalmente la alternancia de luz-oscuridad y las pautas temporales marcadas por la sociedad (Stoynev e Ikononov, 1990; Miller *et al.*, 1996).

A este respecto, es bien sabido que las modificaciones en el ritmo sueño/vigilia debidas a cambios socioambientales o del funcionamiento del reloj biológico pueden provocar alteraciones circadianas del sueño. La característica esencial de los Trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano consiste en una perturbación persistente o recurrente del patrón del sueño que es consecuencia de una falta de sincronización entre el sistema endógeno circadiano sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las demandas exógenas relativas al momento y la duración del sueño, por la otra (APA, 1994). Los criterios propuestos por este sistema de clasificación para el diagnóstico de los trastornos del sueño asociados al ritmo circadiano se pueden ver en el cuadro 8.8. Dentro de los trastornos que afectan al ciclo sueño-vigilia podemos distinguir:

CUADRO 8.8. *Criterios diagnósticos para el trastorno del sueño asociado al ritmo circadiano*

-
- A. Una perturbación persistente o recurrente del patrón del sueño que produce insomnio o somnolencia excesiva y que es consecuencia de una falta de sincronización entre patrón sueño-vigilia requerido por el entorno de una persona y su patrón circadiano sueño-vigilia.
 - B. La perturbación del sueño produce un malestar clínicamente significativo o un deterioro acusado en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
 - C. La perturbación no ocurre únicamente durante el curso de otro trastorno del sueño o de otro trastorno mental.
 - D. La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica.

Especificar el tipo:

Tipo de la fase de sueño atrasada: un patrón persistente de demora en el inicio del sueño y de un despertar tardío, junto con una incapacidad para dormirse y despenarse a una hora más temprana que el individuo desea.

Tipo cambio de huso horario (jet-lag): presencia de somnolencia y estado de alerta que ocurre en un momento inapropiado del día teniendo en cuenta la hora local, dándose después de un viaje prolongado que recorre más de un huso horario.

Tipo cambio de turno en el trabajo: insomnio durante el principal horario de sueño o somnolencia excesiva durante el principal período de vigilia asociado con el cambio de turno en el trabajo de noche o con un frecuente cambio de turno en el trabajo.

Tipo no especificado.

IV.1.4.1. *Síndrome de la fase atrasada del sueño*

Este síndrome es consecuencia de un ciclo endógeno sueño-vigilia que está atrasado con respecto a las demandas de la sociedad. El síntoma principal consiste en una marcada dificultad para iniciar el sueño en un horario convencional durante la noche y en una gran dificultad para levantarse por las mañanas, lo que conlleva usualmente importantes problemas laborales y/o sociales. La fase circadiana de sueño es estable, puesto que los individuos se dormirán y despertarán en horas fijas, aunque atrasadas, cuando se deja que sigan su propio patrón (p. ej., vacaciones o fines de semana).

Este trastorno suele asociarse con problemas psicopatológicos tales como depresión (Regestein y Monk, 1995). En el mismo sentido, se ha encontrado que la mitad de estos pacientes obtienen puntuaciones elevadas en los cuestionarios de trastornos de personalidad, en concreto en las subescalas de dependencia, pasivo-agresivo, límite y antisocial. La *cronoterapia*, técnica descrita anteriormente, ha sido especialmente diseñada para pacientes con síndrome de la fase atrasada del sueño.

IV.1.4.2. *Síndrome de fase adelantada de sueño*

Este trastorno se caracteriza porque el sujeto inicia el sueño muy temprano por la noche y se despierta antes del amanecer, resultándole muy difícil quedarse despierto después de las nueve de la noche. Para considerar que un sujeto sufre un trastorno de fase adelantada, su sueño tiene que tener lugar entre las 9 de la noche y las tres de la madrugada y, además, hay que excluir la existencia de un trastorno del estado de ánimo. Por otro lado, conviene tener en cuenta que los ritmos circadianos humanos suelen adelantarse con la edad, probablemente a partir de la sexta década de vida. Tales cambios relacionados con la edad, debido a cambios cronobiológicos, pueden explicar el hecho de que la gente anciana se acueste muy pronto por la noche y se levanten muy temprano por la mañana sin aludir a problemas psicopatológicos (Roehrs y Roth, 1994). Tanto los pacientes con fase del sueño atrasada o adelantada suelen responder con éxito a la terapia luminosa. Así, la exposición de estos pacientes a una luz brillante y potente cambia el ciclo sueño-vigilia (Zammit, 1997).

IV.1.4.3. *Síndrome del ciclo sueño/vigilia, diferente a las 24 horas*

Consiste en un patrón crónico de adelanto diario en el comienzo del sueño y de la vigilia. Estos pacientes suelen mostrar insomnio, con la consecuente somnolencia diurna cuando su sueño tiene lugar fuera del horario convencional, que tiende a desaparecer cuando coincide con el horario externo. Por lo tanto, pueden presentar episodios sintomáticos o asintomáticos dependiendo de si existe o no una concurrencia sincrónica entre su ritmo interno de vigilia/sueño con el externo de 24 horas. En ocasiones estos pacientes pueden tener un ciclo no circadiano superior a las 27 horas.

La mayoría de estos pacientes suelen ser sujetos ciegos, niños con un daño cerebral grave, así como sujetos con un adenoma en la glándula pineal que puede comprimir el quiasma óptico (Wagner, 1996).

IV.1.4.4. *Patrón irregular de sueño/vigilia*

Consiste en un ciclo sueño/vigilia irregular, pero con una cantidad promedio diaria de sueño normal o cercana a lo normal. El sueño del sujeto se distribuye a lo largo de 3 ó 4 siestas diarias interrumpidas de una duración de tres horas o menos. Este patrón de sueño, que recuerda al de los recién nacidos, se puede presentar en sujetos con trastornos degenerativos cerebrales y es el resultado de una lesión o degeneración del SNC, o de los sistemas implicados en el control del sueño. Asimismo, puede aparecer en sujetos normales que no tienen un patrón regular de descanso y que se quedan mucho tiempo en la cama. En este caso, este patrón irregular de vigilia/sueño sería consecuencia de una higiene inadecuada del sueño (Roehrs y Roth, 1994).

IV.1.4.5. *Síndrome del cambio de huso horario (jet-lag)*

Consiste en un cierto grado de dificultad para iniciar y/o mantener el sueño, con somnolencia diurna y con una disminución de la alerta subjetiva y del rendimiento después de un cambio brusco de huso horario. Asimismo, el sujeto puede presentar síntomas de estreñimiento y dispepsia. Estos problemas se deben a una desincronización pasajera entre los sistemas horarios internos y externos. La magnitud y la duración de la disociación interna depende de la dirección del vuelo; así, los cambios en la relación de fase entre los diferentes ritmos son más pronunciados y la normalización se produce de modo más lento tras un viaje en avión desde el Oeste al Este (teniendo que adelantar el horario sueño-vigilia) que a la inversa (cuando tiene que atrasar el horario sueño-vigilia). Se ha encontrado que demora aproximadamente un día por huso horario recorrido para que el sistema circadiano se resincronice con la hora local. Los distintos ritmos circadianos (p. ej., temperatura corporal central, nivel hormonal, nivel de alerta y patrones de sueño) pueden readaptarse con diferente rapidez (APA, 1994). Además, a partir de los 50 años los sujetos son menos tolerantes a estos cambios bruscos en las zonas horarias y tardan más tiempo en reajustar su horario interno a las nuevas condiciones ambientales (Vela, 1996). Respecto al tratamiento, no existe en la actualidad una intervención general totalmente satisfactoria; únicamente se ha establecido una serie de recomendaciones con el fin de aliviar los efectos del *jet-lag*. Estas indicaciones inciden en hacer cambios en el ciclo sueño-vigilia acordes a la zona horaria de destino, ajustes del horario de comidas al del destino, o realizar ejercicio y actividades sociales al llegar al nuevo ambiente (Miró y Buéla-Casal, 1994). Recientemente, se ha conseguido manipular el reloj biológico que regula los ciclos de sueño proyectando rayos de luz sobre la piel que cubre la parte trasera de las rodillas (Campbell y Murphy, 1998), lo cual podría tener importantes implicaciones en el tratamiento futuro de este trastorno.

IV.1.4.6. *Trastornos del sueño asociados al cambio de turno en el trabajo*

En esta clase de trastorno, el ciclo circadiano endógeno sueño-vigilia es normal y el problema surge del conflicto entre el patrón de sueño y vigilia generado por el sistema circadiano y el patrón deseado de sueño y vigilia requerido por el cambio de turno de trabajo. Los horarios de trabajo rotativo son los más perturbadores, porque colocan a la fuerza que los períodos de sueño y de vigilia se den en momentos anormales y evitan así cualquier adaptación regular (APA, 1994). Los trabajadores nocturnos y los que tienen un trabajo rotativo normalmente tienen una duración más breve del sueño y alteraciones más frecuentes de la continuidad del mismo que los trabajadores matutinos y vespertinos. Por el contrario, pueden estar somnolientos durante el período de vigilia deseado, es decir, en la mitad de la noche. Muchas de estas personas con un patrón irregular para dormir son incapaces de llegar a adaptarse totalmente incluso después de meses o años de seguir dicho patrón. En general, los sujetos con frecuente cambio de turno en el trabajo suelen funcionar peor y tienen más accidentes que los sujetos que sólo trabajan de día (Kalat, 1995). En pocas palabras, el trabajar por la noche no modifica de forma fiable el ritmo circadiano.

Sin embargo, la exposición a luces brillantes sí lo consigue. Sujetos que trabajaban por la noche y que fueron expuestos a luces brillantes (de 7,000 a 12,000 lux) durante esas noches de trabajo, pudieron adaptar su patrón de sueño-vigilia, de modo que estaban alerta por la noche, dormían bien durante el día y la temperatura de su cuerpo alcanzaba su nivel máximo por la noche (Czeisler *et al.*, 1990). La conclusión de estos hallazgos es que los trabajadores nocturnos deberían estar expuestos a luces brillantes durante su período de trabajo.

IV.2. *Parasomnias*

Las parasomnias son trastornos que se caracterizan por conductas o acontecimientos fisiológicos anormales que ocurren asociados al sueño, a etapas específicas del sueño o a transiciones de sueño-vigilia. A diferencia de las disomnias, las parasomnias no entrañan anomalías de los mecanismos que generan los estados de vigilia-sueño, ni del momento adecuado para dormir o despertarse. Por el contrario, las parasomnias representan la activación de los sistemas fisiológicos en momentos inapropiados durante el ciclo sueño-vigilia (APA, 1994). Estos trastornos se inician habitualmente (aunque no siempre) en la infancia y son generalmente considerados como problemas benignos. Las principales parasomnias son las siguientes:

IV.2.1. *Terrores nocturnos*

Son episodios caracterizados por llanto brusco e inesperado del niño, que se acompaña de una expresión de miedo intenso en la cara y sudor frío. Si se le despierta, el sujeto se encuentra confuso y desorientado durante varios minutos y manifiesta una vaga sensación de terror, normalmente sin contenido de que estuviera soñando algo.

Aunque se pueden producir imágenes vividas y fragmentadas, no se informa de una historia soñada (como en las pesadillas). Aparecen normalmente a los 2-3 años (el *DSM-IV* señala una edad de aparición entre 4 y 12 años), durante el primer tercio de la noche, asociados al sueño profundo, y no existe recuerdo del episodio a la mañana siguiente (Estivill, 1994). En el cuadro 8.9 se incluyen los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para este trastorno.

CUADRO 8.9. Criterios diagnósticos del *DSM-IV* para los terrores nocturnos

-
- A. Episodios recurrentes de despertares bruscos, que tienen lugar normalmente durante el primer tercio de la noche y que comienzan con un grito de pánico.
 - B. Miedo intenso y señales de activación autónoma, como taquicardia, hiperventilación y sudoración, durante cada episodio.
 - C. Falta de respuesta a los intentos de los demás para tranquilizar al sujeto durante el episodio.
 - D. No se recuerda un sueño detallado y se da amnesia del episodio.
 - E. Los episodios causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro acusado en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
 - F. La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica.
-

Aunque suelen remitir espontáneamente, en los casos más graves se han utilizado benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos (p. ej., imipramina), que disminuyen la cantidad de sueño lento y, en consecuencia, la probabilidad de aparición de dichos episodios. En los niños, los terrores nocturnos parecen ocurrir con más frecuencia cuando los patrones de sueño son irregulares o cuando el niño está muy cansado o bajo estrés. Los patrones regulares para acostarse y levantarse, permitiendo que duerma lo suficiente (incluyendo, si es necesario, la siesta), lleva a menudo a una mejora sustancial. Lask (1988) enseñó a los padres a observar en sus hijos durante cinco noches consecutivas los signos de la activación autónoma asociados a dicho trastorno, con la consigna de que lo despertaran totalmente antes del comienzo del episodio. Los terrores nocturnos desaparecieron completamente a la semana de iniciarse el tratamiento. En niños mayores, se ha observado que el entrenamiento autógeno puede ser también eficaz en la reducción de los terrores nocturnos persistentes (Sadigh y Mierzwa, 1995).

IV.2.2. Pesadillas

Las pesadillas son sueños intensos y angustiosos que normalmente despiertan al individuo que duerme durante la fase REM. La pesadilla es casi siempre un sueño largo, complicado, que se va haciendo cada vez más angustioso hasta que el sujeto se

despierta. Las pesadillas son más comunes que los terrores nocturnos. Aquéllas tienen lugar durante el sueño REM, mientras que éstos ocurren durante la Fase IV del sueño. Sin embargo, debido a que los períodos de sueño REM suelen ser más largos y los sueños más intensos durante la segunda mitad de la noche, es más probable que las pesadillas ocurran en esta parte de la noche. El cuadro 8.10 recoge los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para este tipo de trastorno.

CUADRO 8.10. *Criterios diagnósticos del DSM-IV para las pesadillas*

- A. Despertares repetidos durante el sueño nocturno o la siesta con un recuerdo detallado de sueños extensos y muy angustiosos, que normalmente entrañan amenazas para la vida, para la seguridad o para la autoestima. Los despertares ocurren generalmente durante la segunda parte de la noche.
 - B. Cuando se despierta de los sueños angustiosos, el sujeto se orienta y asume el estado de alerta rápidamente.
 - C. La experiencia del sueño, o la perturbación del sueño consecuencia del despertar, causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro acusado en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
 - D. Las pesadillas no ocurren únicamente durante el curso de otro trastorno mental y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica
-

Es importante diferenciar, en los niños, los terrores nocturnos de las pesadillas, ya que solamente en estas últimas puede ser necesaria la psicoterapia. Suele ser aconsejable que los padres intenten calmar al niño, que estará despierto y plenamente consciente, tratando de restar importancia a lo soñado (Estivill, 1994; Ferber, 1994). En los adultos, la distinción no parece ser tan importante, ya que ambos casos indican la presencia de patología (Hauri, 1982). Tanto en los terrores nocturnos como en las pesadillas habría que vigilar la conducta de vigilia del paciente, con el fin de ver si hay conexión entre dicha conducta y las perturbaciones del sueño, ya que estos problemas aparecen con mayor probabilidad en sujetos sometidos a estímulos psicosociales estresantes graves. En ocasiones, habrá que modificar el comportamiento del paciente en estado de vigilia. En otras ocasiones, especialmente con los niños, se puede ensayar una forma de afrontamiento de los sueños angustiosos. Una vez que se conoce el contenido de éstos, se puede entrenar al individuo a que ensaye, bien de forma encubierta (imaginación) o bien manifiestamente, alguna manera de enfrentarse al contenido de esos sueños. En una revisión de los tratamientos psicológicos para las pesadillas, Halliday (1987) señala las siguientes técnicas de terapia de conducta para las mismas: desensibilización sistemática, relajación, implosión, ensayo de conducta encubierto y enfrentamiento con el contenido de la pesadilla, con un final triunfante (reforzamiento). En el caso del empleo de la desensibilización sistemática, por ejemplo, el objetivo consistía en identificar los componentes de las pesadillas generadores de miedo y luego desensibilizar al paciente hacia esos elementos. La técnica de la desensibili-

zación por el movimiento de los ojos, descrita inicialmente por Shapiro para el tratamiento de los recuerdos traumáticos en el trastorno por estrés postraumático, ha sido aplicada también con éxito en algunos casos de pesadillas en niños mayores (Pellicer, 1994). En general, la terapia para las pesadillas ha necesitado de un tiempo relativamente breve (de 1 a 3 meses o de 1 a 12 sesiones).

IV.2.3. Sonambulismo

Se caracteriza por episodios repetidos de actividad motora compleja que aparece normalmente durante el sueño de ondas lentas, casi siempre en el primer tercio de la noche. Un episodio típico se inicia cuando el sujeto se incorpora de la cama, generalmente con una expresión facial blanquecina y con cierta indiferencia hacia los objetos o personas que se encuentran en su entorno inmediato. Puede levantar las sábanas de forma automática o reajustar la almohada antes de levantarse de la cama y ponerse a caminar, bien en la propia habitación o fuera de ella. Los episodios duran normalmente varios minutos. A. menos que se le despierte durante dicho episodio, no recordará nada al día siguiente, e incluso se sorprenderá por lo que haya podido realizar. En el cuadro 8.11 se pueden ver los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para este trastorno.

CUADRO 8.11. Criterios diagnósticos del *DSM-IV* para el sonambulismo

-
- A. Episodios repetidos de levantarse de la cama durante el sueño y deambular, lo que ocurre habitualmente durante el primer tercio de la noche.
 - B. Durante el episodio, el sujeto está pálido, es relativamente indiferente a los esfuerzos de los demás para comunicarse con él y sólo puede despertarse con gran dificultad.
 - C. Cuando se despierta (bien después del episodio o a la mañana siguiente), no recuerda nada de dicho episodio.
 - D. Minutos después de despertar del episodio de sonambulismo, no existe deterioro de la conducta, ni de la actividad mental (aunque puede haber un corto período inicial de confusión o desorientación).
 - E. El sonambulismo causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro acusado en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
 - F. La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica.
-

Al tratarse de una alteración del sueño benigna no suele ser necesario ningún tipo de tratamiento especial. La principal precaución que deben adoptar los padres es asegurarse que el niño no pueda hacerse daño durante el episodio de sonambulismo, evitando además exponerle a situaciones que puedan facilitar su ocurrencia

(Navarro y Espert, 1994b). La privación de sueño, o un sueño marcadamente irregular, puede precipitar la aparición de episodios de sonambulismo, por lo que los padres deben comprobar que sus hijos duermen lo suficiente y se acuestan a una hora apropiada (Masand, Poph y Weilburg, 1995). Generalmente no resulta conveniente interrumpir el episodio de sonambulismo, ya que lo único que se consigue es confundir o asustar al niño. En su lugar, es mejor conducirlo tranquilamente hacia la cama.

El estrés y la tensión emocional aumentan la frecuencia del sonambulismo en los niños. En los adultos, sin embargo, el sonambulismo es más serio y las causas más probables son la psicopatología y un estrés excesivo. El alcohol y la privación de la fase delta del sueño aumentan la posibilidad de que ocurra el sonambulismo.

Para evitar que los sonámbulos se hagan daño, es importante seguir unas reglas de higiene: que los sujetos no duerman en literas o en camas muy altas, eliminar los objetos peligrosos de la habitación del sujeto cuando éste va a acostarse, cerrar con llave las puertas y las ventanas y dejar esas llaves a alguien que pueda abrirlas en caso de emergencia. Algunos sonámbulos se atan una cuerda alrededor de la cintura y la unen a una de las patas de la cama. Cuando el individuo se levanta, la cuerda hace que se despierte. El despertarse asegura que no se dañará a sí mismo ni a los demás.

Meyer (1975) informa de un caso de sonambulismo que fue registrado por la esposa del paciente y tratado haciendo sonar un silbato contingentemente con la conducta sonámbula.

IV.2.4. Trastornos del movimiento rítmico durante el sueño

El término “movimientos rítmicos durante el sueño” se refiere a un conjunto de trastornos que se caracterizan por la presencia de movimientos estereotipados, de carácter rítmico, que implican principalmente a la cabeza. Los movimientos más frecuentes incluyen golpes de la cabeza sobre la almohada o balanceo de todo el cuerpo estando el niño en posición de decúbito prono. La mayor parte de los episodios se inician al comienzo del sueño, aunque en ocasiones aparecen también en la Fase II. Normalmente se prolongan durante 5-15 minutos, pero a veces pueden persistir durante horas. Suelen iniciarse hacia los 9 meses y raramente perduran más allá de los dos años. En la mayoría de los casos no suele ser necesario ningún tipo de tratamiento específico, ya que generalmente desaparecen a medida que el niño crece, normalmente a partir del cuarto año. Sin embargo, si la conducta llega a ser violenta, particularmente en niños con retraso mental o con problemas psiquiátricos, es necesario utilizar programas de modificación de conducta.

En un caso de tratamiento sobre este trastorno (Wooden, 1974) se hizo que la esposa fotografiase uno de los episodios del paciente y que observase la posición exacta de su cuerpo durante el episodio. Luego se empleó la práctica negativa, haciendo que el paciente llevase a cabo, antes de irse a dormir, el balanceo de la cabeza hasta que se encontrase físicamente fatigado. Lindsay, Salkovskis y Stoll (1982) hicieron que sonase una alarma cuando se producían los movimientos corporales, alarma que el sujeto tenía que detener. Martin y Conway (1976) utilizaron una luz que se encendía cuando la paciente, una niña de 25 meses, realizaba los movimien-

tos estereotipados. La luz tenía un efecto inmediato en la terminación de la conducta. Los dos últimos estudios descritos siguen un modelo de castigo y tuvieron éxito en la eliminación del comportamiento objetivo de tratamiento.

IV.2.5. Somniloquio

El somniloquio es un trastorno caracterizado por la emisión de palabras o sonidos durante el sueño sin que el sujeto se dé cuenta de ello. Pueden ser sonidos ininteligibles, palabras aisladas, frases incoherentes e ilógicas, o enunciados completos con significado. El hablar durante el sueño puede ser espontáneo o bien inducido por una conversación con el sujeto que duerme. Su duración es, generalmente, de algunos segundos y a la mañana siguiente no existe recuerdo de lo ocurrido.

Los episodios de somniloquio surgen en cualquier fase del sueño. Los contenidos de los somniloquios que aparecen en el sueño NREM tienden a referirse a acontecimientos recientes, sin contenido afectivo, siendo generalmente situaciones reales de la vida diaria, mientras que los que se producen durante el sueño REM suelen hacer alusión a contenidos más afectivos.

Los somniloquios se producen de igual forma en ambos sexos y en cualquier clase socioeconómica. El somniloquio por sí solo no es indicativo de patologías físicas o mentales, aunque en el adulto es más común en períodos de tensión emocional o ansiedad. En algunos casos especialmente graves, sobre todo en adultos, el condicionamiento aversivo puede ser un procedimiento útil para su eliminación. Así, se relata un caso evaluado por medio de un magnetófono colocado en la mesita de noche del paciente y tratado por medio de la presentación de un sonido aversivo durante cinco segundos contingente con las vocalizaciones del sujeto (Le Boeuf, 1979). La conducta problema desapareció con relativa rapidez.

IV.2.6. Bruxismo nocturno

El bruxismo (chirriar de dientes) es un trastorno psicofisiológico asociado a una contractura excesiva de los maxilares, producido por factores de carácter físico, psicológico y/o neurofisiológico. Aunque puede aparecer a cualquier edad, es un fenómeno particularmente frecuente en la infancia. Se observa también especialmente en niños con malformaciones maxilofaciales y con mala oclusión dental (p. ej., síndrome de Down). Puede ocurrir durante el día, mientras el sujeto duerme por la noche o bien durante ambos períodos. Entre los síntomas asociados se pueden señalar un desgaste anormal de los dientes y lesiones en las áreas circundantes (periodontitis marginal, daños en la articulación temporomandibular, inflamación de las encías, pérdida del hueso alveolar y cefalea). Junto con el tratamiento odontológico tradicional (ajuste oclusal, dispositivos oclusales, relajantes musculares), las técnicas de modificación de conducta han demostrado cierta eficacia clínica (especialmente las técnicas de relajación, la práctica masiva, el *biofeedback* acompañado de relajación facial y el *biofeedback*-EMG con alarma nocturna), en el bruxismo nocturno, y

la reversión del hábito y los procedimientos de condicionamiento aversivo, en el bruxismo diurno (Reimao, 1990; Duran y Simón, 1995).

El autorregistro sería la primera técnica a utilizar para el tratamiento de este problema (Tarlow, 1989). En el autorregistro nocturno el paciente puede grabar, por medio de una cinta magnetofónica, una muestra del sueño de cada noche para determinar la frecuencia del problema. También la/el esposa/o puede registrar los períodos en los que se da la conducta de interés. Si el bruxismo ocurre también durante el día, el paciente debe describir detalladamente la conducta al terapeuta y después llevarla a cabo. Además, el paciente debería aprender a percibir la ocurrencia de la primera señal que conduce a la conducta (p. ej., un determinado movimiento de la mandíbula). El autorregistro puede eliminar este hábito en algunos pacientes. La eficacia del autorregistro puede incrementarse si se añade un estímulo aversivo, como puede ser un pequeño chorro de limón contingente con el rechinar de los dientes. El autorregistro puede acompañarse también con la práctica masiva. Se le pide al sujeto que apriete fuertemente los dientes y que luego relaje las mandíbulas. El nivel de fatiga debe establecerse individualmente para cada paciente.

El *biofeedback* puede ser especialmente útil para el paciente que experimenta el problema sólo por la noche (Cassisi y McGlynn, 1988; Cassisi, McGlynn y Belles, 1987). El procedimiento implica que aparezca un sonido audible si el sujeto aprieta fuertemente o rechina los dientes durante la noche. El sonido despierta al paciente, que puede detenerlo apretando manualmente un botón. Este procedimiento se ha mostrado altamente eficaz en la eliminación del bruxismo nocturno, sin la aparición de *efectos secundarios* (Cassisi y McGlynn, 1988). Asimismo, la asociación del *biofeedback* con técnicas de relajación progresiva para la remisión del malestar mandibular continuo y de las cefaleas crónicas ha mostrado ser también eficaz (Gouveia, Conceicao y Lopes, 1996).

IV.2.7. Enuresis nocturna

La enuresis nocturna consiste en la incontinencia involuntaria de la orina durante el sueño, incontinencia que tiene lugar a una edad en la que normalmente se alcanza su control. Strauss y Lahey (1984) señalan que la mayoría de los niños ya no mojan la cama alrededor de los tres años, aunque el 15% de los niños de cinco años y el 2% de los niños de doce a catorce años siguen mojando la cama regularmente.

A pesar de su desaparición espontánea en la mayoría de los casos, es aconsejable su tratamiento. El método más utilizado es el del "pipí-stop", en el que se produce el sonido de una alarma cuando las primeras gotas de orina mojan la rejilla que se ha colocado debajo de las sábanas del niño. El objetivo de la alarma es despertar al niño y que deje de orinarse. Este procedimiento se ha encontrado eficaz en un corto período de tiempo en el 75% de una muestra de 600 niños (Doleys, 1977). Otros métodos empleados implican el entrenar a los niños a aumentar la capacidad funcional de la vejiga reforzando las aproximaciones sucesivas y el despertar al niño frecuentemente por la noche junto con castigos suaves.

Van Son, Mulder y Van Londen (1990) emplearon una combinación del "pipí-stop" y del reforzamiento por participar en el entrenamiento y especialmente por

mantenerse seco (Azrin, Sneed y Foxx, 1974). La descripción básica del procedimiento empleado Van Son *et al.* (1990) con sujetos adultos es la siguiente:

Durante la primera noche el “cuidador” (padre, cónyuge, etc.) conecta el aparato de alarma. Luego el paciente se acuesta, cuenta hasta 50, desconecta el aparato, va al W.C. a orinar y vuelve a la cama. Repite este procedimiento 20 veces. Esto se denomina “práctica positiva”. Después de eso, bebe tanto líquido como puede (sin contenido alcohólico). Luego se acuesta habiendo conectado el “pipí-stop”. Durante la noche, el paciente es despertado cada hora por el cuidador, para que vaya al servicio. En él, el cuidador pregunta al paciente si puede retener la orina una hora más... El paciente vuelve a dormir sólo después de que ha comprobado que las sábanas están secas, se le ha alabado por ello y ha ingerido más líquido. Si el paciente moja la cama y suena la alarma del “pipí-stop”, el paciente se despierta, el cuidador le regaña y le envía al servicio para que siga orinando. En este último caso, el paciente tiene que lavarse, cambiar el pijama y las sábanas (“entrenamiento en limpieza”) y después de eso llevar a cabo la práctica positiva. Si el paciente ha mojado la cama la noche anterior, tiene que empezar la noche siguiente con la práctica positiva. En cualquier caso, se conecta el “pipí-stop” y se despierta al paciente algunas horas después de haberse acostado y se le envía al servicio. Cada noche siguiente se le despierta media hora más temprano hasta que el despertar tiene lugar aproximadamente 1 hora después de haberse acostado. Cada noche seca se alaba y recompensa explícitamente al paciente [p. 347].

V. CONCLUSIONES

El conocimiento del sueño y sus trastornos ha evolucionado considerablemente desde la puesta en funcionamiento de los primeros laboratorios de sueño, a mediados de los años cincuenta, hasta la actualidad. Los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas más frecuentes en las consultas médicas y psicológicas. Si bien se ha experimentado un notable avance en el diagnóstico y tratamiento (conductual, farmacológico, CPAP) de las alteraciones del sueño, es evidente que en no pocas ocasiones el tratamiento es meramente sintomático (p. ej., hipersomnias) y, en otras, la eficacia terapéutica es reducida o no se mantiene a lo largo del tiempo. Los continuos avances en la investigación básica del sueño, junto con la experiencia acumulada por los clínicos en su práctica profesional, redundará indudablemente en un mayor conocimiento y comprensión de los trastornos del sueño y, en definitiva, en una mejor y más eficaz intervención.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akerstedt, T y Gillberg, M. (1981). The circadian variation of experimentally displaced sleep. *Sleep*, 4, 159-169.
- Aldrich, M. S. (1996). The clinical spectrum of narcolepsy and idiopathic hypersomnia. *Neurology*, 46, 393-401.

- Aldrich, M. S., Chervin, R. D. y Malow, B. A. (1997). Value of the multiple sleep latency test (MSLT) for the diagnosis of narcolepsy. *Sleep*, 20, 620-629.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (*DSM-IV*). Washington, DC: APA.
- American Sleep Disorders Association (1990). International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Diagnostic and coding manual*. Diagnostic Classification Steering Committee, M. J. Thorpy (Chairman). Rochester: Minnesota: ASDA.
- Ascher, L. M. y Hatch, M. L. (1991). El empleo de la intención paradójica en terapia de conducta. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Azrin, N. H., Sneed, T. J. y Foxx, R. M. (1974). Dry Bed Training: Rapid elimination of childhood enuresis. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 147-156.
- Bassetti, C. y Aldrich, M. S. (1996). Narcolepsy. *Neurologic Clinics*, 14, 545-571.
- Bootzin, R. R. (1972). Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 395-396.
- Borkovec, T. D. (1982). Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 880-895.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1994). *Los trastornos del sueño*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E. y Buela, G. (1988). Algunas implicaciones de la conducta social y los pensamientos negativos en el insomnio: un estudio piloto. *Psiquis*, 9, 209-213.
- Caballo, V. E. y Buela, G. (1991). Tratamiento conductual de los trastornos del sueño. En G. Buela y V. E. Caballo (dirs.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Caminero, A. B., Pareja, J. A., Millán, I. y de Pablos, M. J. (1997). Polisomnogramas "a medida". Un método alternativo en la evaluación del síndrome de apnea obstructiva del sueño. *Neurología*, 12, 281-286.
- Campbell, S. S. y Murphy, P. J. (1998). Extraocular circadian phototransduction in humans. *Science*, 279, 396-399.
- Cartwright, R., Stefoski, D., Caldarelli, D., Kxavitz, H., Knight, S., Lloyd, S. y Samelson, C. (1988). Toward a treatment logic for sleep apnea: The place of the thong retaining device. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 121-126.
- Cassisi, J. y McGlynn, F. (1988). Effects of EMG-activated alarms on nocturnal bruxism. *Behavior Therapy*, 19, 133-142.
- Cassisi, J., McGlynn, F. y Belles, D. R. (1987). EMG-activated alarms for the treatment of nocturnal bruxism: Current status and future directions. *Biofeedback and Self-Regulation*, 12, 12-30.
- Chervin, R. D. y Guilleminault, C. (1996). Obstructive sleep apnea and related disorders. *Neurologic Clinics*, 14, 583-609.
- Coates, T. J. y Thoresen, C. E. (1981). Treating sleep disorders: Few answers, some suggestions, and many questions. En S. M. Turner, K. S. Calhoun y H. E. Adams (dirs.), *Handbook of clinical behavior therapy*. Nueva York: Wiley.
- Czeisler, C. A., Johnson, M. P., Duffy, J. F., Brown, E. N., Ronda, J. M. y Kronauere, R. E. (1990). Exposure to bright light and darkness to treat physiologic maladaptation to night work. *New England Journal of Medicine*, 322, 1253-1259.
- Davies, R., Lacks, P., Storandt, M. y Bertelson, A. D. (1986). Countercontrol treatment of sleep maintenance insomnia in relation to age. *Psychology and Aging*, 1, 233-238.
- Doleys, D. M. (1977). Behavioral treatments for nocturnal enuresis in children: A review of the recent literature. *Psychological Bulletin*, 84, 30-54.
- Domínguez, L. y Díaz, E. (1994). Síndrome de apnea del sueño. *Psicología Conductual*, 2, 297-310.
- Donker, F. J. (1988). Psychological approaches to sleep disorders. *Psiquiatría Clínica*, 9, 117-123.
- Duran, M. y Simón, M. A. (1995). Intervención clínica en el bruxismo: procedimientos actuales para su tratamiento eficaz. *Psicología Conductual*, 3, 211-228.

- Espié, C. A. y Lindsay, W. R. (1985). Paradoxical intention in the treatment of chronic insomnia: Six case studies illustrating variability in therapeutic response. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 703-709.
- Estivill, E. (1994). Trastornos del sueño en la infancia. *Psicología Conductual*, 2, 347-362.
- Ferber, R. (1994). Sleep disorders in children. En R. Cooper (dir.), *Sleep*. Nueva York: Chapman and Hall.
- Goldfmed, M. R. y Davison, G. C. (1981). Técnicas terapéuticas conductistas. Buenos Aires: Paidós.
- González, F., Morales, C, Fernández, E. y Linares, M. J. (1996). Síndrome de apnea del sueño. *Medicina Integral*, 27, 142-150.
- Gouveia, M. M-, Conceicao, M. C. y Lopes, S. R. (1996). Ranger de dentes durante o sono. En E. R. Rímao (dir.), *Sono. Estudo abrangente*. Sao Paulo: Atheneu.
- Halliday, G. (1987). Direct psychological therapies for nightmares: A review. *Clinical Psychology Review*, 7, 501-523.
- Hauri, P. (1979). Behavioral treatment of insomnia. *Medical Times*, 107, 36-47.
- Hauri, P. (1982). *The sleep disorders*. Kamalazoo, MI: Upjohn.
- Hishikawa, Y. y Shimizu, T. (1996). Physiology of REM sleep, cataplexy and sleep paralysis. En S. Fahn, M. Hallet, O. Lüders y C. D. Marsden (dirs.), *Negative motor phenomena*. Filadelfia, PA: Lippincott- Raven.
- Horne, J. A. (1981). The effects of exercise upon sleep: A critical review. *Biological Psychology*, 12, 241 -290,
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kalat, J. W. (1995). *Biological psychology*. 5ª ed., Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry* (7ª edición). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Killen, J. y Coates, T. J. (1984). The complaint of insomnia: what is it and how do we treat it? En C. M. Franks (dir.), *New developments in behavior therapy: From research to clinical application*. Nueva York: Ha worth Press.
- Kirmil-Gray, K., Eagleston, J., Thoresen, C. y Zarccone, V. (1985). Brief consultation and stress management treatments for drug dependence insomnia: Effects on sleep quality, self-efficacy, and daytime stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 79-99.
- Lacks, P. (1987). *Behavioral treatment for persistent insomnia*. Nueva York: Pergamon.
- Lacks, P. y Rotert, M. (1986). Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 365-368.
- Lask, B. (1988). Novel and non-toxic treatment for night terrors. *British Medical Journal*, 297, 618.
- Le Boeuf, A. (1979). A behavioral treatment of chronic sleeptalking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 83-84.
- Lichstein, K. L. y Fischer, S. M. (1985). Insomnia. En M. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. Nueva York: Plenum.
- Lindsay, S. J. E., Salkovskis, P. M. y Stoll, K. (1982). Rhythmical body movement in sleep: A brief review and treatment study. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 523-526.
- Martin, R. D. y Conway, J. B. (1976). Aversive stimulation to eliminate infant nocturnal rocking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 200-201.
- Masand, P., Popli, A. y Weilburg, J. B. (1995). Sleepwalking. *American Family Physician*, 51, 649-653.
- Meyer, R. (1975). A behavioral treatment of sleepwalking associated with test anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 167-168.
- Miller, J. D., Morin, L. P., Schwartz, W.J. y Moore, R. Y. (1996). New insights into the mammalian circadian clock. *Sleep*, 19, 641-667.
- Miró, E. y Buela-Casal, G. (1994). Síndrome del jet-lag. *Psicología Conductual*, 2, 311-322.
- Morin, C. (1993). Insomnia. *Psychological assessment and management*. Nueva York: Guilford Press.

- Morin, C. (1994). Perspectivas psicológicas en el diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Psicología Conductual*, 2, 261-282.
- Morin, C. M. y Azrin, N. H. (1988). Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 748-753.
- Morin, C. M. y Kwentus, J. A. (1988). Behavioral and pharmacological treatments for insomnia. *Annals of Behavioral Medicine*, 10, 91-100.
- Navarro, J. F. (1990). Narcolepsia. En G. Buela y J. F. Navarro (dirs.), *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. Madrid: Siglo XXI.
- Navarro, J. F. y Espert, R. (1994a). Síndrome narcoléptico. *Psicología Conductual*, 2, 283-297.
- Navarro, J. F. y Espert, R. (1994b). Sonambulismo. *Psicología Conductual*, 2, 363-368.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). International Classification of Diseases (10ª edición) (ICD-10). Ginebra: OMS.
- Pellicer, F. X. (1994). Desensibilización por el movimiento de los ojos en el tratamiento de las pesadillas en niños, informe de un caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 865-869.
- Perlis, M. U. Giles, D. E., Mendelson, W. B., Bootzin, R. R. y Wyatt, J. K. (1997). Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *Journal of Sleep Research*, 6, 179-188.
- Regestein, Q. R. y Monk, T. H. (1995). Delayed sleep phase: A review of its clinical aspects. *American Journal of Psychiatry*, 152, 602-608.
- Reimao, R. (1990). Somniloquio, jactatio capitis nocturna y bruxismo. En G. Buela y J. F. Navarro (dirs.), *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. Madrid: Siglo XXI.
- Roehrs, T. y Roth, T. (1994). Chronic insomnias associated with circadian rhythm disorders. En M. H. Kryger, T. Roth, y W. C. Dement (dirs.), *Principles and practice of sleep medicine*. Filadelfia, PA: Saunders.
- Sadigh, M. R. y Mierzwa, J. A. (1995). The treatment of persistent night terrors with autogenic training: A case study. *Biofeedback and Self-Regulation*, 20, 205-209.
- Sierra, J. C. y Buela-Casal, G. (1997). Prevención de los trastornos del sueño. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T. J. Carrasco Giménez (dirs.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Sierra, J. C. y Moreno, S. (en prensa). Intervención en los trastornos del sueño relacionados con la respiración. En M. A. Simón (dir.), *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Simón, M. A. (1991). Biofeedback. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Smith, C. y Lapp, L. (1991). Increases in number of REMS and REM density in humans following and intensive learning period. *Sleep*, 14, 325-330.
- Spielman, A. J., Nunes, J. y Glovinski, P. B. (1996). Insomnia. *Neurologic Clinics*, 14, 513-543.
- Spielman, A. J., Saskin, P. y Thorp, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10, 45-56.
- Stoynev, A. G. e Ikononov, O. C. (1990). Los núcleos supraquiasmáticos en la regulación de los ritmos circadianos. En G. Buela y J. F. Navarro (dirs.), *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. Madrid: Siglo XXI.
- Strauss, C. C. y Lahey, B. B. (1984). Behavior disorders in children. En H. E. Adams y P. B. Sutker (dirs.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Tarlow, G. (1989). *Clinical handbook of behavior therapy: Adult medical disorders*. Cambridge, Mass.: Brookline Books.
- Turner, R. M. (1987). Behavioral self-control procedures for disorders of initiating and maintaining sleep (DIMS). *Clinical Psychology Review*, 6, 27-38.
- Turner, R. M. (1991). La desensibilización sistemática. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Turner, R. M. y Ascher, L. M. (1979). Controlled comparison of progressive relaxation, stimulus control, and paradoxical intention therapies for insomnia, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 500-508.

- Van Oot, P. H., Lane, T. W. y Borkovec, T. D. (1984). Sleep disturbances. En H. E. Adams y P. B. Sutker (dirs.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Van Son, M. J. M., Mulder, G. y Van Londen, A. (1990). The effectiveness of Dry Bed Training for nocturnal enuresis in adults. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 347-349.
- Vela, A. (1996). Insomnio y trastornos del ritmo vigilia-sueño. En M.J. Ramos (dir.), *Sueño y procesos cognitivos*. Madrid: Síntesis.
- Vera, M.-N. y Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En V. E.. Caballo (dir.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI
- Wagner, D. R. (1996). Disorders of the circadian sleep wake cycle. *Neurologic Clinics*, 14, 651-670.
- Weitzman, E., Czeisler, C, Coleman, R., Spielman, A., Zimmerman J. v Dement, W. (1981). Delayed sleep phase syndrome. A chronobiological disorders with sleep-onset insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 38, 757-74b.
- Wisocki, P. (1985). Thought stopping. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Dictionary of behavior therapy techniques*. Nueva York: Pergamon.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wooden, H. (1974). The use of negative practice to eliminate nocturnal headbanging. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 81-82.
- Zammit, G. K. (1997). Delayed sleep phase syndrome and related conditions. En M. R. Pressman y W. C. Orr (dirs.), *Understanding sleep. The evaluation and treatment of sleep disorders*. Washington, DC: APA.
- Zwart, C.A. y Lisman, S. A. (1979). An analysis of stimulus control treatment of sleep-onset insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 113-118.

VII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Buela, G. y Sierra, J. C. (1994). *Los trastornos del sueño en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Hauri, P. y Linde, S. (1992). *Cómo acabar con el insomnio*. Barcelona: Ediciones Medici (Orig. 1990).
- Lacks, P. (1993). *Terapia del comportamiento contra el insomnio persistente*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1987).
- Morin, C. (1998). *Evaluación y tratamiento del insomnio*. Barcelona: Ariel (Orig. 1993).
- Navarro, J. F. (coord) (1994). Trastornos del sueño. Número monográfico de la revista *Psicología Conductual*, vol. 2, num. 13.

TRASTORNOS ASOCIADOS A PROBLEMAS FÍSICOS

9. EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS: ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

PHILLIP L. RICE¹

I. INTRODUCCIÓN

El Tour de Francia constituye, indudablemente, uno de los principales acontecimientos deportivos del mundo. Cada año, alrededor de 200 ciclistas someten sus cuerpos a la prueba final de resistencia que conlleva el recorrer cerca de 4,000 km en tres semanas. Además del desgaste físico, de las pruebas contrarreloj, de las agotadoras montañas incluyendo las de categoría especial, esta elite de ciclistas se exponen cada día también a muchas presiones sociales. Miles de fans presionan para obtener autógrafos y un agresivo cuerpo de prensa quiere la última palabra sobre la estrategia de la carrera o lo que les pasa por la cabeza a los contendientes.

En medio de esto, Miguel Induráin captó la atención del mundo, no sólo por sus cinco victorias seguidas, sino por la manera en que afrontaba la presión. Tanto si subía al podio para vestirse otra vez con el maillot amarillo o si satisfacía las exigencias de los fans y de los reporteros, siempre aparecía perfectamente tranquilo y sereno. A veces uno se preguntaba si el Induráin del Tour era diferente del Induráin privado que se tumbaba en el sofá o pasaba las vacaciones en familia.

Consideremos otro atleta con cierta fama. Tonya Harding ocupó las cabeceras de los periódicos en todo el mundo después de que miembros de su entorno cercano conspirasen para atacar y lisiar a su rival Nancy Kerrigan. En las semanas posteriores, hubo numerosas historias de enfrentamientos entre Tonya y la prensa. A menudo, Tonya parecía perder los nervios y criticaba a los miembros de la prensa. Más tarde, cuando un cordón suelto de las zapatillas amenazó con impedirla que compitiese en los Juegos Olímpicos, Tonya pareció enloquecer y suplicaba llorosa a los jueces que la dieran tiempo para hacer los arreglos necesarios. Mientras tanto, después de que se pasó el susto del ataque, Nancy Kerrigan parecía capaz de vérselas con su insegura situación y con las exigencias de los fans y de la prensa de forma serena.

¿Qué es lo que explica estas diferencias en los estilos de afrontamiento? ¿Dónde están las señales de estrés en Induráin y en Kerrigan? ¿Qué factores permiten a algunas personas afrontar las situaciones de forma tan admirable, mientras otras parecen luchar para conservar el control? ¿Cuánto nos ayudan nuestros estudios sobre el estrés a comprender mejor las formas en las que la gente es capaz de enfrentarse a los contratiempos de la existencia cotidiana? Antes de que ahondemos en las variedades de estrategias de afrontamiento, tenemos que intentar definir qué es el afrontamiento.

¹ Moorhead State University (Estados Unidos).

II. LA TERMINOLOGÍA DEL AFRONTAMIENTO: ORÍGENES Y DEFINICIONES

El término “afrontar” (*to cope with*) es un dicho coloquial británico. Significa literalmente enfrentarse a un adversario o a un obstáculo de frente, o luchar contra algún enemigo victoriosamente, en un plano de igualdad. “Afrontar” significa también ser capaz de competir con alguien o algo que constituye una amenaza (Webster's, 1979). El término parece acuñado a propósito para una discusión sobre el estrés. Éste se contempla generalmente como una fuerza negativa, algo que amenaza nuestra seguridad psíquica.

Todos nosotros luchamos con el estrés de una u otra forma y normalmente a diario. Aun así, parece claro que no siempre afrontamos el estrés en un plano de igualdad; no siempre tenemos éxito con nuestros esfuerzos de afrontamiento. Esto puede ser porque no sabemos cuál es la fuente del estrés, porque no disponemos de las armas para combatir el estrés o porque no hemos aprendido cómo utilizar las armas de afrontamiento que están disponibles.

En uno de los primeros intentos para definir el afrontamiento, Folkman y Lazarus (1980) sugirieron que el afrontamiento consiste en todos los esfuerzos cognitivos y conductuales para superar, reducir o tolerar las demandas. No importa si las demandas están impuestas desde el exterior (por la familia, el trabajo o los/as amigos/as, por ejemplo) o desde el interior (cuando se lucha con un conflicto emocional o cuando se colocan patrones muy elevados imposibles de alcanzar, por ejemplo). El afrontamiento busca, de algún modo suavizar o atenuar el impacto de las demandas.

Kenneth Matheny y sus colaboradores revisaron una gran cantidad de investigación sobre el afrontamiento y llegaron a una definición similar (Matheny *et al.*, 1986). Definieron el afrontamiento como «cualquier esfuerzo, saludable o malsano, consciente o inconsciente, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial» (p. 509). Ésta será la definición de base para nuestros propósitos. Una parte de la definición merece un comentario. Los esfuerzos de afrontamiento no son siempre saludables y constructivos» La gente a veces adopta estrategias de afrontamiento que realmente le producen más problemas. Un ejemplo es la persona que malversa fondos para solucionar problemas económicos personales. Los esfuerzos de afrontamiento pueden tener un objetivo positivo, pero el resultado del afrontamiento erróneo puede ser cualquier cosa, menos positivo.

III. CATEGORÍAS DE AFRONTAMIENTO: AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA COMPARADO CON EL CENTRADO EN LA EMOCIÓN

Desde que Selye (1956) empezó su programa de investigación sobre el estrés, los investigadores han tratado de clasificar los distintos tipos de estrés. Su objetivo era poner orden en medio del caos y hacer que la investigación avanzara de un modo más sistemático. Lo mismo es cierto para la investigación sobre el afrontamiento.

Varios grupos han proporcionado esquemas de clasificación para poner cierto orden a esta investigación. Empezaré con un esquema sencillo de dos categorías proporcionado por Folkman y Lazarus (1980).

Desde el punto de vista de Folkman y Lazarus, una forma en la que podemos afrontar las situaciones es intentando cambiar la relación yo-ambiente. Este tipo de afrontamiento es *instrumental* o *centrado en el problema*. Consideremos, por ejemplo, al miembro de una familia que trata de cuidar a un ser querido crónicamente enfermo. Dicho cuidador puede buscar consejo de los médicos, leer materiales instructivos y asistir a sesiones de grupo para aprender cómo los demás proporcionan ese cuidado. Estos esfuerzos pueden permitir a dicho cuidador reducir, acaso superar, la presión de cuidar a la persona enferma.

Un enfoque centrado en el problema parece el más racional, pero el estrés a menudo provoca fuertes conflictos y reacciones emocionales. El afrontamiento tiene que trabajar entonces para disminuir el malestar y el dolor emocional. Folkman y Lazarus lo llamaron afrontamiento paliativo o *centrado en la emoción*. Imaginemos que uno de los cónyuges acaba de enterarse que el otro trata de presentar una demanda de divorcio. El primero sentirá normalmente una gran sensación de pérdida, quizás remordimientos de culpa por el fracaso del matrimonio y cierta incertidumbre y confusión sobre el futuro. En las primeras semanas después de enterarse de lo del divorcio, intentará a menudo afrontar la abrumadora sensación de perjuicio y orgullo herido.

No obstante, los ejemplos dejan claro que las dos estrategias no son independientes una de la otra. El cuidador tiene a menudo que vérselas con emociones intensas, incluso cuando la solución de problemas adicional funciona. Imaginemos que el cuidador observa una enfermedad degenerativa (la demencia de Alzheimer o un cáncer terminal) que gradualmente va quitando al ser querido la capacidad para vivir una vida normal. No importa lo racional que sea el cuidador, habrá muchas ocasiones en las que se deba realizar una acción directa e inmediata para aliviar el dolor emocional. De igual manera, después de que un cónyuge abandonado se las ha visto con el dolor emocional, puede utilizar algunas estrategias de solución de problemas muy racionales, como contratar asesoramiento legal para disolver el matrimonio de una forma civilizada.

La debilidad inherente a las dicotomías simples ha llevado a otros investigadores a considerar esquemas de clasificación más amplios. Describiré brevemente dos de esos esfuerzos, uno de Menaghan (1983) y el otro del grupo de Matheny (Matheny *et al.*, 1986). Elizabeth Menaghan sugirió que se puede considerar al afrontamiento en términos de tres aspectos de orden superior: recursos de afrontamiento, estrategias de afrontamiento y estilos de afrontamiento. Los *recursos de afrontamiento* constituyen la línea de suministro de las estrategias de afrontamiento. Son las ventajas físicas, personales y sociales que una persona lleva consigo a la situación. Las *estrategias de afrontamiento* se refieren a las actuaciones y planes directos utilizados para disminuir o eliminar el estrés. El grupo de Matheny se centró principalmente en las estrategias de afrontamiento. Así, su esquema puede considerarse como un sub-grupo del esquema de Menaghan. Los *estilos de afrontamiento* son las formas habituales o estereotipadas de enfrentarse a una crisis.

IV. RECURSOS DE AFRONTAMIENTO: ATRIBUTOS Y APOYOS

El afrontamiento eficaz depende de tener determinados recursos preparados para alimentar el esfuerzo. Estos recursos pueden ser rasgos personales, sistemas sociales o atributos físicos. Entre los rasgos personales más importantes se encuentran la autoeficacia, el optimismo, la percepción de control y la autoestima. Los recursos sociales incluyen la familia, los amigos, el trabajo y los sistemas oficiales de ayuda. Los recursos físicos incluyen una buena salud, adecuada energía física, alojamiento funcional y un mínimo de estabilidad financiera.

IV.1. *Rasgos personales: autoeficacia y optimismo*

Lo que pensamos de nosotros mismos —el autoconcepto— está moldeado por experiencias pasadas, pero influencia de manera poderosa cómo nos las vemos con los estímulos estresantes actuales. El autoconcepto también moldea nuestras expectativas de éxito en el futuro. El mundo de los negocios utiliza un eslogan indicando que el éxito alimenta el éxito. La otra cara de la moneda señala que el fracaso es un camino resbaladizo hacia ninguna parte. El saber, en el mundo de los negocios, tiene su correspondencia en los esfuerzos de afrontamiento. Los éxitos pasados de afrontamiento alimentan un autoconcepto positivo. Esto hace más fácil vérselas con los estímulos estresantes actuales y normalmente genera unas expectativas hacia el éxito en el futuro. El fracaso pasado suele aumentar un autoconcepto negativo. El fracaso hace más difíciles los esfuerzos de afrontamiento actuales y puede plantear un conjunto de expectativas de fracaso para el futuro. La investigación sobre el afrontamiento utiliza varios constructos para explicar este proceso, pero sólo hablaré de dos de esas ideas, la autoeficacia y el optimismo disposicional.

Bandura (1977) fue el primero en hablar sobre una creencia relativa a uno mismo denominada autoeficacia. La *autoeficacia* es la creencia de que uno puede controlar los acontecimientos o afrontar las demandas estresantes. Bandura afirma que «las expectativas de dominio personal afectan a la iniciación y a la persistencia de la conducta de afrontamiento. Es probable que la fortaleza de las convicciones de la gente sobre su propia eficacia afecte incluso a si va a intentar llevar a cabo el afrontamiento» (p. 193).

En la teoría de la valoración del estrés propuesta por Richard Lazarus, la autoeficacia tiene que ver con las valoraciones secundarias. Una valoración secundaria responde a la pregunta básica de si tenemos las habilidades necesarias para afrontar las demandas actuales. La fuerte creencia en la eficacia del afrontamiento conduce normalmente a menores niveles de estrés, mientras que una escasa creencia en esa eficacia lleva generalmente a un elevado estrés. Bandura y sus colaboradores confirmaron este principio y observaron también otros resultados negativos. Además de experimentar elevados niveles de malestar subjetivo, la gente con una escasa creencia en la eficacia del afrontamiento tiene una mayor activación autónoma y elevadas secreciones de catecolamina en plasma (Bandura, Reese y Adams, 1982).

Las valoraciones erróneas pueden producir consecuencias indeseables, como la ansiedad y la disfunción conductual. Matheny y sus colaboradores utilizan la lupa común como una analogía (Matheny *et al.*, 1986). Cuando miramos por un lado de la lupa, todo parece mucho más grande: pero cuando se mira por el otro lado, todo parece más pequeño. La gente con una gran valoración de la eficacia del afrontamiento puede ver las demandas de pequeña magnitud, ya que consideran que sus habilidades son más que adecuadas para lo que sea. Por otra parte, la gente con una débil eficacia puede ver las demandas a través del lado de aumento, incluso cuando las demandas son objetivamente pequeñas, mientras que pueden contemplar sus habilidades de afrontamiento a través del lado de disminución, incluso cuando un observador externo consideraría las habilidades de la persona como adecuadas.

La autoeficacia no es un rasgo fijo; puede cambiar con nuevas experiencias. El trabajo en intervenciones de afrontamiento parece fomentar mayores creencias de autoeficacia. Es más, algunas estrategias de intervención parecen tener éxito sólo cuando hay un cambio positivo en la autoeficacia percibida (O'Leary, 1985). Por ejemplo, los programas para ayudar a los fumadores a dejar el tabaco, para el control del dolor, y para adherirse a programas de ejercicios y comidas, parecen depender todos ellos de cambios en la autoeficacia.

El optimismo disposicional se refiere a la expectativa de que sucedan cosas positivas. El optimismo es un filtro perceptivo que da color positivo a muchas situaciones, mientras que el pesimismo las pinta de negro. Scheier y Carver (1987) creen que el optimismo es un rasgo de la personalidad que puede tener una poderosa influencia sobre el afrontamiento. Sus investigaciones sugieren que es más probable que los optimistas, comparados con los pesimistas, confíen en métodos de afrontamiento que produzcan mejores resultados y que conduzcan a expectativas más favorables sobre los mismos. Es más probable que los optimistas, comparados con los pesimistas, persistan también en sus esfuerzos de afrontamiento (Scheier, Weintraub y Carver, 1986). Este y el trabajo anterior sobre autoeficacia sugieren que los esfuerzos para mejorar los dos rasgos que hemos visto en este apartado tienen un efecto positivo sobre el afrontamiento.

IV.2. *El apoyo social: estructuras y funciones*

El apoyo social ha surgido como un importante recurso para el afrontamiento eficaz. Las evidencias sugieren que el apoyo social, por sí mismo, aporta sólo una pequeña contribución a los esfuerzos de afrontamiento, pero es muy importante cuando se combina con otras estrategias de afrontamiento. El apoyo social puede ayudar a la gente a afrontar el estrés a través de la acción directa o indirecta (Cohen y Wills, 1985). El efecto indirecto se denomina *modelo amortiguador*. En este caso, el apoyo social no hace nada de forma directa para reducir o eliminar el estrés. Solamente protege a la persona de los efectos negativos del estrés.

Por otra parte, el apoyo social puede ser válido y beneficioso en sí mismo, al proporcionar a la gente una sensación de *control directo* sobre el estrés o asegurar múltiples formas de actuar contra el estrés. Por ejemplo, consideremos a una persona que quiere ir contra una gran empresa que está contaminando el ambiente. In-

tentar hacer el trabajo solo puede ser inútil, pero con la ayuda de algún organismo social la tarea puede producir cambios notables en las actividades de la empresa, Esto puede reducir o eliminar una importante fuente de estrés, no sólo para el individuo sino también para muchas otras personas del vecindario.

Tanto si el apoyo social funciona como un amortiguador del estrés como si lo hace acabando con el estrés, la gente participa en un diálogo continuo, implícito o explícito, con las unidades de apoyo social (familia, amigos, trabajo e iglesia, por ejemplo). Este diálogo implica un intercambio de información positiva y negativa entre la persona y la unidad social. El intercambio de información puede inspirar una conducta de afrontamiento positivo o puede tener un efecto descompensador sobre el afrontamiento (Leavy, 1983).

Sheldon Cohen (1988) cree que el apoyo social tiene que definirse por la combinación de la estructura y de la función (Cohen y Syme, 1985; Cohen y Wills, 1985). Desde el punto de vista de Cohen, existen estructuras sociales formales e informales. La familia, los amigos y los compañeros de trabajo son ejemplos de estructuras informales. La mayoría de los organismos sociales y la iglesia son ejemplos de estructuras formales. Witme (1986) observó que las creencias religiosas personales y la práctica religiosa constituyen elementos de afrontamiento a las que no se ha prestado mucha atención. Los grupos religiosos constituyen potentes sistemas de apoyo social. Estos sistemas sirven para proporcionar apoyo emocional, dar información y consejo o ayudar a desarrollar una estrategia de solución de problemas.

Existen evidencias de que la cantidad de apoyo no es tan importante como la calidad del mismo (Schultz y Saklofske, 1983). Esto se basa en la experiencia de que la gente con un amplio apoyo, pero de baja calidad, informa sentirse sola más a menudo que la gente con un apoyo menor pero de alta calidad.

La evidencia adicional sugiere que hay importantes diferencias de sexo en la calidad del apoyo social. Comparados con las mujeres, los hombres normalmente tienen un sistema de apoyo más amplio, pero ese apoyo suele ser más superficial. Por el contrario, las mujeres generalmente tienen un sistema más limitado, pero es más íntimo e intenso comparado con el de los hombres (Shumaker y Hill, 1991). Para la mayoría de los hombres, el apoyo más íntimo e intenso suele provenir de sus esposas, mientras que las mujeres generalmente tienen varias amigas, fuera de la unidad marital, que tienen esa función. Finalmente, las mujeres habitualmente utilizan sus sistemas de apoyo de modo más eficaz durante las crisis, mientras que es menos probable que los hombres utilicen los suyos.

Algunas situaciones estresantes pueden beneficiarse más del apoyo social que otras. Esto es especialmente cierto cuando el estímulo estresante proviene del cuidado de miembros de la familia muy pequeños o muy mayores con una enfermedad crónica o alguna otra condición limitante (Shapiro, 1983). Las familias que tienen niños con discapacidades, por ejemplo, sacan provecho a menudo de los grupos de apoyo social que pueden intercambiar información sobre técnicas para proporcionar cuidados, ayudando también a la persona a vérselas con los trastornos emocionales que acompañan cuando se cuida de alguien (Yablin, 1986; Kirkham, Schilling, Norelius y Schinke, 1986).

Los pacientes con sida y con el complejo relacionado con el sida experimentan también un mayor malestar cuando creen que disponen de menos apoyo (Zich y

Temoshok, 1987). En el «Estudio sobre la salud de los hombres de San Francisco» (*San Francisco Men's Health Study*), Roben Hays y sus colaboradores se interesaron por los niveles de depresión en homosexuales (Hays, Turner y Coates, 1992). Observaron que los hombres de su muestra estaban ligeramente más deprimidos que los normales, pero su depresión no era clínicamente grave. Dos factores eran muy importantes en este grupo para amortiguar el estrés y la depresión. Estos factores eran la calidad del apoyo social recibido y el apoyo informativo proporcionado.

Desafortunadamente, el desarrollar buenos sistemas de apoyo social es más difícil que aprender a utilizar la relajación o a controlar el peso. Puede que las estrategias de intervención tengan que adoptar un enfoque a largo plazo y centrarse en diferentes habilidades sociales, incluyendo el ser abierto y el compromiso con las relaciones sociales. La información sobre organismos sociales puede ser también importante, pero esta información necesita normalmente ser específica al problema con el que la persona se está enfrentado en ese momento. Finalmente, es posible que las estrategias de intervención tengan que ser apropiadas al sexo, puesto que parece que es menos probable que los hombres tengan sistemas eficaces de apoyo social en comparación con las mujeres.

V. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: COMBATIVAS Y PREVENTIVAS

La segunda fuente de afrontamiento son las estrategias de afrontamiento, que hemos aprendido a utilizar por medio de la experiencia observando a los demás emplear una nueva estrategia de afrontamiento o leyendo un material instructivo sobre técnicas de afrontamiento. Existen demasiadas estrategias para describirlas en un único capítulo. Para simplificar, utilizaré el esquema proporcionado por el grupo de Matheny (Matheny *et al.*, 1986). El equipo de Matheny basó su esquema de clasificación en un metaanálisis sobre los estudios de afrontamiento. Un metaanálisis es un método cuantitativo para resumir los resultados de muchos estudios y examinar los patrones de los resultados de esos estudios. El esquema de Matheny se presenta en el cuadro 9.1.

En primer lugar, las estrategias de afrontamiento pueden agruparse en dos amplias categorías denominadas afrontamiento combativo o preventivo (Matheny *et al.*, 1986). El *afrontamiento combativo* se refiere a una reacción provocada ante algún estímulo estresante. El propósito es suprimir o terminar con un estímulo estresante. En la terminología de la teoría del condicionamiento clásico, el afrontamiento combativo es aprendizaje de escape. Tiene lugar un acontecimiento aversivo e intentamos huir de él. Esto nace que dicha estrategia suene como una forma inferior de afrontamiento. Pero, en algunos casos, no tenemos elección.

Por ejemplo, puede que nos encontremos con una catástrofe natural, como una inundación o un terremoto. Entonces, todo lo que podemos hacer es intentar minimizar el efecto de este estímulo estresante. Consideremos otro ejemplo. Una joven conoce a un chico y después de un breve noviazgo se casan. El tiene todos los atributos que ella esperaba y se entrega a lo que parece ser un matrimonio feliz. Sin embargo, poco después él manifiesta un patrón de abuso físico que progresa lentamente hasta niveles peligrosos. Teniendo en cuenta la ausencia de señales anteriores

CUADRO 9.1. *Métodos preventivos y combativos de afrontamiento* (adaptado de Matheny, et al., 1986)

<i>Estrategias preventivas</i>	<i>Estrategias combativas</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación de los estímulos estresantes por medio de adaptaciones de la vida 2. Adaptación de los niveles de exigencia 3. Modificación de los patrones de conducta que inducen al estrés 4. Desarrollo de recursos de afrontamiento <ol style="list-style-type: none"> a. atributos fisiológicos b. atributos psicológicos <ul style="list-style-type: none"> confianza sensación de control autoestima c. atributos cognitivos <ul style="list-style-type: none"> creencias funcionales habilidades para el manejo del tiempo competencia académica d. atributos sociales <ul style="list-style-type: none"> apoyo social habilidades para hacer amistades e. atributos económicos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de los estímulos estresantes y de los síntomas 2. Recursos de organización 3. Atacar a los estímulos estresantes <ol style="list-style-type: none"> a. solución de problemas b. asertividad c. desensibilización 4. Tolerar los estímulos estresantes <ol style="list-style-type: none"> a. reestructuración cognitiva b. negación c. centrarse en la sensación 5. Reducir la activación <ol style="list-style-type: none"> a. relajación b. autorrevelación c. catarsis d. automedicación

de ataques violentos en su marido, ella no tiene otra elección que utilizar una estrategia de afrontamiento que sea principalmente de reacción ante la situación.

Por otro lado, el *afrontamiento preventivo* es proactivo, intenta activamente evitar que aparezcan los estímulos estresantes. En términos del condicionamiento clásico, este tipo de estrategia es aprendizaje de evitación. Aprendemos a anticipar el comienzo de un estímulo aversivo y damos respuestas por adelantado para evitar que aparezca el suceso aversivo. Utilizaré un caso real para ilustrarlo. Una joven, Sofía, se había implicado en una relación con un joven a quien llamaré Daniel. La relación se fue haciendo cada vez más seria. Conforme Sofía fue conociendo mejor a la familia, notó señales de peligro. El padre a menudo maltrataba verbal y psicológicamente a su mujer y a su hija. En varias ocasiones, Sofía vio a Daniel repetir el patrón del padre, maltratando verbalmente a su madre y hermana. Sofía se decidió a dar los pasos decisivos para terminar con la relación, con el objetivo de evitar una repetición de este patrón en su propio matrimonio.

El grupo de Matheny encontró evidencias de cinco tipos generales de estrategias de afrontamiento combativo: vigilancia del estrés, recursos de organización, tolerar los estímulos estresantes, atacar dichos estímulos, y disminuir la tensión. La *vigilan-*

cia del estrés implica darse cuenta de la tensión cuando ocurre y reconocer su origen. Este es el primer paso necesario para ser capaz de utilizar otras estrategias de afrontamiento. Incluye ser sensible a los cambios físicos y a las señales de tensión en los músculos y en las vísceras. La segunda estrategia combativa se refiere a los *recursos de organización*, que incluye el organizar los recursos personales y sociales. Podemos simplemente también *tolerar los estímulos estresantes*. En vez de echarlos, dejamos que sigan su camino de salida. En el caso de estímulos estresantes débiles o algunos de los moderados, este enfoque puede funcionar de modo adecuado y reduce el esfuerzo requerido para el afrontamiento. Aun así, este enfoque se contempla como una mentalidad de bunker, que simplemente espera capear los obstáculos. Es probable que no sea útil con la mayoría de los estímulos estresantes moderados y con los serios.

Cuando intentamos eliminar totalmente un suceso estresante estamos empleando la estrategia de *atacar los estímulos estresantes*. Éste se lleva a cabo a menudo utilizando las habilidades de solución de problemas, buscando aspectos relevantes de la información, empleando las habilidades sociales de forma prudente o siendo asertivo cuando es necesario. Un método sutil para atacar los estímulos estresantes es la reestructuración cognitiva. Para llevar a cabo este procedimiento, tenemos que examinar los patrones de pensamiento que son negativos, autoderrotistas y autolimitantes. Este método requiere a menudo alguna ayuda externa, porque tenemos dificultades para ver los errores de nuestros propios patrones de pensamientos. Entre las estrategias de reestructuración cognitiva empleadas para este propósito se encuentran el entrenamiento en autoinstrucciones y la terapia racional emotivo conductual.

Hay evidencias de que los niños utilizan espontáneamente técnicas de reestructuración cognitiva para vérselas con el estrés en las clínicas médicas (Branson y Craig, 1988). Un problema que existe con los procedimientos médicos es que existen determinados mitos sobre el probable dolor, incomodidad o náusea asociados a un procedimiento médico. Incluso antes de que podamos experimentar el procedimiento, el mito puede generar ansiedad de anticipación. Reflexionamos sobre lo que nos han dicho otras personas y nos ponemos más nerviosos conforme más le damos vueltas. En esta situación, las rumiaciones constituyen el talón de Aquiles del afrontamiento. Después de pasar por un procedimiento aversivo varias veces (por ejemplo, quimioterapia o punciones), la ansiedad de anticipación puede subir hasta niveles que produzcan náuseas graves e interfieran con el tratamiento.

La ansiedad de anticipación ocurre más frecuentemente en pacientes jóvenes y en aquellos que tienen una elevada ansiedad rasgo (Jacobsen, Bovbjerg y Redd, 1993). Por ejemplo, los niños informan de la presencia de pensamientos “catastrofistas” conforme esperan un trabajo dental. No obstante, utilizan autoverbalizaciones positivas y técnicas para la detención del pensamiento con el fin de desembarazarse de los pensamientos negativos, y el control emocional para reducir las preocupaciones.

La quinta estrategia combativa es la disminución de la activación utilizando técnicas de relajación (descritas más adelante) o reduciendo la estimulación. Es importante señalar una vez más que no todas las estrategias de afrontamiento producen resultados positivos. Describiré un ejemplo de una estrategia de afrontamiento

dirigida a reducir la activación y la ansiedad, pero que aumenta los riesgos de forma muy seria.

Este ejemplo se basa en la investigación llevada a cabo entre los hombres homosexuales y bisexuales de San Francisco (Folkman, Chesney, Pollack y Phillips, 1992). El grupo de investigación de Folkman contempló a la conducta sexual con riesgo dentro del contexto de un modelo de afrontamiento del estrés. La investigación anterior sugería que el contacto sexual lo podían utilizar algunas personas como una estrategia para el alivio de la tensión. Desgraciadamente, esta estrategia puede llevar también a un aumento en el número de compañeros sexuales, lo que aumenta notablemente el riesgo de sida.

El grupo de Folkman no encontró una asociación entre la cantidad de estrés y la tendencia de la persona a tener relaciones sexuales sin protección. Sin embargo, el método habitual de afrontamiento del estrés por parte del sujeto tenía efecto. Es decir, era mucho más probable que los sujetos que informaban utilizar la relación sexual como una estrategia de afrontamiento del estrés tuvieran relaciones sexuales sin protección durante períodos de estrés. Esto sugiere que los programas de intervención que previenen el sida deberían tener en cuenta las estrategias singulares de afrontamiento de los pacientes. Además, el programa debería enseñar estrategias de afrontamiento alternativas que reforzaran las conductas autoprotectoras saludables.

En el análisis proporcionado por el grupo de Matheny surgieron cuatro estrategias de afrontamiento preventivas. Éstas se identificaron como realizar adaptaciones en la vida para evitar los estímulos estresantes, adaptar las demandas, cambiar las conductas que producen estrés y desarrollar más recursos personales de afrontamiento. Una adaptación de la vida para evitar el estrés es abandonar un trabajo poco reforzante o cambiarse de carrera. Podemos adaptar las demandas sabiendo decir "no" y no sentirnos culpables por decirlo. Podríamos cambiar las conductas productoras de estrés desembarazándonos de las tendencias de Tipo A o reduciendo la impulsividad que nos causa problemas en las relaciones interpersonales. Finalmente, podemos trabajar en el desarrollo de recursos personales de afrontamiento mejorando la autoeficacia, aprendiendo habilidades para la distribución del tiempo o cultivando amplios sistemas sociales, pero de alta calidad.

VI. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO: ESTRATEGIAS REACTIVAS Y PROACTIVAS

Las personas son criaturas de hábitos mucho más de lo que les gusta pensar que lo son. Esto es cierto también con los esfuerzos de afrontamiento. Una reacción habitual o estereotipada ante el estrés se denomina estilo de afrontamiento. Un equipo de investigación sugirió que el afrontamiento puede categorizarse como proactivo o reactivo (Adams, Hayes y Hopson, 1976). Una persona proactiva es aquella que actúa pronto para evitar que se desarrolle el estrés. Una persona reactiva se preocupa poco de los esfuerzos preventivos y reacciona sólo de forma instintiva cuando tiene lugar el estrés. Algunas personas se vuelven agresivas en reacción a la amenaza, mientras que otras se tornan sumisas.

En un estudio con mujeres que se enfrentaban al estrés del aborto, Cohen y Roth (1984) observaron un patrón parecido. Algunas mujeres tenían un patrón de acercamiento; parecían pensar que hacer algo era mejor que no hacer nada. Otras tenían un patrón de evitación; aparentemente pensaban que podían esperar a que terminase el problema en vez de abordar directamente el mismo.

Las diferencias anteriores se centran principalmente en la conducta de afrontamiento. Es posible describir estilos de afrontamiento tanto por los hábitos cognitivos como por el comportamiento. Se da una distinción entre la persona tipo reflexivo y la de tipo impulsivo. La persona reflexiva busca normalmente información, soluciones para el problema y planifica cuidadosamente cómo vérselas con el estímulo estresante. Por otra parte, es mucho más probable que el individuo impulsivo reaccione rápida y emotivamente —un disparo del estilo superficial— sin pensar mucho sobre el resultado probable.

Otro estilo cognitivo que está recibiendo mucha atención es el estilo atribucional de la persona. Algunos individuos hacen atribuciones externas cuando algo funciona mal. Es decir, culpan a alguien o a algo, pero no a sí mismos. Esto suele amortiguar el impacto de cualquier suceso estresante que pudiera provenir del que cometió el error. Otros hacen atribuciones internas; es decir, se culpan a sí mismos. Esto sólo sirve para añadir más estrés.

El grupo de Martin Seligman cree que un estilo cognitivo en particular, el estilo pesimista de explicación (EPE), se encuentra asociado con distintos resultados negativos. Un estilo de explicación es la forma estereotipada en que explicamos los acontecimientos perjudiciales o atribuimos, la causa de los sucesos. Peterson y Seligman (1984, 1987) creen que un EPE representa la atribución más autoderrotista. Este estilo combina una atribución interna que es estable, a largo plazo y global. Un EPE dice, «Yo soy la causa del problema (interna) porque nunca (estable) soy capaz de manejar ninguno (global) de mis asuntos». Por el contrario, una persona podría pensar que el problema ocurrió únicamente debido a un desliz temporal del juicio (una causa transitoria, no estable) que tiene que ver con una pequeña área de las habilidades (un error específico, no global).

La idea de un EPE se ha empleado para explicar cuestiones tales como el fracaso, la depresión, la enfermedad e incluso la conducta del presidente (Zullow, Oettingen, Peterson y Seligman, 1988). Sin embargo, el grupo de Seligman ha mostrado que el EPE no es un rasgo fijo. Parece que responde a las intervenciones que pueden ayudar a la persona a un mejor afrontamiento.

El objetivo de lo que hemos visto hasta ahora era proporcionar un marco general para comprender e intervenir en la conducta de afrontamiento. En los apartados siguientes, contemplaré al afrontamiento en el contexto de algunos temas de estrés seleccionados. Nos detendremos primero en el afrontamiento de tensiones y consideraremos una estrategia ampliamente utilizada, la técnica de la relajación. Luego hablaremos del manejo del tiempo. Esto se basa en una técnica generalmente útil para ayudar a reducir el estrés en la vida moderna. Más tarde describiremos estrategias de afrontamiento que son útiles para vérselas con el dolor. Finalmente, abordaremos cómo la gente afronta los desastres naturales.

VII. AFRONTAR LAS TENSIONES: MÉTODOS DE RELAJACIÓN

Probablemente, la habilidad de afrontamiento más frecuentemente utilizada es la *reducción de la tensión*. La tensión es un aviso físico de que algo no funciona bien. Se produce habitualmente debido a algún acontecimiento reciente que ha provocado una agitación interna. En presencia de la amenaza, el cuerpo despliega sistemas defensivos que conducen a una mayor activación fisiológica. Esta activación se traduce normalmente como un aumento de la tensión muscular, de la tasa cardíaca, de la respiración y de la presión sanguínea, entre otros efectos. Cuando la activación física continúa durante largos períodos tiene, generalmente, efectos perjudiciales sobre los procesos mentales y físicos. La concentración puede debilitarse y la memoria puede parecer más frágil. Tienen lugar perturbaciones del sueño, la energía disminuye y la fatiga se instala. La presión sanguínea puede alcanzar niveles poco deseables. Con un aumento prolongado de la presión sanguínea, las grasas nocivas se depositan en la corriente sanguínea a una velocidad superior, se pueden formar placas y la presión sanguínea puede elevarse aún más. Si no se reduce la tensión, la persona puede sentir como si estuviera bajo una presión constante, incluso cuando la fuente original de estrés se ha eliminado hace tiempo. Esto sugiere que el reducir o eliminar la tensión puede ser beneficioso por sí mismo.

Se encuentran disponibles diferentes métodos para disminuir la tensión, como la relajación progresiva, la meditación (Benson, 1975) o el entrenamiento autógeno (Schultz y Luthe, 1959). La relajación parece ser la técnica utilizada más ampliamente y tiene el mayor efecto positivo sobre los resultados del afrontamiento. A menudo me refiero a la relajación como la aspirina de las técnicas del afrontamiento del estrés por una razón: al igual que la aspirina, el entrenamiento en relajación muscular es económico, está disponible fácilmente y sin embargo es un método muy potente para afrontar la tensión.

La relajación muscular progresiva (RMP) es una idea genial de Edmund Jacobson (1938). Proporcionó muchos detalles sobre la RMP, permitiendo que el método fuese accesible para casi todo el mundo. A través de los años, otros autores han añadido cosas, la han apoyado por medio de la investigación y han ayudado a refinar la práctica. La relajación se considera hoy día una técnica que puede emplearse tanto con niños (Smith y Womack, 1987) como con adultos. A menudo se enseña en sesiones individuales, en la que el terapeuta se la enseña a un paciente. Además, se puede practicar en grupo e incluso ahora también en programas de autoayuda. Es probable que el mejor manual siga siendo el trabajo de Bernstein y Borkovec (1978).

El entrenamiento en relajación descansa en una suposición sencilla: no se puede estar relajado y tenso al mismo tiempo. La tensión y la relajación son estados del cuerpo que corresponden a dos partes del sistema nervioso autónomo, el simpático y el parasimpático. Cuando nos encontramos en un estado de activación, como cuando estamos asustados, enfadados, activados o nos sentimos amenazados, el sistema nervioso simpático tiene el control. Este es el sistema de *lucha-o-huye* o sistema de emergencia. La sangre se retira del tracto digestivo para proporcionar energía a importantes grupos de músculos, como los brazos y las piernas. La tasa cardíaca y la presión sanguínea suelen elevarse. Durante los estados de activación, el cuerpo

quema energía con una gran rapidez. Aumenta la tasa respiratoria y puede que el cuerpo sude. La tensión muscular aumenta notablemente. Esta tensión no es una cuestión de todo o nada. Dependiendo del tipo de estrés, es posible que sólo se tensen determinados grupos musculares. El grupo que se tense habitualmente dependerá de factores únicos al cuerpo del individuo y a la forma con que se enfrente al estrés. La gente puede sentir tensión en la espalda, en el cuello, en el estómago, en la frente, etc. Igualmente, la tensión muscular varía en un continuo, desde una tensión ligera hasta una extrema, dependiendo de la gravedad del estímulo estresante.

Por el contrario, cuando nos encontramos en un estado de ánimo tranquilo o dormidos, el sistema parasimpático toma el control; la tasa cardíaca disminuye, la presión sanguínea suele bajar y la respiración se vuelve más lenta y fluida; la sangre vuelve al centro del cuerpo para la digestión y almacenamiento de energía; la tensión muscular disminuye y la gente suele informar de una sensación de relajación o pesadez muscular.

Los procesos parasimpáticos son opuestos a los procesos simpáticos, es decir, estos dos sistemas son inhibidores recíprocos. No se puede activar a ambos sistemas a la vez. Si uno está relajado no puede estar tenso. Por medio de la práctica de la relajación, se puede poner bajo control el sistema parasimpático.

Los clínicos creen que son cuatro las condiciones para una práctica con éxito de la relajación: el lugar, el estado de ánimo, la preparación y las precauciones médicas. Así, con respecto al lugar, se ha de seleccionar una habitación agradable donde uno se pueda aislar de los demás durante un rato. La temperatura debe ser la adecuada y el sillón cómodo. Es conveniente practicar los ejercicios de relajación dos veces al día, aproximadamente a la misma hora cada día, durante las primeras tres a cuatro semanas. Las reglas más importantes para establecer un estado de ánimo apropiado son: cultivar un sentido de atención pasiva, no tratar de obligar a que tenga lugar la relajación, no tener prisa, no utilizar fármacos ni drogas, entrenar primero y practicar después, y no temer sensaciones diferentes. Finalmente, las personas con determinadas condiciones físicas, como lesiones en la espalda, fracturas de huesos, etc., deben tener cuidado.

Para aprender la RMP, la persona sigue una secuencia que alterna períodos cortos de tensión (de unos 10-15 segundos) con breves períodos de relajación (de unos 15-20 segundos) en 16 grupos importantes de músculos. Habitualmente, la práctica empieza con el brazo dominante, porque el bíceps pueden tensarse y relajarse muy fácilmente. Esto permite que la persona experimente la sensación de tensión y note la diferencia cuando se presenta la relajación. Después del brazo, el individuo puede utilizar distintas secuencias, pero es costumbre que vaya de la cabeza hacia los pies. La persona tensa y relaja cada músculo de 2 a 3 veces. En las primeras etapas del aprendizaje, las sesiones de relajación pueden durar alrededor de una hora. Sin embargo, con la práctica, los pacientes expertos pueden provocar la respuesta de relajación en 5 a 15 minutos. Los 16 grupos de músculos serían los siguientes: 1. brazo dominante, 2. el otro brazo, 3. mano dominante, 4. la otra mano, 5. los músculos de los hombros —primero el lado dominante y después el otro—, 6. los músculos del cuello, 7. la frente, los ojos, el cuero cabelludo, 8. las mandíbulas, la boca y la lengua, 9. pecho y tronco —la respiración—, 10. el estómago, 11. la parte baja de la es-

palda, 12. las nalgas, 13. la pierna dominante, 14. la otra pierna, 15. la pantorrilla y el pie dominante, 16. la otra pantorrilla y el otro pie.

Esta relajación profunda se ha de practicar durante al menos dos semanas. Después de este tiempo, una media hora suele ser suficiente para lograr la relajación completa. Posteriormente, se aprenderá a reducir la tensión rápidamente. Así, se relajarán grupos enteros de músculos o se empleará la relajación controlada por estímulos. Por ejemplo, los 16 grupos de músculos anteriores se pueden concentrar en ocho: 1. ambos brazos a la vez, 2. ambas manos, 3. ambos hombros y los músculos del cuello, 4. la frente junto con el cuero cabelludo, las mandíbulas y la boca, 5. el pecho y el estómago, 6. la parte baja de la espalda y las nalgas, 7. los dos muslos, y 8. las dos pantorrillas y los dos pies. Esta fase suele durar unos cinco días. Luego se reduce el grado en que se tensan los músculos durante el ejercicio de relajación en un 25% aproximadamente. Los grupos de músculos se vuelven a reducir, esta vez a cuatro: 1. los dos brazos y las dos manos, 2. los hombros, cuello y cabeza, 3. el pecho, el estómago, la parte baja de la espalda y las nalgas, y 4. las piernas, las pantorrillas y los pies. Esta fase suele durar de cinco a siete días. Al final de esta fase, se vuelve a reducir el grado en que se tensan los músculos durante el ejercicio de relajación en otro 25%. El último paso consiste en disminuir otro 25% el grado en que se tensan los músculos, para quedarnos en un 25% de la tensión inicial. Esto lleva de tres a cinco días, consiguiendo un estado de relajación profunda en 5 a 15 minutos.

Una vez que el sujeto ha aprendido a relajarse en un breve espacio de tiempo, se puede utilizar una palabra como señal para llevar a cabo la relajación. Por ejemplo, uno se puede decir a sí mismo, «Respira y mientras lo haces ve diciéndote, “relájate”». Esta instrucción constituye el núcleo de la relajación controlada por señales. El secreto de esta técnica es simple: la asociación repetida entre una señal y una respuesta hace posible que la señal produzca la respuesta de modo automático. Se suele utilizar una palabra señal para provocar la respuesta de relajación. Al principio, la palabra puede tener sólo un significado general, pero conforme se la presente repetidamente junto con el estado de relajación, llegará a inducir la relajación de forma directa. La palabra exacta que se utilice no es importante; así, se pueden emplear palabras como paz, tranquilidad, relajación, etc. Primero, se respira profundamente y luego se va diciendo la palabra mientras se expulsa el aire. Esto se hace de unas 15 a 20 veces y se practica durante una semana. Aunque el estado de relajación conseguido por este método no será tan profundo como el procedimiento que hemos visto anteriormente, será suficiente para conseguir la relajación idónea en determinadas situaciones de la vida real (p. ej., relaciones interpersonales, solución de problemas, exámenes).

Finalmente, podemos utilizar la relajación diferencial para relajar un grupo determinado de músculos, sin prestar atención a los demás grupos de músculos. Por ejemplo, si un grupo de músculos suele estar en tensión más frecuentemente que los otros, el sujeto puede practicar la relajación de solamente ese grupo de músculos. Puede tensarlo y luego relajarlo. Una vez que consiga niveles profundos de relajación del músculo, puede ir trabajando en niveles menos profundos de relajación. Es posible combinar también otras técnicas con la relajación. Así, se puede asociar una nueva palabra señal con el grupo de músculos. Se combina la respiración profunda y la palabra señal con la práctica de la relajación de ese grupo de músculos. Con práctica sufi-

ciente, se puede reducir la tensión de un músculo de la misma manera que se hacía para reducir la tensión general con una palabra. Se puede regular la profundidad de la relajación con repeticiones de la respiración y el control por la palabra señal. Una segunda técnica consiste en emplear la imaginación visual. Se forma una imagen mental de algo único (p. ej., recibiendo un masaje en el músculo implicado). La imagen sólo se presenta cuando se relaja el músculo, no cuando se tensa. Se intenta hacer la imagen tan vivida como sea posible mientras se continúa relajando el músculo.

El rango de aplicaciones de la RMP es enorme. Se recomienda en el tratamiento de migrañas (Sorbi, Tellegen y Du Long, 1989) y cefaleas de tensión. Se ha utilizado también para tratar la hipertensión y otros problemas cardiovasculares (Blanchard *et al.*, 1986; Blanchard *et al.*, 1989). Diferentes trastornos por ansiedad, como la ansiedad ante los exámenes, la ansiedad ante la actuación y las fobias a volar responden a la RMP (Pinker-ton, Hughes y Wenrich, 1982). La RMP parece ayudar también a los pacientes de cáncer para que toleren mejor los efectos secundarios del tratamiento de radiación (Decker y Cline-Elsen, 1992) y de la quimioterapia (Burish *et al.*, 1988). Describiré algunas de las aplicaciones del entrenamiento en relajación en las áreas del estrés y la salud. En la mayoría de los estudios, la RMP se compara con otras modalidades de tratamiento o se combina con otros tratamientos en los denominados programas multimodales.

Janice Kiecolt-Glaser se ha preocupado por la relación entre varias clases de estímulos estresantes y la inmunocompetencia. Sus intereses se basan en la investigación reciente que muestra que el estrés tiene una compleja interconexión con el sistema inmunitario. Bajo ciertas circunstancias y a través de una intrincada secuencia de acontecimientos demasiado complejos de detallar aquí, el estrés puede cambiar pequeños componentes de la función del sistema inmune. El resultado final puede ser una menor resistencia a ciertas enfermedades. Un ejemplo es un aumento en la frecuencia o gravedad del resfriado común después de la experiencia con un estímulo estresante (Cohen, Tyrrell y Smith, 1991).

El grupo de Kiecolt-Glaser quería saber si las intervenciones psicosociales podrían tener un efecto beneficioso en ancianos que vivían en una residencia de jubilados (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1985). A un grupo le aplicaron un procedimiento convencional de entrenamiento en relajación. Un segundo grupo recibía contactos sociales y un tercero servía como grupo control. Los resultados mostraron que las células asesinas naturales, los anticuerpos y la respuesta de las células T a la fitohemaglutinina² aumentaban de forma significativa, pero solamente en el grupo de relajación. No había cambios significativos en estas medidas del sistema inmunitario en los grupos de contacto social o de control. Ello sugiere que la *sensibilidad del sistema inmunitario* puede cambiar en respuesta a las intervenciones psicosociales. En este caso, la relajación demostró mejorar la función del sistema inmunitario.

Trabajos anteriores sobre la relajación y la hipertensión sugirieron que podría ser factible reducir y controlar la presión sanguínea con la RMP. Como ejemplo de este trabajo, Walsh, Dale y Anderson (1977) compararon el *biofeedback* con la relajación en el tratamiento de pacientes con hipertensión esencial. Ambos tratamientos

² Estos son tres índices diferentes de la función del sistema inmunitario.

redujeron la presión sanguínea y mantuvieron esa disminución hasta un año después del tratamiento. Este resultado tiene que evaluarse con cautela en el contexto de trabajos más recientes y considerando el tema de la importancia clínica. Por ejemplo, el grupo de Blanchard (Blanchard *et al.*, 1986; Blanchard *et al.*, 1989) estudió a los pacientes hipertensos que estaban también bajo medicación. Sus resultados mostraron que el *biofeedback* de temperatura tenía éxito en el 65% de los casos, mientras que la RMP sólo lo hacía en el 35% de los casos. La diferencia en la eficacia del tratamiento era estadísticamente significativa.

Un problema al evaluar esos resultados es que pueden ser estadísticamente significativos, pero no tener ningún valor clínico. Incluso cuando los procedimientos de la RMP producen una disminución significativa o incluso cuando el *biofeedback* arroja una mayor reducción que la RMP, la cantidad absoluta en que disminuye la presión sanguínea a menudo no es suficiente para eliminar los riesgos médicos. Como consecuencia, los esfuerzos para reducir la presión sanguínea a través de procedimientos psicosociales a menudo se han combinado con tratamientos médicos regulares.

Otra interesante aplicación de la RMP proviene de un estudio de Matthew Sanders (Sanders *et al.*, 1989). En esta aplicación, la RMP no se empleó como tratamiento único, sino que formaba parte de un programa cognitivo-conductual. Éste es el modo más habitual en que la RMP se está utilizando hoy día. El equipo de Sanders quería tratar el dolor abdominal recurrente (DAR) en niños en edad escolar. El DAR puede darse en un 10-15% de los niños de edad escolar, de modo que es un problema importante. Además, no está clara todavía la etiología del DAR. El DAR puede encontrarse influido por factores psicosociales, una especulación apoyada por la falta de pruebas sólidas relativas al origen orgánico. Las disfunciones fisiológicas leves podrían explicar ciertos casos de DAR, pero esto explicaría no más del 5-10% de los casos de DAR. Además, el tratamiento farmacológico no se ha mostrado eficaz. Esto significa que la gran mayoría de los casos de DAR tienen una etiología desconocida, sin tratamiento viable. Debido a esto, investigadores como Sanders y colaboradores han empezado a investigar terapias cognitivo-conductuales como posibles vías de tratamiento.

La estrategia de tratamiento utilizada en el proyecto de Sanders combinaba componentes conductuales y cognitivos. En la unidad conductual, los sujetos realizaban un autorregistro del dolor, se proporcionaban recompensas a sí mismos y recibían refuerzo diferencial de otras conductas (RDO) por períodos largos libres de dolor. En la unidad cognitiva, se entrenaba a los sujetos en el empleo de la RMP. Además, recibían entrenamiento sobre cómo utilizar las autoinstrucciones y las verbalizaciones de autoeficacia para modificar los pensamientos que les podrían sensibilizar al dolor. Finalmente, se les entrenaba en el uso de técnicas de imaginación (detractores) para el control del dolor.

El diseño clínico asignó la mitad de los 16 sujetos a un grupo de tratamiento multimodal de 8 sesiones. Los otros 8 sujetos constituyeron un grupo de lista de espera que recibió el mismo tratamiento posteriormente. El equipo tomó medidas de los niños, de los padres y de los profesores en tres momentos: pre- y postratamiento y en un seguimiento a los 3 meses. Los resultados mostraron que el programa tuvo éxito para disminuir la frecuencia de la conducta y de los relatos de dolor. Además,

en el seguimiento a los 3 meses, el 87,5% de los niños tratados se encontraba todavía sin dolor, pero sólo al 37% de los niños de la lista de espera les ocurría lo mismo.

El empleo de la RMP para la reducción de la tensión general parece verse respaldado por numerosas evidencias y no se discute. Los resultados de los estudios con otros síntomas clínicos sugieren que pueden darse también algunos beneficios, pero los resultados no suelen ser consistentes. Las incursiones en estas áreas con un riesgo más serio a menudo deja al investigador con la sensación incómoda de que se ha pedido demasiado a la RMP. Se sugiere que se continúe con un sano escepticismo, que tenemos que ser cautos de no sobregeneralizar, aunque podemos disfrutar de la eficacia probada de la RMP para la reducción de la tensión.

VIII. AFRONTAR LA PRESIÓN DEL TIEMPO: BARRERAS Y SOLUCIONES PARA EL MANEJO DEL TIEMPO

Según Jack Ferner (1980), el *manejo del tiempo* consiste en «un eficiente uso de nuestros recursos, incluyendo el tiempo, de tal forma que seamos eficaces a la hora de lograr objetivos personales importantes». Distintos estudios sobre métodos de afrontamiento indican que una de las estrategias de afrontamiento más importante consiste en hacer un uso eficaz de las técnicas de manejo del tiempo. Puede que estas técnicas no se consideren tan importantes como otras habilidades de afrontamiento. Sin embargo, King, Winett y Lovett (1986) mostraron que el manejo del tiempo disminuye el nivel global de estrés. Apoyo adicional para esta idea proviene de estudios con mujeres que trabajan en casa y fuera de ella y que usan frecuentemente el manejo del tiempo (McLaughlin, Cormier y Cormier, 1988). En este grupo, el manejo del tiempo correlaciona positivamente con una mejor adaptación marital y menores niveles de estrés.

Existen distintas razones por las que el manejo del tiempo es también básico para el problema del estrés y de la salud. En primer lugar, el utilizar sencillas técnicas de manejo del tiempo puede mejorar la productividad personal. El efecto final es proporcionar más tiempo para actividades sociales, de ocio, para hacer ejercicio y cultivar aficiones. La falta de tiempo dedicado a los intereses personales suele ser uno de los estímulos estresantes más frecuentemente citados. El tener tiempo para uno mismo y para la familia tiene normalmente el efecto deseable de reducir los niveles de estrés subjetivo. Barkas (citado en Langfelder, 1987) llega incluso a decir que el objetivo más importante del manejo del tiempo es crear más tiempo de ocio.

En segundo lugar, se ha convertido casi en un dogma que la sociedad moderna está dirigida si no obsesionada por el tiempo. El patrón de conducta Tipo A es quizás la personificación, la expresión extrema de toda esa sensación consumista de la urgencia del tiempo. La preocupación de la sociedad por el tiempo puede ser también una señal de lo equivocada que está con la forma de calcular lo que tiene valor. Demasiado a menudo el valor se calcula en términos de dinero, poder y posición, todo lo cual generalmente requiere una gran productividad para alcanzarlo. Y ser productivo a menudo significa trabajar duro y durante muchas horas. El estudio del

manejo del tiempo puede ayudarnos a reflexionar sobre algunas de nuestras actitudes con respecto al tiempo y a reducir la sensación de urgencia del mismo.

Sin embargo, el manejo del tiempo no debería convertirse en un objetivo en sí mismo. No debería utilizarse para conseguir cada vez más en cada vez menos tiempo (comportamiento típico del patrón de conducta Tipo A). Por el contrario, el manejo del tiempo debería ayudarnos a emplear éste de forma más eficaz con el fin de disponer de más tiempo para realizar cosas que hacen que la vida merezca la pena. Dos prioridades importantes deberían ser el tiempo para cultivar pasatiempos, aficiones e intereses, y tiempo para las relaciones familiares próximas. Además, el manejo del tiempo no debería considerarse como una tarea que uno debe hacer cada día. Es, sencillamente, un instrumento que podemos utilizar durante breves períodos de tiempo y que se deja de lado cuando se ha hecho el trabajo.

Desafortunadamente, existen muchas barreras para un manejo eficaz del tiempo, tales como la confusión, la indecisión, la difusión, el “dejarlo para mañana” y las interrupciones, entre otras. Parte del problema se encuentra en reconocer qué barreras presentan problemas más a menudo y en suprimirlas. Describiré brevemente algunas barreras para el manejo del tiempo y sugeriré modos de corregirlas.

VIII.1. *El problema: la confusión —La solución: prioridades*

El empleo poco eficaz del tiempo ocurre frecuentemente porque la gente no tiene una idea clara de hacia dónde van y qué es lo que quieren conseguir. Un escritor planteó la analogía de un piloto de aviones que comunicó por radio a la torre de control que «estamos ganando tiempo, pero estamos perdidos» (Partin, 1983: p. 280). El manejo del tiempo no tiene mucho sentido si uno no sabe dónde quiere llegar. La falta de planteamiento de un camino personal a corto, medio y largo plazo probablemente sea el mayor error para el manejo del tiempo.

En general, la solución es establecer objetivos claros y reevaluar estos objetivos periódicamente. Hay algunas directrices básicas para plantear objetivos. Primero, establecer objetivos claros, específicos y alcanzables. No es de mucha ayuda plantear objetivos que sean demasiado generales (por ejemplo, quiero ser una persona mejor). Por otra parte, aprender a controlar la ira es un objetivo específico que puede ayudar notablemente en el trabajo y en las relaciones sociales. Si la ira se puede poner bajo control, puede ser un paso en la dirección de ser una mejor persona. Segundo, asignar una prioridad a cada objetivo. Tercero, identificar tareas pequeñas relacionadas con los objetivos que puedan llevarse a cabo en períodos breves de trabajo. Cuarto, establecer fechas para la terminación de las tareas más pequeñas. Finalmente, volver a evaluar los objetivos periódicamente.

Los objetivos deben ser alcanzables. Los sueños pueden proporcionar impulsos para el progreso, pero los sueños poco realistas no producen generalmente nada más que frustraciones y una peor solución. Intentar convertirse en un corredor olímpico de maratón a los 40 años no es muy realista. Sin embargo, plantearse el objetivo de correr 3 kilómetros tres veces a la semana puede ayudar al sujeto a hacer ejercicio de forma realista, manejable y beneficiosa. Es conveniente plantearse los objetivos en tres distintas franjas temporales: a largo, medio y corto plazo. Los objetivos a largo

plazo deberían responder a la siguiente pregunta. «¿Dónde quiero estar dentro de cinco años y que tengo que hacer para llegar allí?», los objetivos a medio plazo deberían abordar la cuestión de «¿Dónde quiero estar dentro de un año?».

Los objetivos a corto plazo deben descomponerse en tareas más tangibles. Primero, cada semana se deberían plantear objetivos concretos, alcanzables, que proporcionen cierto progreso hacia el objetivo principal. Segundo, se debe hacer una lista diaria de “cosas a hacer” para organizar tanto el tiempo personal como el profesional. La mayoría de las personas que triunfan en los negocios emplean listas de “cosas a hacer” que rellenan por la tarde antes de marcharse del trabajo, antes de irse a dormir por la noche o al comienzo de la mañana antes de ir a trabajar. Alan Lakein (1974) cree que la diferencia entre las personas que están en la cima y las que están intentando llegar a ella es que las primeras saben como emplear las listas de “cosas a hacer” y hacen una cada día.

Otro aspecto del establecimiento de objetivos es asignar prioridades a cada objetivo. La guía podría ser el *principio de Pareto*, una idea que puede resumirse en la frase *las cosas vitales son pocas y las triviales muchas*. El principio de Pareto dice que el 20% de nuestros objetivos contiene el 80% del valor. Por el contrario, el 80% de nuestros objetivos tiene sólo el 20% del valor. El manejo eficaz del tiempo requiere que invirtamos este en proporción al valor. Dicho en otras palabras, gasta tu tiempo en los pocos objetivos de gran importancia. Los problemas aparecen cuando los asuntos triviales consumen una cantidad desproporcionada de nuestro tiempo.

La forma de solucionar este problema es hacer una lista con lo que se quiere lograr en los períodos de largo, medio y corto plazo. Luego se ordena la lista empezando con los más importantes y terminando con los menos importantes. Más tarde, se distribuye la mayor parte del tiempo entre los cinco primeros ítems de la lista. Así, si la lista para los próximos meses contiene diez ítems, se invierte la mayor parte del tiempo en los dos o tres primeros y se presta menos atención a los restantes. Si la situación lo permite, se puede incluso dejar sin hacer algunos de los menos importantes. Peter Drucker dijo que «El hacer las cosas correctas parecer ser más importante que el hacer las cosas bien» (citado en Bliss, 1976: p. 21). Se puede ser muy eficaz en lo que se está haciendo, pero si se está haciendo algo no correcto, es una pérdida de tiempo. Es preciso trabajar en objetivos que sean importantes. La mejor forma de saber qué objetivos son importantes es hacer una lista y luego seleccionarlos sobre la base de lo que es importante para el individuo —sus prioridades.

Los objetivos planteados en un momento pueden que no sean válidos todo el tiempo. La reevaluación es esencial para evitar trabajar en cosas erróneas. La historia de Buzz Aldrin, uno de los primeros astronautas que llegaron a la luna, ilustra este punto claramente. Aldrin sufrió una crisis nerviosa poco después de volver a la tierra y abandonar el programa de la NASA. Aldrin más tarde admitió que había olvidado que después de ir a la luna ¡había más vida! Se olvidó de pensar cuáles serían sus objetivos en los meses y años después de abandonar el programa. Muchos ejecutivos son como él. Los ejecutivos dedican una vida entera a la empresa, tienen algunos recuerdos de los esfuerzos realizados y se retiran. «Antes de los 18 meses han muerto. ¿Por qué? Los estudios sugieren que estos ejecutivos tienen mucho en común con Aldrin: No tienen más objetivos para vivir una vez que han llegado al final de sus carreras» (Douglass y Douglass, 1980: p. 79).

VIII.2. *El problema: indecisión —La solución: autoexamen*

El segundo error importante en el manejo del tiempo es la indecisión o el no tomar una decisión que es preciso realizar. Se ha señalado que no existe tal cosa denominada indecisión; se trata únicamente de la decisión de no decidir. En cualquier caso, la indecisión es el enemigo oculto del manejo eficaz del tiempo.

A menudo ocurre debido a que el asunto es intimidatorio o aversivo. Cuando no somos capaces de actuar con decisión, entonces las circunstancias nos fuerzan, generalmente, a volver a la misma decisión hasta que el asunto se resuelve. Esto suele aumentar la confusión y la tensión, ya que las decisiones pueden ser fácilmente aplazadas, pero no es sencillo eliminarlas. La decisión sigue actuando en la trastienda de la mente, consumiendo energía mental de otras tareas que la necesitan. El resultado final es, a menudo, la sensación de estar bajo estrés. Si la indecisión ocurre en un líder, socava el liderazgo, aumenta la confusión y la tensión en el equipo y conduce frecuentemente a la ineficacia de dicho equipo.

No es fácil sugerir soluciones para la indecisión. La indecisión puede surgir de muchos factores psicológicos. El estrés puede provenir de otras áreas de la vida y erosionar las capacidades de la toma de decisiones. Puede también provenir de un temor enraizado y profundo a tomar la decisión equivocada. Otras veces puede surgir de la pérdida de interés en el trabajo o la disminución de la motivación. Si éste es el caso, puede ser el momento para un decidido autoexamen, quizás incluso un cambio de carrera o de trabajo. En algunas ocasiones, el problema puede deberse a la falta de información necesaria, lo que puede ser corregido por la búsqueda de información. En otros casos, la causa del problema puede ser la pobre capacidad para la solución de problemas. Se dispone de muchos recursos, como libros o seminarios, para ayudar a mejorar la solución de problemas.

VIII.3. *El problema: la difusión —La solución: centrarse*

Técnicamente, la difusión significa diseminarse en varias direcciones diferentes o extenderse a lo largo de una amplia área. Puede uno pensar en los bomberos que dirigen su manguera hacia un fuego, pero la manguera echa agua en todas las direcciones, con escasa intensidad o concentración en un punto concreto. Esta es una analogía correcta para expresar lo que sucede cuando alguien asume la responsabilidad de más de lo que es necesario o posible. Muy a menudo, la difusión proviene de no saber decir que no. Cuando tenemos que hacer muchas cosas, somos generalmente menos eficaces en la solución de problemas, podemos perder concentración y la motivación suele decaer. Los pensamientos pasan rápido por la cabeza, pero no sobre la misma pista. La ansiedad y la preocupación crecen conforme consideramos las cosas que todavía tenemos que hacer. Charles Kozoll (1982) describió este estado de cosas como el síndrome de la mente vapuleada. Después de cierto tiempo, la difusión mental pone al cuerpo en tensión, lo que normalmente se manifiesta como fatiga física.

La solución a este problema es desembarazarse de lo innecesario y suprimir lo inalcanzable. Aquí puede ayudar también el plantear objetivos y prioridades. Fi-

nalmente, si decir “no” es un problema, hay que considerar por qué. Puede haber algún temor oculto de ser abandonado o de no caer bien. Estas suposiciones pueden ponerse a prueba utilizando técnicas de reestructuración cognitiva. Si somos honestos con nosotros mismos, encontraremos normalmente que no había nada desastroso por decir que “no”. Si la incapacidad para decir “no” proviene de una falta de asertividad, entonces un libro o un curso sobre entrenamiento en asertividad puede ser útil.

VIII.4. *El problema: dejarlo para mañana —La solución: primero las cosas difíciles*

El “dejarlo para mañana” (*procrastination*) se refiere a aplazar o posponer alguna acción hasta más tarde. Se ha definido como dejar para mañana lo que se debería hacer hoy. Es un importante ladrón de tiempo. Douglass y Douglass (1980) han señalado tres tipos de aplazamiento: posponer tareas desagradables, demorar tareas difíciles y aplazar decisiones duras. Una regla sencilla, más fácil de decir que de hacer, es realizar primero los trabajos difíciles o desagradables. Una vez terminadas estas tareas, es más fácil concentrarse en otros trabajos.

El “dejarlo para mañana” no es una idea tan simple como a veces pudiera parecer. Por ejemplo, Solomon y Rothblum (1984) observaron una relación entre el “dejarlo para mañana” y el escaso desempeño en la universidad. Sin embargo, parecía que el “dejarlo para mañana” era más que sólo malos hábitos de estudio y un pobre manejo del tiempo. En un grupo de estudiantes, el elemento más importante para la demora era lo aversivo de la tarea. En otro grupo, variables cognitivas y afectivas contribuían al aplazamiento. Estas variables incluían ideas irracionales, baja autoestima, depresión, ansiedad, temor al fracaso, y falta de aserción. En esos casos, el manejo del tiempo es sólo una parte del problema de “dejarlo para mañana”.

Una de las causas más frecuentes del “dejarlo para mañana” es que el sujeto considera la tarea tan enorme y el tiempo de que se dispone tan escaso, que el trabajo no se puede terminar. Entonces, ¿por qué empezar? La solución es descomponer la tarea en partes más pequeñas.

Se debe también estructurar la situación de trabajo para que proporcione señales que ayuden al sujeto a empezar la tarea, en vez de añadir inercia y letargia. El despacho debe ser un despacho, no un lugar de ocio o recreo, indicaciones de trabajo deberían facilitar la atención sin tensión, mientras se minimizan las distracciones. Se deben asociar determinados estímulos con el trabajo, de modo que la presencia de dichos estímulos favorezca el trabajar.

VIII.5. *El problema: las interrupciones —La solución: períodos específicos para las mismas*

Una de las formas más frustrantes de malgastar el tiempo son las interrupciones no planificadas. Las llamadas telefónicas, el jefe que viene a charlar, los compañeros que se detienen a decir “hola” y las emergencias, representan interrupciones del flujo

normal de trabajo. Las interrupciones son quizás más perjudiciales en proyectos complejos, donde amplios períodos de tiempo son importantes para el flujo de pensamiento o para el desarrollo de alguna idea en secuencias. La programación de programas de ordenador o los escritos de creación son dos ejemplos de esos proyectos. Esos trabajos implican un período de calentamiento para establecer un ritmo. Las interrupciones frecuentes requieren tiempo añadido para reorientarse e ir cogiendo el ritmo de nuevo.

Además de empezar una tarea, se deben tener en cuenta dos cuestiones más. Una es centrarse en el trabajo lo suficiente para terminar alguna etapa o unidad de la tarea. La otra es apegarse a la tarea hasta que se termine. Las ideas de las que se habló en el apartado anterior (controlar las señales en el área de trabajo y reducir las distracciones) ayudarán al individuo a concentrarse y a empezar con la tarea. Además, es posible que se necesite examinar dos elementos más. En primer lugar, a veces la gente tiene dificultades para trabajar en una tarea durante más de unos pocos minutos. Si éste es un problema recurrente, se puede utilizar un reloj y un contrato con uno mismo para que el sujeto se mantenga trabajando durante un período establecido. Se empieza con un corto período de tiempo que sea parecido a lo que normalmente trabaja. Luego se hace un contrato con uno mismo, tal como «Voy a trabajar los próximos 20 minutos antes de hacer un descanso». Se aumenta gradualmente el tiempo añadiendo 1 ó 2 minutos cada día, hasta llegar a una hora de trabajo seguido sin hacer ningún descanso.

Segundo, algunas personas intentan trabajar demasiado en una única tarea. El problema de la concentración en un corto espacio de tiempo es que no proporciona continuidad y ritmo, especialmente en tareas complejas. El problema con la concentración durante largos períodos es que suele producir fatiga, disminuir la motivación y reducir la eficacia mental. La forma de vérselas con esto es distribuir las sesiones de trabajo y alternar las tareas. Por ejemplo, el individuo puede recompensarse con un descanso corto, digamos 10 minutos, por cada hora de trabajo. Durante este tiempo, podría realizar algún trabajo doméstico o sin importancia, devolver llamadas telefónicas o cerrar los ojos y disfrutar de la música en la radio. Podría también cambiar de tarea. El nuevo contenido puede ayudar a mantener la motivación y el interés a un nivel elevado durante períodos más largos.

Se puede luchar contra las interrupciones reservando períodos de tiempo limitados y concretos para las visitas (por ejemplo, durante diez minutos después de cada hora). Luego se cierra la puerta y se concentra uno en el trabajo. Hay que ser amable, pero firme si la gente no respeta la señal de “No molestar”. El sujeto tampoco debe sentirse culpable. Tiene el derecho de mantener cierta privacidad para realizar su trabajo y se puede llevar a cabo una medida de control al respecto. Si todo esto falla, se puede considerar el utilizar un segundo despacho o habitación en el trabajo o en casa.

Finalmente, es probable que la forma más eficaz de que una persona continúe con una tarea es proporcionar alguna recompensa tangible para la terminación de pequeños pasos. Se puede hacer esto utilizando una lista del proyecto total con cada paso descrito de forma separada. Luego se puede comprobar cada paso conforme se termina. Una lista diaria de “cosas a hacer” es válida por esta misma razón. Un calendario del proyecto puede proporcionar también una retroalimentación válida.

VIII.6. *Otras sugerencias para el manejo del tiempo*

Muchas sugerencias para un mejor empleo del tiempo no encajan en ninguna de las categorías anteriores. Seguidamente se presentan algunas ideas que pueden ser útiles para un mejor control del tiempo.

- a. *Aprender a delegar.* El delegar tareas específicas a otras personas puede liberarnos de una gran cantidad de tiempo.
- b. *Aprovechar el período más productivo.* Recordemos el concepto de ciclos diurnos y ritmos circadianos. Cada uno de nosotros funcionamos con un reloj interno ligeramente diferente que hace que funcionemos de forma más eficaz en determinados momentos. El individuo debe conocer su período de más productividad, cuándo funciona mejor, e intentar estructurar el trabajo de modo que haga el trabajo más exigente en sincronía con ese período.
- c. *Leer para el desarrollo profesional.* En muchos campos técnicos y profesionales es necesario adherirse a un programa regular de lectura para mantenerse al día de los desarrollos importantes. Si se trata de leer todo, el individuo se sentirá abrumado. Pero incluso leer lo mínimo requerirá un notable esfuerzo. Se debe seleccionar lo que se lee. Quizás primero resúmenes de artículos y, a partir de éstos, centrarse en libros o artículos más detalladamente. Igualmente, se puede desarrollar la habilidad de leer los aspectos básicos de un artículo sin tener que leerlo todo. A menudo, se puede obtener la información más importante leyendo sólo la primera y la última frase de cada párrafo.
- d. *Una vez debe ser siempre suficiente.* ¿Cuántas veces una carta ha pasado por la mesa de un sujeto y ha decidido que no tiene tiempo para tratar el asunto? Cada vez que pasa la carta sucede la misma secuencia: leerla, pensar sobre ella, decidir qué hacer, decidir no hacer nada, espera hasta más tarde y repetir la secuencia. “Una vez” debe ser suficiente para terminar con la carta.
- e. *Tiempo de ocio y descanso.* Si un individuo está demasiado ocupado para relajarse, socializarse y hacer ejercicio, está realmente demasiado ocupado. El tiempo de descanso es importante como cambio de la rutina física y mental. Refresca el cuerpo y reaviva el espíritu. Sin embargo, demasiado a menudo, el tiempo de descanso se considera como no productivo, un tiempo perdido. Pero el efecto habitual del tiempo de descanso es que el sujeto es capaz de volver al trabajo, después de un tiempo de perecear, y realizar más en menos tiempo. Bliss (1976) sugiere que estar en buenas condiciones físicas aumenta el porcentaje de horas de trabajo en las que se funciona mejor. Por otra parte, continuar trabajando bajo presión normalmente tiene un efecto de bola de nieve. La eficacia en el trabajo va disminuyendo de forma gradual tan insidiosamente que, a menudo, la verdadera razón se pasa por alto. La conclusión a la que se llega erróneamente es que lo que se necesita es más trabajo y más fuerte, y la bola de nieve se hace aún más grande. La idea es alcanzar un equilibrio entre la necesidad de trabajar y el valor del ocio. Sería conveniente que el individuo se permitiera un mínimo de 3 a 4 horas al menos dos o tres veces a la semana durante las que uno puede descargar todo

de la mente y dejar que descanse. Puede que no sean los momentos más productivos de la vida, pero es probable que contribuyan notablemente a la satisfacción general con la vida y el trabajo.

IX. EJERCICIO FÍSICO Y SALUD

Los beneficios del ejercicio físico no se deben exagerar y su necesidad no se tendría que menospreciar. Antes del nacimiento de la sociedad tecnológico-industrial, conseguir realizar ejercicio suficiente raramente era un tema de importancia y las clínicas donde se hacía dieta no eran necesarias. La vida cotidiana se abordaba con la lucha continua por la existencia. Sin embargo, en nuestros días, la mayoría de las tareas que antes demandaban actividad física se han mecanizado o automatizado, reduciendo el esfuerzo y, al mismo tiempo, disminuyendo gran parte del beneficio físico asociado. ¡Incluso conseguir cambiar el canal de la TV ha sido automatizado! En este clima, no es extraño que la gente engorde. Incluso una dieta con pocas calorías probablemente engordará, porque la entrada de calorías no se compensa con la salida de energía.

Beneficios del ejercicio. El ejercicio físico tiene importantes efectos positivos para el cuerpo. Algunos de ellos son los siguientes: *a.* Aumento de la capacidad respiratoria, *b.* Aumento del tono muscular (ejercicio anaeróbico), *c.* Aumento de la fortaleza de los huesos, ligamentos y tendones, *d.* Mejoría del funcionamiento cardiovascular (ejercicio aeróbico), *e.* Disminución del riesgo de problemas de corazón, *f.* Mejoría de la circulación, *g.* Disminución de los niveles de colesterol y triglicéridos, *h.* Aumento de la energía, *i.* Mejora del sueño y disminución de la necesidad de dormir, *j.* Aumento de la tasa del metabolismo, *k.* Disminución del peso corporal y mejora del metabolismo de las grasas, *l.* Reducción del riesgo de lesiones por resbalones, caídas, etc., y *m.* Enlentecimiento del proceso de envejecimiento.

Se dan también una serie de beneficios psicológicos, como los siguientes: *a.* Aumento de las sensaciones de autocontrol, independencia y autosuficiencia, *b.* Aumento de la confianza en uno mismo, *c.* Mejora de la imagen corporal y de la autoestima, *d.* Cambio mental del ritmo correspondiente a las presiones del trabajo, incluso cuando el trabajo es físico, *e.* Mejora del funcionamiento mental, de la alerta y de la eficacia, *f.* Catarsis emocional o eliminación de las tensiones provenientes de los conflictos interpersonales y del estrés del trabajo, *g.* Disminución de los niveles generales de estrés, *h.* Alivio de las depresiones leves.

Preparación para el ejercicio. El prepararse para el ejercicio puede ser tan importante como el ejercicio principal. Cada sesión de ejercicios se debería dividir en tres períodos distintos: calentamiento (10-20 minutos), ejercicios y distensión (10-20 minutos). Un programa de ejercicios debe considerarse como un proceso evolutivo. Se empieza con poco ejercicio en sesiones breves. Conforme mejora la forma relativa a la edad y el sexo, se puede aumentar la intensidad y la duración de las sesiones. Pe-

ro, finalmente, el ejercicio debería considerarse principalmente como una tarea de mantenimiento, no de progreso continuo. Hay límites para lo que el cuerpo humano puede realizar, cuánto puede durar, lo que una persona concreta puede hacer. Una vez que se alcanza un nivel, es mejor pensar en mantener lo que se ha ganado. Esto podría considerarse como un estilo de vida que la persona se impone a sí misma.

Algunas características del ejercicio. Existen pocas reglas que guíen un programa adecuado de ejercicios, pero algunas son importantes. En primer lugar, el programa de ejercicios debería favorecer los ejercicios aeróbicos más que la fuerza o ejercicios anaeróbicos (que no fortalecen significativamente la tasa y la respiración). En segundo lugar, se debería variar la frecuencia, el tipo, la duración y la intensidad del ejercicio.

Por regla general, se debería hacer ejercicio tres veces a la semana o, preferiblemente, cuatro. El ejercicio debería durar inicialmente al menos 20 minutos y aumentar ese período progresivamente. El tipo de ejercicio que se escoja debería encajar en el estilo de vida de la persona y estar dentro de sus capacidades. Actividades como correr, pasear, andar en bicicleta, nadar o clases de ejercicio aeróbico se consideran como algunas de las más beneficiosas. Así, 30 minutos corriendo suavemente o 45 minutos paseando pueden constituir un buen ejercicio si se hacen diariamente o varias veces a la semana. Subir una cuerda es uno de los más simples, aunque mejores, ejercicios aeróbicos. Otro ejercicio simple que gasta mucha energía es subir escaleras.

Se puede aumentar la duración y la intensidad de los ejercicios aeróbicos para conseguir estar en forma. La tasa cardíaca de una persona normal suele estar entre 70-75 pulsaciones por minuto (un atleta tendrá menos y una persona sedentaria tendrá más). Como norma general, el ejercicio debería aumentar la tasa cardíaca entre un 60% y un 80% de la capacidad máxima para la edad de la persona. La capacidad máxima puede obtenerse restando la edad del sujeto de 220. Si el ejercicio no aumenta la tasa cardíaca por encima del 60%, o alrededor de 108 pulsaciones por minuto para una persona de 40 años ($220 - 40 = 180 \times 0,6 = 108$ ppm), no se producirá ningún progreso. Si la persona tiene 40 años, el límite superior para el ejercicio aeróbico será de 144 ppm ($220 - 40 = 180 \times 0,8 = 144$ ppm). El ejercicio que hace una persona puede variar con el estado de ánimo y sus condiciones físicas, pero lo importante es mantenerse haciendo ejercicio. Finalmente, tenemos que señalar que no debemos olvidar ingerir líquidos y calorías suficientes para mantener dicho ejercicio.

X. AFRONTAR EL DOLOR: TIPOS DE DOLOR Y MÉTODOS DE AFRONTAMIENTO

El dolor es una de las experiencias más comunes de la vida. Encontramos el dolor en distintas formas y contextos. Puede provenir de un ataque cardíaco que amenaza la vida o de una madre que experimenta dolor en el proceso de dar vida. El dolor puede ocurrir debido a una enfermedad grave como el cáncer o puede deberse a un ejercicio extenuante en el proceso de mantenerse sano.

En Estados Unidos, cerca del 33% de las personas buscan ayuda médica para el dolor incapacitante recurrente o persistente (Ball, 1984). Otra estimación señala que

cerca del 80% de todas las visitas a las clínicas es para el alivio del dolor. Entre los casi 70 millones de personas que padecen dolor, cerca de 35 millones sufren artritis y otros 7 millones dolor en la parte inferior de la espalda. Los pacientes con este último tipo de dolor hacen unos 8 millones de visitas al año y gastan más de 50 mil millones de dólares en medicaciones para el control del dolor (Salovey *et al.*, 1992).

A menudo el dolor puede definirse en términos de tejido físico dañado, de la experiencia psicológica o en términos de ambos (Fernández y Turk, 1992). El dolor relativo a las lesiones y a las molestias físicas no es raro, pero los relatos de dolor también aumentan cuando se informa de más estrés y más contratiempos (Sternbach, 1986). Esto proporciona un tipo de apoyo para el punto de vista psicosocial del dolor. La definición de dolor propuesta por Merskey (1979) y adoptada por Wall y Jones (1991, p. 28) sigue siendo, probablemente, la mejor definición de la que se dispone: «el dolor es una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con el daño tisular real o potencial o descrita en términos de ese daño».

X.1. *Tipos de dolor: agudo y crónico*

Los clínicos distinguen entre muchos tipos diferentes de dolor, pero la distinción más frecuente quizás sea entre dolor agudo y crónico. El *dolor agudo* es el dolor de corta duración, normalmente menos de 3 meses. La mayoría de los dolores comunes, como el dolor de dientes, las cefaleas y el dolor posoperatorio son agudos. El dolor crónico dura más de 3 meses o más del tiempo normal de curación (IASP, 1986). El paciente con *dolor crónico* a menudo sufre otros efectos no deseables, como un malestar continuo, pérdida de sueño, irritabilidad y pérdida de la capacidad para trabajar o jugar. Esto puede concretarse utilizando las 3-D como elemento mnemónico: desorganización, depresión y discapacidad. Es decir, el dolor a menudo perturba la vida de la persona, modifica su estado de ánimo y le incapacita físicamente.

X.2. *Control del dolor: estrategias médicas y cognitivas de afrontamiento*

Debido a la elevada presencia del dolor, la ciencia médica ha invertido mucho tiempo y esfuerzo en ayudar a manejar el dolor. El arsenal de medicaciones es enorme y también se puede acudir a las técnicas quirúrgicas para aliviar el dolor. Dos formas de medicación para el dolor son los analgésicos y los narcóticos. Los analgésicos interfieren de forma activa con la transmisión de las señales del dolor o reducen la respuesta cortical al mismo (Whipple, 1987). Los narcóticos, como la codeína y la morfina, se unen a los receptores opiáceos en el SNC. Esto desencadena una señal inhibitoria que bloquea la transmisión de los impulsos de dolor (Aronoff, Wagner y Spangler, 1986). La elección para el tratamiento de la migraña parecen ser los fármacos antiinflamatorios sin esteroides (Welch, 1993).

Un procedimiento para el tratamiento prescrito a menudo para el dolor en la parte inferior de la espalda es la ENET o estimulación nerviosa eléctrica transcutánea. La ENET viene en un pequeño estimulador portable que se coloca en el cinturón del paciente. Después de la instrucción inicial, el paciente puede colocar los dos

electrodos en el lugar apropiado y autoadministrarse la ENET. Un estímulo eléctrico de bajo nivel que se siente como una ligera sensación de hormigueo pasa a través de la carne para estimular las fibras nerviosas de dolor cercanas. Esto tiene el efecto de inhibir las señales de dolor en la raíz dorsal de la médula espinal. La ENET es un procedimiento de bajo coste, rápido y moderadamente eficaz.

Aun así, los métodos conductuales alternativos pueden ser tan eficaces como la ENET y con un coste económico inferior. En un estudio, sujetos con dolor en la parte inferior de la espalda empleaban bien el procedimiento de la ENET, bien la ENET simulada o el ejercicio (Deyo *et al.*, 1990). La ENET produjo una mejoría en el 47% de los sujetos. El ejercicio causó mejoría en el 52% de los sujetos. Esta fue una diferencia significativa, pero pequeña. Además, el 42% de los sujetos en la condición de ENET simulada mejoraron, una diferencia no significativa al compararla con la condición de la ENET. Esto significa que la sugestión tiene un poderoso efecto en los procedimientos para el alivio del dolor.

En general, los ejercicios preferidos son aquellos que fortalecen los músculos de la espalda sin poner bajo presión a las vértebras. El problema es que la gente normalmente preferirá colocarse un estimulador y darle a un botón, que hacer ejercicio regularmente. La ENET es rápida y fácil, mientras que el ejercicio lleva tiempo-y esfuerzo.

El rango de tratamientos psicológicos para el dolor incluye técnicas operantes, *biofeedback*, relajación, métodos cognitivos, hipnosis y meditación. Cada una alega su tasa de éxito, pero los resultados son, a menudo, inconsistentes. Intentando aclararse en esta confusión, Flor y Birbaumer (1993) plantearon que la elección del tratamiento tiene que emparejarse con el tipo de paciente con dolor. Observaron que la mayoría de los estudios sobre dolor clínico no desenredan los tres niveles del comportamiento de dolor relevante al dolor crónico. Estos son la conducta verbal-subjetiva, la conducta motora y la fisiológico-orgánica.

Flor y Birbaumer utilizaron un grupo con dolor en la parte inferior de la espalda (DPIE) y otro con dolor temporomandibular (DTM). Asignaron a los sujetos a una condición de *biofeedback* (BF) EMG, a una condición de tratamiento cognitivo-conductual (TCC) o a un tratamiento médico (MED). Además, Flor y Birbaumer razonaron que los pacientes con reactividad psicofisiológica deberían responder mejor al BF. Los pacientes que informasen de importantes autoverbalizaciones negativas deberían responder mejor al TCC. Finalmente, la presencia de condiciones orgánicas significativas deberían ceder mejor ante el tratamiento médico. En el curso de su estudio, se obtuvieron evaluaciones pre y postratamiento, y en seguimientos a los 6 meses y a los dos años.

Los investigadores proporcionaron entrenamiento en *biofeedback* de EMG, pero con un enfoque nuevo, utilizando el lugar de dolor real para la reducción de la tensión. La condición de TCC se componía de varios tratamientos, como la RMP, el manejo del estrés, la distracción y las autoverbalizaciones positivas. El grupo de MED continuó con la mejor medicación disponible para su dolor específico.

Todos los tres grupos mejoraron en el postratamiento, pero el de BF mostró la mejoría más elevada. En los seguimientos a los seis meses y a los dos años, sólo el grupo de BF mantenía los cambios postratamiento. Sin embargo, cuando Flor y Birbaumer analizaron los resultados por subgrupos, encontraron apoyo para el empa-

reajamiento de la terapia con los pacientes. Aquellos con reactividad psicofisiológica respondían mejor al BF, mientras que los pacientes con importantes autoverbalizaciones negativas respondían mejor a la TCC.

XI. AFRONTAR EL ESTRÉS DEL TRABAJO: ESTRATEGIAS COGNITIVAS Y PAES

Una de las formas de estrés más difíciles de tratar es el estrés del trabajo. En consonancia con un modelo cognitivo del estrés, el estrés del trabajo puede definirse simplemente como exigencias del trabajo que exceden la capacidad del trabajador para afrontarlas. Hay muchos síntomas del estrés del trabajo, incluyendo síntomas psicológicos, conductuales y físicos (Sauter, Murphy y Hurrell, 1990). Los *síntomas psicológicos* más frecuentes son los siguientes: *a.* ansiedad, tensión, confusión e irritabilidad, *b.* sentimientos de frustración, ira y resentimiento, *c.* hipersensibilidad e hiperreactividad emocional, *d.* represión de sentimientos, *e.* disminución de la eficacia de la comunicación, *f.* apartamiento y depresión, *g.* sentimientos de aislamiento, *h.* aburrimiento e insatisfacción con el trabajo, *i.* fatiga mental y funcionamiento intelectual inferior, *j.* pérdida de concentración, *k.* pérdida de espontaneidad y creatividad, y *l.* disminución de la autoestima.

Los *síntomas físicos* más importantes del estrés del trabajo se enumeran en la siguiente lista: *a.* aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea, *b.* aumento de las secreciones de adrenalina y noradrenalina, *c.* trastornos gastrointestinales, como la úlcera, *d.* daños corporales, *e.* fatiga física, *f.* muerte, *g.* trastornos cardiovasculares, *h.* problemas respiratorios, *i.* aumento de la sudoración, *j.* problemas de la piel, *k.* cefaleas, *l.* cáncer, *m.* tensión muscular, y *n.* trastornos del sueño. Existen investigaciones apropiadas que han comprobado los efectos del estrés del trabajo sobre los sistemas cardiovascular y gastrointestinal. La fatiga física, los daños corporales y las perturbaciones del sueño están también bien establecidos. El resto de los trastornos no está todavía claro que provengan del estrés del trabajo.

Finalmente, algunos de los *síntomas conductuales* que indican estrés en el trabajo incluyen los siguientes: *a.* “dejarlo para mañana” y evitación del trabajo, *b.* disminución del desempeño y la productividad, *c.* aumento del uso y abuso del alcohol y las drogas, *d.* claro sabotaje del trabajo, *e.* aumento de las visitas al médico, *f.* comer en exceso, como escape, lo que lleva a la obesidad, *g.* comer poco, como señal de apartamiento, combinado probablemente con signos de depresión, *h.* pérdida de apetito y repentina pérdida de peso, *i.* aumento de la conducta arriesgada, incluyendo el juego y la conducción temeraria, *j.* agresión, vandalismo y robo, *k.* deterioro de las relaciones con la familia y los/as amigos/as, y *l.* suicidio o intentos de suicidio.

Por otra parte, las principales fuentes de estrés en el trabajo se pueden resumir en las siguientes:

- a. *Condiciones del trabajo*, tales como una sobrecarga cuantitativa y/o cualitativa del mismo, trabajo aburrido y repetitivo, tener que tomar decisiones de responsabilidad, peligros físicos, cambios del horario de trabajo, tecnoestrés (incapacidad para adaptarse a la nueva tecnología).

- b. *Estrés del rol* desempeñado, como la ambigüedad del rol, los estereotipos relativos al rol sexual y al sesgo asociado al rol, acoso sexual. Factores interpersonales, como pobres sistemas de apoyo social y laboral, rivalidad política, envidia o ira, falta de preocupación de los superiores por los trabajadores.
- c. *Progreso de la profesión*, como ocupar un puesto de menos categoría para su cualificación, ocupar un puesto que sobrepasa sus cualificaciones (también llamado el principio de Peter), seguridad en el trabajo, ambiciones frustradas.
- d. *Estructura organizacional*, como una estructura rígida e impersonal, batallas políticas, supervisión y entrenamiento inadecuados, no participación en la toma de decisiones.
- e. *Interrelación casa-trabajo*, como la afectación de los problemas de un lugar al otro, falta de apoyo del cónyuge, problemas maritales, estrés debido a que trabajan los dos cónyuges.

El resultado final del estrés sin controlar en el trabajo es el “burnout”, una condición psicológica incapacitante producida por el estrés no resuelto en el trabajo y que produce: *a.* un agotamiento de las reservas de energía, *b.* una menor resistencia a las enfermedades, *c.* un aumento de la insatisfacción y el pesimismo, *d.* un aumento del absentismo y de la ineficacia en el trabajo. Cuando los síntomas se manifiestan de forma severa, el superior, el empleado o ambos deben actuar rápidamente antes de que el estrés se transforme en “burnout”. Las líneas que siguen presentan una serie de hallazgos a lo largo de diferentes lugares sobre el estrés del trabajo.

En un intento de tratar con los problemas conceptuales de la investigación sobre el estrés en el trabajo, el grupo de Paul Spector sugirió que los modelos pasados han sido demasiado simples para explicar las relaciones entre el estrés y la salud en el contexto laboral (Spector, Dwyer y Jex, 1988). Después de considerar tres hipótesis diferentes, sugirieron que el modelo de la *causación recíproca* podría ser el más apropiado. Encontraron pruebas que apoyaban la idea de que tanto los acontecimientos de fuera del trabajo como las evaluaciones del desempeño contribuyen a la percepción de estrés. Ambos pueden dar retroalimentación que influye negativamente en el desempeño.

Se puede intervenir sobre el estrés en el trabajo a través de una serie de estrategias cognitivo-conductuales, incluyendo el *hacer ejercicio* y eliminando los pensamientos autoderrotistas. El ejercicio es una forma excelente de eliminar las tensiones mentales y emocionales del trabajo. Reduce la frustración y permite un desplazamiento de la ira o la agresión. Finalmente, el ejercicio disminuye el riesgo coronario y reduce el absentismo, los accidentes laborales y los costes del cuidado de la salud (Gebhardt y Crump, 1990). Un programa de ejercicios es apropiado probablemente para aquellas personas que tienen trabajos de oficina. Es posible que otros individuos no necesiten añadir ejercicios a un esquema de trabajo que ya incluye actividad física agotadora. Entonces, la regla es encontrar algo que sea un cambio de ritmo con respecto al trabajo.

Una forma de tener un cambio de ritmo es tener una variedad de *aficiones o pasatiempos creativos* de los que se pueda disfrutar fuera del lugar de trabajo. Las aficiones que ayudan a mantener a una persona viva física, mental y espiritualmente

son importantes para mantener la perspectiva sobre las cosas importantes en la vida. Finalmente, independientemente del tipo de trabajo, la salud física puede mejorarse o mantenerse con una *alimentación apropiada* y disminuyendo los alimentos (como los que incluyen cafeína y azúcar) que tienden a agravar los síntomas de estrés.

Los métodos cognitivos intentan desembarazarse de las *percepciones distorsionadas* y de los *patrones irracionales de pensamientos* que contribuyen al estrés. Estos patrones a menudo suelen echar la culpa al control o perpetuar las ideas de falta de control personal. A falta de sesiones de asesoramiento personal, normalmente es útil tener un/a amigo/a íntimo/a que pueda actuar como confidente, alguien que pueda escuchar los problemas personales con algún grado de objetividad. Es también útil mantener la *vida laboral separada de la vida social*. Esto no significa que uno tenga que estar totalmente aislado de los/as compañeros/as de trabajo, sino que el sistema social debería extenderse más allá del círculo de los/as amigos/as del trabajo. El problema de hacer de la oficina el grupo social es que suele aumentar la tendencia para que los problemas en el trabajo se trasladen a la casa.

En años recientes, se ha puesto un mayor énfasis en proporcionar Programas de ayuda al empleado o PAEs. Estos ofrecen muchos servicios, que incluyen adaptaciones al trabajo así como ayuda para problemas que se han desarrollado fuera del lugar de trabajo, pero que deterioran la productividad. Entre los servicios ofrecidos se encuentran el asesoramiento, talleres de afrontamiento y manejo del estrés (Ivanecovich, Matteson, Freedman y Phillips, 1990), técnicas de relajación y de reevaluación cognitiva (Ganster, Mayes, Sime y Tharp, 1982), reentrenamiento de la actividad laboral, asesoramiento para el cambio de carrera y apoyo a las familias en trabajos estresantes (Hildebrand, 1986). Además, muchas empresas han empezado programas para el cuidado de los niños, la construcción de lugares para hacer ejercicio y han proporcionado programas de nutrición para sus empleados (Gebhardt y Crump, 1990; Ilgen, 1990). Estos programas satisfacen varias necesidades importantes de los trabajadores, pero desafortunadamente todavía no tratan con problemas que pueden ser parte de la misma empresa.

XII. AFRONTAR EL DESASTRE: ETAPAS Y ESTRATEGIAS

Los desastres naturales constituyen una lotería de destrucción por parte de la naturaleza. Generalmente son impredecibles y, en su mayor parte, incontrolables. La gente que se encuentra en medio de un tornado, un huracán o una inundación puede sentirse a merced de la naturaleza. Las catástrofes naturales requieren de estrategias de afrontamiento a corto y largo plazo en las víctimas y en la comunidad. Los desastres tecnológicos ocurren porque alguna máquina o estructura falla. Así, los aviones se estrellan, los barcos se hunden, una planta nuclear se funde o un dique de contención se rompe. Los desastres tecnológicos a menudo generan una reacción más intensa que los desastres naturales, porque solemos pensar que deberíamos ser capaces de controlar aquello que construimos.

Las víctimas de los desastres naturales a menudo pasan por una respuesta de tres etapas. En primer lugar, pasan por una *etapa de shock*, en la que la apariencia es de

estar aturdido y apático. En segundo lugar, las víctimas pasan por una *etapa sugestionable*, en la que son pasivos y dispuestos a seguir el consejo de los demás. Finalmente, pasan por una *etapa de recuperación*, que está marcada por la tensión y la aprensión.

Los síntomas físicos y psicológicos del estrés por el desastre se manifiestan rápidamente. Las víctimas del desastre informan de un aumento de la fatiga, cefaleas, resfriados y otras enfermedades, pero la incidencia de enfermedades físicas es mucho más baja que la esperada. Además, existen evidencias de que la naturaleza aguda de los desastres activa los mecanismos naturales de autodefensa del cuerpo (Baum, 1990). Los síntomas psicológicos incluyen pánico, temor fóbico, sentimientos de vulnerabilidad, culpa por sobrevivir, aislamiento, depresión, ira y frustración. Los problemas en las relaciones interpersonales y las rupturas maritales son también frecuentes (McLeod, 1984). Las víctimas informan habitualmente de una elevada incidencia de perturbaciones de la alimentación y son frecuentes los trastornos del sueño, que incluyen revivir el desastre en sueños. El grupo de síntomas psicológicos a menudo encaja con el trastorno por estrés postraumático.

Es mucho más fácil identificar los efectos colaterales de los desastres naturales y tecnológicos que proporcionar directrices para el afrontamiento. Un hallazgo es que los supervivientes de un desastre natural parecen surgir con mayores habilidades de afrontamiento que antes del desastre (Quarantelli y Dynes, 1977). Sugerencias adicionales provienen de estudios sobre víctimas que han sobrevivido a un desastre natural o tecnológico.

En uno de esos estudios, Andrew Baum y sus colaboradores estudiaron las estrategias de afrontamiento utilizadas por los residentes en el área del incidente de Three Mile Island (Baum, Fleming y Singer, 1983). Utilizaron una escala para medir el afrontamiento centrado en la emoción o en el problema (véase al comienzo de este capítulo). Las víctimas se clasificaron con un alto o bajo afrontamiento centrado en la emoción y como un alto o bajo afrontamiento centrado en el problema. Obtuvieron también información sobre el tipo y el número de síntomas que las víctimas informaban.

En esta situación, la gente que tenía un bajo afrontamiento centrado en la emoción informaba de un número de síntomas casi tres veces superior que los sujetos que tenían un elevado afrontamiento centrado en la emoción. Y a la inversa, aquellos que poseían un elevado afrontamiento centrado en el problema informaban de un número de síntomas casi tres veces superior que los sujetos que tenían un bajo afrontamiento centrado en el problema.

Los resultados del estudio de Baum sugieren que la estrategia más eficaz es centrarse primero en eliminar las emociones negativas. Después, las víctimas deberían intentar, probablemente, el control por medio del enfrentamiento directo con el problema. Los investigadores creen que un desastre de la alta tecnología es inherentemente incontrolable para todos, excepto para los más competentes técnicamente. Es probable que intentar imponer el control directo sólo conseguirá añadir estrés, porque suele aumentar los sentimientos de frustración de que no puede hacerse nada.

Hay una estrategia de afrontamiento que parece ser importante, independientemente de la naturaleza del desastre, a saber, la búsqueda de información. El estrés

suele aumentar la incertidumbre y el obtener información relevante ayuda normalmente a reducir esa incertidumbre. Es importante que los equipos contra el desastre entiendan esto, pero también asegurarse que la información es oportuna y exacta.

XIII. CONCLUSIÓN

El afrontamiento se refiere a cualquier esfuerzo por prevenir, eliminar o reducir los estímulos estresantes o a tolerar el efecto del estrés con un mínimo de daño. El afrontamiento eficaz depende de tener los recursos y las estrategias. Además, los estilos de afrontamiento a menudo determinan las reacciones inmediatas ante el estrés. Los recursos de afrontamiento son los atributos físicos, personales y sociales empleados para enfrentarse al estrés. Las estrategias de afrontamiento son los planes y las actuaciones que utilizamos para manejar el estrés. Los estilos de afrontamiento son las formas habituales en que nos enfrentamos al estrés.

Una de las habilidades de afrontamiento más importantes es la relajación empleada para reducir la tensión. La RMP utiliza una secuencia de ejercicios de tensión-relajación para ayudar a la gente a aprender a relajarse. La RMP se ha utilizado en una amplia variedad de condiciones relacionadas con el estrés, incluyendo la hipertensión, las cefaleas y el dolor. Los resultados a veces son inconsistentes en estas áreas, pero el empleo de la RMP para la reducción de la tensión ha recibido un apoyo amplio y potente.

El manejo del tiempo es una estrategia general para el afrontamiento del estrés que elimina muchas presiones en el estilo de vida de ritmo rápido. Debería utilizarse sólo cuando se necesita y entonces proporcionar tiempo para uno mismo y la familia, no sólo para conseguir hacer cada vez más en cada vez menos tiempo.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial. Se categoriza como dolor agudo o dolor crónico. Este último se acompaña normalmente por la tríada de desorganización, discapacidad y depresión. Los métodos médicos para tratar el dolor incluyen la cirugía, la medicación y la ENET. Ésta es eficaz y de bajo coste, aunque el ejercicio produce mejores resultados, pero tiene una baja adherencia. Los métodos psicológicos incluyen el *biofeedback*, la relajación, la hipnosis, procedimientos conductuales y procedimientos cognitivos. Las intervenciones para el dolor en la parte inferior de la espalda pueden depender de las características de los pacientes. Aquellos que tienen una elevada reactividad fisiológica parecen responder mejor al *biofeedback* y aquellos con autoverbalizaciones negativas responden mejor a las intervenciones cognitivas.

Los desastres naturales y tecnológicos producen varios síntomas negativos en las víctimas. Los estudios sobre las estrategias de afrontamiento que se utilizan en los desastres sugieren que a las víctimas les va mejor cuando utilizan primero una estrategia de afrontamiento centrada en la emoción. Esto se debe, principalmente, al hecho de que los desastres son normalmente incontrollables por medio de la acción directa. La búsqueda de información es una estrategia de afrontamiento útil, pero dicha información debe ser concreta, exacta y oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, J. H., Hayes, J. y Hopson, B. (1976). *Transition: Understanding and managing personal change*. Londres: Martin Robertson.
- Aronoff, G. M., Wagner, J. M. y Spangler, A. S. (1986). Chemical interventions for pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 769-775.
- Ball, R. (1984). Chronic pain. *The Jefferson Journal of Psychiatry*, 2, 11-24.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A., Reese, L. y Adams, N. E. (1982). Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 5-21.
- Baum, A. (1990). Stress, intrusive imagery, and chronic stress. *Health Psychology*, 9, 653-675.
- Baum, A., Fleming, R. y Singer, J. (1983). Coping with victimization by technological disaster. *Journal of Social Issues*, 39, 117-138.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. Nueva York: William Morrow.
- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. J. (1978). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Blanchard, E. B., McCoy, G. C., Berger, M., Musso, A., Pallmeyer, T. P., Gerardi, R., Gerardi, M. A. y Pangburn, L. (1989). A controlled comparison of thermal biofeedback and relaxation training in the treatment of essential hypertension IV: Prediction of short-term clinical outcome. *Behavior Therapy*, 20, 405-415.
- Blanchard, E. B., McCoy, G. C., Musso, A., Gerardi, M. A., Pallmeyer, T. P., Gerardi, R. J., Cotch, P. A., Siracusa, K. y Andrasik, F. (1986). A controlled comparison of thermal biofeedback and relaxation training in the treatment of essential hypertension: I. Short-term and long-term outcome. *Behavior Therapy*, 17, 563-579.
- Bliss, E. C. (1976). *Getting things done: The ABCs of time management*. Nueva York: Scribner's.
- Branson, S. M. y Craig, K. D. (1988). Children's spontaneous strategies for coping with pain: A review of the literature [Special Issue: Child and adolescent health]. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 20, 402-412.
- Burish, T. G., Vasterling, J. J., Carey, M. P., Matt, D. A. y Krozely, M. G. (1988). Posttreatment use of relaxation training by cancer patients. *The Hospice Journal*, 4, 1-8.
- Cohen, L. y Roth, S. (1984). Coping with abortion. *Journal of Human Stress*, 10, 140-145.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. y Syme, S. L. (dirs.) (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic.
- Cohen, S., Tyrrell, D. A. J. y Smith, A. P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *The New England Journal of Medicine*, 325, 606-612.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Decker, T. W. y Cline-Elsen, J. (1992). Relaxation therapy as an adjunct in radiation oncology. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 388-393.
- Deyo, R. A., Walsh, N. E., Martin, D. C., Schoenfeld, L. S. y Ramamurthy, S. (1990). A controlled trial of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) and exercise for chronic low back pain. *The New England Journal of Medicine*, 322, 1627-1634.
- Douglass, M. R. y Douglass, D. N. (1980). *Manage your time, manage your work, manage yourself*. Nueva York: AMACOM.
- Fernández, E. y Turk, D. C. (1992). Sensory- and affective components of pain: Separation and synthesis. *Psychological Bulletin*, 112, 205-217.
- Ferner, J. D. (1980). *Successful time management*. Nueva York: Wiley.
- Fior, H. y Birbaumer, N. (1993). Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treat-

- ment of chronic musculoskeletal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 653-658.
- Folkman, S., Chesney, M. A., Pollack, L. y Phillips, C. (1992). Stress, coping, and high-risk sexual behavior. *Health Psychology*, 11, 218-222.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Ganster, D. C., Mayes, B. T., Sime, W. E. y Tharp, G. D. (1982). Managing organizational stress: A field experiment. *Journal of Applied Psychology*, 67, 533-542.
- Gebhardt, D. L. y Crump, C. E. (1990). Employee fitness and wellness programs in the workplace. *American Psychologist*, 45, 262-272.
- Hays, R. B., Turner, H. y Coates, T. J. (1992). Social support, AIDS-related symptoms, and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 463-469.
- Hildebrand, J. F. (1986). Mutual help for spouses whose partners are employed in stressful occupations. *Journal of Specialists in Group Work*, 11, 80-84.
- IASP: International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy (1986). Classification of chronic pain. *Pain*, Suppl. 3.
- Ilgen, D. R. (1990). Health issues at work: Opportunities for industrial/organizational psychology. *American Psychologist*, 45, 273-283.
- Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., Freedman, S. M. y Phillips, J. S. (1990). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*, 45, 252-261.
- Jacobsen, P. B., Bovbjerg, D. H. y Redd, W. H. (1993). Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychology*, 12, 469-475.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2.a edición). Chicago: University of Chicago Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Williger, D., Stout, J., Messick, G., Sheppard, S., Ricker, D., Ronnsher, S. C., Briner, W., Bonnell, G. y Donnerberg, R. (1985). Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population. *Health Psychology*, 4, 25-41.
- King, A. C., Winett, R. A., Lovett, S. B. (1986). Enhancing coping behaviors in at-risk populations: The effects of time-management instruction and social support in women from dual-earner families. *Behavior Therapy*, 17, 57-66.
- Kirkham, M. A., Schilling, R. F., Norelius, K. y Schinke, S. P. (1986). Developing coping styles and social support networks: An intervention outcome study with mothers of handicapped children. *Chad: Care, Health and Development*, 12, 313-323.
- Kozoll, C. E. (1982). *Time management for educators*. Bloomington, IN: Phi Delta Kappa Educational Foundation.
- Lakein, A. (1974). *How to get control of your time and your life*. Nueva York: New American Library/Signet.
- Langfelder, J. R. (1987). Leisure wellness and time management: Is there a connection? *College Student Journal*, 21, 180-183.
- Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- Matheny, K. B., Aycock, D. W., Pugh, J. L., Curlette, W. L. y Silva-Cannella, K. A. (1986). Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Counseling Psychologist*, 14, 499-549.
- McLaughlin, M., Cormier, L. S. y Cormier, W. H. (1988). Relation between coping strategies and distress, stress, and marital adjustment of multiple-role women. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 187-193.
- McLeod, B. (1984, octubre). In the wake of disaster. *Psychology Today*, 18(10), 54-57.
- Menaghan, E. G. (1983). Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. En H. B. Kaplan (dir.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. Nueva York: Academic Press.
- Merskey, H. (1979). Pain terms. *Pain*, 6, 249-252.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 437-451.

- Partin, R. L. (1983). Time management for school counselors. *The School Counselor*, 30, 280-284.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1987). Explanatory style and illness. Special issue: Personality and physical health. *Journal of Personality*, 55, 237-265.
- Pinkerton, S. S., Hughes, H. y Wenrich, W. W. (1982). *Behavioral medicine: Clinical applications*. Nueva York: Wiley.
- Quarantelli, E. L. y Dynes, R. R. (1977). Response to social crisis and disaster. *Annual Review of Sociology*, 3, 23-49.
- Salovey, P., Seiber, W. J., y Smith, A. F. (1992). *Reporting chronic pain episodes on health surveys* (PHS 92-1081). Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Sanders, M. R., Rebgetz, M., Morrison, M., Bor, W., Gordon, A., Dadds, M. y Shepherd, R. (1989). Cognitive-behavioral treatment of recurrent nonspecific abdominal pain in children: An analysis of generalization, maintenance, and side effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 294-300.
- Sauter, S. L., Murphy, L. R. y Hurrell, J. J. (1990). Prevention of work-related psychological disorders. *American Psychologist*, 45, 1146-1158.
- Scheier, M. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M., Weintraub, J. K. y Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Schultz, B.J. y Saklofske, D. H. (1983). Relationship between social support and selected measures of psychological well-being. *Psychological Review*, 53, 847-850.
- Schultz, J. y Luthe, W. (1959). *Autogenic training: A psychophysiological approach to psychotherapy*. Nueva York: Gruñe y Stratton.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Shapiro, J. (1983). Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child: A review. *Social Science and Medicine*, 17, 913-931.
- Shumaker, S. A. y Hill, D. R. (1991). Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 10, 102-111.
- Smith, M. S. y Womack, W. M. (1987). Stress management techniques in childhood and adolescence: Relaxation training, meditation, hypnosis, and biofeedback: Appropriate clinical applications. *Clinical Pediatrics*, 26, 581-585.
- Solomon, L.J. y Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 504-510.
- Sorbi, M., Tellegen, B. y Du Long, A. (1989). Long-term effects of training in relaxation and stress-coping in patients with migraine: A 3-year follow-up. *Headache*, 29, 111-121.
- Spector, P. E., Dwyer, D. J. y Jex, S. M. (1988). Relation of job stressors to affective, health, and performance outcomes: A comparison of multiple data sources. *Journal of Applied Psychology*, 73, 11-19.
- Sternbach, R. A. (1986). Pain and 'hassles' in the United States: Findings of the Nuprin pain report. *Pain*, 27, 69-80.
- Wall, P. D. y Jones, M. (1991). *Defeating pain*. Nueva York: Plenum.
- Walsh, P., Dale, A. y Anderson, D. E. (1977). Comparison of biofeedback, pulse wave velocity and progressive relaxation in essential hypertensives. *Perceptual and Motor Skills*, 44, 839-843.
- Webster's New Twentieth Century Dictionary, sin abreviar (2ª edición) (1979). Nueva York: Simon and Schuster.
- Welch, K. M. A. (1993). Drug therapy of migraine. *The New England journal of Medicine*, 329, 1476-1483.
- Whipple, B. (1987, otoño). Methods of pain control: Review of research and literature. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 19, 142-146.

- Winner, J. M. (19X6). Stress coping: Further considerations. *The Counseling Psychologist*, 14, 562-566.
- Yablin, B. A. (1986). Maximizing the disabled adolescent: Family challenges and coping techniques. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2, 223-231.
- Zich, J. y Temoshok, L. (1987). Perceptions of social support in men with AIDS and ARC: Relationships with distress and hardiness. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 193-215.
- Zullo, H. M., Oettingen, C., Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1988). Pessimistic explanatory style in the historical record. *American Psychologist*, 43, 673-682.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1978). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Carrobes, J. A. (1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En V. E. Caballo, C. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol.2. Madrid: Siglo XXI.
- Douglass, M. R. y Douglass, D. N. (1980). *Manage your time, manage your work, manage yourself*. Nueva York: AMACOM.
- Lakein, A. (1974). *How to get control of your time and your life*. Nueva York: New American Library/Signet.
- Rice, P. L. (1992). *Stress and health* (2ª edición). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Wall, P. D. y Jones, M. (1991). *Defeating pain*. Nueva York: Plenum.

10. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MODIFICAR EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A

ANTONIO DEL PINO PÉREZ¹

I. INTRODUCCIÓN

La concepción del constructo Patrón de Conducta tipo A (PCTA) Ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y, aunque inicialmente M. Friedman y R. Rosenman trabajaran y publicaran juntos sobre este tema, hoy parecen mantener posiciones matizadamente diferentes. Friedman y Rosenman (1974), en su libro *Type A behavior and your heart*, una de las últimas publicaciones que firmaron juntos, definen el PCTA como un complejo de acciones y emociones que puede observarse en cualquier persona que está envuelta *agresivamente* en una *lucha crónica*, incesante para lograr cada vez más en cada vez menos tiempo, y si así fuera necesario, en contra de los esfuerzos opuestos de otras cosas u otras personas. Entienden que no es un trastorno psicológico, como las fobias o las obsesiones, sino que es una forma de conflicto socialmente aceptable e incluso alabado a menudo. Para ellos, el patrón de conducta es la *reacción* (la cursiva es mía) que tiene lugar cuando determinadas características de personalidad de un individuo son puestas a prueba o activadas por un agente ambiental específico.

Más recientemente, Friedman (1996) considera que el PCTA se caracteriza por componentes encubiertos y manifiestos. El componente encubierto, que él considera el factor responsable del inicio y mantenimiento del PCTA, es una inseguridad intrínseca o un grado insuficiente de autoestima, que tiene su origen en la infancia temprana y, previsiblemente, se despierta por la percepción de ausencia de expresión de afecto y admiración por parte de ambos padres. El componente manifiesto observado con más frecuencia en las personas que muestran el PCTA es el sentido de la urgencia del tiempo o impaciencia. Para Friedman (1996) esta impaciencia, cuando es muy intensa, genera y mantiene un sentido crónico de irritación o exasperación. La segunda característica emocional manifiesta del PCTA es la hostilidad de flotación libre, denominada de esta forma por la ubicuidad y trivialidad de los incidentes que pueden provocarla.

Rosenman (1990) sigue presentando una concepción más acorde con la definición primera del PCTA. Define al PCTA como un complejo de acciones y emociones que comprende *disposiciones conductuales* tales como ambición, agresividad, competitividad e impaciencia, *conductas específicas* tales como tensión muscular, estado de alerta, un estilo de habla rápido y enfático y un ritmo de actividad acelerado y *respuestas emocionales* tales como irritación, hostilidad y un elevado potencial para la ira. Más recientemente, Rosenman (1996) refiere el conjunto de comportamientos llamado PCTA a la ansiedad. A su juicio, una ansiedad profundamente arraigada y disimulada es, a menudo, el principal factor subyacente en la tendencia coronaria del PCTA. Por otra parte, Rosenman piensa

¹ Universidad de La Laguna (España).

que hay muchas razones para considerar el estrés percibido como equivalente a la ansiedad (McReynolds, 1990; Winters, Ironson y Schneiderman, 1990; Lazarus, 1993). Friedman (1989) también había establecido la relación entre el PCTA y el estrés. Entre los componentes del PCTA, Rosenman (1991) concede una importancia fundamental a la competitividad. Para Rosenman la competitividad actúa como mediadora entre las conductas tipo A manifiestas y la ansiedad encubierta. Asocia la ansiedad encubierta a la inseguridad y al miedo a fallar, propia de los tipos A y diferente de la ansiedad asociada al neuroticismo. La hostilidad, que refleja un estilo personal antagónico, es otro componente del PCTA a la que Rosenman ha prestado gran importancia. Al mismo tiempo insiste en la necesidad de distinguirla de la hostilidad que mide la «Escala HO» de Cook y Medley (1954) extraída del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*. La Escala HO parece medir sospecha, cinismo y desconfianza cínica (Barefoot *et al.*, 1989; Costa *et al.*, 1986; Smith, 1992).

Desde una perspectiva psicológica que pretendiera evaluar y tratar el PCTA, parece que habría que atender a tres aspectos: 1. las disposiciones personales permanentes, 2. los desafíos y demandas que emanan de los distintos ambientes en que viven las personas y 3. las conductas o reacciones actuales que se manifiestan cuando los desafíos o demandas activan las disposiciones existentes.

Las disposiciones permanentes pueden concebirse como más o menos consolidadas. En caso de concebirlas como más consolidadas, se entendería que no necesitan de determinantes ambientales para manifestarse y que las personas con estas características actuarían regularmente conforme al estilo propio de los tipos A. En estos casos, podríamos asimilarlas a rasgos de personalidad que se manifiestan, generalmente, con independencia de las situaciones que viven las personas. Si las concebimos como menos consolidadas, serían asimilables a estilos de afrontamiento. Friedman y Rosenman parecen concebirlas, inicialmente, de forma más consolidada (Friedman y Rosenman, 1974). Más recientemente, Rosenman (1984) las concibe, claramente, como un estilo de comportamiento que se muestra de forma regular en función, no sólo de determinantes personales, sino que precisa para su manifestación determinadas situaciones o contextos.

Los contextos que provocan el PCTA no han sido precisados en detalle. En líneas generales, Rosenman (1986) insiste en el modelo de vida occidental como contexto especialmente elicitor del PCTA. De hecho, los estudios realizados con personas que no participan del estilo de vida occidental han mostrado una presencia menor del PCTA (Cohen *et al.*, 1979). Los contextos que provocan la conducta tipo A son muy variados y, por tanto, difíciles de determinar. Esto explicaría que, hasta ahora, no se hayan tomado en consideración a la hora de evaluar y tratar el PCTA.

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA MANIFESTACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A

Smith y Anderson (1986) y Smith (1989) han presentado tres modelos que pretenden explicar la manifestación del PCTA. Estos modelos reciben los nombres de mecanicista o de interacción estadística, biológico interactivo y transaccional o biopsicosocial interactivo.

II.1. *El modelo mecanicista o de interacción estadística,*

Este modelo mantiene que el PCTA se manifiesta, produciendo respuestas fisiológicas que pueden ser patógenas, sólo cuando las personas tipo A encuentran ciertas clases de situaciones. Conforme a este planteamiento, parece claro que Friedman y Rosenman, al menos en su formulación inicial, participan, a la hora de concebir la manifestación del PCTA, de este modelo de interacción mecanicista. Las conductas se manifiestan como reacción a las amenazas y desafíos ambientales. Las teorías que, dentro de este modelo, explican la dinámica de este comportamiento son variadas. Glass (1977) considera que el PCTA es, esencialmente, una respuesta de afrontamiento emitida para controlar las amenazas actuales o potenciales de pérdidas de control. Scherwitz (Scherwitz, Berton y Leventhal, 1978; Scherwitz y Canick, 1988) estima que las personas que muestran el PCTA se caracterizan por autoimplicarse más en las situaciones que las personas que no muestran este patrón de conducta. Matthews (Matthews y Siegel, 1982), por su parte, entiende que el PCTA es el resultado de conceder un gran valor a la productividad y al logro, combinado con criterios ambiguos para fijar los objetivos y los logros a alcanzar. Strube (1987) explica el PCTA como un intento activo de generar información diagnóstica sobre las habilidades, particularmente, en situaciones que provocan gran incertidumbre.

II.2. *El modelo de interacción biológica*

El modelo de interacción biológica propuesto por Krantz y las personas de su entorno (Krantz y Durel, 1983; Krantz *el al.*, 1982) puede considerarse una variante del modelo de interacción mecanicista. En este modelo, las conductas manifiestas y la reactividad fisiológica son vistas como coefectos de la misma causa, una predisposición situacionalmente activada con base en la propia constitución biológica caracterizada por la reactividad del sistema nervioso autonómico. Además, este acercamiento mantiene que la manifestación del PCTA refleja, en parte, una respuesta simpática excesiva a los estímulos estresantes ambientales (Krantz, Arabian, Davia y Parker, 1982). Una versión más radical de este modelo (Goldband, Katkin y Morell, 1979) considera el PCTA no como un coefecto sino como un índice poco preciso del grado de respuesta beta-adrenérgica.

II.3. *Los modelos transaccionales*

Estos modelos mantienen, como los modelos anteriores, que los desafíos y demandas provocan el PCTA en las personas predispuestas. Es probable, también, que tales factores situacionales refuercen y mantengan el PCTA. Sin embargo, en contraste con los modelos previos, en este modelo las personas tipo A no son vistas sólo como reactivas ante situaciones estresantes. Por el contrario, son vistas como generadoras de desafíos y demandas en su ambiente. El PCTA representa así un proceso continuo de comportamiento que genera y responde a desafíos y demandas. En este

caso, entendemos que las disposiciones personales a actuar de una forma determinada deben concebirse como más consolidadas, puesto que las conductas propias de los tipos A se emiten también en función de determinantes personales. Dentro de los modelos transaccionales, vamos a distinguir dos perspectivas según su énfasis en los determinantes sociales o biológicos de la conducta.

II.3.1. El modelo transaccional de aprendizaje cognitivo-social

La defensora de este modelo es Price (1982), una psicóloga que trabaja en colaboración con Friedman. Price considera que las conductas más propias de los tipos A se aprenden en el contexto social en que se mueven las personas y que los aprendizajes de conductas no se realizan sólo mediante procesos de aprendizaje vicario, sino que descansan fuertemente en las creencias y miedos que se favorecen en nuestra sociedad. Price señala tres creencias y sus miedos correspondientes que facilitan el desarrollo del PCTA: 1. la creencia de que uno debe probarse a sí mismo constantemente y el miedo a no tener el valor suficiente para hacerlo; 2. la creencia de que no existe un principio moral universal y el miedo de que el bien no prevalezca; 3. la creencia de que los recursos son escasos y el miedo de un abastecimiento insuficiente. Estas ideas han sido trabajadas con posterioridad por Burke (1984), Matteson, Ivancevich y Gamble (1987); Watkins, Ward y Southard (1987) y Watkins, Ward, Southard y Fisher (1992), aunque no disponen todavía del respaldo necesario. Ivancevich y Matteson (1988) presentan una variante del modelo interactivo de aprendizaje cognitivo social que podría situarse en el ya clásico esquema del neoconductismo mediacional y que puede ser útil a la hora de diseñar programas de tratamiento del PCTA. Una variante que insiste más en los componentes cognitivos y, en concreto, en el valor de las actitudes es el de Powell (1992).

II.3.2. El modelo interactivo biopsicosocial

Una primera exposición de este modelo fue realizada por Smith y Anderson (1986). Este modelo propone específicamente que las personas tipo A, en contraste con las personas tipo B, construyen un ambiente subjetiva y objetivamente desafiante y exigente, principalmente de cinco formas: 1. eligen participar en situaciones objetivamente más desafiantes y exigentes; 2. valoran una situación determinada como implicando más desafío o exigencia con independencia de sus características objetivas; 3. su conducta de afrontamiento cognitivo durante la realización de una tarea sirve para prolongar el contacto con los estímulos estresantes; 4. la expresión de las conductas tipo A provocan conductas desafiantes o de exigencia en otros individuos; 5. atienden selectivamente a la retroalimentación y evalúan su actuación de tal forma que, retrospectivamente, generan una visión más negativa del cumplimiento de sus metas e incrementan la necesidad de un esfuerzo agresivo posterior. El resultado final de estos procesos es una exposición prolongada a condiciones estimulares que previamente mostraron ser capaces de provocar tanto la conducta tipo A manifiesta como un incremento de la reactividad fisiológica.

III. EXPLICACIONES DEL RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA ASOCIADO A LA MANIFESTACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A

La importancia del PCTA para la psicología reside en su condición de conducta pro-no-coronaria. De modo que, por ejemplo, Roskies (1990), una investigadora experimentada en el campo del tratamiento del PCTA con personas sanas, se cuestiona continuar esta línea de investigación por no poder demostrar mediante ella la importancia del cambio conductual para la salud cardiocoronaria.

No nos centraremos en este apartado en la evidencia de la relación PCTA y cardiopatía coronaria (CC). Esta cuestión puede verse en Booth-Kewley y Friedman (1987), Haynes y Matthews (1988) y Del Pino (1993*a, b, c, d, e, f*). Nos interesa recordar las teorías que intentan explicar los procesos mediante los que se relacionan el PCTA y la CC porque, junto a la concepción que se tenga del PCTA, dichas teorías constituyen otro referente para diseñar programas orientados a modificar el PCTA en enfermos coronarios.

Suls y Rittenhouse (1990) agrupan las teorías que pretenden explicar la relación entre el PCTA y la CC en tres modelos no excluyentes entre sí. Smith (1992), refiriéndose sólo a la hostilidad, habla de cinco modelos. Nosotros los agrupamos en cuatro:

- a. *El modelo de hiperreactividad fisiológica.* Mantiene que ciertas personas, debido a rasgos particulares, responden con una reactividad fisiológica exagerada, de forma aguda o crónica, a los estímulos estresantes. Esta hipótesis es popular y se apoya en los trabajos de Contrada y Krantz (1988) y de Houston (1983), entre otros.
- b. *El modelo de predisposición constitucional.* Sostiene que las características de conducta y personalidad asociadas con el riesgo de enfermedad pueden ser simplemente indicadores de una debilidad física innata o anormalidad del organismo. Este modelo plantea la controvertida cuestión de la herencia de los rasgos de personalidad y el casi gratuito tema de que las disposiciones personales puedan ser indicadores de una condición física subyacente. Por otra parte, dicho modelo no es útil para fundamentar directamente programas de intervención psicológica.
- c. *El modelo de personalidad psicosocialmente vulnerable.* Mantiene que las características o rasgos de personalidad pueden conferir mayor riesgo de enfermedad porque exponen a los individuos a circunstancias que inherentemente comportan mayor riesgo. En el caso del PCTA las conductas de riesgo de CC pueden estar ligadas a:
 - una mayor *reactividad rutinaria* a situaciones estresantes anormalmente frecuentes. Smith y Frohm (1985) concluyen que las personas hostiles tienden a esperar lo peor de los otros y, en consecuencia, crean un entorno combativo y competitivo.

- Incurrir en *cargas o responsabilidades excesivas*, como, por ejemplo, ejercicio físico intenso o número excesivo de horas de trabajo. El efecto nocivo de esta sobrecarga física o laboral aparece con más claridad cuando va asociado a un cierto nivel de estrés (Verrier, DeSilva y Lown, 1983).
- d. *El modelo de conductas conducentes a la enfermedad*. Los modelos anteriores comparten la asunción de que los aspectos fisiológicos de la respuesta de estrés conforman la vía final común que relaciona al PCTA con la CC. Este modelo insiste en la importancia de las conductas mismas. Las conductas nocivas para la salud pueden ser de dos tipos:
- Realizar *conductas claramente peligrosas*, como comer y beber en exceso y fumar. A este respecto, es interesante saber que las personas tipo A se caracterizan por comer más carne roja y consumir más alcohol (Folsom et al, 1985) y, también, por fumar más (Shekelle, Schoenberger y Stamler, 1976).
 - *Descuidar conductas previsoras de la salud* como, por ejemplo, buscar ayuda médica. Carver, Coleman y Glass (1976), y Weidner y Matthews (1978) descubren en los tipos A una tendencia a quitar importancia a la gravedad de los síntomas físicos en condiciones de desafío y se ha sugerido que, por ello, los tipos A pueden negar sus primeros signos de ataque al corazón y, de ahí, ver incrementadas sus probabilidades de muerte.

IV. BASES EMPÍRICAS DE LA MODIFICACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y SUS EFECTOS SOBRE LA CARDIOPATÍA CORONARIA

En este apartado planteamos tres cuestiones que respondemos a partir del metaanálisis de Nunes, Frank y Kornfeld (1987). En dicho metaanálisis se recogen diez estudios realizados entre los años 1974 y 1985 con un total de 17 grupos de tratamiento compuestos en su mayor parte por varones con cardiopatía isquémica y edades comprendidas entre los 20 y 53 años. Las técnicas utilizadas se agrupan en ocho categorías: Educación sobre cardiopatía coronaria, Educación sobre el PCTA, Entrenamiento en relajación, Terapia de reestructuración cognitiva, Entrenamiento por medio de la imaginación en habilidades de afrontamiento, Práctica de las habilidades de afrontamiento bien mediante representación de papeles o bien en la vida real, Apoyo emocional en la atmósfera empática del grupo e Interpretación psicodinámica de los conflictos y motivos inconscientes del PCTA.

1. *¿Se puede modificar el PCTA?* Las dimensiones del efecto de cambio del PCTA en los distintos trabajos oscilan entre 0,02 y 1,27 con una media de 0,61. El intervalo de confianza del 95% para estos valores va de 0,41 a 0,81 ($p < 0,001$). Esto indica que, después del tratamiento, los participantes reducen sus puntuaciones en PCTA por encima de la mitad de una desviación típica comparados con el grupo de control. El número de estudios con resultados negativos necesarios para hacer nulos estos datos es de 35, por lo que puede concluirse, con un alto nivel de confianza, que el PCTA es modificable a partir de una serie de modalidades de tratamiento.

Los estudios tienen algunos problemas metodológicos derivados de la condición del grupo de control, del hecho de que en su mayor parte se utilicen autoinformes y de que algunas medidas del PCTA no sean predictores validados de la CC.

2. *¿Qué tratamiento es el más eficaz para modificar el PCTA?* La respuesta a esta pregunta se debe vertebrar del modo siguiente: *a.* ninguna modalidad simple de tratamiento se muestra eficaz para modificar el PCTA; *b.* existe una relación positiva entre la magnitud de la dimensión del efecto y el número de modalidades de tratamiento utilizadas en los programas; cuantas más modalidades de tratamiento mayor dimensión del efecto; *c.* la combinación de modalidades de tratamiento que alcanza una correlación más alta con la dimensión del efecto referida a la modificación del PCTA es la formada por un programa compuesto por una modalidad educativa sobre el PCTA y una terapia de reestructuración cognitiva.

La tónica general de los distintos estudios es de un éxito relativo, a pesar de utilizar técnicas muy variadas y períodos de intervención más o menos largos. Estos resultados pueden estar reflejando que aún queda por descubrir el agente eficaz de tratamiento y que hay que precisar los modelos teóricos en que se fundamentan las intervenciones. Podría también indicar que, como al intervenir de alguna forma sobre el PCTA se remarcan los efectos indeseables de tal patrón de conducta, las personas evaluadas tras el tratamiento mediante autoinformes tienden a negar la presencia del PCTA en su comportamiento.

3. *¿Existe relación entre la modificación del PCTA y la reducción de morbilidad/mortalidad debida a problemas coronarios?* El metaanálisis de referencia dispone de cuatro referentes consistentes para contestar a esta pregunta: mortalidad a un año, recurrencia del infarto de miocardio (IM) a un año, combinación de IM y mortalidad a un año y combinación de IM y mortalidad a tres años. La mortalidad a un año no alcanza un nivel de significación aceptable, mientras que la recurrencia de infartos a un año y la combinación de IM y muertes a un año alcanza el nivel de significación estándar, 0,05. Sin embargo, la combinación de IM y mortalidad a tres años alcanza un nivel de significación mucho más alto, 0,0001.

Cabe hacerse una pregunta adicional sobre el lugar que ocupa la intervención psicológica frente a la intervención médica en el tratamiento de la CC. Ketterev (1993) presenta los resultados de dos metaanálisis. La comparación de los resultados de ambos tipos de tratamiento presenta la dificultad de contar con muestras de características muy dispares y, para nuestro objetivo, que los tratamientos psicológicos no se orientan, necesariamente, a modificar el PCTA. La reducción del porcentaje de riesgo en los tratamientos psicológicos es del 39% para los IM no fatales y del 33% para las muertes por problemas de corazón. La eficacia de las intervenciones médicas se fundamenta en el metaanálisis de Yusuf, Wittes y Friedman (1988) y concluye que, con la posible excepción del uso de la aspirina en pacientes con angina inestable, los resultados de los tratamientos conductuales resultan superiores a cualquier forma de terapia médica.

Las valoraciones que hace Ketterev nos parecen prematuras por las limitaciones metodológicas que presentan los estudios recogidos en los metaanálisis y el procedimiento de metaanálisis utilizado. Sí nos atrevemos a decir que la aportación de los

tratamientos psicológicos no es desdeñable y que presenta la ventaja de no revestir riesgo alguno para la salud.

V. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MODIFICAR EL PCTA

V.1. *Justificación teórica y metodológica del tratamiento*

La presentación y explicación del PCTA y la referencia a los modelos que relacionan el PCTA y la CC han pretendido proyectar ideas sobre los posibles objetivos a alcanzar en una propuesta de intervención. Por otra parte, la exposición de la eficacia de los programas de este tipo ha perseguido llamar la atención sobre la importancia del tema que tratamos.

A la hora de justificar nuestro programa reconocemos que el trabajo de mayor impacto ha sido el que realizan Friedman y su grupo en San Francisco. El Recurrent Coronary Prevention Project (RCPP) ha marcado una línea clásica de intervención en la modificación del PCTA. Parte de lo realizado allí puede verse en la obra de Friedman y Ulmer (1984) *Treating Type A behavior and your heart*. Bracke y Thorsen (1996), componentes del equipo del proyecto, lo definen hoy por dos características principales: 1. ampliación hacia una perspectiva cognitivo-conductual, a la que se une un énfasis notorio en cuestiones existenciales, espirituales y filosóficas, y 2. reducción del tiempo que dura el tratamiento. Desde los cuatro años y medio que duraba al principio, hoy el tratamiento se reduce a un tiempo que va de nueve meses a dos años. La importancia de este trabajo y el hecho de haber visitado San Francisco para conocer *in situ* el Coronary/Cancer Prevention Project, nos hace deudores de esta influencia, sobre todo en la forma de proceder. Reconocemos también la influencia de los trabajos de Roskies (Roskies, 1987; Roskies *et al.*, 1979; Roskies *et al.*, 1986) desarrollados con personas sanas. Su programa parece fundarse en técnicas psicológicas más sólidas. Puede ser considerado como un programa de amplio espectro para afrontar el estrés.

Presentamos a continuación las ideas que, sobre la base de lo expuesto hasta aquí, orientan en concreto el programa diseñado por nosotros.

a. El programa se fundamenta en un modelo transaccional de explicación del PCTA, mientras que en el modelo de relación PCTA-CC no se excluye ninguna de las cuatro vías expuestas en el apartado III.

b. Los referentes teóricos amplios del RCPP y de los trabajos de Roskies y las conclusiones del trabajo de Nunes, Frank y Kornfeld (1987), nos impulsan a optar por un programa de amplio espectro.

c. El tratamiento es relativamente largo, 25 sesiones a desarrollar en un tiempo mínimo de seis meses y máximo de un año. Tenemos que ser conscientes de que nos enfrentamos con un estilo de vida consolidado a lo largo de muchos años, que invade todos los ámbitos de la vida del individuo y descansa en lo más profundo de la personalidad (Friedman, 1979). Nos parece demasiado optimista esperar un cambio con intervenciones cortas y ante un estilo de vida que, además, es reforzado por la sociedad occidental.

d. Los efectos del tratamiento se evalúan, entre otros instrumentos, mediante la Entrevista Estructurada, que permite no sólo valorar los contenidos de las respuestas sino también los estilos de respuesta. Por otro lado, es el instrumento que ha mostrado con más consistencia su relación con la CC. En su defecto, pueden utilizarse autoinformes contestados no sólo por los participantes, sino también por alguno de sus familiares próximos o por la/el esposa/o.

e. En caso de trabajar con enfermos coronarios, habría que considerar como variable dependiente del tratamiento la evolución de la CC, si es posible. Esta alternativa tiene el inconveniente de requerir períodos de seguimiento largos y muestras relativamente grandes para apreciar resultados significativos. Además, es necesario conocer con exactitud el estado inicial de la enfermedad y poder aislar los efectos de los distintos tratamientos médicos que se estén aplicando.

V.2. Estructura y contenido del programa

Se presenta la propuesta final de un programa desarrollado en Canarias durante cinco años (1992-1996) con enfermos coronarios.

V.2.1. Estructura del programa

El programa consta de 25 sesiones que se desarrollan en grupos de 12 personas como máximo y ocho como mínimo. La estructura grupal en el desarrollo del programa es esencial, porque facilita apoyo emocional y amistad a unos participantes que se caracterizan por su individualismo y escasa atención a los demás y, también, porque enriquece las alternativas posibles a los problemas que se plantean.

La frecuencia semanal de las reuniones parece la más adecuada. La duración total sería de seis meses. Un formato alternativo para participantes con problemas de asistencia podría ser realizar las trece primeras sesiones con una frecuencia semanal, durante los tres primeros meses, y las doce siguientes, a lo largo de seis meses, con una frecuencia quincenal. Las reuniones de frecuencia semanal iniciales son necesarias para facilitar la cohesión del grupo. La duración de las sesiones es de 90 minutos.

Para la comprensión del programa íntegro se requiere que los participantes tengan un nivel cultural mínimo: antiguo bachillerato o cultura urbana. Si, por alguna razón, hubiera que trabajar con personas sin estudios o cultura rural, se recomienda desarrollar sólo el contenido de las trece primeras sesiones y dedicar más tiempo a cada una de ellas.

El líder del grupo es un componente importantísimo del programa. Friedman cuenta con un grupo amplio y muy experimentado de terapeutas. En nuestro caso, la mayoría de los grupos fueron dirigidos por el autor del presente trabajo. Cuando un grupo de psicólogos, que previamente habían asistido a las reuniones de grupo durante todo un año, los dirigieron, se produjeron numerosos abandonos. Incluso se llegó a tener que dar por finalizado el curso antes de tiempo. Por ello recogemos las cualidades que debe reunir un líder de grupo eficaz, según Friedman (1996): *a.* buen criterio y erudición; *b.* integridad de carácter; *c.* capacidad de querer y sentir afecto por los participantes del gru-

po; *d.* ausencia total de hostilidad y control consciente del componente del PCTA “urgencia del tiempo”; *e.* posesión de una formación en humanidades de buena a excelente; *f.* capacidad de engendrar entusiasmo en los participantes del grupo; *g.* habilidad para mantener el funcionamiento correcto del grupo.

V.2.2. Contenido del programa

V.2.2.1. *Parte primera: Introducción al programa*

Sesión 1: Presentación y evaluación de los asistentes

Se da la bienvenida a los participantes y el terapeuta se presenta ante el grupo, insistiendo, sobre todo, en los títulos y experiencia que le avalan para impartir el curso.

Se explica que van a participar en el programa porque tienen algún problema de corazón (aspecto negativo) y porque han comprendido que, en la respuesta que tienen que dar a su enfermedad, ellos tienen algo que hacer, algo muy importante para aumentar su bienestar personal y su calidad de vida.

Se presenta el *objetivo general* del curso, cómo conseguir el control de su propia conducta, y la *tarea de los participantes*, esforzarse en hacerlo realidad.

Tras las presentaciones del terapeuta y del curso, se da la oportunidad a los asistentes para presentarse ellos mismos y manifestar por qué han decidido asistir al programa y qué esperan conseguir de él.

Finalmente, se procede a la evaluación inicial de los participantes. Se entregan los cuestionarios para que los contesten y se lleva a cabo la Entrevista Estructurada en un espacio adecuado.

Sesión 2: Enfermedad coronaria y patrón de conducta Tipo A

Se entrega el guión² y se explica el tema 1, «La enfermedad coronaria», insistiendo en los muchos factores que inciden en ella. La exposición se centra en la importancia que tiene la propia conducta en la incidencia, progresión y recuperación de la enfermedad coronaria.

Al final, se entrega un cuestionario (Tarea para casa-1; TC 1), sobre los aspectos centrales de la charla para que lo contesten en casa y se insiste en la importancia de realizar estas tareas a lo largo del programa.

Sesión 3: Nuestro modelo de intervención

Revisión de la tarea para casa y aclaración de los conceptos que sean precisos. Se explica el tema 2, «Objetivos del programa», insistiendo en la necesidad de que aprendan a controlar su conducta para que se reduzca, así, su nivel de activación fisiológica y en que adopten una nueva filosofía de vida para vivir una vez que se saben en-

² Cada tema tiene un guión que se da a los participantes antes de explicarlo. Como es una rutina habitual, en lo sucesivo no haremos mención de esta entrega.

fermos. Se insiste también en que participen activamente y realicen las tareas para casa que se vayan indicando.

Se explica cómo están conectadas las diferentes partes del programa total y, en especial, la primera y segunda parte: conocer los niveles de tensión-activación con que viven y las técnicas más elementales para hacerle frente. Éste es un buen momento del curso para firmar un contrato de contingencias, si se cree conveniente. Los miembros del grupo se comprometerían a comenzar y finalizar las sesiones a tiempo, a asistir a todas ellas y a realizar las tareas para casa que se les asignen. Igualmente, es un momento adecuado para ajustar los días y horas de reunión y acordar el calendario de sesiones.

En el último cuarto de hora se entrega una hoja de registro (TC 2), «Registro de la tensión diaria», que se rellena con ejemplos sacados de su posible experiencia y luego se explican. Se entrega también una hoja de registro sin rellenar con el fin de que hagan una fotocopia para cada día de la semana y sobre ella realicen la tarea³.

V.2.2.2. *Parte segunda: Control de la tensión*

MÓDULO PRIMERO: CONTROL DE LA TENSIÓN FÍSICA

Sesión 4: Modificación de la tensión física

Se revisa la TC 2 y, a partir de los ejemplos que hayan aparecido, se habla de las múltiples manifestaciones (física, conductual, cognitiva y emocional) de la tensión y cómo cada persona tiene órganos o sistemas en que la tensión se manifiesta especialmente. Se recogen, en ésta y en todas las ocasiones, las tareas para casa con el propósito de revisarlas y conocer los progresos y problemas de cada miembro del grupo. Al hacerlo así, también reforzamos el mensaje de que las tareas para casa son importantes.

Se presenta el tema 3, «Autocontrol de la tensión física mediante la relajación». Elegimos comenzar por este tema porque trabajando sobre las tensiones físicas se logran beneficios más perceptibles y rápidos. Se enseña a practicar la relajación muscular progresiva. Se entrega una cinta de casete con los ejercicios de relajación y se practica en grupo o se modela, si hay dificultades de comprensión, el primer ejercicio “relajación de los brazos”. Tras la sesión, se da retroalimentación sobre los ejercicios practicados.

Se entrega y se explica cómo rellenar la TC 3, «Práctica de la relajación».

MÓDULO SEGUNDO: MODIFICACIÓN DE LA TENSIÓN CONDUCTUAL

Sesión 5: Conocimiento de la tensión conductual

Se revisa la relajación en casa (TC 3). Se insiste en conocer cómo, dónde y cuándo se practica y se recalca que no quede nadie sin hacer la relajación. Se incide especialmente en los beneficios percibidos: el cambio en los estados de tensión corpo-

³ Para cada tarea para casa que se indica, se entrega a los participantes una hoja con ejemplos y otra en blanco para rellenarla. En el Apéndice se presenta un ejemplo correspondiente a la TC 3, que pretende enseñar a controlar la tensión conductual en situaciones diversas. Este es un procedimiento habitual del programa, al que en adelante no haremos referencia.

ral y el incremento del conocimiento de las variaciones diarias de los niveles de tensión física.

La segunda parte se dedica a presentar de la forma descrita en la sesión anterior, que es la habitual, los ejercicios de relajación correspondientes a la semana, “relajación de la cabeza”.

En la tercera parte se presenta la TC 4, «Conocimiento de la tensión conductual». Se registra dónde y cómo se presenta, como paso previo para enseñar a controlarla.

Sesión 6: Técnicas para controlar la tensión conductual

Revisión de la tarea para casa, «Conocimiento de los signos de tensión conductual», y de los ejercicios de relajación. En este punto del programa, el grupo no está todavía preparado para enfrentarse con ejemplos de conductas extremas. El énfasis debe situarse en conductas inocuas relacionadas con la urgencia del tiempo o impaciencia. No hacer uso tampoco de las tensiones conductuales que puedan verse en las reuniones. Para los miembros del grupo puede ser extremadamente amenazante ver cómo su conducta está siendo observada y comentada por el terapeuta.

Exposición del tema 4 en el que se explica que la tensión conductual es necesaria en determinadas situaciones. Sin embargo, la tensión automática y estereotipada es dañina. Se presentan estrategias de autocontrol y asertividad adecuadas a las situaciones más comunes para que puedan manejar la tensión conductual.

Finalmente, se presenta la TC 5 en la que se sugiere poner en práctica las técnicas para controlar la tensión conductual. Se hace hincapié en las condiciones que debe reunir una buena conducta a modificar y se ofrecen alternativas (p. ej., hablar, comer o caminar despacio).

Como tarea de relajación, se les indica que repitan los ejercicios 1 y 2 de la cinta de relajación, más el 3 “relajación del tronco”. Este último ejercicio se practica o modela en esta sesión.

Sesión 7: Técnicas para afrontar conductas tensas variadas

Se revisa la relajación practicada en casa. Se comenta la tarea para casa y nos detenemos en los logros en el control conductual. Se insiste en que el éxito no es un fenómeno de todo o nada, sino que se consigue a través de muchos pasos graduales hacia la meta pretendida. No es realista querer transformar en una semana patrones de conducta que se han ido gestando a lo largo de treinta o más años.

Se introduce la TC 6 que pretende enseñar a controlar la tensión conductual en situaciones variadas. No se trata de que los participantes superen todas las ocurrencias de conducta tensa. Puede ser suficiente con que los participantes controlen su tensión conductual en tres o cuatro ocasiones a lo largo de un día. Hay que transmitirles que los cambios se producen gradualmente. Se presenta el cuarto ejercicio de relajación, “relajación de las piernas”.

Sesión 8: Modificación de la urgencia del tiempo

Revisión de los ejercicios de relajación. Si se informa, como es de esperar, que no hay problemas senos con la relajación, se les inicia en un procedimiento breve de relajación con el que en lo sucesivo van a comenzar cada día de reunión.

Se revisa la TC 6 insistiendo en lo reseñado en el punto anterior y se expone el tema 5, «Urgencia del tiempo». Se hace notar que no se introduce ningún material nuevo, simplemente se busca consolidar un aprendizaje previo y referirlo a una categoría de conductas propia del PCTA. Se entrega y explica la TC 7, «Modificación de la urgencia del tiempo».

MÓDULO TERCERO MODIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

La excesiva reactividad fisiológica de los tipos A puede provenir también de la tendencia a percibir amenazas y desafíos en situaciones en que otras personas no los perciben. De aquí este módulo.

En este momento del programa, suele haber cambiado la dinámica del grupo. Empiezan a exponerse problemas personales de cierta envergadura que pueden ser atendidos si no impiden sacar adelante el contenido de cada sesión. Por otro lado, es tiempo de que el terapeuta disminuya lentamente su papel activo y permita que las interacciones de los miembros del grupo adquieran mayor relevancia. Los miembros del grupo han comenzado a conocerse entre sí y comienzan a ser más activos en animarse o en ofrecer sugerencias. Puede, incluso, que aparezca cierta competitividad y hostilidad dentro del grupo y es importante que el terapeuta las controle con cuidado.

Sesión 9: Creencias y pensamientos distorsionados

Práctica de la relajación breve y comentarios de los ejercicios de relajación practicados en casa. Revisión de los ejercicios de control de la urgencia del tiempo.

Comienza el trabajo para modificar las creencias y pensamientos disfuncionales siguiendo el procedimiento usual en este programa, incrementando el conocimiento sobre cuándo y cómo ocurren. Para facilitarles esta tarea, se asigna para hacer en casa la TC 8, «Toma de conciencia de los propios pensamientos».

Sesión 10: Pensar productivamente

Práctica de la relajación breve, que puede empezar a dirigir un miembro del grupo. Inmediatamente después, se revisa la TC 8. Ante esta tarea menos tangible, muchos miembros del grupo se quejan de su falta de habilidad para detectar sus diálogos internos. Se les tranquiliza comunicando que éste es un problema muy común. Nuestros pensamientos o diálogos internos son tan automáticos que es posible que ni tengamos conciencia de ellos.

A continuación se expone el tema 6, «Pensar productivamente», en que se plantean algunos ejemplos de creencias y procesos de pensamiento que llevan a incrementar la tensión y el malestar. Creencias muy especiales para los tipos A son la necesidad de moverse en un mundo perfecto, un criterio de evaluación de todo o nada

y la fantasía de que todo el mundo debe pensar y ser como uno mismo. Estas creencias deben modificarse porque no son productivas, nos llevan a un uso ineficaz de la propia energía y porque, además, nos hacen infelices. Otra razón para modificar los pensamientos es ganar control sobre la situación.

Las técnicas y procedimientos para modificar los pensamientos irracionales son las propias de la Terapia Racional Emotivo Conductual, de Ellis. Debe quedar claro que, en la medida en que se admita como una parte normal de la vida la existencia de puntos de vista, intereses y necesidades diferentes, es menos probable que interpretemos cualquier oposición como un ataque personal.

Presentación de la TC 9, «Cambio de los pensamientos no productivos». Se insiste en practicar en casa la relajación breve.

MÓDULO CUARTO: MODIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES NOCIVAS

Friedman asocia el tratamiento de la hostilidad a carencias afectivas profundas y lejanas en el tiempo. Nosotros preferimos actuar sobre la expresión de ira, la hostilidad y la frustración modificando los pensamientos que la preceden y enseñando a los participantes a expresar verbalmente sus deseos y necesidades sin alterarse emocionalmente. La lógica del tratamiento va a ser, pues, conocer los pensamientos que nos llevan a expresarnos con ira y que alimentan nuestra hostilidad y frustración e insistir en comportarse con asertividad. La atención que presta el terapeuta a que los participantes expresen verbalmente sus deseos y necesidades ayuda a que distingan entre conducta controlada y conducta reprimida. El objeto de este programa no es eliminar toda expresión de ira, sino, más bien, permitir a las personas que elijan conscientemente cuándo y cómo mostrarse airados.

Sesión 11: Reducir la ira-hostilidad

Relajación breve en grupo y revisión de la TC 9, «Cambio de los pensamientos no productivos».

Exposición del tema 7, «La expresión de ira y la hostilidad». Se presenta ésta como la característica central y más nociva del PCTA y se explica en el contexto de un modelo transaccional. No siempre somos víctimas de la hostilidad de los otros, sino que también nosotros la creamos. Para motivar al cambio hay que poner el énfasis en el daño que les hace una actitud hostil y la expresión de ira. Ambas van acompañadas de un incremento en la presión sanguínea, en la tasa cardíaca y en el nivel de adrenalina. Por otro lado es muy probable que dañe a largo plazo sus relaciones familiares, laborales y de amistad. En esta exposición y trabajo posterior, el terapeuta necesita considerable habilidad para rechazar la conducta sin que al mismo tiempo parezca que rechaza a la persona hostil.

Presentación de la TC 10, «Cambio de los pensamientos y conductas simultáneamente». Uno de los objetivos de esta combinación es demostrar cómo un mayor control de las emociones, gracias a unos pensamientos más productivos, permite iniciar acciones más eficaces.

Sesión 12: Reducir la frustración

Relajación breve y revisión de la TC 10. El terapeuta debe interesarse por los cambios en la conducta modificada y por el impacto de este cambio sobre la eficacia de la persona para controlar la situación. Se trata de transmitir que el reducir los exabruptos no disminuye la propia eficacia y que, por el contrario, salvaguarda la salud personal.

Presentación de la TC 11, «Afrontamiento de la frustración». Mediante esta tarea se pretende hacer explícito lo que previamente había sido implícito. La frustración despierta la mayor parte de la agresividad y hostilidad característica de los tipos A. Es habitual que los tipos A, con un fuerte impulso hacia el logro, el perfeccionismo, la impaciencia y una alta reactividad del sistema nervioso, lleguen a estar frustrados con frecuencia, bien por un conflicto de intereses con los otros, bien porque la vida presenta situaciones necesariamente frustrantes. Se sugiere que distingan las situaciones que pueden cambiarse de las que no permiten ningún cambio. Para las primeras se ejemplifican modelos de afrontamiento activo, que deben utilizarse tan pronto como se detecten los primeros signos de frustración. Para las situaciones necesariamente frustrantes, no cabe sino modificar nuestras reacciones ante ellas, practicando un afrontamiento pasivo. Hay que advertir que esta solución no supone admitir una debilidad o pobreza en la respuesta, sino tener la sabiduría de comprender la naturaleza de las situaciones.

Sesión 13: Coronando el control de la tensión

Relajación breve y revisión de la TC 11. Se trasmite la idea de que el objetivo al afrontar la frustración no es luchar hasta llegar al límite de los recursos propios, sino hacer frente a cada situación de la mejor manera posible.

El terapeuta debe tener claro que debe motivar al cambio y, para ello, tiene que eliminarse la tendencia a ver los aspectos negativos del comportamiento más que los logros alcanzados.

Con la revisión de esta tarea se termina el módulo cuarto y la segunda parte del programa. El grupo debe estar ya estructurado como tal y ya se deben dejar ver los cambios individuales.

Comentario final a la parte segunda

El contenido de la segunda parte del curso es, por naturaleza, serio, pero el formato en que se presenta no debe serlo. El objetivo en que se mueve este módulo es sustituir la posición ante el mundo de los participantes por un acercamiento más flexible, tolerante y pragmático ante las situaciones de tensión de la vida diaria. Un corolario de este acentuado pragmatismo es la habilidad para ver las situaciones de conflicto en términos de coste-beneficio en vez de correcto-incorrecto.

La sesión 13 da por finalizado el contenido más elemental del programa y, para personas menos preparadas, con las necesarias adaptaciones, podría constituir todo el programa a desarrollar. Por ello, la sesión termina sin indicar tareas para casa.

V.2.2.3. *Parte tercera: Control del estrés*

En esta parte, se progresa contemplando, de forma conjunta, las manifestaciones físicas, conductuales, cognitivas y emocionales que de hecho tienen lugar en una situación tensa o estresante. Se avanza también al insistir en la importancia de tener una habilidad y saber utilizarla para resolver airoosamente las situaciones de la vida diaria.

Sesión 14: Presentación del estrés

Relajación breve y exposición del tema 8, «El estrés». Al final se entrega la TC 12, «Conocimiento de los desencadenantes de estrés».

Sesión 15: Reconocimiento de los disparadores de estrés

Relajación breve y revisión de la TC 12. Cuando los miembros de un grupo relatan los desencadenantes de estrés de sus vidas catalogándolos de previsibles e imprevisibles, el terapeuta debe saber distinguir lo relevante de lo irrelevante. En el caso de que se presente una situación de infelicidad, no se deben utilizar unas sesiones dedicadas al afrontamiento del estrés para trivializar sobre las situaciones vitales de los miembros del grupo. Tiene que quedar claro que este programa no va orientado a hacer frente a grandes crisis vitales. Al final, se presenta la TC 13, «Conocimiento y gradación de los desencadenantes de estrés».

Sesión 16: Afrontamiento de una situación concreta de estrés

Relajación breve y revisión de la tarea. Exposición del tema 9, «Aprender a planificarse para el estrés». En la exposición, se distingue entre la planificación para objetivos a corto y largo plazo. Finaliza la sesión presentando la TC 14, «Cómo hacer frente con éxito a una situación predecible de estrés». Para conseguir el éxito, la planificación debe ser concreta (cuándo, dónde y con quién se presenta), distinguir distintas fases temporales en los episodios de estrés (antes, durante y después del mismo) y saber utilizar distintas estrategias de afrontamiento para cada una de ellas. Finalmente, se les indica que evalúen la situación huyendo de calificaciones maximalistas de todo o nada propias de los tipos A. Hay que resaltar que los patrones de conducta consolidados no son fáciles de cambiar y que incluso un pequeño cambio representa una victoria importante.

Sesión 17: El afrontamiento del estrés como un estilo general de afrontamiento

Relajación breve y revisión de la TC 14. La mayor parte del tiempo debe dedicarse a las experiencias de éxito, aunque hay que atender también a quienes crean que han fallado. Los esfuerzos que no han tenido éxito pueden ser muy instructivos.

Presentación de la TC 15 que pretende generalizar las habilidades de afrontamiento de los participantes.

Sesión 18: Afrontamiento de las situaciones de estrés imprevistas o de las emergencias

Ejercicios de relajación y revisión de la TC 15. El núcleo de la sesión es presentar el tema 10, «Manejo de las situaciones de emergencia» y la TC 16.

Con el fin de establecer frenos eficaces a las situaciones de emergencia, los participantes deben reconocer los primeros signos de elevación de la tensión y, después, tener disponible un mecanismo eficaz para detenerla. La naturaleza específica del mecanismo de detención no es tan importante como la regularidad en su uso, de modo que el procedimiento debe parecer automático.

Comentarios finales a la parte tercera

Comparada con las secciones previas, el trabajo de aprender a aplicar las habilidades de afrontamiento del estrés puede parecer lento. En general, estas sesiones a mitad del programa tienden a ser más relajadas que las primeras. Ahora, los miembros del grupo tienen, al menos, una cierta complicidad entre sí. Para personas acostumbradas a relacionarse con los otros sólo de forma competitiva, el aprendizaje implícito de compartir debilidades humanas sin explotarlas puede ser una lección tan importante como el contenido explícito del programa.

V.2.2.4. Parte cuarta: Planificarse para disfrutar

Puede parecer paradójico incluir un apartado dedicado a planificar el placer en un programa centrado en manejar la tensión, pero hay que tener claro que aprender a satisfacer las necesidades personales es un primer paso para reducir la tensión y el estrés de la vida diaria.

La inclusión de este aspecto del programa descansa en la experiencia clínica. Conocer a los participantes en este tipo de programas lleva a descubrir lo poco que disfrutaban en su vida, de modo que tiene sentido preguntarse si sus explosiones de agresión e irritación no serán el resultado de una falta de gratificaciones más que de un exceso de estrés. En dichas observaciones descansa este apartado.

Sesión 19: Planificación del placer

Relajación breve y revisión de la TC 16. Con ello se dan por terminados los aspectos de lucha directa contra el estrés. Presentación de la TC 17, «Hoja de balance psicológico», en la que se recoge la frecuencia de los acontecimientos valorados como gratificantes, su descripción y su intensidad.

Sesión 20: Aprender a programar el placer

Relajación breve y revisión de la TC 17. Exposición del tema 11, «Aprender a programar el placer». Nuestra experiencia es que exponer la lógica para incrementar el placer requiere casi tanto esfuerzo como la que se necesitó para exponer la reducción de la tensión o el afrontamiento del estrés. Muchos participantes se molestan

porque el placer pueda interferir con las obligaciones y la productividad. El tiempo pasado en las actividades queridas, en contraste con el tiempo dedicado a los deberes, despierta una culpabilidad considerable, como si los individuos estuvieran dilapidando el tiempo que legítimamente pertenece al trabajo y a las obligaciones familiares.

La forma más eficaz para neutralizar estas creencias fuertemente implantadas es centrarse en los lazos entre placer y eficacia personal. El logro requiere gasto de energía y un administrador de recursos con una visión amplia debe planificar también la recuperación de esta energía. El proceso se desarrolla conforme al modelo de entrenamiento en la solución de problemas.

Presentación de la TC 18 en la que se pide a los participantes que aporten las actividades que han encontrado agradables en el pasado o que ellos piensan que pueden ser fuentes de placer en el momento actual.

Sesión 21: Hacer que los deseos se hagan realidad

Relajación y revisión de la TC 18. Hay que evitar que los participantes se dejen guiar y censurar por las sugerencias expresadas en la hoja de ejemplos. Cuando se ponen en común deseos realmente propios, hay una sensación general de complicidad al ver que los deseos propios son participados por muchos otros.

Tras la discusión de la lista de deseos, se pide a los participantes que vuelvan a ella para graduar el placer que puede producir cada deseo y la posibilidad de que sean llevados a la práctica. La tarea siguiente es escoger la actividad que ofrezca la mejor relación placer-coste. La actividad elegida se convierte en el objetivo-meta que se planifica en la TC 19).

Sesión 22. Estrés y reequilibrio personal

Relajación breve y revisión del desarrollo del plan para hacer realidad los deseos.

Optar por la vía de proporcionarse una gratificación considerable suele implicar una demora en la gratificación. Para recuperarse de los déficit de gratificación, se propone en la TC 20 concederse cada día pequeñas gratificaciones. Aprovechar un traslado en coche para oír una buena cinta de música o, tras un período agudo de estrés, permitirse una buena recuperación física y mental, pueden ser ejemplos a sugerir. Friedman asigna de forma regular una actividad para cada día de la semana.

Comentarios finales a la parte cuarta

Al aprender a planificar y maximizar el placer, los participantes cierran un círculo. Las personas tipo A normalmente entran en el programa buscando una mayor capacidad para controlar a las personas y situaciones de su ambiente. Durante el programa aprenden que los deseos de controlarlo todo son irrealizables, porque las tensiones diarias son inevitables y no queda otra solución que aprender a hacerles frente lo mejor que se sepa. Sin embargo, paradójicamente, la renuncia a la fantasía de una omnipotencia mágica da lugar a un mejor control del ambiente. Este mejor control puede producirse porque han aprendido a fijarse objetivos más realistas o, también, porque la mejora en el rango y flexibilidad en las estrategias de afronta-

miento permite incrementar significativamente las posibilidades de impactar en el mundo que les rodea. Uno puede continuar soñando sueños imposibles pero, mientras tanto, puede aprender a alcanzar y gozar del arte de lo posible.

V.2.2.5. *Parte quinta: El cambio de estilo de vida, un objetivo para toda la vida*

La sección final de este programa tiene que ver con cuestiones implicadas en el mantenimiento del cambio de conducta. Hay tres aspectos principales que atender: 1. Desmitificar el origen del cambio de conducta y hacer atribuciones correctas del origen del mismo. 2. Afrontar las reacciones del medio a los cambios de estilo de afrontamiento. 3. Prepararse para los errores o fallos en la puesta en práctica de los hábitos recientemente adquiridos.

Sesión 23: Entender y mantener el cambio

Relajación breve y revisión de la TC 20. Exposición del tema 12, «Entender y mantener el cambio». Se insiste en que haber cambiado los estilos de vida y de afrontamiento durante el desarrollo del programa no es suficiente para mantenerlos. Además, deben atribuir el cambio a sí mismos y no a la influencia externa del terapeuta. Por otro lado se explica que un cambio, en un miembro del sistema social que es la familia o el lugar de trabajo, comporta un reajuste de todo el sistema. Este reajuste va a suponer cambios en la conducta de otro miembro, la esposa por ejemplo, o presión de todo el sistema sobre él mismo para que siga cumpliendo determinadas funciones. Mantenerse en el cambio va a requerir resistir las presiones que se ejerzan para que vuelva a retomar su antiguo rol. Una vía de afrontamiento puede ser sugerir a los participantes que practiquen las habilidades de comunicación y expresión de los propios deseos. Se presenta y explica la TC 21, «Mantenerse en el cambio».

Sesión 24: Prevenir las recaídas

Relajación breve y revisión de la TC 21. Exposición del tema 13, «Prevenir la recaída». Es probable que la recaída sea la regla y no la excepción. Prevenir las recaídas requiere atender dos objetivos principales: 1. anticipar y prevenir la ocurrencia de una recaída después de la iniciación de un cambio de hábitos, y 2. ayudar a los individuos a recuperarse de un resbalón antes de que se convierta en una recaída plena. El trabajo orientado a conseguir el primer objetivo requiere consolidar: *a.* el conocimiento de las situaciones de alto riesgo, *b.* el desarrollo de estrategias para manejar este tipo de situaciones, y *c.* estrategias para evaluar y afrontar las recaídas que ocurran. La consecución del segundo objetivo puede depender de que aprendan a valorar los fallos como experiencias que les enseñan que deben estar más atentos y ser más inteligentes. Si los problemas persistieran habría que seguir investigando y, en algunos casos, buscar la ayuda de un profesional. Esto no es admitir un fallo. Al contrario, es un signo de que el individuo es más consciente de sus reacciones de estrés y de saber distinguir entre las que puede resolver por sí mismo y las que requieren la ayuda de otros para su solución. Se entrega la TC 22, «Prevenir las recaídas».

Sesión 25: Valoración final

Con la sesión 25, en la que se revisa la TC 22, termina formalmente el programa y se evalúan los resultados mediante el mismo procedimiento del primer día. Es de utilidad, para la marcha de otros grupos que vengan posteriormente, pasar un cuestionario donde puedan comunicar los aspectos del programa más satisfactorios, prácticos y comprensibles, así como los aspectos y temas que resultaron difíciles, molestos o incomprensibles. Es de ayuda también que puedan hacer las sugerencias que crean oportunas.

VI. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

Marcarse como objetivo modificar el PCTA presenta el posible contrasentido de querer modificar un estilo de afrontar la vida que conduce al éxito social. Por ello, Roskies (1990) se pregunta dónde vamos por esta vía, y Bennett (1994), si debemos intervenir para modificar el PCTA. Una respuesta a estas preguntas puede ser que, dado que el PCTA no figura como trastorno psicopatológico, parece más prudente dedicarse a modificar el PCTA en pacientes que presenten cardiopatía coronaria manifiesta. Pretender trabajar con personas sanas en nuestro país no parece que pueda trascender los límites de tiempo marcados por un proyecto de investigación o una tesis doctoral. Trabajar con enfermos coronarios, por el contrario, está siendo cada vez más una demanda social y profesional que, como concluye Bennett, está justificada. La justificación descansa en la reducción de recurrencia de episodios coronarios, como puso de manifiesto el RCPP, y en el análisis de la relación coste-beneficio favorable a la práctica de los tratamientos psicológicos, como puso de manifiesto Ketterev (1993) y como recogen Bracke y Thoresen (1996) al compararlo con el "bypass" coronario, la angioplastia y la medicación de larga duración. Por otro lado, la presencia de psicólogos en los programas de rehabilitación cardíaca comprensiva es una constante generalmente bien valorada.

El diseño y desarrollo de los programas orientados a modificar el PCTA tiene que tener en cuenta la evolución que se va produciendo en la concepción del constructo. Hay que tener muy presente que el PCTA abarca una amplia serie de patrones individuales que son promovidos, precipitados y mantenidos por muchos y muy variados factores culturales, evolutivos y existenciales. El PCTA no debe concebirse ni tratarse como si fuera un patrón uniforme en sus manifestaciones típicas, ni pensar que sus distintos componentes se muestran con la misma intensidad en una persona. La urgencia del tiempo, la competitividad y la ira-hostilidad presentan variaciones notorias intra y entre personas en grado e intensidad. Hay diferencias también en las situaciones capaces de provocar estas respuestas. Si a esto, añadimos el impacto que ejerce sobre dichas manifestaciones la edad, el sexo, el estatus socio-económico y el nivel educativo, queda clara la necesidad de diseñar programas orientados a modificar el PCTA que se ajusten a las características de los distintos países e, incluso, regiones. Esto no impide que la orientación general y los objetivos finales de estos programas coincidan y que las técnicas utilizadas sean muy similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barefoot, J. C., Dodge, K. A., Peterson, B. L., Dahlstrom, W. G. y Williams, Jr. R. B. (1989). The Cook-Medley Hostility Scale: Item content and ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*, 51, 46-57.
- Bennett, P. (1994) Should we intervene to modify Type A Behaviours in patients with manifest heart disease. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 125-146.
- Booth-Kewley, S. y Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.
- Bracke, P. E. y Thoresen, C. E. (1996). Reducing Type A behavior patterns: A structured-group approach. En R. Allan y S. Scheidt (dirs.), Heart & Mind. *The practice of cardiac psychology*. Washington, DC: APA.
- Burke, R.J. (1984). Beliefs and fears underlying type A behaviour. *Psychological Reports*, 54, 655-662.
- Carver, C. S., Coleman, A. E. y Glass, I. C. (1976). The coronary-prone behavior pattern and the suppression of fatigue on a treadmill test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33. 460-466.
- Cohen, J. H., Syme, S. L., Jenkins, C. D., Kagan, A. y Zyzanski, S. J. (1979). Cultural context of type A behavior and risk for CHD: A study of Japanese American males. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 375-384.
- Contrada, R. J. y Krantz, D. S. (1988). Stress, reactivity, and type A behavior Current status and future directions. *Annals of Behavioral Medicine*, 10, 64-70.
- Cook, W- y Medley, D. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue, scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.
- Costa, P. T., Zonderman, A. B., McCrae, R. R. y Williams, R. B. (1986). Cynicism and paranoid alienation in the Cook and Meadley HO scale. *Psychosomatic Medicine*, 48, 283-285.
- Folsom, A. R., Hughes, J. R., Buehler, J., Mittelmark, M. B., Jacobs, Jr., D. R. y Grimm, Jr., R. H. (1985). Do type A men drink more frequently than type B men? Findings in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 227-236.
- Friedman, M. (1979). The modification of Type A behavior in post-infarction patients. *American Heart Journal*, 97, 551-560.
- Friedman, M. (1989). Diagnosis and treatment of type A behavior as a medical disorder. *Primary Cardiology*, 15, 68-77.
- Friedman, M. (1996), *Type A behavior: Its diagnosis and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Friedman, M. y Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Friedman, M. y Ulmer, D. (1984). *Treating type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Glass, D. C. (1977). *Stress behavior patterns and coronary disease*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Goldband, S., Katkin, E. S. y Morell, M. A. (1979). Personality and cardiovascular disorders: Steps toward demystification. En C. Spielberger y I. Sarason (dirs.), *Stress and anxiety*, vol. 6. Washington, DC: Hemisphere.
- Haynes, S. G y Matthews, K. A. (1988). The association of type A behavior with cardiovascular disease. Update and critical review. En B. K. Houston y C. R. Snyder (dirs.), *Type A behavior pattern*. Research, theory and intervention. Nueva York: Wiley.
- Houston, B. K. (1983). Psychophysiological responsitivity and the type A behavior pattern. *Journal of Research in Personality*, 17, 22-39.
- Ivancevich, J. M. y Matteson, M. T. (1988). Type A behavior and the healthy individual. *The British Journal of Medical Psychology*, 61, 37-56.

- Ketterev, M W. (1993). Secondary prevention of ischemic heart disease. The case of aggressive behavioral monitoring and intervention. *Psychosomatics*, 34, 478-484.
- Kramz, D. S., Arabian, J. M., Davia, J. E. y Parker, J. S. (1982). Type A behavior and coronary artery bypass surgery: Intraoperative blood pressure and perioperative complications. *Psychosomatic Medicine*, 44, 273-284.
- Krantz, D. S. y Durel, L. A. (1983). Psychobiological substrates of the type A behavior pattern. *Health Psychology*, 2, 393-411.
- Krantz, D. S., Durel, L. A., Davia, J. E., Shaffer, R. T., Arabian, J. M., Dembroski, T. M. y MacDougall, J. M. (1982). Propranolol medication among coronary patients: Relationship to type A behavior and cardiovascular response, *Journal of Human Stress*, 8, 4-12.
- Lazarus. R. S. (1993). From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-22.
- Matteson, M. T., Ivancevich, J. M. y Gamble, G. O. (1987). A test of the cognitive social learning model of Type A behavior. *Journal of Human Stress*, 1, 23-31.
- Matthews, K. A. y Siegel, J. M. (1982). The type A behavior pattern in children and adolescents: Assessment, development and associated coronary risk. En A. Baum y J. E. Singer (dirs.), *Handbook of psychology and health. Vol II. Issues in child health and adolescent*. Nueva York: Lawrence Erlbaum Associates.
- McReynolds, P. (1990). The concept of anxiety. Ln 1). G. Byrne y R. H. Rosenman (dirs.), *Anxiety and the heart*. Washington, DC: Hemisphere.
- Nunes, E. V., Prank, K. A. y Kornfeld, D. S. (1987). Psychologic treatment for the type A behavior pattern and for coronary heart disease: A meta-analysis of the literature. *Psychosomatic Medicine*, 49, 159-173.
- Pino, A. del (1993a). La Conducta Tipo A y sus relaciones con la enfermedad cardiocoronaria. (I) Presentación del tema. *Jano*, 45, 1255-1260.
- Pino, A. del (1993b). La Conducta Tipo A y sus relaciones con la enfermedad cardiocoronaria. (II) Problemática de las revisiones y estudios longitudinales con muestras de poblaciones sanas. *Jano*, 45, 1263-1266.
- Pino, A. del (1993c). La Conducta Tipo A y sus relaciones con la enfermedad cardiocoronaria. (III) Estudios longitudinales con muestras de poblaciones de alto riesgo y enfermas. *Jano*, 45, 1271-1277.
- Pino, A. del (1993d). La Conducta Tipo A y sus relaciones con la enfermedad cardiocoronaria. (IV) Estudios transversales con pacientes sometidos a angiografía. *Jano*, 45, 1279-1284.
- Pino, A. del (1993e). La Conducta Tipo A y sus relaciones con la enfermedad cardiocoronaria. (V) Estudios transversales con grupos de casos y de controles y estudios de prevalencia. *Jano*, 45, 1287-1290.
- Pino, A. del (1993f). La Conducta Tipo A y sus relaciones con la enfermedad cardiocoronaria. (VI) Conclusiones y líneas futuras de investigación. *Jano*, 45, 1293-1298.
- Powell, L. H. (1992). The cognitive underpinnings of coronary-prone behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 123-142.
- Price, V. A. (1982). *Type A behavior pattern: A model for research and practice*. Nueva York: Academic Press.
- Rosenman, R. H. (1984, junio). Modification of the coronary-prone (type A) behavior pattern in the frame of cardiac rehabilitation. *International Society and Federation of Cardiology, Scientific Council on Cardiac Rehabilitation*, Santiago de Compostela.
- Rosenman, R. H. (1986). Current and past history of type A behavior pattern. En T. H. Schmidt, J. M. Dembroski y G. Bluchen (dirs), *Biological and psychological factors in cardiovascular disease*. Nueva York: Springer-Verlag.

- Rosenman, R. H. (1990). Type A behavior pattern: A personal overview. En M. J. Strube (dir.), *Type A behavior* (num. especial). *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 1-24.
- Rosenman, R. H. (1991). Type A behavior pattern and coronary heart disease: The hostility factor. *Stress and illness*, 7, 245-253.
- Rosenman, R. M. (1996). Factores motivacionales y emocionales en el Patrón de Conducta Tipo A. En F. Palmero y V. Codina (dirs.), *Trastornos cardiovasculares. Influencia de los procesos emocionales*. Valencia: Promolibro.
- Roskies, E. (1987). *Stress management for the healthy Type A. Theory and practice*. Nueva York: Guilford.
- Roskies, E. (1990). Type A intervention: Where do we go from here? En M. J. Strube (dir.), *Type A Behavior*. *Journal of Social Behavior and Personality* (num. especial), 5 (1), 419-436.
- Roskies, E., Kearney, H., Spevack, M., Sorkis, A., Cohen, C. y Gilman, S. (1979). Generalizability and durability of treatment effects in an intervention program for coronary-prone (Type A) managers. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 195-207.
- Roskies, E., Seraganian, P., Oseasohn, R., Hanley, J. A., Collu, R., Martin, N. y Smilga, Ch. (1986). The Montreal Type A Intervention Project: Major findings. *Health Psychology*, 5, 45-69.
- Scherwitz, L., Berton, K. y Leventhal, H. (1978). Type A behavior, self-involvement and cardiovascular response. *Psychosomatic Medicine*, 40, 593-609.
- Scherwitz, L. y Canick, J. (1988). Self-reference and coronary heart disease risk En B. K. Houston y C. R. Snyder (dirs.), *Type A behavior pattern. Research, theory and intervention*. Nueva York: Wiley.
- Shekelle, R. B., Schoenbergcr, J. A. y Stamler, J. (1976). Correlates of the JAS type A behavior pattern score. *Journal of Chronic Diseases*, 29, 381-394.
- Smith, T W. (1989). Interactions, transactions, and the type A pattern: Additional avenues in the search for coronary-prone behavior. En A. W. Siegman y T. M. Dembroski (dirs.), *In search of coronary-prone behavior: Beyond type A*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Smith, T. W. (1992). Hostility and health current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 139-150.
- Smith, T. W. y Anderson, N. B. (1986). Models of personality and disease: An interactional approach to type A behavior and cardiovascular risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1166-1173.
- Smith, T. W. y Frohm, K. (1985). What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley Hostility Scale. *Health Psychology*, 4, 503-520.
- Strube, M. J. (1987). A self-appraisal model of the type A behavior pattern. En R. Hogan y W. Jones (dirs.), *Perspectives in personality theory*, vol. 2. Greenwich, CT: JAI Press.
- Suls, J. y Rittenhouse, J. D. (1990). Models of linkages between personality and disease. En H. S. Friedman (dir.), *Personality and disease*. Nueva York: Wiley.
- Verrier, R. L., DeSilva, R. A. y Lown, B. (1983). Psychological factors in cardiac arrhythmias and sudden death. En D. S. Krantz, A. Baum y J. E. Singer (dirs.), *Handbook of psychology and health: Cardiovascular disorders and behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Watkins, P. L., Ward, C. M. y Southard, D. R. (1987). Empirical support for a type A belief system. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2, 119-134.
- Watkins, P. L., Ward, C. M., Southard, D. R y Fisher, E. B. (1992). The type A belief system. Relationships to hostility, social support, and life stress. *Behavioral Medicine*, 18, 27-32.
- Weidner, G. y Matthews, K. A. (1978). Reported physical symptoms elicited by unpredictable events and the type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1213-1220.

- Winters, R. W., Ironson, G. H. y Schneiderman, N. (1990). The neurobiology of anxiety. En D. G. Byrne y R. H. Rosenman (dirs.), *Anxiety and the heart*. Washington, DC: Hemisphere.
- Yusuf, F., Wittes, J. y Friedman, L. (1988). *Overview of results of randomized clinical trials in heart disease*. I y II. *JAMA*, 260, 2088-2093 y 2259-2263.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Allan, R. y Scheldt, S. (dirs.) (1996). Heart & mind. *The practice of cardiac psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedman, M. (1996). *Type A behavior: Its diagnosis and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Friedman, M. y Ulmer, D. (1984). *Treating Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Palmero, F. y Codina, V. (dirs.) (1990). *Trastornos cardiovasculares. Influencia de los procesos emocionales*. Valencia: Promolibro.

APÉNDICE. Modificación del Patrón de Conducta Tipo A en distintas situaciones

Nombre: _____ Fecha: _____/_____/_____

Hora	Situación/Actividad	Nivel de tensión			Conducta tensa	Nueva conducta
		Baja	Media	Alta		
		1-2-3	4-5-6	7-8-9		
9	Ansioso por comenzar	0-0-0	0-●-0	0-0-0	Apresurado en la oficina	Esbocé una sonrisa y dije "hola" a mis compañeros
		0-0-0	0-0-0	0-0-0		
11	Me interrumpieron en una presentación	0-0-0	0-0-0	●-0-0	Grité	Hablé más amablemente
		0-0-0	0-0-0	0-0-0		
		0-0-0	0-0-0	0-0-0		
14	Al ir a comer	0-0-●	0-0-0	0-0-0	Deprisa por la calle	Me concentré en mirar a la cara a la gente
		0-0-0	0-0-0	0-0-0		
		0-0-0	0-0-0	0-0-0		
		0-0-0	0-0-0	0-0-0		
18	Una reunión	0-0-0	0-0-0	●-0-0	Me movía en la silla	Respiré profundamente
		0-0-0	0-0-0	0-0-0		
		0-0-0	0-0-0	0-0-0		
21	Discutí con mi hija	0-0-0	●-0-0	0-0-0	Levanté la voz	Hice un silencio de 10 segundos
		0-0-0	0-0-0	0-0-0		
		0-0-0	0-0-0	0-0-0		
24		0-0-0	0-0-0	0-0-0		

11. CONTROL DEL DOLOR POR MEDIO DE LA HIPNOSIS

DANIEL L. ARAOZ, JAN M. BURTE Y MARIE A. CARRESE¹

I. INTRODUCCIÓN

El dolor sigue siendo uno de los motivos más frecuentes de las visitas al médico, como ya lo señalaron los esposos Hilgard en 1975. Así, en EE UU, según Wadell (1982), desde 1954 a 1981 el número de casos de incapacidad física debida a dolor de espalda, por cada mil personas, aumentó del 21,7% al 58,2% entre los hombres y del 8% a casi el 45% entre las mujeres; recientemente Bonica (1990) calculó que aproximadamente 21 millones de personas sufren de dolor de espalda en los Estados Unidos y que 3,7 millones de ellas se encuentran total o parcialmente incapacitadas. El dolor de cabeza afectaba del 8 al 10% de la población general en el mismo país (Waters, 1975), un porcentaje que subía a 42 millones de habitantes, según las estadísticas de Ryan en 1978, mientras que Bonica (1990) concretó en 29 millones de estadounidenses los que sufrían cefaleas serias, incapacitantes. Este último autor estimó que del 15% al 20% de la población de Estados Unidos padece alguna forma de dolor agudo y entre el 25% y el 30% sufre de dolor crónico. De la mitad a dos tercios de los sujetos con dolor crónico se encuentran total o parcialmente incapacitados durante días, semanas, meses o incluso de forma permanente. Cada año se pierden más de 430 millones de días de trabajo debido al dolor crónico, perdiendo el trabajador medio más de cuatro días al año. El gasto a causa del dolor crónico es enorme, teniendo en cuenta los costes de las intervenciones quirúrgicas, la pérdida de ingresos, la medicación, la hospitalización, los pagos por incapacidad y los gastos por juicios (Bonica, 1990).

II. SOBRE EL DOLOR

El dolor no se limita exclusivamente a una cuestión orgánica, sino que tiene un importante componente psicológico. Se ha encontrado que soldados heridos en la guerra informaban de escaso dolor a pesar de heridas graves, mientras que civiles con heridas mucho menos serias informaban de mucho más dolor (Brannon y Feist, 1992). Tanto los factores orgánicos como los psicológicos suelen ser componentes esenciales del dolor. Así, Beecher (1956) llegó a indicar que la intensidad del sufrimiento está determinada, en buena medida, por lo que el dolor significa para el paciente y que la extensión de la herida tiene sólo una ligera relación (a veces incluso

¹ Long Island Institute of Ericksonian Hypnosis, Center for Health Living y York College (EE UU), respectivamente.

ninguna), con la experiencia de dolor. Beecher (1957) describió el dolor como una experiencia bidimensional que se componía de un estímulo sensorial y de un componente emocional.

Hoy día la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que la percepción de la persona interviene en la experiencia de dolor. Melzack (1973) enumeró variables individuales tales como la ansiedad, la depresión, la sugestión, el condicionamiento anterior, la atención, la evaluación y el aprendizaje cultural como elementos que posiblemente contribuyan a la experiencia de dolor de un sujeto. Este punto de vista multidimensional se ha incorporado también a la definición de dolor establecida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP) como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño real o potencial a los tejidos o bien descrita en términos de ese daño (IASP, Subcommittee on Taxonomy, 1979, citado en Brannon y Feist, 1992).

III. LOS TIPOS DE DOLOR

El dolor no es una entidad unitaria, sino que se pueden distinguir diferentes tipos o fases de dolor. Así, Keefe (1982) ha distinguido entre a. *dolor agudo*, que normalmente es adaptativo y avisa a la persona para que evite un daño más importante; b. *dolor precrónico*, que se experimenta entre las fases aguda y crónica y que es un período importante porque la persona o bien supera el dolor o bien éste se vuelve crónico; c. *dolor crónico*, que dura más del tiempo de una curación normal, es más o menos continuo y a menudo se perpetúa a sí mismo; es decir, que a menudo conduce a un comportamiento que provoca refuerzo y este refuerzo produce más conducta de dolor.

Los factores psicológicos o ambientales juegan un papel central en el dolor crónico, pero raramente se encuentran en el dolor *agudo*. Este último responde al tratamiento médico, ya que es principalmente, si no completamente, de origen neurofisiológico. El paciente experimenta síntomas somáticos agudos sin componentes emocionales importantes y su lenguaje es objetivo-sensorial («Es como si me estuvieran golpeando la cabeza con un martillo»). Es una experiencia negativa, pero limitada, y percibida como parte de un proceso que tiene un comienzo determinado y un término concreto (Burke, 1989). El dolor agudo suele ser beneficioso, porque avisa al individuo de que algo no funciona y le impulsa normalmente a que busque ayuda profesional.

Por el contrario, el dolor *crónico* es una experiencia de sufrimiento que ya ha tomado posesión de la vida emocional, cognitiva y social del individuo. El dolor se ha convertido en parte esencial de su identidad, tanto para el paciente como para los que le rodean. No suele tener un beneficio biológico y a menudo impone importantes tensiones emocionales, físicas, económicas y sociales en el paciente y en la familia. Por esta razón, hablan de su dolor en lenguaje subjetivo-emocional («No aguantó más. No puedo vivir así») y se proyectan hacia el futuro con miedo y resignación desesperada. En consecuencia, estos pacientes muestran escepticismo con respecto al

tratamiento médico y cuestionan la eficacia de un “nuevo” método clínico como la hipnosis. Muestran también síntomas de depresión, ansiedad y malestar afectivo, como lo indicara Sternbach (1974). Al haber pasado del dolor físico a la experiencia de sufrimiento personal, experimentan todas las complicaciones emocionales descritas por Seres (1977), como el utilizar de modo no consciente el accidente o enfermedad que originó el dolor para justificar el sufrimiento debido a un problema interno, permitiendo al paciente dejar de lado la responsabilidad sobre su vida y el cuidado de sí mismo para depender de otros de forma regresiva. Es evidente que una terapia que demande cooperación responsable por parte del paciente es muy difícil en este caso. Por ello, Burte (1992) enfatiza la necesidad de un tratamiento que devuelva la responsabilidad personal al paciente y añade que las terapias pasivas como masajes, terapias físicas y aun fármacos, no deben aplicarse con estos enfermos. De acuerdo con este planteamiento, Chapman-Smith (1990) habla de «la lógica apremiante» con respecto a la necesidad de que estos pacientes «entiendan a fondo sus problemas y aprendan a asumir responsabilidad y control de su condición» (p. 3).

IV. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Como hemos visto, el dolor se compone de elementos físicos y psicológicos. Aunque por ser una experiencia muy subjetiva es difícil de evaluar, existen diferentes procedimientos para medir el dolor que pueden ordenarse con base en tres categorías (Brannon y Feist):

a. *Medidas fisiológicas*. Tres variables fisiológicas que constituyen medidas potenciales del dolor son la tensión muscular, las señales autónomas y los potenciales evocados.

b. *Evaluación conductual*. Por medio de este tipo de evaluación se observa la conducta del paciente. Los procedimientos pueden clasificarse en observaciones realizadas por otras personas importantes del contexto del paciente y observaciones hechas bien en la clínica o bien en un laboratorio por personal entrenado.

c. *Autoinformes*. Aquí se incluyen escalas de evaluación, cuestionarios sobre dolor (como el *McGill Pain Questionnaire*, de Melzack [1975] o el *West Haven-Yale Multidimensional Pain inventory*, de Kerns, Turk y Rudy [1985]), etc.

Con respecto al tratamiento del dolor tenemos que decir que normalmente ha sido médico, aunque últimamente también se están empleando métodos conductuales para la intervención en dolor crónico. Entre los tratamientos médicos más utilizados para el dolor se encuentran los fármacos, principalmente medicamentos analgésicos, la estimulación cutánea eléctrica, la intervención quirúrgica y la acupuntura.

Los tratamientos psicológicos que más se han utilizado recientemente para ayudar a la gente a afrontar el dolor han sido el entrenamiento en relajación, la biorretroalimentación, procedimientos operantes, terapia cognitiva y, finalmente, hipnosis. Este último procedimiento sería el tratamiento no médico más antiguo para el tratamiento del dolor. Se habla de que al comienzo del siglo XIX los médicos uti-

lizaban ya la hipnosis para controlar el dolor durante las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, la historia de la hipnosis revela un ciclo de aceptación y rechazo y su empleo ha conllevado siempre cierta controversia.

Como ya señalamos anteriormente, al ser una experiencia altamente subjetiva, el problema del dolor es difícilmente evaluable. Un dolor acuciante para unos puede ser un dolor sin importancia para otros. Debido a esta subjetividad, un valioso método clínico para el control del dolor es la *nueva hipnosis*, que explicaremos más adelante, ya que se centra en las experiencias subjetivas del paciente. Algunos estudios, sin distinguir entre la hipnosis tradicional y la nueva, han demostrado que gracias a esta intervención terapéutica los pacientes incrementan su tolerancia al dolor físico y disminuyen la sensación subjetiva del mismo (Bassman y Wester, 1984; Stacher *et al.*, 1975).

V. LA HIPNOSIS COMO MÉTODO CLÍNICO

Con respecto al uso clínico de la hipnosis para el tratamiento del dolor, hay evidencias sólidas que lo justifican, tal como se demuestran en los trabajos de Barber (1982), Baybrooke (1991), Chaves (1989), Ewin (1986), Colden, Dowd y Friedberg (1987), Plock-Bramley (1985), Sthalekar (1993), Wain (1980) y Weiss (1993). Los comienzos del uso de la hipnosis para el tratamiento del dolor aparecen ilustrados en una fascinante narración histórica de Gravitz (1988) sobre el prominente cirujano Esdaile (1850).

Aunque todo lo que se discute en estos estudios se aplica a nuestro trabajo, nosotros haremos referencia a la *nueva hipnosis*, una concepción de la hipnosis distinta en muchos aspectos de la tradicional. La nueva hipnosis (Araoz, 1985) tiene buena parte de sus raíces en la escuela de la Nueva Nancy (Baudouin, 1922), que cambió el centro de atención desde la hipnosis a la sugestión, planteando que la hipnosis era una manifestación del efecto de la imaginación y de la autosugestión sobre las percepciones, estado de ánimo, conducta e, incluso, funciones fisiológicas de una persona. El principio básico de esa escuela es que el cambio eficaz se produce a través de experiencias con actividades dependientes del hemisferio derecho, en vez de lograrse por medio de la razón y la lógica (funcionamiento del hemisferio izquierdo). El cambio en el ser humano no se logra por medio de la charla, el análisis, el darse cuenta a nivel intelectual (todas actividades del hemisferio izquierdo), sino por medio de la experiencia interna. Las tres contribuciones básicas de la escuela de la Nueva Nancy pueden resumirse en las siguientes:

- a. No es la voluntad (función del hemisferio izquierdo) lo que produce el cambio, sino la *imaginación* (actividad del hemisferio derecho). El esfuerzo consciente de la voluntad no sirve para nada tanto en cuanto la imaginación se oponga a ese esfuerzo.
- b. Se resalta la *autosugestión*. Las sugestiones de otra persona funcionan únicamente cuando reflejan lo que los individuos se están sugiriendo a sí mismos realmente. Una conclusión importante de esto es quitar importancia al

“hipnotizador como terapeuta”, que se convierte, por el contrario, en un profesor o en una guía con cuya ayuda el individuo aprende a utilizar de forma eficaz la autosugestión.

- c. La autosugestión funciona al nivel del pensamiento no consciente, o lo que ahora denominaríamos basado en la experiencia, pensamiento dependiente del hemisferio derecho. Por consiguiente, la cuestión fundamental es utilizar el modo no consciente de pensamiento, es decir, comprometer al hemisferio derecho, pasando por encima, inicialmente, del hemisferio izquierdo.

Los franceses han comenzado también a hablar de la *nouvelle hypnose* (Godin, 1992a, 1992b; Petot, 1992), siguiendo la corriente iniciada por Araoz en 1985². La diferencia entre los dos métodos de hipnosis, el nuevo y el tradicional, consiste en un enfoque más centrado en el paciente, en el caso del primero. La experiencia hipnótica surge para el paciente de modo natural, sin inducciones arbitrarias y artificiales, partiendo de los comportamientos no conscientes³ del paciente que se utilizan, entonces, como inducción natural y espontánea. Entre esos comportamientos se encuentran, por ejemplo, los *aspectos conductuales no verbales* (gestos, expresiones faciales, cambios de la postura, etc.), el *estilo del lenguaje* (si la persona emplea sensaciones internas de modo más frecuente que otro tipo de sensaciones, predominancia de imágenes mentales, de sonidos, etc.) y *verbalizaciones importantes* hechas por el paciente mientras está con el terapeuta. La nueva hipnosis rechaza la inducción determinada por el clínico y utiliza una de esas manifestaciones conductuales no conscientes para ayudar al paciente a entrar en el terreno mental interno, donde ocurren cosas que no percibe conscientemente. Cada uno de esos elementos puede utilizarse para cambiar la actividad mental de la persona desde la “orientación hacia la realidad” hacia la “orientación hacia el interior”. Así, por ejemplo, las conductas se observan no para interpretarlas, sino para ayudar al paciente a que se dé más cuenta de sí mismo. Una inducción típica podría ser algo como lo siguiente:

Date cuenta del peso de tus manos sobre tus muslos... ¿De qué más se dan cuenta tus manos? Compruébalo ahora... una sensación de calor, quizás. Una ligera brisa, la temperatura de la habitación... Si separas tus manos ahora podrás darte cuenta de otras sensaciones interesantes, como que una parece más ligera que otra. ¿Cuál de ellas es? [Araoz, 1985: p. 24].

En cualquier caso, el terapeuta puede elegir muchos elementos para llevar a cabo la inducción, ya que la observación atenta siempre proporciona más elementos que los que uno dispondría al principio de forma estándar. En el ejemplo anterior nos detuvimos en las manos, pero se podría haber utilizado igualmente la respira-

² El psiquiatra Jean Godin, director del Institut Milton H. Enckson de París, ha propuesto la formación de la Société Française de la Nouvelle Hypnose, afiliada al mismo instituto, para el año 1994. La designación de *nueva hipnosis* fue primero introducida por Araoz (1982) en un capítulo de uno de sus libros en inglés sobre “terapia sexual” y, tres años más adelante, en otro libro con dicho nombre, que está traducido también al alemán.

³ Nos referimos a acciones no conscientes para indicar que el autor no se da cuenta, conscientemente, de las mismas y para no crear confusión con el término “inconsciente”, que el psicoanálisis ha adoptado como suyo. Con todo, nos permitimos la libertad de emplear el uno o el otro, según nos convenga, en el contexto de lo que presentamos en este capítulo.

ción y/o el ritmo con el que respira. La cuestión más importante es que la inducción proviene del paciente, de modo que éste pueda darse más cuenta del yo interior. Dándose cuenta de la propia experiencia actual uno se va deslizando hacia sus propias realidades internas. El principio general es recordar que cualquier comportamiento espontáneo del individuo puede utilizarse para realizar el cambio desde el pensamiento ordinario hacia el pensamiento hipnótico. Así, por ejemplo, podemos elegir un gesto y pedir al sujeto que lo repita de forma exagerada, permitiendo que lo que le venga a la cabeza se afiance en él. Luego hacemos que se dé cuenta de los sentimientos producidos por esta breve experiencia. Supongamos que la persona dice «no puedo seguir así por más tiempo», mientras sacude la mano derecha con el puño apretado. El terapeuta puede pedir al paciente que repita ese gesto varias veces mientras expresa de nuevo la misma frase. Generalmente tres o cuatro repeticiones producen algo nuevo. Así, el individuo puede decir que está enfadado o que ahora recuerda un incidente de la infancia. Entonces el terapeuta continúa con el nuevo material. En el caso de que no se produjese nada después de repetir el gesto varias veces, el terapeuta debería continuar recordando que en cualquier momento el paciente está ofreciendo más conductas que se pueden utilizar desde un punto de vista terapéutico. Igualmente, como indicamos anteriormente, el estilo del lenguaje y verbalizaciones importantes (en general cualquier elemento proporcionado por el paciente sin que se dé totalmente cuenta de él) ofrecen un vehículo eficaz y natural para la hipnosis.

El uso clínico de la hipnosis enfatiza una implicación completa y relajada en el darse cuenta interno, de donde proceden los mensajes, y no del mundo externo o de la mente consciente. El terapeuta ayuda al paciente a darse cuenta de este modo de relacionarse consigo mismo y produce las condiciones favorables para una implicación total con su realidad interna, con su experiencia mental interior.

Algunos métodos de “inducción” naturalista serían los siguientes:

- a. Darse totalmente cuenta de las propias sensaciones corporales y luego centrarse en una de ellas (p. ej., en la respiración) hasta que surja material subconsciente;
- b. Repetir una frase significativa (p. ej., «no lo puedo aguantar más») hasta que los procesos subconscientes surjan a la conciencia;
- c. Revivir en la mente una experiencia pasada, en cuanto opuesto a sólo hablar sobre ella;
- d. Darse cuenta de la propia energía corporal (denominada “aura” por algunos) hasta que se sientan las fuerzas de la salud activando el sistema nervioso parasimpático.
- e. Centrar el pensamiento en un objetivo positivo, constructivo, posible, del propio futuro, ensayándolo en la propia mente;
- f. Dejar simplemente que la persona permanezca en silencio, mientras se sugiere que el subconsciente puede empezar a trabajar en ese momento en que “no hace nada”, sin que se dé cuenta la mente consciente.

Esta lista de inducciones que no acuden a un ritual concuerda con la descripción de la hipnosis como un «dejarse ir en una ensoñación dirigida hacia un fin has-

ta el punto en que uno se disocia de la realidad que le rodea y se sumerge en la propia realidad interna» (Araoz, 1982). Estos métodos de inducción conducen a un estado alternativo de darse cuenta sin “alterar” el funcionamiento mental. La inducción es, entonces, una “invitación” natural para conectar con el propio yo interno, subconsciente. Siempre es personalizado, adaptado a las necesidades del paciente que se está tratando.

La hipnosis sería, por lo tanto, lo que ocurre por medio de la activación de esa función mental basada en la experiencia propia. Se rechaza el concepto de hipnotizabilidad de la hipnosis tradicional, pudiendo beneficiarse de la hipnosis toda persona normal si el clínico tiene la flexibilidad para utilizar las vías de entrada que el paciente ofrece de modo no consciente. Por lo tanto, la nueva hipnosis abarca mucho más que lo que ocurre después de una inducción formal (propia de la hipnosis tradicional). La nueva hipnosis ayuda al cambio en el ser humano por medio de una vivencia, palabra que no se encuentra en otros idiomas distintos al español, como pueden ser el alemán, el inglés o el francés. El significado de la vivencia es conocido en el mundo hispano. Es interesante recordar, por ejemplo, la admonición de Ignacio de Loyola en sus *Ejercicios espirituales*, hace ya quinientos años, y que la hipnosis nueva puede adoptar como suya: «No el mucho saber harta y satisface al anima, mas el gustar de las cosas internamente». Esta vivencia es lo que la nueva hipnosis trata de facilitar, siguiendo las enseñanzas del psiquiatra norteamericano Milton H. Erickson (Erickson y Rossi, 1981) y apoyada en la investigación del psicólogo T. X. Barber (1969). El énfasis en la vivencia se debe a que los seres humanos cambian, no por razonamiento y lógica, sino por vivencias (véase Fisch, Weakland y Segal, 1982; Watzlawick, 1978; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

De todo lo anterior resultan tres corolarios prácticos. Primero, el clínico debe adaptarse al paciente, ya que toda persona normal puede utilizar la hipnosis, como ya dijimos. Segundo, toda hipnosis es autohipnosis y nadie puede hipnotizar a otro contra su voluntad. Tercero, el clínico facilita la vivencia del paciente, gracias a la cual éste cambia, por medio del método natural de la nueva hipnosis. Esto evita la resistencia que el método tradicional produce en muchos pacientes.

V.1. *Métodos hipnóticos para tratar el dolor agudo*

Al aplicar estos corolarios al tratamiento del dolor agudo, el clínico empieza preguntando al paciente cómo describe su dolor. Si la descripción es objetiva-sensorial, correspondiente al dolor agudo, se puede proceder, sin más información, con una relajación hipnótica, ya sea detallada, al estilo de Jacobson (1938, 1964) o breve, según el modelo que ofrecemos a continuación.

Hemos empleado este método con 83 mujeres y 48 hombres diagnosticados médicamente de dolor agudo. De los 131 pacientes (entre 24 y 82 años de edad) sólo 13 (9 mujeres y 4 hombres) no respondieron con una considerable disminución de dolor en un tiempo máximo de siete días. Lo que sucedió fue que los 13 habían recibido un diagnóstico médico erróneo, que debería haber sido de dolor crónico, del cual hablaremos más adelante.

Mientras trabajamos con el paciente, grabamos en una casete lo que decimos y posteriormente se la entregamos. Le prescribimos el uso diario de esta grabación en privado después de la primera sesión. Lo que sigue es una transcripción literal de una de las sesiones hipnóticas. Debemos señalar que siempre hay un silencio de vanos segundos entre frase y frase, incluso cuando hay una coma. Debido a la transcripción de lo hablado, la expresión no es muy correcta en muchos puntos. Pero preferimos dejar el texto original para captar el tono de la conversación hipnótica.

«Ahora que estás sentado cómodamente, presta atención a tu respiración... Permite que tu cuerpo respire con el ritmo más cómodo y de mayor tranquilidad... Date cuenta de lo que ocurre en tu cuerpo al respirar... El aire fresco llena tus pulmones... ¿Lo notas?... Y el cuerpo lo utiliza para vivir... Cada célula, hasta las más lejanas de los dedos de los pies, recibe el beneficio del oxígeno que las alimenta y las mantiene sanas y fuertes... ¿Te das cuenta de ello?... Tu cuerpo se renueva, usando el aire fresco, y se deshace, con el aire usado, de lo que no necesita... Deshaciéndose del estrés... Aumentando la relajación saludable que está beneficiando a todo tu cuerpo... tranquilidad, paz, calma interior... Con cada respiración, más tranquilidad, más paz, más calma y más bienestar... Si el estrés es dañino para la salud, lo que estás haciendo ahora es beneficioso... ¿Verdad?... Tu cuerpo se renueva con la relajación, que empieza a beneficiarlo... Cada respiración aumenta el bienestar y disminuye la tensión... ¿Correcto?... Date cuenta si ya hay más relajación que tensión en tu cuerpo... ¿Lo notas ya? (Si la respuesta es negativa, repetimos lo anterior con palabras similares. Si es positiva, seguimos)... Ahora, fija tu atención en la parte de tu cuerpo que esté más relajada que el resto de tus órganos, miembros y músculos... ¿Lo vas notando?... Alégrate de esta sensación agradable y absorbe la relajación, la sensación de calma, de paz... Y con cada nueva respiración, permite que esa relajación se extienda, poco a poco, como un círculo que se agranda; como la luz del amanecer que se extiende para llenar de claridad todo el panorama... ¿Lo estás sintiendo ya?... Con cada respiración, se extiende la relajación a otras partes del cuerpo, lentamente, suavemente, hasta beneficiar a casi todo el cuerpo... ¿Está ocurriendo esto? (Si la respuesta es negativa, como antes, repetimos lo anterior con palabras similares. Si es positiva, continuamos). Ahora, fíjate en la parte de tu cuerpo donde se encuentra el dolor. Con cada respiración, permite que la relajación entre en esa parte cada vez más profundamente... La relajación llena esa parte, cada vez más, con cada respiración... Imagina esa parte absorbiendo la relajación, absorbiendo el bienestar: una sensación placentera que aumenta con cada respiración. Mientras esto ocurre, visualiza esa parte de tu cuerpo completamente sana, fuerte, radiante de bienestar, funcionando de la mejor manera posible, beneficiando al resto del cuerpo con su funcionamiento perfecto. ¿Está ocurriendo esto? (Como antes, continuamos según la respuesta a nuestra pregunta).

Imagínate ahora la zona del cerebro que controla esta parte de tu cuerpo... Tómate todo el tiempo necesario para captar esta realidad, para captar el centro cerebral que es responsable del funcionamiento de esta parte de tu cuerpo... Un mensaje de bienestar sale de ese centro y va directamente a las células de esa parte del cuerpo... a los músculos, aun los más pequeños y débiles... El mensaje de bienestar y las sensaciones placenteras son recibidos por todos los nervios de esa zona... ¿Ocurre eso ya? (Procedemos como antes). Observa ahora en tu mente esa

parte de tu cuerpo que ya va sintiéndose mejor, más relajada, más sana... La ves brillante, radiante, llena de vitalidad, de energía, empezando a disfrutar de sensaciones placenteras y agradables... ¿Sigue ocurriendo esto? (Según la respuesta procedemos o repetimos los mismos conceptos).

Antes de terminar este ejercicio, prométete a ti mismo que repetirás esta actividad mental en privado, todos los días, hasta la próxima sesión... Quieres estar seguro de que has aprendido este método de autocontrol... Y para aprenderlo, hay que practicarlo, repetirlo, de modo continuo y frecuente... Como ha ocurrido con tantas otras cosas que has aprendido desde muy niño...

Puedes decirte: Me prometo a mí mismo volver a practicar este ejercicio todos los días hasta la próxima sesión... Y para facilitar el proceso, utiliza una señal particular... Aprieta ligeramente el pulgar izquierdo con el dedo índice, como si fuera una especie de pinza... Hazlo ahora, por favor... Esta señal activará lo que acabas de obtener: el control mental, que produce bienestar y salud en esta parte del cuerpo que lo necesita».

Otro método eficaz para el dolor agudo, utilizado junto con la relajación, es emplear hipnóticamente la metáfora del dolor que surge del paciente mismo. Si, por ejemplo, el paciente describe su dolor como «unas punzadas de fuego en la pierna», el clínico puede responder utilizando la misma metáfora: pidiéndole que preste atención al ritmo de las punzadas; que use la respiración para cambiar ese ritmo, de modo que sea más rápido o más lento, más suave o más enérgico. Se puede utilizar la imagen del fuego, sugiriendo que se haga más intenso, para que se consuma, o que otro elemento, como la lluvia, lo apague. El clínico estimula al paciente para que deje que cualquier imagen, en este caso relacionada con el fuego, surja en su mente. Respetando las nuevas imágenes relacionadas con la imagen inicial, el clínico ayuda al paciente a encontrar la solución metafórica.

De esta forma, la metáfora del paciente se convierte en el agente de cambio, tal como lo explica Robles (1990): «Las metáforas son el lenguaje del inconsciente [que] ofrecen una representación simbólica y totalizadora de una situación [...]. El “ver” una situación a través de una metáfora nos ofrece una perspectiva más completa y, por lo tanto, la posibilidad degenerar nuevas alternativas para su solución» (p. 98).

Se le dice al paciente que siga practicando este método, que toma con respeto toda metáfora surgida del inconsciente, agregando que debe mantener un registro diario de su práctica.

V.2. *Métodos hipnóticos para el dolor crónico*

Este mismo uso de las metáforas y símbolos resulta especialmente eficaz para el tratamiento del dolor que se ha convertido en sufrimiento crónico. Usamos el método que describimos a continuación con 128 pacientes de entre 21 y 79 años de edad que habían recibido un diagnóstico médico de dolor crónico. De éstos, 76 eran hombres y 52 mujeres. Decidimos, arbitrariamente, que si el paciente practicara este ejercicio hipnótico a diario, esperaríamos resultados positivos en un plazo máximo de tres

semanas. Con sorpresa observamos que 54 enfermos se sintieron aliviados considerablemente en un promedio de nueve días y medio; que 44 pacientes sintieron mejoría significativa en un promedio de doce días y medio; y, finalmente, que los otros 30 se sintieron libres del dolor en 17 días.

Después de una relajación breve, semejante a la presentada anteriormente, o paradójica (primero sugiriendo tensión muscular, seguida de relajación), una sesión inicial con pacientes de dolor crónico incluye conceptos como los siguientes:

«El médico te asegura que el dolor de tu pecho no es debido a una enfermedad, que tu corazón está fuerte y sano... ¿Te lo crees? Pero tu mente interior mantiene el dolor por alguna razón que tú tienes derecho a saber... En vez de tratar de rechazar este dolor, acéptalo ahora... Es tu dolor... Es tuyo y puede ser un mensaje importante de tu mente interior... Un mensaje que, tal vez, tu inconsciente puede traducir, desairar... Confía en tu mente interior, que quizás mantiene el dolor como una señal para avisarte de algo... para recordarte algo... para decirte algo... ¿Qué te dice el dolor?... Siéntelo, acéptalo, abrázalo y podrás escuchar su mensaje... Yo no sé si el mensaje es agradable y placentero o desagradable... Sólo sé que es importante para ti... En tu mente, ¿cómo ves el dolor?... ¿Qué forma tiene?... ¿Es grande o pequeño?... ¿Tiene color?... Fíjate en la temperatura... ¿Es frío o caliente?... ¿Hay sonido?... ¿Tiene sonido tu dolor?... ¿Tiene olor?... Experimenta tu dolor con todas sus cualidades... Observa qué ocurre... ¿Se queda quieto?... ¿Se mueve?... ¿Hacia que parte del cuerpo va?... Percibe tu dolor en toda su realidad... ¿Es sólido o fluido?... Ponte en contacto con tu dolor y el mensaje que te trae podrá aparecer claramente... Confía en tu inconsciente... Confía en tu mente interna. Di lentamente... Tengo este dolor porque... y espera el resto de la frase... Porque... Repítete a ti mismo lentamente: Tengo este dolor porque... Este dolor es parte de mi vida porque... Este dolor está en mí porque...

El mensaje del dolor que sientes puede aparecer ahora o más adelante, en tus sueños... Esta noche, mañana, o pasado mañana... ¿Tienes curiosidad?... ¿Cuándo recibirás el mensaje del dolor? Tú no lo sabes en este momento, pero sabes que hay un mensaje, importante para ti...».

A estos pacientes también les recomendamos la práctica diaria y, para facilitar la misma, les damos una casete con la grabación de los conceptos anteriores, recomendándoles repetir este ejercicio mental diariamente durante una media hora, más o menos, con ánimo tranquilo y sin permitir interrupciones. Así mismo, les pedimos que pongan por escrito el resultado de la práctica, evaluándose con un "MB" si lo han hecho satisfactoriamente, con una "B" si no están muy contentos con la práctica y con una "M" si están realmente insatisfechos con la forma en que lo han hecho. En este último caso, prescribimos que ese mismo día, o al siguiente, repitan el mismo ejercicio mental.

Debido a las dificultades mencionadas anteriormente con estos pacientes, es importante no dejar pasar mucho tiempo entre las primeras sesiones. Por ello, insistimos en que la segunda visita sea a los cuatro o cinco días. En esta visita actuamos según los resultados obtenidos. Existen seis posibilidades, dependiendo de si el paciente:

- a. no ha practicado o no lo ha hecho regularmente,
- b. ha practicado sin apreciar ninguna mejoría,
- c. ha practicado con pocos resultados beneficiosos,
- d. ha practicado y ha experimentado un alivio considerable del dolor,
- e. ha practicado y se ha dado cuenta del significado personal del dolor, pero sin tener alivio físico,
- f. ha practicado, tiene conocimiento de lo que su dolor significa y ha sentido un alivio considerable o total del dolor.

Cada posibilidad requiere un procedimiento especial. En el primer caso, utilizamos la técnica hipnótica de *activación de las partes de la personalidad* (Araoz y Negley-Parker, 1988), por medio de la cual ayudamos al paciente a ponerse en contacto, primero, con la parte de la personalidad que se toma el trabajo de acudir a la visita profesional y, luego, con la otra parte de su personalidad que sabotea el tratamiento. El paciente debe imaginarse cada parte claramente y escuchar qué dice acerca del dolor cada una de ellas.

En el caso de que haya practicado sin resultados satisfactorios (posibilidades *b* y *c*), hay que animar al paciente para que siga practicando y para que preste atención a sus sueños. La segunda sesión termina con una práctica mental semejante a la de la primera visita, pero haciendo más hincapié en los sueños.

Si el paciente informa que su práctica ha producido alivio del dolor, pero sin haber entendido el “mensaje” (posibilidad *d*), le sugerimos que continúe su ejercicio mental durante otras dos semanas, sin preocuparse del “mensaje” pero agradeciendo a su mente interior la mejoría que experimenta. Debido a que en ocasiones hay alivio del dolor sin entender su causa, en el modelo que propusimos más arriba hablamos de la “posibilidad” de un mensaje. De esta forma, el paciente no siente la necesidad de descubrir la razón de ese dolor físico, pero puede beneficiarse de igual manera.

La posibilidad *e* de que la práctica mental haya producido una revelación que explica la presencia del dolor sin haber disminuido su intensidad física tiene, con frecuencia, un sentido de expiación o reparación. En ese caso, sugerimos al paciente que, confiando en su sabiduría interna, permita que la mente no consciente le proponga métodos *sin dolor* para expiar o reparar errores o una mala conducta del pasado. Los tres autores del presente capítulo hemos tenido casos muy interesantes de pacientes que, a través de este medio, encuentran oportunidades para ayudar a otras personas con el fin de hacer expiación y, al tomar esta ruta, el dolor desaparece sin mayor atención al mismo.

El último caso, *f*, es motivo de enhorabuena y le confirma al paciente que la mente no consciente juega un papel importante en la vida del individuo. Con mucha frecuencia, estos pacientes solicitan aprender más sobre este método mental y, entonces, les entrenamos en diversos aspectos de la autohipnosis.

V.3. Casos extremos

Mencionamos al principio del capítulo a James Esdaile, el caso del cirujano inglés que practicó medicina en la India entre los años 1845 y 1851. Con cirugía mayor

operó a más de 300 enfermos que, sin utilizar sustancia anestésica, no experimentaron dolor gracias a la hipnosis. Estos casos médicos se encuentran bien documentados y se han citado numerosas veces. Con todo, Barber (1969) encontró en el reportaje original que estos pacientes con frecuencia sentían dolor, evidenciado por sus movimientos, suspiros y cambios de expresión, pero que parecía como si se olvidaran del mismo.

Esto nos recuerda al “observador escondido”, descubierto por los esposos Hilgard (1975) en sus experimentos de laboratorio. Este concepto se refiere al hecho de que un sujeto expuesto a un dolor físico y bajo un estado hipnótico, confiesa que siente el dolor, pero que no le presta atención. Sin embargo, Bowers (1976) nos adviene que hay una gran diferencia psicológica entre el sujeto que voluntariamente se somete a un experimento de este tipo y el enfermo que sufre de un dolor del cual no puede liberarse.

Para ciertos casos de cirugía que requieren anestesia hipnótica, hay que preparar al paciente de antemano y entrenarlo para intentar conseguir un trance sonambulista, que en los enfoques cognitivo-conductuales nunca es necesario. Godin (1992b) plantea la distinción entre el *estado sonambulista*, preferido por muchos de los que practican la hipnosis tradicional que están preocupados con la profundidad del trance y el *estado natural* de hipnosis, que satisface a quienes practican la hipnosis nueva y que es lo que se necesita cuando se utiliza la hipnosis en la práctica de la psicología clínica. Por esta razón, no nos detendremos más en estos casos especiales.

V.4. *La práctica psicológica diaria*

El profesional que se encuentre con pacientes que padecen problemas de dolor en la práctica clínica diaria debe recordar las directrices descritas. Si el dolor es agudo, debe proceder como hemos indicado. Si es un dolor crónico, la lista siguiente puede ayudarle a recordar el método a seguir:

- a. Decidir si el dolor es claramente agudo o crónico y averiguar si el paciente ha consultado con un médico.
- b. Encontrar la metáfora espontánea del paciente relacionada con el dolor.
- c. Comenzar con esa metáfora, sugiriendo que la transforme en otras, relacionadas con ella, pero más benignas y beneficiosas.
- d. Invitar al paciente a que permita a la metáfora más positiva radicarse en la parte del cuerpo que sufría el dolor.
- e. Relacionar la metáfora positiva con el alivio del dolor y, finalmente, con la desaparición, al menos casi total, del dolor, siempre que haya seguridad de que el problema ha sido consultado con un médico.

Con el fin de ser útil a los pacientes que presentan dolor como problema psicológico, conviene recordar que el uso de la “nueva hipnosis” facilita la posibilidad de que el paciente se aproveche de una función natural, como la consideraba Milton Erickson (Erickson y Rossi, 1979). Para la nueva hipnosis, el clínico *facilita* la función natural de la hipnosis, pero no la produce. La facilita prestando atención a ese comportamiento no-consciente de que hablamos al principio del capítulo e invitan-

do al paciente a centrarse en el mismo, no para analizarlo, sino para darse cuenta de él y para relacionarlo con algún significado personal que pueda tener.

Uno de los problemas que los autores del presente capítulo encuentran en su práctica diaria en el Long Island Institute of Ericksonian Hypnosis es la expectativa equivocada de muchos profesionales. Estos creen que hipnosis significa inducciones teatrales y espectaculares y se sienten desilusionados cuando les enseñamos que lo más importante es la observación atenta y minuciosa del paciente, con el objetivo de utilizar todo comportamiento no-consciente para conseguir un entendimiento más profundo y exacto de sí mismo. A este respecto, y siguiendo el modelo propuesto por Araoz (1982), seguimos los cuatro pasos de *a. Observar*, *b. Dirigir*, *c. Discutir* y *d. Confirmar*.

a. Observar. Consiste en prestar atención no sólo al contenido ideológico de lo que el paciente nos presenta, sino también al modo como lo hace. Aquí se encuentran las acciones no-conscientes de que hablamos anteriormente, es decir, el estilo del lenguaje, el comportamiento no verbal y las verbalizaciones importantes en el contexto de la conversación.

b. Dirigir. Se refiere a la intervención hipnótica. En vez de traducir metáforas y comparaciones, dirigimos al paciente a que se introduzca en su experiencia vivencial de las mismas. Si, por ejemplo, ha dicho que «eso lo hace temblar», le pedimos que trate de experimentar ese cambio físico, que identifique qué parte del cuerpo tiembla más que las otras, etc. Si hace un gesto tocándose el pecho con la mano, le sugerimos que lo repita, con más énfasis o con más celeridad o más lentamente, para que se pueda poner en contacto con el posible significado de ese gesto espontáneo. Si, por último, dice en medio de la conversación algo como «sé que lo debo hacer», en vez de pedirle que explique con más detalles lo que quiere decir, le invitamos a que repita la misma frase y a que preste atención a lo que surge en sí mismo de forma espontánea, tal como emociones y sentimientos, imágenes, recuerdos, sensaciones físicas, pensamientos no relacionados con lo que está diciendo, etc.

c. Discusión. Es la actividad intelectual, no experiencial, del proceso, a través de la cual el paciente puede integrar lo que ha experimentado con sus valores personales, con la realidad presente de su vida, etc.

d. Finalmente, la *Confirmación* es el último paso del proceso. Aquí vuelve el paciente al estado experiencial para reintegrar los dos aspectos del tema que está tratando, el lado intelectual y el vivencial.

En cada etapa del problema usamos los cuatro pasos. Si no se soluciona, volvemos al mismo proceso, empezando con el punto que ha producido el conflicto que impide la solución. De esta forma, lo que en psicoanálisis se describe como *resistencia* puede tratarse como un nuevo elemento de partida para encontrar una solución. Por ejemplo, el paciente puede decir que se siente tenso al pensar en lo que debe hacer para mejorar su situación. Se le pide que se concentre en la tensión, que la experimente como algo real, que sienta ¿qué forma tiene?, ¿en qué parte del cuerpo está radicada?, etc., como planteamos en el segundo modelo que presentamos al principio para tratar el dolor crónico.

VI. CONCLUSIONES

Como el dolor es una experiencia subjetiva, el método de la nueva hipnosis utiliza la vivencia idiosincrásica del paciente, por medio de sus metáforas, con el fin de "distrarlo" de su concentración en el dolor. Se le enseña a practicar la autohipnosis positiva de modo regular, lo que le da un nuevo sentido de poder y control frente al dolor que antes lo dominaba.

Para emplear este método es necesario el entrenamiento clínico en este método de hipnosis, como ha empezado a usarse en la actualidad en los Estados Unidos de América, bajo el nombre de hipnosis ericksoniana. En más de diez países hay ya núcleos de clínicos que emplean este método. En París están empezando a llamarla nueva hipnosis para distinguirla de la tradicional, al igual que lo intentarían en España, bajo el nombre de *sofrolología*, hace ya más de dos décadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araoz, D. L. (1982). *Hypnosis and sex therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Araoz, D. L. (1985). *The new hypnosis*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Araoz, D. L. y Negley-Parker, E. (1988). *The new hypnosis in family therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Barber, J. (1982). Incorporating hypnosis in the management of chronic pain. En J. Barber y C. Adrian (dirs.). *Psychological approaches to the management of pain*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Barber, T. X. (1969). *Hypnosis: a scientific approach*. Nueva York: Van Nostrand-Reinhold Co.
- Bassman, S. W. y Wester, W. C. (1984). Hypnosis and pain control. En W. C. Wester y A. H. Smith (dirs.). *Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Baudouin, C. (1922). *Suggestion and autosuggestion*. Nueva York: Dodd, Mead.
- Baybrooke, Z. (1991). Multicausal analysis in the treatment of back pain. *The Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 12, 31-36.
- Beecher, H. K. (1956). Relationship of significance of wound to pain experience. *Journal of the American Medical Association*, 161, 1609-1613.
- Beecher, H. K. (1957). The measurement of pain. *Pharmacological Review*, 9, 59-209.
- Bonica, J. J. (1990). General considerations of chronic pain. En J. J. Bonica (dir.). *The management of pain* (2ª edición). Malvern, PA: Lea & Febiger.
- Bowers, K. S. (1976). *Hypnosis for the seriously curious*. Monterey: Brooks/Cole.
- Brannon, L. y Feist, J. (1992). *Health psychology*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Burke, M. (1989). Chronic pain behavior: Diagnosis and rehabilitation of the walking wounded. *Journal of Chiropractic*, 24, h7-7\.
- Burte, J. (1992). *Hypnosis and the treatment of pain*. Ponencia presentada en el Seminario Científico Anual de la New York Society of Clinical Hypnosis, Long Island, Nueva York.
- Chapman-Smith, D. (1990). Chronic back pain: New common ground for chiropractic and medicine. *The Chiropractic Report*, 4, 1-6.
- Chaves, J. F. (1989). Hypnotic control of clinical pain. En N. P. Spanos y J. F. Chaves (dirs.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. Buffalo: Prometheus Books.

- Erickson, M. H. y Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. Nueva York: Irvington Publishers.
- Erickson, M. H. y Rossi, E. L. (1981). *Experiencing hypnosis*. Nueva York: Irvington Publishers.
- Esdale, J. (1957). *Hypnosis in medicine and surgery* (publicación original de 1850). Nueva York: Julian Press.
- Ewin, D. M. (1986). *The effect of hypnosis and mental set on major surgery and burns*. *Psychiatric Annals*, 16, 115-118.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Godin, J. (1992a). *La nouvelle hypnose*. Paris: Albin Michel.
- Godin, J. (1992b). Traditional hypnosis and new hypnosis: Rupture or continuity? *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 13, 57-68.
- Golden, W., Dowd, E. T. y Friedberg, F. (1987). *Hypnotherapy: A modern approach*. Nueva York: Pergamon.
- Gravitz, M. (1988). *Early uses of hypnosis as anesthesia*. *American journal of Clinical Hypnosis*, 30, 201-108.
- Hilgard, E. R. y Hilgard, J. R. (1975). *Hypnosis in the relief of pain*. Los Angeles, CA: William Kaufmann.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, E. (1964). *Anxiety and tension control*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Keefe, F. J. (1982). Behavioral assessment and treatment of chronic pain: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 896-911.
- Kerns, R. D., Turk, D. C. y Rudy, T. E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory. *Pain*, 23, 345-356.
- Melzack, R. (1973). *The puzzle of pain*. Nueva York: Basic Books.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Petot, J. M. (1992). The new hypnotism and hypnosis. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 13, 69-78.
- Plock-Bramley, S. (1985). Treatment of pain: Theory and research. En R. P. Zahourck (dirs.), *Clinical hypnosis and therapeutic suggestion in nursing*. Orlando: Grune & Stratton.
- Robles, T. (1990). *Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia*. México, DC: Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México.
- Ryan, R. (1978). *Headache and head pain*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Seres, J. L. (1977). Evaluation and management of chronic pain by non-surgical means. En L. J. Fletcher (dir.), *Pain management: Symposium on the neurosurgical treatment of pain*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Stacher, G., Schuster, P., Boucr, P., Lahoda, R. y Schulzc, D. (1975). Effects of suggestion of relaxation or analgesia on pain threshold and pain tolerance on the waking and hypnotic states. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 259-265.
- Stembach, R. A. (1974). *Pain: A psychological approach*. Nueva York: Academic Press.
- Sthalekar, H. A. (1993). Hypnosis for relief of chronic phantom pain in a paralyzed limb: A case study. *Australian Journal of Clinical Hypnosis and Hypnotherapy*, 14, 75-80.
- Wadell, G. (1982). An approach to backache. *British Journal of Hospital Medicine*, 28, 187-219.
- Wain, H. (1980). Pain control through the use of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 41-46.
- Waters, W. E. (1975). Community studies of the prevalence of headache. *Headache*, 9, 178.

- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. Nueva York: Basic Books.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. Nueva York: Norton.
- Weiss, M.C. (1993). Ericksonian hypnotherapy for pain control during and following cancer surgery. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 14, 53-72.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Araoz, D. L. (1985). *The new hypnosis*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Barber, J. y Adrian, C. (dirs.) (1982), *Psychological approaches to the management of pain*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Bassman, S. W. y Wester, W. C. (1984). Hypnosis and pain control. En W. C. Wester y A. H. Smith (dirs.), *Clinical hypnosis. A multidisciplinary approach*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Bonica, J. J. (dir.) (1990). *The management of pain* (2ª edición). Malvern, PA: Lea & Febiger.
- Chaves, J. F. (1989). Hypnotic control of clinical pain. En N. P. Spanos y J. F. Chaves (dirs.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. Buffalo: Prometheus Books.

12. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LAS CEFALEAS

FRANK ANDRASIK Y ANDERSON B. ROWAN¹

I. INTRODUCCIÓN

Los estudios epidemiológicos revelan la frecuencia de las cefaleas y los elevados costes asociados con ellas, tanto en términos de cuidados médicos como de baja productividad. Por ejemplo, Linet *et al* (1989) encontraron que el 57,1% de los hombres y el 76,5% de las mujeres comprendidos entre los 12 y los 29 años informaban de un dolor de cabeza durante las últimas cuatro semanas. Además, el 7,9% de estos hombres y el 13,9% de estas mujeres han perdido parte del día o del trabajo o de los estudios a causa de ese dolor de cabeza. Stewart, Lipton, Celentano y Reed (1992) encontraron que el 17,6% de las mujeres y el 5,7% de los hombres, entre los 12 y los 80 años, tuvieron una o más migrañas por día. En términos de costes, Osterhaus, Gutterman y Plachetka (1992) estimaron que el coste de las horas laborales perdidas por año debidas a las migrañas era de 6.864 dólares por cada hombre con trabajo y de 3.600 dólares por cada mujer con trabajo, con una media de 817 dólares anuales como coste médico por persona.

Aunque las cefaleas son frecuentes, también son complejas y misteriosas. La identificación de más de 100 diagnósticos de cefaleas diferentes realizados por el Comité para la Clasificación de las Cefaleas (*Headache Classification Committee*) de la Sociedad Internacional para las Cefaleas (*International Headache Society*) ejemplifica esta complejidad (International Headache Society, 1988). Igualmente, incluso en el caso de los diagnósticos más comunes de cefaleas, la patofisiología es todavía un misterio (Hatch, 1993). Teniendo en cuenta esta complejidad y misterio, un análisis de la amplia variedad de los tipos de cefaleas, de las teorías etiológicas y de la investigación asociada, se encuentra más allá de los objetivos del presente capítulo. Por consiguiente, nuestra descripción se centrará en el examen de los tipos de cefaleas que tienen una alta tasa de prevalencia y para los que se disponen de tratamientos cognitivo-conductuales bien establecidos; de modo específico, nos referimos a las cefaleas migrañosas y tensionales.

II. CUESTIONES DIAGNÓSTICAS

Antes de comenzar a hablar de la terapia cognitivo-conductual para las cefaleas, los profesionales deberían asegurarse de que los pacientes han pasado una completa evaluación médica para establecer el diagnóstico, así como para descartar una patología

¹ University of West Florida (Estados Unidos) y Landstuhl Regional Medical Center (Alemania).

La preparación de este capítulo fue financiada en parte por una ayuda de NIH-NINDS-NS29855. Los puntos de vista expresados en este capítulo son los de los autores. No reflejan la política oficial del Departamento de Defensa o de otros departamentos del gobierno de Estados Unidos.

orgánica más grave y posibles contraindicaciones a las intervenciones cognitivo-conductuales. Aunque los profesionales no médicos no están cualificados para llevar a cabo esas evaluaciones, deben estar familiarizados con los criterios diagnósticos, así como con las señales de aviso generales que sugieren una grave etiología orgánica. Por consiguiente, antes de hablar de los tratamientos cognitivo-conductuales se revisarán brevemente estas cuestiones.

La Sociedad Internacional para las Cefaleas reconoció dos categorías de cefaleas migrañosas: *migraña con aura* (conocida anteriormente como migraña clásica) y *migraña sin aura* (conocida anteriormente como migraña común) (International Headache Society, 1988; véanse en el cuadro 12.1 los criterios diagnósticos). Las cefaleas migrañosas suelen durar de 2 a 72 horas y ser unilaterales, pulsátiles y agravarse por la actividad, estando la persona totalmente libre de síntomas entre los episodios de cefalea. Además, el dolor se ve acompañado a menudo por náuseas, vómitos, fotofobia y/o fonofobia. Por consiguiente, muchas de las personas que sufren migraña informan que solamente obtienen alivio cuando se tumban en una habitación tranquila y oscura. Teniendo en cuenta el propósito de este capítulo, las migrañas con y sin aura se denominarán simplemente cefaleas “migrañosas”.

CUADRO 12.1. *Criterios diagnósticos para las cefaleas migrañosas (IHS, 1988)*

Migraña con aura

- A. Al menos 2 ataques que cumplen el criterio B
- B. Al menos 3 de los síntomas siguientes:
 - 1. Uno o más síntomas de aura totalmente reversibles que indican una disfunción cerebral cortical focalizada y/o del tallo cerebral
 - 2. Al menos uno de los síntomas de aura se desarrolla gradualmente durante más de 4 minutos o dos o más síntomas ocurren en sucesión
 - 3. Ningún síntoma de aura dura más de 60 minutos. Si está presente más de un síntoma de aura, la duración que se acepta se incrementa proporcionalmente
 - 4. El dolor de cabeza sigue al aura con un intervalo variable de menos de 60 minutos (puede empezar también antes o simultáneamente con el aura)

Migraña sin aura

- A. Al menos 5 ataques que cumplen B-D
 - B. Los ataques de cefalea duran de 4 a 72 horas (si no se tratan o si se tratan sin éxito)
 - C. Las cefaleas tienen al menos dos de las características siguientes:
 - 1. Localización unilateral
 - 2. Característica pulsátil
 - 3. Intensidad de moderada a grave
 - 4. Se agrava al subir escaleras o con una actividad física similar
 - D. Durante la cefalea, al menos uno de los síntomas siguientes:
 - 1. Náuseas y/o vómitos
 - 2. Fotofobia o fonofobia
-

Las *cefaleas tensionales* (antes conocidas como cefaleas debido a la contracción muscular) se dividen en *episódicas* y *crónicas* (International Headache Society, 1988; véanse en el cuadro 14.2 los criterios diagnósticos). La distinción principal entre estas categorías es que las cefaleas crónicas han estado presentes durante más de 15 días al mes a lo largo de un período de 6 meses o más, mientras que las episódicas tienen una frecuencia menor y/o una duración inferior a 6 meses. Las cefaleas tensionales se caracterizan por ser bilaterales, con un dolor sordo, persistente, descrito a menudo como si tuviera una cinta alrededor de la cabeza y duran desde unos 30 minutos hasta varios días. Para los objetivos del presente capítulo, las cefaleas tensionales episódicas y crónicas se denominarán “cefaleas tensionales”. Además, muchos pacientes experimentarán una combinación de cefaleas migrañosas y tensionales, indicado, a menudo, como *cefaleas “mixtas”*.

CUADRO 12.2. *Criterios diagnósticos para las cefaleas tensionales (IHS, 1988)*

Cefalea tensional episódica

- A. Al menos 10 episodios de cefalea previos que cumplen los criterios B-D. Número de días con el dolor de cabeza <180/año
- B. La cefalea dura de 30 minutos a 7 días
- C. Al menos 2 de las siguientes características de dolor:
 - 1. Calidad de presión/apretón (no pulsátil)
 - 2. Intensidad leve o moderada
 - 3. Localización bilateral
 - 4. No se agrava al subir las escaleras o por una actividad física similar
- D. Los dos siguientes:
 - 1. Sin náuseas o vómitos (puede ocurrir anorexia)
 - 2. Ausencia de fotofobia o fonofobia, o sólo una de ellas está presente

Cefalea tensional crónica

- A. Frecuencia media de la cefalea > 15 días/mes (180 días/año) durante > 6 meses cumpliendo con los criterios B-C indicados seguidamente
 - B. Lo mismo que en el tipo episódico
 - C. Los dos siguientes:
 - 1. Sin vómitos
 - 2. Sólo uno de los siguientes síntomas: náuseas, fotofobia o fonofobia
-

Las *cefaleas en racimo* se manifiestan con muchas similitudes a las migrañas, pero los ataques suelen ser más frecuentes, se agrupan en períodos concretos de tiempo (normalmente de 3 a 16 semanas) y suelen estar asociadas a uno o más de los siguientes síntomas en el lado del dolor: *a.* enrojecimiento de la conjuntiva, *b.* lagrimeo, *c.* congestión nasal, *d.* rinorrea, *e.* sudor en la cara y en la frente, *f.* mio-

sis, g. ptosis, o h. edemas en los párpados (International Headache Society, 1988). Hoy día no se dispone de evidencias claras sobre la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para las cefaleas en racimo (Blanchard, 1992).

Los clínicos y los investigadores se han dado cuenta de que ciertas medicaciones, si se toman de forma inadecuada, pueden servir realmente para mantener el dolor de cabeza, una condición denominada cefalea por "rebote de la medicación". Dos sustancias consumidas con frecuencia pueden producir cefaleas por rebote: ergotamina y analgésicos. Las cefaleas por rebote de analgésicos se caracterizan normalmente por casi un uso diario de niveles de medicación analgésica relativamente elevados mezclados con niveles de dolor crónico de bajo a moderado, a menudo a diario (Blanchard, 1992). Silberstein y Saper (1993) señalan que la frecuencia de consumo es más importante que la dosis exacta para provocar el dolor de cabeza debido al abuso de ergotamina, ya que los rebotes pueden ocurrir en pacientes que toman dosis tan pequeñas como 0,5 mg tres veces a la semana, en comparación con los 1.200-1.500 mg de analgésicos que se necesitan para provocar un rebote por analgésicos. Para ambos tipos de cefaleas por rebote, el dolor suele empeorar si se corta la medicación y estará normalmente presente al despertar. Si se identifica una cefalea por rebote, será necesaria la retirada de la medicación, bajo la supervisión de los servicios médicos, antes de empezar el tratamiento cognitivo-conductual.

Aunque la etiología orgánica grave (p. ej., tumores cerebrales) es relativamente rara, los profesionales deberían darse cuenta de las "señales de peligro". Éstas incluyen: a. comienzo repentino de una nueva y severa cefalea, b. la cefalea va empeorando progresivamente, c. el comienzo de la cefalea se da después del ejercicio, tensión, toser o actividad sexual, d. presencia de síntomas asociados (p. ej., confusión, pérdida de memoria, fiebre, mialgia, artralgia), e. comienzo de la primera cefalea después de los 50 años, y f. presencia de alguna anormalidad neurológica o física (Andrasik y Baskin, 1987; Cerenex Pharmaceuticals, 1992). Si se observa cualquiera de estas señales de peligro, se aconseja la inmediata remisión a un servicio médico.

III. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

En las dos décadas pasadas, el *biofeedback* y el entrenamiento en relajación han sido tratamientos sólidamente establecidos para las cefaleas migrañosas y tensionales. El tratamiento de las migrañas utiliza normalmente *biofeedback* y/o entrenamiento en relajación autógena. Estas técnicas se centran en aumentar el flujo sanguíneo en la periferia del cuerpo y en crear un efecto de relajación general. El tratamiento de las cefaleas tensionales incluye habitualmente *biofeedback* EMG y/o relajación muscular progresiva. Estas técnicas se centran en disminuir la tensión muscular y también en crear un efecto de relajación general. Sin embargo, los tratamientos a veces se entremezclan con los tipos de cefaleas.

Aunque inicialmente se creía que la eficacia del *biofeedback* y el entrenamiento en relajación estaba relacionada directamente con los cambios fisiológicos asociados, la investigación ha sugerido que el efecto del tratamiento no está asociado ni con el grado ni con la dirección del cambio fisiológico (véase Blanchard, 1992, para una revisión de

estos estudios). Sin embargo, ensayos controlados entre varios tipos de placebos creíbles y algunos tratamientos de *biofeedback*-relajación (véase Blanchard, 1992) así como los metaanálisis (Blanchard *et al.*, 1980; Holroyd y Penzien, 1986) han demostrado que la mejoría es más que un efecto placebo. Igualmente, se ha encontrado que los tratamientos de *biofeedback* y/o relajación son tan eficaces como las intervenciones farmacológicas, tanto en ensayos controlados (véase Andrasik, 1989; Blanchard, 1992) como en un metaanálisis (Holroyd y Penzien, 1990). Aunque no se comprende bien el mecanismo de tratamiento, el *biofeedback* y/o el entrenamiento en relajación se siguen considerando como el “cuidado estándar” del tratamiento psicológico de las cefaleas.

Varios factores parecen subyacer en la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de las cefaleas. En primer lugar, esta aplicación es una extensión de una tendencia existente en el tratamiento de trastornos psicológicos como la depresión o la ansiedad. En segundo lugar, se ha especulado que los factores cognitivos y conductuales son los mecanismos terapéuticos activos en los tratamientos de *biofeedback* (Andrasik y Holroyd, 1980; Holroyd y Penzien, 1983). En tercer lugar, el *biofeedback* y el entrenamiento en relajación se han considerado demasiado estrechos en sus miras, ignorando los estímulos antecedentes estresantes físicos, situacionales y psicológicos específicos que pueden estar asociados con la producción de cefaleas (Mitchell y White, 1977). Finalmente, aunque el *biofeedback* y el entrenamiento en relajación son tratamientos eficaces, muchos sujetos que padecen cefaleas no obtienen provecho de estos procedimientos; por consiguiente, el añadir otros componentes conductuales y cognitivos podría mejorar los beneficios del tratamiento y funcionar en aquellos que no están respondiendo actualmente.

IV. EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVOS Y COMBINADOS

En términos de cefaleas migrañosas (véase cuadro 14.3), se ha encontrado que la terapia cognitiva sola es igual de eficaz que el entrenamiento en relajación autógena (Sorbi y Tellegen, 1986) y que el *biofeedback* de vasoconstricción (Gcrhards *et al.*, 1983). Son necesarios más estudios para replicar estos hallazgos iniciales, preliminares. Desafortunadamente, no se han realizado comparaciones con el *biofeedback* de temperatura. Igualmente, se ha encontrado que el añadir un componente cognitivo al *biofeedback* de temperatura y de vasoconstricción no ha aumentado generalmente su eficacia (Blanchard *et al.*, 1990a; Blanchard *et al.*, 1990c, Knapp y Florin, 1981; Lake, Rainey y Papsdorf, 1979).

En términos de las cefaleas tensionales (véase cuadro 14.4), los estudios comparativos que incluían la terapia cognitiva sola han sido positivos o contradictorios. Sin embargo, los estudios más correctos metodológicamente sugieren que la terapia cognitiva sola es superior a la relajación muscular progresiva (Murphy, Lehrer y Jurish, 1990) y al *biofeedback* EMG (Holroyd, Andrasik y Westbrook, 1977), mientras que estudios menos correctos han arrojado resultados contradictorios (Anderson, Lawrence y Olsen, 1981; Bell *et al.*, 1983; Kremisdorf, Kochanowicz y Costell, 1981).

CUADRO 12.3. Estudios comparativos sobre tratamiento cognitivo y combinado para las cefaleas tensionales

Autor	Condición	Resultados postrat.	N	Índice/Actividad CFL			Frecuencia CFL			Defectos metodológicos
				Pretrat.	Posttrat.	% Mejoría	Pretrat.	Posttrat.	% Mejoría	
Sorbi y Tellegen (1986)	TAE	TAE = REL	16	—	—	—	0,19	0,11	40	
	REL		13	—	—	—	0,12	0,08	31	
Gerhards et al. (1983)	TAE	TAE = BFV	13	—	—	—	2,0	1,3	38	Sin seguim. a largo plazo
	BFV		12	—	—	—	2,6	2,0	25	
Knapp y Florin (1981)	COG	TODOS LOS	4	—	—	—	—	—	—	Muestra pequeña Ter. COG limitada
	COG + BFV	TRAT = LE	4	—	—	—	—	—	—	
	BFV + COG		4	—	—	—	—	—	—	
	BFV LE		4	—	—	—	—	—	—	
Mitchell y White (1977)	COG + REL	COG + REL	3	—	—	—	13,7	3,7*	73,9	N pequeño Sin seguim. a largo plazo Técnicas PMR Instruc. por cinta de audio
	REL	> REL	6	—	—	—	13,8	7,6*	44,9	
	AUTOOBS	> AUTOOBS	9	—	—	—	13,6	13,1	3,7	
	AUTORREG	= AUTORREG	12	—	—	—	13,6	13,6	0,0	
Lake et al. (1979)	COG + REL	TODOS LOS	6	0,45	0,28	37	—	—	—	Muestra pequeña Sin seguim. a largo plazo Breve Ter. COG Instruc. de BFT poco habituales
	BFT	TRAT =	6	0,70	0,52	26	—	—	66	
	BF EMG	BF EMG > LE	6	0,44	0,35	20	—	—	100	
	LE	COG + BFT = BFT = LE	6	0,52	0,56	-8	—	—	—	
Blanchard et al. (1990c)	COG + BFT	TODOS LOS	30	3,87	1,90	43,6	—	—	—	Breve Ter. COG Sin seguim. a largo plazo
	BFT	TRAT =	32	3,53	2,05	41,9	—	—	50,0	
	AT PLAC	AT PLAC	24	3,07	1,94	36,8	—	—	53,1	
	LE	TODOS LOS TRAT > LE	30	2,51	2,53	-0,8	—	—	37,5 20,0	
Blanchard et al. (1990a)	CBC	CBC = TBC	29	3,21	2,31	28,0	—	—	—	Breve Ter. COG Sin seguim. a largo plazo
	TBC	TODOS LOS	30	3,02	2,34	22,5	—	—	44,8	
	LE	TRAT > LE	17	2,48	2,31	6,9	—	—	40,0 11,8	

* Interacción de Trat., $p < 0,05$

Nota: TAE = Terapia para el afrontamiento del estrés, REL = Relajación, COG = Tratamiento cognitivo, BF = Biofeedback, BFT = BF Temperatura, BFV = Vasocostricción, AT PLAC = Atención placebo, LE = Lista de espera, AUTOOBS = Autoobservación, AUTORREG = Autorregistro, CBC = Tratamiento combinado con base en la casa, TBC = Tratamiento termal con base en casa.

! Lake et al. (1979) utilizaron un criterio del 33% para la mejoría clínica.

% de mejoría clínica = porcentaje de pacientes que lograron reducciones en los dolores de cabeza igual o mayor de 50%.

Las conclusiones con respecto al aumento de beneficios añadiendo el componente de la terapia cognitiva son incluso menos claras. De los siete estudios que han examinado intervenciones mixtas, dos encontraron que el tratamiento combinado era superior (Kremsdorf *et al.*, 1981; Tobin *et al.*, 1988), otros dos encontraron tendencias no significativas en algunas medidas (Attanasio, Andrasik y Blanchard, 1987; Blanchard *et al.*, 1990b) y tres no encontraron diferencias (Bell *et al.*, 1983; Anderson *et al.*, 1981; Appelbaum *et al.*, 1990). Si limitamos la revisión a los tres estudios con un tamaño de muestra moderado, se produce una variabilidad similar en los resultados (Appelbaum *et al.*, 1990; Blanchard *et al.*, 1990b; Tobin *et al.*, 1988). Estos hallazgos inconsistentes sugieren que el impacto positivo de la terapia cognitiva varía en respuesta a otros factores.

¿Por qué añadir entonces aspectos conductuales y cognitivos a la relajación y al *biofeedback*? Estos componentes añadidos pueden proporcionar beneficios a los pacientes que no responden de una manera satisfactoria a los tratamientos anteriores (empleando un enfoque de “intervención escalonada”). Igualmente, los aspectos combinados de cada uno y el aplicar los distintos componentes al mismo tiempo pueden mejorar o incluso potenciar los efectos del tratamiento. Finalmente, el enfoque cognitivo-conductual más amplio puede ser más eficaz para pacientes que sufren elevado estrés o dolores de cabeza a diario. Desafortunadamente, las comparaciones entre los tratamientos combinados se han centrado principalmente en el entrenamiento en relajación, siendo las comparaciones con el *biofeedback* bastante escasas. Además de las comparaciones anteriores, un estudio ha comparado una intervención combinada con un tratamiento farmacológico (amitriptilina) y encontró que el tratamiento combinado era superior (Holroyd *et al.*, 1991).

Aunque el objetivo principal de los tratamientos para las cefaleas es la disminución del dolor, se ha encontrado que la depresión es un frecuente problema concurrente (p. ej., Martin, Nathan, Milech y Van Keppel, 1989; McCarran y Andrasik, 1987). Teniendo en cuenta el éxito de las terapias cognitivo-conductuales en el tratamiento de la depresión, se ha hipotetizado que estas intervenciones tendrían un mayor impacto que los tratamientos de *biofeedback* o de relajación sobre los niveles de depresión. En general, esta hipótesis no ha sido respaldada, y la mayoría de los estudios de comparación que han evaluado los niveles de depresión han encontrado resultados equívocos (p. ej., Holroyd *et al.*, 1991; Knapp y Florin, 1981; Sorbi y Tellegen, 1986; Tobin *et al.*, 1988). Sin embargo, se ha encontrado que los tratamientos cognitivo-conductuales son superiores para otros problemas psicológicos, como, por ejemplo: *a.* emocionalidad (Knapp y Florin, 1981), *b.* asertividad (Sorbi y Tellegen, 1986; Sorbi, Tellegen y De Long, 1989), y *c.* locus de control (Holroyd *et al.*, 1991). Si bien es cierto que estos datos son limitados, apoyan los beneficios añadidos del tratamiento cognitivo-conductual más allá de la disminución del dolor.

Aunque en los estudios comparativos faltan, de modo consistente, seguimientos a largo plazo, los datos sugieren generalmente un buen mantenimiento del tratamiento cognitivo-conductual para las cefaleas migrañosas y tensionales (Holroyd y Andrasik, 1982b; Knapp, 1982; Sorbi *et al.*, 1989). Además, se ha hipotetizado que las habilidades cognitivas de afrontamiento pueden ser importantes para el mantenimiento del tratamiento (Blanchard *et al.*, 1990b; Holroyd *et al.*, 1977). Los resultados de uno de los tres seguimientos a largo plazo apoyan esta hipótesis (Holroyd y Andrasik, 1982b).

CUADRO 12.4. Estudios comparativos sobre tratamiento cognitivo y combinado para las cefaleas tensionales

Autor	Condición	Resultados posttrat.	Índice / Actividad CFL				Frecuencia CFL			% Mejoría clínica	Defectos metodológicos
			N	Pretrat.	Posttrat.	% Mejoría	Pretrat.	Posttrat.	% Mejoría		
Holroyd <i>et al.</i> (1977)	TAE	TAE > BF	10	13,2	3,6 **	72,7	5,3	2,5 **	52,8	—	—
	BF	BF = LE	11	14,6	10,9 **	25,3	5,7	3,7 **	35,1	—	—
	LE		10	13,6	14,4	-5,9	5,7	5,0	12,3	—	—
Murphy <i>et al.</i> (1990)	COG	COG > REL	12	6,5	3,5	46,2	5,6	3,4 *	39,3	83,3 **	Sin seguim. a largo plazo
	REL		11	8,0	5,6	30,0	5,8	4,8 *	17,3	72,2 **	
Bell <i>et al.</i> (1983)	COG/Dinamic	TODOS LOS	6	—	—	—	1,4	1,2	14,3	—	TRAT eclécticos
	Combinado	TRAT =	6	—	—	—	1,6	0,5	68,8	—	Muestra pequeña
	BF	TODOS LOS	6	—	—	—	1,1	0,7	36,4	—	Sin seguim. a largo plazo
	LE	TRAT > LE	6	—	—	—	3,2	1,0	68,8	—	
Anderson <i>et al.</i> (1981)	COG	TODOS LOS	2	—	—	—	13,7	3,7 *	73,9	—	Muestra pequeña
	REL + COG	TRAT =	4	—	—	—	13,8	7,6 *	44,9	—	Técnica autógena
	COG*REL		4	—	—	—	13,6	13,1	3,7	—	Sin análisis estadísticos
	REL		2	—	—	—	13,6	13,6	0,0	—	Sin seguim. a largo plazo
Kremsdorf <i>et al.</i> (1981)	Múltiple LB	COG > BF	2	—	—	—	—	—	—	—	Muestra pequeña
	COG/BF	COG + BF > BF		—	—	—	—	—	—	—	Sin seguim. a largo plazo
Attanasio <i>et al.</i> (1990)	CBCL	TODOS LOS	7	5,6	2,6	53,6	—	—	—	71,4	Muestra pequeña
	CBC	TRAT =	8	6,1	3,7	39,3	—	—	—	62,2	Sin seguim. a largo plazo
	RBC		6	5,2	3,2	38,5	—	—	—	50,0	
Appelbaum <i>et al.</i> (1990)	CBC	CBC = TBC	17	5,5	3,1	43,9	—	—	—	52,9	Breve Ter. COG
	RBC	TODOS LOS	16	5,1	2,4	52,9	—	—	—	50,0	Alta tasa de abandono
	LE	TRAT > LE	8	5,8	5,01	13,8	—	—	—	12,5	Sin seguim. a largo plazo
Tobin <i>et al.</i> (1988)	CBC	CBC > RBC	12	3,08	0,74 **	76,0	—	—	—	—	Sin seguim. a largo plazo
	RBC		12	3,10	1,99 **	35,8	—	—	—	—	Relajación breve en CBC

CUADRO 12.4. (Cont.)

Autor	Condición	Resultados postrat.	Índice / Actividad CFL				Frecuencia CFL			% Mejoría clínica	Defectos metodológicos
			N	Pretrat.	Postrat.	% Mejoría	Pretrat.	Postrat.	% Mejoría		
Blanchard <i>et al.</i> (1990b)	COG + REL REL LAT PLAC LE	COG + REL = REL COG + REL > AT PLAC REL = AT PLAC	16	5,82	3,20	45,0	—	—	—	62,2	Sin seguim. a largo plazo Breve Ter. COG
			19	5,63	3,82	32,1	—	—	—	31,6	
			16	5,23	4,63	11,5	—	—	—	45,0	
			15	5,05	4,45	11,9	—	—	—	20,0	
Holroyd <i>et al.</i> (1991) ¹	COG + REL Amitriptilina	COG + REL > FARM	19	2,17	0,96**	95,6	—	—	—	90,0*	Sin seguim. a largo plazo
			17	2,04	1,49**	41,7	—	—	—	53,0*	

* Interacción de Trat., $p < 0,05$; ** Efecto Interacción Trat, $p < 0,01$.

Nota: TAE = Terapia para el afrontamiento del estrés, REL = Relajación, COG = Tratamiento cognitivo, BF = Biofeedback, CBCL = Tratamiento combinado con base en la clínica, CBC = Tratamiento combinado con base en casa, RBC = Relajación con base en casa, AT PLAC = Atención placebo, LE = Lista espera, LB = Línea base.

¹ Holroyd *et al.* (1991) utilizaron un 33% como punto de corte de la mejoría clínica.

V. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

Después de revisar los estudios anteriores, parece claro que no existe un consenso sobre lo que constituye exactamente el tratamiento cognitivo-conductual para las cefaleas recurrentes. En realidad, no hay dos grupos de investigadores que hayan llevado a cabo enfoques idénticos. En este apartado, nos detendremos más de cerca en el modelo propuesto por Holroyd y Andrasik (1982a), reconociendo que es probable que determinados enfoques alternativos tengan una validez similar. Una revisión completa y detallada de la variedad de técnicas cognitivo-conductuales se encuentra fuera de los objetivos de este capítulo. Se puede hallar más información en Blanchard y Andrasik (1989), Martin (1993) y McCarran y Andrasik (1987).

El tratamiento cognitivo-conductual puede dividirse, a grandes rasgos, en tres fases: preparación cognitiva y educación del paciente, autorregistro, y entrenamiento en habilidades de afrontamiento y su aplicación. Antes de empezar el tratamiento en sí, es útil hacer que el paciente se implique en alguna forma de recogida de datos para la línea base, lo que implica hacer evaluaciones diarias de síntomas (gravedad del dolor, localización del mismo, etc.) y describir los pasos dados para aliviar el dolor de cabeza (consumo de fármacos, acostarse, ponerse enfermo, etc.). Este tipo de recogida de datos ayuda a medir la gravedad inicial del problema, proporciona información para guiar la planificación preliminar del tratamiento y puede utilizarse posteriormente para evaluar la respuesta al mismo. El método preferido para la recogida de datos es el diario de cefaleas, que pide a los sujetos que hagan evaluaciones sistemáticas de los dolores de cabeza en períodos predeterminados a lo largo del día. Habitualmente se pregunta a los pacientes que evalúen la intensidad del dolor sobre una escala de 0 a 6 ó de 0 a 10 puntos, donde el extremo 0 se refiere a “sin dolor de cabeza” y el extremo 6 ó el 10 se etiqueta “muy doloroso; es prácticamente imposible que haga nada”. Los datos se cuantifican normalmente de varias maneras, puesto que el dolor de cabeza varía a lo largo de muchas dimensiones, y se halla la media de períodos específicos para facilitar las comparaciones a lo largo del tiempo: 1. frecuencia —número de cefaleas discretas a lo largo de un período específico, 2. duración —cantidad de tiempo entre el comienzo y el final de la cefalea, 3. intensidad máxima —el valor de mayor intensidad en un período determinado, lo que permite al terapeuta determinar si se está eliminando el dolor “extremo” de las cefaleas, 4. índice/actividad de las cefaleas —una medida compuesta que incorpora todas las dimensiones, calculada al sumar todos los valores de intensidad por hora, y 5. ingesta de fármacos —número de pastillas que toma para el dolor de cabeza; a veces se tienen en cuenta los valores de potencia, ya que esto se considera como conducta que está motivada por el dolor. Se pueden excluir de estos cálculos las medicaciones profilácticas o preventivas, ya que se espera que esos cálculos no varíen durante la fase inicial de tratamiento.

En los primeros estudios, los investigadores pedían a los pacientes que cada hora hicieran evaluaciones del dolor de cabeza, lo que les otorgaba una pesada tarea. Epstein y Abel (1977) observaron directamente a los pacientes con dolor de cabeza en una unidad para internos y encontraron que la mayoría no realizaba registros cada hora, como se les había pedido. Estos autores desarrollaron un procedimiento

modificado que requería que los pacientes realizaran sólo 4 evaluaciones cada día, programándose los registros junto a acontecimientos que ocurrieran en períodos de tiempo regulares, claramente discriminables: despertar/desayuno, comida, cena y hora de irse a la cama. Además, Epstein y Abel pidieron a los pacientes que registrasen las variables situacionales y los métodos utilizados para afrontar el dolor. Aunque este formato de muestreo del tiempo es menos exigente con los pacientes y probablemente produzca más datos válidos y fiables, tiene algunos defectos cuando se intenta cuantificar determinadas variables, ya que no se pueden determinar las verdaderas medidas de frecuencia y duración (véase Andrasik, 1992, para una discusión más detallada de éste y otros enfoques para la recogida de datos).

V.1. *Preparación cognitiva y educación del paciente*

Una distinción importante entre el tratamiento tradicional de los dolores de cabeza, que tiene base farmacológica, y la terapia de conducta cognitiva, es el requerimiento de esta última de que el paciente sea un participante activo en el proceso de tratamiento. Para que los pacientes mejoren de modo significativo, tienen que aceptar y comprender la explicación del tratamiento, estar suficientemente motivados para practicar fuera de la terapia con el fin de lograr unos niveles mínimos de eficiencia, y luego aplicar lo que han aprendido a la vida real cuando lo necesiten. La terapia cognitivo-conductual para las cefaleas empieza con los intentos detallados de educar al paciente sobre los factores que afectan potencialmente a los dolores de cabeza y cómo el paciente puede actuar para modificar estos factores. La etapa de educación normalmente empieza durante la evaluación inicial. El terapeuta emplea la entrevista no sólo para recoger información, sino también para aumentar el conocimiento del paciente sobre la interacción entre los factores psicológicos y físicos. Realizar la entrevista de este modo ayuda también a aumentar la motivación del paciente para, y su comprensión del, tratamiento, algo conveniente al terminar la evaluación. La educación sigue siendo una parte integral del tratamiento, ya que los pacientes continúan descubriendo más cosas sobre las causas del dolor y nuevas maneras de reaccionar. Aprender más sobre el dolor de cabeza es algo que los pacientes dicen que desean cuando acuden a terapia (Packard, 1987).

Los esfuerzos de afrontamiento del individuo que padece cefaleas recurrentes están frecuentemente socavados por la creencia de que los síntomas del dolor de cabeza reflejan defectos personales globales o son una respuesta inevitable a presiones ambientales abrumadoras. Una discusión no técnica de la patofisiología y de los elementos precipitantes del dolor de cabeza, que enfatice que estos determinantes de las cefaleas están potencialmente bajo el control del paciente, puede ayudar a combatir los sentimientos de desmoralización, desamparo y depresión, vistos tan a menudo en los que sufren cefaleas recurrentes, y fomentar la participación activa del paciente en el tratamiento, cuando se requiera. En nuestro trabajo clínico, hemos encontrado que la información sola a veces conduce a una disminución de los síntomas, al desacreditar las creencias sobre las cefaleas, creencias que están contribuyendo a los problemas del paciente, tal como ilustra el caso siguiente:

Antes de buscar ayuda para los dolores de cabeza, la Sra. B había recibido 3 años de psicoterapia psicoanalítica por otros problemas de adaptación. Durante 12 años había tenido ataques de migraña mensuales, que parecían estar asociados con la menstruación, así como ataques menos regulares que, según ella, ocurrían cuando se encontraba bajo presión o deprimida. Durante la presentación de la información didáctica sobre las cefaleas respondió con un alivio obvio. Cuando se le preguntó sobre esta respuesta, contó que había considerado la ocurrencia continua de dolores de cabeza como una señal de que había fracasado en llevar su vida de forma diferente a la de su madre, quien también sufría de migrañas. Experimentó alivio cuando se dio cuenta de que su susceptibilidad a la migraña podría ser genética y no una indicación de que había fracasado en sus esfuerzos de crecimiento personal. Después de esta entrevista, no registró ningún dolor de cabeza durante 6 meses. En el seguimiento a los 6 meses, ella atribuyó totalmente la desaparición de los síntomas de dolor de cabeza a la mayor sensación de bienestar y confianza que esta información sobre las cefaleas le había proporcionado [Holroyd y Andrasik, 1982a: p. 301].

En esta presentación didáctica, se puso un énfasis particular en el estrés fisiológico como un precipitante de las cefaleas y en los procesos cognitivos como un determinante de la respuesta de la paciente. Se emplean materiales escritos y ejemplos de la experiencia personal del terapeuta para ilustrar de qué manera los procesos psicológicos influyen sobre los síntomas de las cefaleas y ayudan a implicarse en el tratamiento a los pacientes menos fuertes psicológicamente.

V.2. *El autorregistro*

Una vez que se ha explicado el enfoque de tratamiento, se enseña a los pacientes habilidades de autorregistro para permitirles identificar acontecimientos manifiestos y encubiertos que preceden, acompañan y siguen a las transacciones estresantes y a los episodios de cefalea. Ahora se pide a los pacientes que registren información adicional en sus diarios, tal como la siguiente: situación/antecedentes, sensaciones físicas, pensamientos, sentimientos y la conducta resultante. Conforme el paciente se vuelve más habilidoso en el autorregistro, el terapeuta ayuda al paciente a reconocer las relaciones entre las variables situacionales (p. ej., las críticas de otras personas), los pensamientos (p. ej., «nunca hago nada bien») y las respuestas emocionales, conductuales y de síntomas (p. ej., ansiedad/depresión, retirada/escape, y tensión muscular/cefalea). Durante las primeras semanas de tratamiento, la frecuencia de los registros puede aumentarse temporalmente con el fin de asegurarse que el terapeuta dispone del material adecuado para la planificación del tratamiento. Además, a menudo se instruye a los pacientes para que se imaginen a sí mismos en situaciones estresantes de la vida real durante el tratamiento y para que describan sus experiencias en voz alta utilizando un estilo tipo “lo que fluye a la conciencia”. Cualesquiera que sean las técnicas específicas que se utilicen con un paciente determinado, la tarea terapéutica consiste en ayudarlo a convertirse en un observador de sus pensamientos, de sus experiencias y de su conducta. Los terapeutas más eficaces son aquellos que son más capaces de conseguir descripciones muy detalladas del estrés, en vez de reconstrucciones globales.

FIGURA 12.1. Muestra de un autorregistro de acontecimientos asociados con el inicio de la cefalea (adaptado de Holtroyd y Andrasik, 1982)

Hora	Situación	Sensaciones físicas	Pensamientos	Sentimientos (0-100)	Conducta
8:00	Desayuno, mi marido me dice que parezco "distraída".	(ninguna)	Preocupada por llegar a tiempo al trabajo (p. ej., si llego tarde, et Sr. — se dará cuenta).	Ansiedad - 25 Dolida - 20	Desayuno corriendo; Dejo los platos en remojo.
10:00	Me dan demasiadas cartas técnicas para escribir.	Estómago molesto por el café, músculos tensos.	Todo el mundo supone que soy una supermujer. Nadie tiene en cuenta otras demandas sobre mi tiempo.	Ansiedad - 30 Molestia - 20	Me doy prisa en escribir; Cortante al teléfono; me tomo un descanso más largo de lo normal para tranquilizarme.
12:00	Juan (compañero de trabajo y supervisor) me pide que salgamos a comer. Habla de modo seductor sobre su reciente divorcio.	Mareada, sensaciones de escozor en la cabeza y en la cara, náuseas.	Juan está haciendo proposiciones sexuales. No me gusta rechazarle — así que ¿por qué estoy aquí? ¿Estoy seduciéndole?	Ansiedad - 50 Torpeza - 40 ¿Es éste un sentimiento?	Intento mostrarme simpática, pero me molesta el motivo último. Probablemente cortante.
14:00	Lorenzo me da un informe largo con 5 tablas que esté hecho a las 17 horas.	Dolor de cabeza — parte posterior del cuello.	Que se vaya a la m... — ni siquiera me preguntó qué otras cosas tenía que hacer. Fantasé que Lorenzo se quedaba encerrado en el ascensor. No tuve tiempo para relajarme.	Ira - 60 Ansiedad - 60	Escribí el informe — aturdida.
16:00	Informe terminado.	Empeoramiento del dolor de cabeza, náuseas.	Si pudiera dejar de darle vueltas a los pensamientos y organizarme, podría hacer más cantidad de trabajo.	Ira - 40 Ansiedad - 50	Entregué el informe para que lo revisaran. Me quejé a Susana. Escribí cartas.

La figura 12.1 contiene un ejemplo de una hoja de autorregistro de una paciente que experimentaba síntomas de cefaleas tanto migrañosas como de tensión. Al examinar la forma de autorregistro del paciente, el terapeuta puede empezar a formar una hipótesis tentativa que guíe el tratamiento. En este ejemplo, los factores ligados posiblemente a las cefaleas se refieren a una elevada sensibilidad ante los comentarios de los demás, al resentimiento y ansiedad provenientes de las aparentes proposiciones sexuales de un compañero de trabajo, a limitadas habilidades para expresar sentimientos verdaderos, a excesivas presiones del tiempo, a una incapacidad para relajarse, a pensamientos repetitivos y a una aparentemente escasa alimentación. Aunque esta muestra representa sólo un único día de registros, está llena de información que puede ser útil para el terapeuta y el paciente. Los enfoques que se centran en la relajación, la asertividad, el manejo del tiempo y la detención del pensamiento están entre aquellos que nos vienen inmediatamente a la cabeza.

Después de empezar el tratamiento, los pacientes difieren en su capacidad para identificar antecedentes y correlatos de las cefaleas. Algunos pacientes pueden describir las sensaciones, los pensamientos y sentimientos que preceden al inicio de un dolor de cabeza con un detalle considerable y pueden predecir con notable precisión cuándo y bajo qué condiciones ocurrirán las cefaleas. Sin embargo, la mayoría de los individuos que sufren de cefaleas tiene la experiencia de que al menos algunos de sus dolores de cabeza aparecen sin avisar. Incluso después de un detallado entrenamiento en autorregistro, al menos algunas cefaleas ocurrirán sin antecedentes identificables. Estos dolores de cabeza se tratan modificando los correlatos psicológicos de la cefalea (p. ej., sentimientos de desamparo, malestar emocional) y cambiando los factores de la vida del paciente que pueden aumentar la vulnerabilidad a las cefaleas, incluso cuando no ocurren muy cerca de los ataques mismos (p. ej., depresión, estrés diario crónico).

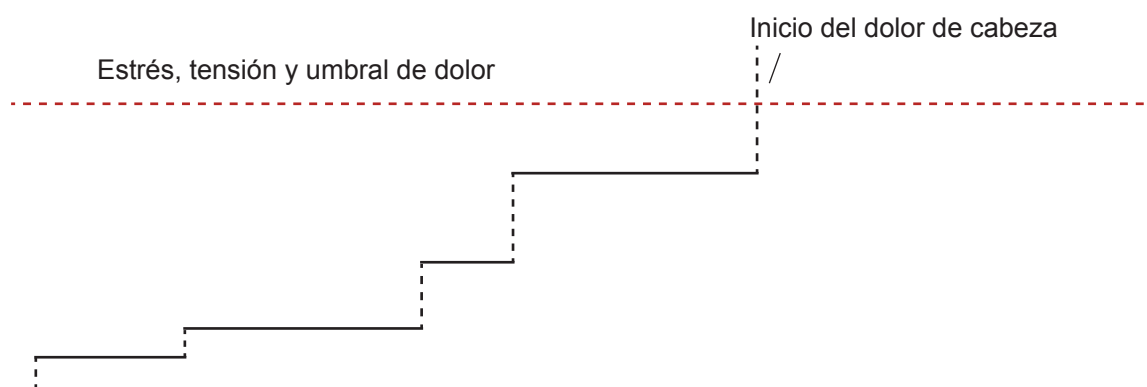
V.3. *El análisis y entrenamiento en habilidades de afrontamiento*

Conforme el paciente se vuelve más diestro en el autorregistro, la terapia empieza a centrarse en la modificación de los antecedentes psicológicos y los correlatos de las cefaleas. Este entrenamiento en habilidades de afrontamiento puede recorrer toda la gama e implicar reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación por medio del autocontrol, ensayo de conducta, terapia marital o familiar, e incluso intentos para cambiar los estímulos ambientales (p. ej., la eliminación de posibles desencadenantes químicos o cambios en la dieta; véase Gallagher, 1990). Andrasik y Gcrber (1993) describen cómo aplicar la terapia cognitivo-conductual utilizando un paradigma de contracondicionamiento.

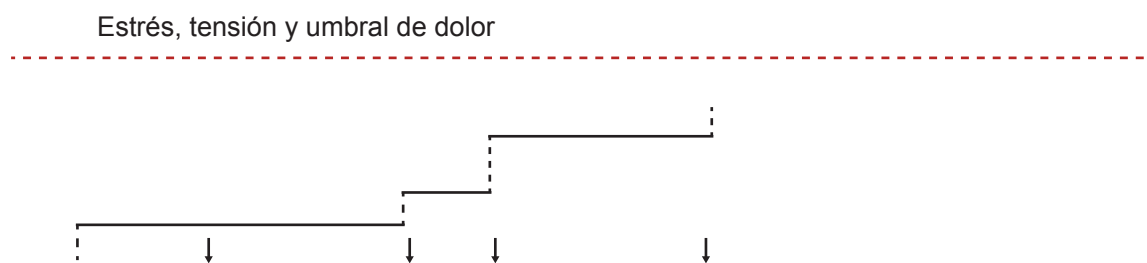
Es útil a menudo empezar el entrenamiento con instrucciones sobre alguna forma de relajación; algunos pacientes pueden impedir, o al menos disminuir, la gravedad de los síntomas de la cefalea cuando se relajan antes de que ésta empiece. El entrenamiento en relajación es probablemente la forma más frecuente de tratamiento no farmacológico y aspectos del mismo se encontrarán en prácticamente todas las variaciones de tratamiento cognitivo-conductual. La relajación tiene nu-

merosos empleos en la intervención sobre el dolor de cabeza. Puede ser útil para contrarrestar el estrés y la tensión muscular que se van acumulando a lo largo del día, para disminuir un dolor de cabeza existente (ayudando a relajar los músculos que duelen y, en parte, desviando la atención del dolor), y para vérselas con las secuelas psicológicas que inevitablemente resultan de tener que soportar períodos repetidos de dolor. Para ilustrar la importancia del empleo preventivo de la relajación, se puede revisar junto con el paciente un diagrama sencillo, como el de la figura 12.2. La parte superior (Panel A) refleja el transcurso típico del día, en el que el estrés ocurre en distintos momentos y con diferentes intensidades y que si no se revisa, se acumula hasta un grado suficiente como para provocar un malestar psicológico importante, una tensión muscular elevada y dolor de cabeza. La parte inferior (Panel B) ilustra cómo se puede modificar este curso no deseable, llevando a cabo adecuadamente respuestas que contrarresten el estrés y el aumento de la tensión muscular tan pronto como se dé uno cuenta de éstos. Este panel ilustra también que puede que no todos los esfuerzos tengan éxito, pero hay suficientes que lo tengan, por lo que no se alcanzará el umbral y podrá evitarse el dolor.

FIGURA 12.2. Efectos de la acumulación diaria del estrés y de la tensión muscular



Panel A. Desarrollo del estrés y la tensión a lo largo del día hasta que se supera el umbral



Panel B. Se aplican habilidades de relajación ante el estrés y la tensión cuando uno se da cuenta de éstos (señalado por las flechas). Los efectos acumulados se rebajan considerablemente y nunca se llega al umbral.

Existen muchas formas de facilitar la relajación global. La primera y más sencilla es *imaginarse una escena agradable*, como estar tumbado sobre una toalla en la playa mientras se escucha el romper de las olas, o pasear por una agradable pradera en un día cálido y soleado. Es mejor que los pacientes eviten imágenes que impliquen contenido sexual o ejercicios físicos vigorosos (ya que estas actividades pueden aumentar la activación en vez de reducirla) y que incluyan tantas modalidades sensoriales (tacto, oído, olfato) y tantos detalles como sea posible (Andrasik y Gerber, 1993; Arena y Blanchard, en prensa). Se recomienda que los pacientes practiquen el empleo de varias imágenes diferentes de relajación, de modo que puedan cambiar a otra imagen si la que han escogido no funciona en un momento determinado. Con la práctica, se pueden recordar rápida y vívidamente esas imágenes y emplearse eficazmente para proporcionar un escape mental cuando las situaciones se vuelven abrumadoras.

Una segunda manera de relajarse se refiere a la *respiración diafragmática* o de relajación. La mayoría de los pacientes encuentra en ésta un procedimiento útil, ya que la respiración puede ser fácilmente colocada bajo el control voluntario y esa es una actividad que es vital para la supervivencia. La idea de la respiración diafragmática o de relajación es engañosamente sencilla, de modo que la mayor parte de los pacientes necesita instrucciones detalladas para un uso correcto. La aplicación inapropiada puede conducir a un desequilibrio de oxígeno en sangre y a la hípér o hipoventilación. Igualmente, los pacientes que tienen una elevada frecuencia inicial de respiración (mayor de 30 respiraciones por minuto) pueden sentirse raros conforme su frecuencia respiratoria se acerca al rango de relajación. Se dice a esos pacientes que no presten especial atención a este hecho y se les informa que estas peculiares sensaciones se pasarán con el tiempo. Schwartz (1995) ofrece una excelente discusión sobre este tema, revisando brevemente la fisiología de la respiración y proporcionando instrucciones sobre cómo enseñar a los pacientes a respirar lentamente (hasta un objetivo de 5-8 respiraciones por minuto), profundamente (hasta la capacidad total de los pulmones) y uniformemente (para facilitar la misma frecuencia a la espiración y a la inspiración), mientras se concentra en las sensaciones fisiológicas asociadas. El hacer que el paciente subvocalice una palabra asociada con cada espiración puede ayudar a “controlar por el estímulo” la relajación posterior. Hay varias formas de fomentar el patrón de respiración deseado. Los pacientes pueden practicar la relajación mientras mantienen sus brazos rectos por encima de la cabeza (lo que minimiza el movimiento del pecho); mientras están tumbados en una superficie firme, colocando un libro de peso medio en el abdomen y levantando y bajando el libro en cada ciclo; o poniendo una mano en el pecho y la otra justo debajo de las costillas, respirando de manera que limite el movimiento de la mano que está en el pecho y maximice el de la mano que se encuentra en el abdomen. Schwartz (1995) describe otros enfoques para favorecer también una respiración más relajada, incluyendo enfoques tales como la respiración con un ritmo, la meditación con base en la respiración, la respiración con los labios apretados, la respiración repetida y enfoques con base en instrumentos. Este procedimiento tan portable puede combinarse fácilmente con otras técnicas de relajación.

Una tercera forma de relajación se basa en la gran cantidad de literatura sobre el *entrenamiento autógeno*, una clase meditacional de relajación. El entrenamiento

autógeno tiene una larga historia (Schultz y Luthe, 1969) y entrena que los pacientes se concentren pasivamente en palabras clave y frases seleccionadas por su capacidad para fomentar las respuestas somáticas deseadas. Por ejemplo, para facilitar un aumento del riego sanguíneo en las extremidades, que explica el calentamiento periférico y la reducción de la activación nerviosa simpática, se instruye a los pacientes para que se centren en sensaciones de calor y pesadez en las extremidades. Se recomienda que los pacientes desarrollen sus propias frases y subvocalicen tres frases muchas veces (de 50 a 100) durante la práctica, con el fin de optimizar los efectos (Arena y Blanchard, en prensa).

La cuarta y última técnica de la que vamos a hablar, el *entrenamiento en relajación muscular progresiva*, tiene los fundamentos empíricos más extensos (Blanchard *et al.*, 1980; Holroyd y Penzien, 1986; Rowan y Andrasik, 1996), pero es también la más compleja. Entrena que el paciente realice series sistemáticas de ejercicios de tensión y relajación de los músculos, con el fin de que el paciente discrimine primeramente distintos niveles de tensión muscular, lo que hace que sea más fácil para el paciente el alcanzar un estado global o general de relajación. Andrasik (1986) describe un esquema típico de entrenamiento en relajación, que se refleja en el cuadro 12.5.

Se resaltan los siguientes puntos cuando se presenta esta forma de entrenamiento en relajación:

1. el entrenamiento en relajación consiste en la tensión y relajación sistemática de los principales grupos de músculos;
2. el tensar los músculos incluso aunque sea durante un breve período de tiempo hace que, de forma refleja, alcancen posteriormente un menor nivel de tensión;
3. el experimentar un amplio rango de niveles de tensión muscular permite al paciente discriminar mejor cuándo se está produciendo tensión muscular;
4. con la mejora de las capacidades de discriminación y una vez que se han adquirido las habilidades para relajar rápidamente los músculos, esta técnica puede utilizarse para contrarrestar el aumento de la tensión conforme tiene lugar durante el día (denominado relajación aplicada);
5. el lograr un estado profundo de relajación es una habilidad que se aprende y requiere de la práctica regular, y
6. el procedimiento se centrará inicialmente en todos los principales grupos de músculos, pero estos grupos se mezclarán con el tiempo con el fin de permitir una relajación rápida.

El procedimiento comienza haciendo que el paciente tense y relaje alternativamente 14 grupos distintos de músculos en los 18 pasos indicados en el cuadro 12.6. Antes de la instrucción formal, se le pide al paciente que complete unos ciclos prácticos de tensión-relajación, con el fin de asegurarse de que la tensión generada es la adecuada (ni incompleta ni excesiva) y que se limita al grupo correspondiente. Los músculos que son muy dolorosos o que han estado en tensión, se omiten de modo que no causen más problemas. Los grupos de músculos objetivo se tensan durante 5-7 segundos y luego se relajan durante 20-30 segundos, lo que constituye

CUADRO 12.5. Esquema del programa de entrenamiento en relajación muscular progresiva (adaptado de Andrasik, 1986)

Semana	Sesión	Presentación y explicación del tratamiento	Número de grupos de músculos	Ejercicios de profundización	Ejercicios de respiración	Imágenes relajantes	Entrenamiento en discriminación muscular	Relajación por recuerdo	Relajación controlada por el estímulo
1	1	X	14	X	X				
	2		14	X	X	X			
2	3		14	X	X	X	X		
	4		14	X	X	X	X		
3	5		8	X	X	X	X		
	6		8	X	X	X	X	X	
4	7		4	X	X	X	X	X	
5	8		4	X	X	X	X	X	X
6	9		4	X	X	X	X	X	X
7	ninguna								
8	10		4	X	X	X	X	X	X

CUADRO 12.6. *14 grupos de músculos y procedimientos iniciales para los ejercicios de tensión en 18 pasos*

-
1. Mano y parte inferior del brazo derechos (el paciente aprieta el puño y al mismo tiempo tensa la parte inferior del brazo).
 2. Mano y parte inferior del brazo izquierdos.
 3. Las dos manos y las dos partes inferiores de los brazos.
 4. Parte superior del brazo derecho (el paciente acerca su mano al brazo y tensa el bíceps).
 5. Parte superior del brazo izquierdo.
 6. Parte superior de los dos brazos.
 7. Pie y parte inferior de la pierna derechos (el paciente apunta hacia delante con su pie mientras tensa los músculos de la pantorrilla).
 8. Pie y parte inferior de la pierna izquierdos.
 9. Los dos pies y las partes inferiores de las dos piernas.
 10. Los dos muslos (el paciente presiona ambos muslos y rodillas entre sí).
 11. Abdomen (el paciente aprieta fuertemente los músculos abdominales, como si fuera a recibir un puñetazo).
 12. Pecho (el paciente toma aire profundamente y lo mantiene en el pecho).
 13. Hombros y parte inferior del cuello (que el paciente meta la cabeza entre los hombros o que eleve los hombros con la intención de tocar las orejas).
 14. Parte posterior del cuello (que el paciente presione la cabeza hacia atrás contra un cojín o el respaldo de un sillón).
 15. Labios/boca (que el paciente presione los labios entre sí fuertemente, pero no tan fuerte que rechinen los dientes; o que coloque la punta de la lengua en el paladar de la boca justo detrás de los dientes superiores).
 16. Ojos (que el paciente cierre los ojos con fuerza).
 17. Parte inferior de la frente (que el paciente frunza el ceño y arrugue las cejas).
 18. Parte superior de la frente (que el paciente arrugue la frente o alce las cejas).
-

un ciclo completo. Se instruye al paciente para que preste atención a las sensaciones asociadas con la tensión y la relajación durante cada ciclo. Si un paciente prefiere una secuencia diferente de músculos, se puede aceptar modificar la secuencia. Sin embargo, una vez modificada, es importante que el paciente siga siempre el mismo orden. Se puede instruir periódicamente a los pacientes para que exploren mentalmente los grupos de músculos sobre los que se ha trabajado anteriormente con el fin de identificar cualquier tensión residual. En caso de que se detecte dicha tensión, se recomienda completar otro ciclo tensión-relajación. Se pueden utilizar también diferentes procedimientos (todos los cuales implican sugerencias por parte del terapeuta) para fomentar una profunda sensación de relajación (como que el terapeuta cuente hacia atrás en voz alta desde 5 hasta 1 y diga al paciente que experimentará un nivel más profundo de relajación con cada número). La imaginación y la respiración diafragmática se añaden pronto, de la manera como se indicó anteriormente. Una vez que el paciente ha realizado un progreso adecuado en la tensión y relajación de los 14 grupos básicos de músculos, el terapeuta empieza a mezclar varios grupos de músculos con el fin de abreviar el procedimiento, en primer lugar a 8 grupos de músculos y luego a 4 grupos (véase cuadro 14.7).

CUADRO 12.7. *Grupos de músculos en forma abreviada*

<i>8 grupos de músculos</i>	
1.	Las dos manos y las partes inferiores de los dos brazos
2.	Las dos piernas y muslos
3.	Abdomen
4.	Pecho
5.	Hombros
6.	Parte posterior del cuello
7.	Ojos
8.	Frente
<i>4 grupos de músculos</i>	
1.	Brazos
2.	Pecho
3.	Cuello
4.	Cara (con una atención especial hacia los ojos y la frente)

El entrenamiento en discriminación muscular, que empieza en la sesión 3, se añadió específicamente para los pacientes con dolores de cabeza, con el fin de facilitar la capacidad para detectar incluso indicios de aumento de la tensión en los músculos que están asociados con el dolor de cabeza. Para demostrar este aspecto, se le pide a un paciente que realice un ciclo completo de tensión-relajación con la mano y la parte inferior del brazo, y que luego tense estos músculos sólo la mitad. Luego se lleva a cabo otro ciclo que implica sólo un 1/4 de la fuerza. Una vez que se comprende el concepto de tensión diferencial, se instruye al paciente que aplique la tensión muscular diferencial a los músculos que están más asociados con la actividad del dolor de cabeza (normalmente, los músculos faciales, el cuello y los hombros). Las técnicas finales se refieren a la relajación por medio del recuerdo y la relajación controlada por estímulos. Para realizar la relajación por medio del recuerdo, se instruye al paciente que recuerde las sensaciones asociadas con la relajación y que intente luego reproducir estas sensaciones sin la ayuda de los ciclos de tensión y relajación. Los ciclos reales de tensión-relajación se utilizan sólo cuando se necesita fomentar el estado somático deseado. Es necesaria la práctica fuera de la oficina con el fin de maximizar los efectos y se instruye normalmente a los pacientes para que practiquen una o dos veces cada día las técnicas que se les ha enseñado. Las casetes, bien las que se venden comercialmente o bien preparadas por el terapeuta durante una sesión real con el paciente, pueden facilitar la práctica en casa.

Se ha informado de pocas dificultades cuando se utilizan enfoques con base en la relajación. Un pequeño porcentaje de pacientes puede experimentar lo que se ha denominado “ansiedad inducida por la relajación” (Heide y Borkovec, 1983), que se refleja en un repentino incremento de la ansiedad durante la relajación profunda que puede ir de intensidad suave a moderada y que puede acercarse al nivel de un pequeño ataque de pánico. Es importante que el terapeuta permanezca en calma, que tranquilice al paciente de que el episodio pasará, y, cuando sea posible, que haga

que el paciente se siente durante algunos minutos o que incluso pasee por la clínica. En pacientes que según se cree pueden tener riesgos de desarrollar ansiedad inducida por la relajación, puede ser útil instruirles para que se centren más en los aspectos somáticos, en cuanto opuesto a los aspectos cognitivos, del entrenamiento (Arena y Blanchard, en prensa). Algunos pacientes pueden obtener un beneficio mínimo del entrenamiento en relajación y, en raras ocasiones, el entrenamiento en relajación puede agravar los síntomas de la cefalea. Bakal, Demjen y Kaganov (1981) proporcionan una interesante descripción de una mujer cuyos ataques de cefaleas se hicieron más frecuentes cuando practicaban entrenamiento en relajación, pero que pudo detener con éxito sus dolores de cabeza “estando ocupada” cuando sentía que un ataque de cefalea era inminente. Los ataques de cefaleas de esta mujer estaban precedidos de forma fiable por un escotoma centelleante (un punto ciego en el campo visual rodeado por figuras prismáticas brillantes y centelleantes), de modo que podía utilizar este síntoma como una señal para volverse activa, previniendo, por consiguiente, el inicio de la cefalea. Incluso después de haber abortado con éxito cada dolor de cabeza durante 6 meses, el escotoma centelleante continuaba ocurriendo tan frecuentemente como antes del tratamiento. Por consiguiente, el terapeuta no debería confiar exclusivamente en los beneficios terapéuticos de esta única intervención.

Se remite al lector a Andrasik (1986), Andrasik y Gerber (1993), Arena y Blanchard (en prensa), Blanchard y Andrasik (1989) o Martin (1993) para obtener más detalles sobre el entrenamiento en relajación con pacientes que padecen cefaleas o a Lichstein (1988) o Smith (1990) para conseguir más información sobre la relajación en general. El *biofeedback* es otra forma de tratamiento tipo relajación, pero su administración requiere equipo y entrenamiento especializados que pudiera que no siempre estuviesen disponibles. Por lo tanto, no nos detendremos en ello. Los lectores interesados se remiten a Andrasik (1986), Andrasik y Gerber (1993) y Blanchard y Andrasik (1989).

La reestructuración cognitiva juega habitualmente un papel central en el tratamiento, porque las respuestas al estrés suelen estar mediadas por una evaluación por parte del paciente de los estímulos estresantes con los que se enfrenta (valoración primaria) y de su capacidad para responder a las demandas planteadas por el acontecimiento (valoración secundaria). Por medio del cuestionamiento “socrático” (Overholser, 1993a, b), el terapeuta emplea la información recogida en los autorregistros para ayudar al paciente a identificar el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo de estas respuestas de estrés. Por ejemplo, si utilizamos la información de la hoja de autorregistro (figura 12.1), podría tener lugar el siguiente intercambio:

Terapeuta: Parece como si sus sensaciones de ansiedad y de ira aumentasen a lo largo del día y como si se comportara de maneras que son perjudiciales para usted. ¿Qué cree que se encuentra detrás de esto?

Paciente: Mis jefes esperan demasiado de mí. Continuamente me siguen pasando trabajo para hacer. Y Juan intentó ligar conmigo. Me puse tan furiosa.

Terapeuta: De modo que sucedieron algunas cosas, como una fecha de entrega del trabajo demasiado cercana y un intento de ligue. Parece como si se preocupara más de estos acontecimientos de lo que quisiera. Señalamos en la

última sesión que estas clases de reacciones conducen a dolores de cabeza, lo que estamos viendo que sucede aquí. Pero me encuentro un poco confuso. Tengo la impresión de que me estuviera diciendo que cada vez que uno de los jefes coloca una fecha cercana para la entrega del trabajo a un empleado o que un hombre intenta ligar a una mujer, esa persona padecerá ansiedad e ira y tendrá un dolor de cabeza.

Paciente: Bueno, no sé. Creo que me da dolor de cabeza cuando suceden estas cosas.

Terapeuta: Correcto, ésta es la razón por la que estamos indagando en tus reacciones a estas situaciones. Lo que estoy intentando comprender es lo que causa las emociones y el dolor de cabeza resultante. Si fuera la situación, deberíamos esperar que todas las personas sintiesen las mismas emociones y tuviesen un dolor de cabeza en respuesta a estas situaciones. ¿Pienasa que todo el mundo tiene estas reacciones?

Paciente: Claro que no. Creo que Guillermo parece disfrutar realmente con estos plazos tan cortos. Se anima porque piensa que es un desafío. Y Carmen, bueno, se siente halagada cuando intentan ligar con ella, y es también muy asertiva, de modo que no permite que continúen como yo hice.

Terapeuta: Muy bien, parece como si estuviera manifestando que la forma en que las personas piensan sobre una situación, las cosas que dicen de sí mismas, influyen en el modo como reaccionan. Así sucede cuando Guillermo evalúa el escaso plazo como un desafío y Carmen evalúa el intento de ligue como un cumplido. Igualmente, parece como si la forma en que responde la gente a las situaciones influyera en su grado de activación emocional, como sucede cuando Elena es asertiva.

Paciente: Sí. Creo que estoy de acuerdo con eso.

Terapeuta: Tomemos su hoja de autorregistro y veamos si esto parece encajar con sus reacciones... (El paciente y el terapeuta examinan la hoja de autorregistro, mirando la relación entre sus pensamientos y las consecuencias físicas, conductuales y emocionales.)

Una vez que los pacientes comprenden el papel de las cogniciones, comienza el trabajo de entrenarles en técnicas para cuestionar sus cogniciones. La variedad de métodos disponibles para que el paciente realice el cuestionamiento puede dividirse normalmente en dos categorías: cognitivas y conductuales. Los métodos cognitivos pueden incluir: *a.* presentaciones didácticas (p. ej., educación directa, metáforas, parábolas, analogías, etc.), *b.* preguntas socráticas, *c.* humor (p. ej., exagerar el problema), y *d.* la imaginación (p. ej., imaginarse a uno mismo en situaciones problemáticas y controlarlas, imaginar a alguna otra persona afrontándolas y sustituir gradualmente esa persona por uno mismo, etc.). Dentro de este rango de técnicas, se pueden emplear varios enfoques para examinar los pensamientos, incluyendo *a.* un análisis de la lógica de la creencia, *b.* un análisis de la evidencia que apoya la creencia, *c.* un análisis de las consecuencias de la creencia, y *d.* la identificación de pensamientos alternativos más realistas. Las estrategias conductuales entrañan el hacer que el paciente se comporte de formas que sean inconsistentes con las creencias irracionales y utilizar la preparación cognitiva antes de llevarlo a la práctica, cuando sea

necesario. El modelado vicario (p. ej., el terapeuta modelando una conducta, representando un papel, etc.) puede emplearse también antes de llevar a cabo las estrategias conductuales fuera de la sesión de terapia.

Walen, DiGiuseppe y Wessler (1980) sugieren las siguientes fases del cuestionamiento:

1. Discutir con los pacientes el hecho de que tanto en cuanto mantengan sus creencias irracionales, se sentirán molestos, ansiosos, airados, etc.
2. Proporcionar una creencia racional alternativa y preguntar cómo se sentiría el paciente si la creyera.
3. Una vez que los pacientes reconocen que se deberían sentir mejor, emplear esta retroalimentación para animarles a abandonar la creencia irracional.
4. Preguntar por las evidencias de su creencia irracional actual y utilizar estrategias de cuestionamiento.
5. Una vez que los pacientes admiten que no existen evidencias, preguntarles cómo se sienten, con el fin de hacerles ver el cambio en el afecto como un refuerzo para el cambio cognitivo.
6. Si los pacientes se están sintiendo mejor, comprobar lo que han entendido preguntándoles si pueden identificar la causa del cambio. Este es un paso importante. Los pacientes a veces sorprenderán al terapeuta diciendo que se sienten mejor debido a razones que no son la modificación de sus creencias. Si salen a la luz esas atribuciones erróneas, deberían abordarse.
7. Reconocer el cambio en el pensamiento del paciente y discutir los múltiples cambios cognitivos que supuestamente pueden tener lugar y lo beneficiosos que podrían ser (p. ej., cambio en las creencias, distraerse, modificación de las percepciones con respecto al acontecimiento estresante).

Las estrategias de afrontamiento se pueden adaptar a situaciones estresantes específicas con las que se enfrenta el paciente y a los problemas particulares que el paciente experimenta con estas situaciones. A lo largo de una serie de sesiones, se pueden identificar creencias nucleares específicas que subyacen a los complejos patrones de pensamientos, emociones y conductas, proporcionando al paciente un marco para la organización y comprensión de las respuestas psicológicas a los acontecimientos estresantes y, de esta forma, para modificar estas respuestas. El proceso de cambio normalmente requiere llevar a la práctica las habilidades de afrontamiento específicas que permiten que el paciente cambie las transacciones estresantes y maneje las respuestas psicológicas ante el estrés de un modo adaptativo. El utilizar una serie de estrategias de cuestionamiento puede fomentar una adquisición más rápida de las habilidades y una flexibilidad en su aplicación. Una vez que las habilidades se han consolidado, el objetivo es entonces maximizar la generalización. Por ejemplo, el terapeuta puede hacer que el paciente aplique las técnicas a las situaciones que no se abordan directamente en la sesión (véanse Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Walen et al, 1980; Yankura y Dryden, 1990, para una información más detallada sobre las técnicas de reestructuración cognitiva). Estas intervenciones cognitivas básicas ayudan a los pacientes a modificar las reacciones desadaptativas que contribuyen a sus dolores de cabeza. En el caso de pacientes con cefaleas, el terapeuta debería específicamente escuchar y preguntar sobre cogniciones relacionadas directamente con los

dolores de cabeza. Por ejemplo, a pesar de evaluaciones médicas completas, los pacientes pueden tener temores de que sus cefaleas sean síntomas de problemas graves o amenazantes para su vida (p. ej., tumores cerebrales). Además, los pacientes pueden volverse dependientes de los servicios médicos para el control de su problema. Sin embargo, la naturaleza crónica y persistente de sus cefaleas requiere que los pacientes aprendan a confiar en sus propias capacidades para manejar los dolores de cabeza. Por mor de su atención al autocontrol, los enfoques cognitivo-conductuales normalmente producen cambios que resultan en un aumento de la seguridad en uno mismo y de la confianza para manejar sus dolores de cabeza. Finalmente, puesto que incluso los tratamientos conductuales o farmacológicos más eficaces normalmente no eliminan totalmente los dolores de cabeza del paciente, se necesita prestar atención a las creencias de eficacia que tiene el paciente sobre el afrontamiento del dolor y el nivel de los recursos de afrontamiento existentes para manejar los episodios residuales de dolores de cabeza. Puede ser necesario el entrenamiento en otras técnicas de manejo del dolor (véanse Hanson y Gerber, 1990; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983). Algunas de estas técnicas pueden entrañar simplemente adaptaciones de habilidades de afrontamiento previamente adquiridas (p. ej., distracción, imaginación, relajación, orientación hacia el afrontamiento, evaluación realista del dolor, etc.). Además de los métodos conductuales y cognitivos de cuestionamiento, el terapeuta puede identificar otras habilidades de afrontamiento que podrían ayudar al paciente a responder a las situaciones estresantes. Algunos ejemplos incluyen:

- a. el empleo de autoinstrucciones destinadas a mantener una orientación de afrontamiento y guiar los esfuerzos a realizar en esa dirección,
- b. el uso de técnicas de control de las preocupaciones para combatir los pensamientos obsesivos que provocan ansiedad (p. ej., tiempo de preocupación predeterminado, exposición a las preocupaciones),
- c. la producción de imágenes de tranquilidad, y
- d. la aplicación de habilidades racionales de solución de problemas para problemas prácticos con los que se enfrenta el paciente (p. ej., manejo del tiempo, definición del problema, utilización de estrategias tipo torbellino de ideas para identificar soluciones potenciales). Para manejar las situaciones estresantes que entrañan interacciones con los demás, pueden ser también útiles las habilidades para la aserción y la negociación de conflictos interpersonales.

Cuando el estrés crónico en una relación marital o en una unidad familiar más amplia parece ser un importante factor en los problemas de cefalea del paciente, o cuando los miembros de la familia socavan los esfuerzos autónomos de afrontamiento realizados por el paciente, puede ser útil incluir a la pareja o a otros miembros de la familia en el tratamiento (Coyne y Holroyd, 1982). Estas sesiones se basan normalmente, al menos en parte, en un enfoque operante para el manejo del dolor (Fordyce, 1976; Fowler, 1975). El terapeuta puede dar simplemente a los miembros de la familia instrucciones directas 1. para reforzar la conducta correcta (p. ej., los esfuerzos autónomos del paciente para manejar los síntomas de cefalea) y 2. ignorar la conducta de "enfermedad" (p. ej., no reforzar determinadas conductas relacionadas con las cefaleas, como el comportamiento dependiente o indefen-

so). El terapeuta puede enseñar también habilidades de comunicación y para el manejo de conflictos, con el fin de disminuir los problemas familiares y ayudar al paciente a verificar o desacreditar sus expectativas y temores sobre otros miembros de la familia.

VI. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

La eficacia establecida de los tratamientos cognitivo-conductuales ofrece un gran potencial para aumentar los beneficios de los sujetos que sufren cefaleas, tanto en términos de dolor como de problemas psicológicos. Aunque se ha sugerido que el diagnóstico diferencial entre los tipos de cefaleas proporciona poca información con respecto al pronóstico (Martin, 1993), la superioridad de la terapia cognitiva con las cefaleas tensionales, pero no con las migrañas o cefaleas mixtas, da apoyo a la utilidad de estas categorías en la planificación del tratamiento. Igualmente, se ha encontrado que otras características del paciente, como un elevado estrés diario y una alta actividad de los dolores de cabeza (Tobin *et al.*, 1988; Sorbi *et al.*, 1989), predicen un resultado pobre con el entrenamiento en relajación, pero no con la terapia cognitiva. Si se establece la validez predictora de estos factores, puede conducir a una mejora en la planificación del tratamiento y al posterior aumento coste/eficacia.

Los tratamientos cognitivo-conductuales para las cefaleas se encuentran todavía en las primeras etapas de desarrollo. Los tratamientos actuales han aplicado básicamente las técnicas que existen para el tratamiento de las cefaleas. En el futuro, los formatos de tratamiento pueden modificarse para mejorar el coste-eficacia y las técnicas pueden adaptarse específicamente a la población con cefaleas para aumentar su eficacia.

Modificaciones recientes de las intervenciones cognitivo-conductuales para las cefaleas se han centrado en mejorar la eficacia de los sistemas que ofrecen tratamiento. Por ejemplo, investigaciones recientes han establecido la eficacia de tratamientos con un contacto mínimo con el terapeuta en comparación con los tratamientos de base clínica que duran más tiempo (véanse Rowan y Andrasik, 1996; Haddock *et al.*, 1997, para una revisión de la literatura). Igualmente, se han realizado investigaciones preliminares sobre otros sistemas alternativos que ofrecen tratamiento, tales como administración en grupo (p. ej., Johnson y Thorn, 1989; Williamson *et al.*, 1984; Napier, Miller y Andrasik, 1997), en lugares no médicos (p. ej., escuelas; Larsson, Daleflod, Hakansson y Melin, 1987), así como la administración por otros profesionales de la salud (p. ej., enfermeras; Larsson, Melin, Lamminen y Ullstedt, 1987) y personas legas (p. ej., padres; Burke y Andrasik, 1989). Además, un estudio reciente evaluó la eficacia de un equipo multidisciplinar en el tratamiento de un paciente interno con cefaleas migrañosas incurables (Larsson, Melin, Lamminen y Ullstedt, 1987).

Las modificaciones futuras de la técnica pueden entrañar el ampliar el objetivo de tratamiento para incluir otros factores relevantes, como el impacto de las cefaleas en la vida diaria (p. ej., Hursey y Jacks, 1992). Además, teniendo en cuenta la investigación que apoya la superioridad de los tratamientos de *biofeedback* y farmacológico-

cos combinados (p. ej., Mathew, 1981), el futuro trabajo puede centrarse en la evaluación de los beneficios de combinar tratamientos farmacológicos y cognitivo-conductuales. Finalmente, en los casos de cefaleas refractarias, las técnicas para el manejo del dolor utilizadas para otros problemas de dolor crónico podrían utilizarse cada vez más. En conclusión, aunque se necesita una mayor investigación, los tratamientos cognitivo-conductuales deben de considerarse una alternativa clara, junto con las intervenciones de *biofeedback* y de relajación, cuando se plantee el “cuidado estándar” para el tratamiento psicológico de las cefaleas tensionales y migrañosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, N. B., Lawrence, P. S. y Olsen, T.W. (1981). Within-subject analysis of autogenic training and cognitive coping training in the treatment of tension headache pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 219-223.
- Andrasik, F. (1986). Relaxation and biofeedback for chronic headaches. En A. D. Holzman y D. C. Turk (dirs.), *Pain management: A handbook of treatment approaches*. Nueva York: Pergamon.
- Andrasik, F. (1989). Biofeedback applications for headache. En C. Bischoff, H. C. Traue y H. Zenz (dirs.), *Clinical perspectives on headache and low back pain*. Lewiston, NY: Hogrefe & Huber.
- Andrasik, F. (1992). Assessment of patients with headaches. En D. C. Turk y R. Melzack (dirs.), *Handbook of pain assessment* (2.^a edición). Nueva York: Guilford.
- Andrasik, F. (en prensa). Behavioral treatment of tension-type headaches. En W. D. Gerber y J. Schoenen (dirs.), *Tension-type headache: Diagnosis and management*.
- Andrasik, F. y Baskin, S. J. (1987). Headache. En R. L. Morrison y A. S. Bellack (dirs.), *Medical factors and psychological disorders: A handbook for psychologists*. Nueva York: Plenum.
- Andrasik, F. y Gerber, W. D. (1993). Relaxation, biofeedback, and stress-coping therapies. En J. Olesen, P. Tfelt-Hansen y K. M. A. Welch (dirs.), *The headaches*. Nueva York: Raven.
- Andrasik, F. y Holroyd, K. A. (1980). A test of specific and nonspecific effects in the biofeedback treatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 575-586.
- Appelbaum, K. A., Blanchard, E. B., Nicholson, N. L., Radnitz, C., Kirsch, C., Michultka, D., Attansio, V., Andrasik, F. y Dentinger, M. P. (1990). Controlled evaluation of the addition of cognitive strategies to a home based relaxation protocol for tension headache. *Behavior Therapy*, 21, 293-303.
- Arena, J. G. y Blanchard, E. B. (en prensa). Biofeedback and relaxation therapy for chronic pain disorders. En R. Gatchel y D. Turk (dirs.), *Chronic pain: Psychological perspectives on treatment*. Nueva York: Guilford.
- Attanasio, V., Andrasik, F. y Blanchard, E. B. (1987). Cognitive therapy and relaxation training in muscle contraction headache: Efficacy and cost-effectiveness. *Headache*, 27, 254-260.
- Bakal, D. A., Demjen, S. y Kaganov, S. (1981). Cognitive behavioral treatment of chronic headache. *Headache*, 21, 81-86.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Bell, N. W., Abramowitz, S. I., Folkins, C. H., Spensley, J. y Hutchinson, G. I. (1983). Biofeedback, brief psychotherapy and tension headache. *Headache*, 23, 162-173.

- Blanchard, E. B. (1992). Psychological treatment of benign headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 537-551.
- Blanchard, E. B. y Andrasik, F. (1989). *Tratamiento del dolor de cabeza crónico*. Barcelona: Martínez-Roca [orig. 1985].
- Blanchard, E. B., Andrasik, F., Ahles, T. A., Teders, S.J. y O'Keefe, D. (1980). Migraine and tension headache: A meta-analytic review. *Behavior Therapy, 11*, 613-631.
- Blanchard, E. B., Appelbaum, K. A., Nicholson, N. L., Radnitz, C. L., Morrill, B., Michultka, D., et al (1990a). A controlled evaluation of the addition of cognitive therapy to a home-based biofeedback and relaxation treatment of vascular headache. *Headache, 30*, 371-376.
- Blanchard, E. B., Appelbaum, K. A., Radnitz, C. L., Michultka, D., Morrill, B., Kirsch, C., Hillhouse, J., Evans, D. D., Guarnieri, P., Attanasio, V., Andrasik, F., Jaccard, J. y Dentinger, M. P. (1990b). Placebo-controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation and of relaxation combined with cognitive therapy in the treatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 210-215.
- Blanchard, E. B., Appelbaum, K. A., Radnitz, C. L., Morrill, B., Michultka, D., Kirsch, C., Guarnieri, P., Hillhouse J., Evans, D. D., Jaccard, J. y Barron, K. D. (1990c). A controlled evaluation of thermal biofeedback and thermal biofeedback combined with cognitive therapy in the treatment of vascular headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 216-224.
- Burke, E. J. y Andrasik, F. (1989). Home- versus clinic-based biofeedback treatment for pediatric migraine: Results of treatment through one-year follow-up. *Headache, 29*, 434-440.
- Cerenex Pharmaceuticals (1992). *Which headache? A guide to the diagnosis and management of headache*. Worthing, UK: Professional Postgraduate Services Ltd.
- Coyne, J. y Holroyd, K. A. (1982). Stress coping and illness: A transactional perspective. En T. Millan, G. Green y R. Meagher (dirs.), *Handbook of health care clinical psychology*. Nueva York: Plenum.
- Epstein, L. H. y Abel, G. G. (1977). An analysis of biofeedback training effects for tension headache patients. *Behavior Therapy, 8*, 37-47.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Fowler, R. S. (1975). Operant therapy for headaches. *Headache, 15*, 1-6.
- Gallagher, R. M. (1990). Precipitating causes of headache. En S. Diamond (dir.). *Migraine headache prevention and management*. Nueva York: Marcel Dekker.
- Gerhards, F., Rojahn, J., Boxan, K. Gnade, C, Petrick, M. y Florin, I. (1983). Biofeedback versus cognitive stress-coping therapy in migraine headache patients. En K. A. Holroyd, B. A. Schlote y H. Zenz (dirs.), *Perspectives in research on headache*. Lewiston, NY: C.J. Hogrefe.
- Haddock, C. K., Rowan, A. B., Andrasik, F., Wilson, P. G., Talcott, G. W. y Stein, R. J. (1997). Home-based behavioral treatments for chronic benign headache: A meta-analysis of controlled trials. *Cephalalgia, 17*, 113-118.
- Hanson, R. W. y Gerber, K. E. (1990). *Coping with chronic pain*. Nueva York: Guilford.
- Hatch J. P. (1993). Headache. En R.J. Gatchel y E. B. Bianchard (dirs.). *Psychophysiological disorders*. Washington DC: APA.
- Heide, F. J. y Borkovec, T. D. (1983). Relaxation-induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 171-182.
- Holroyd, K. A. y Andrasik, F. (1982a). A cognitive-behavioral approach to recurrent tension and migraine headache. En P. C. Kendall (dir.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, vol. 1. Nueva York: Academic.

- Holroyd, K. A. y Andrasik, F. (1982b). Do the effects of cognitive therapy endure? A two-year follow-up of tension headache sufferers treated with cognitive therapy or biofeedback. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 325-334.
- Holroyd, K. A., Andrasik, R. y Westbrook, T. (1977). Cognitive control of tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 121-133.
- Holroyd, K. A., France, J. L. y Rokicki, L. (1993). Assessing the impact of headache on quality of life: Weekly Illness Impact Recording. Unpublished observations.
- Holroyd, K. A., Nash, J. M., Pingel J. D., Cordingley, C. E. y Jerome, A. (1991). A comparison of pharmacological (amitriptyline HO.) and nonpharmacological (cognitive-behavioral) therapies for chronic tension headaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 387-393.
- Holroyd, K. A. y Pen/Jen, D. B. (1983). EMG biofeedback and tension headache: Therapeutic mechanisms. En K. A. Holroyd, B. A. Schlote y H. Zenz (dirs.), *Perspectives in research on headache*. Lewiston, NY: C.J. Hogrefe.
- Holroyd, K. A. y Penzien, D. B. (1986). Client variables and the behavioral treatment of recurrent tension headache: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 515-536.
- Holroyd, K. A. y Penzien, D. B. (1990). Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: A meta-analytic review of clinical trials. *Pain*, 42, 1-13.
- Hursey, K. G. y Jacks, S. D. (1992). Fear of pain in recurrent headache sufferers. *Headache*, 32, 283-286.
- International Headache Society (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. *Cephalalgia*, 8 (suplemento 7), 1-96.
- Johnson, P. R. y Thorn, B. E. (1989). Cognitive behavioral treatment of chronic headache: Group versus individual treatment format. *Headache*, 29, 358-365.
- Knapp, T. W. (1982). Treating migraine by training in temporal artery vasoconstriction and/or cognitive behavioral coping: A one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 551-557.
- Knapp, T. W. y Florin, I. (1981). The treatment of migraine headache by training in vasoconstriction of the temporal artery and a cognitive stress-coping training. *Behavior Analysis and Modification*, 4, 267-274.
- Kremsdorf, R. B., Kochanowicz, N. A. y Costell, S. (1981). Cognitive skills training versus EMG biofeedback in the treatment of tension headaches. *Biofeedback and Self-Regulation*, 6, 93-102.
- Lake, A., Rainey, J. y Papsdorf, J. D. (1979). Biofeedback and Rational-Emotive Therapy in the management of migraine headache. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 127-140.
- Lake, A. E., Saper, j. R., Madden, S. F. y Kreeger, C. (1993). Comprehensive inpatient treatment for intractable migraine: A prospective long-term outcome study. *Headache*, 33, 55-62.
- Larsson, B., Daleflod, B., Hakansson, L. y Melin, L. (1987). Therapist-assisted versus self-help relaxation treatment of chronic headaches in adolescents: A school-based intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 127-136.
- Larsson, B., Melin, L., Lamminen, M. y Ullstedt, F. (1987). A school-based treatment of chronic headaches in adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 12, 553-566.
- Lichstein, K. L. (1988). *Clinical relaxation strategies*. Nueva York: Wiley.
- Linnet, M. S., Stewart, W. F., Celentano, D. D., Ziegler, D. y Sprecher, M. (1989). An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2211 -2216.
- Martin, P. R. (1993). *Psychological management of chronic headaches*. Nueva York: Guilford.

- Martin, P. R., Nathan, P. R., Milech, D. y Van Keppel, M. (1989). Cognitive therapy vs. self-management training in the treatment of chronic headaches. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 347-361.
- Mathew, N. T. (1981). Prophylaxis of migraine and mixed headache: A randomized controlled study. *Headache*, 21, 105-109.
- McCarran, M. S. y Andrasik, F. (1987). Migraine and tension headaches. En L. Michelson y L. M. Ascher (dirs.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Mitchell, K. R. y White, R. B. (1977). Behavioral self-management: An application to the problem of migraine headaches. *Behavior Therapy*, 8, 213-221.
- Murphy, A. I., Lehrer, P. M. y Jurish, S. (1990). Cognitive coping skills training and relaxation training as treatments for tension headaches. *Behavior Therapy*, 21, 89-98.
- Napier, D., Miller, C. y Andrasik, F. (1997). Group treatment for recurrent headache. *Advances in Medical Psychotherapy*, 9, 21-31.
- Osterhaus, J. T., Gutterman, D. L. y Plachetka, J. R. (1992). Healthcare resource and lost labour costs of migraine headaches in the US. *PharmacoEconomics*, 2, 67-76.
- Overholser, J. C. (1993a). Elements of the Socratic method: Systematic questioning. *Psychotherapy*, 30, 67-74.
- Overholser, J. C. (1993b). Elements of the Socratic method: Inductive reasoning. *Psychotherapy*, 30, 75-85.
- Packard, R. C. (1987). Differing expectations of headache patients and their physicians. En C. S. Adler, S. M. Adler y R. C. Packard (dirs.), *Psychiatric aspects of headache*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Rowan, A. B. y Andrasik, F. (1996). Efficacy and cost-effectiveness of minimal therapist contact treatments of chronic headaches: A review. *Behavior Therapy*, 27, 207-234.
- Schultz, J. H. y Luthe, W. (1969). *Autogenic training*, vol. 1. Nueva York: Grune & Stratton.
- Schwartz, M. S. (1995). *Biofeedback: A practitioner's guide* (2.^a ed.). Nueva York: Guilford.
- Silberstein, S. y Saper, J. (1993). Migraine: Diagnosis and treatment. En D.J. Dalessio y S. D. Silberstein (dirs.), *Wolff's headache* (6.^a ed.). Nueva York: Oxford.
- Smith, J. C. (1990). *Cognitive-behavioral relaxation training: A new system of strategies for treatment and assessment*, Nueva York: Springer.
- Sorbi, M. y Tellegen, B. (1986). Differential effects of training in relaxation and stress coping in patients with migraine. *Headache*, 26, 473-481.
- Sorbi, M., Tellegen, B. y De Long, A. (1989). Long-term effects of training in relaxation and stress-coping in patients with migraine: A 3-year follow-up. *Headache*, 29, 111-121.
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Celentano, D. D. y Reed, M. L. (1992). Prevalence of migraine headache in the United States: Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *Journal of the American Medical Association*, 267, 64-69.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Baker, A., Reynolds, R. V. C. y Holm, J. E. (1988). Development and clinical trial of a minimal contact cognitive-behavioral treatment for tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 325-339.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive behavioral perspective*. Nueva York: Guilford.
- Walen, S. R., DiGiuseppe, R. y Wessler, R. L. (1980). *A practitioner's guide to rational emotive therapy*. Nueva York: Oxford University.
- Williamson, D. A., Monguillot, J. E., Jarrell, M. P., Cohen, R. A., Pratt, J. M. y Blouin, D. C. (1984). Relaxation for the treatment of headache: Controlled evaluation of two group programs. *Behavior Modification*, 8, 407-424.
- Yankura, J. y Dryden, W. (1990). *Doing RET: Albert Ellis in action*. Nueva York: Springer.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Andrasik, F. (1986). Relaxation and biofeedback for chronic headaches. En A. D. Holznun y D. C. Turk (dirs.), *Pain management: A handbook of treatment approaches*. Nueva York: Pergamon.
- Andrasik, F. (en prensa). Behavioral treatment of tension-type headaches. En W. D. Gerber y J. Schoenen (dirs.). *Tension-type headache: Diagnosis and management*.
- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Descléede Brouwer. (Orig. 1973.)
- Blanchard, E. B. y Andrasik, F. (1989). *Tratamiento del dolor de cabeza crónico*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1985.)
- Martin, P. K. (1993). *Psychological management of chronic headaches*. Nueva York: Guilford.
- Vera, M. N. y Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI

13. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PERSONAS EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

MA. PILAR BARRETO MARTIN, PILAR ARRANZ Y CARRILLO DE ALBORNOZ,
JAVIER BARBERO GUTIÉRREZ Y RAMÓN BAYÉS SOPENA¹

«A las personas en contacto con la muerte les nacen
ojos nuevos para la vida»
D. RAZAVI

I. INTRODUCCIÓN

Nos gustaría introducir este capítulo haciendo referencia a algunas cuestiones que a nuestro entender son fundamentales cuando se trata de abordar el tema que nos ocupa. Nos referimos al fenómeno denominado “Cuidados Paliativos”, dirigidos a personas en fase terminal de una enfermedad y a sus familias.

En primer lugar, subrayar la gran responsabilidad que implica la intervención profesional en este momento tan, especial de la vida de una persona (su fase final), en ella la acción terapéutica es necesariamente urgente y la planificación a muy corto plazo. Además, a ello hay que añadir que el tiempo es escaso también para el paciente y con ello queremos señalar que, poniendo por delante toda la profundidad y rigurosidad necesarias, es especialmente importante evitar exploraciones e intervenciones que no se consideren absolutamente imprescindibles y útiles.

La segunda cuestión que queremos resaltar tiene que ver con la necesidad ineludible del *trabajo interdisciplinar*. Si entendemos que las necesidades de una persona en fase terminal son varias y de distinta índole (físicas, emocionales, espirituales y sociales), es preciso hablar de trabajo en equipo terapéutico o asistencial. Ninguna profesión, de forma aislada, tiene las herramientas suficientes como para poder atender a tal variedad de manifestaciones. Si se quiere pues realizar una actuación eficaz en pro de un objetivo común, la concurrencia de las distintas profesiones implicadas es fundamental, aunque su actuación coordinada parece ser especialmente difícil. Más adelante volveremos sobre ello.

En tercer lugar, nos vamos a referir a los aspectos éticos de la intervención. Creemos que en este tema también son especialmente relevantes ya que entendemos que vulnerarlos resulta mucho más sencillo que en otros ámbitos terapéuticos. El paciente con un gran deterioro e incapacidad funcional es frecuentemente merecedor, en nuestra sociedad, de una gran compasión, que puede estar o no acompañada de actitudes solidarias, pero a lo que sí está vinculado habitualmente es a una buena dosis de paternalismo (*«ya tiene bastante con su enfermedad, no le produzcamos más sufrimiento, ya decidimos nosotros por él»*). Aunque parezca obvio, dada la frecuencia con la que este dato se olvida, nos gustaría recordar que la vida que se termina es la del propio paciente, única y absoluta autoridad para la toma de decisiones, siempre que sus niveles de consciencia se lo permitan.

¹ Universitat de Valencia; Hospital La Paz, Madrid; U.V.A.A. Oficina Regional del VIH/SIDA, Madrid; Universitat Autònoma de Barcelona (España), respectivamente.

Otro tema importante en el trabajo con pacientes terminales es el de las *actitudes* de los profesionales *ante* el fenómeno de *la muerte*. Dicho fenómeno se encuentra presente en lo cotidiano de la labor, de forma implícita o explícita. La pérdida irreversible se anticipa, el deterioro que muestra el paciente recuerda la propia finitud y lo limitado de los logros terapéuticos. Así, las conductas de huida, evitación o sobreimplicación son una consecuencia lógica. Es difícil atender con eficacia cuando están presentes elevados niveles de ansiedad producidos por el miedo. Dado que éste es un miedo que preserva el instinto de supervivencia, no es bueno eliminarlo, pero, al igual que los prejuicios, al menos hemos de reconocerlo y elaborarlo para aprender a manejarlo en situaciones comprometidas y que no sea el temor quien decida nuestro modo de intervenir. En otro tiempo, las personas tenían una relación más natural con la muerte, era aceptada como un acompañante permanente de la vida. Actualmente, cuanto mayor es el nivel de desarrollo técnico de un país, mayor es el miedo a la muerte y más se le aísla de la vida. La muerte tiende a ser expulsada, aislada, tapada, ya que representa la antítesis de lo que responde a la idea del progreso. Recuperar las actitudes, conocimiento y habilidades sobre el arte del morir es para el profesional de la salud un reto urgente a considerar. Siempre caminando hacia el objetivo de naturalizar la muerte como parte integrante de la vida.

Finalmente, pensamos que es importante considerar la *situación clínica en su conjunto*, es decir, teniendo en cuenta a cada uno de los elementos que en ella intervienen, el paciente, la familia, el equipo terapéutico y el entorno físico y social en el que esta situación se encuentra ubicada. Aunque más adelante retomaremos este tema, queremos desde ahora plantear que una buena acción terapéutica pasa por tener en cuenta a las personas allegadas afectivamente al paciente; ellos son los que pasan más tiempo ejerciendo de cuidadores y quienes pueden dar, en estos momentos, un soporte emocional más auténtico a la persona. Además, es importante que el equipo asistencial tenga habilidades personales de afrontamiento ante situaciones críticas y relacionales que le permitan interactuar de forma adaptativa con pacientes y familiares. Por último, se deben evitar ambientes depresógenos que sitúen a la persona al margen de la vida.

Una vez comentadas estas cuestiones, a nuestro entender básicas y previas a cualquier planteamiento terapéutico, continuaremos la exposición siguiendo el esquema que nos parece más didáctico para tal fin. En primer lugar, intentaremos describir la situación clínica —quién es potencialmente objeto de nuestra intervención profesional—; en segundo lugar, trataremos de concretar los objetivos de la misma, para, finalmente, pasar a exponer las herramientas de evaluación e intervención que consideramos más adecuadas con el fin de alcanzar dichos objetivos. Todo ello enmarcado en un modelo teórico en el que se explicita nuestra comprensión del fenómeno del sufrimiento como el balance negativo entre la percepción de amenaza y la de recursos (Bayés *et al.*, 1966).

II. ¿A QUIÉN SE DIRIGE LA INTERVENCIÓN?

El sistema de cuidados que aquí planteamos se justifica en función de las personas cuyo tiempo vital está finalizando, aquellas que en el ámbito de las ciencias de la sa-

lud se han denominado pacientes terminales. Cuando hablamos de enfermo en situación terminal, entendemos por tal a aquella persona cuyo estado de salud se ha deteriorado hasta tal punto que no existen tratamientos para abordarlo o los habituales resultan ineficaces. Pero tal como comentábamos anteriormente, los diferentes elementos de la situación clínica han de ser objetos de consideración para una intervención adecuada. Por consiguiente, vamos a intentar concretar al menos las características más importantes en cada uno de ellos. Comentaremos en primer lugar acerca del paciente, posteriormente seguiremos con la familia y, finalmente, nos referiremos al equipo terapéutico.

II.1. *El paciente*

Varios investigadores y clínicos en España han intentado precisar las características de la situación de enfermedad terminal (Barreto y Bayés, 1990; Bayés y Barreto, 1992; Gómez Batiste *et al.*, 1990; Pascual y García-Conde, 1993; Sanz, 1989, 1990, 1992). En síntesis, podrían resaltarse las siguientes:

- a. Enfermedad avanzada e incurable por los medios técnicos existentes.
- b. Imposibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- c. Presencia de problemas de salud múltiples, multifactoriales y cambiantes que condicionan la inestabilidad evolutiva del paciente.
- d. Impacto emocional (debido a la presencia explícita o implícita de la muerte) en el paciente, la familia y/o personas afectivamente relevantes y equipo terapéutico
- e. Pronóstico de vida breve (esperanza de vida inferior a 6 meses).

Los Cuidados Paliativos son universales, es decir, van dirigidos a cualquier persona en la fase final de la vida, independientemente de la enfermedad que padezca. No obstante, la mayor proporción de estudios se refiere a pacientes oncológicos y, tal como señala Moos (1991), hemos de considerar que existen características diferenciales según el tipo de paciente, que afectan directamente a la labor asistencial. A modo de ejemplo, y dada la alta frecuencia de personas en esa situación, comentaremos las referidas a los pacientes con sida y aquellas que atañen al ETG (Enfermo Terminal Geriátrico).

En el caso del paciente con sida, tal como hemos comentado en otro lugar (Barreto, 1994), se dan una serie de características específicas que marcan diferencias importantes respecto a otro tipo de pacientes también en estado terminal:

- La *edad*. Muchos de los pacientes son jóvenes, estando la mayoría comprendidos entre los 25 y los 45 años. Esta es la edad en que habitualmente las personas establecen proyectos más definitivos de vida o justo los comienzan. En ellos perdura también con gran frecuencia una adolescencia prolongada (vgr., personas ADVP²), una menor experiencia de pérdidas, con el

² Adictos a las drogas por vía parental (ADVP).

consiguiente ajuste maduro a las mismas, y la necesidad urgente de cerrar el ciclo vital de modo precipitado.

- En muchas de esas personas coexiste una doble problemática: se suele dar marginalidad, comportamiento adictivo, patología psiquiátrica.
- La *ruptura de la identidad corporal*, debida a los síntomas que suponen alteraciones en la imagen de sí mismo, justo en el momento en que el cuerpo tiene un gran valor simbólico y funcional, y en el que, por consiguiente, las sensaciones de inutilidad y miedo al rechazo físico son habituales.
- La *consciencia intensa de muerte*, en la que colaboran varios factores tales como la pérdida funcional progresiva, el contacto continuo con la muerte de amigos, el conocimiento de la inexistencia de un remedio definitivo eficaz, etc.
- El *carácter simbólico* de la enfermedad que padecen, el estigma de enfermedad maldita, con connotaciones de castigo y rechazo social.

En el caso del ETG queremos comenzar reivindicando que los ancianos han sido los grandes olvidados en este tema, como en tantos otros, asumiéndose, en muchos casos erróneamente, que el ETG era un paciente totalmente asimilable al oncológico. De todos modos, últimamente se empieza a trabajar con mayor intensidad en ello, reconociendo los profesionales que, además de lograr una vejez más competente, es importante también abogar por una muerte más digna y una calidad de vida mayor en la fase final de la misma. En esta población, Núñez Olarte (1995), a partir de su experiencia y tras una revisión de los trabajos científicos, señala como elementos diferenciadores los siguientes:

- La edad avanzada no implica necesariamente la existencia de un mayor número de síntomas.
- Algunos de los síntomas, como el dolor, la depresión y los vómitos, son menos prevalentes que en otras poblaciones.
- Existen, no obstante, otros síntomas cuya frecuencia es mayor, como son el estreñimiento, los síntomas urinarios y los neuropsiquiátricos.
- El anciano, en general, afronta mejor la enfermedad y sus efectos colaterales que las personas más jóvenes y también acepta mejor el hecho de la muerte, apoyándose en la experiencia de una vida más larga.
- Las personas ancianas tienen, habitualmente, menor apoyo familiar y social que los jóvenes.
- En general, el anciano es menos consultado sobre decisiones terapéuticas.

Con base en lo que acabamos de ver, pues, es necesario un tratamiento igualitario, pero es necesaria también, para ser eficaz y ético, una gran sensibilidad ante las diferencias que caracterizan a los diversos grupos de personas.

II.2. *La familia*

Hemos de considerar a la familia o personas afectivamente relevantes para el paciente desde dos vertientes: como emisores y como receptores de cuidados. En el primer

caso, hablando siempre en términos generales, la familia supone la fuente de afecto y cuidados más importante para el paciente. La calidad afectiva y la cantidad de tiempo que dedican a su lado son difícilmente sustituibles. Además de enfrentarse a su propio dolor, han de proveer de apoyo emocional y cuidado físico a la persona enferma. Es, pues, una situación difícil de soportar. Deben manejar emociones propias, algunas veces ambivalentes (proyección de la propia muerte, angustia de separación, sentimientos de culpa, impotencia, etc.) y suelen desconocer los posibles recursos: cómo hablar de temas tan difíciles, cómo cuidar a un enfermo con complicaciones, cómo dar soporte emocional en un momento tan duro. Parece claro que necesitan una buena dosis de apoyo, de cara a una adaptación positiva. Además, suponen, para el equipo terapéutico, una fuente de apoyo tanto en la evaluación de las dificultades del paciente como en la intervención sobre las mismas. A este respecto, en un amplio estudio realizado con 4.301 pacientes, según la observación de los familiares, el 50% de los pacientes informaba de la presencia de dolor entre moderado y severo mientras estaban hospitalizados (Support Investigators, 1995). Sobre el mismo trabajo, una de sus autoras (J. Lynn) expresa su gran preocupación por otro dato: «dos tercios de las familias tienen la impresión de que los pacientes sufrían síntomas intolerables al final de sus vidas» (McCarthy, 1997).

Por otra parte, se encuentran afectivamente perturbados por la inminente pérdida de alguien a quien aman y por quien, en muchos de los casos, han tenido ya que sufrir en gran medida debido a otras problemáticas. Además, en el caso de los padres, la muerte de un hijo rompe los esquemas habituales. La vida nos enseña a aceptar como algo inevitable la muerte de nuestros mayores, pero parece antinatural asistir a la muerte de nuestros hijos (Barreto, 1994). En un estudio de hace ya más una década, Copperman (1983) reflejaba las fuentes de temor fundamentales informadas por los familiares de enfermos oncológicos terminales. Por orden de frecuencia, éstos serían los siguientes: miedo a no saber qué hacer cuando el paciente se vaya deteriorando, a que sufra y muera con dolor y agonía; a no obtener ayuda profesional cuando la necesiten; a ser responsables por la enfermedad, o por no haber cuidado al paciente durante su vida; a no ser capaces de cuidar al paciente adecuadamente, en especial cuando se acerca el momento de la muerte; miedo a dañarle o herirle durante el cuidado físico; a que se encuentre solo en casa en el momento de la muerte; miedo a que el paciente adivine su diagnóstico, viendo su preocupación; miedo a molestar y tener que delegar en otros para que ayuden; miedo a reñir con otros miembros de la familia; temor a estar actuando equivocadamente queriendo que el paciente permanezca en el hogar; miedo a no saber cuándo el paciente ha muerto; miedo a tener que sacar adelante a una familia a solas, y miedo a un futuro lleno de soledad. Creemos que ellos ilustran perfectamente la situación que sufren las familias de los pacientes en fase terminal.

II.3. *El equipo terapéutico*

Cuando los equipos profesionales desempeñan su labor en situaciones que implican dificultades especiales de manejo, bien porque requieran suplementos formativos a los académicos o porque impliquen un desgaste emocional especial, se encuentran en grave riesgo de padecer lo que la literatura viene denominando ya hace años

burnout o síndrome de estar quemado. Este fenómeno se produce, en gran medida, cuando existe un desequilibrio importante entre la percepción de amenaza y la de recursos.

Curiosamente, el fenómeno del *burnout* y el estrés profesional parecen no afectar más a los equipos de Cuidados Paliativos que a los profesionales de otros ámbitos, como pueden ser, por ejemplo, las Unidades de Cirugía, Gastroenterología y Radiología (Graham *et al.*, 1996), debido, quizás, a que desde el principio del movimiento *Hospice*³ se reconoció la posibilidad de que tales fenómenos se produjeran de forma importante, lo que llevó a poner en marcha estrategias organizativas que minimizaran sus efectos (Vachon, 1995). Esta autora señala que en los casos donde se ha detectado percepción de sobrecarga en los profesionales y disminución de la satisfacción laboral, coincidía que no se habían previsto estrategias adecuadas de prevención. Así, creemos que es fundamental reconocer, para poder prevenir alteraciones, que los profesionales encargados del cuidado integral del paciente se enfrentan a una tarea compleja, en la que influyen diversas circunstancias (Barreto, 1994) y que pueden sintetizarse en los puntos siguientes:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se encuentran en contacto con el sufrimiento del paciente, con la angustia de la familia y allegados, la incertidumbre, la soledad en la toma de decisiones cuando no hay un equipo que respalda, el contacto frecuente con la muerte.
- En muchos casos, soportar una presión laboral excesiva, con gran cantidad de tareas, órdenes no razonadas, turnos incómodos, etcétera.
- Presiones internas, como sentimientos de indefensión, resistir el dolor de contestar preguntas difíciles, tratar temas cargados de angustia, situaciones difíciles entre el paciente y la familia.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido formados y, por definición, imposible en estas circunstancias.
- La necesidad de un cierto grado de implicación con los pacientes para establecer una relación de ayuda adecuada (Arranz, 1990). Un manejo inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La formación de nuestros sanitarios no incluye el aprendizaje sobre cómo manejar las emociones propias y cómo ayudar en el momento en que se producen reacciones emocionales adversas en los pacientes y sus familiares. Así mismo, carecen de formación en habilidades de comunicación en temas delicados. Temas difíciles de abordar, en el caso del SIDA, asociados a la droga, promiscuidad sexual y en todos en general, sobre el sufrimiento, la marginación, la incapacidad y la muerte.

³ El movimiento *Hospice* actual se desarrolló inicialmente en Inglaterra durante la década de los años sesenta, con la creación de la atención global (física, emocional, social y espiritual) para pacientes y familiares. Está inspirado en los hospicios de finales del siglo XIX y principios del XX que, con una filosofía religiosa, acogían a peregrinos enfermos o moribundos. El de mayor importancia, a partir del cual se expande la filosofía paliativa es el St. Christopher Hospice de Londres, fundado por Cicely Saunders en 1967. Actualmente, dicho *hospice* constituye el punto de referencia obligado en clínica, docencia e investigación.

Así pues, desarrollar los propios recursos de afrontamiento es fundamental en el reencuentro del equilibrio en la relación terapéutica. Se deben tener claros los objetivos, buscar información acerca de cómo cuidar, desarrollar estrategias de autocontrol, evitar mecanismos de identificación con el paciente moribundo y sustituirlos en gran medida por mecanismos de racionalización, entrenarse en asesoramiento (*counseling*) y aplicar estrategias en la organización que favorezcan el trabajo y la cohesión del equipo, son potentes recursos que pueden prevenir o reducir el riesgo de patologías laborales como el *burnout*.

III. QUÉ: LOS OBJETIVOS

III.1. *Objetivos generales*

Por definición, en la fase final de la vida, el principal objetivo se dirige a promover el máximo bienestar posible para el paciente y la familia. Las dos funciones básicas de la intervención en problemas de salud —curar y cuidar— se ven reducidas, que no disminuidas en importancia, a la segunda, es decir, al *cuidado*. Parece claro, y así se ha expresado continuamente en la mayor parte de trabajos científicos referidos a cuidados paliativos (Doyle, Flanks y MacDonald, 1993), que *promover el mayor bienestar posible* es la meta a perseguir por todos los profesionales. Sin embargo, sabemos que los conceptos, de bienestar y sufrimiento son, en gran medida, subjetivos y es necesario operativizarlos para poder trabajar de un modo serio y riguroso en este ámbito. Limonero y Bayés (1995) ponen de manifiesto cómo la mayor parte de trabajos en este campo o no definen el bienestar o no lo hacen de un modo operativo. Estos autores realizan una propuesta en la que definen el concepto como «la sensación global de satisfacción o alivio de las necesidades —físicas, emocionales, sociales y/o espirituales— que puede experimentar el enfermo de forma intermitente, continua o esporádica, a lo largo de la última etapa de su existencia», puntualizando, además, como características claves del mismo su carácter subjetivo, ya que es el enfermo quien valora su grado de bienestar y su variabilidad, es decir, su temporalidad. En un trabajo posterior, Barreto *et al.* (1996) han planteado la misma situación respecto al fenómeno del “sufrimiento”, recogiendo los interesantes planteamientos de Chapman y Gavrín (1993), quienes lo entienden como «un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a esa amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales».

En definitiva, hablamos de lograr bienestar, potenciando recursos y satisfaciendo necesidades, es decir, disminuyendo sufrimiento.

III.2. *Objetivos intermedios*

Parece claro que el bienestar en una situación en que la persona se enfrenta a pérdidas continuas (físicas, funcionales, emocionales y/o sociales), experimenta síntomas aversivos, afronta el hecho de la finitud y tiene que cerrar su ciclo vital, no se consigue en

un único acto terapéutico. Hemos de hablar en este caso, necesariamente, de *facilitar el proceso de adaptación* y, a este respecto, suele ser de gran utilidad plantear los siguientes objetivos intermedios de soporte (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 1997):

- a. Detectar y cubrir necesidades, además de ampliar fuentes de satisfacción.
- b. Seleccionar e incrementar el número y la calidad de los recursos viables, tanto a nivel personal como social.
- c. Paliar la experiencia de amenazas y pérdidas en la medida de lo posible.
- d. Disminuir las frustraciones y regular las expectativas.

IV. CÓMO: LA EVALUACIÓN Y LA INTERVENCIÓN

IV.1. *La evaluación*

Pensamos que la evaluación en Cuidados Paliativos tiene planteados una serie de retos que podemos resumir en los siguientes puntos:

- a. Necesitamos tanto una evaluación del bienestar global del paciente como de los fenómenos específicos que influyen en él (Barreto y Bayés, 1990). Entendemos que es difícil, dada la naturaleza cambiante de la situación del paciente, detectar de forma continua, válida, fiable y no intrusiva, cuál es su estado y a qué es atribuible. A este respecto, realizamos una experiencia piloto (Bayés, Limonero, Barreto y Comas, 1995) en la que intentamos evaluar de modo indirecto el estado del paciente a través de la dimensión temporal. Utilizamos como base una idea presente en los escritos de W. James en la que se expresa que cuando el individuo se encuentra "bien" percibe el paso del tiempo como veloz, mientras que cuando sufre, el paso del tiempo es lento. La investigación sobre este fenómeno comienza a dar sus frutos y continuamos trabajando en el objetivo.
- b. Es importante no presuponer la existencia de patología psíquica en el paciente en situación terminal. Creemos que, como en toda situación de enfermedad, es preciso diferenciar entre: 1. lo que suponen reacciones puntuales a estímulos nocivos concretos (acontecimientos aversivos), como pueden ser una pérdida, la aparición de un nuevo síntoma, la toma de conciencia de que el final se acerca, etc.; 2. las etapas de adaptación ante el hecho de tener que morir (Kübler-Ross, 1975); y 3. las posibles psicopatologías, como trastornos por ansiedad y del estado de ánimo, síndromes mentales orgánicos producidos por alteraciones metabólicas, invasión estructural del cerebro, etcétera.
- c. Se han realizado importantes esfuerzos por construir escalas que permitan evaluar diferentes aspectos del fenómeno. No obstante, distintos investigadores subrayan la idea de que no existe en estos momentos un instrumento ideal de evaluación para los pacientes en fase terminal (Sanz, 1991; Robin y Mount, 1992; Finlay y Dunlop, 1994; Ahmedzai, 1990; Limonero y Bayés, 1995).

Actualmente se utiliza con frecuencia en los estudios de evaluación en Cuidados Paliativos la información referida por familiares o cuidadores (Pascual, 1996), esgrimiéndose razones que justifican esta utilización, como el diferente grado de información que el paciente tiene respecto al diagnóstico y el pronóstico, el deterioro tanto físico como psíquico que puede dificultar la cumplimentación de las escalas, etcétera.

Respecto a los instrumentos de evaluación, dos son los más conocidos y ampliamente citados en la bibliografía, además de los más aceptados por los equipos de Cuidados Paliativos:

- El *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) de Bruera *et al.* (1991), que evalúa la prevalencia de síntomas y puede ser rellenado por el paciente, el personal de enfermería o bien el cuidador familiar.

- El *Support Team Assessment Schedule* (STAS), de Higginson, Wade y McCarthy (1990), que evalúa resultados de Cuidados Paliativos. Sus ítems hacen referencia a la intensidad de problemas físicos y emocionales del paciente y la familia, conocimiento del pronóstico, comunicación paciente-familia, comunicación paciente-profesionales y aspectos de ayuda práctica. Está diseñado para ser rellenado por los equipos interdisciplinarios de modo consensuado.

Nuestro equipo de trabajo ha realizado investigación sobre un instrumento de evaluación «identificar la percepción por parte de los pacientes de los síntomas y preocupaciones que les suceden» (Bayés *et al.*, 1995). En él se intenta, de modo individualizado, que el paciente refleje no sólo las dificultades que percibe como más importantes y su graduación, sino también el nivel de preocupación que ellas le generen.

En otro lugar hemos comentado que la primera condición para apoyar emocionalmente a un paciente o a uno de sus familiares es que se lleve a cabo una exploración personalizada y biográfica, única de que disponemos para no realizar un diagnóstico estereotipado (Arranz *et al.*, 1997). En tal exploración deberían estar recogidos los siguientes aspectos que nos permitirán determinar el grado de vulnerabilidad psicológica del enfermo, establecer la naturaleza y grado de seriedad de sus preocupaciones y necesidades emocionales y detectar qué áreas deben ser cubiertas (Bayés, 1995). Entre esas necesidades y áreas se encontrarían:

- a. Necesidades de información: qué información poseen respecto a su situación clínica, qué quieren saber y pueden asimilar.
- b. Necesidades emocionales: cuáles son sus principales preocupaciones, ayudarle a definir las y priorizarlas.
- c. Estrategias de afrontamiento: activo, pasivo, con indefensión, con negación, etcétera.
- d. Recursos: identificar recursos y modos en los que han afrontado situaciones difíciles con anterioridad.
- e. Redes de apoyo personal: soporte familiar y social.
- f. Sensación de control.
- g. Problemática emocional detectada utilizando criterios psicopatológicos específicos.
- h. Posibles acontecimientos críticos: evaluar el nivel de aversión acumulado.

Por lo que se refiere a la familia o a personas afectivamente relacionadas con el paciente, es importante tenerlos en cuenta a lo largo de su proceso, desde el momento en que se da el conocimiento de la enfermedad progresiva a o el pronóstico fatal, pasando por el período de cuidados, por el momento de la muerte de la persona querida, hasta la adaptación posterior a dicha muerte en el proceso de duelo (Park.es, 1987, 1993).

Es fundamental explorar desde un comienzo las necesidades emocionales de los familiares, sus preocupaciones, dificultades y temores, tanto a nivel personal como en la interacción con el paciente y el equipo terapéutico (Espino y Barreto, 1996). Así mismo, se debe realizar una valoración de los recursos que poseen, siendo fundamentales los siguientes aspectos:

- a. grado de afectación emocional de los distintos miembros
- b. necesidades de información
- c. necesidades de recursos (cómo hablar con el paciente de temas delicados, cómo reaccionar a sus manifestaciones emocionales, como cuidarle “físicamente”).

En relación al equipo terapéutico, es importante que los objetivos comunes de todos los miembros estén consensuados y se encuentren debidamente operativizados, de modo que se puedan ir contrastando los resultados de la actuación común y de las contribuciones específicas de las acciones profesionales individuales (Barreto y Bayés, 1990). Igualmente, tales objetivos, deben plantearse a corto, medio y largo plazo, diseñando estrategias para su evaluación y posterior corrección en caso de desajuste.

IV.2. *La intervención*

IV.2.1. Notas históricas

Los Cuidados Paliativos tienen sus bases filosóficas en algunos de los siguientes hechos históricos que conforman la breve historia de los Cuidados Paliativos (Limónero, 1993).

- Los trabajos pioneros de E. Kübler-Ross en Estados Unidos, quien pasó gran cantidad de horas junto al lecho de personas moribundas y escribió sus reflexiones en el famoso manual *Sobre la muerte y los moribundos*.
- Las aportaciones en el St. Christopher Hospice de Inglaterra de la doctora C. Saunders, inspiradas en los tradicionales *hospices* de finales del siglo XIX y principios del XX, en los que se desarrollan los comienzos del arte de “cuidar”.
- El inicio de la atención domiciliaria a estos enfermos en el mismo país (Sanz, 1992).
- El comienzo del movimiento *Hospice* en Estados Unidos en 1974, con S. Lack al frente, y la posterior implantación de la atención domiciliaria también en Estados Unidos.
- La aparición, por estas mismas fechas, del término “Cuidados Paliativos” como denominación no estigmatizante, de la mano de B. Mount en Canadá

y, a partir de ahí, la expansión del movimiento en otros países como Polonia, República Democrática Alemana y España.

Especial mención merecen en nuestro país los esfuerzos pioneros de J. Sanz, quien implantó la primera Unidad de Cuidados Paliativos el año 1984 en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander. El desarrollo posterior de esta disciplina en el estado español se refleja ampliamente en el trabajo de Centeno (1995).

Es importante destacar también la constitución de distintas sociedades interdisciplinarias como la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, en 1988, la Societat Catalanoblear de cures Pal·liatives, en 1989 y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en 1992.

IV.2.2. Presupuestos de la intervención

La Organización Mundial de la Salud, en un texto ya clásico en nuestro ámbito, define los Cuidados Paliativos como: «Cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas y de problemas psicológicos, espirituales y sociales, adquiere en ellos una importancia primordial. El objetivo de los Cuidados Paliativos es conseguir la máxima calidad de vida para los pacientes y sus familias» (OMS, 1987). Creemos que esta definición ilustra adecuadamente los distintos aspectos a considerar en la intervención paliativa, reforzando algunas de las consideraciones que hacíamos al comienzo de este capítulo. A continuación expondremos los principios interdisciplinares en el control de síntomas, sugerencias de cara a una intervención psicológica eficaz con los pacientes, algunas notas para la intervención con familia y algunos recursos para la mejora del funcionamiento en los equipos interdisciplinares.

IV.2.3. Control de síntomas

El control de los síntomas físicos es imprescindible para el bienestar de los pacientes y por tanto representa la primera medida a tomar. Resulta evidente que cualquier persona que sufre dolor o cualquier síntoma aversivo se siente alterada y es necesario su alivio para conseguir mayor bienestar. Sin embargo, un adecuado control de síntomas implica algo más que elevados conocimientos técnicos, sobre todo en un momento evolutivo de una enfermedad donde la curación es imposible. Así pensamos que al menos se habrían de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Los síntomas físicos y psíquicos interactúan, teniendo en cuenta que la interacción de ambos potencia el malestar del individuo. El malestar emocional realza la percepción subjetiva del malestar físico y viceversa, el malestar físico repercute directamente en el estado emocional. Por esta razón, Jones *et al.* (1989) enfatizan el papel del apoyo emocional en esta situación, sugiriendo que si el afecto negativo del paciente es elevado, la expresión de emociones puede presentarse como el problema fundamental, lo que reper-

cute en una mayor dificultad para que el cuidador detecte las necesidades reales del paciente, pudiéndose producir sensaciones de desamparo tanto en el paciente como en el cuidador.

- b. Los síntomas son cambiantes; por lo tanto, es fundamental su evaluación de forma continua, teniendo siempre presente la valoración subjetiva que de ellos hace el paciente, ya que, tal como se ha puesto de manifiesto en investigaciones previas, la intensidad o frecuencia de un síntoma no necesariamente se corresponde con el grado de preocupación que genera (Barreto *et al.*, 1996). Además, es necesario tener “en cuenta que la evaluación que hacen los pacientes y otros agentes (por ejemplo, los familiares), difiere sustancialmente (Higginson *et al.*, 1990; Wallston, Burger, Smith y Baugher, 1988), sobre todo en lo que se refiere a la percepción de intensidad y gravedad.

IV.2.4. Sugerencias para la intervención psicológica

Resulta difícil *acercarse* a la intimidad de las personas y *acompañarlas* en el atontamiento de su último tiempo de vida. La evitación es una conducta habitual, producto del miedo a no saber que decir, no poder mirar a los ojos, no saber cómo ayudar ni determinar cuándo es el mejor momento para hacerlo. Además, no todos los pacientes van a necesitar el mismo apoyo, ni con la misma intensidad o frecuencia (Arranz *et al.*, 1997). Entendemos que, ante este panorama, el asesoramiento (*counseling*) es, de las que conocemos, la estrategia que parece más adecuada (Arranz, 1995), ya que se ha mostrado especialmente útil cuando en la relación paciente-profesional de la salud aparecen situaciones de estrés o ansiedad por una o ambas partes (Barreto *et al.*, 1997).

Cuando hablamos de este procedimiento, nos referimos al fenómeno que refleja la definición de la British Association for Counseling (1992), y no sólo a la idea original rogersiana. En ella se entiende por asesoramiento: «el empleo de los principios de la comunicación con el fin de desarrollar el conocimiento de uno mismo, la aceptación, el crecimiento emocional, y los recursos personales. El objetivo global es ayudar a que las personas vivan del modo más pleno y satisfactorio posible. El asesoramiento puede estar implicado en el control y solución de problemas específicos, la toma de decisiones, el proceso de hacer frente a las crisis, el trabajo a través de los sentimientos o los conflictos internos, o la mejora de las relaciones con las demás personas. El papel del profesional es facilitar la tarea del paciente, a la vez que respeta sus valores, sus recursos personales y su capacidad de autodeterminación».

Tal como lo entendemos, y se refleja en esta macro-definición, el asesoramiento que se basa, fundamentalmente, en habilidades sociales —dentro del marco de la *comunicación asertiva*—, en técnicas de *autocontrol* y en estrategias de *solución de problemas*, constituye un medio y no un fin en sí mismo. Además, debemos resaltar que conlleva una enorme flexibilidad en su puesta en práctica. Utiliza la pregunta, y no la aseveración, por lo que fomenta que la persona se dé respuestas a sí misma produciendo, con mayor probabilidad, cambios más estables, tanto a nivel cognitivo como conductual. En palabras de Arranz (1990), supone el arte de hacer reflexionar a una persona, por medio de *preguntas*, de modo que pueda llegar a tomar decisiones que considere adecuadas para ella misma.

La utilización del asesoramiento ayuda a evitar el paternalismo tan frecuente en ambientes sanitarios. Plantea una relación de ayuda entre sujetos autónomos, aunque, en cuidados paliativos, una de las partes tenga que convivir con una salud en estado muy precario. No es posible proporcionar soporte emocional al enfermo terminal y a su familia basándonos en la sobreprotección no solicitada, en los prejuicios sobre los valores y creencias del enfermo o en la infantilización de las relaciones interpersonales. El asesoramiento implica también la comunicación clara, continua, abierta y fluida como un elemento terapéutico básico en cuidados paliativos, permite la actuación coordinada del equipo, la manifestación de necesidades a cubrir y la “ventilación” de sentimientos.

Además de lo ya comentado, creemos que es importante no olvidar en la elaboración de planes terapéuticos la utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas, por parte del paciente y de la familia, que ya se han mostrado útiles en situaciones críticas pasadas. El recordar cómo se afrontaron eficazmente situaciones previas, permite poner en marcha estrategias sin necesidad de realizar nuevos aprendizajes que enlentezcan los procesos de solución de problemas.

Del mismo modo, conviene recordar que las redes de apoyo social, siempre importantes en todo proceso de adaptación de un individuo, tienen, en el caso del paciente terminal, especial relevancia, dada la pérdida de funcionalidad y la necesidad de apoyo emocional.

Teniendo en cuenta que la pérdida de funcionalidad implica, habitualmente, sensaciones de falta de control e inutilidad, éstas constituyen elementos a vigilar por el equipo terapéutico, ya que favorecen la presencia de cuadros depresivos que inciden en el estado físico y emocional del paciente. El fomentar la percepción de controlabilidad facilita el proceso de adaptación y la percepción de que mantiene control sobre su situación. Además de tranquilizar, puede proporcionar sensación de seguridad, autoconfianza y la posibilidad de vivir con dignidad su tiempo de vida. El incremento de control percibido por una persona tiende a reducir la ansiedad y elevar el nivel de tolerancia al dolor (Breitbart, 1994). Para ello, es necesario fomentar que participe, de la forma más activa posible, en la toma de decisiones que tenga que abordar, responsabilizándose de su propia vida, resaltando el principio de autonomía (Sanz, 1990).

Además de la utilización del asesoramiento con las derivaciones que conlleva, otras sugerencias que creemos de especial utilidad en el acercamiento terapéutico al paciente en fase terminal son las siguientes:

- a. Intentar sintonizar, desde el respeto, con el propio ritmo de elaboración del proceso que el enfermo está viviendo. Tal como comentábamos en otra ocasión (Arranz *et al.*, 1997), es fundamental, como criterio de actuación, situarse un paso detrás del paciente, respetando sus silencios, sus espacios y sus tiempos; atendiendo sus mensajes, tanto verbales como no verbales, permitiéndole, en definitiva, ejercitar su libertad. Puede que en un momento dado necesite negar una realidad o que canalice con hostilidad su ansiedad o que se sienta indefenso. Nuestra intervención ha de ir dirigida a motivarle a que canalice sus emociones de un modo adaptativo, pero sin empujarle; apoyándonos en sus percepciones y recursos, entendiendo que todo com-

portamiento humano tiene, en principio, una intención positiva y que los individuos escogen en cada momento las mejores opciones que poseen en relación con sus posibilidades. La idea es centrarse en su demanda, en descubrir y entender lo que los pacientes están buscando, permitiéndoles que ellos mismos se guíen; y no sólo prestar atención a las habilidades o percepciones de los profesionales sanitarios o del grupo terapéutico que administra los cuidados.

- b. Tratar a la persona como a alguien vivo y no como alguien que ya nada tiene que hacer, teniendo en cuenta que para la persona que está afrontando la muerte, la mayoría de sus problemas están sobre todo relacionados con la vida.
- c. Cuando sea el momento oportuno —es necesario explorar si hay demanda implícita o explícita del paciente o sus familiares— es importante poder hablar de la muerte. Con frecuencia es un tema que angustia abordar y, que al mismo tiempo, se sabe que no debe eludirse. Es el paciente o el familiar quien nos va a indicar las pistas de cuándo lo necesita.
- d. Es especialmente importante intervenir haciendo énfasis en los momentos de cambio, es decir, en las fases en las que el paciente necesita un proceso de readaptación.
- e. Resulta muy útil preparar a los enfermos a afrontar sus numerosas pérdidas *anticipando los problemas* que, posiblemente, van a surgir. Identificando, evaluando y ayudando a afrontar temas delicados cuando todavía están en condiciones de hacerlo.
- f. Debido a la gran variabilidad de las necesidades emocionales que se produce a lo largo del proceso, es importante mantenerse en escucha activa, con una actitud de disponibilidad, desde el inicio de la relación con el paciente, para detectarlas lo más tempranamente posible.

IV.2.5. Intervención en familias

Tal como hemos ido comentando ya en este trabajo, la familia, junto al paciente, ocupa un lugar esencial en la intervención paliativa, tanto como proveedora de cuidados como receptora de los mismos. La enfermedad ocasiona un gran impacto y diversos cambios en la familia, que repercutirán de un modo u otro sobre el paciente. No obstante, en general se detectan dificultades para incluir a las familias en los objetivos de los cuidados, debido, quizás, a la falta de una visión integral que incluya los diferentes aspectos (físicos, espirituales, emocionales y sociales) y la relevancia del papel activo de la familia en el contexto (Gómez-Batiste y Guinovart, 1989). Además de ello, la estructura física y el funcionamiento interno de la mayoría de los hospitales no favorece la presencia e intervención de la familia. A este respecto hemos hecho las siguientes sugerencias (Espino y Barreto, 1996):

- a. Es importante incluir en toda definición de objetivos terapéuticos, las medidas de soporte, terapéuticas y asesoramiento dirigidas a la familia del enfermo.
- b. La estructura física y el funcionamiento de los hospitales debería potenciar la presencia y la colaboración de la familia del enfermo (horarios, habitaciones, salas de estar, servicios de información, etc.).

- c. Es importante que existan espacios y tiempos específicos para la atención, información, soporte y terapéutica de la familia. La explicación de los cuidados a seguir con el enfermo disminuye la ansiedad y favorece la percepción de control.
- d. La integración de la familia en los objetivos terapéuticos con el enfermo es esencial para lograr el soporte mutuo. Es importante que el equipo trabaje para alcanzar esta integración, ya que mejora sustancialmente la calidad relacional con el paciente y, como resultado, la calidad asistencial.

Para favorecer la relación entre la familia y el enfermo es esencial poder ofrecerles pautas alternativas de comunicación con él. Nos gustaría resaltar algunas de ellas:

- Permitir la expresión de las preocupaciones, escuchar, evitar afirmaciones como «no pasa nada», «no digas eso» etc. Este tipo de frases no producen consuelo, sino más bien sensación de incompreensión. En su lugar, serían más positivas frases como: «entiendo que estás pasando un mal momento», «¿qué crees que te haría sentir mejor?», etc.
- Transmitir al enfermo y al resto de la familia que no van a estar solos, lo que disminuye la intensidad de los temores y fomenta la confianza y la serenidad. Es importante pues la garantía de soporte que implica al menos tres fenómenos: cuidados continuados, acogida a temores y preocupaciones y confianza y fidelidad mutuas permanentes (Barbero, 1998).
- Facilitar que la familia entienda que permitir al enfermo participar en temas familiares evitará sensaciones de aislamiento e inutilidad, que es muy positivo hacer sentir al enfermo que es importante para los que le quieren, que sus ideas, consejos y opiniones siguen siendo valiosos.
- Permitir el llanto y los silencios del enfermo, explicar que los momentos de desahogo y reflexión personal son necesarios.
- Evitar la privación estimular. Resulta patético observar al enfermo y a su cuidador aburridos esperando que el tiempo pase, a que pase la vida.
- Tratar de mantener algunas costumbres cotidianas. El “cambio” en sí es uno de los factores más estresantes y ya habrá suficientes cambios como consecuencia de la información (diagnóstica y pronóstica), de los tratamientos, etc.
- Es fundamental el respeto a la individualidad de cada miembro de la familia, ya que sin dicho respeto es más difícil que la familia funcione como un “equipo”. La autonomía y las necesidades de los demás miembros de la familia también deben ser consideradas.
- El paciente necesita mantener su autonomía y no asumir un papel pasivo. Es necesario hacer entender la importancia de que, siempre que sea posible, el enfermo debe ser el protagonista en la toma de decisiones sobre su enfermedad.
- En cuanto al tema de la información acerca de la enfermedad, es importante aclarar que es positivo que la familia y el paciente tengan información distinta en cuanto al diagnóstico y pronóstico. Debería indicarse que esta incoherencia informativa puede crear barreras entre ellos y, por tanto, dificultar la comunicación, lo cual hará que puedan sentirse solos, incomunicados, incomprensidos, etc. Una reacción muy frecuente es pedir al personal sanitario que «no le diga nada» (sobre diagnóstico y/o pronóstico) al enfer-

mo (“*Conspiración del silencio*”). Esto deberá entenderse como una reacción o respuesta al choque inicial. Es bueno hacerles entender (a los familiares) que esta es una forma de impedir compartir sentimientos y emociones y que puede hacer mucho más difícil la comunicación entre ellos. Puesto que familia y enfermo tendrán que ayudarse mutuamente, la tarea del personal sanitario será ayudar a la familia a salir de esta reacción inicial para poder adoptar otra postura más abierta y confiada.

- Es muy importante intentar no “evitar” a la familia ni “huir” de sus preguntas, y escucharles (dudas, temores, etc.), estando alerta a los posibles indicadores que anticipen duelo patológico. Relaciones excesivamente dependientes, escaso apoyo percibido, sensaciones de impotencia e inutilidad facilitan el desarrollo de patologías posteriores al fallecimiento del paciente.
- Es positivo dar el mensaje de que se va a hacer todo lo posible para ayudar al paciente, que se irán resolviendo los problemas que puedan surgir y que se irán controlando los síntomas y el dolor que se vaya presentando. Es necesario también proporcionar mensajes de ayuda y solidaridad, teniendo presente que estos mensajes pueden transmitirse tanto de forma verbal como no verbal.
- Es igualmente útil explicar la razón de los síntomas del enfermo. Habría que intentar ser receptivo a la hora de valorar si los familiares desean o no disponer de más información sobre la gravedad o el curso de la enfermedad, y tener en cuenta que la familia también requiere su tiempo para asimilar y procesar la información y para recibir información nueva (el adaptarse a un pronóstico negativo lleva su tiempo). Es importante la delicadeza y la habilidad para identificar lo que pueden asumir en cada momento.
- La persona que “acompaña” o cuida al enfermo está sometida a un estrés muy fuerte y es importante “cuidarla” y que se “deje cuidar”. El cuidador sentirá que se renuevan sus fuerzas si permite que parientes, amigos o personal sanitario le ayuden y apoyen, al igual que se hace con el enfermo (“cuidar al cuidador”).
- Es importante también plantear el papel que la familia tendrá en la asistencia sanitaria al enfermo. Permitir que los familiares colaboren en las tareas de asistencia al enfermo puede ayudar a paliar la angustia de una separación entre la familia y el enfermo y sirve para prevenir el desarrollo de duelo patológico. Esta colaboración puede consistir, por ejemplo, en cuidados de la boca, cambios posturales, facilitar la movilidad y la autonomía, etc. En definitiva, alentar en lo posible sentimientos de utilidad.

IV.2.6. Fomento de recursos de equipo

Debido a la variedad de necesidades del paciente en fase terminal, es necesaria la intervención de un equipo *multidisciplinar* que trabaje de forma interdisciplinar. El establecimiento de los objetivos terapéuticos por parte de miembros de este equipo conjuntamente con el paciente, y las reuniones periódicas de revisión y planificación son de gran ayuda en el abordaje multidimensional de los problemas.

Sin embargo, el funcionamiento interdisciplinar eficaz es algo complejo y difícil de conseguir. Tal como plantea Fayot (1989), la escucha, la comunicación son elementos fundamentales de la andadura, íntimamente ligadas al “clima” de equipo, al reconocimiento mutuo y al grado de confianza recíproca. El mismo autor especifica ventajas y dificultades que se presentan habitualmente, siendo las principales las siguientes:

Ventajas

respecto a los miembros del equipo:

- enriquecimiento de conocimientos
- evaluación más objetiva de la acción
- poder compartir, tener apoyo en la toma de decisiones complejas
- aproximación relacional, profesional, de comunicación
- apoyo mutuo, ayuda mutua, complementariedad
- el reconocimiento, el respeto a la especificidad de cada miembro
- un espacio para “la palabra”

respecto al paciente:

- evita el reduccionismo de la personalidad del paciente
- aumenta el respeto a su integridad física, psicológica, social y espiritual en la estructura hospitalaria
- le ofrece un espectro más amplio de prestaciones

Dificultades

(de orden relacional y organizacional):

- diferencias de valores, divergencia de percepciones
- sentimientos de desposeimiento, de pérdida de identidad, por el solapamiento de roles, en algunos momentos inevitable.
- requiere la aceptación de “compartir” el poder
- reticencia de adherirse a un proyecto común
- ralentización de la toma de decisiones
- exigencia de tiempo y disponibilidad
- constreñirse a una disciplina común

Conviene ser muy consciente de la vulnerabilidad de los equipos, particularmente cuando no existen estructuras específicas de mantenimiento. De todos modos, consideramos que para un funcionamiento eficaz de los equipos, son útiles algunos recursos ya comentados:

- a. Actitudes positivas de escucha y comprensión de los otros profesionales
- b. Capacidad de autocontrol

- c. Habilidades de comunicación, asertividad
- d. Habilidades de solución de problemas
- e. Objetivos comunes operativos: siempre el bienestar del paciente y la familia
- f. Objetivos a corto y largo plazo
- g. Planificación de las actuaciones de modo consensuado
- h. Mecanismos de evaluación de la eficacia de las acciones comunes e individuales
- i. Formación acerca de las patologías que se atienden y los recursos para abordarlas.

En síntesis, diríamos que serían fundamentales las actitudes positivas hacia las personas que atienden y con las que atienden y una buena información y formación.

V. CONCLUSIONES

Hemos intentado exponer la situación de enfermedad terminal, describiendo los distintos elementos que la conforman y teniendo en cuenta que una asistencia eficaz debe tenerlos en consideración, ya que los mismos interactúan y se influyen mutuamente.

Respecto al paciente, fundamentamos la importancia de tener en cuenta su especial vulnerabilidad, considerando notoriamente la variedad de sus dificultades y la importancia de respetar su autonomía.

Referente a la familia, justificamos su papel fundamental como cuidador y como agente de cuidados, así como la necesidad de atenderles tanto durante la enfermedad como posteriormente en el proceso de duelo.

En cuanto al equipo terapéutico, hemos recogido algunas de las ventajas y dificultades del funcionamiento interdisciplinar, así como sugerencias de recursos que facilitan su labor.

Hemos expuesto los objetivos de la intervención, tanto la meta final de promoción del bienestar, como alternativa incuestionable al hecho de la imposibilidad de curación, como los objetivos intermedios de facilitar el proceso de adaptación, atendiendo las necesidades y fomentando recursos, siempre siguiendo el ritmo del paciente.

Igualmente, resaltamos tanto las dificultades de evaluación como de la intervención en este ámbito y planteamos algunos de los recursos que a nuestro entender facilitan una buena actuación en cuidados paliativos.

Queremos concluir subrayando la necesidad, para todos los profesionales, de una reflexión profunda acerca de la vida y la muerte que nos permita entender a esta última como un hecho natural inevitable y así poder acercarnos a la persona que afronta su última etapa desde la proximidad y no desde el miedo, siempre con el objetivo último de fomentar que las personas vivan y mueran de la forma más digna posible. Como personas y como psicólogos, creemos que es imprescindible dar una

respuesta ante el sufrimiento, intentando, con todas nuestras herramientas, promover el bienestar para la persona, facilitando su proceso de adaptación en esta etapa final de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmedzai, S. (1990). Measuring quality of life in hospice care. *Oncology*, 4, 115-119.
- Arranz, P. (1990). *Alteraciones neuropsicológicas en pacientes hemofílicos afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Universidad de Madrid: Tesis doctoral.
- Arranz, P. (1995). *¿Qué es el Counseling?* Madrid: FASE.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, M. P. y Bayés, R. (1997). Soporte emocional desde el equipo interdisciplinar. En M. Gómez Sancho (dir.). *Medicina del dolor*. Barcelona: Masson.
- BAC (1992). *Invitation to membership*. Rugby: British Association of Counseling.
- Barbero, J. (1998). Afectado por el SIDA. El acompañamiento a personas con VIH/SIDA. Madrid: Fundación Crefat.
- Barreto, M. P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de SIDA en fase terminal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 201-208.
- Barreto, M. P., Arranz, P. y Molero, M. (1997). Counseling. Instrumento fundamental en la relación de ayuda. En M. C. Martorell y R. González (dirs.), *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Barreto, M. P. y Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo terminal. *Anales de Psicología*, 6, 169-180.
- Barreto, M. P., Bayés, R., Comas, M., Martínez, E., Pascual, A., Roca, J., Gómez, X. y García-Conde, J. (1996). Assessment of the perception of symptoms and worries in Spanish terminal patients. *Journal of Palliative Care*, 12, 43-46.
- Bayés, R. (1995). *Psicología y SIDA*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J. y Barreto, M. P. (1996). Propuesta de un Modelo integral para una Intervención Terapéutica Paliativa. *Medicina Paliativa*, 3, 18-25.
- Bayés, R. y Barreto, M. P. (1992). Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clínica y Salud*, 3, 11-19.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Barreto, M. P. y Comas, M. (1995). Assessing suffering. *The Lancet*, 346, num. 8988, diciembre 2.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Barreto, M. P. y Comas, M. (1997). A way to screen for suffering in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 13, 22-26.
- Breibart, W. (1994). Psycho-oncology: depression, anxiety, delirium. *Seminars in Oncology*, 24, 754-769.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M., Selmser, P. y Macmillan, R. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 7, 12-17.
- Centeno Cortés, C. (1995). Panorama actual de la medicina paliativa en España. *Oncología*, 18, 33-43.
- Chapman, C. R. y Gavrín, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *Journal of Palliative Care*, 9, 5-13.
- Copperman, H. (1983). *Dying at home: Care of the family*. Chichester: Wiley.

- Doyle, D., Hanks, G. y MacDonald, N. (dirs.) (1993). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Espino, A. y Barreto, M. P. (1996). La familia del paciente en fase terminal. *Medicina Paliativa*, 4, 5-12.
- Fayot, O. (1989). Expérience multidisciplinaire. En C. H. Rapin (dir.), *Fin de vie. Nouvelles perspectives pour les soins palliatifs*. Lausanne: Payot.
- Finlay, I. y Dunlop, R. (1994). Quality of life assessment in palliative care. *Annuary of Oncology*, 5, 13-18.
- Gómez-Batiste, X. y Guinovart, C. (1989). Problemas y sugerencias sobre el papel de la familia en la atención de enfermos terminales. *Labor Hospitalaria*, 211, 68-69.
- Gómez-Batiste, X., Roca, J., Gorchs, N., Pladevall, C. y Guinovart, C. (1990). Enfermos terminales. *ROL de Enfermería*, 136, 10-13.
- Graham, J., Ramírez, A. J., Culi, A. y Finlay, I. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*, 3, 185-194.
- Higginson, I., Wade, A. y McCarthy, M. (1990). Palliative care: View of patients and their families. *British Medical Journal*, 301, 277-281.
- Jones, K. Johnston, M. y Speck, P. (1989). Despair felt by the patient and the professional carer: A case study on the use of cognitive behavioural methods. *Palliative Medicine*, 3, 39-46.
- Kiibler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Limonero, J. T. (1993). *Evaluación del bienestar en enfermos oncológicos en situación terminal*. Universidad de Barcelona. Memoria de licenciatura no publicada.
- Limonero, J. T. y Bayés, R. (1995). Bienestar en el ámbito de los enfermos en situación terminal. *Medicina Paliativa*, 2, 5-11.
- Llanos, M. L. y Urraca, S. (1985). Modelos sobre las etapas psicológicas del enfermo terminal. *JANO*, 653-H, 71-76.
- McCarthy, M. (1997). Many patients in US hospitals die in pain. *The Lancet*, 349, 258.
- Moos, V. (1991). Patients characteristics, presentation and problems encountered in advanced AIDS in a hospice setting: A review. *Palliative Medicine*, 5, 112-116.
- Núñez Olarte, J. M. (1995). Consideraciones acerca del Enfermo Terminal Geriátrico. *Medicina Paliativa*, 3, 34-40.
- Organización Mundial de la Salud (1987). *Alivio del dolor en el cáncer*. Ginebra: Autor.
- Parkes, C. M. (1987). *Bereavement studies on grief in adult life*. Londres: Tavistock.
- Parkes, C. M. (1993). Bereavement. En D. Doyle, G. Hanks y N. MacDonald (dirs.), *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Pascual, L. (1996). *Atención sanitaria prestada a pacientes con cáncer en fase terminal*. Universidad de Valencia. Tesis doctoral no publicada.
- Pascual, A. y García-Conde, J. (1993). Oncología y cuidados paliativos. En G. Pérez Manga (dir.). *Controversias en oncología*. Barcelona: Doyma.
- Robin, S. y Mount, B. (1992). Quality of life in terminal illness: Defining and measuring subjective well-being in the dying. *Journal of Palliative Care*, 8, 40-45.
- Sanz, J. (1989). Principios y práctica de los cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 92, 143-145.
- Sanz, J. (1990). La práctica de la medicina paliativa. *Medicina Clínica*, 94, 25-26.
- Sanz, J. (1991). Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina. *Medicina Clínica*, 96, 66-69.
- Sanz, J. (1992). Historia de la medicina paliativa. *Boletín de la SECPAL*, 0, 3-5.
- Support Investigators (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA*, 274, 1591-1598.

- Vachon, M. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: A review. *Palliative Medicine*, 2, 91-122.
- Wallston, K., Burger, C, Smith, A. y Baugher, R. (1988). Comparing the quality of death for hospices and non-hospices cancer patients. *Medical Care*, 26, 177-182.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Arranz, P. (1995). *¿Qué es el Counseling?* Madrid: (ASE).
- Barreto, M. P. y Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo terminal. *Anales de Psicología*, 6, 169-180.
- Bayés, R. (1995). *Psicología y SIDA*. Barcelona: Martínez Roca.
- Copperman, H. (1983). *Dying at home: Care of the family*. Chichester: Wiley.
- Doyle, D., Hanks, G. y MacDonald, N. (dirs.) (1993). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications.

14. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES EN PERSONAS CON VIH/SIDA

PETER E. CAMPOS Y BRADLEY¹

I. INTRODUCCIÓN AL VIH/SIDA

I.1. *Epidemiología del VIH/sida*

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ahora en su segunda década, ha alcanzado proporciones de pandemia. Desde su descripción inicial en 1981 hasta las estimaciones de diciembre de 1995, se ha informado en los Estados Unidos más de 500.000 casos de sida, con una estimación de más de un millón de personas infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que conduce al desarrollo del sida (CDCP, 1995). En todo el mundo, se han informado de más de dos millones de casos de sida, habiendo más de 14 millones de personas infectadas con el VIH (Pilot y Merson, 1995). Esta última cifra incluye un millón de niños, siendo la epidemia de VIH/sida especialmente acusada y devastadora en países en desarrollo, no industrializados. En el momento de escribir esto, no existían señales claras de que se fuese a encontrar una vacuna contra el VIH o una cura para el sida en los próximos diez años.

La demografía del sida difiere según los países y ha cambiado desde que la epidemia se detectó por primera vez al principio de la década de los ochenta (WHO, 1995). En los Estados Unidos, las poblaciones de adultos con más alto riesgo siguen siendo los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (60%) y los que consumen droga por vía intravenosa (20%), siendo los negros (30% de los casos) y los latinoamericanos (17% de los casos) los más afectados por el sida. Aunque la prevalencia del sida entre las mujeres es más baja si la comparamos con estos dos grupos (11%), actualmente constituyen el grupo con una incidencia más rápida de crecimiento (número de casos nuevos) del sida en los años noventa (Chamberland, Ward y Curran, 1995; Nash y Said, 1992). En otros países, especialmente en los de África, Europa, Latinoamérica y del Caribe, existe una distribución casi igual de hombres y mujeres que tienen sida. Además, la mayor incidencia de todas se está registrando entre los países de Asia (p. ej., Tailandia) (Pilot y Merson, 1995; WHO, 1995).

Se encuentran disponibles para el lector revisiones muy completas sobre los efectos del VIH sobre el sistema inmunitario (p. ej., Stanley y Fauci, 1995), el curso clínico de la infección del VIH (Chaisson y Volberding, 1995) y las manifestaciones psicológicas y neuropsiquiátricas de la enfermedad producida por el VIH (Kalich-

¹ Emory University School of Medicine, Georgia (Estados Unidos).

Agradecemos al director de este volumen sus útiles sugerencias y a Patrick Palmieri y Jeff Lenox sus agudos y prácticos comentarios.

man, 1995). Las líneas que siguen son un resumen abreviado de los hechos más interesantes para los clínicos, obtenidos a partir de estas y otras fuentes.

1.2. *Inmunología del VIH*

El VIH es un retrovirus, capaz de transcribir su propio material genético dentro del ADN de la célula huésped. La invasión del huésped tiene lugar cuando se permite el acceso directo a la corriente sanguínea de materias tales como sangre, productos de la sangre (p. ej., elementos coagulantes), líquido seminal, semen, secreciones vaginales y, posiblemente, leche materna, contaminados por el VIH (Fernández y Ruiz, 1989). El virus se une luego, de forma selectiva, a las células con receptores CD4, donde se incluyen los macrófagos y los linfocitos T4. Estos son los componentes clave de la respuesta inmunológica celular normal, y el mismo hecho de que dichos componentes sean las células más afectadas en el inicio de la infección define la gravedad del VIH para el funcionamiento eficaz del sistema inmunológico.

Después de que el VIH se une a los receptores CD4, se integra en la célula huésped. El ARN se copia en ADN vírico, que a su vez se inserta en el núcleo de la célula huésped y en el mismo ADN de esta célula. Ahí el provirus, como se denomina la secuencia integrada de ADN, puede permanecer durante años antes de que se vuelva a activar, para generar ARN vírico y proteínas. Estos forman entonces nuevas células víricas, que finalmente se multiplican por miles a partir de cada célula huésped infectada. Conforme la proteína vírica se expresa en la célula huésped, el sistema inmunitario huésped evalúa la célula infectada como extraña y la destruye. El proceso de multiplicación por sí solo puede producir inestabilidad, lo que causa la muerte de las células. El proceso continúa con las nuevas células de VIH y las proteínas libres se unen a otros receptores CD4; sin control, esto puede tener como resultado un completo agotamiento de las células macrófago y T4. Conforme disminuye el número de células T4, y la respuesta inmunológica celular está cada vez más deprimida, el huésped se hace propenso a las infecciones por otros antígenos y virus. Si continúan estas nuevas infecciones o la debilitación del sistema inmunitario, pueden desarrollar enfermedades graves conocidas como “infecciones oportunistas” (IOs). Normalmente, éstas no serían debilitadoras o peligrosas para la vida si el sistema inmunitario estuviera sano y funcional, pero cuando hay un diagnóstico de sida constituyen la primera causa de muerte debido a la infección por VIH.

La infección de los macrófagos sigue un curso similar a lo que sucede con las células T4; sin embargo, a diferencia de estas células, los macrófagos constituyen un transporte básico hacia el cerebro. Esto permite un acceso directo al sistema nervioso central y, en particular, a los tejidos corticales y subcorticales que tienen receptores CD4. Por consiguiente, el VIH es directamente neuropático, produciendo distintas complicaciones (p. ej., ataxia, neuropatía periférica) y enfermedades neurológicas (p. ej., demencia por sida).

Finalmente, la infección por VIH conduce también a modificaciones del funcionamiento inmunitario a diferentes niveles. Por ejemplo, el VIH altera el sistema de linfocinas (p. e.), interleucinas 1 y 2; interferón gamma) que regulan otros agentes inmunitarios importantes, principalmente macrófagos y células asesinas naturales

(AN). Ambos tipos de células son esenciales para eliminar a los antígenos, pero sus acciones y proliferación durante la infección están gravemente limitadas debido a la actividad alterada de las linfocinas. Cuando se eliminan estos agentes inmunitarios, no se controlan las enfermedades e infecciones oportunistas durante su desarrollo. Stanley y Fauci (1995) señalan que las células AN pueden ser también directamente agotadas por el VIH al comienzo de la enfermedad, encontrándose en estos momentos hallazgos confusos sobre si el VIH deteriora directamente las células reticulares dendríticas, que regulan también las respuestas de las células T4 e inicia respuestas inmunológicas antivíricas específicas.

Junto con las reacciones de los macrófagos y las células T4 descritas anteriormente, la orquestación mortal de la destrucción inmunológica es completa con la desorganización de este sistema humoral. Conforme el VIH continúa replicándose sin control, la replicación de las nuevas células víricas destruye el sistema inmunológico y permite que se desarrollen complicaciones médicas importantes. En general, aunque esos efectos y síntomas asociados al VIH son predecibles, el curso de la enfermedad es variable entre los individuos infectados (Stanley y Fauci, 1995).

1.3. *Curso clínico/médico*

Los centros para el control y la prevención de la enfermedad (*Centers for Disease Control and Prevention, CDCP*) de Estados Unidos han desarrollado un sistema de clasificación de la enfermedad por VIH clínicamente práctico (CDC, 1993). Sin embargo, con propósitos heurísticos, creemos que es más fácil conceptualizar la enfermedad del VIH utilizando una clasificación por etapas, propuesta con anterioridad (Rogers y Masur, 1989). En la primera etapa, a la infección por el VIH le sigue un estado infeccioso agudo. Esto puede incluir un síndrome similar a la mononucleosis, que dura de dos a tres semanas, caracterizado por fiebre, diaforesis, letargia, dolores musculares, cefaleas y dolor de garganta (Chaisson y Volberding, 1995). Después de estos síntomas agudos, los pacientes pueden estar asintomáticos durante unos cuantos años y, a menos que se hagan la prueba para ver si están infectados por el VIH, probablemente no se den incluso cuenta de que se encuentran infectados.

En ausencia de tratamiento, en algún momento algunos pacientes informarán de una linfadenopatía persistente y generalizada (LPG) (Rogers y Masur, 1989). Esta es una señal de la progresión de la enfermedad por VIH y posiblemente anuncia la replicación vírica. La LPG se diagnostica cuando dos ganglios linfáticos, distintos de los del área de la ingle, permanecen hinchados durante al menos un año y puede encontrarse entre los primeros grupos de síntomas importantes informados por los pacientes. En este punto, si alguien no conoce su estatus con respecto al VIH, es probable que le hagan la prueba si se sospecha de una infección. Muchos individuos con una LPG pueden mostrar más síntomas, que suelen constituir el Complejo Relacionado con el Sida (CRS). Este complejo se caracteriza por linfadenopatía, fiebre, pérdida de peso y una disminución de los glóbulos rojos y blancos. Los síntomas incluyen falta de aliento, tos persistente, infecciones por hongos, diarrea, sudores nocturnos, fatiga y malestar. Los individuos pueden exhibir todo el conjunto de estas manifestaciones clínicas o sólo unas cuantas (Chaisson y Volberding, 1995) y hoy día esta condición es característica tanto de las primeras etapas de desarrollo de

síntomas de la enfermedad del VIH como de las últimas, más que designarse con el rótulo de CRS.

Cuando el número de células T cae por debajo de 200, o se desarrolla alguna enfermedad oportunista, se hace un diagnóstico de sida. Las enfermedades más frecuentes asociadas al sida son la neumonía por *Pneumocystis carinii* (60% de los casos adultos), la candidiasis oral o faríngea (45% de los casos adultos) y el sarcoma de Kaposi (10% de casos adultos), todo ello en la población de Estados Unidos. Otras enfermedades asociadas frecuentemente al sida incluyen la criptococosis, el citomegalovirus, el complejo *mycobacterium avium*, el herpes zóster, el herpes simple, la tuberculosis, el sarcoma inmunoblástico y la toxoplasmosis (Nash y Said, 1992). Los individuos pueden presentar una o más de estas "IOs" y los esfuerzos del tratamiento para evitar o detener su desarrollo pueden ser arduos para muchos, ya debilitados, pacientes.

El tratamiento para el VIH se encuentra en una fase experimental. El tratamiento más popular hasta ahora ha sido la zidovudina (azidotimidina o AZT), un agente antivírico que enlentece la replicación del VIH. La AZT tiene una serie de efectos secundarios desafortunados (p. ej., anemia y supresión de la médula ósea) y, en algunos pacientes, pueden ocurrir reacciones alérgicas. La didesoxicitidina (ddC), el didesoxiinositol (ddI) y el d4T constituyen otra clase de productos antivíricos similares a la AZT. Aunque estos tratamientos pueden enlentecer la replicación vírica, la neuropatía periférica es un efecto secundario frecuente del ddI, de la ddC y del d4T. La lamivudina (3TC), una medicina relativamente nueva, puede demorar la aparición de la resistencia a la AZT y, por consiguiente, se ha aprobado para su uso con el AZT. Se está disponiendo de otros tratamientos experimentales, como los inhibidores de la proteasa, que inhibe el enzima de la proteasa del VIH y evita la replicación vírica.

1.4. *Manifestaciones neuropsiquiátricas*

Además de las numerosas complicaciones médicas asociadas al VIH, las manifestaciones neuropsiquiátricas constituyen un factor de complicación importante del grupo clínico del VIH (Kalichman, 1995). Las anormalidades neurológicas son generales en los individuos con un VIH positivo, incluso entre aquellos que son asintomáticos desde el punto de vista médico. Las primeras señales del trastorno neurológico incluyen dolor generalizado o localizado, cefalea o fiebre persistentes, distaxia o ataxia leve y un aumento de la confusión o de los olvidos. Las pruebas de laboratorio (p. ej., la resonancia magnética, la tomografía computarizada) suelen encontrarse dentro de los límites normales en las primeras etapas de la enfermedad por VIH, a menos que haya trastornos preexistentes o concomitantes que no estén relacionados con la enfermedad por VIH. Conforme empeoran las condiciones neurológicas, se pueden detectar cambios discernibles en la estructura cerebral con estas técnicas, así como con el examen del estado mental.

Los estudios *posmortem* han encontrado evidencias de una patología cerebral difusa en hasta el 90% de todos los pacientes con sida. El complejo de la demencia por sida (CDS; conocido también como demencia por VIH o complejo cognitivo-motor asociado al VIH) es el síndrome neurológico asociado a la enfermedad por VIH que se

ha diagnosticado con más frecuencia. Las estimaciones de la prevalencia de la demencia van desde el 8% hasta el 66% en individuos que tienen el sida (Maj, 1990).

La presentación clínica del CDS se parece a una demencia subcortical con una mezcla de déficit que ocurre en las cogniciones, en el afecto, en la conducta y en el funcionamiento motor. La expresión de los síntomas normalmente es insidiosa y muy variable. Los deterioros en las áreas de la memoria y de la velocidad psicomotora son las señales más consistentes del CDS. La primera sintomatología puede incluir un aumento de los olvidos, problemas de la concentración y la atención, un enlentecimiento general de las funciones cognitivas y motoras, coordinación pobre, apartamiento social y estado de ánimo deprimido. Conforme progresa el síndrome, la pérdida de memoria general aumenta en gravedad. En las etapas posteriores puede darse afasia, desinhibición conductual, parestia, incontinencia, psicosis y manía (Maj, 1990).

1.5. *Manifestaciones psicosociales*

Es frecuente la morbilidad psiquiátrica y va desde los trastornos de adaptación, perturbaciones leves del estado de ánimo, y trastornos por ansiedad, hasta los trastornos del estado de ánimo unipolares y bipolares, trastornos psicóticos y delirium o demencia relacionada con el VIH (Kalichman, 1995). Además, cuando ocurre una infección por VIH del cerebro y del SNC, la psicopatología (p. ej., depresión, trastorno por ansiedad) secundaria a esas infecciones puede diagnosticarse como "Debido a la enfermedad del VIH" en la nueva nomenclatura psiquiátrica (APA, 1994).

Casi todos los individuos con el VIH sufren de alguna forma de perturbación afectiva. La prevalencia de trastornos del estado de ánimo en sujetos con el VIH puede ser superior a la de otras poblaciones con enfermedades crónicas y terminales (Forstein, 1992; Kalichman, 1995). Considerados globalmente, la ansiedad y la depresión constituyen los síntomas psicológicos identificados con más frecuencia entre las personas con el VIH (Holland y Tross, 1985). La ira, tanto manifestada como reprimida, constituye una reacción inicial frecuente ante un diagnóstico de VIH. La etiología orgánica puede explicar una gran parte de las perturbaciones del estado de ánimo, ya que el VIH se ha encontrado en las estructuras límbicas (Forstein, 1992).

Los datos indican que entre el 5 y el 30% de los pacientes con VIH sufren un episodio depresivo mayor durante el curso de su enfermedad. Las señales y los síntomas vegetativos (p. ej., fatiga, pérdida de apetito y de peso, enlentecimiento psicomotor) pueden asociarse a una alteración del estado de ánimo, a una manifestación del proceso mismo de enfermedad del VIH o a una combinación de ambos. Por consiguiente, el diferenciar la etiología de la perturbación afectiva es importante para la planificación apropiada del tratamiento.

Además de las manifestaciones afectivas y físicas, las cogniciones disfuncionales pueden caracterizar al trastorno depresivo. Las pérdidas en el deterioro social y físico pueden producir sentimientos de inutilidad. Frecuentemente, se informa de una culpa excesiva sobre el propio estilo de vida y pensamientos sobre comportamientos pasados a los que se da vuelta una y otra vez. La falta de esperanza para encontrar una cura y sentimientos de indefensión ante el afrontamiento con la enfermedad

constituyen, a menudo, patrones autoderrotistas de pensamiento en individuos positivos en VIH (Fenton, 1987; Holland y Tross, 1985).

Sigue existiendo una controversia considerable con respecto al suicidio entre aquellas personas que viven con enfermedades terminales dolorosas e incapacitantes. El riesgo de suicidio entre personas con VIH puede ser hasta 66 veces mayor que el de la población general (Marzuk *et al.*, 1988). Aunque los datos no son claros, las ideas suicidas pueden darse más entre las personas con el VIH que en otras poblaciones con enfermedades crónicas (Forstein, 1992). Parece que el momento en el que se dan más las ideas suicidas es durante el inicio de la infección por VIH más que en las etapas posteriores del sida (O'Dowd *et al.*, 1993). El comienzo de nuevas complicaciones físicas puede preceder a los pensamientos suicidas, ya que el suicidio puede verse como un intento desesperado de controlar el proceso de la enfermedad. El grado de sintomatología depresiva y física parece predecir también las ideas suicidas entre la población con VIH (Forstein, 1992).

Después de la notificación del estado seropositivo, muchos individuos experimentan niveles elevados de temor y ansiedad. Los temores frecuentes giran alrededor de incertidumbre del pronóstico, la muerte inminente, el infectar a otras personas, el ostracismo, y una sensación profunda de pérdida de control. La ansiedad puede ser generalizada o aguda. Los ataques de pánico y las compulsiones a explorar el cuerpo (p. ej., examinarse buscando ganglios hinchados o lesiones) son manifestaciones frecuentes de ansiedad entre personas con VIH (Fenton, 1987).

El estrés es un factor psicosocial muy importante que influye sobre la salud y la calidad de vida de las personas con sida y de los infectados por el VIH. Diversos autores han sugerido que los estímulos estresantes a los que se enfrentan los grupos de alto riesgo para el VIH (p. ej., homosexuales y drogadictos) son más elevados que aquellos de la población general (Livingston, 1988). Los estímulos estresantes potenciales con los que se encuentran los grupos de alto riesgo incluyen el temor a contraer el VIH, la discriminación y la estigmatización por parte del público, duelos numerosos y limitaciones sexuales. Es probable que el estrés aumente después de la infección por VIH. La falta de empatía y apoyo por parte de las comunidades médicas y general, la falta de confianza en la tecnología médica para encontrar una cura y los problemas económicos, constituyen sólo unos cuantos obstáculos a los que se enfrentan los individuos seropositivos (Livingston, 1988).

El impacto del estrés sobre la susceptibilidad y la progresión de la enfermedad por VIH ha sido un área de reciente interés entre los investigadores psicosociales. El estrés debilita el sistema inmune, dejando a un individuo con el VIH vulnerable a las infecciones o a la exacerbación de los síntomas. Los modelos biopsicosociales han surgido para ilustrar las conexiones entre el estrés, otras variables psicosociales y el grupo de enfermedades del VIH (Antoni *et al.*, 1990; Livingston, 1988; Thomason y Campos, en prensa; Thomason, Jones, McClure y Brantley, en prensa).

Para la mayoría de los individuos que viven con el VIH, el enterarse de su estado seropositivo suele ocurrir durante la flor de la vida. Virtualmente, todas las áreas de su funcionamiento personal y social se encuentran afectadas. El revelar el propio estado con respecto al VIH a la familia y a los amigos frecuentemente daña el sistema de apoyo social del individuo. Además, se ha identificado al apoyo social como un componente esencial a la hora de predecir la morbilidad y la mortalidad entre los

sujetos crónicamente enfermos, incluyendo los que tienen el VIH (Thomason y Campos, en prensa).

Aunque los comportamientos positivos y de compasión se han ido haciendo más frecuentes conforme la epidemia ha ido avanzando, muchos individuos que viven con el VIH temen constantemente, o sufren, el rechazo social. Los individuos seropositivos se arriesgan a la estigmatización y al alejamiento por parte de la familia, de los amigos y de los superiores cuando dan a conocer su estatus seropositivo. La pérdida del trabajo, del hogar y de la posibilidad de contratar seguros constituyen amenazas reales para su existencia (véase también Chesney y Folkman, 1994).

El afrontar las pérdidas es una tarea enorme y constante para los individuos con el VIH. El adaptarse a las numerosas pérdidas personales (p. ej., salud, ingresos, empleo) tiene que hacerse al mismo tiempo que se sufren también pérdidas sociales. Para muchos individuos con VIH, el duelo es frecuente. La comunidad homosexual, en particular, ha sido diezmada por las muertes debidas al sida. El enfrentarse a la propia muerte mientras se está afligido por la pérdida de seres queridos es especialmente difícil y, a menudo, se observan complicaciones de esas aflicciones.

Aunque no está claro si la reducción del estrés, su desaparición o las intervenciones para el atontamiento global pueden mejorar el funcionamiento inmunitario (p. ej., Coates, McKusick, Kuno y Sites, 1989), esas intervenciones tienen impacto en las percepciones de los pacientes sobre la calidad de vida, jugando el tratamiento de la salud mental un papel integral en el cuidado concertado de los individuos con VIH. Esos tratamientos han incluido terapia individual, de pareja, de grupo y familiar desde distintas posiciones teóricas, incluyendo terapias metafísicas y alternativas (véase Kalichman, 1995). Aunque ha habido algunos enfoques de tratamiento formal estandarizado (p. ej., la intervención farmacológica de la depresión secundaria a la infección por VIH), los estudios sobre los resultados de los tratamientos son escasos en la literatura.

Además, los pacientes buscarán y conseguirán intervenciones informales, como asesoramiento de apoyo o servicios sociales de otros profesionales, o intervenciones no tradicionales provenientes de distintas fuentes, incluyendo terapias alternativas (p. ej., acupuntura, masajes, terapia por los aromas) e incluso médium. Esto complica los estudios sobre la eficacia del tratamiento, ya que los pacientes afectados por el VIH/sida a menudo, y comprensiblemente, buscarán intervenciones múltiples que según creen les producirán alivio o apoyo psicosocial. Esto es similar a la forma en que los pacientes consideran sus tratamientos médicos, buscando frecuentemente terapias que complementen o, en algunos casos, que sustituyan a las intervenciones médicas estandarizadas.

Como ejemplo de la variedad de enfoques sobre tratamiento y cuestiones psicosociales para personas afectadas por el VIH, referimos al lector a la multitud de libros populares sobre el sida, a través de los cuales los pacientes pueden verse expuestos a toda una serie de opiniones y enfoques desorientadores. Seguidamente describimos los enfoques más tradicionales y estandarizados de intervención, especialmente los provenientes de fuentes empíricamente evaluadas.

II. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

II.1. *Cuestiones generales sobre el tratamiento*

Como se ha señalado anteriormente, la enfermedad por el VIH afecta a una población muy diversa y presenta una gran cantidad de cuestiones psicosociales. Por consiguiente, cualquier programa de intervención (médico o psicosocial) tiene que ser sensible a los antecedentes nacionales, sociales, culturales, familiares y espirituales del individuo. Esto es especialmente importante cuando se trata con grupos que representan estilos de vida alternativos (p. ej., homosexuales o lesbianas; familias con un único padre) o grupos tradicionalmente alejados de un fácil acceso a los tratamientos médicos y psicológicos (p. ej., pobres, sujetos con un trastorno mental persistente y grave).

Existen tres elementos principales en un programa de intervención cognitivo-conductual con pacientes afectados por el VIH y los terapeutas deberían considerar que la intervención se centrara en tres elementos: 1. reducir el riesgo de transmisión del VIH; 2. mejorar las estrategias de afrontamiento; y 3. fortalecer el apoyo social. Con diferencia, el elemento más específico desarrollado con esta población ha sido el primero, ya que la mayoría de los enfoques para la reducción del riesgo de transmisión del VIH se ha desarrollado específicamente para este campo (p. ej., Kelly, 1995). A la hora de vérselas con las estrategias de afrontamiento y con el fortalecimiento del apoyo social, la mayoría de los enfoques han adaptado directamente el trabajo realizado en otras áreas a las poblaciones e intereses de los individuos con VIH. Así, por ejemplo, al trabajar con pacientes deprimidos que tienen la enfermedad producida por el VIH, aunque las cuestiones específicas relativas a la depresión sean diferentes, el enfoque básico de cambiar las creencias disfuncionales y aumentar la conducta socialmente adaptativa sigue siendo importante. De igual manera, aunque la relación de una pareja puede haberse deteriorado debido a que uno de los miembros padece sida, el trabajar con las habilidades de comunicación, reconstruir la confianza mutua, eliminar la animosidad entre los miembros de la pareja y aclarar los roles en la relación constituyen una extensión proveniente de otros campos cognitivo-conductuales (p. ej., Ussher, 1990).

Otros capítulos de este manual (volúmenes 1 y 2) presentan enfoques para problemas específicos que pueden adaptarse para los pacientes con el VIH; aquí abordaremos cuestiones importantes que estén limitadas a la enfermedad del VIH. Debido a que la disminución del riesgo de transmisión del VIH es de una gran importancia para todos los que tratan con el VIH, este capítulo incluye en un Apéndice recomendaciones específicas para las intervenciones dirigidas a la reducción de dicho riesgo.

II.2. *Reducción del riesgo de transmisión del VIH*

Se remite al lector a dos excelentes revisiones recientes de la literatura para la prevención del VIH si quiere conseguir más información. El libro de Kelly (1995) resume su amplio enfoque para la reducción del riesgo sexual con distintas poblaciones. DiClemente y Peterson (1994) dirigieron una serie de trabajos que tratan con

diferentes aspectos teóricos, empíricos y metodológicos para la prevención del VIH. Resumimos los principales puntos para el clínico y presentamos un concepto general y práctico de la reducción del riesgo que los profesionales de la salud pueden adaptar a los pacientes y circunstancias particulares. Nuestro objetivo no es repetir las excelentes revisiones de las fuentes indicadas más arriba, ya que esto necesitaría su propio capítulo y duplicaría un trabajo del que se dispone en otro lugar.

La reducción conductual del riesgo es la única forma de detener la incidencia ascendente de la infección por VIH. La mayoría de los casos de la transmisión del VIH se debe a comportamientos sexuales o de consumo de drogas específicos, que pueden abordarse por medio de intervenciones conductuales (Kalichman, 1995; Kelly, 1995). Estos programas se centran en conductas de riesgo y en factores psicosociales que facilitan el riesgo. Comportamientos de riesgo concretos son la relación sexual sin protección con barrera de látex, cualquier otra actividad sexual que exponga semen o sangre infectados al tacto con heridas o llagas abiertas y compartir agujas y jeringas infectadas durante el consumo de drogas por vía intravenosa.

Los cofactores psicosociales que facilitan el implicarse en conductas de alto riesgo incluyen acciones específicas (p. ej., consumo de drogas y de alcohol), estados emocionales negativos (p. ej., depresión, aburrimiento, ira), cogniciones disfuncionales (p. ej., «me rechazará si insisto en utilizar un condón», «tiene una apariencia saludable, así que no tengo que preocuparme esta vez») y estilos sociales (p. ej., una pareja que cree que el otro miembro de la relación es sexualmente monógamo y, por consiguiente, no practica un sexo más seguro en la relación). Estos cofactores constituyen el contexto en el que ocurren las conductas de riesgo e influyen negativamente sobre las percepciones personales de riesgo, autoeficacia y resistencia a la coacción. En términos conductuales, son también los antecedentes de la conducta de riesgo y, por lo tanto, deberían evaluarse al comienzo de las intervenciones.

La gran mayoría de los primeros programas para la prevención del sida se han centrado en educar a los individuos sobre el sida, sobre la transmisión del VIH, sobre lo que constituye “sexo seguro” y en la “limpieza de los útiles” en el consumo de drogas, además de otras informaciones (p. ej., DiClemente y Peterson, 1994). La implicación era que un aumento en el darse cuenta de estos hechos produciría un cambio en la conducta real de riesgo; de hecho, ésta es la base de algunos enfoques teóricos (p. ej., el «Modelo de creencias sobre la salud» [*Health Belief Model*, Rosenstock, Strecher y Becker, 1994]; la «Teoría de la acción razonada» [*Theory of Reasoned Action*, Fishbein, Middlestadt y Hitchcock, 1994]). Las evidencias no están muy claras sobre cuáles pueden ser los componentes más importantes de estos enfoques teóricos.

El cambio de conductas de riesgo tiene lugar colocando como objetivo específico las acciones de riesgo, sus antecedentes y sus consecuencias. Pocos programas han ofrecido intervenciones amplias que se centren en estas variables (p. ej., Kelly *et al.*, 1989; Kelly, 1995). Esto se debe en cierta medida a la lenta respuesta de campos como la psicología ante la crisis de salud del sida (p. ej., Campos, Brasfield y Kelly, 1989), a pesar de la aplicación eficaz de los principios del cambio de conducta a otras áreas. Así, aunque la educación se ve como la base sobre la que se llevan a cabo las decisiones con respecto a implicarse en riesgos, la percepción de éstos y el cam-

bio de conducta, un programa de prevención eficaz requiere también enfoques con objetivos comportamentales específicos.

El principal objetivo de la prevención de la transmisión del VIH es doble: en primer lugar, reducir o eliminar conductas de alto riesgo que podrían llevar a una infección por el VIH; segundo, aumentar la frecuencia de conductas alternativas que no tienen riesgo. Los pacientes sólo pueden protegerse totalmente de la transmisión del VIH por vía sexual o por consumo de drogas si se abstienen de realizar ambos comportamientos. Sin embargo, estas conductas son muy reforzantes, posiblemente tienen largas historias personales y no es probable que terminen fácilmente. Por el contrario, los enfoques contemporáneos para la reducción del riesgo tienen que incluir información básica sobre cómo utilizar condones, como limpiar las jeringuillas y las agujas, y cómo evitar el contacto directo con la sangre infectada por VIH. Estos comportamientos se consideran las alternativas con menor riesgo que podrían disminuir, de forma significativa, el riesgo de que una persona llegue a infectarse con el VIH. Una forma de reducir las conductas de alto riesgo puede ser introducir conductas incompatibles que tengan un bajo riesgo para la transmisión del VIH, en el caso de que la eliminación total del riesgo no sea posible inmediatamente o en la vida real (p. ej., abandonando las drogas en el momento o adhiriéndose al celibato).

Las prácticas de bajo riesgo pueden ser ya frecuentes en el repertorio de un paciente (p. ej., bajo la forma de “juegos sexuales”), de modo que la introducción de esos comportamientos puede implicar el cambio del contexto donde son practicados y el mantenimiento de dichas conductas. Por ejemplo, si el uso del condón ya se practica en una pareja por razones contraceptivas, la prevención puede centrarse en mantener esa práctica, en vez de atender principalmente a su importancia. De igual manera, si los pacientes informan que, por temor a la hepatitis, han aprendido a no compartir agujas o jeringuillas cuando se inyectan droga, lo más importante será centrarse en el mantenimiento de esas conductas. Sin embargo, el practicar estos comportamientos de bajo riesgo no significa automáticamente que los pacientes siempre practicarán esas conductas, especialmente si cambian las circunstancias (p. ej., la pareja anterior desea tener hijos). Así, aunque la introducción de alternativas con bajo riesgo es importante en los programas de prevención, todos éstos tienen que centrarse en reducir específicamente conductas de alto riesgo.

Si la tecnología para el cambio de conducta se aplica a la prevención del VIH, el cambio del comportamiento de riesgo implicaría cuatro componentes: 1. cambio de los antecedentes que desencadenen conductas de alto y bajo riesgo; 2. cambiar las conductas mismas; 3. cambiar las consecuencias de los comportamientos de riesgo, y 4. prevenir la recaída en prácticas de alto riesgo. Los antecedentes conductuales son desencadenantes psicosociales importantes y, en el caso del riesgo de transmisión del VIH, pueden incluir una amplia diversidad de variables. El mejor enfoque sería considerar a cada individuo en sí mismo y ver qué antecedentes específicos actúan como estímulos desencadenantes específicos bajo circunstancias concretas. Sin embargo, esto no siempre es factible o no conlleva una baja razón coste/beneficio, teniendo en cuenta la naturaleza epidémica de esta crisis de la salud. Por lo tanto, el enfoque alternativo tiene que ser incluir la atención a estímulos desencadenantes potenciales en todos los programas grupales de prevención, de modo que los individuos puedan evaluar y cambiar sus propios antecedentes. Aunque hay pocos trabajos que abor-

den los antecedentes de modo específico, algunos enfoques parecen incluir estas variables desencadenantes.

La percepción del riesgo es un constructo importante en los principales modelos de prevención y las variables relacionadas con ella pueden ser importantes antecedentes de la conducta de riesgo. Se encuentra influida por varios factores psicosociales, incluyendo la identificación con los grupos afectados, el conocer en persona a gente que tiene sida, la localización geográfica, la demografía, el consumo de sustancias psicoactivas y la experiencia anterior con los comportamientos de riesgo. La autoeficacia, la autoestima, las habilidades sociales, y las prácticas y la presión debidos a la cultura o a los iguales podrían influir también en la propia capacidad para evaluar el riesgo personal.

Algunas variables de la percepción del riesgo (p. ej., la autoeficacia, Bandura, 1994) pueden considerarse como antecedentes de los comportamientos de riesgo y, por lo tanto, ser abordables por las intervenciones conductuales mismas. Esas variables pueden contemplarse como cofactores psicosociales de la transmisión del VIH, tanto en cuanto los aspectos negativos proporcionan un contexto para el establecimiento y el mantenimiento de la conducta de riesgo (p. ej., la baja autoeficacia puede conducir a una menor protección ante el riesgo; Bandura, 1994). Cambiar los antecedentes es una forma eficaz de ejercer un impacto sobre las conductas objetivo por medio de sus desencadenantes situacionales y personales. Esto tiene que ser aplicado todavía de forma sistemática en el trabajo para la prevención del sida. Parte del reto puede estar en definir antecedentes específicos para prácticas concretas de riesgo y, hasta donde conocemos, no se ha informado de ese tipo de estudios. Otro desafío a la hora de vérselas con los antecedentes es la diversidad encontrada entre esos estímulos para la acción y el elevado grado de individualidad que tienen en los sujetos, a través de las situaciones y a lo largo de los estados emocionales. Lo que ayudaría a aclarar el valor de trabajar con los antecedentes sería una serie de estudios de caso único, centrándose específicamente en las conductas de transmisión del VIH.

Otra consideración a la hora de planificar los programas para el cambio de conducta es definir la población objetivo. Aunque normalmente pensamos en individuos que están preocupados por su propio comportamiento de riesgo, Kelly y sus colaboradores (1992) se han centrado en miembros clave de los grupos de homosexuales para cambiar las normas sociales sobre sexo peligroso y sexo más seguro. Se entrenó específicamente a estos líderes en técnicas para la reducción del riesgo y se organizaron fiestas privadas en donde ellos invitaban a otras personas a que participasen en el entrenamiento que habían recibido. Esto produjo cambios positivos a nivel de la comunidad y tuvo el beneficio añadido de influir sobre las normas culturales que regulaban la expresión de la conducta. Así, en este caso, los líderes de la comunidad pueden haber sido los objetivos específicos de la intervención, pero el impacto último tuvo una repercusión en toda la comunidad.

Finalmente, los programas eficaces de prevención tienen también que prestar atención a la posibilidad de caídas en el comportamiento o de la recaída en general. Las "caídas" se refieren a las conductas de alto riesgo que vuelven a ocurrir transitoriamente, normalmente una vez. La "recaída" es la implicación mantenida en comportamientos de alto riesgo que tienen los niveles de antes de la intervención o incluso más acusados. En estudios con homosexuales, se han encontrado varios facto-

res que influían en la vuelta a prácticas de alto riesgo. Así, Kelly y sus colaboradores (Kelly et al, 1991) encontraron que las caídas de alto riesgo estaban inversamente relacionadas con las variables de eficacia situacional y personal. Además, si se examinan más detenidamente los datos de ese estudio en términos de emociones positivas y negativas, parece que la caída está relacionada también con experiencias emocionales positivas (p. ej., «quería complacer a mi pareja», «me sentía mejor») en vez de con experiencias emocionales negativas (p. ej., «estaba deprimido», «me sentía incompetente»).

II.3. *Mejora de las estrategias de afrontamiento*

Este componente de la intervención cognitivo-conductual se refiere a estrategias que tratan de mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuir su malestar psicológico, ayudar a que desaparezcan los trastornos psiquiátricos y mejorar la adaptación a la enfermedad por VIH. En esta esfera se pueden incluir varios enfoques, como el tratamiento formal de la depresión, las técnicas del control de la ansiedad, las intervenciones para el manejo del estrés y las mejoras de las habilidades para afrontar los problemas médicos y, especialmente, las enfermedades crónicas.

Como se ha señalado anteriormente, hay una serie de trastornos psiquiátricos que pueden estar presentes junto con la enfermedad por VIH, de las cuales la depresión es la más frecuente. Además, se encuentran también trastornos por ansiedad, somatizaciones, preocupaciones obsesivas sobre la salud y los procedimientos médicos, ideas suicidas y disfunciones sexuales. Aunque cada uno de ellos es único en su presentación clínica, con respecto a la enfermedad por VIH comparten todas cuestiones similares sobre el cambio del estado de ánimo, las creencias disfuncionales y las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, Logsdail, Lovell, Warwick y Marks (1991) informaron sobre la eficacia de una intervención conductual para disminuir los síntomas obsesivos relativos al sida en un paciente inglés.

Sin embargo, los problemas más prevalentes y acusados con los que se enfrentan los clínicos que trabajan con personas afectadas por el VIH son las perturbaciones del estado de ánimo. Si utilizamos el estado de ánimo disfórico como ejemplo, éste puede ir desde cambios transitorios secundarios a cambios en el estado físico (p. ej., cuando se entera de los resultados de la prueba del VIH, al recibir el diagnóstico de sida) hasta la depresión mayor, persistente, secundaria a la progresión de la enfermedad (p. ej., con un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo debido al sida). Es esencial evaluar los estímulos estresantes psicosociales, los estilos cognitivos y los problemas conductuales, además de ser capaz de descartar posibles trastornos del estado de ánimo de base neurológica.

Al trabajar con las creencias disfuncionales de los pacientes, es importante recordar que algunas de éstas pueden estar fundamentadas en bases bastante “funcionales” (es decir, realistas), algo que puede esperarse dados los parámetros de la enfermedad. De este modo, los pacientes deprimidos no infectados que expresan un nihilismo general, que parecen estar excesivamente preocupados con la muerte y que atribuyen su estado actual a variables causales internas, estables y globales serían considerados “disfuncionales” en su sistema de creencias. Sin embargo, estos

mismos constructos constituyen una parte muy íntima del vivir con una enfermedad incurable, estigmatizante, como la producida por el VIH. Los pacientes pueden abrigar una considerable culpa sobre sus conductas pasadas que le llevaron a la infección, sentir que el futuro de su salud no tiene esperanza y expresar malestar por sufrir una pérdida de funcionamiento en sus años más productivos socialmente. Estas son partes del vivir con el VIH y no son por sí mismas “disfuncionales”. Ello no quiere decir que esas creencias no puedan cuestionarse si deterioran las habilidades de la vida cotidiana o si interfieren con las actividades para la promoción de la salud (p. ej., tratamiento médico, reducción del riesgo). Al trabajar con esos temas en pacientes infectados con el VIH, el terapeuta cognitivo tiene que darse cuenta de que el contexto en el que estas suposiciones pueden cuestionarse tiene, de hecho, una base real.

Algunas creencias y atribuciones o se llevan hasta los extremos o bien no forman parte del cuadro clínico habitual que es único a la enfermedad del VIH. Por ejemplo, los pacientes pueden lamentarse de la pérdida de oportunidades debido a los impedimentos planteados por su capacidad actual para funcionar socialmente o expresan escasas historias de relaciones, algo consistente con sus patrones conductuales duraderos (pre-VIH). Igualmente, conforme progresa la enfermedad del VIH, los pacientes expresaran a menudo conflictos con cuestiones espirituales y un deseo de “dejar alguna huella” antes de morir. Esto es especialmente acusado entre los homosexuales y entre las mujeres, aunque hasta donde conocemos no se han hecho comparaciones de estos dos grupos en esas variables. Los homosexuales no suelen tener hijos y sus carreras se truncan antes de que hayan hecho contribuciones importantes. Además, es probable que hayan experimentado una carencia significativa de su sistema social por la pérdida de amigos y la pareja.

Las mujeres tienen un prejuicio especial añadido a la ya de por sí enfermedad estigmatizante del VIH. Además de vérselas con todo lo que un diagnóstico de sida conlleva, se les recuerda a las mujeres desde varias fuentes que son un “vehículo de transmisión de la infección al feto”, tal como una paciente de unos de los autores expresó recientemente (PEC). Un ejemplo de esto lo constituyen las recientes batallas legislativas para hacer pruebas obligatorias a todos los recién nacidos en los hospitales de Estados Unidos, sin ninguna garantía de que las mujeres o los niños que, a través de esos métodos, se descubra que están infectados por el VIH vayan a recibir servicios médicos. Las mujeres experimentan también una considerable angustia por el riesgo de tener niños después de haber sido diagnosticadas como seropositivas y por la posibilidad de no volver a tener, o no ir a tener, nunca más niños (p. ej., Alemán *et al.*, 1995). Al trabajar con estos pacientes, no es asunto de interés si esas creencias son racionales o no, sino ayudar a la paciente a adaptarse a ciertas realidades de su enfermedad (p. ej., pérdida de amigos y de oportunidades), mientras mantienen una sensación de valía de uno mismo. La reinterpretación positiva de los acontecimientos, la clarificación de cuestiones, el ayudar a los pacientes a articular la relación entre sentimientos y pensamientos e incluso simplemente darles la oportunidad de hablar de estos temas, constituyen los enfoques más eficaces.

Las estrategias de afrontamiento son puestas en entredicho de forma importante por la enfermedad del VIH. Además de ser una enfermedad crónica e incurable, los pacientes con sida pueden experimentar cambios significativos en el funcionamiento personal que desbaraten los intentos de afrontamiento. Dichos cambios

pueden incluir insomnio, anorexia, dolor agudo y crónico debido a estados o procedimientos médicos, problemas de consumo de sustancias psicoactivas, y escaso manejo del estrés. Existe también una rica literatura sobre el manejo de esos problemas por medio de intervenciones cognitivo-conductuales, como las técnicas de relajación y de distracción para el control del dolor, que pueden aplicarse a pacientes con el VIH. Lo mismo que sucede con los cambios del estado de ánimo, cada uno de los anteriores puede ser función de la progresión de la enfermedad y puede también tener una base médica.

Un ejemplo de estudio sistemático sobre la eficacia de la reducción del estrés como tratamiento potencial para la enfermedad del VIH se ha establecido en el Centro para el estudio biopsicosocial del sida en Miami (*Center for the Biopsychosocial Study of AIDS*; Antoni *et al.*, 1990). Estos investigadores están examinando los efectos de las terapias cognitivo-conductuales, como manejo del estrés y entrenamiento en ejercicios aeróbicos, sobre la inmunocompetencia en individuos con VIH. Los resultados preliminares sugieren que tanto los individuos seropositivos como los seronegativos han aumentado el número de células T después de 10 semanas de entrenamiento aeróbico. Además, los ejercicios aeróbicos han reducido significativamente el malestar psicológico en hombres con VIH comparados con sujetos control seropositivos sin tratamiento (Antoni *et al.*, 1990).

Además, el mismo grupo de investigadores encontró que estas estrategias psicoterapéuticas de tratamiento amortiguaban el malestar emocional y la debilitación del sistema inmunitario asociados a la prueba para detectar el VIH (Antoni *et al.*, 1991; La Pierre *et al.*, 1990). En un estudio con 50 hombres seropositivos, los individuos que participaron en el entrenamiento aeróbico no tenían un malestar emocional acusado ni deficiencias significativas en el número de células AN después de la notificación de su seroestado. Sin embargo, los sujetos control seropositivos que no recibieron tratamiento manifestaron niveles clínicos de ansiedad y depresión así como una reducción significativa en las células AN después de la notificación de su estado seropositivo (La Pierre *et al.*, 1990).

Antoni *et al.* (1991) informaron de hallazgos similares con una intervención para el manejo del estrés. Se asignaron 47 hombres bien a una condición de evaluación-control o a una de manejo del estrés antes de la notificación de su estado con el VIH. En la condición de tratamiento, se llevaron a cabo estrategias cognitivo-conductuales (entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, relajación y ensayo de conducta). Los sujetos de la condición de tratamiento mostraron aumentos significativos en el número de células CD4 y AN y en la proliferación de respuestas a la fitohemaglutinina después de la notificación del estado de seropositivo. Los sujetos seropositivos de la condición control se diferenciaban significativamente de los sujetos en la condición experimental y manifestaban disminuciones de los parámetros inmunitarios después de la notificación. Además, entre los sujetos del grupo experimental se encontró que la reducción de la depresión correlacionaba con la práctica de la relajación. Los autores concluyeron que el manejo del estrés amortiguaba la reacción emocional y el compromiso inmunológico asociado a la prueba del VIH y a su notificación.

Estas intervenciones pueden tener también efectos beneficiosos indirectos sobre la reducción del riesgo. Por ejemplo, Coates, McKusick, Kuno y Sites (1989) informaron que la disminución del estrés producía una menor cantidad de compañeros

sexuales entre los homosexuales de San Francisco. Igualmente, Kelly (1995) incluye el manejo del estrés como un elemento integral de sus programas de prevención (p. ej., Kelly *et al.*, 1989).

II.4. *Aumento del apoyo social*

Mezclados con los problemas médicos se encuentran los temas sociales que rodean al sida. La enfermedad del VIH afecta principalmente a los individuos cuyos estilos de vida, comportamientos personales y aspectos demográficos les han granjeado la discriminación, el prejuicio y el desprecio social. Cuando alguien da positivo en los anticuerpos del VIH es similar, en gran medida, a dar positivo en una prueba para el distanciamiento social. La gente pierde empleos, oportunidades ofrecidas por compañías de seguros, relaciones, lazos familiares, sistemas sociales importantes debido a su diagnóstico (Landau-Stanton y Clements, 1993). Además, las diferencias de los miembros de la pareja con respecto al seroestado o el que los dos cónyuges sean seropositivos plantean complejos asuntos de tratamiento que son, no obstante, abordables por la intervención cognitivo-conductual (p. ej., Ussher, 1990).

El sida es una enfermedad que debilita a la sociedad. Además de los miles de individuos inteligentes de distintas edades, el sida ha diezmando comunidades enteras. Nadie ha sentido más la crisis de salud que los homosexuales y las lesbianas, con el asolador impacto que tuvo la enfermedad cuando todavía no existían pruebas para su detección en los primeros años. Esto significa también construir sólo sistemas sociales, a corto plazo y la reconstrucción de las normas sociales y de la comunidad relativas a la sexualidad y a la propia valía. Ello implicará inevitablemente a los miembros seronegativos de la comunidad, que pueden verse afectados de forma adversa por la pérdida de sus compañeros/as, experimentar culpa por ser los supervivientes de la crisis y sentir un enorme estrés por estar en las "primeras líneas" del funcionamiento del sida. Al trabajar con homosexuales y lesbianas, es importante recordar esta multitud de factores que moldean ahora sus comunidades y que continúan señalándoles como el grupo más afectado en las crisis de salud.

Esta es una parte importante de la intervención cognitivo-conductual con la enfermedad del VIH: Ayudar a los individuos afectados, no sólo a los infectados, a afrontar la situación. Ello incluye a los miembros de la familia, a la pareja, a los niños, a los/as amigos/as y a los/as compañeros/as de trabajo, cuyas vidas han cambiado inevitablemente con este síndrome (véanse Folkman, Chesney y Christopher-Richards, 1994; y Boyd-Franklin, Steiner y Boland, 1995 para excelentes revisiones de los efectos del VIH en las familias, los cónyuges y las personas que están al cuidado de los niños). A veces esto puede tomar la forma de asesoramiento familiar o marital, que puede seguir enfoques estándares en la literatura conductual; otras veces, incluye la redefinición del sistema social del paciente, que ha perdido gente clave en su vida a causa de la discriminación, de la ignorancia, del temor o por ser condenado al ostracismo.

Ningún enfoque amplio de la enfermedad del VIH puede excluir la atención a temas de consumo de sustancias psicoactivas específicas. Además de ser un importante método de transmisión vírica a través de compartir agujas y jeringuillas

infectadas, el consumo de alcohol y de drogas tiene otros efectos perjudiciales sobre los individuos con VIH. En primer lugar, algunas drogas (p. ej., cocaína) y el alcohol tienen efectos inmunodepresores. Como poco, esto puede llevar a hallazgos falsos de laboratorio (p. ej., una disminución arbitraria del número de células CD4); en el peor de los casos, puede facilitar notablemente la progresión de la enfermedad. En segundo lugar, el comerciar con sexo para obtener drogas es una práctica frecuente, especialmente en grandes ciudades y en los barrios pobres. Esto agrava los riesgos de infección y la posibilidad de volver a infectarse en aquellos que ya son seropositivos. Tercero, las sustancias tienen propiedades psicoactivas específicas que pueden llevar a asumir un mayor riesgo. Esto es cierto en el caso del alcohol y las drogas empleados para aumentar las proezas sexuales (p. ej., cocaína, anfetamina). Además de sus efectos socialmente desinhibidores, deterioran el juicio sobre la toma de decisiones de riesgo y obstaculicen que se lleven a cabo los pasos apropiados de autoprotección. Finalmente, el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas tiene un impacto negativo sobre la autoestima, la autoeficacia para modificar conductas y la resistencia a la presión de los iguales para adaptarse a su estilo de vida. No fomentan habilidades sociales adaptativas y anulan el afrontamiento social eficaz al impedir la presencia de modelos en un papel irreprochable y deteriorar las relaciones de apoyo.

III. CONCLUSIONES

Las intervenciones cognitivo-conductuales ofrecen enfoques amplios, de base empírica, para ayudar a los pacientes afectados por el VIH/sida. Esto incluye el extender las técnicas y los programas ya establecidos para otros problemas a las experiencias personales y culturales únicas de la enfermedad del VIH, y el desarrollo de nuevos métodos de intervención para aspectos y problemas específicos. Más delimitados para este tema son las intervenciones dirigidas a la disminución del riesgo, que constituyen un importante componente de toda terapia para la enfermedad del VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemán, J., Kloser, P., Kreibick, T., Steiner, G. y Boyd-Franklin, N. (1995). Women and HIV/AIDS. En N. Boyd-Franklin, G. Steiner y M. Boland (dirs.), *Children, families, and HIV/AIDS: Psychosocial and therapeutic issues*. Nueva York: Guilford.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.^a edición) (*DSM-IV*). Washington, DC: APA.
- Antoni, M., August, S., La Pierre, A., Baggett, H., Klimas, N., Ironson, G., Schneiderman, N. y Fletcher, M. (1990). Psychological and neuroendocrine measures related to functional immune changes in anticipation of HIV-1 serostatus notification. *Psychosomatic Medicine*, 52, 496-510.

- Antoni, M., Baggett, L., Ironson, C., La Pierre, A., August, S., Klimas, N., Schneiderrnan, N. y Fletcher, M. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 906-915.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. J. DiClemente y J. L. Peterson (dirs.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Nueva York: Plenum.
- Boyd-Franklin, N., Steiner, G. y Boland, M. (dirs.) (1995). *Children, families, and HIV/AIDS: Psychosocial and therapeutic issues*. Nueva York: Guilford.
- Campos, P. E., Brasfield, T. L. y Kelly, J. A. (1989). Psychology training related to AIDS: Survey of doctoral graduate programs and predoctoral internship programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 20*, 214-220.
- Centers for Disease Control (1993). *Prevention HIV/aids Surveillance Report, 5*, 1-6.
- Centers for Disease Control and Prevention (1995). Statistics from the Centers for Disease Control and Prevention. *AIDS, 9*, 103-105.
- Chaisson, R. E. y Voiberding, P. A. (1995). Clinical manifestations of HIV infection. En G. L. Mandell y J. E. Bennett (dirs.), *Mandell, Douglas, & Bennett's principles and practices of infectious diseases* (4.^a edición). Nueva York: Churchill Livingstone.
- Chamberland, M. E., Ward, J. W. y Curran, J. W. (1995). Epidemiology and prevention of AIDS and HIV infection. En G. L. Mandell y J. E. Bennett's (dirs.), *Mandell, Douglas, & Bennett's principles and practices of infectious diseases* (4.^a edición). Nueva York: Churchill Livingstone.
- Chesney, M. y Folkman, S. (1994). Psychological impact of HIV disease and implications for intervention. *Psychiatric Clinics of North America, 17*, 163-182.
- Coates, T., McKusick, P., Kuno, R. y Sites, D. (1989). Stress reduction training changed number of sexual partners but not immune function in men with HIV. *American Journal of Public Health, 79*, 885-887.
- DiClemente, R. J. y Peterson, J. P. (dirs.) (1994). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Nueva York: Plenum.
- Fernández, F. y Ruiz, P. (1989). Psychiatric aspects of HIV disease. *Southern Medical Journal, 82*, 999-1004.
- Fenton, T. (1987). AIDS-related psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 144*, 551-588.
- Fishbein, M., Middlestadt, S. E. y Hitchcock, P. J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behavior: An analysis based on the theory of reasoned action. En R. J. DiClemente y J. L. Peterson (dirs.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Nueva York: Plenum.
- Folkman, S., Chesney, M. y Christopher-Richards, A. (1994). Stress and coping in caregiving partners of men with AIDS. *Psychiatric Clinics of North America, 17*, 35-53.
- Forstein, M. (1992). The neuropsychiatry aspects of HIV infection. *Primary Care, 19*, 97-117.
- Holland, J. C. y Tross, S. (1985). The psychosocial and neuropsychiatric sequelae of the acquired immunodeficiency syndrome and related disorders. *Annals of Internal Medicine, 103*, 760-764.
- Kalichman, S. E. (1995). *Understanding AIDS: A guide for mental health professionals*. Washington, DC: APA.
- Kelly, J. A. (1995). *Changing HIV risk behavior: Practical strategies*. Nueva York: Guilford.
- Kelly, J. A., Kalichman, S. C., Kauth, M. R., Kilgore, H. G., Hood, H. V., Campos, P. E., Rao, S. M., Brasfield, T. L. y St. Lawrence, J. S. (1991). Situational factors associated with AIDS risk behavior lapses and coping strategies used by gay men who successfully avoid lapses. *American Journal of Public Health, 81*, 1335 - 1338.

- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Roffman, R. A., Solomon, L. J., Winett, R. A., Stevenson, L. Y., Koob, J. J., Ayotte, D. R., Flynn, B. S., Desiderato, L. L., Hauth, A. C., Lemke, A. L., Lombard, D., Morgan, M. G., Norman, A. D., Sikkemas, K. J., Steiner, S. y Yaffe, D. M. (1992). Acquired Immune Deficiency Syndrome/Human Immunodeficiency Virus risk behavior among gay men in small cities: Findings of a 16-city national sample. *Archives of Internal Medicine*, 752, 2293-2297.
- Kelly, J. A., St. Lawrence, J. S., Hood, H. V. y Brasfield, T. L. (1989). Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 60-67.
- Landau-Stanton, J. y Clements, C. D. (1993). AIDS health and mental health: A primary sourcebook. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- La Pierre, A., Antoni, M., Schneiderman, N., Ironson, G., Klimas, N., Caralis, P. y Fletcher, M. (1990). Exercise intervention attenuates emotional distress and natural killer cell decrements following notification of positive serologic status for HIV-1. *Biofeedback and Self-Regulation*, 15, 229-242.
- Livingston, I. (1988). Co-factors, host susceptibility, and AIDS: An argument for stress. *Journal of the National Medical Association*, 80, 49-59.
- Logsdail, S., Lovell, K., Warwick, H. y Marks, I. (1991). Behavioural treatment of AIDS-focused illness phobia. *British Journal of Psychiatry*, 159, 422-425.
- Maj, M. (1990). Psychiatric aspects of HIV-1 infection and AIDS. *Psychological Medicine*, 20, 547-563.
- Marzuk, P., Tierney, H., Tardiff, K., Gross, E., Morgan, P., Hsu, M. y Mann, J. (1988). Increased risk of suicide in persons with AIDS. *Journal of the American Medical Association*, 259, 1333-1337.
- Nash, G. y Said, J. (1992). *Pathophysiology of AIDS and HIV infection*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- O'Dowd, M. A., Biderman, D. J., McKegney, E. P. (1993). Incidence of suicidality of AIDS and HIV-positive patients attending a psychiatric outpatient program. *Psychosomatics*, 34, 33-40.
- Pilot, P. y Merson, M. H. (1995). Global perspectives on HIV infection and AIDS. En G. L. Mandell y J. E. Bennett (dirs.), *Mandell, Douglas, & Bennett's principles and practices of infectious diseases* (4.ª edición). Nueva York: Churchill Livingstone.
- Rogers, P. y Masur, H. (1989). The immune system: Clinical manifestations. En R. Kaslow y D. Francis (dirs.), *The epidemiology of AIDS*. Nueva York: Oxford University.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. y Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. En R. J. DiClemente y J. L. Peterson (dirs.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Nueva York: Plenum.
- Stanley, S. K. y Fauci, A. S. (1995). Immunology of AIDS and HIV infection. En G. L. Mandell y J. E. Bennett (dirs.), *Mandell, Douglas, & Bennett's principles and practices of infectious diseases* (4.ª edición). Nueva York: Churchill Livingstone.
- Thomason, B. y Campos, P. E. (en prensa). Health behavior in persons with HIV and AIDS- En D. Gochman (dir.). *Handbook of health behavior research*. Nueva York: Plenum.
- Thomason, B., Jones, G., McClure, J. y Brantley, P. (en prensa). Psychosocial co-factors in HIV illness: An empirically-based model. *Psychology and Health*.
- Ussher, J. (1990). Cognitive behavioural couples therapy with gay men referred for counseling in an AIDS setting: A pilot study. *AIDS Care*, 2, 43-51.
- World Health Organization Global Statistics (1995). Statistics from the World Health Organization. *AIDS*, 9, 409-410.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Boyd-Franklin, N., Steiner, G. y Boland, M. (dirs.) (1995). *Children, families, and HIV/AIDS: Psychosocial and therapeutic issues*. Nueva York: Guilford.
- DiClemente, R. J. y Peterson, J. L. (dirs.) (1994). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Nueva York: Plenum.
- Kaiichman, S. E. (1995). *Understanding AIDS: A guide for mental health professionals*. Washington, DC: APA.
- Kelly, J. A. (1995). *Changing HIV risk behavior: Practical strategies*. Nueva York: Guilford.
- Preciado, J. (1996). Aspectos conductuales del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.

APÉNDICE. DIRECTRICES PRÁCTICAS PARA ASESORAR A LOS PACIENTES SOBRE LA REDUCCIÓN DEL RIESGO ANTE EL VIH

La reducción del riesgo conductual sigue siendo el único método eficaz para evitar la transmisión del VIH. Esto es cierto tanto si alguno de los/as compañeros/as sexuales o de consumo de drogas está infectado como si no lo está. Cuando uno de los miembros de una pareja se encuentra infectado y el otro no lo está, nos referimos a ello como *prevención primaria* para la persona no infectada; es decir, estamos intentando evitar la infección inicial. El reto de la prevención primaria es que la persona no infectada esté motivada para realizar a veces conductas radicalmente diferentes, sin un recordatorio personal inmediato de las graves consecuencias que tienen las prácticas de alto riesgo.

El evitar que una persona seropositiva se infecte otra vez con el VIH se conoce como *prevención secundaria*. En estos casos, es probable que la persona está ya motivada para no infectar a los demás; sin embargo, es posible que no se dé cuenta de que puede ser infectado por una secuencia genética diferente de VIH-1 o incluso, en algunos países, de VIH-2. Además, las prácticas sexuales poco seguras pueden conducir a otras enfermedades transmitidas sexualmente, que a su vez pueden actuar como cofactores biológicos de la progresión de la enfermedad del VIH; igualmente, las prácticas con riesgo del consumo de drogas podrían dar como resultado otras enfermedades graves (p. ej., hepatitis), que colocarían una carga enorme en un sistema inmunitario ya comprometido. Por consiguiente, el primer paso en cualquier forma de prevención consiste en educar al paciente sobre los efectos potenciales de la infección del VIH. La primera mitad de este capítulo puede servir como guía; sin embargo, sería mejor si los aspectos más importantes señalados aquí se destacaran especialmente.

El paso siguiente en la reducción del riesgo es evaluar el nivel actual de participación en prácticas de alto y bajo riesgo. El conocimiento de las primeras es necesario para saber el nivel en que los pacientes se están exponiendo al riesgo de infección; es decir, aumentar las prácticas frecuentes de alto riesgo aumentará la probabilidad de una infección por VIH. Ese conocimiento es preciso tanto si están implicados numerosas parejas o relaciones al azar (p. ej., encuentros sexuales casuales, compartir las drogas con personas desconocidas) como si no lo están, aunque es probable que dicha implicación aumente aun más la probabilidad de infección.

El evaluar las conductas de bajo riesgo es importante para establecer una línea base para el cambio. Si el repertorio sexual de un individuo se compone casi únicamente de prácticas de alto riesgo o si el sujeto no valora las alternativas de bajo riesgo como deseables, el cambio de comportamiento será muy difícil. En algunos casos, los pacientes admitirán que saben todo sobre las prácticas de bajo riesgo, pero que no las encuentran tan recompensantes como las conductas de alto riesgo o no las consideran normales. Por ejemplo, una paciente podría saber cómo limpiar las agujas y las jeringuillas, que recibir “útiles de trabajo” sucios de otra persona es peligroso y que la mejor práctica (aparte de la abstinencia total del consumo de drogas) es utilizar una aguja y una jeringuilla limpias cada vez. Sin embargo, podría encontrar esto poco práctico, podría suceder que le estigmatizaran como si estuviera infectada, sufriendo la burla de las otras personas que consumen drogas o podría no querer demorar la gratificación inmediata de un “chute” si las agujas limpias no estuvieran disponibles fácilmente.

De igual manera, otro paciente podría saber cómo utilizar los condones, los puede haber utilizado en el pasado y es capaz de comprarlos y usarlos en el futuro. Sin embargo, podría sentir que el coito con condón es menos estimulante que sin él, podría temer el rechazo por sugerir sexo más seguro, lo que pudiera implicar que uno de los miembros de la

pareja pueda estar infectado, o podría no querer demorar la gratificación inmediata de la relación sexual si los condones no están disponibles en el momento. Así, el evaluar las conductas de bajo riesgo puede también ofrecer información rica en otras influencias para el cambio de conducta (p. ej., ideas de lo que es normal, el contexto de cambio, los límites ambientales, el sistema de creencias que impide actuaciones más seguras, habilidades de solución de problemas, capacidad para demorar la gratificación y dar prioridad a la salud).

El paso siguiente en la reducción del riesgo es llevar a cabo técnicas de cambio. Esto incluye: 1. introducir nuevas normas para las conductas sexuales y de consumo de drogas, que son autoprotectoras y respetuosas con la salud de los demás; 2. requerir el apoyo de otras personas importantes del entorno del paciente, incluyendo la “gente popular” de la comunidad del sujeto y del sistema social; 3. asegurarse que el paciente tenga la última información sobre cómo limpiar las agujas y cómo utilizar condones; esa información se encuentra fácilmente disponible para los pacientes a través de las agencias de salud pública, las organizaciones al servicio del sida, las clínicas de salud y la Cruz Roja o, para los profesionales, en las lecturas sugeridas de este capítulo; 4. evaluar el cambio y los factores que influyen en él, a partir de un enfoque de cambio de conducta autodirigido (es decir, planificado por el paciente y con motivación); y 5. desarrollar estrategias para la prevención de las recaídas con el fin de mantener actitudes y prácticas saludables que fomenten la salud y el bienestar.

Las intervenciones específicas pueden tener lugar por etapas. Primero, el paciente (¡y el terapeuta!) debería recibir educación sobre el VIH/sida, especialmente sobre su transmisión. Los terapeutas no deberían suponer que los pacientes de los grupos de alto riesgo conocerán las prácticas de consumo de drogas o de sexo que sean más seguras. Por el contrario, deberían suponer que cada paciente que acude a la clínica no conoce los aspectos básicos del VIH/sida, especialmente en lo que se refiere a prevención, y debería tratar de establecer una línea base de conocimiento con el paciente. A los pacientes nuevos se les pueden dar los folletos publicados por organizaciones de salud pública o enviarlos a organizaciones al servicio del sida que puedan ofrecer referencias o directrices específicas. Además, es posible que los terapeutas tengan una provisión de esta información fácilmente disponible en sus clínicas o salas de espera.

La segunda etapa de la intervención implica la revisión de prácticas seguras, comparadas con prácticas no seguras, con cierto detalle. Esto puede hacerse a través de un análisis funcional de conductas específicas o de una discusión menos formal sobre el rango de conductas sexuales y de consumo de drogas del paciente. Después de esta etapa, es posible que los terapeutas necesiten trabajar directamente con los pacientes para desarrollar comportamientos de prevención. Algo más frecuente es que posiblemente los terapeutas prefieran remitir a un paciente a una organización o grupo que patrocine seminarios o programas de entrenamiento para la reducción de conductas de riesgo específicas. Esto incluiría demostraciones sobre cómo utilizar condones, cómo limpiar los materiales que utilizan para el consumo de drogas y cómo negociar una relación sexual más segura, siendo especialmente importante si el tiempo de terapia no se dedica a estas cuestiones prácticas. Respetamos el hecho de que la mayoría de los terapeutas cognitivo-conductuales prefieran no trabajar de forma tan específica con sus pacientes; es decir, que se centren en el malestar psicológico y en cuestiones similares como la principal razón por la que los pacientes acuden a su clínica. Sin embargo, pensamos que es esencial que estos temas se discutan y recomendamos encarecidamente a los terapeutas que incluyan al menos una evaluación de dichos temas y algunas cuestiones de seguimiento sobre la participación del paciente en prácticas más seguras.

15. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL SÍNDROME PREMENSTRUAL

CAROL A. MORSE¹

I. INTRODUCCIÓN

Cuando se les pregunta a muchas mujeres si notan molestias o cambios relacionados con el ciclo menstrual informan experiencias de distintos tipos, incluyendo dolor en los pechos, aumento del apetito, sensaciones de fatiga, pérdida de confianza en la toma de decisiones, aumento de la sensibilidad y de las reacciones emocionales, estado de ánimo inestable, ganancia de peso, rechazo a participar en interacciones sociales y cambios en los patrones de sueño. Partiendo de los informes de los últimos treinta o cuarenta años, las tasas de prevalencia han ido desde el 25% al 96% (p. ej., Kessel y Coppen, 1963; Pennington, 1957), prestando apoyo a las creencias populares de que las mujeres están inevitablemente condenadas a sufrir experiencias aversivas ocasionadas por sus funciones menstruales y reproductoras. Estas creencias no son nuevas, ya que se han encontrado en escritos antiguos y en muchas culturas diferentes aparecen referencias a perturbaciones de la menstruación (Snowden y Christian, 1982).

De este modo, todas las mujeres en edad reproductiva parecen estar sujetas a una serie de cambios en las sensaciones físicas y en la estabilidad psicoemocional a lo largo del ciclo menstrual. Normalmente, estas alternativas se pueden considerar como normales para la hembra humana y entenderse que provienen de los efectos directos de fluctuaciones sutiles en las hormonas de los ovarios y en los neurotransmisores del sistema nervioso central. Sin embargo, para una pequeña proporción de mujeres, alrededor del 10% (p. ej., Clare, 1985; Woods, Most y Dery, 1982), estos cambios cíclicos se describen como graves, incapacitantes y con necesidad de tratamiento. Así, aunque parece que numerosas mujeres son capaces de informar de cambios evidentes, el número real de las que buscan ayuda terapéutica para aliviar sus síntomas es mucho más pequeño. Esta diferencia puede deberse al hecho de que las que buscan tratamiento sufren una mayor cantidad de sensaciones que el resto de la población de mujeres. O que las que buscan tratamiento constituyen una clase particular de mujeres que prestan más atención y dan unas interpretaciones más serias a los cambios cíclicos que en el caso de las demás mujeres (Renaer, 1983).

La primera descripción de Frank de la “tensión premenstrual” en 1931 fue recogida más tarde por Dalton (1964) como *síndrome premenstrual* (SPM) y, generalmente, se ha referido a un trastorno. Después, otros escritores (p. ej., Abraham, 1983; Gise, 1988) sugirieron la existencia de más de un síndrome premenstrual basándose en informes de diferentes grupos de síntomas de preocupación para las mujeres que buscan tratamiento. Aunque se puede recopilar una enorme lista de síntomas, si consideramos muchos estudios que utilizan cuestionarios de listas de sín-

¹ Royal Melbourne Institute of Technology (Australia).

tomas las quejas pueden agruparse fácilmente en cuatro categorías principales (Morse y Dennerstein, 1986, 1988):

1. Síntomas *físicos* (malestar, hinchazón, dolor en los pechos).
2. Trastorno *emocional* o emociones negativas (irritabilidad, ansiedad, depresión, hostilidad).
3. Fallos *cognitivos* (pérdida de concentración, perturbaciones de la memoria, incapacidad para solucionar problemas).
4. Cambios *psicológicos* (pérdida de autoestima, modificación del autoconcepto, baja autoeficacia, afrontamiento inadecuado).

Más recientemente, en un grupo de 98 mujeres que sufrían de SPM y buscaban tratamiento, Gotts, Morse y Dennerstein (1995) identificaron cinco categorías distintas de síntomas presentados espontáneamente. Éstas eran las disfunciones afectivas, conductuales y cognitivas (de origen psicológico), cefaleas y dolor en los pechos (síntomas relacionados con el dolor), y cambios en el apetito y coordinación motora alterada (síntomas no relacionados con el dolor), que eran más claramente de origen fisiológico. Gotts y colaboradores (1995) plantearon la cuestión de que cada mujer que busca tratamiento y que se queja de SPM puede fácilmente definir sus experiencias a través de una lista idiosincrásica de sólo tres o cuatro síntomas y, además, puede listar éstos por orden de gravedad e importancia para ella. El primer o segundo síntoma es constantemente una emoción negativa (ansiedad, depresión, irritabilidad o ira). Por el contrario, cuando se llevan a cabo evaluaciones estructuradas formales, las mujeres que sufren de un SPM pueden describirse mejor según dimensiones de gravedad, basándose en las categorías de sensaciones físicas, estados de ánimo negativos, fallos cognitivos y cambios psicológicos. Además, las mujeres que sufren de un SPM pueden distinguirse de las que no lo sufren con base en estas categorías, a lo largo de varias dimensiones, pero con especial frecuencia en los informes de baja autoestima, depresión acusada y estrés autoinformado (Hart y Russell, 1986; Morse, Dennerstein, Varnavides y Burrows, 1988).

II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Gran parte de las primeras investigaciones sobre el SPM se ha visto perjudicada por problemas tales como: definiciones poco claras que han incluido cualquier combinación de factores emocionales y físicos (p. ej., Sutherland y Stewart, 1965); el empleo únicamente de informes retrospectivos; muy pocos datos de un solo ciclo; fallos para asociar las quejas a una fase particular del ciclo; la división del ciclo en distintas fases, desde dos (Woods et al, 1982) hasta siete (Dalton, 1977); la inclusión de mujeres con y sin cambios cíclicos en los síntomas físicos o en el estado de ánimo.

Una serie de investigadores ha propuesto que la heterogeneidad del SPM no ha sido suficientemente comprendida (p. ej., Gise, 1988; Moos y Liederman, 1978); por lo tanto, es una necesidad apremiante que se establezcan unos conocimientos co-

munes para ayudar en la comparación de los enfoques y hallazgos de la investigación y en los resultados de las estrategias de tratamiento.

En 1987, el SPM se incluyó en el apéndice de la 3.^a edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III-R; APA, 1987) como un trastorno de categoría especial denominado Trastorno disfórico del final de la fase lútea (TDFL). Se propusieron cuatro grupos de criterios categoriales que incluían: A. historia de la regularidad del problema; B. síntomas identificables concretos; C. evaluaciones de la intensidad del grado de malestar o disfunción que se experimenta; y D. la confirmación de la asociación temporal de los síntomas con la menstruación por medio de evaluaciones prospectivas diarias.

La inclusión del SPM como un trastorno categorial en el *DSM-III-R* se encontró con bastantes críticas, especialmente de las investigadoras feministas y de grupos de mujeres, alarmados de que se otorgase un estatus psiquiátrico a lo que se consideraba como un trastorno de la reproducción. De hecho, ya había habido un acuerdo inicial sobre estos criterios en un taller internacional dedicado a la investigación sobre el SPM que tuvo lugar en Londres en 1976. Estos criterios guiaron la investigación en los años ochenta, de modo que se superaron muchas de las inadecuaciones anteriores en el diseño y la evaluación.

En la última edición del *DSM*, el *DSM-IV* (APA, 1994) el trastorno fue renombrado como Trastorno disfórico premenstrual (TDP) y se incluyó en el Apéndice B como un problema que necesitaba más investigación.

III. CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN PARA EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (TDP)

Los siguientes son los criterios planteados en el *DSM-IV* (APA, 1994) para el TDP:

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales del *pasado año*, cinco o más de los síntomas siguientes tienen que haberse presentado durante la mayor parte del tiempo de la *última semana* de la *fase lútea*, empezando a remitir pocos días después del *comienzo* de la *fase folicular* (con el inicio de la menstruación) y estando *ausentes* en la semana siguiente a la menstruación. Uno de esos síntomas debe ser uno de los cuatro primeros:
1. Notable estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza o ideas de autorreproche;
 2. Ansiedad, tensión marcadas, sensación de “estar al límite”;
 3. Acusada labilidad afectiva (por ejemplo, sentirse repentinamente triste, llorosa o un aumento de la sensibilidad al rechazo);
 4. Ira o irritabilidad persistentes y notorias o importante aumento de los conflictos interpersonales;
 5. Disminución del interés por las actividades cotidianas (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones, etc.);
 6. Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse;

7. Letargo, fatigabilidad fácil o notable falta de energía;
 8. Cambio significativo del apetito, comer en exceso, o antojos de alimentos específicos;
 9. Hipersomnia o insomnio;
 10. Sensación de estar abrumada o fuera de control;
 11. Otros síntomas físicos, como tensión mamaria, cefaleas, algias osteomusculares, sensación de hinchazón o aumento de peso.
- B. El trastorno interfiere notablemente con el trabajo, las actividades sociales o las relaciones con los demás.
- C. La alteración no es una mera exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno depresivo mayor, trastorno por pánico, trastorno distímico o trastorno de la personalidad (aunque puede superponerse a ellos).
- D. Los criterios A, B, y C deben confirmarse con autorregistros diarios prospectivos durante, al menos, dos ciclos sintomáticos consecutivos (puede hacerse el diagnóstico provisionalmente antes de esta confirmación).

Según estos criterios, las características principales y necesarias que caracterizan el trastorno son los estados de ánimo disfóricos, que pueden incluir depresión, irritabilidad, ansiedad y labilidad afectiva.

Los síntomas incluidos en el *DSM-IV* se refieren a cambios cognitivos (problemas de concentración, sentirse agobiada, pérdida de intereses agradables); cambios conductuales en el apetito y en el sueño; y una categoría resumen de los síntomas físicos que incluye la retención de agua (blandura e hinchazón de los pechos), experiencias de dolor (cefaleas, dolores musculares o de las articulaciones) y ganancia de peso, que podría estar relacionada con un aumento del apetito y de la ingesta de comida y/o con la retención de agua. Este breve lista supera la tendencia de épocas anteriores que atribuían casi cualquier molestia percibida al SPM (p. ej., Dalton, 1977, 1984). El aumento o disminución de las relaciones sexuales no se incluyen en la última edición de la clasificación nosológica. Esta exclusión tiene en cuenta sensatamente el hecho de que no todas las mujeres están implicadas en actividades sexuales en un momento determinado, de modo que el no llegar a informar de experiencias sexuales satisfactorias no se considera negativamente como un "problema". Además, la investigación sobre la conducta sexual durante los últimos veinte años (p. ej., Adams, Gold y Burt, 1978; Beach, 1976; Dennerstein *et al.*, 1994) ha revelado que muchas mujeres informan de una respuesta y un interés sexual menores durante la fase premenstrual comparada con la fase previa a la ovulación, de modo que la normalidad de este cambio debería excluirlo de su pertenencia al trastorno que nos ocupa.

IV. TEORÍAS ETIOLÓGICAS DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM)

Ha habido muchas teorías explicativas del SPM y cada una de ellas refleja los fundamentos teóricos de los investigadores. Las teorías biológicas aparecieron por primera vez en 1931 con la posición anecdótica de lo que Frank llamó tensión pre-

menstrual (TPM). Su informe sobre las quejas de las mujeres de «tensión indescriptible [...] intranquilidad [...] deseos de encontrar alivio por medio de acciones absurdas y poco meditadas», entre los siete y los diez días premenstruales, se asociaron con hipotéticas disfunciones de las hormonas ováricas. El tratamiento propuesto para este “problema de la mujer” era la extirpación o ablación quirúrgica de los ovarios hasta la llegada de los fármacos basados en hormonas naturales, que se sintetizaron como sustancias para ser ingeridas oralmente. La nueva medicación se empleó pronto con el SPM (Israel, 1938) y ha prevalecido desde entonces, tanto en formatos “naturales” (es decir, de origen animal) como sintéticos, a pesar de la falta de un apoyo empírico fuerte con respecto a su eficacia en estudios posteriores bien diseñados. El cambio de nombre, realizado por Dalton (1964), abandonando el TPM para denominarse síndrome premenstrual (SPM), incluía tanto el reconocimiento de los síntomas físicos como de los psicológicos, que aparecían y desaparecían en relación temporal con las fases premenstrual y folicular del ciclo. Desde final de los años cincuenta, Dalton (1964, 1977, 1984) ha propuesto la teoría de la insuficiencia de la progesterona y la dominancia de los estrógenos durante el final de la fase lútea. Esta autora ha respaldado este punto de vista alegando una tasa de éxito impresionante cuando se utilizan supositorios de progesterona natural a altas dosis. Otros investigadores no han sido capaces de replicar estas afirmaciones cuando el fármaco se ha administrado vía oral, vaginal, rectal o intramuscular en ensayos de doble ciego con grupos control y placebo (véase Morse, 1991, para una amplia revisión).

Algunos investigadores han propuesto que los cambios en los niveles de betaendorfina en el sistema nervioso central son los responsables de los cambios disfóricos (p. ej., Facchinetti *et al.*, 1987; Halbreich y Endicott, 1981; Reid y Yen, 1983), que se caracterizan fundamentalmente por un estado de ánimo deprimido. Asimismo, el aumento de los niveles de endorfinas ha tenido como resultado agitación, ansiedad, apartamiento y letargia (Strickler, 1987). Ambas clases de quejas premenstruales se han asociado con las perturbaciones de las endorfinas, aunque todavía faltan demostraciones consistentes. Se ha considerado a la prolactina como un factor causal del SPM debido a su efecto supresor de la progesterona (McNatty, Sawyers y McMeilly, 1974). Sin embargo, la prolactina es secretada fácilmente en respuesta al estrés, de modo que la dirección de la causación no está clara.

Los síntomas de ganancia de peso, retención de líquidos y labilidad del estado de ánimo se han atribuido a las perturbaciones de la aldosterona o del complejo renina-angiotensina-aldosterona (Janowsky, Berens y Davis, 1973). Otros investigadores (p. ej., Tonks, 1975) han propuesto que el aumento de los niveles de aldosterona en la orina encontrado en las mujeres que padecen SPM debería considerarse como un efecto secundario de la ansiedad y la tensión, mientras que Munday, Brush y Taylor (1981) han confirmado fluctuaciones cíclicas de la aldosterona, pero no encontraron diferencias significativas en sus niveles, durante un estudio que utilizó grupos control.

Debido a la predominancia de las perturbaciones psicológicas y de los problemas del estado de ánimo de que constan muchas de las características más distintivas del síndrome, es lógico considerar una explicación fenomenológica multifactorial (Dennerstein y Burrows, 1979; Morse y Dennerstein, 1986). Este enfoque concuerda con la teoría cognitiva aplicada que está en la base de muchos de los problemas de salud comunes e intratables que la gente presenta ante los profesio-

nales de la salud (véanse Ellis y Bernard, 1985; Kendall y Hollon, 1979; Lazarus y Folkman, 1984). Este punto de vista concede un importante papel desencadenante a la construcción cognitiva, por parte del individuo, de su ambiente social, que presenta exigencias y retos estresantes ante los que se siente psicológicamente incapaz de responder eficazmente con las habilidades de afrontamiento conductuales y emocionales apropiadas y necesarias. De este modo, los cambios premenstruales habituales en el bienestar físico y emocional que experimentan la mayoría de las mujeres están exacerbados y se perciben como más problemáticos que el promedio en el caso de mujeres con SPM, sobrepasando las capacidades que podrían utilizar en otros momentos del ciclo. Con el tiempo, aprenden a asociar la fase premenstrual con la presencia de dificultades, molestias e incompetencia, respondiendo con desánimo (véase Blechman, 1984). Para romper este ciclo de pérdida de control y de sensaciones y sentimientos negativos, se requiere que las mujeres aprendan el papel de las cogniciones en el bienestar y en la enfermedad. Además, tienen que desaprender los viejos hábitos de percepciones y pensamientos negativos y de los anteriores patrones conductuales que van en contra de sus propios intereses en la vida cotidiana.

V. TERAPIA COGNITIVA PARA EL SÍNDROME PREMENSTRUAL

V.1. *Consideraciones generales*

Las características esenciales de una intervención terapéutica consisten en identificar objetivos relevantes de cambio, operacionalizarlos, medir su magnitud (intensidad, frecuencia, duración) y establecer los parámetros relativos al tiempo y a los procedimientos. Las quejas que presentan las que sufren un SPM incluyen constantemente la perturbación de uno o más estados de ánimo, que normalmente se centran en la irritabilidad-hostilidad y en la tristeza-depresión. Es raro que una mujer busque ayuda debido a los síntomas y sentimientos de ansiedad, sin referencia a otros estados de ánimo negativos, aunque normalmente se manifestarán evidencias de una ansiedad concurrente. Estos estados de ánimo aparecen y desaparecen en relación con las fluctuaciones de las fases del ciclo menstrual y generalmente informan de ellos como los más acusados durante los días premenstruales. Se propone que la irritabilidad y/o la depresión desencadenan la búsqueda de ayuda debido a los efectos negativos percibidos o reales de estos estados de ánimo sobre relaciones interpersonales importantes, como pueden ser la pareja, los hijos o los/as compañeros/as de trabajo. El deterioro real o temido de estas relaciones y sus resultados lógicos (ruptura o problemas maritales, problemas del comportamiento infantil y relaciones pobres madre-hijo/s, críticas en el trabajo, carencia de perspectivas de ascenso o pérdida del empleo) proporcionan los factores motivantes que más tarde o más temprano llevan a estas mujeres a visitar a profesionales de la salud para recibir tratamiento.

Frecuentemente se informa también de cambios físicos, especialmente pechos hinchados y dolorosos, dolores en las articulaciones y en los músculos, y cambios

de la agudeza sensorial. Estos síntomas, junto con los cambios conductuales de patrones de sueño interrumpidos y un aumento del apetito, caracterizado por típicos "atracones" de alimentos con carbohidratos (chocolate y alimentos dulces), constituyen las quejas expresadas con más frecuencia. Muchos de estos cambios informados como problemas reflejan, de hecho, los efectos habituales y directos de las hormonas ováricas que aumentan y disminuyen su intensidad y configuración a lo largo del ciclo menstrual normal en todas las mujeres en edad de reproducción. Estos cambios relacionados con las hormonas incluyen la vigilia nocturna, la somnolencia y la letargia durante el día, disminución del interés y del impulso sexual, un aumento del apetito y ganancia de peso, y un incremento del transporte de agua a los tejidos blandos como los pechos y el abdomen (Adams *et al.*, 1978; Kopera, 1980; Munday *et al.*, 1981). De este modo, las mujeres con un SPM que buscan tratamiento informan, paradójicamente, que estos cambios aparentemente normales tienen una intensidad anormal.

Varios investigadores han considerado al estrés como el factor provocador de los síntomas (Everly, 1989; Kopera, 1980) y muchas mujeres que padecen un SPM informan de considerables acontecimientos adversos de la vida que se dan concurrentemente. Otras personas no cuentan experiencias negativas importantes, pero manifiestan un afrontamiento inadecuado e ineficaz ante las múltiples, pero cotidianas, exigencias que todo el mundo experimenta. Los temas comunes que impregnan estos informes proporcionan evidencias de reacciones de ansiedad ante las frecuentes situaciones de amenaza percibida, dando como resultado una baja autoestima y una falta de seguridad en las conductas asertivas eficaces. Las mujeres que padecen un SPM cuentan de vacilaciones entre la sumisión y la agresión, dependiendo de si se consideran a sí mismas superiores o inferiores, hacia las otras personas de su entorno. La respuesta cargada de ansiedad ante el estrés que ilustra el afrontamiento inadecuado puede explicar los informes de una serie de fallos cognitivos (Broadbent, Cooper, Fitzgerald y Parkes, 1982). Éstos se caracterizan por indecisión en la formación de opiniones, toma de decisiones impulsivas y a corto plazo en vez de solución de problemas con reflexión, olvidos y torpezas o aumento de pequeños accidentes, y un aumento de la frecuencia de la distracción y la baja concentración.

En las mujeres que padecen un SPM, se debería considerar al pensamiento y a la percepción ansiosos como objetivos centrales para el cambio. La ansiedad consta de *distorsiones cognitivas*, en la forma de pensamientos, creencias y atribuciones erróneos, y *deficiencias cognitivas*, que parecen formas inmaduras de pensamientos imprecisos que provienen de determinadas experiencias de socialización (Ingram y Kendall, 1987). Debido a las múltiples dimensiones de la ansiedad (Barrios y Shigctomi, 1979; Beck, Emery y Greenberg, 1985; Ingram y Kendall, 1987), se aconseja una cuidadosa selección de los sujetos para asegurarse que las intervenciones de entrenamiento en habilidades de afrontamiento emocional se aplican en individuos con una elevada ansiedad similar, que no padecen graves deficiencias en la respuesta conductual. Es importante también darse cuenta de que en niveles elevados de ansiedad en respuesta a las atribuciones de amenaza, la experiencia subjetiva del estado de ánimo se convierte en depresión tamizada por una sensación de pérdida percibida y por verse abrumado (véase Ambrose y Rholes, 1993). Así, la intervención de la

terapia cognitiva tiene que abordar temas de pérdida y depresión y tratar la ansiedad, con o sin necesidad de abordar las expresiones de ira y hostilidad.

v.2. *Confirmación del perfil de síndrome premenstrual*

Las experiencias y los informes sobre los síntomas deberían registrarse de modo prospectivo, al menos durante un ciclo completo y preferiblemente durante dos, antes de empezar con el tratamiento. Además del empleo de listas de síntomas, como el «Cuestionario de molestias menstruales, de Moos» (*Moos Menstrual Distress Questionnaire*), se deberían evaluar también los estados de ánimo disfuncionales utilizando inventarios estándares de depresión, ansiedad e ira/hostilidad. En la fase de evaluación, se deberían incluir los niveles de autoestima y estrés autoinformados; dicha evaluación se debería llevar a cabo en las fases premenstrual y posmenstrual con propósitos de comparación. Cuando se trabaja con una mujer que ha sufrido una histerectomía, puede ser necesario llevar a cabo medidas repetidas cada semana hasta que surja el patrón típico de aparece-desaparece. Se debería instruir también a las mujeres para que hicieran registros de sentimientos molestos cuando ocurren relacionados con acontecimientos identificables y, especialmente, escribir el pensamiento automático que surge al mismo tiempo. Con poca instrucción y práctica, la mayoría de las mujeres es capaz de hacer esta tarea muy eficazmente. En ocasiones, una mujer informa ser incapaz de identificar las emociones que la molestan o que los pensamientos parecen esquivarla constantemente. En estos casos, es instructivo centrarse entonces en las conductas problemáticas, tanto en los elementos físicos como en los verbales. Si la identificación de los aspectos cognitivos inherentes a las experiencias de los acontecimientos siguen siendo resistentes a la exploración, entonces el principal centro de atención podría ser el comportamiento. Un aspecto importante es conseguir que la mujer confíe en que la ayuda y el posible alivio de sus síntomas se encuentran disponibles con facilidad, de modo que trabaje en sus experiencias con una mínima defensividad ansiosa.

Se ha ofertado un programa completo en doce (Morse, Bernard y Dennerstein, 1989) o diez (Morse, Dennerstein, Farrell y Varnavides, 1991) sesiones una vez a la semana. En todos los casos se ha producido un cambio sustancial y un alivio de los síntomas, aunque sólo el programa de 12 sesiones se ha evaluado después de un seguimiento a largo plazo de doce meses, encontrándose que produjo efectos duraderos significativos. El programa de ocho sesiones se considera demasiado corto para la mayoría de las mujeres y se utilizó básicamente como un protocolo de investigación cuyo principal centro de atención no era el resultado del tratamiento. Gran parte de las primeras cuatro sesiones adoptan un enfoque educativo con información sobre los efectos naturales de las fluctuaciones hormonales del ciclo menstrual, la naturaleza y el papel de las cogniciones en las transacciones persona-ambiente, los componentes cognitivos de las emociones y los sentimientos perturbados, y los excesos y déficit conductuales en las conductas poco asertivas. Las sesiones semanales se prolongan con la lectura de ciertos libros como *A new guide to rational living* de Ellis y Harper (1975). En la sesión posterior se repa-

san los resúmenes de las lecturas, de modo que se aclaren aspectos poco claros y se refuercen nuevas ideas. Se identifican objetivos para el control emocional y conductual y se designan ejercicios para la práctica entre sesiones. De esta forma, el terapeuta y el paciente trabajan en una colaboración conjunta para ayudar en el aprendizaje de nuevos modos de tratar con las sensaciones y experiencias de la vida cotidiana y el desaprendizaje de reacciones y actitudes disfuncionales establecidas hace tiempo.

V.3. *Procedimientos de reestructuración cognitivo-emocional*

La identificación de emociones y creencias disfuncionales

Se debería acceder al funcionamiento cognitivo de las mujeres que padecen un SPM a los niveles de pensamientos automáticos (Beck *et al.*, 1979) y actitudes disfuncionales (Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986). Los *pensamientos automáticos* (PAs) se refieren a las cogniciones superficiales, que aparecen en el flujo de la conciencia, es decir, al pensamiento consciente que es directamente accesible y que constituye un hábito para el individuo. Con frecuencia, el pensamiento parece ocurrir “automáticamente”, es decir, “sin pensar” o fuera de la conciencia, de modo que el individuo necesitará ayuda para darse cuenta de dicho pensamiento, a través de registros escritos, cuando el pensamiento ocurre relacionado con estados de ánimos perturbados. La mayoría de las mujeres cree frecuentemente que algún acontecimiento ha desencadenado sus sentimientos de molestia, bien uno externo, proveniente del mundo de las interacciones sociales, o bien uno interno, procedente de las sensaciones de enfermedad o malestar (p. ej., cambios físicos premenstruales). Se debe explicar el papel transaccional de interrelación que juega el pensamiento en esas conexiones acontecimiento-estado de ánimo, siendo muy sencillo tanto plantear el modelo A-B-C de Ellis (1962,1979) como su aplicación, donde A = Acontecimiento activante, B = Creencias (*Beliefs*) y C= Consecuencias de las reacciones emocionales (sentimientos) y conductuales. Los PAs se componen de recuerdos pasados, percepciones presentes y afectos relacionados que componen una imagen del yo actual (Safran *et al.*, 1986). La ruta hacia el cambio consiste en identificar y separar los pensamientos facilitadores útiles, basados en hechos, de las atribuciones y conceptos irracionales, desmotivadores, desorganizadores, que desencadenan y mantienen los estados de ánimo negativos y los sentimientos de malestar.

Las *actitudes disfuncionales* (ADs) se refieren a principios de un nivel superior (es decir, más profundo, preconsciente) que subyacen a los PAs y funcionan guiando las autoevaluaciones generales. Éstas son menos accesibles y en estados muy disfuncionales son normalmente desadaptativas y pueden inferirse principalmente a partir de la actividad cognitiva superficial (PAs) informada y de las conductas observadas. Esas ADs incluyen la baja autoestima y un autoconcepto inadecuado, junto con una sensación insegura de la eficacia. Se ha señalado que las ADs y los PAs son idiosincrásicos, pero consistentes en los diferentes acontecimientos y situaciones. Ellis (1962, 1979) se ha referido a diez ideas irracionales “centrales”, de las que «la “necesidad” de amor y aprobación por parte de los demás» y «las exigencias

perfeccionistas de seguridad en los resultados», son encontradas de forma regular en muchas personas que presentan estados de ánimo perturbados.

Aunque Ellis ha mantenido que la mayoría de la gente desea y busca amen, aprobación por parte de otras personas y logros personales, es la “necesidad” imperativa autoimpuesta e internalizada de estos objetivos lo que, según Ellis, crea el problema en muchas personas, puesto que constantemente utilizan la consecución de la aprobación de los demás o sus logros con éxito para sostener y apoyar su propio sentido, frágil e inseguro, de valía de sí mismo. Es probable que estas cogniciones autorreferentes formen creencias centrales, que normalmente son bastante resistentes al cambio y que pueden desarrollar una coraza psicológica “protectora” para salvaguardar el frágil sentido del yo. La consecución del cambio en estos elementos centrales profundos lo considera Ellis (1979) como un resultado racional emotivo “elegante” o preferencial, mientras que lograr el cambio de las creencias periféricas o no referidas a uno mismo se considera como un resultado “poco elegante” o no preferencial. Este último puede suponer un cambio principalmente en las conductas, sin una convicción profunda de las actitudes y formas de construir el mundo, lo que es menos probable que produzca una solución del malestar permanente o a largo plazo.

V.3.1. Reestructuración cognitivo-conductual de la ansiedad

La ansiedad se considera el problema central en las mujeres que padecen un SPM, subyaciendo en los informes cualitativos de éstas (véanse Dalton, 1964; Frank, 1931; Horney, 1967) y en muchas de sus sensaciones físicas y construcciones cognitivas. Richardson (1992) ha interpretado los informes premenstruales como indicadores del estado de ansiedad, que ha sido definido por Spielberger (1966) como sentimientos subjetivos de tensión y aprensión acompañados por reacciones autónomas. Esta definición concuerda con las definiciones propuestas por otros autores sobre la ansiedad, a la que señalan que consta de los componentes de preocupación y sobreactivación emocional y fisiológica (May, 1976; Morris y Liebert, 1970; Rogers y Craighead, 1977); en ella los componentes de preocupación provienen de centrar la atención en las autoverbalizaciones (“habla con uno mismo”) que tienen como contenido temas relevantes para el yo en forma negativa y de menosprecio (Beck, 1976; Beck *et al.*, 1985; Ellis, 1962). La investigación psicofísica sobre la activación y la reacción ante el estrés en el SPM —en mujeres que lo padecen y en mujeres que no lo padecen— (p. ej., Asso y Braier, 1982; Collins, Eneroth y Landgren, 1985; Palmero y Cholí, 1991) ha mostrado diferencias en la tasa cardíaca, en la respiración y en la conductancia de la piel entre los dos grupos, de modo que las técnicas para disminuir la reactividad autónoma juegan un inestimable papel en su control. Schwartz y Gottman (1976) han observado también que el habla con uno mismo disfuncional o las atribuciones y pensamientos irracionales interactúan con las conductas poco asertivas. En el estudio de Swartz y Gottman, las conductas no asertivas estaban asociadas a un aumento de la percepción irracional y de las interpretaciones negativas, especialmente sobre uno mismo.

El primer paso en el control de la interpretación y de los pensamientos ansiosos consiste en enseñar estrategias para disminuir la sobreactivación ansiosa. Si los

niveles de ansiedad son muy elevados, es poco probable que el individuo sea capaz de realizar el cuestionamiento racional y la reestructuración de sus cogniciones. El conseguir el control de la activación emocional puede lograrse por medio de la relajación corporal completa (Benson, 1975) o controlando la respiración, para los intentos de conseguir la disminución física de la ansiedad somática en el lugar donde se están realizando actividades. Entonces pueden aplicarse las técnicas cognitivas bajo la forma de cuestionamiento de la interpretación “tremendista” y “catastrofista” de los acontecimientos y sentimientos que caracterizan la experiencia de preocupación ansiosa (Ellis, 1962, 1979). El terapeuta puede utilizar sondeos cognitivos para guiar la exploración y el aprendizaje, por parte del sujeto, de sus autoverbalizaciones negativas, tales como «¿por qué es eso tan malo?», «en términos reales, ¿es eso realmente tan terrible?», «¿qué otra cosa estás pensando ahora o diciéndote sobre X?». El empleo de frases incompletas constituye también una estrategia útil (p. ej., «si sucede y entonces...», «y eso significa que...», «lo que quiere decir que...»). Estos procedimientos ayudan a descubrir los niveles más profundos de los significados personales, que normalmente se centran alrededor de cuestiones sobre la percepción de una baja autovalía por la pérdida de la aprobación de otra persona, o la pérdida de su propia aprobación debido a una actuación percibida como pobre o incompetente. Entonces, se debería introducir una reevaluación o un reencuadre de acontecimientos y cogniciones en la forma de reconstrucción de conductas y acontecimientos pasados en una forma más racional y realista, con el fin de llevarlo a cabo en el futuro. Los acontecimientos futuros anticipados pueden ensayarse en las representaciones de papeles y por medio del modelado, por parte del terapeuta, del afrontamiento eficaz a través de la solución de problemas y el control emocional.

V.3.2. La reestructuración cognitivo-conductual de la depresión

Dos temas principales que tienen una influencia especial en el desarrollo del estado de ánimo deprimido parecen surgir de fuentes sociotrópicas y de autonomía en el intento de apoyar la propia valía (Beck, 1983). Las cogniciones sociotrópicas se centran alrededor de la búsqueda de amor y aprobación de los demás, y los temas de autonomía se centran en sentirse bien consigo mismo a través de las actuaciones personales y los logros excepcionales. La depresión se desarrolla cuando se percibe que estas fuentes en las que se apoya la valía de uno mismo se han retirado o se han perdido y las habilidades de afrontamiento del individuo son insuficientes para superar el abismo creado por la sensación de pérdida. Los sentimientos dominantes son de una tristeza profunda, de fatiga física y desmotivación y un estado de ánimo de profundo pesimismo. Beck (1976) se ha referido a la tríada cognitiva de la depresión que comprende la pérdida de uno mismo, del mundo y del futuro. Este conjunto cognitivo constituye una reacción ante acontecimientos que ya han sucedido, o que no han sucedido cuando se esperaba que sucedieran, teniendo también cualidades predictoras, como la identificación de profecías que se cumplen a sí mismas, normalmente negativas, que sirven para mantener en el individuo una sensación de indefensión o de estar atrapado. La perspectiva racional emotiva de las cogniciones depresivas identifica las percepciones de la persona que

se refieren a que *a.* los acontecimientos frustrantes, el rechazo o el tratamiento injusto son catastróficos, *b.* ella está desesperadamente indefensa para cambiar nada, y *c.* el grado de indefensión es insoportablemente doloroso (Ellis y Harper, 1975). Seligman y colaboradores (Seligman, 1975; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) desarrollaron la idea de la indefensión aprendida para explicar los aspectos desmotivantes que acompañan al estado de ánimo deprimido, basándose en las creencias enraizadas de que ninguna conducta cambiará nada, debido a la disociación aprendida entre las acciones y los resultados deseados. Además, Seligman (1991) ha propuesto que el pesimismo profundo funciona como un rasgo predictor en individuos predispuestos a la depresión que siguen experimentando repetidos episodios de estado de ánimo deprimido cuando las circunstancias de la vida presentan dificultades que los abrumen.

Investigaciones recientes de Clark, Beck y Stewart (1990) han prestado atención a los elementos tipo rasgo del afecto positivo y negativo que sirven para distinguir entre estados de ánimo deprimidos y ansiosos. Basándose en el modelo bidimensional del afecto descrito por Watson y Tellegen (1985), la afectividad negativa se define por sentimientos de malestar, temor, hostilidad y nerviosismo, y la positiva por sentimientos de entusiasmo, actividad, sociabilidad y agitación. Clark *et al.* (1990) propusieron que la depresión se caracteriza por un elevado afecto negativo y un bajo afecto positivo, al contrario de la ansiedad que consta de un elevado afecto negativo y un fuerte componente de temor con un afecto positivo irrelevante. De acuerdo con esto, la identificación de estas distintas combinaciones de cogniciones disfuncionales es una tarea importante en la terapia, ya que aquellos sujetos que presentan cogniciones y estados de ánimo ansiosos/deprimidos mezclados parecen presentar un grupo más perturbado que aquellos con depresión o ansiedad "puras". Además, la investigación anterior en sujetos con estados de ánimo disfuncionales mezclados ha revelado peores resultados del tratamiento y una cronicidad más pronunciada (p. ej., Rush, Weissenburger y Eaves, 1986; Simons, Murphy, Levine y Wetzell, 1986; Van Valkenburg, Akiskal, Puzantian y Rosenthal, 1984).

Al trabajar con mujeres que padecen un SPM y que experimentan un estado de ánimo deprimido que fluctúa según un patrón de presente/ausente siguiendo el ciclo mensual, se aconsejan estrategias similares a aquellas utilizadas en la evaluación de cogniciones de ansiedad, con especial atención a los temas de pérdida y fracaso.

Siguiendo las recomendaciones de Safran y colaboradores (1986), al explorar las dimensiones horizontales y verticales de los pensamientos automáticos (PAs) y de las actitudes disfuncionales (ADs), la aplicación del modelo A-B-C (Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Whiteley, 1979) comienza en el nivel horizontal, que en un principio ignora los significados centrales de las cogniciones para la persona. Cuando se han establecido claramente las asociaciones de pensamientos y sentimientos con los acontecimientos informados, entonces se anima al sujeto a que profundice en vertical para descubrir las conexiones entre los PAs de la superficie y las ADs más profundas, las cogniciones referidas a uno mismo. Estas cogniciones relacionadas con la propia valía, el autoconcepto y la autoestima se consideran los elementos esenciales; es el impacto de los acontecimientos diarios sobre el frágil yo, a través del pensamiento distorsionado u opresivo, lo que debería identificarse por medio de sondeos cognitivos del tipo «¿por que fue eso tan terrible para ti?», «entonces,

¿qué significa eso para ti?». De esta forma, el terapeuta puede descubrir los temas centrales a partir de los periféricos, que muy probablemente serán de una importancia secundaria como objetivos de cambio.

Este autorregistro debería seguir hasta el final de la terapia, empezando con el simple formato A-B-C y pasando gradualmente a utilizar registros más complejos que proporcionen espacio para la columna de la D (Disputa y cuestionamiento). Posteriormente, el centro de atención principal se traslada a un reencuadre y una solución de problemas racional, en donde se presentan y se enseñan conductas y verbalizaciones de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema.

Por medio de la técnica del reencuadre, los sujetos aprenden a utilizar la reconstrucción en la imaginación, donde se reduce la elevada intensidad de los sentimientos negativos (que, según se hipotetiza, se mantiene por un pensamiento irracional muy negativo) hasta un pensamiento racional menos intenso que se considera apropiado para el acontecimiento. De este modo, los sujetos aprenden que es razonable y aceptable sentirse frustrado cuando no se satisfacen las expectativas de uno o cuando alguien nos trata injustamente. Alternativamente, el mantener un fuerte pensamiento negativo que ataca al yo, en vez de identificar más correctamente las realidades de la situación y determinar lo que se puede hacer para rectificar al menos parte del problema, sólo sirve para disminuir la propia autoestima por medio del autosabotaje, para desmotivar la actuación, para promover el pesimismo y la indefensión y para mantener fuertes sentimientos de depresión.

Las habilidades conductuales de los sujetos son también objetivos para el cambio. Las mujeres que informan de una depresión importante que se da alrededor de la menstruación, describen frecuentemente conductas de ataques de llanto o de sollozos, apartamiento de la familia y de los amigos y acusada fatiga. Muchas de estas experiencias pueden dar como resultado conductas de evitación entre las que se incluirían el absentismo del trabajo, quedarse en la cama, rechazar compromisos sociales o dejar de acudir a las citas sin avisar previamente. Los individuos encuentran luego que las tareas y responsabilidades se han acumulado, lo que se añade al estrés que sienten y su valoración social puede haber sufrido negativamente debido a estas conductas de evitación.

Es útil explicar a las mujeres que aunque estas conductas parecen tener una utilidad a corto plazo, es probable que sean desadaptativas a largo plazo (Morse *et al.*, 1991). Dichas conductas de evitación no sólo pueden dañar su reputación como empleadas, amigas, madres o pareja fiables, sino que también fomentan el mantenimiento del “papel de enfermo”, así como la imagen de la función del ciclo menstrual como una experiencia perjudicial.

Para superar los déficit conductuales asociados a la depresión, Beck y sus colaboradores (1979) propusieron utilizar una agenda de actividades para ocasiones que se prevén difíciles, algo que puede ser fácilmente aplicado al SPM (p. ej., la fase alrededor de la menstruación). Los principales objetivos son superar la pasividad y las ruminaciones sobre lo cansados y abrumadores que son los compromisos y las tareas. La programación de actividades implica la identificación de los requisitos conductuales básicos, la planificación para llevar a cabo estos elementos básicos en términos de control del tiempo y de la eficacia energética, y luego poner en práctica el plan desarrollado. Un segundo enfoque conductual consiste en llevar a cabo activi-

dades agradables programadas, identificando los acontecimientos de los que se disfrutaba anteriormente e intentando hacerlo también con otros nuevos.

El dirigir el centro de la atención hacia estrategias y técnicas para obtener placer ayuda a conseguir alivio y respiro de los sentimientos depresivos y de las sensaciones físicas que los acompañan. Algo importante es que la sensación profunda de inercia y dificultad percibida para tener éxito en las relaciones, se pone en duda y se resiste por medio de la experiencia de alternativas positivas.

Los objetivos generales de la reestructuración cognitiva consisten en volver a visitar y volver a encuadrar las exigencias cotidianas difíciles y rigurosas a través de un enfoque de solución de problemas que funcionará en contra de la indefensión aprendida y de las predicciones pesimistas. Esto se logra por la aplicación de la comprobación de hipótesis y la identificación persistente de suposiciones idiosincrásicas subyacentes.

V.3.3. La reestructuración cognitivo-conductual de la ira

La irritabilidad, la hostilidad y la ira son las preocupaciones emocionales más frecuentemente informadas por las mujeres que sufren un SPM y que buscan tratamiento. Estos estados de ánimo son, aparentemente, los más necesitados de ayuda, ya que su impacto lo sienten otras personas importantes del entorno de la mujer. Aunque estos efectos sociales ayudan también a la depresión grave, las expresiones de ira no son sólo las más dramáticas y alarmantes, sino que también es más probable que provoquen respuestas de ira en la pareja y/o en los hijos. Es claramente imaginable que la ira asociada al SPM juegue un importante papel en la violencia doméstica, incluyendo abuso de los hijos, y se han contado algunos famosos casos de homicidios asociados al SPM. Desafortunadamente, la notoriedad alcanzada por estos asesinatos ha ocultado muchas de las cuestiones reales de estos casos y frecuentemente se cree, de forma incorrecta, que un alegato de SPM ha eximido a la acusada, cuando, de hecho, la ira y la provocación premenstruales se han aceptado sólo a la hora de sentenciar y no en la determinación de culpable o inocente.

La perspectiva racional emotiva de Ellis (1979) plantea que este estado de ánimo se encuentra asociado a creencias irracionales sobre actos de omisión o comisión de los demás, a los que se percibe frustrando, bloqueando o cuestionando los propios valores, patrones y reglas. El acto se considera como una seria oposición, se etiqueta negativamente y se culpa y se castiga al que lo lleva a cabo, considerándolo un individuo malo o perverso que merece ser castigado.

La expresión de ira se acompaña frecuentemente por ataques verbales y/o físicos (tortazos, golpes, puñetazos, bofetadas), que pueden incluir también el uso de un arma o instrumento. Acorde con esto, es posible que la respuesta del que recibe el ataque, que puede ser más poderoso en fuerza o estatus, conduzca a una escalada de violencia, peleas o enemistades y la mujer puede sufrir más daños que simplemente insultos o desprecios. Incluso cuando las peleas físicas no siguen a los intercambios verbales virulentos, es muy habitual que se suelen conservar sentimientos secundarios de culpa y vergüenza cuando desaparece el intercambio y prevalecerán preocupaciones importantes de un daño grave o permanente a la relación. De este modo, las mujeres con ex-

perencias de ira asociadas al SPM son las que más probablemente buscarán ayuda cuando han aceptado la culpa por las desavenencias en sus relaciones importantes y en su familia.

Novaco (1979) contempla la ira como una reacción emocional de estrés ante la percepción de acontecimientos psicosociales aversivos que es mediada por la evaluación de los acontecimientos como opuestos a las reglas y a las expectativas del rol. La activación de la ira es un antecedente suficiente, aunque no necesario, de la agresión y el grado de provocación experimentada está siempre determinado por el tipo de evaluaciones idiosincrásicas de los estímulos específicos a la situación. Las cogniciones de ira reflejan ansiedad del yo o amenaza al yo, cogniciones que, según Feshbach (1964), se producen evolutivamente desde las primeras edades y se asocian a rumiaciones específicas y al modelado en situaciones de aprendizaje social (Bandura, 1977). Las amenazas percibidas al estatus, al control o a la autoridad pueden surgir de numerosas fuentes de interacción con la pareja y con los hijos. Elementos de ansiedad por la incomodidad (Ellis, 1980) se entremezclan con la ansiedad del yo y se experimentan como baja tolerancia a la frustración por la incapacidad para aceptar que las cosas no marchan como uno desea o exige. Así, aunque el bloqueo de las conductas dirigidas hacia un fin puede producir ansiedad, Bandura (1973) propone que es el impacto de los "insultos" reales o supuestos al propio sentido de valía y justicia lo que es el determinante más poderoso.

La experiencia de la ira se compone de un fuerte factor fisiológico, caracterizado por la activación rápida de la reactividad cardiovascular que influye en, y mantiene, los elementos cognitivos del estado de ánimo. Los hallazgos de la investigación psicofísica sugieren que las mujeres con un SPM tienen un sistema nervioso autónomo que reacciona en un mayor grado que las mujeres sin un SPM (Asso, 1978; Collins *et al.*, 1985; Palmero y Choliz, 1991), de modo que es bastante comprensible que la irritabilidad, la hostilidad y la ira se presenten como los objetivos principales para el cambio.

Novaco (1979) propone un enfoque de inoculación de estrés (IE), a partir del modelo de Meichenbaum (1977), para tratar con los sentimientos de ira expresados y reprimidos, utilizando especialmente el entrenamiento en autoinstrucciones (EA) (Meichenbaum, 1975).

La *inoculación de estrés* consta de tres componentes: preparación cognitiva, adquisición de habilidades y aplicaciones en vivo en los niveles de prevención, regulación y realización. La IE no es un intento de enseñar la supresión de la ira, sino maximizar los aspectos positivos cognitivos y conductuales eficaces y minimizar la sobreactivación desadaptativa que da como resultado los ataques agresivos verbales y/o físicos.

La fase de preparación incluye la educación o información sobre la activación de la ira y sus determinantes y antecedentes; el entrenamiento en la identificación de estímulos desencadenantes específicos en los acontecimientos personales y sociales; y el aprendizaje de estrategias de control de la ira como habilidades de afrontamiento. La adquisición de habilidades utiliza el ensayo *in vitro*, la representación de papeles y el modelado, y la práctica en vivo de maneras reformuladas de tratar con las provocaciones y las frustraciones. Se enseña a los sujetos a evitar la personalización de los acontecimientos como insultos o frustraciones deliberadas. Por el contrario, se les anima a que intenten estar tranquilos y utilicen el humor

como un antídoto, por medio de la distracción y la desviación de la atención. La baja tolerancia a la frustración (BTF) puede cambiarse a alta tolerancia a la frustración (ATF) por medio del cuestionamiento constante de las creencias de que *debería* existir un mundo justo y las exigencias de que la gente *debería* comportarse siempre de modos que sean totalmente aceptables. Piste enfoque aborda la autoimpuesta “tiranía de los debería”, planteada por Horney (1967), y en la que Ellis (196, 1979) ha basado gran parte de su cuestionamiento racional de los sistemas de creencias inapropiados. Se enseñan autoinstrucciones verbales para que se empleen en respuesta ante los sentimientos de ira o ante la activación como *señales* para cambiar a las técnicas de inoculación de estrés. La demora de los impulsos se ayuda por el reencuadre cognitivo y la reinterpretación de los acontecimientos, y las conductas de los demás se redefinen como equivocaciones, intenciones mal dirigidas o insultos que provienen de los problemas personales de las otras personas, en vez de ser una prueba de los propios defectos. El aprender a responder a la provocación eficazmente, sin respuestas de mucha ira, requiere habilidades eficaces de comunicación verbal que pueden también tener que ser aprendidas o, al menos, refrescadas por medio del ensayo de conducta. Básicamente se enseña a los sujetos a responder a los retos y a los ataques como si fueran problemas que necesitan resolverse, en vez de plantearse como una amenaza ante la que la única respuesta es el contraataque defensivo.

Las aplicaciones del entrenamiento pueden incluir la construcción de una jerarquía anticipada de situaciones de ira extraídas de la reciente historia pasada. El empleo de la “imaginación guiada” en las representaciones de papeles es altamente beneficioso para el entrenamiento de la reducción de la activación física. El proporcionar tareas para casa graduadas que se apliquen al mundo real de la mujer ayudará al reentrenamiento de la persona “predispuesta a la ira” para tratar con más eficacia su vida en general, no sólo cuando está en la fase premenstrual. Lo mismo que sucede con la ansiedad, si las sensaciones físicas de la ira son importantes, entonces se requerirán, en primer lugar, estrategias conductuales para disminuir la activación, antes de que la reestructuración cognitiva pueda ser llevada a cabo de forma eficaz.

V.3.4. Fomentar la asertividad responsable

La mayoría de la gente es capaz de identificar correctamente cuándo se ha comportado de forma no asertiva y sumisa. Normalmente, se siente abrumada y engañada, utilizada, y sus derechos violados. Sin embargo, poca gente puede identificar con precisión cuándo se ha comportado no asertivamente de forma agresiva. Muchas personas alegarán que se han comportado asertivamente al haberse «defendido a sí mismas y a sus derechos», cuando, de hecho, se han comportado con agresión ante otra persona sin darse cuenta de la diferencia.

Las mujeres con un SPM no están seguras generalmente sobre la asertividad responsable. Oscilan entre la sumisión y la agresión defensiva, dependiendo de lo fuertes o dominantes que se sientan en una situación determinada. Cuando la ansiedad y las amenazas percibidas son extremas, abandonan rápidamente la defensa de sus propios intereses y le dan preferencia a los demás en favor de su propio detrimento. Esta apa-

rente falta de éxito y eficacia se traduce rápidamente en un automenosprecio por sus defectos y debilidades, que socavan una frágil autoestima, y puede llevar a sentimientos de depresión. Si mantienen un sentido superdesarrollado de un “mundo justo”, con reglas y condiciones exactas, entonces la inflexibilidad del pensamiento les conducirá a frecuentes frustraciones que desencadenarán y mantendrán creencias de injusticia y falta de equidad, las cuales a su vez impulsarán sentimientos de ira y deseos agresivos de venganza y castigo.

La fase de educación del entrenamiento en asertividad responsable incluye una explicación de los diferentes elementos de las respuestas sumisas, agresivas y asertivas a los acontecimientos de la vida. Se explican los lazos entre la falta de asertividad y la ansiedad, la depresión, la ira y una serie de estados somáticos negativos (cefaleas, molestias gástricas, dolores de espalda y síntomas de tensión). La falta de aserción consta de pensamientos desadaptativos caracterizados por el automenosprecio, la autocrítica, la baja tolerancia a la frustración y conductas de comunicación poco habilidosas, ejemplificadas por un lenguaje corporal de evitación y una ineptitud verbal.

Se enseñan técnicas conductuales sencillas que incluyen el “disco rayado”, el “banco de niebla/desarmar la ira”, lo que lleva al desarrollo de una mezcla de estrategias emocionales y conductuales de control para una eficaz solución de los conflictos. Se identifican constantemente los lazos de la falta de aserción con las emociones negativas principales. Las tareas para casa incluyen exposiciones jerárquicas graduadas a situaciones realmente difíciles o percibidas como difíciles y en las siguientes sesiones se repasan los resultados de esas tareas para casa.

Este último objetivo para el cambio en el tratamiento del SPM no plantea suposiciones sobre las predisposiciones de afrontamiento del individuo. El aceptar que el afrontamiento de las situaciones no se predice fácilmente a partir de las cualidades disposicionales (Carver y Scheier, 1994) significa que se requiere que los enfoques con éxito para el control de las situaciones estresantes sean llevados a cabo en etapas. Este modelo por etapas, bien descrito por Meichenbaum (1977), hace que el individuo identifique los aspectos relevantes de sus pensamientos y conductas que le conducen al éxito y los otros elementos que le reportan un escaso éxito. Estos últimos aspectos serán los principales objetivos para el cambio, mientras se señalan algunas de las habilidades que ya existen en su repertorio y de las que se puede sacar provecho. Este tipo de tarea y análisis conductual es instructivo y optimista y sirve para proteger al individuo de sentirse abrumado y derrotado y dispuesto a abandonar sus esfuerzos para conseguir el control. Se ha demostrado que la reinterpretación positiva del éxito, y especialmente de los éxitos parciales, ayuda a desencadenar sentimientos estimulantes, que motivan deseos de dominar la situación, en vez de generar sentimientos de derrota que sirven para paralizar la conducta y conducen al abandono. Es educativo también para la mujer reconocer sus limitaciones reales y adquirir una aceptación racional del *statu quo* cuando ya se han intentado todos los esfuerzos razonables para conseguir el cambio (Menaghan y Merves, 1984). Carver y Scheier (1993) encontraron que la aceptación, como reacción de afrontamiento, tenía una validez tanto predictiva como concurrente de una baja perturbación.

VI. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

El complejo conjunto de experiencias conocido como SPM plantea un excitante reto al psicólogo clínico, porque se compone de un amplio conjunto de distorsiones cognitivas y excesos y déficit conductuales característicos. A la vista de estos componentes cognitivo-conductuales, no existe la posibilidad de una terapia farmacológica en exclusiva para producir la eliminación de los síntomas del síndrome debido a la naturaleza multifactorial de éste. Como mucho, el empleo de tranquilizantes y antidepresivos puede lograr alguna modificación del estado de ánimo que ayudaría en la facilidad de la mujeres con un SPM para seguir intervenciones cognitivas y conductuales. Este capítulo muestra claramente que puede juntarse un considerable grupo de técnicas del repertorio habitual de los terapeutas cognitivo-conductuales para construir un programa amplio de tratamiento.

Un aspecto sorprendente de la naturaleza del SPM es su aparente transitoriedad a lo largo del ciclo menstrual, con un pequeño período de profunda influencia y una fase relativa o completamente libre de síntomas durante el resto del ciclo. Este patrón característico distingue claramente al SPM del trastorno por ansiedad generalizada o del trastorno depresivo mayor. Halbreich y Endicott (1987) plantearon la posibilidad de que existiera una asociación entre la disforia premenstrual y los trastornos afectivos mayores. Sus conclusiones fueron contradictorias y pocas investigaciones sobre este tema se han realizado desde entonces.

Muchos investigadores han apoyado el planteamiento de considerar al SPM como un trastorno de la respuesta al estrés. Sin embargo, Everly (1989), aun reconociendo las diferencias en el carácter de la respuesta al estrés en la mujer, comparada con el hombre, en términos conductuales y emocionales, no fue capaz de separar las contribuciones de las influencias hormonales o ambientales. Algunas escritoras feministas (p. ej., Brodsky y Hare-Mustin, 1980; Grinnell, 1988) han propuesto que el SPM sea un método legítimo para que las mujeres estresadas consigan un "tiempo fuera" en sus ocupadas vidas de final del siglo XX. Aunque esto plantea interesantes cuestiones, estas mujeres estresadas pueden sacar provecho realmente de aprender la asertividad responsable, controlando su conducta y sus estados de ánimo, de modo que puedan obtener más directamente el alivio y los beneficios que desean sin acudir al molesto subterfugio conocido como síndrome premenstrual (SPM).

Sorprendentemente, las cuestiones más importantes que subyacen a los problemas del estado de ánimo no se refieren especialmente a los aspectos del proceso menstrual en sí mismo. Determinados pensamientos automáticos disfuncionales pueden referirse brevemente al temor anticipado de que ocurran déficit emocionales y conductuales conforme se aproxima "ese momento del mes". Las antiguas ideas de que las mujeres con un SPM odiaban o rechazaban el proceso menstrual y la feminidad (p. ej., Berry y McGuire, 1972) no se han confirmado en estudios posteriores. Es razonable suponer que haber sufrido momentos problemáticos alrededor de la menstruación, sensibilizará a las mujeres a esperar y temer lo peor y, quizás, algún grado de aumento de la tensión y de la emotividad se produce de esta manera (véase Blechman y Clay, 1987). Por el contrario, la mayoría de los relatos incluidos en los estados de ánimo perturbados y en los sentimientos desadaptativos se centran en las inadecuaciones personales y en las experiencias difíciles de la

vida diaria y de las relaciones con la pareja y los hijos. Aunque no es posible conocer que elementos son antecedentes o consecuencias en la ecuación persona-ambiente, ayudar a las mujeres a manejar sus relaciones de forma más eficaz cuando están en la fase premenstrual o bajo cualquier otro tipo de estrés, mejorará con seguridad la percepción del control y generará sentimientos y experiencias de bienestar y satisfacción (Morse, 1989).

Hasta la fecha existen pocos estudios psicoterapéuticos bien diseñados para tratar con el SPM. Los componentes cognitivo-afectivos de las experiencias de las mujeres con un SPM no se ha sometido todavía a un detallado análisis del contenido. Sin embargo, se ha planteado una serie de variaciones sobre el tema general de las intervenciones cognitivas (p. ej., Lindner y Kirkby, 1992) o cognitivo-conductuales (p. ej., Morse, 1989, 1991), que han utilizado principalmente conceptos amplios de estados de ánimo específicos y problemáticos. Queda mucho por hacer todavía. Se han realizado progresos considerables desde los tempranos días en los que se conceptualizaba al SPM como un "trastorno endocrino menor" hasta el descubrimiento, hoy día, de los elementos cognitivos y conductuales que predominan en el trastorno. Los componentes cognitivos altamente específicos de los trastornos del estado de ánimo, de la depresión posparto, del síndrome premenstrual y del síndrome de la menopausia, siguen constituyendo áreas fructíferas para una investigación futura detallada y profunda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, G. E. (1983). Nutritional factors in the aetiology of the premenstrual tension syndromes. *The Journal of Reproductive Medicine*, 28, 446-464.
- 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.
- Adams, D. B., Gold, A. R. y Burt, A. D. (1978). Rise in female-initiated sexual activity at ovulation and its suppression. *The New England Journal of Medicine*, 29, 1145-1150.
- Ambrose, A. y Rholes, W. S. (1993). Automatic cognitions and symptoms of depression and anxiety in children and adolescents: Examination of content specificity hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 289-308.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3.^a edición revisada) (*DSM-III-R*). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.^a edición) (*DSM-IV*). Washington, DC: APA.
- Asso, D. (1978). Levels of arousal in the premenstrual phase. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 47-55.
- Asso, D. y Braier J. R. (1982). Changes with the menstrual cycle in psycho-physiological and self-report measures of activation. *Biological Psychology*, 75, 95-107.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Barrios, B. A. y Shigetomi, C. C. (1979). Coping skills training for the management of anxiety: A critical review. *Behavior Therapy*, 10, 491-522.
- Beach, F. A. (1976). Sexual attractivity, proceptivity and receptivity in female mammals. *Hormones and Behavior*, 7, 105-138.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: Meridian Books.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. J. Clayton y J. E. Harnett (dirs.), *Treatment of depression: Old controversies, new approaches*. Nueva York: Raven.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1979). *Cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. Nueva York: Morrow.
- Berry, C. y McGuire, P. E. (1972). Menstrual distress and acceptance of sexual role. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 114, 83-87.
- Blechman, E. A. (1984). Women's behavior in a man's world: Sex differences in competence. En E. A. Blechman (dir.), *Behavioral modification with women*. Nueva York: Guilford.
- Blechman, E. A. y Clav, C.J. (1984). The scientific method and ethical treatment of premenstrual complaints. En B. E. Ginsburg y B. F. Carter (dirs.), *Premenstrual syndrome: ethical and legal implications in a biomedical perspective*. Nueva York: Plenum.
- Broadbent, D. E., Cooper, P. F., Fitzgerald, R. y Parkes, K. R. (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-16.
- Brodsky, A. M. y Hare-Mustin, R. (1980). Women and psychotherapy. Nueva York: Guilford.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1993). Vigilant and avoidant coping in two patient samples. En H. W. Krohne (dir.), *Attention and avoidance: strategies in coping with aversiveness*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Clare, A. W. (1985). Hormones, behaviour and the menstrual cycle. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 225-233.
- Clark, D. A., Beck, A.T. y Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: complementary or contradictor)' views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 148-155.
- Collins, A., Eneroth, P. y Landgren, B. M. (1985). Psychoneuroendocrine stress response and mood as related to the menstrual cycle. *Psychosomatic Medicine*, 47, 512-527.
- Dalton, K. (1964). *The premenstrual syndrome*. Londres: Heinemann.
- Dalton, K. (1977). *The premenstrual syndrome and progesterone therapy*. Londres: Heinemann.
- Dalton, K. (1984). *Once a month*. Londres: Fontana.
- Dennerstein, L. y Burrows, G. D. (1979). Affect and the menstrual cycle. *Journal of Affective Disorders*, 1, 77-92.
- Dennerstein, L., Gotts, G., Brown, J. J., Morse, C. A., Farley, T. M. M. y Pinot, A. (1994). The relationship between the menstrual cycle and sexual interest. *Psychoneuroendocrinology*, 19, 293-304.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1979). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J. M. Whiteley (dirs.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. California: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1980). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. Part 2. *Rational Living*, 15, 25-30.
- Ellis, A. y Bernard, M. E. (dirs.) (1985). *Clinical applications of rational-emotive therapy*. Nueva York: Plenum.
- Ellis, A. y Grieger, R. M. (dirs.) (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*, vol. 1. Nueva York: Springer.
- Ellis, A. y Harper, R. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire.

- Ellis, A. y Whiteley, J. R. (1979). *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Everly, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum.
- Facchinetti, F., Martignoni, E., Pctraglia, F. W., Sanees, M. G., Nappi, G. y Genazzani, A. R. (1987). Premenstrual fall of beta endorphins in patients with premenstrual syndrome. *Fertility & Sterility*, 47, 570-576.
- Feshbach, H. S. (1964). The functions of aggression and the regulation of aggressive drive. *Psychological Review*, 71, 257-272.
- Frank, R. T. (1931). The hormonal causes of premenstrual tension. *Archives of Neurological Psychiatry*, 26, 1053-1057.
- Gise, L. H. (1988). Issues in the identification of premenstrual syndrome. En L. H. Gise (dir.), *The premenstrual syndromes*, vol. 1. Nueva York: Churchill Livingstone.
- Gotts, G., Morse, C. A. y Dcnnerstein, L. (1995). Premenstrual complaints: an idiosyncratic syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16, 29-35.
- Grinnell, G. (1988). Women, depression and the global folie: A new framework for therapists. En M. Braude (dir.), *Women, power and therapy: issues for women*. Nueva York: Howarth.
- Halbreich, U. y Endicott, J. (1981). Possible involvement of endorphin withdrawal or imbalance in specific premenstrual syndrome and postpartum depression. *Medical Hypotheses*, 7, 1045-1058.
- Halbreich, U. y Endicott, J. (1987). Dysphoric premenstrual changes: are they related to affective disorders? En B. E. Ginsberg y B. F. Carter (dirs.), *PMS: Ethical and legal implications in a biomedical perspective*. Nueva York: Plenum.
- Hart, W. G. y Russell, J. W. (1986). A prospective comparison study of premenstrual symptoms, *Medical Journal of Australia*, 144, 466-468.
- Horney, K. (1967). Premenstrual tension. En H. Kelman (dir.), *Feminine psychology*. Londres: Routledge & Kegan.
- Ingram, R. E. y Kendall, P. C. (1987). The cognitive side of anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 523-536.
- Israel, S. L. (1938). Premenstrual tension. *Journal of the American Associations*, 110, 1721-1723.
- Janowsky, D. S., Berens, S. C. y Davis, J. M. (1973). Correlations between mood, weight and electrolytes during the menstrual cycle: a renin-angiotensin-aldosterone hypothesis for premenstrual tension. *Psychosomatic Medicine*, 35, 143-154.
- Kendall, P. C. y Hollon, S. (dirs.) (1979). *Cognitive-behavioral interventions: theory, research and procedures*. Nueva York: Academic.
- Kessel, N. y Coppen, A. (1963). The prevalence of common premenstrual symptoms. *Lancet*, iii, 61-64.
- Kopera, H. (1980). Female hormones and brain function. En D. de Wied y P. A. van Keep (dirs.), *Hormones and the brain*. Lancaster: MTP.
- Lazarus, R. H. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lindner, H. y Kirkby, R.J. (1992). Premenstrual symptoms: The role of irrational thinking. *Psychological Reports*, 71, 247-252.
- May, R. R. (1976). Mood shifts and the menstrual cycle. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 125-131.
- McNatty, K. P., Sawyers, R. S. y McMeilly, A. S. (1974). A possible role for prolactin in control of steroid secretion by the human graafian follicle. *Nature*, 250, 653-655.
- Meichenbaum, D. (1975). A self-instructional approach to stress management: a proposal for stress inoculation training. En I. Sarason y C. D. Spielberger (dirs.), *Stress and anxiety*, vol. 2. Nueva York: Wiley.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. Nueva York: Plenum.

- Menaghan, E. y Merves, E. (1984). Coping with occupational problems: The limits of individual efforts. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 406-423.
- Moos, R. y Liederman, D. B. (1978). Toward a menstrual cycle symptom typology. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 31-40.
- Morris, L. W. y Liebert, R. M. (1970). Relationship of cognitive and emotional components of test anxiety to physiological arousal and academic performance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 332-337.
- Morse, C. A. (1989). *Premenstrual syndrome: An integrated cognitive-hormonal analysis and treatment*. Tesis doctoral sin publicar, Universidad de Melbourne, Australia.
- Morse, C. A. (1991). A critical review of methodological issues and approaches to managing premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 12, 133-151.
- Morse, C. A., Bernard, M. E. y Dennerstein, L. (1989). The effects of rational-emotive therapy and relaxation training on premenstrual syndrome: A preliminary study. *Journal of RET and Cognitive-Behavioral Therapy*, 7, 98-110.
- Morse, C. A. y Dennerstein, L. (1986). Cognitive perspectives in PMS. En L. Dennerstein e I. Fraser (dirs.), *Hormones and behaviours*. North Holland: Elsevier.
- Morse, C. A. y Dennerstein, L. (1988). Cognitive therapy for premenstrual syndrome. En M. G. Brush y E. M. Goudsmit (dirs.). *Functional disorders of the menstrual cycle*. Nueva York: Wiley.
- Morse, C. A., Dennerstein, L., Farrell, E. y Varnavides, K. (1991). A comparison of hormone therapy, coping skills training and relaxation for relief of premenstrual syndrome. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 469-489.
- Morse, C. A., Dennerstein, L., Varnavides, K. y Burrows, G. D. (1988). Menstrual cycle symptoms: A comparison between treatment-seekers and non-clinical volunteers. *Journal of Affective Disorders*, 14, 41-50.
- Munday, M. RM Brush, M. G. y Taylor, R.W. (1981). Correlations between progesterone, oestradiol and aldosterone levels in the premenstrual syndrome. *Clinical Endocrinology*, 14, 1-9.
- Novaco, R. (1979). Cognitive regulation of anger and stress. En P. Kendall y S. Hollon (dirs.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. Nueva York: Academic.
- Palmero, F. y Choliz, M. (1991). Resting heart rate (HR) in women with and without premenstrual symptoms (PMS). *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 2, 125-139.
- Pennington, V. M. (1957). Meprobamate (Miltown) in premenstrual tension. *Journal of the American Medical Association*, 164, 638-640.
- Reid, R. L. y Yen, S. S. C. (1983). The premenstrual syndrome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2, 3-7.
- Renaer, M.J. (1983). The premenstrual tension syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2, 3-7.
- Richardson, J. T. E. (1992). Memory and the menstrual cycle. En J. T. E. Richardson (dir.), *Cognition and the menstrual cycle*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Rogers, T. y Craighead, W. E. (1977). Physiological responses to self-statements: The effects of statement valence and discrepancy. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 99-118.
- Rush, A. J., Weissenburger, J. y Eaves, G. (1986). Do thinking patterns predict depressive symptoms? *Cognitive Therapy and Research*, 10, 225-235.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z.V. y Shaw, B. F. (1986). Core cognitive processes in therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 509-526.
- Schwartz, R. y Gottman, J. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 910-920.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. Nueva York: Knopf.

- Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, J. L. y Wetzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-38.
- Snowden, R. y Christian, B. (1982). *Patterns and perceptions of menstruation*, WHO Report. Nueva York: St Martin's.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. En C. D. Spielberger (dir.), *Anxiety: Current trends in theory and research*, vol. 1. Nueva York: Academic.
- Strickler, R. C. (1987). Endocrine hypotheses for the aetiology of premenstrual syndrome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 30, 377-385.
- Sutherland, H. y Stewart, I. (1965). A critical analysis of the premenstrual syndrome. *Lancet*, i, 1180-1183'.
- Tonks, C. M. (1975). Premenstrual tension. *British Journal of Psychiatry*, 9, 399-408.
- Van Valkenburg, G, Akiskal, H. S., Puzantian, V. y Rosenthal, T. (1984). Anxious depressions: Clinical, family history and naturalistic outcome — comparisons with panic and major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 6, 67-82.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Woods, N. F., Most, A. y Dery, G. K. (1982). Toward a construct of perimenstrual distress. *Research in Nursing and Health*, 5, 123-136.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Blechman, E. y Brownell, K. (1992). *Mediana conductual de la mujer*. Barcelona: Martínez Roca (original, 1988).
- Dewhurst, D. T. (1993). Using the self-control triad to treat Premenstrual Syndrome. En J. R. Cautela y A.J. Kearney (dirs.), *Covert conditioning casebook*. California: Wads-worth.
- Grimwade, J. (1995). The body of knowledge: *Everything you need to know about the female cycle*. Sydney: William Heinemann.
- Iglesias, X., Camarasa, E. y Centelles, N. (1987). *Trastornos de la menstruación*. Barcelona: Editorial Martínez-Roca.
- Larroy, C. (1993). Menstruación. *Trastornos y tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Vallis, T. M., Howes, J. L. y Miller, P. C. (dirs.) (1991). *The challenge of cognitive therapy: Applications to non-traditional populations*. Nueva York: Plenum.

APÉNDICE. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO PARA PERSONAS CON SÍNDROME PREMENSTRUAL

Primera sesión

Presentación y revisión de los módulos de tratamiento:

- relajación de todo el cuerpo (Benson, 1975).
- reestructuración racional emotivo-conductual².
- inoculación de estrés y solución de problemas.
- asertividad responsable.

Reglas para aprovechar las ventajas de los procedimientos de grupo en un formato grupal pequeño.

Introducción al entrenamiento en habilidades de afrontamiento:

- identificación de problemas.
- planteamiento de objetivos.

Instrucciones sobre la respuesta de relajación de Benson — I:

- Se proporcionan hojas de relajación y se explica su utilización para la próxima semana.

Tareas para casa:

- rellenar una Hoja de Objetivos Personales para la siguiente sesión.
- practicar la respuesta de relajación de Benson (RRB) dos veces al día durante 5 minutos cada vez. Se tienen que rellenar los registros de las sesiones de práctica (hojas). En la próxima sesión se hablará de los problemas que surjan.
- leer capítulos 2 y 3 del libro de A. Ellis y R. Harper, *A new guide to rational living* (1975). Se han de registrar los principales aspectos en cuadernos, con el fin de hablar sobre ellos en la siguiente sesión.

Segunda sesión

Se invita a que el grupo proporcione retroalimentación sobre la sesión de la semana pasada. Se manifiestan las dificultades y los éxitos que hayan ocurrido durante la práctica de la respuesta de relajación. Se anima a compartir los objetivos personales.

Se discuten los puntos principales de los capítulos 2 y 3.

Se invita a cada mujer a que informe sobre los pensamientos y sentimientos habituales que le surgen cuando está en el período premenstrual.

² Se ha publicado recientemente un libro en español que puede introducir al lector y al paciente en los conceptos de la TREC La referencia de dicho libro es: L. Lega, V. E. Caballo y A. Ellis (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.

Se introduce el continuo sobre la “intensidad de los síntomas”.

Se introduce y se describe el modelo A-B-C de los sentimientos y pensamientos racionales/irracionales.

Se introduce la relajación muscular profunda (RMP). El terapeuta modela sus propios esfuerzos de relajación. Los miembros del grupo se tumban o se colocan cómodamente y llevan a cabo la RMP de la parte superior del cuerpo.

Se introducen *nuevas ideas* sobre:

Una breve revisión de las hormonas del ciclo menstrual y de sus efectos sobre el estado de ánimo, las sensaciones corporales y la fisiología.

Se recogen los registros de las creencias irracionales premenstrual y se identifican y se escriben en la pizarra temas pertinentes. Se invita a la discusión de estos temas.

Tareas para casa

- practicar la RMP diariamente durante 15 minutos y rellenar la hoja de relajación.
- se proporcionan instrucciones de relajación grabadas en cassette sobre las extremidades superiores e inferiores para que los miembros del grupo las utilicen en casa.
- leer el capítulo 4 de Ellis y Harper: «Cómo crea usted sus propios sentimientos». Tomar notas de los principales aspectos a plantear para discusión en la siguiente sesión.

Tercera sesión

Se revisan los registros de los acontecimientos molestos/positivos de la semana pasada.

Se identifican temas pertinentes.

Se aplica la Escala de Intensidad a los acontecimientos.

Nuevas ideas sobre:

Pensamientos positivos y negativos.

Los sujetos identifican el carácter de sus propios pensamientos a partir de los registros de la semana pasada.

Se discute la corta duración/fragmentación de los pensamientos y de sus conexiones con los sentimientos en respuesta a los acontecimientos.

El terapeuta reitera: Acontecimientos y pensamientos, sentimientos y conductas.

El terapeuta presenta la idea irracional núm. 1: LA NECESIDAD de aprobación. Se explica la ansiedad del ego.

El terapeuta presenta la idea irracional núm. 2: LA EXIGENCIA de comodidad. Se explica la ansiedad ante la incomodidad.

La siguiente unidad de la RMP —Se presentan los ejercicios de la cara y tronco. Los sujetos se tumban o se sientan cómodamente y practican la relajación de los grupos musculares de la cara y el tronco.

Tareas para casa

- practicar la RMP dos veces al día y registrarlos en la hoja de relajación.
- se proporciona la secuencia de relajación en cassette.

- registrar los acontecimientos conforme ocurren durante la semana.
- leer el capítulo 5 del libro de Ellis y Harper: «Escapándote por medio de los pensamientos de las perturbaciones emocionales».

Cuarta sesión

Repasar los principales aspectos de la lectura de la semana pasada.
 Revisar los registros de acontecimientos molestos/positivos de la semana pasada.
 Presentar la unidad final de la RMP — *cuello y espina dorsal*.

Repasar los lazos entre los pensamientos, sentimientos, emociones y síntomas.

Las participantes tendrán que:

- describir sus propios sentimientos molestos de tensión/hostilidad/depresión/...
- identificar las veces que ocurren esos sentimientos en el ciclo menstrual.
- describir la relación de los sentimientos con los niveles de intensidad.
- clasificar sus sentimientos en una escala de continuo de INTENSIDAD.

El terapeuta describe los componentes de las experiencias de ansiedad:

- sensaciones físicas
- pensar de manera irracional y negativa
- comportarse de forma ansiosa.

Se invita a las participantes a utilizar uno de los acontecimientos que ha informado recientemente y dividirlo en partes más pequeñas identificando: sensaciones físicas, las señales del(os) acontecimiento(s) que desencadenan, el/los tipo(s) de pensamientos implicados durante el/los acontecimiento(s), las conductas implicadas en la tipificación de la experiencia negativa.

El terapeuta da explicaciones sobre el afrontamiento de esas experiencias:
 Afrontamiento de base emocional y afrontamiento basado en los problemas, y la importancia de recompensarse a una misma por haber intentado manejar las experiencias estresantes.

Se refuerzan *nuevas ideas*:

Las respuestas de ansiedad se componen de varias partes más pequeñas:

- prestar atención a las señales en los acontecimientos cotidianos (incluyendo las fluctuaciones del ciclo menstrual).
- pensar de formas determinadas sobre las demandas que aquellas les plantean.
- decirse a una misma ciertas cosas (normalmente negativas) sobre esas demandas.
- comportarse de modo menos competente o eficaz, que es indicativo de sentirse estresada (ansiosa).

Tareas para casa:

- registrar los acontecimientos que producen molestias emocionales a lo largo de la semana, los antecedentes y las consecuencias, y los pensamientos que ocurrieron.
- leer el capítulo 15 de Ellis y Harper: «Superando la ansiedad».
- practicar la RMP dos veces al día y las hojas de registro.

Quinta sesión

Discusión de los principales aspectos de la lectura de la última semana.

Repaso de los acontecimientos registrados de malestar emocional, situaciones, cogniciones.

Las participantes repasan los principales puntos de las características de la ansiedad.

Las participantes informan sobre las prácticas de relajación.

El terapeuta proporciona información sobre el pensamiento autoderrotista y el de automejora utilizando ejemplos de los registros proporcionados por la paciente.

Se realizan intentos explícitos para ilustrar los lazos entre las autoverbalizaciones negativas y las emociones y conductas; los cambios en el tipo de pensamiento pueden cambiar la forma en la que la gente se siente y se comporta.

Se presenta la Representación de papeles y la Inversión de la representación de papeles para escenificar, por parejas, pensamientos automáticos, con la participante y el terapeuta intercambiando los papeles.

Se pide a las participantes que identifiquen sus propios pensamientos autoderrotistas (PADs) a partir de sus registros pasados. Luego se invita a que los pensamientos de mejora de una misma (PMU) contrarresten cada pensamiento negativo.

Tareas para casa:

- practicar el cambio de pensamientos negativos (PADs) por pensamientos positivos (PMUs) a lo largo de la próxima semana.
- registrar acontecimientos, pensamientos y sentimientos diariamente.
- practicar la RMP diariamente y ver los efectos en la hoja de relajación.
- leer el capítulo 13 de Ellis y Harper: «Cómo no sentirse deprimido, aunque sí frustrado».

Sexta sesión

Repasar los principales puntos a partir de la lectura de la semana pasada.

Identificar pensamientos de tipo PADs/PMUs a partir de los acontecimientos registrados.

Identificar la frecuencia de las creencias irracionales y las racionales (iBs/rBs).

El terapeuta refuerza los esfuerzos de las participantes. Éstas evalúan sus propios niveles de eficacia en la puesta en práctica del pensamiento racional.

Introducción de los aspectos cognitivos de la depresión: una misma, el mundo, el futuro; catastrofizando; indefensión-desamparo; ceder al abandono de responsabilidades; compasión por una misma y por los demás.

El terapeuta presenta “ Verbalizaciones positivas reforzantes” para ser utilizadas. Las propias sugerencias de las pacientes se aceptan cuando sea posible. Los ejemplos que se usen se aplican a las experiencias de SPM/tensión menstrual y posmenstrual.

El terapeuta presenta nuevos conceptos sobre:

- Detención del pensamiento
- Cuestionamiento racional

Se proporciona a las participantes una lista de Verbalizaciones de afrontamiento para utilizar en una serie de situaciones potencialmente estresantes. Se pide a las participantes que las apliquen a lo largo de las siguientes semanas.

Tareas para casa:

- practicar el empleo de al menos dos de las Verbalizaciones de afrontamiento durante la semana.
- practicar diariamente la RMP y ver los efectos en la hoja de relajación.
- registrar acontecimientos y expresar verbalizaciones positivas a otra persona al menos 3 veces durante la semana.
- leer el capítulo 12 de Ellis y Harper: «Cómo dejar de culparse y empezar a vivir».

Séptima sesión (esta sesión será descrita con más amplitud y puede servir de modelo a las demás sesiones)

1. Repasar los ejemplos de los registros de molestias emocionales de cada persona. Se pide a las participantes que reestructuren en voz alta sus iBs a partir de los PADs hasta los PMUs; o desde los PMUs hasta los PADs. Luego se les pide que recuerden y vuelvan a imaginarse el acontecimiento activante e intenten experimentar el estado emocional que puede cambiar en relación con el tipo de pensamiento en el que se implica.

2. Repasar los principales aspectos de la lectura de la última semana.

Se pide a los sujetos que cuestionen en voz alta las iBs presentadas (reestructuración racional).

3. Relajación diferencial. Se informa a los sujetos que la relajación diferencial es muy versátil y que puede utilizarse para mantener una parte del cuerpo más relajada, mientras las otras se tensan de manera apropiada.

Relajación diferencial

No necesitan fruncir el ceño mientras se centran o se concentran en una tarca o tema; pueden intentar relajar *un* grupo de músculos solo (músculo frontal en la cefalea tensional; músculo abdominal cuando el dolor es en la parte baja de la pelvis).

Se pide a los sujetos que relajen una parte específica de su cuerpo mientras mantienen la atención y la postura (pausa). Luego se les invita a que compartan sus experiencias y que identifiquen lo que hicieron y el nivel de eficacia.

4. La semana pasada se proporcionaron listas impresas de verbalizaciones de cuestionamiento racional. Se pide a los sujetos que proporcionen una verbalización racional de cuestionamiento para cada iB registrada durante la semana pasada.

5. El terapeuta presenta el contenido cognitivo de la Ira. La ira y la irritabilidad surgen de la iB núm. 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:

- a. La ira proviene de iBs sobre actuaciones (o falta de actuación) de los demás, que frustran las propias reglas, valores o patrones.
- b. El acto se considera grave, y se etiqueta de forma negativa.
- c. La persona es condenada, *culpada* o atacada verbal/físicamente.

La ira refleja:

- *Ansiedad del ego* —referente a alguna pérdida, real o percibida, de estatus, control o autoridad.
- *Ansiedad por incomodidad* —se refiere a no poder tolerar que las cosas no funcionen de la forma que se quiere. Baja tolerancia a la frustración (BTF).
- El terapeuta pedirá a la paciente que defina querer y necesitar.
- La paciente identificará sus propios ejemplos de deseos y necesidades.

Se invitará a la paciente a que diferencie entre racionales e irracionales.

Los deseos y necesidades irracionales se reformularán como racionales.

La paciente contará que las necesidades conducen a plantear exigencia a otra persona y que las exigencias conducen a la ira y al malestar.

Creencias racionales para detener la Culpa y la Ira.

- i. Me equivoqué
Esto no parece eficaz
¿Que puedo hacer para cambiar —ahora, luego, más tarde?
 - ii. Puedo pedir ayuda y aceptarla
Puedo recompensarme a mí mismo por los progresos realizados
Puedo seguir intentando superar X
No tengo que menospreciarme
Me niego a estar totalmente molesto
Puedo seguir intentando diferenciar mis iBs y rBs
Admite tus exigencias y grandiosidades. Trabaja persistentemente para superarlas.
 - iii. Admite lo que te *desagrada*, las frustraciones, las dificultades
Manifiesta tus *preferencias*
Reduce las expectativas elevadas de perfeccionismo
Acepta lo que no parece mejorar o cambiar tu estatus.
6. Se proporcionan ejemplos de Técnicas de cuestionamiento o debate:
- a. *preguntas* persistentes (método empírico): por qué, cómo, busca pruebas de que X es...
 - b. atacando el *tremendismo*
 - c. *razonamiento* persuasivo — considera el hedonismo y la rentabilidad a corto y largo plazo
 - d. reestructuración cognitiva de las iBs
Pregúntate por las *ventajas* de sentirte menos (ansioso, enfadado, deprimido)
Pregúntate la forma de sentirte menos (ansioso, enfadado, deprimido)

Nuevas ideas:

- Una necesidad es algo que alguien precisa para sobrevivir. Una necesidad irracional es una exigencia de algo que no se necesita realmente para sobrevivir.
- Las participantes definen y diferencian entre HECHO y OPINIÓN
- Se resumen los lazos entre exigencia, irritabilidad e ira y hechos y opiniones

7. El terapeuta presenta el *Módulo de Asertividad -I³*

Las participantes aprenden sobre el continuo no asertividad-asertividad-agresividad y la relación con una serie de ansiedades (interpersonal, social, hablar en público, fobia, autoestima).

³ La mayoría de las actividades incluidas por el autor en los diferentes Módulos de Asertividad pueden encontrarse en el siguiente libro en español: V. E. Caballo (1997). Manual para la evaluación y el entrenamiento de las habilidades sociales (2.^a edición). Madrid: Siglo XXI [N. del T.].

El terapeuta describe el pensamiento y las conductas (verbales y físicas) característicos de cada tipo de asertividad.

Las participantes reciben una lista impresa de conductas asertivas y se les pide que registren sus propios pensamientos y conductas habituales cuando sean: sumisos; asertivos; agresivos.

Tareas para casa;

- anotar 6 aspectos que cada participante cree que inhiben su asertividad.
- las participantes tienen que sugerir nuevas formas de superar cada aspecto de la lista.
- contactar con un/a conocido/a y mantener una conversación durante un mínimo de 5 minutos/sugerir salir a tomar un café, etc.
- registrar los pensamientos y sentimientos antes, durante y después de estas tareas conductuales.
- practicar la RMP diferencial durante la semana.
- leer el capítulo 10 de Ellis y Harper: «Viéndoselas con la necesidad desesperada de aprobación».

Octava sesión

Repasar los puntos principales de la lectura de la semana pasada. El terapeuta presenta el *Módulo de Asertividad— II*.

Se resumen las técnicas de aserción siguientes:

- Disco rayado
- Banco de niebla/Desarmando la ira
- Mensajes en primera/segunda persona.

Las participantes se dividen en parejas y practican estas técnicas por medio de la representación de papeles.

Cada participante identifica aspectos de la vida real y las discusiones de grupo se centran sobre técnicas de manejo asertivo en: a) cambios cognitivos y b) conductuales.

Tareas para casa:

- practicar las estrategias ensayadas para vérselas asertivamente con una dificultad particular.
- registrar pensamientos, sentimientos y resultados de la estrategia asertiva.
- registrar al menos 3 acontecimientos a lo largo de la semana próxima.
- practicar la RMP diferencial a lo largo de la próxima semana.
- leer el capítulo 11 de Ellis y Harper: «Eliminando los temores desesperados de fracaso».

Novena sesión y/o sesión final

Repasar los principales puntos de la lectura de las semanas pasadas.

Se informa de acontecimientos de la semana pasada donde se aplicaron las nuevas técnicas asertivas.

Se discuten los éxitos y los éxitos parciales.

El terapeuta introduce el Módulo de Asertividad — III.

- Escucha activa.
- Solución de conflictos.

La escucha activa entraña: preguntar; empatía; parafrasear; resumir; reflejar.

El terapeuta proporciona un diagrama de flujo de la solución de conflictos: identificación del(os) objetivo(s); formulación del(os) objetivo(s); alternativas y opciones; evaluación de alternativas; toma de decisiones; verificación de la toma de decisiones por medio de la imaginación guiada/comprobación real; preparación para ponerlo en práctica — identificación de las acciones necesarias, puesta en práctica, evaluación del(os) resultado(s), retroalimentación.

Nuevas ideas

- Las situaciones y las personas no son tan difíciles como se creían.
- El cuestionar el propio pensamiento de tremendismo/catastrofista mejora la situación y reduce el nivel e intensidad de los sentimientos de malestar.

Tareas para casa:

- anotar 5-10 iBs que inhiben las conductas asertivas.
- proporcionar retos racionales a esas iBs y reestructurarlas.
- registrar al menos 3 acontecimientos durante la próxima semana.
- practicar la RMP diferencial durante la próxima semana.
- leer el capítulo 8 de Ellis y Harper: «¿La razón es siempre razonable?».

Sesión final

Las participantes comparan sus niveles actuales de competencia con su lista pretratamiento de Objetivos personales. Se invita a que compartan y discutan las experiencias realizadas con éxito. Se identifican los obstáculos al progreso: se inicia la solución de problemas.

Se identifican los problemas que siguen sin solucionarse. Se plantea una discusión sobre cómo vérselas con estos problemas.

Se proporcionan hojas para los Objetivos futuros con el fin de que se rellenen y que se las lleven para intentar esos objetivos.

Se invita a que se de retroalimentación sobre el programa:

a. de miembro a miembro; *b.* de los miembros al terapeuta; *c.* del terapeuta a los miembros.

Tareas para casa:

- mantener los intentos de pensar racionalmente y comportarse con eficacia tanto como sea posible, especialmente en el período premenstrual.
- seguir cuestionando, debatiendo y reestructurando los PADS.

Se pueden planificar sesiones de apoyo en intervalos cada vez mayores. Se anima a las participantes a seguir en contacto como un grupo de apoyo y de autoayuda.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

16. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

VICENTE E. CABALLO¹

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de personalidad constituyen entidades clínicas de una notable repercusión en nuestros días. Los más importantes sistemas de clasificación actuales, como el *DSM-IV* (APA, 1994) y la *CIE-10* (OMS, 1992), les dedican un espacio considerable en sus descripciones de los trastornos psicológicos, asignándoles un eje (el Eje II) de su planteamiento multiaxial casi en exclusiva. Asimismo, la presencia de problemas de personalidad a nivel judicial o criminológico o como explicación popular del comportamiento de los seres humanos está siendo cada vez más utilizada. Aparentemente, la sociedad occidental está favoreciendo la proliferación de algunos “estilos” de personalidad precursores de determinados trastornos de la misma. En el presente capítulo señalaremos algunas características básicas de los distintos trastornos de personalidad, junto a una descripción de algunos de los procedimientos cognitivo-conductuales más utilizados en el tratamiento de estos trastornos.

Sin embargo, antes de abordar el área de los trastornos de personalidad quisiera detenerme durante unos instantes en la definición de personalidad. No es cosa fácil, especialmente si se tiene en cuenta lo complejo del término y las numerosas definiciones que podemos encontrar en la literatura especializada. La falta de una definición operacional de la personalidad hace que sea aun más difícil hablar de sus trastornos. Algunas de las definiciones que hemos encontrado más esclarecedoras y que, además, coinciden en los aspectos básicos, son las siguientes (Caballo, 1996):

La personalidad es ese patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distingue a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones [Phares, 1988: 4].

La personalidad se refiere normalmente a los patrones distintivos de conducta (incluyendo pensamientos y emociones) que caracterizan la adaptación de cada individuo a las situaciones de su vida [Mischel, 1986:4].

La personalidad es un patrón de rasgos cognitivos, afectivos y conductuales, profundamente enraizados y ampliamente manifestados, que persisten a lo largo de amplios períodos de tiempo [Millón y Everly, 1985: 4].

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse con y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales [APA, 1994:630].

¹ Universidad de Granada (España).

CUADRO 16.1. *Clasificación de los trastornos de personalidad (según el DSM-IV y otras fuentes)*

1. *Grupo A: "extraños o excéntricos"*

- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad

2. *Grupo B: "teatrales y/o impulsivos"*

- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno narcisista de la personalidad

3. *Grupo C: "ansiosos o temerosos"*

- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Otros trastornos de la personalidad:

- Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad
- Trastorno depresivo de la personalidad
- Trastorno autodestructivo de la personalidad
- Trastorno sádico de la personalidad

Cambio de la personalidad debido a...

El *DSM-IV* plantea que los rasgos de personalidad sólo constituyen *trastornos de la personalidad* cuando son inflexibles y desadaptativos y causan un malestar subjetivo o un deterioro funcional significativos. Y añade que la característica esencial de un trastorno de personalidad es un patrón permanente de conducta y de experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas generadas por la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos.

II. LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Hay numerosos problemas en la clasificación y diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Así, por ejemplo, se ha planteado por qué estos trastornos mantienen un eje aparte (Eje II) de los principales síndromes clínicos (Eje I). No parece que esté claro. Se ha encontrado también un escaso grado de acuerdo entre diferentes métodos a la hora de determinar la presencia de trastornos de personalidad,

no sólo cuando se desea identificar la presencia de un trastorno de personalidad, sino también cuando sólo se quiere averiguar si existe un trastorno específico de la misma (Costello, 1996). Otra cuestión controvertida, muy relacionada con la anterior, es la consideración de los trastornos de la personalidad desde una posición categorial o desde una posición dimensional (véase Millon y Escovar, 1996a). La taxonomía categorial produce descripciones simples y claras, pero menos cercanas a la realidad, aunque es más similar a la forma en que trabajan los clínicos, mientras que un modelo dimensional presenta información más precisa, pero también más compleja y difícil. Además, teniendo en cuenta el solapamiento que se da entre las características de los distintos trastornos de personalidad, parece que el enfoque dimensional podría ser un enfoque más correcto. Sin embargo, la clasificación del *DSM-IV* (APA, 1994) adopta una posición categorial, aunque dé cierto crédito a los modelos dimensionales. Este sistema nosológico plantea tres grandes grupos en los que reúne a los distintos trastornos de personalidad (Grupo A: extraños/excéntricos, Grupo B: teatrales/emotivos, Grupo C: ansiosos/temerosos), señalando que podrían considerarse como dimensiones que representan el amplio rango de las disfunciones de la personalidad a lo largo de un continuo donde se incluirían a los trastornos del Eje I. En el cuadro 16.1 se incluyen los trastornos de personalidad de estos tres grupos, más otros trastornos que pueden ser de utilidad para el lector interesado en este tema.

II.1. *El Grupo A de los trastornos de personalidad: los extraños o excéntricos*

El Grupo A se caracteriza por un patrón general de cogniciones (p. ej., sospechas), autoexpresiones (p. ej., habla extraña) y relaciones con los demás (p. ej., solitarios) anormales. Es, quizás, el grupo más controvertido con respecto a si los trastornos que incluye deben estar en el Eje II o si por el contrario sería más conveniente clasificarlos en alguna categoría (esquizofrenia o trastorno delirante) del Eje I.

II.1.1. El trastorno paranoide de la personalidad (TPP)

Este trastorno se caracteriza por sospechas y desconfianza profundas e infundadas hacia los demás. Las personas con un TPP que se suelen dar cuenta de todo lo que sucede a su alrededor, vigilando constantemente las situaciones y personas de su entorno y prestando especial atención a los mensajes con doble sentido, a las motivaciones ocultas, etc. Se encuentran alerta ante las amenazas y esa hipervigilancia conduce a una interpretación errónea de acontecimientos que, de otra manera, pasarían desapercibidos. Aparentemente esas características de sospecha y desconfianza son aprendidas por el sujeto, lo que conduce a un alejamiento de la gente y a restricciones emocionales, poniendo frecuentemente a prueba a los demás y manteniendo sospechas constantes. En los pacientes paranoides se suelen cumplir sus profecías de sospecha al provocar en los demás una tendencia a ocultar las cosas y al ser excesivamente cuidadosos (Andreasen y Black, 1995; Bernstein, 1996).

Son muy sensibles a las críticas y culpan fácilmente a los demás, incluso al destino, por sus dificultades y desgracias. Se suelen guardar sus opiniones e ideas y sólo en raras ocasiones las comunican, por lo que sus dificultades de desadaptación pasan a menudo desapercibidas. Sin embargo, en contextos más íntimos, como las relaciones laborales o de pareja, suelen darse habitualmente problemas importantes (Meissner, 1995).

Parece que los rasgos paranoides ocurren de forma premórbida en personas con trastorno delirante. Se ha señalado que es posible que este último trastorno y la esquizofrenia no compartan una base genética de forma clara. Por lo que en estos momentos existe una cierta controversia en situar al trastorno paranoide de la personalidad en el ámbito de la esquizofrenia o del trastorno delirante.

Cuestiones terapéuticas

El trastorno paranoide de la personalidad (TPP) rara vez se ve en la clínica. El deterioro se suele manifestar principalmente en las relaciones con los demás, por lo que suele constituir un problema más para su entorno que para el propio sujeto. Además, en el caso de que acuda a tratamiento, es difícil que exprese sus problemas emocionales o interpersonales, debido a su desconfianza y precaución ante la gente, y raramente permitirá que le investiguen o le estudien.

El sujeto con un TPP que acude a tratamiento lo hará generalmente por problemas en las relaciones con los demás. Así, es posible que desee tener más habilidades sociales para que los demás no se aprovechen de él, para conseguir ascender más rápidamente que sus compañeros en el trabajo, para afrontar las críticas, etc. Sin embargo, el diagnóstico del trastorno de base es esencial para poder aplicar un tratamiento adecuado.

Debido a las características típicas del TPP, la primera tarea del terapeuta al abordar este trastorno es establecer una relación de colaboración con el paciente. Sin embargo, hay que hacerlo con cuidado, teniendo en cuenta que es probable que los intentos directos para convencer al paciente de que confíe en el terapeuta sean percibidos como engañosos y, por lo tanto, aumenten sus sospechas. Un posible enfoque sería aceptar abiertamente la desconfianza del paciente, una vez que es aparente, y gradualmente manifestar su confianza por medio de actos, en vez de presionar al paciente para que confíe en el terapeuta de forma inmediata (Beck y Freeman, 1990). La fase inicial de la terapia puede ser especialmente estresante para el sujeto con un TPP, por lo que la utilización de estrategias conductuales que se centran en objetivos poco amenazantes para el paciente puede ser realmente importante en las etapas iniciales de la terapia. La consecución de una progresiva sensación de autoeficacia sería una de las principales metas de la terapia cognitivo-conductual, junto con el aprendizaje de formas de *controlar la ansiedad* y de *habilidades interpersonales* más adecuadas. La reestructuración cognitiva y la modificación de esquemas básicos del TPP constituirían intervenciones cognitivas que seguirían a los procedimientos más conductuales que se acaban de señalar y que intentarían cambiar los patrones cognitivos, conductuales y afectivos del paciente.

Con respecto a los procedimientos conductuales que señalamos anteriormente, Turkat (1990) propone intervenir en sujetos con un TPP con dos enfoques básicos:

a. Reducción de la sensibilidad del paciente ante las críticas provenientes de los demás. Entre los procedimientos que se utilizan para alcanzar este objetivo se encuentran la relajación muscular o alguna estrategia de reestructuración cognitiva, con el fin de enseñar algún tipo de respuesta antiansiedad. Además, se desarrolla conjuntamente entre terapeuta y paciente una jerarquía de críticas provocadoras de ansiedad, a las que éste se irá desensibilizando (en la clínica y, posteriormente, en vivo) a través de los procedimientos para combatir la ansiedad que se han enseñado previamente.

b. Entrenamiento en habilidades sociales. Aquí se plantean cuatro áreas que el paciente debería mejorar: 1. *Atención social*, con el fin de prestar atención a los estímulos pertinentes de las situaciones sociales; la observación y análisis de interacciones interpersonales grabadas en vídeo puede ser una útil herramienta para este fin; 2. *Procesamiento de la información*, centrándose en enseñar al paciente a interpretar correctamente los estímulos sociales; 3. *Emisión de la respuesta*, atendiendo principalmente a la adecuación de los comportamientos paralingüísticos y no verbales, incluyendo la apariencia física; y 4, *Retroalimentación*, con el fin de utilizar las consecuencias de su conducta de forma apropiada, aprendiendo a utilizar la retroalimentación negativa (a pesar de su sensibilidad a las críticas) de forma constructiva y prestando atención al aumento de retroalimentación positiva.

Actualmente existen pocos datos sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento del TPP.

Tratamiento farmacológico: El tratamiento farmacológico no parece ser de ayuda en este caso (Meissner, 1995; Reid, 1989). El TPP es un trastorno difícil de tratar y, debido a los síntomas característicos del mismo, el pronóstico no es muy favorable.

II.1.2. El trastorno esquizoide de la personalidad (TEP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresión emocional en situaciones interpersonales. Los sujetos con un TEP son esencialmente solitarios, sin amigos/as, que no necesitan a nadie, salvo a sí mismos, que no disfrutan de las relaciones sociales ni sexuales, que no se inmutan por los elogios o las críticas de los demás y que apenas sienten emociones.

Las historias de estas personas reflejan intereses asociados a la soledad y éxito en trabajos solitarios, no competitivos, que son difíciles de tolerar para otras personas. Son capaces de invertir gran cantidad de energía afectiva en intereses no humanos, como la física o las matemáticas, y pueden estar muy unidos a animales (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). Sin embargo, son incapaces de obtener placer de las actividades de naturaleza social. «El mundo lo experimentan en tonalidades de gris en vez de a colores» (Bernstein, 1996:43).

Se ha planteado una relación genética entre el TEP y la esquizofrenia, aunque hay muchas dudas hoy día sobre esta relación. Por ejemplo, Wolff y Chick (1980)

encontraron que sólo el 9% de los niños esquizoides de su estudio desarrollaba esquizofrenia en la edad adulta, mientras que Kety (1976), revisando numerosos estudios sobre los aspectos genéticos de los trastornos del ámbito de la esquizofrenia, no halló que la presencia del TEP fuese más frecuente en los familiares de los sujetos con esquizofrenia que en otros grupos control.

Cuestiones terapéuticas

Es muy poco frecuente que los sujetos con un TEP acudan a tratamiento y si lo hacen suele ser por otros problemas distintos al TEP (depresión, elevado estrés, drogadicción, etc.), aunque éste pueda encontrarse en la base de dichos problemas. Existe muy poca información sobre el tratamiento de pacientes con un TEP. La falta de motivación para cambiar de estos sujetos, así como sus limitaciones en la expresión afectiva, constituyen importantes obstáculos para que una terapia tenga éxito en la modificación de los síntomas del TEP. En algún caso se ha informado de una cierta utilidad de la hipnosis (Scott, 1989), aunque son casos anecdóticos. En el supuesto de que el paciente tuviera motivación para cambiar, las técnicas conductuales podrían ayudar, especialmente en lo concerniente a la adaptación adecuada a nuevas circunstancias y a la disminución del aislamiento social (Kalus, Bernstein y Siever, 1995). El *entrenamiento en habilidades sociales* (especialmente en grupo) y la *exposición graduada* a tareas sociales, como el establecimiento de actividades sociales estructuradas, pueden ser procedimientos de ayuda para mejorar y aumentar las relaciones interpersonales de los sujetos con un TEP.

La modificación de los esquemas y pensamientos disfuncionales básicos de este trastorno por medio de la terapia cognitiva es difícil, teniendo en cuenta la importancia de la colaboración entre paciente y terapeuta que requiere ese tipo de terapia. Las intervenciones cognitivas con el TEP han sido vagas y poco explícitas (p. ej., Beck y Freeman, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990), proponiéndose un registro diario sistemático de los pensamientos disfuncionales y de las suposiciones básicas (que se irán abordando en las sesiones posteriores), y un aumento en la vivencia de emociones positivas (frecuentemente a través de tareas conductuales).

Tratamiento farmacológico: La terapia farmacológica no parece de mucha utilidad con este tipo de pacientes, aunque a veces se han utilizado antipsicóticos, anti-depresivos o psicoestimulantes.

II.1.3. El trastorno esquizotípico de la personalidad (TETP)

Los individuos con este trastorno se caracterizan por un patrón general de déficit sociales e interpersonales que produce un malestar agudo ante, y una capacidad reducida para, las relaciones interpersonales, dándose también distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades de la conducta (APA, 1994). Los sujetos con un TETP suelen ser vistos por los demás como peculiares y raros, y son rechazados a menudo por la sociedad. Pueden prestar poca atención a su apariencia, pareciendo torpes en

la conversación y siendo tímidos, distantes, reservados o socialmente inapropiados. Generalmente tienen pocos o ningún/a amigo/a, presentando importantes dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales. Pueden darse ideas de referencia, creencias raras o pensamiento mágico, experiencias perceptivas poco habituales, pensamiento y habla extraños, sospechas hacia los demás y afecto inapropiado o restringido. Les interesan temas excéntricos y suelen ser vulnerables al adoctrinamiento por sectas o religiones. Bajo estrés pueden experimentar a veces síntomas psicóticos transitorios, pero generalmente desaparecen de forma rápida y no son una característica del funcionamiento habitual de los sujetos con un TEPT (Bernstein, 1996).

Se ha señalado que podría darse una diátesis genética común a la esquizofrenia y al TETP (Siever, Bernstein y Silverman, 1995), habiéndose encontrado que el TETP es mucho más frecuente entre la familia biológica de pacientes con esquizofrenia que entre el mismo tipo de familiares de pacientes control.

Cuestiones terapéuticas

No parece haber muchos estudios empíricos sobre el tratamiento sistemático de pacientes con un TETP. Desde el punto de vista cognitivo-conductual, el *entrenamiento en habilidades sociales* y el *manejo del estrés*, utilizados de manera similar a la expuesta en el apartado del trastorno paranoide de la personalidad, pueden ser procedimientos muy útiles para enseñarle habilidades interpersonales que hagan más eficaz su interacción social, así como técnicas de control de la ansiedad que mejoran igualmente su expresión social (Turkat, 1990). Este autor relata el tratamiento de un caso de TETP donde el paciente había desarrollado una falta de confianza en su propio juicio. Como parte del tratamiento, se le enseñó que había muchos niveles de analizar la información, que una posible opción en ese análisis era realizar primero una buena observación y, a partir de ésta, hacer el juicio ateniéndose inicialmente a una descripción básica. Las tareas para casa incluían práctica a un nivel de análisis descriptivo y leer breves sinopsis científicas sobre descripciones operacionales (el paciente era un estudiante universitario). Luego, el paciente aprendió un método para comparar juicios, de forma que, ante un juicio negativo que hacían de él, tenía que dar primero una definición operacional, luego describir varios atributos en los que otras personas estuvieran de acuerdo que eran indicadores importantes del concepto y, finalmente, buscar indicadores del concepto en él mismo.

Para los pacientes con un TETP pueden ser útiles estrategias terapéuticas (y fármacos) utilizados para la esquizofrenia, dada la notable relación entre estas dos entidades clínicas. Así, Stone (1985) enfatiza el entrenamiento en habilidades sociales dirigido a modificar la hostilidad y antipatía de los sujetos con un TETP, así como su forma de vestir, su forma de hablar y los hábitos extraños. Se les puede enseñar también a buscar trabajo, a mejorar su nivel educativo y a desarrollar aficiones. El autor anterior favorece un estilo activo, por parte del terapeuta, que tenga en cuenta la falta de humor de los esquizotípicos, su timidez o ansiedad social y su hipersensibilidad ante señales de no caer bien a los demás, igualmente, debe tener en cuenta la falta en el paciente de una sensación de continuidad del tiempo o de las personas,

tiene que comprender lo poco gratificantes que suelen ser las relaciones interpersonales para este tipo de individuos, siendo necesario ser concreto y prepararse para los problemas que tienen estos pacientes para generalizar lo que aprenden.

Beck y Freeman (1990) utilizaron el enfoque cognitivo-conductual para tratar el aislamiento social de un paciente con un TETP, aislamiento que era producto de una serie de respuestas emocionales a pensamientos disfuncionales sobre los demás. Esos autores plantearon cuatro estrategias básicas para el tratamiento del TETP:

- a. Establecer una sólida relación terapéutica para reducir el aislamiento social; se propone igualmente aumentar la red social general del paciente.
- b. Aumentar la adecuación social por medio del entrenamiento en habilidades sociales, donde se emplean estrategias conductuales (representación de papeles) y cognitivas; entre estas últimas se encuentra la identificación de los pensamientos automáticos y de las suposiciones subyacentes sobre la interacción con los demás.
- c. Mantener las sesiones de terapia estructuradas para limitar el divagar y el habla extraña, identificando, además, una pequeña meta para cada sesión.
- d. Enseñar al paciente a buscar pruebas objetivas en el ambiente para evaluar sus pensamientos, en vez de fiarse de sus propias respuestas emocionales. Es importante que el paciente aprenda a no hacer caso a sus pensamientos inadecuados y a considerar las consecuencias de responder emocional o conductualmente siguiendo esos pensamientos.

Tratamiento farmacológico: La terapia farmacológica se ha centrado en la administración de antipsicóticos para el control de las ideas de referencia, las ilusiones y otros síntomas similares. Cuando existe un trastorno afectivo añadido se suelen utilizar antidepresivos.

II.2. *El Grupo B de los trastornos de personalidad: los teatrales o impulsivos*

Los trastornos del Grupo B se caracterizan por un patrón general de violación de las normas sociales (p. ej., la conducta delictiva), por conducta y emotividad excesivas, y por grandiosidad (Andreasen y Black, 1995). Este grupo de trastornos suele implicar la expresión manifiesta de sus rasgos típicos, produciéndose estallidos de ira, conductas autolesivas, seductoras, habla impresionista, etcétera.

II.2.1. El trastorno antisocial de la personalidad (TAP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón de comportamiento desconsiderado, explotador, socialmente irresponsable, tal como lo indican el fracaso para adaptarse a las normas sociales, falsedad, irritabilidad y agresividad, despreocupación por la seguridad propia o de los demás, incapacidad para conservar un trabajo o cumplir sus

obligaciones financieras, y ausencia de remordimiento. La apariencia exterior de estos sujetos es normal, incluso puede llegar a ser agradable y atrayente. Sin embargo, su historial está lleno de mentiras, engaños, robos, peleas, consumo de drogas, etc. Los intentos de suicidio y las preocupaciones somáticas en estos pacientes son frecuentes (Kaplan et al, 1994). La promiscuidad, el maltrato a la pareja o a los hijos y la conducción bajo los efectos del alcohol son comportamientos característicos de los sujetos con un TAP (APA, 1994; Echeburúa, 1994).

Se ha señalado que los sujetos con este trastorno son típicamente incapaces de subordinar lo real a lo posible. Su concepción del mundo es personal, no interpersonal. No pueden ponerse en el papel de la otra persona. Piensan de manera lineal, considerando las reacciones de los demás sólo después de haber satisfecho sus propios deseos (Beck y Freeman, 1990).

Algunos autores plantean que el presente trastorno puede tener una base hereditaria, ya que casi un cuarto de los familiares de primer grado de los pacientes con un TAP tiene también el trastorno (Andreasen y Black, 1995), pero una combinación de factores genéticos y ambientales parece explicar mejor el comportamiento de los sujetos con un TAP (Cloninger y Gottesman, 1987).

Cuestiones terapéuticas

Los sujetos con un TAP raramente acuden a tratamiento, a menos que se les obligue. Y cuando lo hacen, el tratamiento suele ser ineficaz. Esto se debe fundamentalmente a las características que definen el trastorno, como la falta de empatía, la incapacidad para establecer relaciones fiables y su desprecio por las normas sociales. En casos extremos de conducta psicopática, aspectos tales como el déficit en el aprendizaje por evitación pasiva (conducta de inhibición cuando se enfrenta al castigo), la incapacidad para anticipar las consecuencias a largo plazo de sus acciones y para reflexionar sobre el pasado, un moderado trastorno del pensamiento formal y el deterioro en la comprensión del significado implícito de las palabras, hacen muy difícil que un programa de intervención tenga un mínimo impacto.

Sin embargo, a veces se han llevado a cabo programas de tratamiento para sujetos encerrados en cárceles, muchos de los cuales cumplen los criterios del TAP. En estos casos, parece que habría tres principios directrices (Melloy, 1995):

- a. Los programas son más eficaces con sujetos que se encuentran en el rango moderado del trastorno.
- b. La intervención es más eficaz cuando se abordan aspectos que conducen a la conducta delictiva, como los valores y actitudes antisociales, relaciones con otros delincuentes, dependencia de las drogas y déficit educativos-laborales.
- c. El tratamiento debería enseñar y fortalecer las habilidades interpersonales y modelar las actitudes prosociales.

En el caso de que los sujetos con un TAP estén recluidos en algún tipo de institución, donde el ambiente pueda controlarse en gran medida y utilizarse como técnica terapéutica, se han planteado algunos tipos de intervenciones: a. programas de

economía de fichas; *b.* la comunidad terapéutica, con resultados bastante negativos hasta la fecha (Rice, Harris y Cormier, 1992); y *c.* programas llevados a cabo en la naturaleza. Marshall y Fernández (1997) presentan un programa cognitivo-conductual sistemático para el tratamiento de delincuentes sexuales donde los objetivos de la intervención se dividen en dos áreas:

1. Objetivos *específicos* al delito, que 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.
2. Objetivos *relacionados* con el delito, que se refieren a temas considerados como precursores o que influyen en el delito, tales como deficientes habilidades de relación, pobre solución de problemas, consumo de sustancias psicoactivas, escaso control de la ira y habilidades para la vida inadecuadas.

Éste y otros programas para el tratamiento de sujetos con un TAP recluidos necesitan de más evaluaciones sobre sus resultados y la posible eficacia de los mismos.

Algunos autores han propuesto el tratamiento de aspectos concretos del TAP. Por ejemplo, Turkat (1990) plantea la modificación de dos comportamientos básicos, como son la ira y la falta de control de los impulsos. En el primer caso, el autor propone el *manejo de la ira* como procedimiento de intervención, donde se especifican todos los estímulos que provocan ira y se colocan en una jerarquía según el grado de ira provocado. Luego, se utiliza una respuesta competitiva, como la relajación profunda o la distracción cognitiva. En el segundo caso, se emplea en *entrenamiento en el control de impulsos* de forma similar al anterior, estableciéndose una jerarquía y utilizando respuestas competitivas ante las ganas de actuar impulsivamente. Estas respuestas suelen consistir en *estrategias de distracción*, que pueden ser *internas* (cogniciones incompatibles con las ganas de actuar de forma impulsiva) o *externas* (modificación de algún aspecto del ambiente que llame su atención).

Tratamiento farmacológico: No existe tratamiento farmacológico para el TAP, aunque a veces se han prescrito fármacos (litio, fluoxetina, benzodiazepinas, etc.) para conductas concretas del trastorno, especialmente la impulsividad y la agresividad.

II.2.2. El trastorno límite de la personalidad (TLP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de uno mismo y de los afectos, y presencia de una notable impulsividad. Los sujetos con un TLP suelen tener sensaciones crónicas de vacío, conductas o gestos suicidas y comportamientos autolesivos, ira inapropiada o intensa o dificultades para controlarla, ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos graves, y no soportan la soledad, realizando grandes esfuerzos para evi-

tar el abandono real o imaginario (APA, 1994; Gunderson, Zananny Kiesel, 1991). La impulsividad parece ser una característica central de los individuos con un TLP, así como el cambio frecuente y rápido de sus emociones. Evolutivamente, estos sujetos no han sido capaces de formar un conjunto coherente e integrado de esquemas sobre sí mismos, apegándose a los demás para centrarse.

El TLP se solapa con otros trastornos del Eje II, especialmente con los trastornos de personalidad paranoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, dependiente y por evitación. Parece que también hay una elevada comorbilidad del TLP con algunos trastornos del Eje I, especialmente con los trastornos del estado de ánimo, el trastorno por estrés postraumático, el abuso de sustancias psicoactivas, el trastorno por pánico y el déficit de atención (Derksen, 1995; Widsger y Trull, 1993).

Cuestiones terapéuticas

Se han desarrollado diferentes intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento del TLP. Destacaremos seguidamente algunas de ellas.

1. La terapia cognitiva de Beck

Buena parte de esos enfoques se basan en la terapia cognitiva que Beck, propuso para el tratamiento de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El enfoque de Beck y Freeman (1990) consiste en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales, prestando especial atención a las suposiciones y a los errores básicos del pensamiento (distorsiones cognitivas). Para este enfoque, el individuo con un TLP mantiene tres suposiciones básicas que influyen sobre la conducta y las respuestas emocionales: «El mundo es peligroso y malévol», «soy débil y vulnerable» y «soy inaceptable en esencia». Igualmente, el pensamiento dicotómico juega un papel esencial en perpetuar las crisis y los conflictos. Beck y Freeman (1990) plantean un plan de tratamiento que favorezca una alianza terapéutica, minimice la falta de adhesión al tratamiento, disminuya el pensamiento dicotómico, aborde las suposiciones básicas, aumente el control sobre las emociones, mejore el control de los impulsos y fortalezca la identidad del paciente.

2. La terapia cognitiva centrada en Los esquemas, de Young

Young (1994) ha desarrollado la “terapia cognitiva centrada en los esquemas” para el tratamiento de los trastornos de personalidad en general. Sin embargo, el TLP parece beneficiarse especialmente de ella. Para Young los esquemas tempranos desadaptativos (ETDs) que caracterizan al TLP en la infancia son el temor al abandono y a la pérdida, la falta de amor, la dependencia, el no llegar a sentirse como sujeto individual, la desconfianza, la escasa autodisciplina, el temor a perder el control emocional, la culpa excesiva y la privación emocional. Desde la terapia propuesta por Young, estos son los esquemas que hay que identificar y cambiar. Una descripción más amplia sobre esta terapia se puede ver al final del capítulo.

3. *La terapia, cognitivo-conductual dinámica, de Turner*

La terapia cognitivo-conductual dinámica (TCCD), propuesta por Turner (1989, 1992, 1994), aborda el tratamiento del TLP centrándose principalmente en los componentes impulsivos de ira del TLP. Este enfoque de terapia cognitivo-conductual integra estrategias terapéuticas dinámicas para clarificar y modificar los esquemas del paciente. La TCCD interpreta los conflictos y utiliza estrategias cognitivas y conductuales para modificar las distorsiones cognitivas y emplea las técnicas de interpretación para echar abajo las barreras al cambio. La TCCD enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento humano, considerando a la relación terapéutica como el principal medio para la aplicación del tratamiento.

El tratamiento dura un año, siendo intenso los seis primeros meses. Durante las primeras 10 semanas se planifican 3 sesiones cada semana y las siguientes 16 semanas, 2 sesiones semanales. Si el tratamiento va bien, luego se cambia a una sesión semanal. El programa de tratamiento consta de varias fases: *a.* control de la crisis; *b.* contrato terapéutico; *c.* evaluación del problema; *d.* formulación de caso dinámica-cognitiva; *e.* intervención intensiva; *f.* sesiones terapéuticas de apoyo (*booster sessions*), y *g.* terminación.

Las estrategias utilizadas durante la terapia se clasificarían en tres grupos:

1. Estrategias que implican acción, como: *a.* tareas para casa, de forma especial el experimentar y practicar nuevas formas de pensar, actuar y sentir; *b.* representación de papeles e inversión del papel; *c.* autorregistros; *d.* entrenamiento en habilidades de comunicación; *e.* contrato conductual; *f.* exposición y prevención de la respuesta; *g.* práctica de las habilidades de solución de problemas; y *h.* experiencia emocional y conductual de las interpretaciones de la transferencia.
2. Estrategias que utilizan la imaginación, como: *a.* automodelado encubierto; *b.* imaginación guiada; *c.* terapia implosiva; y *d.* exposición en la imaginación.
3. Estrategias de codificación y procesamiento de la información, como: *a.* interpretación y cuestionamiento de las distorsiones cognitivas frecuentes; *b.* cuestionamiento de las reacciones conductuales y emocionales actuales y búsqueda de procesos de afrontamiento alternativos; *c.* educación activa de los pacientes sobre su estructura dinámica-cognitiva, sus creencias disfuncionales, sus distorsiones cognitivas y sus motivaciones; *d.* enseñanza de habilidades de solución de problemas; *e.* corrección de las disfunciones cognitivas y de las creencias disfuncionales; y *f.* mejora de la capacidad de los pacientes para controlar y regular su estilo de procesamiento de la información.

Aunque hay algunos estudios que muestran una cierta eficacia de esta terapia (p. ej., Turner, 1989, 1993), hacen falta más estudios sobre la misma, especialmente realizados por otros investigadores distintos al creador de la TCCD.

4. *La formulación clínica de caso, de Turkat*

Turkat (1990) plantea que los sujetos con un TLP tienen un importante déficit en la solución de problemas, constituyendo su característica básica. Ese autor propone dos aspectos a considerar:

1. Tener en cuenta la naturaleza del déficit de solución de problemas, que diferirá según el caso.

2. Aunque la formulación de un déficit de solución de problemas sugiere un tratamiento basado en la solución de problemas, el TLP raramente permitirá al terapeuta llevar a cabo este tratamiento. «Entre sesiones parece desencadenarse una nueva “crisis” y a menudo resulta difícil hacer que el paciente “vuelva a retomar” el problema básico que necesita atención. Por el contrario, el paciente plantea exigencias inmediatas de alivio, lo que impide que se implique en la práctica de la solución de problemas, incluso cuando esa práctica pudiera proporcionar una resolución inmediata de la crisis» (Turkat, 1990: 70). Este autor es pesimista con respecto a los sujetos que padecen un TLP, indicando que sus mejores resultados han conseguido, como mucho, moderar las dificultades básicas de esos pacientes. No obstante, sugiere algunas estrategias de intervención, como *a.* entrenamiento en solución de problemas; *b.* entrenamiento en formación de conceptos; *c.* manejo de la categorización (no evaluar las cosas sólo en términos de extremos), y *d.* manejo de la velocidad de procesamiento, aumentando dicha velocidad.

5. *La terapia dialéctica conductual, de Linehan*

Esta terapia cognitivo-conductual ha sido desarrollada por Linehan para el tratamiento de pacientes con un TLP y con comportamientos parasuicidas (Linehan, 1987; 1993*a, b*). Linehan utiliza una teoría biosocial para conceptualizar al TLP, donde la base constitucional del trastorno es la elevada reactividad emocional y la falta de regulación. Propone que los patrones conductuales del TLP son el resultado de la transacción entre el niño emocionalmente vulnerable y el ambiente que invalida las expresiones de la experiencia privada, especialmente de las expresiones emocionales.

La terapia dialéctica conductual implica, de forma simultánea, terapia individual y entrenamiento en habilidades sociales, acompañados normalmente por terapia de grupo (Aramburu, 1996; Linehan, 1993*a, b*). El formato de grupo es psicoeducativo, enfatizando la adquisición de las habilidades conductuales, como la eficacia interpersonal, la regulación de las emociones, la tolerancia ante el malestar, las prácticas de meditación y el autocontrol. En el tratamiento individual, los objetivos del tratamiento se colocan jerárquicamente del siguiente modo (Aramburu, 1996; Tutek y Linehan, 1993): 1. disminución o eliminación de las conductas suicidas-y-parasuicidas; 2. disminución o eliminación de las conductas que interfieren con el curso de la terapia; 3. disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la calidad del vivir; 4. adquisición de habilidades conductuales; 5. reducción de los efectos del estrés postraumático; 6. aumento del respeto por uno mismo, y 7. obtención de los objetivos individuales que el paciente trae a la terapia. El primer

objetivo de la terapia individual sería bloquear las conductas en las primeras tres áreas y sustituirlas por habilidades conductuales en la cuarta área. Posteriormente, los objetivos son descubrir y reducir los efectos de los traumas infantiles sexuales, físicos y emocionales (objetivo 5) y enseñar a los pacientes a confiar en ellos mismos (objetivo 6). «La ordenación jerárquica implica no solamente un orden de prioridades, sino también la exigencia de que para tratar un objetivo posterior no deben darse incidencias de conductas problema que tengan una prioridad más alta» (Aramburu, 1996: 133).

La terapia dialéctica conductual ha sido quizás la primera terapia cognitivo-conductual en ser evaluada empíricamente para el TLP (Linehan *et al.*, 1991; Linchan, Heard y Armstrong, 1993) y es una de las más específicas y sistematizadas, aunque a veces pueda parecer excesivamente compleja y con demasiados procedimientos heterogéneos en la aplicación de la misma.

Tratamiento farmacológico. Con respecto al tratamiento farmacológico del TLP, se han utilizado antipsicóticos para las distorsiones perceptivas y el control de la ira y la hostilidad, antidepresivos (IMAO) para mejorar el estado de ánimo depresivo, especialmente la disforia que acompaña al rechazo interpersonal, y el carbonato de litio para tratar los cambios de humor (Andreasen y Black, 1995; Bernardo Arroyo *et al.*, 1998). Igualmente, se han empleado inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRS), como la fluoxetina, la sertralina o la paroxetina. Sin embargo, no se conoce la utilidad a largo plazo de estos fármacos.

II.2.3. El trastorno histriónico de la personalidad (THP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón general de emocionalidad excesiva y de búsqueda de atención (APA, 1994). Para los sujetos con un THP el mundo es un escenario, la emoción impregna todas sus acciones y raramente existe el aburrimiento en sus vidas o en quienes las comparten con ellos/as. Suelen estar incómodos en situaciones en las que no son el centro de la atención, utilizando frecuentemente su apariencia física para llamar la atención de los demás. Manifiestan una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante, son fácilmente sugestionables y su interacción social suele ser sexualmente seductora y provocadora. Su estilo de habla es muy impresionista, no incluyendo detalles, suelen exagerar sus pensamientos y sentimientos, haciendo que todo parezca más importante de lo que realmente es, y consideran que sus relaciones interpersonales son más íntimas de lo que son en realidad. Son sujetos que tienen grandes dificultades para ser empáticos y para leer con cierta eficacia las emociones e intenciones de los demás. Turner (1996) señala que ha identificado tres grupos de sujetos con un THP: a. *Grupo seductor*, caracterizado por una conducta seductora y una preocupación excesiva con el atractivo; b. *Grupo emocionalmente inestable*, definido por emociones exageradas y cambiantes; y c. *Grupo de atención y aceptación*, caracterizado por una necesidad excesiva de atención y aceptación y emociones exageradas.

Los individuos con un THP son notablemente vulnerables a los trastornos del Eje I, destacando la distimia, la depresión, la ansiedad ante la separación, el alcoholismo y el consumo de sustancias psicoactivas.

Cuestiones terapéuticas

Hay autores que son muy pesimistas con respecto a la posibilidad de modificar los patrones básicos de la personalidad histriónica (p. ej., Turkat, 1990). Este autor propone que, en algunos casos muy concretos, el *entrenamiento en empatía* puede ser útil. Por medio de este procedimiento se le enseñan al paciente habilidades básicas como la escucha activa, parafrasear y a reflejar lo que el otro dice. El objetivo es que aprenda a prestar más atención a la gente que está a su alrededor y a centrarse cada vez más en los sentimientos de los demás. Se puede utilizar la representación de papeles con retroalimentación por medio del vídeo.

Seguidamente nos detendremos brevemente en algunos procedimientos más sistemáticos para la intervención sobre el THP.

1. *La terapia de integración, de Horowitz*

Horowitz (1995) plantea una integración de aspectos psicoanalistas y cognitivo-conductuales para la intervención sobre el THP. Dicha intervención la divide en 4 fases que, resumidamente, serían las siguientes:

- Fase 1. Clarificación de los fenómenos sintomáticos y establecimiento de una alianza terapéutica. El primer objetivo de esta fase es estabilizar las emociones del paciente, prestándole apoyo para reducir la probabilidad de conductas autolesivas y ayudarle a sentirse con más control de sí mismo. El segundo objetivo sería centrarse en los patrones interpersonales desadaptativos. En esta primera fase, se hace una lista de todos los síntomas psicológicos importantes, incluyendo cómo deterioran la vida del sujeto en las relaciones íntimas, laborales y de amistad. Igualmente, se intenta que el paciente vaya prestando atención tanto a acontecimientos internos (mentales) como externos.
- Fase 2. Identificación y afrontamiento de los cambios en el estado mental. El objetivo de esta fase es que el paciente mantenga unos estados de funcionamiento más auténticos. En esta fase se enseña al paciente a pensar antes de actuar, a hablar clara y tranquilamente mientras expresa ideas y emociones, a enlentecer el flujo de ideas para evitar la inundación emocional, a evitar el humor inapropiado, la simpatía excesiva o la conducta de flirteo, y a expresarse de forma auténtica como una forma de conseguir la atención.
- Fase 3. Identificación y contraataque de los procesos defensivos de control. El objetivo de esta fase es modificar los procesos defensivos de control que, constituyen un obstáculo para la terapia. En esta fase se contraataca la tendencia a evitar o abandonar rápidamente un tema que contenga conflictos y dilemas, se refuerzan las conductas de observar el comportamiento de los demás, se modela cómo guardar temas sin resolver hasta que se consigan aspectos de elección racional, etc.
- Fase 4. Identificar y ayudar al paciente a modificar creencias irracionales y con-

tradiciones en los esquemas sobre sí mismo y los demás. En esta fase, se ayuda al paciente a modificar, integrar y desarrollar conceptos del papel y de las relaciones con los demás. Se identifican patrones de dependencia excesiva, de percepciones autoderrotistas sobre uno mismo, temores a ser abandonado, etc., fomentando conductas opuestas, como el tomar las riendas de las propias acciones, contrastar las percepciones negativas con los hechos reales, etc. Esta última fase sería básicamente una fase de reestructuración cognitiva similar a la terapia cognitiva de Beck.

2. *La terapia cognitiva, de Beck*

Beck y Freeman (1990) plantean la dificultad de tratar a un sujeto con un THP por medio de la terapia cognitiva. Proponen que, incluso antes de que comience la terapia, el individuo con un THP necesita aprender a centrar la atención en sólo un tema a la vez. El establecimiento de un índice de contenidos es una buena manera de empezar a centrar la atención en los aspectos específicos de la sesión de terapia.

Dada la facilidad con que el paciente con un THP puede abandonar la terapia, se tienen que plantear objetivos específicos y concretos realmente importantes para aquél, de forma que obtenga beneficios a corto (especialmente) y a largo plazo. Sin embargo, después de las etapas iniciales de tratamiento, la intervención real dependerá de los problemas y objetivos particulares que presente el paciente, pero sin olvidarse de abordar los distintos elementos cognitivos que caracterizan al THP, con el fin de conseguir cambios duraderos en el síndrome general. De este modo, algunos de los procedimientos de tratamiento para el THP planteados por Beck y Freeman (1990) serían:

- a. Anotar los pensamientos por medio de la hoja de Registro Diario de Pensamientos como un medio de aprender la habilidad de identificar y cuestionar los pensamientos con el fin de cambiar las emociones. Este registro les servirá también para empezar a controlar su impulsividad, pensando antes de actuar.
- b. Dedicar un tiempo extra a explicar a los sujetos con un THP la utilidad de las tareas para casa, dada la elevada probabilidad de que los pacientes las encuentren aburridas.
- c. Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
- d. Entrenamiento en asertividad. Este procedimiento implica el empleo de métodos cognitivos para ayudar a los pacientes a prestar atención a lo que quieren y empezar a desarrollar una sensación de identidad, además de las técnicas más conductuales para enseñarles a comunicarse de forma más adaptativa. Si el entrenamiento es en grupo, tanto mejor.
- e. Cuestionar la creencia de que la pérdida de una relación sería desastroso. Para ello se pueden emplear dos métodos: 1. Descatastrofizar la idea de rechazo; 2. Diseñar experimentos conductuales que deliberadamente programen pequeños “rechazos” (p. ej., con extraños). Cuestionar también la creencia de que no pueden hacer las cosas ellos solos.
- f. Si tienen una relación íntima con otra persona, es probable que necesiten terapia de pareja.

3. La terapia de valoración cognitiva, de Wessler

La terapia de valoración cognitiva (TVC) es una terapia cognitivo-conductual que ha evolucionado hacia un enfoque integrado de la terapia para los trastornos de la personalidad (Wessler, 1993, 1997, en prensa; Wessler y Hankin-Wessler, 1991). Al final del capítulo se exponen algunos conceptos generales de esta terapia. Aquí describiremos brevemente algunas cuestiones pertinentes de la TVC para el paciente con un THP (Wessler, en prensa):

- a. El problema fundamental del terapeuta es establecer una relación con el paciente sin reforzar el comportamiento histriónico. Esto puede hacerse mostrando al comienzo el interés y la atención que la persona histriónica busca. Una vez que la relación es sólida y se ha formado una alianza terapéutica, el terapeuta puede cambiar a un enfoque más empático y reflejar los sentimientos que la persona tiene realmente, en vez de las emociones dramáticas que aparenta. Esto se hace para que el paciente sepa que la actuación histriónica no es necesaria para asegurar la relación o impedir la crítica.
- b. Ayudar al paciente histriónico a permanecer tranquilo, de forma que la entrevista sea terapéutica y no social, donde el terapeuta no se deje arrastrar por las atractivas historias del paciente.
- c. Utilizar el humor con cuidado para desinflar el estilo melodramático del sujeto con un THP.
- d. Hacer que el paciente se mantenga en contacto con la realidad. Una forma de hacerlo es usando la autorrevelación, por medio de la cual el terapeuta le dice al paciente cómo se sentiría y qué pensaría si se encontrara en la misma situación que él.
- e. Intentar verbalizaciones paradójicas para ayudar a reducir el grado de catástrofe y a mantenerse en contacto con la realidad. Al utilizar esta táctica, el terapeuta magnifica las verbalizaciones ya magnificadas del paciente.
- f. Reenmarcar las verbalizaciones del paciente y explicar sus efectos sobre otras personas. El paciente histriónico piensa que la inhibición de la expresión emocional es malo psicológica e incluso físicamente. El terapeuta puede reenmarcar la expresión excesiva del paciente, indicándole, sin crítica, que le da demasiada información que no puede manejar.

Tratamiento farmacológico: No existe tratamiento farmacológico para este trastorno y cuando se ha utilizado ha sido para el tratamiento de otros trastornos del Eje I comórbidos al trastorno.

II.2.4. El trastorno narcisista de la personalidad (TNP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón generalizado de grandiosidad (en fantasías o en conducta), necesidad de admiración y falta de empatía. Los sujetos con un TNP pueden ser líderes, con seguridad y ambición, quieren hacer las cosas sólo a su

manera, saben lo que quieren y cómo conseguirlo, suelen tener el carisma de atraer a otras personas y explotarlos para la consecución de sus propios objetivos y, generalmente, son extravertidos y muy políticos. Creen que son “especiales” y únicos y que sólo les pueden entender o sólo se pueden asociar con otras personas (o instituciones) especiales o que tengan un elevado estatus. No saben manejar las críticas y pueden enfurecerse cuando alguien se atreve a criticarles o, por el contrario, pueden aparentar que son completamente indiferentes a ellas. Tienen la sensación de “estar en su derecho”, es decir, poseen expectativas poco razonables de recibir un trato de favor especial o la anuencia automática de sus expectativas. A menudo tienen envidia de los demás o creen que los demás les tienen envidia y presentan actitudes o conductas arrogantes o soberbias. Sus relaciones sociales son frágiles, con escasos amigos íntimos, si es que tienen alguno, pero con muchas personas conocidas de las que sacar provecho, con las que se pueden mostrar simpáticos y encantadores para conseguir sus propios fines egoístas. La explosión de mal genio, los estallidos verbales o el maltrato emocional, físico o sexual pueden poner de manifiesto la creencia narcisista de que a los demás tiene que preocuparles primordialmente la felicidad o el bienestar del sujeto con un TNP. Es posible que otras personas describan sus relaciones con el narcisista como de “amor-odio”: sienten su encanto y al mismo tiempo se sienten explotados. Los sujetos con un TNP suelen tener una frágil autoestima y están predispuestos a la depresión. Soportan mal el envejecer, debido al deterioro de algunos atributos (físico, belleza, etc.) y el que su carrera sufra declives. Algunos de los problemas que estos individuos producen frecuentemente a su alrededor, y que no suelen ser capaces de manejar, son dificultades interpersonales, rechazo por parte de los demás, pérdidas de otras personas y problemas laborales (APA, 1994; Beck y Freeman, 1990; Kaplan *et al.*, 1994; Oldham y Morris, 1995).

Turner (1996) plantea dos subgrupos dentro del TNP: 1) *El grupo de atribución de derechos/fantasía ideal*, que se caracteriza por tener más sentimientos de envidia, por sentimientos de sentirse especial y por las experiencias de singularidad; 2) *El grupo explotador/no empático*, caracterizado por los criterios de explotación, falta de empatía, necesidad de ser el centro de la atención y dificultad para tolerar las críticas.

Cuestiones terapéuticas

El TNP es crónico y muy difícil de tratar por las características típicas del mismo. Sin embargo, la terapia cognitiva plantea algunas posibles pautas para la intervención sobre este tipo de trastorno (Beck y Freeman, 1990; Freeman *et al.*, 1990). Uno de los primeros objetivos de la terapia es establecer una colaboración en la tarea de concordar con los objetivos de la terapia. Dado que el paciente narcisista no acudirá a terapia para ser menos narcisista o para llevarse mejor con los demás, es importante que el terapeuta se centre en clarificar y operacionalizar los objetivos y problemas del paciente (problemas de relación, depresión, etc.), en vez de intentar convencerle de que trabaje para cambiar su narcisismo. Luego, este trastorno se convertirá de forma natural en objetivo de la terapia, puesto que impedirá alcanzar objetivos más concretos. Freeman *et al.* (1990) opinan que, en la práctica, puede ser más realista

tratar de modificar conductas específicas y ayudar al paciente a ser más moderado en su narcisismo, que planificar cambiar un patrón narcisista de toda la vida.

Una vez que se han identificado los objetivos de tratamiento, se pueden utilizar las técnicas conductuales y/o cognitivas que sean necesarias, aunque es probable que las primeras sean más útiles, al menos inicialmente, al requerir menos autorrevelación que los procedimientos cognitivos. Un aspecto esencial de la terapia es que el terapeuta establezca y mantenga directrices y límites firmes y sólidos en la terapia.

Beck y Freeman (1990) señalan que la terapia del TNP se centra en aumentar la responsabilidad conductual, disminuir las distorsiones cognitivas y el afecto disfuncional, formular nuevas actitudes, aumentar el comportamiento de reciprocidad y sensibilidad hacia los sentimientos de los demás, cooperar con los otros y asumir una parte del trabajo, desarrollar expectativas más razonables sobre los demás, mayor autocontrol de los hábitos y los estados de ánimo, y más autovaloraciones discriminativas, que reconozcan los aspectos comunes entre el paciente y las demás personas. La motivación para perseguir objetivos de mayor alcance puede provenir del deseo de obtener estados de ánimo más estables, mantener ciertas relaciones o carreras y eliminar los síntomas persistentes y recurrentes.

Entre los procedimientos que se emplea en la modificación de un TNP se encuentran los siguientes:

- a. El cambio de distorsiones cognitivas que el paciente tiene sobre sí mismo (p. ej., «soy único y especial y nadie llega a mi nivel») por otros pensamientos más realistas (p. ej., «toda persona es de algún modo única y especial. Se puede ser humano, como todo el mundo, sin dejar de ser único»).
- b. La reestructuración por medio de imágenes puede ser útil para desplazar las imágenes narcisistas y sustituirlas por fantasías que pongan el énfasis en las gratificaciones y placeres cotidianos que están al alcance de la mano.
- c. La hipersensibilidad a la evaluación puede abordarse por medio de la desensibilización sistemática y, como ejercicio específico, el paciente puede pedir retroalimentación a determinadas personas.
- d. Detención y distracción del pensamiento para acabar con los hábitos de pensamiento sobre lo que los otros están pensando.
- e. Entrenamiento en empatía, con representación e inversión de papeles y planteamiento de modos alternativos para tratar con los demás.
- f. Utilización de las técnicas precisas para la intervención sobre problemas específicos o asociados, como el maltrato verbal o físico, el acoso sexual, o conductas de beber o gastar en exceso. En caso de problemas de pareja o familiares, se puede utilizar la terapia de pareja o la terapia familiar.

Wessler (en prensa) describe algunas pautas del terapeuta de la TVC para abordar la sensación que posee el paciente de exigir a los demás y de “estar en su derecho”, que son las siguientes:

1. Intentar impresionar al sujeto narcisista.
2. Diferenciar entre un narcisista “a la defensiva” (le falta confianza en sí mismo) y un “verdadero” narcisista (carece de empatía). En ambos casos se

- trata de conseguir autovaloraciones más realistas, pero el punto de partida es diferente.
3. Escoger como objetivo terapéutico la disminución de la vergüenza (narcisista a la defensiva) o el aumento de empatía (narcisista verdadero).
 4. Utilizar la autorrevelación para crear disonancias entre la versión privada del paciente sobre la realidad y la versión socialmente adecuada del terapeuta.
 5. Hacer que el paciente sea más científico cuando extraiga conclusiones sobre los pensamientos, sentimientos y motivaciones de los demás.
 6. Fomentar que se sientan responsables, que confíen en sí mismos y que se vean capaces de conseguir lo que quieren, pero sin explotar a los demás.

Tratamiento farmacológico: A veces se ha utilizado carbonato de litio con pacientes que tienen fluctuaciones del estado de ánimo asociadas al TNP. Los pacientes proclives a los cuadros depresivos pueden ser tratados con antidepresivos (Kaplan *et al.*, 1994). Pueden igualmente emplearse inhibidores de la recaptación de la serotonina para la mejora de las relaciones interpersonales y, por lo tanto, para disminuir el rechazo por parte de los demás en los sujetos con un TNP (Bernardo Arroyo *et al.*, 1998).

II.3. *El Grupo C de los trastornos, de personalidad: los ansiosos o temerosos*

Los trastornos del Grupo C se caracterizan por un patrón general de temores anormales que tienen que ver con las relaciones sociales, la separación y la necesidad de control. Pfohl, Stangl y Zimmerman (1984) en su estudio sobre los trastornos de personalidad en pacientes con depresión mayor, encontraron que los pacientes del Grupo C eran distintos a los Grupos A y B en los resultados de la prueba de la supresión de la dexametasona, en la respuesta al tratamiento y en el riesgo familiar para la depresión y la personalidad antisocial.

II.3.1. El trastorno de la personalidad por evitación (TPE)

Este trastorno se define por un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad ante la evaluación negativa. Los sujetos con este trastorno se caracterizan por síntomas relativos a la esfera interpersonal, como la evitación de actividades que impliquen un contacto interpersonal significativo debido a las críticas, la desaprobación o el rechazo, el no relacionarse con personas a menos que esté seguro de que les van a aceptar, muestran inhibición en las relaciones íntimas debido al temor a pasar vergüenza o ridículo y, a pesar de los deseos de relacionarse, se preocupan en exceso por ser criticados o rechazados en situaciones sociales. Algunos otros síntomas se refieren al área de la imagen problemática sobre uno mismo, como estar inhibidos en nuevas situaciones interpersonales debido a sentimientos de inadecuación y el percibirse a sí mismos socialmente ineptos, per-

sonalmente poco interesantes o inferiores a los demás. Otras características están relacionadas con el estado de ánimo, como el rechazar correr riesgos personales o implicarse en actividades nuevas debido a que puede resultar embarazoso (APA, 1994; Millón y Escovar, 1996b). Por otra parte, la familiaridad proporciona bienestar, satisfacción e inspiración a los sujetos con un TPE, que desarrollan sus facultades en un ambiente emocionalmente seguro, con pocos amigos y familiares.

Los criterios del TPE son difícilmente distinguibles de los de la fobia social generalizada, por lo que es de suponer que ambos síndromes sean, en realidad, variaciones de un único trastorno.

Cuestiones terapéuticas

La intervención con el TPE puede ser muy similar a la que tiene lugar con el trastorno del Eje I "Fobia social generalizada" (véase Caballo, Andrés y Bas, 1997, para un programa sistemático cognitivo-conductual con este síndrome). En general, dependiendo de la etiología que se le ha supuesto a la evitación interpersonal y a la ansiedad social del TPE, se ha empleado una serie de estrategias de tratamiento:

- a. Entrenamiento en *relajación* con o sin *desensibilización sistemática*, utilizadas para disminuir la ansiedad asociada con los encuentros sociales problemáticos.
- b. *Entrenamiento en habilidades sociales*, con los elementos del ensayo de conducta, el modelado, las instrucciones, la retroalimentación/reforzamiento y las tareas para casa.
- c. *Terapias cognitivas* dirigidas a eliminar las suposiciones, atribuciones y auto-verbalizaciones asociadas frecuentemente con las ansiedades sociales.
- d. *Técnicas de exposición*, utilizadas conjuntamente con uno o varios de los procedimientos anteriores.

Se ha señalado que aunque los beneficios del tratamiento pueden no ser muy visibles inmediatamente después de una fase de terapia, con un período más largo de exposición a las situaciones evitadas las mejoras pueden hacerse evidentes (Sutherland y Frances, 1995). Sin embargo, estos autores insisten en la importancia de la reestructuración cognitiva para el mantenimiento de las ganancias debidas al tratamiento por parte de los sujetos con un TPE. Seguidamente expondremos brevemente dos enfoques de la intervención con el TPE.

1. *La terapia cognitiva, de Beck*

Beck y Freeman (1990) plantean que la relación terapéutica con los pacientes con un TPE constituye un fértil terreno de comprobación para los esquemas, suposiciones y pensamientos disfuncionales. Abogan por una identificación de pensamientos automáticos de los sujetos durante las primeras fases de la entrevista, pensamientos que pueden sacarse a la luz cuando los pacientes manifiestan un cambio de afecto, en medio de una discusión, o al final de la sesión. Una vez expresados, los pensamientos automáticos pueden evaluarse de distintas maneras. Beck y Freeman (1990)

proponen el empleo de los enfoques de terapia cognitiva habituales para los sujetos con un TPE, además de los métodos socráticos y las técnicas conductuales estándar. La representación e inversión de papeles para evocar pensamientos automáticos disfuncionales es también muy útil en este caso. Dado que en los pacientes con un TPE suele darse evitación emocional y cognitiva, se requiere que éstos se evalúen a sí mismos para que se den cuenta de que evitan situaciones en las que tienen pensamientos automáticos que producen disforia. El terapeuta y el paciente pueden evaluar conjuntamente estas cogniciones negativas y aumentar la tolerancia del paciente ante las emociones negativas. Para desensibilizar a éste, se puede construir una jerarquía que incluya ítems cada vez más perturbadores que se discutirán en la sesión.

Para algunos sujetos con un TPE, el entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento necesario, con el fin de que tengan una mayor probabilidad de éxito en las situaciones sociales diseñadas para comprobar los pensamientos disfuncionales. Parte de la terapia se dedica también a identificar y comprobar los fundamentos cognitivos de sus patrones de evitación. Primero, el paciente aprende la base evolutiva de los esquemas negativos. Luego esos esquemas se ponen a prueba por medio de experimentos predictores, observación dirigida y representación de los primeros incidentes relacionados con los esquemas. Finalmente, los pacientes empiezan a darse cuenta y a recordar datos antiesquema sobre ellos mismos y sus experiencias sociales. Beck y Freeman (1990) colocan como la última fase de la terapia la prevención de las recaídas, ya que los pacientes con un TPE pueden recaer fácilmente en la evitación. En esta última fase se emplean ejercicios conductuales y cognitivos. Entre los primeros se encuentran actividades como establecer nuevas amistades, profundizar en las amistades existentes, intentar nuevas experiencias, etc. El terapeuta indica al paciente que la ansiedad que puede surgir en una situación social señala la reactivación de una actitud disfuncional que necesita de atención. La ansiedad podría constituir un estímulo para identificar los pensamientos automáticos que interfieren con la consecución de los objetivos. Y luego responder a estas cogniciones negativas de una forma racional. Se puede utilizar la hoja de Registro de Pensamientos Disfuncionales para anotar estas tareas. Antes de terminar la terapia, terapeuta y paciente tienen que desarrollar un plan para que éste continúe con la terapia por sí mismo una vez que la terapia formal haya terminado.

2. *La terapia cognitivo-interpersonal, de Alden*

Alden (en prensa) ha propuesto la terapia cognitivo-interpersonal para el tratamiento de los sujetos con un TPE. Los objetivos de esta intervención son el estimular a los pacientes a que examinen de forma objetiva su conducta social, que identifiquen creencias inadecuadas o anticuadas sobre sí mismos y sobre las reacciones de los demás hacia ellos que perpetúan patrones conductuales ineficaces, que experimentan con nuevas estrategias conductuales en las interacciones sociales, y que observen cómo los cambios de su comportamiento generan diferentes consecuencias sociales. Este proceso a menudo conduce a discusiones con respecto a creencias más profundas sobre sí mismos y sus patrones interpersonales, algo que resulta beneficioso identificar y discutir. Alden (en prensa) utiliza las siguientes estrategias específicas para conseguir esos objetivos:

- a. *El autorregistro.* Se utiliza para que el paciente observe las situaciones sociales desde una perspectiva objetiva y que lleve a cabo un análisis racional de lo que ocurrió. Para ello registran sus interacciones sociales y describen los acontecimientos con detalle suficiente para que el terapeuta y el paciente puedan analizar la situación durante la sesión.
- b. *Modificación cognitiva: estrategias de primer nivel.* Al revisar el autorregistro del paciente, el terapeuta puede realizar algunos pasos preliminares para modificar las creencias y los procesos cognitivos inadecuados. El objetivo de estas estrategias de las primeras fases es colocar las bases probatorias para un trabajo cognitivo posterior y más profundo. Por lo tanto, estas estrategias deberían centrarse en situaciones específicas, en vez de en patrones globales.
- c. *Activación conductual.* Desde el principio del tratamiento, el terapeuta debería animar a los pacientes con un TPE a que aumenten sus actividades. Si el trastorno del sujeto va de moderado a grave, el paciente puede empezar con actividades físicas e intereses que requieran poco contacto social. El objetivo de las estrategias de activación conductual es sacar a los sujetos fuera de sus rutinas y reducir sus temores hacia las situaciones y actividades no familiares.
- d. *Exposición a las conductas y situaciones provocadoras de temor.* La exposición a las situaciones temidas es un elemento esencial en el tratamiento de la evitación y la ansiedad sociales. Tan pronto como sea posible, se debe animar a los pacientes para que se expongan a las situaciones sociales que temen y realicen los tipos de conductas que les ponen ansiosos (p. ej., iniciar interacciones, expresar opiniones personales, etc.). La exposición se ayuda con elementos del procesamiento de la información (p. ej., expectativas negativas) y, en los casos más graves de evitación, con estrategias de ensayo y de activación conductuales (antes de exponerse a las situaciones temidas).
- e. *Ensayo de conducta.* El ensayo de conducta se utiliza para apoyar la confianza en sí mismo del paciente y aumentar, por consiguiente, la probabilidad de implicarse en la situación y experimentar un resultado positivo.
- f. *Modificación cognitiva: estrategias de segundo nivel.* Conforme progresa la terapia, el terapeuta pasa a estrategias de las fases intermedias que se centran en patrones cognitivos más generales, como los sesgos perceptivos negativos y el razonamiento con base en las emociones, que suelen caracterizar a los pacientes con un TPE.
- g. *Modificación cognitiva: estrategias de tercer nivel.* En las últimas etapas del tratamiento de un paciente con un TPE, es probable que surjan temas más profundos relativos al sentido de sí mismo y al patrón de sus relaciones con los demás. El autorregistro, la exposición conductual y las estrategias de reestructuración cognitiva conducirán a los pacientes a contemplar de qué manera se ven a sí mismos y cómo desarrollaron los temores que los mantienen aislados. En este tercer nivel, el terapeuta aborda las creencias nucleares de la persona sobre sí misma y sobre los demás.

El programa propuesto por Alden (en prensa) parece un tratamiento prometedor para el TPE y versiones anteriores de ese programa han producido resultados positivos a este respecto (p. ej., Alden, 1989).

Tratamiento farmacológico: La terapia farmacológica no se considera una forma principal de tratamiento del TPE (Sutherland y Frances, 1995). Cuando se ha utilizado, se ha hecho para controlar la ansiedad y la depresión asociadas al TPE. Con algunos pacientes se han empleado beta-bloqueadores, como el atenolol, para controlar la hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

II.3.2. El trastorno de la personalidad por dependencia (TPD)

Este trastorno se caracteriza por una necesidad excesiva y general de ser cuidado, lo que conduce a una conducta pegajosa y de sumisión y a temores de separación. Los sujetos con un TPD son incapaces de tomar decisiones cotidianas sin una cantidad exagerada de consejos por parte de los demás, necesitan que los otros asuman la responsabilidad en las áreas más importantes de sus vidas, les es difícil expresar desacuerdo ante otras personas por temor a perder su apoyo o aprobación, no son capaces de iniciar proyectos o hacer cosas por propia iniciativa y se esfuerzan en exceso para obtener cuidado y apoyo por parte de los demás. Además, los pacientes con un TPD se sienten incómodos o indefensos cuando están solos debido al temor de ser incapaces de cuidarse de sí mismos, buscan urgentemente otra relación como fuente de apoyo cuando termina una relación íntima y están preocupados de forma poco realista por el temor de que le abandonen y tenga que cuidarse de sí mismo (APA, 1994). Los sujetos con un TPD evitan puestos de responsabilidad, no les gusta el liderazgo y prefieren ser sumisos. Su comportamiento se caracteriza por pesimismo, dudas sobre uno mismo, pasividad y miedos a expresar sentimientos agresivos. Sus necesidades son las de los demás, es feliz si los otros son felices, se entrega al cuidado de los demás y eso es lo que le da sentido a su vida.

Los trastornos del Eje I que se encuentran más frecuentemente asociados al TPD son la depresión, el abuso de alcohol, la dependencia de la nicotina, el trastorno por pánico y la fobia social.

Cuestiones terapéuticas

El principal objetivo de la terapia para sujetos con un TPD es ayudarles a que aprendan a ser gradualmente más independientes de las personas de su entorno (incluyendo al terapeuta), aumentar la confianza en sí mismo y la sensación de autoeficacia (Freeman *et al.*, 1990). Esos pacientes necesitan algunas directrices activas y sugerencias prácticas por parte del terapeuta con el fin de que se impliquen en la terapia. Sin embargo, cuando el paciente le pregunta al terapeuta lo que debe hacer, es mejor que éste utilice el descubrimiento dirigido, con el fin de ayudar al paciente a que encuentre sus propias soluciones. Si es preciso, se le enseña el proceso de solución de problemas. Además, se puede construir una jerarquía con actuaciones que impliquen una mayor independencia cada vez.

Cuando los sujetos tienen problemas de habilidades sociales, el entrenamiento de las mismas parece un objetivo claro de la terapia. Los patrones desadaptativos en las relaciones sociales constituyen una parte importante del problema para los individuos

con un TPD, por lo que gran parte de la terapia se pasará tratando con las relaciones interpersonales y los pensamientos automáticos que subyacen a ellas (la relación con el terapeuta podría ser la situación inicial para la identificación de esos pensamientos).

Para Wessler (en prensa) la estrategia general de trabajo con los sujetos dependientes es animarles a ser menos pasivos y más activos por sí mismos, y que se centren en complacerse a ellos mismos en vez de hacerlo con los demás. La simple explicación al paciente de este objetivo es un buen comienzo. Luego, puede señalarse cada caso de conducta y expresión pasiva o complaciente. Se anima al paciente a asumir riesgos fuera de la sesión de terapia, defendiendo sus derechos, ofreciendo opiniones y tomando decisiones. Algunas tácticas de la terapia de valoración cognitiva pueden ser útiles a la hora de llevar a cabo esta estrategia:

1. El terapeuta no debe sentir pena por el paciente, ni expresar actitudes que indiquen lástima.
2. No permitir al paciente que intente agradar o complacer al terapeuta.
3. No tomar la responsabilidad de establecer los problemas del paciente.
4. Incitar la ira. En la seguridad de la clínica, se intenta provocar sentimientos negativos, especialmente la ira. Esto se puede hacer, por ejemplo, defendiendo a la persona de la que se queja el sujeto.
5. Pedir al paciente que sea su propio terapeuta.
6. Suponer que el paciente etiqueta erróneamente al menos parte de su ira como "ansiedad".
7. Ayudar al paciente a colocar límites en sus relaciones interpersonales.
8. Utilizar la retroalimentación para contrarrestar las maniobras de dependencia realizadas por el paciente.

Por su parte, Overholser y Fine (1994) presentan un modelo de tratamiento cognitivo-conductual, para este trastorno, dividido en cuatro etapas:

1. *Dirección activa.* Durante esta etapa inicial, se hace que los pacientes con una dependencia elevada se impliquen en el proceso terapéutico, se les enseña habilidades conductuales para ayudarles a realizar cambios pequeños, pero inmediatos, y se les anima a que se comprometan a hacer modificaciones a largo plazo de su comportamiento. Esta primera fase incluye técnicas como el entrenamiento asertivo, las tareas para casa conductuales y el control del estímulo.
2. *Aumento de la autoestima.* Los sujetos con un TPD a menudo manifiestan déficit en autoestima y una confianza en sí mismos inadecuada. La fase 2 del tratamiento se centra en el empleo de métodos cognitivos para mejorar la autoestima. Estos procedimientos cognitivos se refieren principalmente a la exploración psicossocial, la reestructuración cognitiva y autoverbalizaciones de afrontamiento.
3. *Fomento de la autonomía.* La fase 3 representa un cambio en el estilo terapéutico y en los objetivos clínicos deseados. En esta fase, el terapeuta se vuelve menos directivo y fomenta la autonomía del paciente. Para lograrlo, se utilizan técnicas como el entrenamiento en solución de problemas, el método socrático y estrategias de autocontrol.

4. *Prevención de las recaídas.* Dado que los problemas de dependencia han estado presentes durante mucho tiempo en el paciente, es probable que vuelvan. La prevención de recaídas es, por lo tanto, esencial para una intervención con éxito en los trastornos de personalidad. Procedimientos que se utilizan en esta cuarta fase incluyen la identificación de situaciones de alto riesgo, la práctica de respuestas de afrontamiento vanadas y la exposición a estímulos que puedan provocar la conducta problema.

Tratamiento farmacológico: La terapia farmacológica se ha empleado para tratar síntomas tales como la ansiedad y la depresión asociados al TPD. La imipramina se ha utilizado con pacientes que tienen ataques de pánico o que tienen elevados niveles de ansiedad de separación.

II.3.3. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón generalizado de preocupación por el orden, por el perfeccionismo y por el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Los sujetos con un TOCP se preocupan en exceso de los detalles, las normas, las listas, el orden o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad. Tienen una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, pudiendo trabajar durante mucho tiempo, siempre que dicho trabajo sea rutinario y no requiera cambios a los que no se pueden adaptar; las actividades de ocio y las amistades quedan en un lugar secundario. Son inflexibles, escrupulosos y tienen una fijación excesiva sobre temas de moralidad, ética o valores. Son reacios a delegar tareas o a trabajar con otros, a menos que se sometan a su forma de hacer las cosas. Son avaros en los gastos para sí mismo y para los demás, y son incapaces de deshacerse de objetos gastados o inútiles, incluso aunque no tengan un valor sentimental (APA, 1994).

El TOCP es bastante frecuente hoy día entre los hombres de la cultura occidental. Con respecto a la comorbilidad, se ha encontrado una cierta asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo del Eje I y el TOCP. Otros trastornos del Eje I que tienen cierta comorbilidad con el TOCP son el trastorno por pánico con agorafobia, la fobia social y los trastornos del estado de ánimo.

Cuestiones terapéuticas

Gran parte de las características de la personalidad obsesivo-compulsiva, cuando no son llevadas al extremo, son adaptativas y reforzantes para los individuos en muchos aspectos del campo laboral en nuestra sociedad occidental. Por ello, salvo en casos de clara ineficacia o excesivo estrés en el trabajo, será difícil la modificación de esas características cuando en la vida real son frecuentemente reforzadas.

Turkat (1990) encuentra este trastorno de la personalidad difícil de tratar. Beck y Freeman (1990) y Freeman *et al.* (1990) presentan una intervención cognitiva para los sujetos con un TOCP. Estos últimos autores señalan que es importan-

te comenzar la terapia clarificando los objetivos del paciente y tratando de identificar metas de tratamiento aceptables para paciente y terapeuta. A menudo, “aumentar la eficacia” puede ser un objetivo inicial, prometedor. El terapeuta debe considerar también el patrón rígido de vida del sujeto con un TOCP, ya que esta rigidez suele causar importantes problemas psicológicos en el individuo. Pero a pesar de esa rigidez, el paciente suele carecer de estructura. Su pensamiento y habla están desorganizados, cuando se enfrenta a tareas múltiples se encuentra abrumado a causa de su falta de habilidades para dar prioridades, manejar el tiempo y solucionar problemas. La terapia cognitiva tiene que ayudar al paciente a sustituir su rigidez por estructura. Igualmente, tiene que ayudarlo a eliminar su temor a cometer errores, ya que esto le impide muchas veces abordar nuevas tareas y situaciones y cambiar comportamientos habituales desadaptativos por otros nuevos más adaptativos.

Una de las primeras técnicas a utilizar con el sujeto con un TOCP es la solución de problemas. Este procedimiento suele ser atractivo para este tipo de individuos y, por medio de él, se puede empezar a trabajar y modificar algunos comportamientos rígidos del paciente. En las etapas iniciales del tratamiento se debe abordar también el pensamiento dicotómico del sujeto, ya que el perfeccionismo, la rigidez compulsiva, el deseo de tener el control y muchas otras características problemáticas se encuentran aumentadas por su pensamiento dicotómico (Freeman *et al.*, 1990). Estos autores señalan algunos procedimientos a utilizar con el TOCP:

- a. Establecimiento de un programa de trabajo, dando prioridad a algunos problemas y concentrándose en un tema cada vez.
- b. Entrenamiento en relajación, para reducir la tensión y la ansiedad de forma adaptativa.
- c. Entrenamiento en solución de problemas, para establecer prioridades y escoger soluciones.
- d. Controlar los pensamientos obsesivos. Esto se puede hacer por medio de la detención del pensamiento o imaginando cosas agradables o neutrales. A veces puede ser útil establecer un momento específico y limitado del día en el que el paciente puede darle vueltas y vueltas a sus pensamientos.
- e. Programación de actividades. Este procedimiento puede ser útil cuando la ineficacia y la demora en hacer el trabajo están causados porque el paciente se siente abrumado debido a que no aborda las tareas de forma sistemática.
- f. Utilización de la hoja de Registro de Pensamientos Disfuncionales, prestando atención especialmente a la columna donde se recogen las emociones.
- g. Entrenamiento en autoinstrucciones, desarrollando un conjunto de verbalizaciones de afrontamiento como respuesta a los pensamientos automáticos.
- h. Identificación de las suposiciones subyacentes al TOCP y su sustitución por ideas más racionales y adaptativas.
- i. Procedimientos para aumentar la empatía del paciente, dada la tendencia de éste a prestar poca atención a sus emociones y a las emociones de los demás. Ese aumento de empatía le ayudará a resolver aspectos problemáticos de sus relaciones interpersonales.

Al final de la terapia se planifica la prevención de las recaídas, incluyendo sesiones de apoyo programadas de antemano si el terapeuta lo considera necesario.

Tratamiento farmacológico: Se han utilizado inhibidores de la recaptación de la serotonina como la fluoxetina, la sertralina, etc. A veces se han utilizado antidepresivos tricíclicos en segunda elección (Bernardo Arroyo *et al.*, 1998). Sin embargo, está todavía por demostrar la utilidad de los fármacos para el tratamiento del TOCP.

III. TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Hasta aquí hemos visto tratamientos cognitivo-conductuales concretos y específicos para los distintos trastornos de la personalidad. Sin embargo, algunos de esos tratamientos son expresiones parciales de intervenciones más generales desarrolladas para abordar el amplio campo de los trastornos de la personalidad. Ocurre así con la terapia-cognitiva de Beck, con la terapia centrada en los esquemas de Young, con la terapia de valoración cognitiva de Wessler o con la terapia cognitivo-interpersonal de Safran. Aunque hemos visto aplicaciones de estas terapias a determinados trastornos de la personalidad, seguidamente expondremos una visión general, de cada una de ellas.

III.1. *La terapia cognitiva, de Beck*

A.T. Beck desarrolló la terapia cognitiva, aplicándola primero a la depresión, luego a los trastornos de ansiedad y, posteriormente, a muchas otras áreas, incluidos los trastornos de personalidad. La teoría subyacente a la terapia cognitiva afirma que las cogniciones, las emociones y las conductas son interdependientes. El sesgo atribucional es la fuente principal de la emoción y de la conducta disfuncionales en los adultos. La terapia actúa cuando se han identificado y revisado los elementos cognitivos del proceso. En particular, las interpretaciones erróneas o distorsiones cognitivas de los acontecimientos son corregidas por el trabajo conjunto de paciente y terapeuta durante una relación de colaboración (Wessler, 1993).

Las distorsiones cognitivas se relacionan con los esquemas cognitivos: «El modelo de terapia cognitiva plantea la tesis de que importantes estructuras cognitivas están organizadas en categorías y jerárquicamente [...]. Los esquemas proporcionan las instrucciones que guían el objetivo, la dirección y las cualidades de la vida diaria y de las contingencias especiales» (Beck y Freeman, 1990: 4). Un esquema es una estructura inferida y constituye el concepto clave en la explicación de Beck sobre la personalidad y los trastornos de personalidad.

El modelo de Beck sobre la personalidad es un modelo de esquemas. Aunque no ha intentado desarrollar una teoría sistemática de la personalidad, Beck estipula que los esquemas se aprenden durante la infancia y luego se autoperpetúan, sesgando las interpretaciones de las experiencias posteriores, añadiendo, por consiguiente, mayor credibilidad al esquema. Debido a que los esquemas son estructuras inferidas, puede que una persona no se dé cuenta de sus pro-

pios esquemas ni de cómo operan en el procesamiento de la información. Mientras que sólo ciertos esquemas pueden ser activados en los trastornos del Eje I (como un esquema cognitivo de peligro durante episodios de ansiedad), Beck supone que los esquemas típicos de los trastornos de personalidad funcionan de una forma más continua en estos trastornos.

Al hablar de los trastornos de personalidad, Beck y Freeman (1990) incluyen la conducta interpersonal, la emoción y las visiones de uno mismo y de los demás, junto con las cogniciones, las creencias y los esquemas, conceptos que son típicos de los primeros trabajos de Beck y sus colaboradores. El enfoque de Beck para el tratamiento de los trastornos de personalidad es multidimensional, pero con la atención puesta principalmente en la cognición.

Mientras que cada persona supuestamente tiene sus propios esquemas, Beck y Freeman identifican el contenido de ciertos esquemas para cada uno de los trastornos de personalidad incluidos en el *DSM-IV*, excepto para el trastorno límite (debido a que el contenido del trastorno límite es menos específico que el de los otros trastornos). Sugieren que estos listados son útiles para hacer un diagnóstico de trastorno de la personalidad, es decir, los criterios presentes en el *DSM-IV* pueden ser suplementados por sus listados de esquemas para cada trastorno. Seguidamente veremos una muestra del contenido del esquema para cada uno de los trastornos de personalidad.

Paranoide: «Tengo que estar en guardia en todo momento».

Esquizoide y Esquizotípico: «Las relaciones son un lío e interfieren con la libertad».

Antisocial: «Vivimos en la jungla y la persona fuerte es la que sobrevive».

Histriónico: «Debería ser el centro de la atención».

Narcisista: «Puesto que soy superior, tengo derecho a un tratamiento especial y a privilegios».

Por evitación: «Soy socialmente inepto o socialmente indeseable en las situaciones laborales o sociales».

Dependiente: «Soy débil y necesitado».

Obsesivo-compulsivo: «Los fallos, defectos o errores son intolerables».

La terapia para los trastornos de personalidad actúa de la forma típica en que lo hace la terapia cognitiva. Se identifican los esquemas y se afrontan dentro de una relación de colaboración. Beck y sus discípulos recomiendan que la relación sea más profunda y cálida que la que se necesita para el tratamiento de un trastorno del Eje I. En vez de prestar atención principalmente a los síntomas y a las cogniciones, el terapeuta se familiariza completamente con la vida total del paciente y asume el papel de tutor, educándole en las relaciones interpersonales y en otros asuntos.

Además de las técnicas cognitivas, la terapia cognitiva de los trastornos de personalidad emplea la representación de papeles, la imaginación y el revivir las experiencias infantiles, con el fin de desarrollar una visión más positiva de uno mismo y de los padres. Se aconseja a los terapeutas que vigilen sus propias reacciones emocionales, con el fin de detectar la información importante sobre el paciente y disminuir los sentimientos negativos sobre el mismo.

Pretzer y Fleming (1989) han propuesto varias directrices para la terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Estas directrices sugieren hipótesis de investigación para futuros estudios:

1. Las intervenciones son más eficaces cuando se basan en una conceptualización individualizada de los problemas del paciente.
2. Es importante que el terapeuta y el paciente trabajen en colaboración para conseguir objetivos compartidos y claramente identificados.
3. Es importante prestar más atención de la que suele ser normal a la interacción paciente-terapeuta.
4. Considerar especialmente las intervenciones que no requieran una amplia autorrevelación del paciente.
5. Las intervenciones que aumenten la sensación de autoeficacia del paciente a menudo reducen la intensidad de la sintomatología del mismo y facilitan otras intervenciones.
6. El terapeuta no debería fiarse principalmente de las intervenciones verbales.
7. El terapeuta debería tratar de identificar y abordar los temores del paciente antes de llevar a cabo los cambios.
8. El terapeuta debería anticipar los problemas con la adherencia.
9. El terapeuta no debería suponer que el paciente se desenvuelve en un ambiente razonable o funcional.
10. El terapeuta tiene que prestar atención a sus propias reacciones emocionales durante el transcurso de la terapia.
11. El terapeuta debería ser realista con respecto a la duración de la terapia, los objetivos de la misma y los criterios para la autoevaluación.

Con respecto a la última directriz, el tratamiento de los trastornos de personalidad lleva mucho más tiempo que el tratamiento relativamente breve de la depresión y de la ansiedad. Un tiempo no inferior al que conlleva la modificación de las estructuras cognitivas subyacentes, algo que no puede lograrse en un breve período de tiempo. Los pacientes normalmente quieren resultados rápidos, pero los terapeutas también pueden volverse impacientes, tanto con el proceso terapéutico como con el paciente, que podría ser calificado como “resistente”. No obstante, al tratar con los trastornos de personalidad, es conveniente recordar que la “resistencia” se debe a características de personalidad, aspectos que constituyen la verdadera razón de que el paciente se encuentre bajo tratamiento (Wessler, 1993).

III.2. *La terapia cognitiva centrada en los esquemas, de Young*

Young (1994) ha propuesto la “terapia cognitiva centrada en los esquemas” como estrategia de tratamiento para los trastornos de la personalidad en general. Esta terapia es una adaptación de la terapia cognitiva de Beck (Beck *et al.*, 1979) y plantea cuatro conceptos básicos, como son los Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETDs) y tres procesos que operan sobre ellos para sostenerlos en su lugar, como son el mantenimiento de los esquemas, la evitación de los esquemas y la compensación de los esquemas. Veremos más detenidamente estos conceptos.

1. *Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETDs)*. Se refieren a temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia y se siguen elaborando a lo

largo de toda la vida del individuo. Estos esquemas sirven como “plantillas” para el procesamiento de la experiencia posterior. Algunas características básicas de los ETDs son:

— La mayoría de los ETDs son creencias incondicionales sobre uno mismo en relación con el entorno. Los esquemas son verdades a priori y se dan por supuesto.

— Los ETDs se autoperpetúan y, por consiguiente, son muy resistentes al cambio. Debido a que estos esquemas se desarrollan temprano en la infancia, a menudo forman el núcleo del autoconcepto de un individuo y de su concepto del entorno. Estos esquemas son cómodos y familiares y cuando se cuestionan, el individuo distorsionará la información para mantener la validez del esquema.

— Los ETDs, por definición, tienen que ser disfuncionales de alguna forma recurrente y significativa.

— Los ETDs se activan normalmente por acontecimientos del entorno que son relevantes al esquema particular.

— Los ETDs están asociados a elevados niveles de afecto.

— Los ETDs parecen ser el resultado de experiencias disfuncionales con los padres, hermanos e iguales durante los primeros años de vida de un individuo. En vez de provenir de sucesos traumáticos aislados, la mayoría de los esquemas están probablemente causados por pautas continuas de experiencias cotidianas negativas con los miembros de la familia y los iguales, lo que hace que se fortalezcan los esquemas de manera acumulativa.

2. *El mantenimiento de los esquemas* se refiere a los procesos por los que se refuerza a los ETD. Estos procesos son apoyados cognitivamente y conductualmente; incluyen la utilización habitual de distorsiones cognitivas y de conductas autoderrotistas. 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: 15). 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.

3. La *evitación de esquemas* es característica de los trastornos de personalidad. Cuando se desencadena un ETD determinado, el paciente con un trastorno de personalidad suele experimentar un elevado nivel de afecto, como tristeza, ansiedad o ira intensas. Estas emociones y su intensidad son a menudo desagradables, con lo que el individuo desarrolla procesos conscientes o automáticos para evitar el desencadenamiento del esquema o la experiencia del afecto conectada al esquema. Estos procesos se pueden explicar mediante 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, 1994:16). Otro proceso de evitación de los esquemas se conoce como *evitación afectiva*. Este proceso refleja «intentos automáticos o voluntarios de blo-

quear los sentimientos que son desencadenados por los esquemas» (Young, 1994: 16). Por ejemplo, algunos pacientes con un TLP informan que se cortan las muñecas para insensibilizarse ante el dolor insoportable desencadenado por los esquemas tempranos. El tipo final de evitación de los esquemas es la *evitación conductual*. Esta 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, autoderrotista y nunca cuestiona la validez del propio esquema. En resumen, estos tres principales tipos de evitación de esquemas, cognitivo, afectivo y conductual, permiten a los pacientes escapar al dolor asociado con sus ETDs. 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.

4. *Compensación de los esquemas.* La compensación de los esquemas se refiere a los procesos que compensan en exceso los ETDs. Muchos pacientes pueden adoptar estilos cognitivos/conductuales que son lo opuesto de lo que se predeciría cuando el terapeuta llega a comprender o tener conocimiento de los ETDs 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, que casi siempre conlleva un fracaso para reconocer la vulnerabilidad subyacente y, por consiguiente, no prepara al paciente para el fuerte dolor emocional que se produce si la compensación del esquema fracasa y el esquema emerge. Además, puede que las conductas reguladas por el esquema que compensan en exceso infrinjan injustamente los derechos de los demás y produzcan consecuencias negativas en la vida real.

En la aplicación de la terapia cognitiva centrada en los esquemas hay dos partes básicas, como son la conceptualización del caso y el cambio de los esquemas. Seguidamente haremos una breve descripción de ambas:

1. *Conceptualización del caso* (Identificación de esquemas). Young (1994) propone ocho pasos para la identificación de los esquemas:
 - 1.1. Identificar problemas y síntomas en la sesión inicial. Conseguir una anamnesis concreta.
 - 1.2. Pasar el Inventario Multimodal de la Historia de Vida, de Lazarus (1971), y el Cuestionario de Esquemas, de Young (1994).
 - 1.3. Educar al paciente sobre los esquemas y hablar sobre el Cuestionario de Esquemas.
 - 1.4. Desencadenar esquemas en la sesión y fuera de ella por medio de: la imaginación, hablar sobre acontecimientos perturbadores del pasado y del presente, examinar la relación terapéutica, recomendar libros y películas relevantes, repasar los sueños y asignar tareas para casa.
 - 1.5. Enfrentarse a la evitación y a la compensación de esquemas.
 - 1.6. Identificar conductas reguladas por esquemas: mantenimiento, evitación y compensación de esquemas.

- 1.7. Integrar la información anterior en un concepto coherente sobre el paciente. Vincular los problemas actuales, las experiencias infantiles (orígenes), las emociones y los patrones conductuales de la adolescencia y de la vida adulta, y la relación terapéutica con los ETDs. Obtener retroalimentación del paciente.
 - 1.8. Distinguir entre esquemas primarios, secundarios y asociados. Colocar como objetivo un esquema central para el proceso de cambio.
2. *Cambio de los esquemas.* Young propone cuatro tipos de intervención para modificar los esquemas:
- 2.1. *Técnicas emotivas.* Estos procedimientos se suelen utilizar al inicio del tratamiento para "liberar" los esquemas y hacerlos más flexibles al cambio. Suelen ser técnicas de la terapia gestalt. Una de ellas consiste en "crear diálogos imaginarios" con los padres del paciente. Otra es la "catarsis emocional", donde conflictos pasados no resueltos se expresan con especial referencia a la expresión de las emociones asociadas.
 - 2.2. *Técnicas interpersonales.* La "relación terapéutica" es de especial utilidad para ir modificando los esquemas del paciente conforme se vayan manifestando. Otro procedimiento es "proporcionar una relación terapéutica que contrarreste los ETDs", haciendo a veces un papel de padre/madre que satisfaga el esquema del sujeto. Se puede emplear también "terapia de grupo" para estos pacientes.
 - 2.3. *Técnicas cognitivas.* Aquí se utilizarían los siguientes procedimientos: *a.* Repasar las pruebas en apoyo de los esquemas; *b.* Examinar de forma crítica las pruebas de apoyo; *c.* Repasar las pruebas que contradicen los esquemas; *d.* Ilustrar de qué manera el paciente descarta las pruebas que los contradicen; *e.* Construir tarjetas donde se contradice a los esquemas; y *f.* Cuestionar los esquemas cuando se activen, bien sea durante la sesión o bien fuera de la misma.
 - 2.4. *Técnicas conductuales.* El último paso es cambiar las conductas reguladas por los esquemas. Se anima al paciente a que cambie patrones de comportamiento mantenidos durante mucho tiempo que han servido para reforzar los esquemas durante la mayor parte de la vida del sujeto. Igualmente, cuando sea necesario, se intentará provocar cambios del entorno del paciente.

En resumen, Young (1994) plantea esta terapia cognitiva centrada en los esquemas para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, que ayudará a los pacientes a comprender y cambiar los patrones, a largo plazo, de conductas, cogniciones y emociones por medio de la identificación de esquemas tempranos desadaptativos (ETDs) y su cuestionamiento sistemático.

III.3. *La terapia cognitivo-interpersonal, de Safran*

¿Qué factores mantienen el desarrollo y mantenimiento de los estilos rígidos (trastornos) de personalidad? Safran y McMain (1992) señalan que los individuos desarrollan modelos internos de las interacciones de uno mismo con los demás sobre la base de las interacciones con las personas de su entorno. Estos modelos internos (o esquemas interpersonales) se pueden considerar como representaciones genéricas de las interacciones de uno mismo con los demás que permiten al niño en desarrollo mantener la proximidad con las figuras de apego y que moldean la comprensión del individuo sobre las contingencias para mantener la cercanía en las relaciones posteriores. Aunque esos esquemas interpersonales juegan un papel adaptativo en un contexto evolutivo, las experiencias evolutivas desadaptativas pueden llevar al desarrollo de esquemas interpersonales que son disfuncionales en un contexto posterior.

Los pacientes con un trastorno de personalidad se caracterizan por un patrón rígido, restringido y extremo de conducta interpersonal. Y cualquier conducta interpersonal provoca una respuesta interpersonal complementaria en los otros. Esto sucederá con las personas en general y con el terapeuta en particular, confirmando los esquemas disfuncionales interpersonales. El terapeuta deberá salirse de este ciclo cognitivo-interpersonal con el fin de proporcionar medios para desconfirmar los esquemas disfuncionales interpersonales.

Es muy importante que el terapeuta lleve a cabo una evaluación adecuada de los procesos cognitivos centrales del paciente o de aquellos procesos cognitivos relativos al sentido básico del paciente de sí mismo en relación con los demás. Esos procesos son sutiles y no se identifican fácilmente al comienzo de la terapia. El terapeuta tiene que empezar a identificar de forma explícita las respuestas y emociones características que el paciente provoca en él. Luego tiene que identificar las comunicaciones y conductas específicas del paciente que provoca aquellas respuestas. Esas comunicaciones suelen ser sutiles, p. ej., conductas no verbales, paralingüísticas, que pueden ser difíciles de identificar si el terapeuta no utiliza sus propias emociones para generar hipótesis.

La emoción proporciona una conexión funcional entre el individuo y el ambiente. Funciona para proporcionar al individuo información sobre el significado de los acontecimientos como organismo biológico y para motivar el comportamiento potencialmente adaptativo. Desde el momento del nacimiento, el niño comienza a acumular recuerdos de acontecimientos específicos, de respuestas motoras específicas que han sido provocadas por esos acontecimientos y de la activación autónoma asociada. Cuando el individuo se encuentra con un nuevo acontecimiento que encaja con una configuración crítica de un recuerdo emocional ya existente, se activa el recuerdo y se tiene acceso a la información relevante, incluyendo imágenes de acontecimientos pasados, conducta expresiva motora relevante y activación autónoma. Esta información, a su vez, está sujeta a un procesamiento posterior, con el fin de darle sentido a la experiencia. La experiencia emocional es, así, una actividad compleja de procesamiento de la información en donde la información proveniente de dentro y fuera del organismo se mezcla con el fin de proporcionar al individuo un informe continuo de su preparatoriedad como sistema global para actuar de una manera determinada.

La terapia cognitivo-interpersonal plantea que un proceso patogénico especialmente importante implica una distorsión en el procesamiento de la información emocional como resultado de los esquemas interpersonales restringidos y rígidos. Así, por ejemplo, un sujeto que aprende que los intentos de una mayor intimidad acaban en rechazo puede que no aprenda nunca a sintetizar totalmente la información emocional asociada con esta conducta, tales como las emociones tiernas y cálidas o los sentimientos sexuales. Un problema clínico que puede resultar de este fracaso en sintetizar adecuadamente la experiencia emocional es que los individuos continúen a menudo comunicando su experiencia emocional de una forma no verbal, a pesar de la falta de experiencia subjetiva de la emoción. Esto, a su vez, puede provocar respuestas en los demás que son molestas e inesperadas para el individuo. Un objetivo básico de la terapia cognitivo-interpersonal es facilitar la síntesis de la experiencia emocional interrumpida y cuestionar los esquemas disfuncionales interpersonales que bloquean su síntesis (Safran y McMain, 1992).

III.4. *La terapia de valoración cognitiva, de Wessler*

Aunque la terapia de valoración cognitiva (TVC) de Wessler tiene ciertos rasgos en común con otras formas de terapia cognitiva, la TVC plantea un nuevo enfoque de la motivación y supone que la conducta está dirigida por las emociones en vez de por los esquemas (Wessler, 1993, 1997, en prensa; Wessler y Hankin-Wessler, 1991). Los trastornos de personalidad se consideran como dimensiones, en vez de categorías, y la evaluación se basa en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II y en un cuestionario sobre la historia de vida para añadir datos suplementarios a las entrevistas clínicas.

Los aspectos cognitivos de la personalidad se catalogan como “reglas personales de la vida”. Algunas reglas son afirmaciones descriptivas que una persona cree que son ciertas sobre la realidad, como la idea de que si eres amable con los demás te tratarán amablemente. Otras reglas son preceptivas y se basan en principios morales y en valores sociales, como la idea de que se debería tratar amablemente a los demás porque es moralmente correcto. Muchas reglas son algoritmos no conscientes, es decir, vías almacenadas para el procesamiento de la información social que una persona emplea automáticamente y sin darse cuenta de cómo operan dichas reglas. No se da la suposición de que esas reglas estén ordenadas como esquemas e incluso existe cierta evidencia de que no están ordenadas jerárquicamente (Lewicki, Hill y Czyzewska, 1992). Las reglas morales se hallan implicadas como mediadores cognitivos en los procesos emocionales y de esta forma funcionan de modo similar a los pensamientos automáticos.

Además, se supone que la emoción influye sobre la cognición, una idea que forma parte del modelo de Beck pero que éste no ha elaborado. Cuando una persona mantiene una creencia sobre la realidad que sabe que no es verdad, dicha construcción se denomina una “cognición justificadora”, es decir, la creencia proporciona justificación para el sentimiento de la persona. Por ejemplo, una estudiante alegaba que era estúpida aunque sabía que sacaba continuamente notas excelentes, manteniendo así los sentimientos familiares de vergüenza y de ansiedad. En este ejemplo, la emoción ha “capturado” una cognición. En otros ejemplos, la gente apa-

rentemente tiene ciertos pensamientos con el fin de producir ciertos sentimientos, aunque este proceso es llevado a cabo sin darse cuenta. Por ejemplo, una paciente predijo deliberadamente que iba a tener unas desgraciadas vacaciones con el fin de poder sentir autocompasión, un estado sentimental familiar para ella.

De igual manera, una persona puede llevar a cabo ciertas actividades que producen determinados estados emocionales. Como se ha planteado la hipótesis de que estos estados proporcionan una sensación de seguridad emocional, estas conductas se denominan “maniobras de búsqueda de seguridad”. Algunas son totalmente conductuales, como el intentar realizar una tarea para la que la persona es claramente competente, fracasando y sintiéndose luego avergonzado y deprimido. Otras son interpersonales, como cuando uno realiza conductas que “disparan” respuestas predecibles por parte de los demás. Por ejemplo, uno podría actuar de forma estúpida con otras personas y luego sentirse humillado cuando se ríen burlescamente de él. Este proceso interpersonal puede ser complementado por percepciones e interpretaciones selectivas, como el concluir que las expresiones de los rostros de desconocidos significan que están teniendo pensamientos burlescos, cuando no se ha actuado de manera estúpida.

Los estados emocionales asociados con las cogniciones justificadoras y con las maniobras de búsqueda de seguridad se denominan “emociones personotípicas”. Estas son sentimientos que la persona está acostumbrada a experimentar y cuando los experimenta le ayudan a confirmar el sentido de sí mismo. Por ejemplo, un hombre de negocios con éxito, que en su infancia fue humillado continuamente por sus padres, se humillaba a sí mismo en la edad adulta al considerarse un fraude y al considerar que su éxito era debido a la suerte. En la TVA se supone que una persona se encuentra motivada a buscar experiencias emocionales personotípicas con el fin de mantener un estado emocional constante. Cuando los estados emocionales se desvían notablemente de un “punto fijo”, se activan automáticamente procesos no conscientes que devuelven al sistema emocional a su punto fijo.

De este modo, el progreso de la terapia puede obstaculizarse por una necesidad de reexperimentar determinados sentimientos que confirmen el sentido de sí mismo. La resistencia no es simplemente una cuestión de cogniciones (Beck) o de esquemas (Young) firmemente atrincherados que son difíciles de desplazar, ni tampoco una cuestión de que la gente llegue a ser experta en incitar ciertas respuestas interpersonales en los demás (Safran). La resistencia, desde nuestro punto de vista, se debe a una necesidad de sentirse seguro por medio de experimentar determinadas emociones. Esa resistencia puede vencerse informando a los pacientes sobre su necesidad de conservar patrones familiares y planificando trabajar contra esos patrones.

Se presta especial atención a dos emociones: vergüenza y autocompasión. La vergüenza se asocia con la inadecuación o los defectos personales. La autocompasión ocurre cuando las personas piensan en ellas mismas como víctimas — lastimadas o privadas por faltas que no han cometido e incapaces de reaccionar contra la gente o las condiciones que les lastimaron o les infligieron privaciones. A veces, la autocompasión mitiga la vergüenza, en el sentido de que la vergüenza se traslada desde uno mismo hasta factores externos sobre los que la persona no tiene control. Tanto la vergüenza como la autocompasión pueden emplearse para justificar intentos autoindulgentes de apaciguar y confortar los propios sentimientos,

como comer en exceso, dormir en exceso, el ejercicio o las compras compulsivos, y otras conductas adictivas.

Para trabajar contra los sentimientos de vergüenza y autocompasión, se informa a los pacientes sobre su naturaleza y se le urge a que tomen responsabilidades por sus decisiones y acciones. Se reformulan las definiciones de uno mismo como víctima pasiva del maltrato de los demás y se elaboran planes para actuar. Se anima a los pacientes para que actúen en nombre propio y de un modo que satisfagan sus reglas personales de vida conscientemente mantenidas. Al dar importancia a actuar en nombre propio, se aborda la naturaleza pasiva de ciertos trastornos de la personalidad, y al dar importancia a la confianza ética en uno mismo, se desanima la naturaleza explotadora de determinados trastornos de personalidad. Finalmente, se ayuda a los pacientes para que encuentren formas de autoapaciguamiento que les permita vérselas con las emociones perturbadoras; los métodos incluyen el empleo de verbalizaciones autoinstruccionales, el darse ánimo a uno mismo y procedimientos de apaciguamiento. Estos métodos se parecen mucho a las técnicas de terapia cognitiva descritas inicialmente por Aaron T. Beck, Albert Ellis y Donald Meichenbaum.

Por medio del tratamiento, el terapeuta intenta crear una relación terapéutica cálida, de aceptación y, frecuentemente, realiza autorrevelaciones apropiadas. Al compartir información sobre las experiencias del terapeuta se intenta reducir la vergüenza de los pacientes sobre ellos mismos, algo que es útil por derecho propio y que fortalece la relación de trabajo. Normalmente, el terapeuta finaliza la sesión escribiendo unas notas para el paciente. Las notas contienen un breve resumen de las introspecciones obtenidas durante la sesión, ideas para apaciguar los sentimientos y sugerencias de tareas para casa.

IV. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

A lo largo de este capítulo hemos visto algunos enfoques cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad propuestos por el *DSM-IV* (APA, 1994). Aunque el movimiento conductual o cognitivo-conductual olvidó durante mucho tiempo esta área clínica, últimamente parece haber un renovado interés en la investigación, evaluación y tratamiento de los trastornos de la personalidad. Pocos de los procedimientos de tratamiento expuestos en las páginas anteriores han tenido una comprobación empírica sobre su eficacia. En cierta manera, la característica básica de terapia breve y limitada en el tiempo, típica de las terapias conductuales, debe adaptarse un poco cuando se tiene que abordar este campo especial de los trastornos de personalidad. Aquí la terapia ya no será tan breve (se han propuesto intervenciones de 1 año o más) y sus objetivos ya no serán únicamente síntomas observables, sino estructuras más enraizadas del individuo. Claro que la mayoría de las técnicas conductuales y cognitivas utilizadas en esta área son procedimientos estándares típicos de la terapia de conducta. Los próximos años nos deberán proporcionar una confirmación empírica sobre la utilidad y eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de personalidad y verificar si determinadas

combinaciones de las técnicas cognitivas y conductuales que poseemos hoy día son suficientes, o si por el contrario se necesitan nuevos procedimientos para la intervención con los trastornos de personalidad. Aunque hacen falta todavía mucha investigación y muchos estudios empíricos, contamos con la motivación de ser un área fascinante del comportamiento humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alden, L. E. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 756-764.
- Alden, L. E. (en prensa). Tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal. En V. E. Caballo (dir.), *Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4.ª edición) (*DSM-IV*). Washington: APA.
- Andreasen, N. C. y Black, D. W. (1995). *Introductory textbook of psychiatry* (2.ª edición). Washington: APA.
- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4, 123-139.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Bernardo Arroyo, M., Bennasar, M. R. y Hernández, A. B. (1998). Tratamientos biológicos. En M. Bernardo Arroyo y ML Roca Bennasar (dirs.), *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento. Perspectiva psicobiológica*. Barcelona: Masson.
- Bernstein, D. P. (1996). Trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad: El grupo extraño del *DSM-IV*. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1996). Trastornos de la personalidad por dependencia, obsesivo-compulsivo y no especificados. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Andrés, V. y Bas, F. (1997). Fobia social. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
- Cloninger, C. R. y Gottesman, I. I. (1987). Genetic and environmental factors in antisocial behavior disorders. En S. A. Mednick, T. E. Moffitt y S. A. Stack (dirs.), *The causes of crime: New biological approaches*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Costello, C. G. (dir.) (1996). *Personality characteristics of the personality disordered*. Nueva York: Wiley.
- Derksen, J. (1995). *Personality disorders: Clinical and social perspectives*. Chichester: Wiley.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- Gunderson, J. G., Zanarini, M. C. y Kisiel, C. L. (1991). Borderline personality disorder: A review of data of *DSM-III-R* descriptions. *Journal of Personality Disorders*, 5, 340-352.

- Horowitz, M. J. (1995). Histrionic personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders* (2.ª edición). Washington: American Psychiatric Press.
- Kalus, Q., Bernstein, D. P. y Siever, L. J. (1995). Schizoid personality disorder. En W. J. Livesley (dir.), *The DSM-IV personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry* (7.ª edición). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Kety, S. S. (1976). Genetics aspects of schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 6, 14-32.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lewicki, P., Hill, T. y Czyzewska, M. (1992). Nonconscious acquisition of information. *American Psychologist*, 47, 796-801.
- Linchan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suárez, A., Alimón, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L. y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Marshall, W. L. y Fernández, Y. M. (1997). Enfoques cognitivo-conductuales para las parafilias: el tratamiento de la delincuencia sexual. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
- Meissner, W. W. (1995). Paranoid personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders* (2.ª edición). Washington: American Psychiatric Press.
- Melloy, J. R. (1995). Antisocial personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders* (2.ª edición). Washington: American Psychiatric Press.
- Millon, T. y Escovar, L. A. (1996a). La personalidad y los trastornos de personalidad: una perspectiva ecológica. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Millon, T. y Escovar, L. A. (1996i). El trastorno de la personalidad por evitación. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Millon, T. y Everly, G. S. (1985). *Personality and its disorders*. Nueva York: Wiley.
- Mischel, W. (1986). *Introduction to personality* (4.ª edición). Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Oldham, J. M. y Morris, L. B. (1995). *New personality self-portrait*. Nueva York: Bantam Books.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Ginebra: OMS.
- Overholser, J. O y Fine, M. A. (1994). Cognitive behavioral treatment of excessive interpersonal dependency: A four-stage psychotherapy model. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 55-70.
- Pfohl, B., Stangl, D. y Zimmerman, M. (1984). The implications of *DSM-III* personality disorders for patient with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 7, 309-318.
- Phares, E.J. (1988). *Introduction to personality* (2.ª edición). Glenview, IL: Scott, Foresman and Co.

- Pretzer, J. y Fleming, B. (1989). Cognitive-behavioral treatment of personality disorders. *The Behavior Therapist*, 12, 105-109.
- Reid, W. H. (1989). *The treatment of psychiatric disorders*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Rice, M., Harris, G. y Cormier, C. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16, 399-412.
- Safran, J. D. y McMain, S. (1992). A cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 59-68.
- Scott, E. M. (1989). Hypnosis: Emotions from the tin man (the schizoid personality). *American journal of Clinical Hypnosis*, 32, 204-208.
- Siever, L. J., Bernstein, D. P. y Silverman, J. M. (1995). Schizotypal personality disorder. En W.J. Livesley (dir.), *The DSM-IV personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Stone, M. (1985). Schizotypal personality: Psychotherapeutic aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 77, 576-589.
- Sutherland, S. M. y Frances, A. (1995). Avoidant personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders* (2.^a edición). Washington: American Psychiatric Press.
- Turkat, I. D. (1990). *The Personality disorders: A psychological approach to clinical management*. Nueva York: Pergamon.
- Turner, R. M. (1989). Case study evaluation of a bio-cognitive-behavioral approach for the treatment of borderline personality disorders. *Behavior Therapy*, 20, 477-489.
- Turner, R.M. (1992). Borderline personality disorder. En A. Freeman y F. M. Dattilio (dirs.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- Turner, R. M. (1993). *Dynamic-cognitive behavior therapy*. En T. Giles (dir.), *Handbook of effective psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- Turner, R. M. (1994). Borderline, narcissistic and histrionic personality disorders. En M. Hersen y R. T. Ammerman (dirs.), *Handbook of prescriptive treatments for adults*. Nueva York: Plenum.
- Turner, R. M. (1996). El grupo dramático/impulsivo del *DSM-IV*: los trastornos límite, narcisista e histriónico de la personalidad. En V. E. Caballo, G. Buena-Casal y J. A. Carroble (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Tutek, A. A. y Linehan, M. M. (1993). Comparative treatments for borderline personality disorder. En T. R. Giles (dir.), *Handbook of effective psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- Wessler, R. L. (1993). Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 1, 35-50.
- Wessler, R. L. (1997). El estado de la cuestión en la terapia de valoración cognitiva. En I. Caro (dir.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Wessler, R. L. (en prensa). El tratamiento de algunos trastornos de la personalidad por medio de la terapia de valoración cognitiva. En V. E. Caballo (dir.), *Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Wessler, R. L. y Hankin-Wessler, S. (1991). La terapia de valoración cognitiva. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. En P. B. Sutker y H. E. Adams (dirs.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (2.^a edición). Nueva York: Plenum.
- Wolff, S. y Chick, J. (1980). Schizotypal personality in childhood: a controlled follow-up study. *Psychological Medicine*, 10, 85-100.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Beck, A. T., Freeman, A. y col. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós (Orig.: 1990).
- Bernardo Arroyo, M. y Roca Bennasar, M. (1998). Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento. *Perspectiva psicobiológica*. Barcelona: Masson.
- Caballo, V. E. (dir.) (en prensa). Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos de la personalidad. Madrid: Síntesis.
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson (Orig.: 1996).
- Oldham, J. M. y Morris, L. B. (1995). *Autorretrato de la personalidad*. Girona: Tikal (Orig.: 1990).

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

17. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS PROBLEMAS DE PAREJA

ILEANA ARIAS Y AMY S. HOUSE¹

I. INTRODUCCIÓN

Los problemas de pareja son los que se presentan más frecuentemente en los organismos de salud mental (Veroff, Kulka y Douvan, 1981). Aproximadamente, el 42% de los individuos que acuden a los servicios psicoterapéuticos tiene en los problemas maritales el principal objetivo de tratamiento (Gurin, Veroff y Feld, 1960). Los problemas de pareja se han asociado con estados físicos y psicológicos negativos (Beach y Nelson, 1990; Markman, Duncan, Storaasli y Howes, 1987). Igualmente, la separación marital y el divorcio parecen tener un impacto destructivo sobre la salud física y psicológica de los adultos (Bloom, Asher y White, 1978; Holmes y Rahe, 1967; Somers, 1979) y de los niños (Emery, 1988; Hetherington, Cox y Cox, 1985; Wallerstein, 1985). En respuesta a ello, los profesionales de la salud mental se encuentran inmersos en la aplicación de tratamientos que sean eficaces para reducir la incidencia de los problemas maritales y la ruptura de la pareja, y sus efectos destructivos. Los profesionales de la salud mental tienen la responsabilidad ética de responder a los problemas psicológicos con intervenciones eficaces. Entonces, es importante no sólo escoger métodos para el tratamiento de los problemas de pareja que estén dirigidos por teorías del funcionamiento marital, sino que también hayan demostrado empíricamente su eficacia en reducir el malestar. Ninguna otra forma de terapia de pareja se ha examinado de forma empírica y comprobado más de cerca que la terapia de parejas conductual y su descendencia, la terapia de parejas cognitivo-conductual. Este último tipo de terapia ha sido el resultado de incorporar técnicas cognitivas desarrolladas para abordar la psicopatología individual, como la depresión y la ansiedad, a los modelos existentes de terapia marital conductual. Esta combinación ha sido un intento de abordar directamente aspectos que parecen influir sobre el funcionamiento y la satisfacción maritales, pero que no se consideraron en la terapia marital conductual. Los investigadores y los terapeutas que adoptan un enfoque cognitivo-conductual hacia la terapia marital plantean los problemas de pareja como el resultado de patrones disfuncionales de pensamientos y conductas (Baucom y Epstein, 1990). Como veremos posteriormente, los patrones de intercambio de conductas, la comunicación, la solución de problemas y la negociación constituyen variables predictoras de la satisfacción marital. Sin embargo, no es posible explicar totalmente la satisfacción marital por medio de estos potentes factores conductuales. Se han propuesto factores cognitivos tales como las creencias, las expectativas y las atribuciones en un intento de aumentar nuestra capacidad para predecir e influir sobre la satisfacción marital. De modo específico, se ha hipotetizado

¹ University of Georgia (Estados Unidos).

que las variables cognitivas influyen en las conductas de intercambio, de comunicación y de solución de problemas de los miembros de la pareja y en el impacto de los comportamientos de éstos sobre el nivel de satisfacción del otro miembro de la pareja (Epstein y Baucom, 1989). Aunque los modelos actuales de la terapia de parejas cognitivo-conductual enfatizan la evaluación y la modificación de las cogniciones, resaltan también el cambio de comportamiento.

II. EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL FUNCIONAMIENTO MARITAL

Los modelos cognitivo-conductuales del funcionamiento marital y de la terapia de parejas se basan en la teoría del intercambio social (Stuart, 1980). Dentro de esta teoría, las relaciones interpersonales, incluyendo las de pareja, se consideran como conjuntos de procesos de negociación en los que se intercambian elementos materiales y no materiales (Thibaut y Kelley, 1959). La satisfacción con la relación está determinada por la equidad. Dicha satisfacción será elevada cuando las recompensas provenientes de los intercambios igualan o superan a los costes. Por otra parte, se producirá insatisfacción cuando los costes sobrepasen a las recompensas. Aunque la equidad determina la satisfacción de un individuo, la estabilidad de la relación o el compromiso con su mantenimiento están determinados por la comparación del nivel de equidad dentro de la relación con el nivel de equidad fuera de la misma. La estabilidad será alta cuando la razón recompensa/coste asociada con la relación sea igual o supere a la razón asociada con otras relaciones o con la falta de relaciones. Y a la inversa, la estabilidad será baja cuando dicha razón sea inferior a la de las alternativas (Kelly y Thibaut, 1978).

Se piensa que el intercambio entre los miembros de la pareja tiene lugar en tres áreas importantes de la interacción marital (Weiss, 1978): 1. interacciones afectivas, como el sexo y el compañerismo; 2. interacciones instrumentales, como el cuidado de los hijos y la toma de decisiones económicas; y 3. subproductos de la unión marital, como la apariencia del cónyuge y la independencia de uno mismo y del cónyuge. Cuando la satisfacción marital de uno o de ambos cónyuges disminuye como consecuencia de la falta de equidad en el intercambio de alguna de estas tres áreas, puede restaurarse cambiando la razón recompensa/coste. Para modificar esta razón, los cónyuges tienen que tener habilidades para el cambio de comportamiento, tales como la capacidad para detectar con precisión las fuentes de las recompensas y de los costes, la capacidad para expresar necesidades y la capacidad para desarrollar y llevar a cabo acuerdos sobre el cambio (Weiss, 1978).

La terapia marital conductual se desarrolló para enseñar directamente a los cónyuges habilidades para el cambio de comportamiento que puedan aplicarse en un intento de restaurar la equidad y, así, aumentar la satisfacción marital. Sin embargo, los teóricos del aprendizaje social hacen una distinción importante entre la adquisición de habilidades y su puesta en práctica (Bandura, 1969). Es decir, aunque un individuo puede tener una habilidad en su repertorio, es posible que prefiera no utilizarla. Además, los teóricos anteriores reconocen que las percepciones y las interpretaciones de un acontecimiento, y no sólo el acontecimiento mismo, influyen

en las respuestas emocionales y conductuales a ese suceso (Mischel, 1986). Con el fin de aumentar la satisfacción y la estabilidad marital, los terapeutas de pareja cognitivo-conductuales enseñan a los cónyuges habilidades para la modificación del comportamiento e intentan cambiar las cogniciones y los procesos cognitivos que influyen en la puesta en práctica y en el impacto de esas habilidades conductuales (Baucom y Epstein, 1990).

Baucom, Epstein, Sayers y Sher (1989) identificaron cinco tipos de cogniciones que contribuyen al funcionamiento y a la satisfacción maritales:

- *suposiciones* sobre el cónyuge y la pareja,
- *expectativas* de eficacia y de los resultados asociadas con la puesta en práctica de las habilidades para el cambio de comportamiento,
- *percepciones* sobre el cónyuge y las interacciones maritales,
- *atribuciones* de causalidad y responsabilidad de los acontecimientos maritales, y
- *patrones* del funcionamiento marital ideal.

Los terapeutas maritales cognitivo-conductuales subrayan la importancia de evaluar los cinco tipos de cogniciones con el fin de comprender totalmente, e influir en, las elecciones conductuales de los cónyuges. Sin embargo, el comprender las suposiciones del cónyuge sobre el otro miembro de la pareja y sobre las interacciones entre ellos es esencial, debido a su efecto sobre las expectativas, las percepciones y las atribuciones. Por ejemplo, una mujer puede quejarse de lo que ella identifica como comportamiento controlador de su marido. Si ella supone que éste es rígido y resistente al cambio, podría esperar momentos difíciles para, o ser incapaz de, llevar a cabo una negociación o solución de problemas (“expectativas de eficacia”). Incluso si fuera capaz de participar en la solución de problemas con él, es probable que espere que éste no llegará a un compromiso ni cambiará (“expectativas de los resultados”). Anticipando la falta de cooperación y fracaso, puede recordar ejemplos de su inflexibilidad (de él) e ignorar casos de su disposición a llegar a un compromiso (“atención selectiva que produce percepciones erróneas”). Al centrarse en la “consistencia” de la rigidez de él, ella podría atribuir el comportamiento controlador de él a algo global y estable sobre éste, en vez de sobre el ambiente, y podría hacerle responsable de la conducta negativa. Se ha demostrado que las atribuciones negativas sobre las causas y las responsabilidades mantienen y producen insatisfacción marital (Finchara, y Bradbury, 1987). En el presente ejemplo, la satisfacción de la mujer se resentirá aun más si cree que los cónyuges siempre deben llegar a un compromiso y ser flexibles, si es que realmente se preocupan el uno por el otro (“patrones”).

II.1. *Apoyo empírico del modelo*

La investigación sobre el funcionamiento y la satisfacción maritales apoya habitualmente el modelo cognitivo-conductual de la pareja. Las parejas con insatisfacción marital, comparadas con parejas satisfechas, se caracterizan por una elevada ocurrencia de costes y una baja presencia de beneficios (Barnett y Nietzel, 1979; Gottman, 1979; Patterson y Reid, 1970; Revenstorf, Hahlweg, Schindler y Vogel,

1984). Se ha demostrado también que las primeras parejas, comparadas con las segundas, se caracterizan por más suposiciones disfuncionales y más creencias irracionales (Epstein y Eidelson, 1981), más procesos atribucionales y atribuciones disfuncionales (Finchara y Bradbury 1987), menos expectativas de eficacia y de resultados (Pretzer, Epstein y Fleming, 1985) y parecen estar más atentas a los acontecimientos maritales y al comportamiento del cónyuge cuando éstos son negativos que cuando son positivos (Jacobson y Margolin, 1979).

III. LA TERAPIA MARITAL COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia marital cognitivo-conductual utiliza un enfoque con base en las habilidades para ayudar a las parejas con problemas a aumentar su satisfacción marital. Lo mismo que sucede en otras intervenciones conductuales, las habilidades necesarias para solucionar el conflicto y aumentar la intimidad se enseñan por medio de instrucciones, modelado, ensayo de conducta y retroalimentación correctora (Arias, 1992). A las sesiones de terapia acuden los dos miembros de la pareja, excepto en la evaluación inicial y durante el curso de la terapia cuando se aborden aspectos individuales, como la falta de adherencia. La premisa básica de la terapia marital cognitivo-conductual es que la satisfacción marital puede aumentarse entrenando a las parejas a reducir las interacciones maritales negativas y aumentar las positivas. Epstein, Baucom y Rankin (1993) han sugerido recientemente que existen tres formas, correspondientes a los tres puntos del ciclo del conflicto, por medio de las cuales los terapeutas pueden favorecer el cambio en las parejas con problemas. Éstas son:

1. Reconocer las situaciones de alto riesgo y evitar interacciones conflictivas;
2. Aprender a terminar un patrón de comunicación destructiva una vez que ya ha empezado y a salir de una interacción problemática; y
3. Minimizar el impacto de los conflictos que ya han ocurrido.

La terapia marital cognitivo-conductual incluye varios componentes centrados en las habilidades, cada uno de los cuales sirve para ayudar a las parejas en, por lo menos, un aspecto de los tres puntos anteriores. Estos componentes son el entrenamiento en habilidades de comunicación, el entrenamiento en solución de problemas y el contrato conductual. El llevarlos a cabo puede variar ligeramente de un estudio a otro, pero los conceptos básicos de cada uno se describen seguidamente.

III.1. *Componentes conductuales*

III.1.1. El entrenamiento en habilidades de comunicación

El entrenamiento en habilidades de comunicación es un componente conductual básico de la terapia marital cognitivo-conductual. Sólo por medio de una comunica-

ción clara y precisa los cónyuges pueden realizar con eficacia la solución de problemas y proporcionarse mutuamente apoyo e intimidad. El entrenamiento en habilidades de comunicación se centra en ayudar a las parejas a aprender a ser asertivas de forma clara y a escuchar activamente. Resalta el ayudarlas a evitar verbalizaciones o conductas que obstaculicen la comunicación eficaz. El objetivo principal del entrenamiento es proporcionar habilidades que faciliten el desarrollo de patrones simétricos de negociación (Stuart, 1980). En este tipo de patrones, el comportamiento del individuo puede afectar a, pero no necesariamente limita o determina, la conducta del cónyuge. Así, por ejemplo, en una negociación caracterizada por un patrón simétrico de comunicación, un marido que normalmente es el responsable de hacer la cena informa a su mujer que ese día se quedará trabajando hasta tarde y le pregunta si quiere salir a cenar fuera, pedir la comida por teléfono o cocinar ella misma. Por el contrario, característico de un estilo asimétrico, el mismo marido podría informar a su mujer que tiene que trabajar hasta tarde y que ella tiene que cocinar esa noche.

El entrenamiento en comunicación se centra normalmente en mejorar las habilidades de escucha y de habla. Estas habilidades se practican habitualmente en la sesión haciendo que las parejas representen las situaciones problema mientras el terapeuta proporciona directrices y retroalimentación, pero también se practican como tareas para casa. Primero se plantean las habilidades de escucha. Estas habilidades son esenciales en el proceso de comunicación debido a que la comunicación termina tan pronto como el que escucha deja de reconocer el mensaje del que habla (Stuart, 1980). El que escucha puede interrumpir y terminar el proceso de comunicación no prestando atención al que habla o no abordando el contenido del mensaje. Esto último se puede hacer invalidando o descartando dicho mensaje considerándolo poco importante, no justificado o poco claro, o simplemente cambiando de tema. Las habilidades del que escucha se plantean para ayudar a los cónyuges a atender a su pareja y a abordar el contenido de los mensajes del otro. Para llevar a cabo estos objetivos, se incluyen en el entrenamiento cuatro principales habilidades de escucha:

1. Tener y mantener contacto ocular, orientación adecuada y proximidad física con el que habla;
2. Dejar que el que habla comunique cuándo ha terminado el mensaje, en vez de interrumpirle con una respuesta;
3. Resumir el mensaje del que habla; y
4. "Cotejar" el mensaje percibido con el que habla, con el fin de asegurarse que el mensaje que éste intentaba enviar ha sido recibido (Gottman, Notarius, Gonso y Markman, 1976).

En orden de complejidad y dificultad, las habilidades del que habla incluyen la autoexpresión, el hacer peticiones, la clarificación y el proporcionar retroalimentación. En la *autoexpresión* se enseña a los cónyuges a comunicar sus experiencias de los acontecimientos maritales utilizando verbalizaciones en primera persona que se centren en el presente y sean breves (Gottman *et al.*, 1976). Se enseña a los cónyuges a que sean descriptivos y a que adquieran responsabilidades, evitando explicaciones o justificaciones por el contenido de la comunicación. Así, por ejemplo, se puede enseñar a un cónyuge a que diga, «me molesta cuando llegas tarde a casa y te pierdes la cena conmigo y los niños», en vez de decir «eres tan po-

co considerado; realmente haces que me enfade cuando muestras lo poco que te preocupas por mí y los niños cuando no apareces a cenar». Las explicaciones y las referencias a conductas pasadas proporcionan al que escucha material que sirve para distraerle del mensaje que se intenta enviar. En el ejemplo anterior, en vez de hablar sobre el tema de llegar tarde a casa, el que escucha podría responder a las acusaciones de falta de consideración o a las de falta de preocupación e interés por la esposa y los hijos.

El *hacer peticiones* requiere también del uso de verbalizaciones en primera persona breves, descriptivas, pero resaltando el empleo de términos como “quisiera” y “me gustaría” en vez de “necesitas” y “deberías”, con el fin de aumentar la responsabilidad del que habla en la petición y minimizar las objeciones del que escucha. Es decir, un individuo que escucha puede no estar de acuerdo y discutir si tiene o no la obligación de hacer lo que le pide el que habla y si el que escucha realmente *necesita* y no puede pasar sin lo que se le pide que haga. Se puede enseñar a los cónyuges a que digan, «me gustaría que me contaras cómo te van las cosas en el trabajo» en vez de «deberías decirme cómo te va en el trabajo». En el último caso, en vez de centrarse en el deseo del que habla de compartir, el que escucha podría responder discutiendo el derecho o la necesidad que tiene el que habla de saber lo que le sucede en el trabajo.

Una vez que se ha establecido que los cónyuges pueden llevar a cabo con eficacia la autoexpresión y el hacer peticiones, se introduce la *comprobación* o búsqueda de clarificación. Sin importar si es un mensaje en el que están de acuerdo o en desacuerdo, se enseña a los cónyuges a que resuman el mensaje recibido y pregunten al otro miembro de la pareja que comente sobre la exactitud de lo que ha entendido. El proceso se repite hasta que el cónyuge está de acuerdo en que el mensaje recibido es el que realmente se trató de enviar. Luego se introducen instrucciones para proporcionar *retroalimentación*. Es importante que los cónyuges sepan proporcionar retroalimentación positiva y correctora con el fin de recompensar e iniciar el cambio de conducta, respectivamente. Se enseña a los cónyuges a que proporcionen retroalimentación positiva de forma clara y en el momento oportuno, dando retroalimentación global primero y luego retroalimentación más específica. La retroalimentación correctora debería ser también oportuna; sin embargo, tendría que ser específica, descriptiva y objetiva. Cuando sea posible, la retroalimentación correctora debería estar precedida por retroalimentación positiva, como en el siguiente ejemplo: «aprecio realmente tu ayuda para bañar a los niños antes de que se vayan a la cama. Te agradecería mucho si les recordaras que se cepillasen los dientes después de que se terminen de bañar».

III.1.2. El entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas generalmente se centra en ayudar a las parejas a aprender técnicas para solucionar problemas, técnicas que pueden aplicarse a una amplia variedad de situaciones. El objetivo del entrenamiento en solución de problemas consiste en proporcionar a las parejas una forma más adaptativa de solucionar los conflictos y eliminar las conductas maritales negativas. Dicho entrenamiento se introduce después de que ha empezado el entrenamiento en ha-

bilidades de comunicación y se enseña siguiendo una serie de pasos con directrices específicas para solucionar una disputa. El primer paso consiste en que la pareja defina el problema haciendo que uno de los cónyuges describa su visión del mismo mientras el otro intenta comprender y validar la queja presentada. Consistente con las “habilidades del que habla”, que ya han sido presentadas a la pareja anteriormente, se instruye a los cónyuges para que proporcionen una descripción breve y objetiva del acontecimiento indeseable, especificando las circunstancias bajo las que ocurre dicho acontecimiento y las consecuencias del mismo para el que habla. El que escucha emplea habilidades para resumir y empáticas, con el fin de transmitir lo que entiende del malestar y las objeciones del cónyuge. Entonces éste expresa su deseo de solucionar el problema y hace peticiones de cambio. Los terapeutas son más activos durante esta etapa de definición del problema, guiando y ayudando a los cónyuges, y proporcionando retroalimentación sobre su dominio de las habilidades para hablar y para escuchar. La mayor parte del entrenamiento en habilidades de comunicación tiene lugar durante esta etapa del proceso de solución de problemas.

Después de la definición con éxito del problema, la pareja genera un torbellino de ideas, con la ayuda inicial del terapeuta, para establecer una lista de posibles soluciones al problema. Luego esta lista se evalúa a la luz de los deseos expresados por cada miembro de la pareja y ésta se pone de acuerdo para utilizar una de las soluciones sugeridas durante un período de prueba. Se instruye a las parejas para que lleven a cabo en casa la solución elegida antes de la siguiente sesión de terapia y que evalúen el resultado de la prueba. Durante la siguiente sesión de terapia, la pareja informa del éxito de la solución negociada. Si la pareja solucionó el problema satisfactoriamente, continuarán poniendo en práctica la solución. Sin embargo, si la solución no fue eficaz, se presenta de nuevo el problema y se negocia una nueva solución. Una vez que las parejas han mostrado avances en sus habilidades para solucionar problemas, se les anima a que practiquen el resolver disputas y negociar acuerdos por sí mismos, entre sesiones, conforme surgen los problemas.

III.1.3. El contrato conductual

Las soluciones a los problemas que surgen durante la solución de problemas pueden ser acuerdos informales para el cambio conductual por parte de cada cónyuge o bien pueden ser contratos de contingencias, más formales, que especifican el cambio de comportamiento. Existen básicamente dos tipos de contratos conductuales formales descritos en la literatura. Uno es el contrato *quid pro quo* (una cosa por otra) y el otro es el contrato de *buena fe* o paralelo. En ambos formatos, cada miembro de la pareja está de acuerdo en realizar cambios conductuales específicos que el otro ha señalado como deseables. Ambos contratos incluyen la especificación de las consecuencias positivas y negativas por cumplir el contrato y por no hacerlo, respectivamente. Sin embargo, se diferencian notablemente en la manera en que se estructuran o administran las consecuencias. En los contratos *quid pro quo*, el cambio de uno de los miembros de la pareja es contingente con, y funciona como refuerzo para, el cambio del otro miembro. Por ejemplo, si Sara lava la ropa el viernes por la noche, David lavará el coche familiar el sábado o viceversa; por el contrario, si Sara *no* lava la ropa el viernes

por la noche, David no lavará el coche el sábado o viceversa. Weiss, Birchler y Vincent (1974) alegan que este tipo de contrato puede que no sea aconsejable para las parejas con graves problemas, puesto que es probable que cada cónyuge espere a que el otro cambie primero o a que empiece a cumplir el contrato. Además, es probable que los contratos *quid pro quo* faciliten los patrones disfuncionales de interacción en todas las parejas, puesto que la motivación y la responsabilidad para el cambio se centran en el otro miembro de la pareja en vez de en sí mismo, como, por ejemplo, «solamente lo haré si él/ella lo hace», «no lo hice porque él/ella no lo hizo». Por el contrario, los contratos de buena fe requieren que cada cónyuge realice el cambio deseado independientemente de los cambios del otro y el comportamiento de cada miembro de la pareja se refuerza de modo independiente. Así, por ejemplo, si Sara lava la ropa el viernes por la noche, entonces puede ir a comer con sus amigas el sábado; si David lava el coche el sábado, puede invitar a sus amigos a ver el partido de fútbol de la TV el domingo. Sin embargo, se debe tener cuidado de que los refuerzos por cumplir el contrato no sean aversivos para el cónyuge. Por ello, el terapeuta solicita las opiniones de cada miembro de la pareja con respecto a las consecuencias para el otro por cumplir y no cumplir el contrato.

III.2. *Intervenciones cognitivas*

Mientras que el entrenamiento en habilidades de comunicación, el entrenamiento en solución de problemas y el contrato conductual se emplean para ayudar a las parejas a evitar situaciones conflictivas y para terminar con las interacciones problemáticas, las intervenciones cognitivas se emplean para ayudar a las parejas a minimizar el impacto negativo del conflicto. En el contexto de la solución de problemas y del entrenamiento en habilidades de comunicación, los terapeutas maritales cognitivo-conductuales introducen el modelo cognitivo-conductual a las parejas. Las suposiciones, las expectativas, las percepciones, las atribuciones y los patrones se definen y se explican. Se enseña a los cónyuges que estas cogniciones producen pensamientos automáticos a los que respondemos emocional y conductualmente. Es decir, el terapeuta informa a los cónyuges que lo que piensan y cómo lo piensan influye en la manera en que se comportan y se sienten. Por consiguiente, se explica que si se desean cambiar las emociones y las conductas, entonces se necesita examinar y cambiar también las cogniciones. Con el fin de modificar las cogniciones, los terapeutas maritales cognitivo-conductuales emplean técnicas de reestructuración cognitiva que se utilizan frecuentemente en la terapia cognitiva individual, tales como el autorregistro, al análisis lógico y las técnicas de reatribución (Baucom y Epstein, 1990).

III.2.1. El autorregistro

Las primeras intervenciones se refieren a los procedimientos de autorregistro con el fin de seguir la pista a las cogniciones que preceden a los cambios del estado de ánimo y que tienen lugar durante las interacciones negativas. En un principio, se instruye a los cónyuges para que mantengan un registro de los pensamientos automáti-

cos que experimentan cuando están enfadados, ansiosos o deprimidos en anticipación a, durante, o después de interactuar con el cónyuge. El terapeuta repasa los registros de los cónyuges y les ayuda a identificar la suposición, expectativa, percepción, atribución o el patrón que produjo el pensamiento. Posteriormente, el terapeuta puede instruir al cónyuge para que cambie el pensamiento directamente o para que intente modificar la cognición o el proceso cognitivo que produce el pensamiento disfuncional. Por ejemplo, si el marido cuenta que piensa «ella es tan egoísta», puede sustituir ese pensamiento por el de «cuida bien de sí misma» o bien el terapeuta puede hacer que examine y cuestione la suposición subyacente de que su mujer no se considera responsable de ninguna de las necesidades de él.

III.2.2. La reatribución y el análisis lógico

Una alternativa para sustituir a los pensamientos automáticos disfuncionales por otros más positivos consiste en examinar y cambiar la cognición responsable del pensamiento. Una vez que se han identificado el pensamiento y la cognición relacionada, el terapeuta puede cuestionar hasta qué punto es realista o racional la cognición. Ese cuestionamiento conlleva el examinar la lógica y la información empleadas en llegar a alguna conclusión. Por ejemplo, si la esposa piensa que su marido no está comprometido con el matrimonio, el terapeuta puede animarla a que cuente conductas y acontecimientos pasados y actuales sobre los que basa su conclusión. Normalmente, los cónyuges contarán acontecimientos y “datos” que confirmen sus conclusiones actuales. Sin embargo, el terapeuta puede instruir entonces al cónyuge para que busque y encuentre la información que lo ponga en duda. Suponiendo que haya un informe de acontecimientos incongruentes con las conclusiones de ella, el terapeuta puede indicar que su conclusión pudiera ser incorrecta. Además, cualquier cosa que haya atribuido a su falta de compromiso estaba igualmente atribuida de modo incorrecto. Se puede guiar al cónyuge para que examine toda la información relevante, extraiga una conclusión más exacta y haga las atribuciones correctas sobre el comportamiento del otro miembro de la pareja.

IV. LA ESTRUCTURA DE LA TERAPIA MARITAL COGNITIVO-CONDUCTUAL

IV.1. *La evaluación*

Los principales objetivos de la evaluación en la terapia marital cognitivo-conductual son:

1. Especificar las áreas de interacción que constituyen las fuentes del conflicto y del malestar; y
2. Especificar las habilidades que son necesarias desarrollar y aplicar para solucionar el conflicto y disminuir el malestar.

Los terapeutas cognitivo-conductuales utilizan la entrevista clínica y medidas de papel y lápiz estandarizadas para obtener información autoinformada y observada por los cónyuges (véase Arias y Byrne, 1996, para una revisión más completa). La satisfacción marital global se evalúa frecuentemente utilizando alguna de las dos siguientes escalas: el «Test de ajuste marital» (*Marital Adjustment Test, MAT*; Locke y Wallace, 1959) y la «Escala de ajuste de la pareja» (*Dyadic Adjustment Scale, DAS*; Spanier, 1976). La evaluación de áreas específicas de problemas y de déficit conductuales puede evaluarse utilizando tanto instrumentos de autoinforme, tales como el «Cuestionario de áreas de cambio» (*Areas of Change Questionnaire, ACQ*; Weiss y Birchler, 1975) y el «Inventario de comunicación primaria» (*Primary Communication Inventory, PCI*; Navran, 1967), como medidas para la observación del otro miembro de la pareja, ejemplificado en la «Lista de observación del cónyuge» (*Spouse Observation Checklist, SOC*; Wills, Weiss y Patterson, 1974). Diversos estudios han mostrado que la metodología observacional, como la empleada por el «Sistema de codificación de la interacción marital» (*Marital Interaction Coding System, MICS*; Hops, Wills, Patterson y Weiss, 1972) y el *Kategoriensystem für Partnerschaftliche Interaktion, KPI* (Hahlweg et al., 1984), han discriminado parejas con problemas de las de sin problemas y son sensibles a los efectos de la terapia. Sin embargo, llevan mucho tiempo y son costosos. Por consiguiente, la metodología observacional habitualmente se reserva para la evaluación en la investigación empírica. La evaluación formal de las cogniciones y de los procesos cognitivos conlleva la utilización del «Inventario de creencias sobre la relación» (*Relationship Beliefs Inventory, RBF*; Eidelson y Epstein, 1982) y de la «Medida de atribución en la relación» (*Relationship Attribution Measure, RAM*; Fincham y Bradbury, 1992). Además de su uso en la evaluación de la disfunción marital, estas medidas pueden administrarse durante el tratamiento y en el momento en que éste termina, con el fin de registrar el progreso y cuantificar los resultados.

Las primeras dos sesiones de terapia se dedican principalmente a la evaluación de las quejas que presenta la pareja y a las competencias conductuales. Los cónyuges habitualmente están deseosos de librarse de su malestar y a menudo esperan que el terapeuta intervenga inmediatamente. Con el fin de evitar frustraciones y la pérdida de esperanza en la eficacia potencial de la terapia, es importante explicar a la pareja que las recomendaciones para el cambio no se llevarán a cabo hasta después de las sesiones de evaluación. Los esposos tienen que apreciar que la eficacia de los cambios recomendados está determinada en gran medida por la exactitud con que el terapeuta conozca el problema. A su vez, ese conocimiento completo está determinado por el grado de minuciosidad de la evaluación. La sesión de evaluación inicial constituye una excepción al formato combinado empleado a lo largo de la terapia marital cognitivo-conductual. Se entrevista a los cónyuges individualmente con el fin de permitir que cada uno ofrezca su propia perspectiva honesta, sin inhibiciones, sobre la pareja y los problemas de la misma. De nuevo, es importante asegurarse que los cónyuges comprenden que estas entrevistas iniciales individuales suceden sólo en la primera sesión. Mientras uno de los cónyuges está siendo entrevistado, se pide al otro que rellene la batería de instrumentos de evaluación que utilice el terapeuta. Durante las entrevistas individuales, el terapeuta evalúa las áreas de conflicto y los cambios deseados y específicamente se detiene en las suposiciones, patrones, expectativas, percepciones y atribuciones de cada cón-

yuge con respecto al funcionamiento marital en general y al funcionamiento de la pareja en particular. Se da también a los cónyuges una oportunidad para que hablen sobre aspectos que piensan son importantes, pero que el terapeuta no les ha preguntado. Antes de terminar la entrevista con uno de los cónyuges, el terapeuta le comunica que toda la información ofrecida por él/ella puede ponerse a disposición del otro miembro de la pareja. De esta forma se evita que los cónyuges utilicen al terapeuta para guardar secretos y, por consiguiente, que establezca una relación de connivencia con uno de los cónyuges en contra del otro. Hay casos en los que los miembros de la pareja no quieren que se le proporcione determinada información al otro (p. ej., una relación extramarital pasada o actual). En esas circunstancias, el terapeuta tiene que decidir el grado en que guardar en secreto esa información afectará al proceso de terapia, al funcionamiento de la pareja y al funcionamiento individual del otro. Si mantener la información en secreto no es relevante para la disfunción marital actual y no va a tener un impacto destructivo sobre la terapia, sobre el matrimonio o sobre el otro (p. ej., una relación sucedida hace mucho tiempo), el terapeuta puede acceder a la petición de mantener en secreto la información. Por otra parte, si la información es de relevancia para la terapia, para el matrimonio o para el otro miembro (p. ej., el cónyuge está ocultando su estado de VIH positivo), el terapeuta no puede ponerse en connivencia con el cónyuge. En el caso de estas últimas circunstancias, el terapeuta debería animar al cónyuge a que le proporcionase la información al otro miembro de la pareja, con la ayuda del terapeuta, durante una sesión de terapia. Si el cónyuge continúa rechazando el proporcionar la información, el terapeuta debe rechazar seguir con la terapia marital y debe hacer que el cónyuge informe al otro durante la sesión que él/ella no quiere participar en la terapia marital.

Cuando las entrevistas individuales se terminan, el terapeuta proporciona un resumen conciso de los problema maritales a los cónyuges juntos, señalando las virtudes o los aspectos positivos actuales de la pareja. El resumir y resaltar las virtudes de cada cónyuge y de la relación aumenta la esperanza, la motivación y la adherencia a las exigencias de la terapia. Se programa entonces una segunda sesión de evaluación durante la cual el terapeuta obtendrá una historia de la evaluación de la pareja (Jacobson y Margolin, 1979). La entrevista de la historia de la pareja se realiza con los dos cónyuges y el terapeuta evalúa el desarrollo de aspectos positivos y negativos de la pareja y del funcionamiento marital. El terapeuta empezará preguntando a la pareja que describa cómo se conocieron, qué pensaron sobre la otra persona cuando se vieron por primera vez y qué encontraron atractivo en la otra persona. Se obtiene también una descripción de la relación de cortejo y luego el terapeuta se centra en la decisión de casarse (p. ej., quién empezó a hablar de matrimonio, quién lo propuso, por qué cada miembro de la pareja estuvo de acuerdo en casarse). Se pregunta a cada cónyuge que informe de las expectativas que tenían con respecto al matrimonio y sobre el otro antes de casarse. Luego, el terapeuta se detiene en el período marital inicial, prestando mucha atención a las primeras señales de insatisfacción y disfunción marital. La historia sobre el desarrollo de la relación termina cuando el informe de la pareja llega hasta la actualidad. Se les explica que en sesiones posteriores se llevará a cabo una discusión detallada de los problemas actuales. Las parejas son a menudo reacias a posponer la discusión de los problemas presentes. Sin embargo, el terapeuta tiene que explicar

que la historia de desarrollo es tan importante porque proporciona un contexto y la información que el terapeuta puede utilizar para “explicar” el desarrollo de la disfunción marital y para empezar a modificar las cogniciones disfuncionales de los cónyuges (Jacobson y Margolin, 1979). El repaso de las etapas premaritales y de las primeras maritales suele arrojar material positivo, ya que, en la mayoría de los casos, en esa época no había problemas importantes. A menudo, los cónyuges experimentan un aumento del estado de ánimo positivo y de los sentimientos mutuos como resultado de recordar y procesar información positiva el uno del otro. Con el fin de aumentar la motivación para el cambio, es importante que el terapeuta se centre en, y procese, el material positivo. Cuando finaliza la entrevista de la historia de desarrollo, el terapeuta resume la historia de la pareja y ofrece un planteamiento de la disfunción marital de la pareja. Aunque sin asegurar que intervenciones se van a emplear o qué grado de eficacia tendrán, el terapeuta proporciona un esquema general del tratamiento. Este esquema incluye referencias al empleo del entrenamiento en comunicación y en solución de problemas, y al hecho de que, a menudo, son útiles para que las parejas superen sus diferencias y dificultades.

IV.2. *Estructura de la intervención*

El paso inicial en la terapia marital cognitivo-conductual consiste en aumentar la tasa de ocurrencia de los acontecimientos maritales positivos. Utilizando acuerdos formales de cambio, como el contrato de contingencias o los acuerdos de cambio de conducta informales, el terapeuta seleccionará objetivos de cambio basándose en la información obtenida durante las sesiones de evaluación. Los objetivos para el cambio deberían asociarse con bajos niveles de conflicto y malestar, con el fin de aumentar la probabilidad de adherencia. Objetivos apropiados para esa intervención temprana podrían ser, por ejemplo, sonreír, pasar tiempo juntos, llamar al otro al trabajo para decirle “hola”, etc. Las principales dificultades maritales se reservan para más tarde, cuando los cónyuges se sienten más positivos hacia el otro y cuando se han introducido ya las habilidades que pueden emplearse para solucionar el conflicto (Stuart, 1980).

Una técnica popular para aumentar la tasa de ocurrencia de acontecimientos positivos se refiere a los “días de atención al otro”. Durante la primera sesión después de la historia del desarrollo de la pareja, el terapeuta explica que el objetivo inmediato de la terapia es empezar a recobrar el aspecto positivo de la pareja, aumentando la ocurrencia de experiencias positivas. El terapeuta y la pareja generan una lista de 20-30 conductas positivas que cada cónyuge puede realizar y que será agradable para los dos. La lista funcionará como un “menú” de acontecimientos agradables del que cada cónyuge escogerá diariamente un número determinado que ha de realizar. Los elementos de la lista deberían ser sencillos, comportamientos baratos (con respecto al tiempo y al dinero) que no estén relacionados con los problemas actuales importantes y que podrían llevarse a cabo diariamente. Se anima a los cónyuges a que generen ítems tales como «pregúntame cómo me fue el día», «hazme una taza de café» o «hazme compañía mientras termino una tarea de la casa».

Se le pide a cada cónyuge que lleve a cabo al menos cinco conductas de atención hacia el otro cada día y que mantenga un registro escrito indicando qué acontecimientos tuvieron lugar. Inicialmente cada cónyuge es responsable de su autorregistro o de seguirle la pista a los acontecimientos en los que participó. El terapeuta repasa el registro escrito en la sesión y lo utiliza para vigilar el cambio. Una vez que los cónyuges se han implicado de modo consistente en el procedimiento de los días de atención y se autorregistran con precisión, el procedimiento de los días de atención continúa, pero el registro por el cónyuge sustituye al autorregistro. Mientras que este tipo de evaluación entrena a los cónyuges a darse cuenta de su propia conducta, el registro por el cónyuge entrena a los miembros de la pareja a ser sensibles ante el comportamiento positivo del otro.

El procedimiento de los días de atención con el registro por parte del cónyuge se mantiene a lo largo de toda la terapia. Los registros se repasan en cada sesión. Los informes de los cónyuges se emplean como material para medir el progreso. Por ejemplo, el terapeuta puede utilizar los registros de los días de atención para determinar el grado en que los cónyuges están detectando cambios positivos en el otro. Los registros se pueden utilizar también para enseñar a los cónyuges a proporcionar retroalimentación positiva y a expresar sentimientos positivos al otro. Por ejemplo, cuando se repasan los registros, el terapeuta puede preguntar a cada individuo cómo fue de agradable la conducta del otro miembro de la pareja y, entonces, animar a cada cónyuge a que exprese ese agrado al otro.

Una vez que la pareja muestra un aumento en la ocurrencia de la conducta positiva y una vez que empiezan a responder positivamente a ese cambio, se introduce el entrenamiento en habilidades de comunicación. De nuevo, se escogen inicialmente problemas asociados a bajos niveles de conflicto y conforme la pareja va dominando las habilidades, se abordan problemas de cada vez mayor gravedad. Si la pareja discute mucho y es muy hostil, el terapeuta puede decidir qué problema se va a utilizar en la introducción del entrenamiento en habilidades de comunicación. Si no, el terapeuta pregunta a la pareja qué problema de bajo conflicto le gustaría discutir. Habitualmente, los problemas maritales tienen un demandante principal. Así, aunque la esposa pudiera estar negativamente afectada por una situación problemática, la situación podría ser de interés principal para el marido. Por ejemplo, aunque la mujer reconociera como problema su falta de implicación con los niños, su marido puede tener la objeción mayor a esta situación. En consecuencia, su falta de implicación se identificará como problema del marido. El terapeuta instruye al cónyuge que presenta el problema para que siga las directrices de la conducta del sujeto que habla. De modo específico, se pide al cónyuge que use verbalizaciones en primera persona para expresar su experiencia y luego para pedir un cambio en el comportamiento del otro miembro de la pareja. Más tarde, se pide a éste que resuma la comunicación del cónyuge y que reclame una clarificación si es necesario. Este proceso continúa hasta que ambos cónyuges están de acuerdo en el problema que se ha de resolver y en el objetivo o en el resultado deseado de la solución de problemas que se ha de llevar a cabo. Por ejemplo, la pareja anterior continuaría con la autoexpresión, el hacer peticiones y las comprobaciones hasta que ambos miembros estuvieran de acuerdo en qué es lo problemático sobre el nivel actual de implicación con los niños por parte de la esposa y en el grado de implicación que, por el contrario, debería ser característico de ella.

El terapeuta es muy activo y directivo durante las etapas iniciales del entrenamiento en habilidades de comunicación. El objetivo principal es no permitir que la pareja se desvíe de los temas o que se implique en intercambios hostiles, con el fin de hacer que aquélla aprenda a negociar el cambio. Esto se lleva a cabo asegurándose que se siguen las directrices para el que escucha y para el que habla. El terapeuta empieza describiendo el proceso de comunicación y las directrices y habilidades que se van a utilizar. Sin embargo, aunque los cónyuges pueden indicar que entienden esta presentación verbal, cuando se comunican pueden violar algunas o todas las directrices. El terapeuta interrumpe y corrige *inmediatamente* el comportamiento de la pareja. Las correcciones pueden hacerse bajo la forma de instrucciones, ayudas o modelado. A veces, el terapeuta tiene que ofrecer más apoyo y directrices al cónyuge menos habilidoso. En esas ocasiones, es importante asegurarse que la pareja no culpa o evalúa negativamente al cónyuge menos habilidoso. Además, al proporcionar ayuda y apoyo adicional al cónyuge menos habilidoso, el terapeuta tiene que tener cuidado de no “aliarse con” este cónyuge o de no hacer que el otro miembro de la pareja se sienta ignorado y falto de atención por el terapeuta.

Las cogniciones y los procesos cognitivos que parecen interferir con la comunicación eficaz y en la solución de problemas se abordan durante el entrenamiento en habilidades de comunicación. Los patrones y las expectativas se evalúan cuando uno de los cónyuges presenta una queja o un problema. Es importante que el terapeuta se dé cuenta del grado en que cada miembro de la pareja es racional en sus expectativas con respecto al otro y al matrimonio, antes de plantear los objetivos o los resultados esperados. Igual importancia tiene el grado en que las expectativas de cada cónyuge son congruentes con las del otro. El terapeuta tiene que intervenir en la medida en que alguno de los cónyuges espere resultados que no pueden conseguirse. Por ejemplo, si un marido espera que su mujer abandone su carrera para dedicarse a la casa de modo incondicional, el terapeuta puede pasar cierto tiempo “corrigiendo” esa expectativa. El marido, en este ejemplo, reconocerá esta expectativa con respecto a su mujer como irracional y tendrá que desarrollar modelos más razonables sobre la familia y el matrimonio. El terapeuta es responsable de asegurarse que los objetivos que se puedan alcanzar sean específicos para cada cónyuge y también de tener la certeza de que cada cónyuge estará satisfecho si se consiguen estos objetivos realistas.

Una vez que se han establecido los objetivos, se tienen que determinar los procedimientos para alcanzarlos. Antes de determinar qué procedimientos o cambios conductuales son necesarios, el terapeuta tiene que tener una clara idea de los procedimientos que se están empleando actualmente. Se evalúan las atribuciones y percepciones de los cónyuges sobre el comportamiento del otro y se abordan en este proceso. Se corrigen las atribuciones y las percepciones incorrectas de los miembros de la pareja. De este modo, se anima a los cónyuges a que atiendan a las conductas positivas del otro y a los intentos actuales y pasados por mejorar el matrimonio. Se desanima a los esposos de hacer atribuciones causales negativas, especialmente las referentes a la responsabilidad. Por ejemplo, en vez de atribuir la dedicación a su carrera, en ella, al egoísmo, se puede animar al marido a que considere la posibilidad de que su mujer está invirtiendo en su carrera con el fin de hacer una contribución importante al estatus social y económico de la familia. Los cónyuges que no están de acuerdo dudan frecuentemente en cambiar sus atribuciones y en reencuadrar el

comportamiento de su pareja. Si el terapeuta observa un alto grado de resistencia, se puede pedir a los cónyuges que al menos “suspendan el juzgar al otro”, es decir, aunque sus interpretaciones pueden ser correctas, también pueden ser *incorrectas*. Además, es posible que las explicaciones alternativas sean incorrectas, pero también es posible que sean *correctas*. En general, no es posible decidir qué explicación es la *verdadera*. Sin embargo, habitualmente está claro que las explicaciones de los cónyuges son disfuncionales, puesto que han llevado a la insatisfacción y a la disfunción marital. Por lo tanto, el terapeuta argumenta que un miembro de la pareja puede beneficiarse si suspende sus atribuciones disfuncionales: ya no son correctas (o incorrectas) y crean más problemas que las atribuciones alternativas, inocuas.

El centrarse exclusivamente en el problema o en la queja de uno de los cónyuges puede producir sentimientos de celos y de resentimiento en el otro. Por lo tanto, antes de empezar con la solución de problemas para la queja planteada por uno de los cónyuges, se le pide al otro que presente un problema o una preocupación de bajo nivel. Así, antes de empezar con el entrenamiento en solución de problemas, cada cónyuge ha presentado un problema, ha manifestado el resultado deseado y expresado pensamientos, percepciones y expectativas. En este punto, los cónyuges están preparados para explorar y decidir los procedimientos con los que conseguir los objetivos especificados:

Cuando los cónyuges muestran cambio en la calidad de las habilidades relativas al que escucha y al que habla, y los factores cognitivos no interfieren con la comunicación, se introduce la solución de problemas y se aplica inicialmente a temas poco conflictivos. La definición y especificación del problema y del resultado esperado se llevan a cabo de la misma manera que la empleada anteriormente por los sujetos que escuchan y que hablan. Una vez que la pareja se ha puesto de acuerdo sobre el problema y sobre el resultado deseado, realizan un torbellino de ideas para generar posibles medios con los que conseguir el resultado esperado, mientras que el terapeuta lo va anotando. Normalmente se ha de ayudar a las parejas a generar soluciones y se les recuerda que no han de evaluar o censurar las posibles soluciones. Por ejemplo, una pareja está de acuerdo en que gastar más tiempo juntos es el resultado deseado en respuesta a un problema actual. La primera vez que la pareja se dedica a la solución de problemas, les será difícil a los miembros de la misma generar soluciones. El terapeuta puede ayudar a la pareja en este ejemplo sugiriendo que una forma de alcanzar el objetivo es ¡que cada miembro de la pareja deje de trabajar! Uno o los dos cónyuges señalarán rápidamente, medio divertidos, que utilizar esta solución no es bueno, porque crearía otros problemas. El terapeuta puede indicar que la solución propuesta conseguiría el objetivo y que la tarea durante esta etapa de solución de problemas consiste en generar soluciones para ser evaluadas más tarde durante la etapa correspondiente. En respuesta a esa ayuda, las parejas normalmente generan soluciones igual de absurdas, pero luego empiezan a generar otras más razonables. Así, esta pareja puede proponer dar los hijos en adopción, de modo que sus tardes y fines de semana estén libres. Esta solución tan poco realista es probable que sea seguida por la posibilidad de contratar “canguros” de forma regular —una solución más razonable.

Una vez que la pareja y el terapeuta agotan todas las posibilidades, se evalúa cada una de las soluciones propuestas. Después de evaluar cada solución, la pareja decide cuál de ellas se rechaza y cuál se considerará para su puesta en práctica. La solu-

ción adoptada se ha de llevar a cabo de modo experimental antes de la siguiente sesión. La principal tarea del terapeuta en este punto es asegurarse de que la solución tiene una elevada probabilidad de ser eficaz y que se llevará a cabo. Con el fin de asegurarse la eficacia, el terapeuta tiene que estar seguro de que la pareja ha terminado un análisis completo de las ventajas y desventajas de la solución elegida. Con el fin de estar seguro de que la solución se pondrá en práctica, el terapeuta tiene que comprobar la equidad y los detalles de cualquier plan que se haya de poner en práctica. La solución que ha de llevarse a cabo tiene que caracterizarse por la equidad: los costes y las recompensas para cada cónyuge tienen que ser equivalentes. Si la solución se percibe o se experimenta como injusta por alguno de los cónyuges, no se llevará a cabo. Es más probable que las parejas pongan en práctica una solución si está claro cuándo, cómo y dónde se aplicará ésta. Por ello, no es suficiente decir que se contratará a una "canguro" de forma regular. Antes de que termine la sesión, el terapeuta tiene que saber quién será la canguro, qué días y qué horas, quién hará los arreglos para contratarla y llevarla a casa, y dónde irán y qué harán mientras la canguro esté cuidando de los niños.

En la siguiente sesión, se evalúa la eficacia de la solución. Si es eficaz, la solución continuará poniéndose en práctica. Sin embargo, si es ineficaz o no satisface a alguno de los cónyuges, se elegirá otra solución, bien de la lista anterior o de una nueva lista generada por una nueva aplicación de los procedimientos de solución de problemas. Cuando se resuelven los problemas, se elabora el éxito con el fin de asegurarse que el cambio conductual deseable se acompaña por cambios igualmente deseables en las cogniciones y en los procesos cognitivos.

Después de que se han aplicado con éxito las habilidades de comunicación y la solución de problemas a una de las situaciones poco conflictivas de cada cónyuge, se aplican los mismos procedimientos, dentro de la sesión, a problemas caracterizados por niveles más elevados de conflicto. Una vez que la pareja ha sido capaz de aplicar con éxito estas técnicas de negociación a problemas con un elevado conflicto, se la instruye para que empiece, por sí misma, a aplicar estos procedimientos entre sesiones a distintos problemas. Inicialmente, el terapeuta elegirá un problema actual que se ha de discutir y resolver en casa. El terapeuta pedirá a la pareja que elija un día y un período de dos horas durante el cual no les interrumpirá nadie. El problema seleccionado por el terapeuta se elaborará durante este período específico. El terapeuta tiene la opción de pedir a la pareja que grabe en casete su discusión. El terapeuta puede revisar la cinta durante la siguiente sesión y ofrecer a la pareja retroalimentación positiva y correctora. El objetivo es hacer que las parejas empleen la comunicación y la solución de problemas de modo eficaz e independiente.

El día y el período de tiempo elegidos, u otro día y hora más convenientes, se asignará como el período de solución de problemas semanal de la pareja. Se instruirá a ésta para que lleve una hoja con los problemas que se vayan presentando durante la semana. Salvo que los problemas sean urgentes, se discutirán y resolverán sólo durante el período que se ha especificado para la solución de problemas. La pareja se reunirá cada semana el mismo día y a la misma hora para solucionar problemas. Si ninguno de los cónyuges ha experimentado problemas, el tiempo se empleará para repasar la semana y especificar los factores que fueron responsables de la naturaleza no problemática de la semana. Mientras se encuentran en terapia, se revisarán, junto con el terapeuta y durante la sesión, los resultados de esas sesiones de solución de problemas.

En estos repasos, el terapeuta señalará y recompensará a los cónyuges por su eficaz uso de la comunicación y de la solución de problemas. Si un problema no se resolvió, el terapeuta ayudará a los cónyuges a determinar qué es lo que se tiene que cambiar en las posteriores sesiones de solución de problemas para aumentar su eficacia.

Una vez que las parejas están participando en una solución de problemas eficaz sin la dirección del terapeuta, se plantea el tema de la terminación de la terapia. El terapeuta instruirá a los cónyuges para que evalúen su funcionamiento y su satisfacción maritales. Esta evaluación se utilizará para determinar el grado en que los miembros de la pareja han alcanzado los objetivos planteados al comienzo de la terapia. Si se han cumplido los objetivos y los cónyuges disfrutan de niveles más elevados de satisfacción marital, la terapia va terminándose progresivamente. Es decir, se puede colocar una cita un mes después del último contacto para continuar con otra cita a los seis meses. Estos contactos con el terapeuta pueden terminarse totalmente si los cónyuges informan de un funcionamiento y una satisfacción constantes durante las visitas del período de seguimiento.

Si los miembros de la pareja no han conseguido sus objetivos o no están más satisfechos con el matrimonio, el terapeuta tiene que evaluar el grado en que la continuación de la terapia producirá alguna mejoría. Si se anticipa que el entrenamiento y la práctica constantes mejorarán el disfrute de la relación de pareja, se continúa con la terapia. Sin embargo, si se percibe que la terapia adicional no mejorará dicha relación o si esa terapia seguirá siendo ineficaz, puede que el terapeuta prefiera tocar los temas de separación, divorcio o enviar a la pareja a otro profesional. En este último caso, el terapeuta puede sugerir a la pareja que se plantee acudir a clínicos que adopten otros enfoques diferentes sobre la disfunción marital, como los terapeutas sistémicos. No obstante, el terapeuta tiene que plantearse también la posibilidad de otros terapeutas cognitivo-conductuales. El fracaso de un terapeuta para ayudar a una pareja puede provenir de la presencia de problemas intratables o de la incapacidad de un determinado enfoque teórico para satisfacer las necesidades de la pareja. Sin embargo, es posible también que un terapeuta particular no haya evaluado los problemas de la pareja de forma adecuada o que no haya aplicado el tratamiento correctamente. Un segundo terapeuta puede tener más éxito utilizando los mismos procedimientos y estrategias de evaluación y tratamiento.

V. LA TERAPIA MARITAL COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA LITERATURA ESPECIALIZADA

V.1. *Los componentes conductuales comparados con controles de lista de espera*

Los componentes conductuales de la terapia marital cognitivo-conductual se han evaluado en estudios sobre tratamiento que han comparado condiciones componentes únicas y el “paquete” de elementos conductuales con grupos control de lista de

espera. Se ha encontrado que el entrenamiento en comunicación es más eficaz que los grupos control de lista de espera (Baucom, 1982, 1984; Hahlweg, Revenstorf y Schindler, 1982; Schindler, Hahlweg y Revenstorf, 1983; Turkewitz y O'Leary, 1981). Igualmente, se ha demostrado que tanto la solución de problemas como el contrato conductual son más eficaces que los grupos control de lista de espera para producir cambios en la satisfacción marital (Baucom, 1982, 1984; Jacobson, 1984; Jacobson y Follette, 1985).

Varios estudios han examinado la eficacia de los paquetes de componentes conductuales comparándolos con controles de lista de espera. Jacobson (1977) comparó un tratamiento marital conductual que incluía solución de problemas y contrato conductual con un grupo control de lista de espera. Los resultados indicaban que el grupo de tratamiento, en comparación con el grupo de lista de espera, registró mejoras significativas en las habilidades de solución de problemas, tal como se esperaba, y en la satisfacción marital global. Igualmente, Hahlweg, Revenstorf y Schindler (1984) compararon 29 parejas tratadas con componentes conductuales, 14 parejas control de lista de espera y 12 parejas sin problemas. Los componentes conductuales mejoraron significativamente las habilidades de comunicación de los cónyuges en el grupo de tratamiento, comparados con aquellos del grupo de lista de espera, de modo que al final del tratamiento los cónyuges del grupo de terapia eran prácticamente indistinguibles de los cónyuges del grupo sin problemas. Con el fin de «proporcionar una evaluación objetiva del conocimiento actual en [terapia marital conductual]», Hahlweg y Markman (1988) llevaron a cabo un metaanálisis con 17 estudios norteamericanos y europeos, y encontraron que el tamaño del efecto medio era de 0,95 para los 17 estudios. Esto puede interpretarse de la siguiente manera: el cónyuge promedio que recibió terapia marital consistente en componentes conductuales funcionaba mejor, al final del tratamiento, que el 83% de los cónyuges que habían recibido un tratamiento placebo o no habían recibido ninguno. Puede interpretarse también diciendo que aunque la posibilidad de mejoría para las parejas de los grupos control era del 28%, la posibilidad de mejoría para las parejas del grupo experimental era del 72%. Estos autores realizaron también metaanálisis separados para estudios llevados a cabo en Europa y en los Estados Unidos y no encontraron diferencias significativas en los tamaños del efecto. Concluyeron que existen potentes evidencias para la generalización de los resultados de los componentes conductuales de la terapia marital cognitivo-conductual.

v.2. *Comparaciones entre los componentes conductuales*

Además de examinar la eficacia de los componentes conductuales de forma individual y en combinación frente a la falta de tratamiento, los investigadores se han interesado también en la eficacia relativa de los componentes conductuales comparándolos entre sí. Por ejemplo, Emmelkamp, Van Der Helm, MacGillavry y Van Zanten (1984) compararon el contrato conductual con el entrenamiento en habilidades de comunicación y con la combinación de sus efectos y encontraron que ambos tratamientos eran igual de eficaces y que el orden en que se aplicaban no tenía ninguna influencia. Baucom (1984) comparó parejas en tres condiciones: una condición con-

junta de entrenamiento en habilidades de comunicación/solución de problemas y contrato conductual, una condición de sólo entrenamiento en habilidades de comunicación/solución de problemas y una condición de sólo contrato conductual. Los resultados indicaron que no había diferencias significativas entre las condiciones de tratamiento, aunque cada condición de tratamiento era más eficaz que la falta de tratamiento en todas las medidas dependientes. Estos resultados y los obtenidos por otros autores (Hahlweg, Schindler, Revenstorf y Brengelmann, 1984; Jacobson y Follette, 1985) sugieren que los distintos componentes conductuales no son más eficaces unos que otros, ya sean utilizados solos o en combinación.

V.3. *La importancia clínica del impacto de los componentes conductuales*

Los estudios sobre los resultados de los tratamientos se centran normalmente en la significación estadística de las diferencias entre grupos. Sin embargo, las diferencias estadísticamente significativas no aseguran una significación clínica. Para intentar contestar a las cuestiones de la significación clínica de los efectos de las intervenciones maritales conductuales, Jacobson *et al.* (1984) reanalizaron los datos de estudios anteriores que examinaban la eficacia de las intervenciones maritales conductuales (p. ej., Baucom, 1982; Hahlweg, Revenstorf y Schindler, 1982; Jacobson, 1984). Los resultados indicaron que el porcentaje de parejas tratadas que tuvieron una mejoría estadísticamente significativa en la satisfacción marital iba del 39,4% al 72,1%, con un porcentaje medio del 56,1%. El porcentaje de parejas tratadas clasificadas como carentes de problemas al final del tratamiento iba del 21,2% al 58,1%, con un porcentaje medio del 35,1%. Los datos del seguimiento mostraron que después de 6 meses, el 27,7% de las parejas había empeorado desde el posttest, el 13,8% había mejorado y las restantes parejas habían mantenido las ganancias conseguidas durante el tratamiento. Los autores informaron que entre las parejas de las condiciones control de lista de espera, sólo el 13,5% mostró una mejoría estadísticamente fiable. De este modo, la tasa de mejora asociada al tratamiento de componentes conductuales se consideró clínicamente significativa, puesto que superaba con creces a la tasa de remisión espontánea entre las parejas que no recibían tratamiento.

V.4. *La terapia marital cognitivo-conductual*

A pesar de la probada eficacia de la terapia marital conductual cuando se ha comparado con los grupos control sin tratamiento, hay todavía importantes aspectos que mejorar. El añadir componentes cognitivos a los enfoques conductuales para el tratamiento de los conflictos maritales fue un intento de aumentar aun más la eficacia de la terapia conductual. Esto constituye una modificación relativamente reciente. Por lo tanto, los trabajos que examinan el impacto de las intervenciones cognitivas no son muy numerosos. Sin embargo, existen varios estudios que han examinado la eficacia de añadir un componente cognitivo a la terapia marital conductual.

Baucom y Lester (1986) compararon la eficacia de una condición de terapia marital conductual con otra condición que combinaba la terapia marital conductual y la terapia marital cognitiva. La condición conductual incluía entrenamiento en habilidades de solución de problemas/comunicación seguido por un contrato *quid pro quo*. La condición de terapia marital cognitivo-conductual combinaba la terapia marital conductual, tal como se definió anteriormente, con un énfasis en las atribuciones que hacían los cónyuges sobre los problemas maritales y en las expectativas sobre el otro miembro de la pareja y sobre la relación. Los resultados mostraron que entre las mujeres, la terapia marital cognitivo-conductual era superior a la falta de tratamiento en 6 de las 7 variables dependientes. Para los hombres, ese mismo enfoque de terapia era superior a la falta de tratamiento en sólo 3 medidas dependientes. Dos de las medidas en las que los hombres no se diferenciaban con respecto al grupo de no tratamiento estaban directamente relacionadas con las expectativas y las creencias sobre la relación. Sin embargo, no había diferencias entre los grupos de tratamiento conductual y cognitivo-conductual en términos de la eficacia en ninguna de las medidas dependientes. Desafortunadamente, la pequeña muestra de este estudio, que incluía sólo 8 parejas en cada condición, parece hacer débil la probabilidad de encontrar diferencias. Otros estudios han investigado comparaciones de la terapia marital cognitivo-conductual con el entrenamiento en comunicación solo (Emmelkamp *et al.*, 1988); de la terapia marital cognitivo-conductual con el entrenamiento en expresividad emocional más terapia conductual y con la terapia marital conductual sola (Baucom, Sayers y Sher, 1990); y el añadir la reestructuración cognitiva a la terapia marital conductual en un diseño de línea base múltiple (Behrens, Sanders y Halford, 1990). Ninguno de estos estudios indicó que el añadir la reestructuración cognitiva a la terapia marital conductual tradicional tenía un efecto significativo sobre los resultados del tratamiento. Aunque hay poca evidencia empírica que indique que las intervenciones cognitivas son superiores a la terapia marital conductual, bien por sí sola o bien como un componente adicional se necesitan más investigaciones.

VI. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

La terapia marital conductual es generalmente una intervención eficaz para tratar la insatisfacción y la disfunción maritales. Aun siendo una poderosa intervención, la eficacia de la terapia marital conductual no es perfecta y se esperaba que al añadir componentes de terapia cognitiva aumentase su impacto. Tal como revisamos anteriormente, los cónyuges con problemas de pareja se diferencian significativamente de los cónyuges sin problemas, en cogniciones y en procesos cognitivos relativos al funcionamiento marital. Además, se ha demostrado que las cogniciones y los procesos cognitivos están relacionados con el funcionamiento y la satisfacción maritales. Ha causado sorpresa y frustración concluir que, con base en los pocos estudios que han examinado la eficacia de los procedimientos cognitivos, los componentes cognitivos no han aumentado de forma significativa el impacto de la terapia marital conductual. Sin embargo, aunque los primeros resultados no son muy alentadores, no existen datos suficientes para llegar a conclusiones definitivas.

Se necesita más investigación sobre la eficacia de la terapia marital cognitivo-conductual. Una cuestión básica de esa investigación es la distinción entre intervenciones conductuales y cognitivas. Es decir, la ausencia inicial de diferencias significativas puede ser el resultado, en parte, de un solapamiento notable entre las dos clases de intervención. Los terapeutas maritales conductuales abordan cuestiones cognitivas durante el entrenamiento en comunicación y en solución de problemas. Así, la terapia marital conductual, tal como se practica hoy día, puede producir, informalmente, cambios similares a los producidos por la intervención cognitiva formal. Sólo investigaciones muy controladas pueden cumplir la tarea de distinguir entre tratamientos y establecer su eficacia. Sin embargo, es posible que los investigadores no sean capaces de desarrollar una "intervención conductual" pura. Incluso si los terapeutas no abordan, formal o informalmente, las cogniciones y los procesos cognitivos, los cónyuges tienen que procesar la nueva información que procede de la terapia. Es decir, los terapeutas de conducta son eficaces para ayudar a los cónyuges a que lleven a cabo nuevos comportamientos. Los cónyuges perciben entonces el nuevo comportamiento positivo y tienen que explicar la conducta positiva del cónyuge, algo que no es consistente con sus anteriores suposiciones, percepciones, expectativas, atribuciones y patrones negativos. Los procesos cognitivos los desencadenan *espontáneamente* estímulos ambientales ambiguos y la información nueva, incongruente (Weiner, 1985). La investigación que examina la eficacia relativa de la terapia marital conductual y cognitivo-conductual puede estar comparando realmente la eficacia relativa de medios indirectos y directos de modificar las cogniciones, respectivamente. En ese caso, los datos de que se dispone sugieren que es posible que las intervenciones directas, comparadas con las indirectas, no sean más eficaces para cambiar las cogniciones disfuncionales y reducir la insatisfacción marital asociada.

Fincham, Bradbury y Beach (1990) han planteado sagazmente que una preocupación añadida es el tema de llevar a cabo la reestructuración cognitiva en el tratamiento del conflicto marital. Como se ha afirmado anteriormente, los componentes cognitivos se propusieron, como procedimientos complementarios para las intervenciones maritales conductuales. Se planteó que los componentes cognitivos mejorarían los efectos de los conductuales al crear un "contexto" cognitivo congruente con los cambios conductuales. La congruencia entre las estructuras cognitivas y el ambiente facilitaría la acomodación y asimilación de la información y la conducta nuevas, aumentando así el mantenimiento de las habilidades recién aprendidas. En las clínicas, el terapeuta adapta el tratamiento a las parejas. A éstas sólo se les enseña las habilidades de las que parecen carecer. Las cogniciones y los procesos cognitivos que son relevantes para una pareja determinada se abordan de cara a los comportamientos problemáticos específicos de la pareja. El rigor y los límites metodológicos requieren una puesta en práctica muy diferente de la reestructuración cognitiva en un lugar de investigación. Todas las parejas en el proyecto de tratamiento reciben las mismas intervenciones, abordando el mismo contexto y en el mismo orden, independientemente de sus necesidades individuales. De este modo, es posible que la investigación existente no haya comprobado realmente la capacidad de los procedimientos de reestructuración cognitiva para complementar y aumentar el impacto positivo de las intervenciones conductuales. Se necesita más investigación sobre los procesos y los resultados antes de que podamos

llegar a conclusiones válidas sobre la significación de los componentes cognitivos en el tratamiento de la insatisfacción y la disfunción maritales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arias, I. (1992). Behavioral marital therapy. En S. M. Turner, K. S. Calhoun y H. E. Adams (dirs.). *Handbook of clinical behavior therapy* (2.^a edición). Nueva York: Wiley.
- Arias, I. y Byrne, C. A. (1996). Evaluación de los problemas de pareja. 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.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Barnett, L. R. y Nietzel, M. T. (1979). Relationship of instrumental and affectional behaviors and self-esteem to marital satisfaction in distressed and nondistressed couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 946-957.
- Baucom, D. H. (1982). A comparison of behavioral contracting and problem-solving/communications training in behavioral marital therapy. *Behavior Therapy*, 13, 162-174.
- Baucom, D. H. (1984). The active ingredients of behavioral marital therapy: The effectiveness of problem-solving/communication training, contingency contracting, and their combination. En K. Hahlweg y N. S. Jacobson (dirs.), *Marital interaction: Analysis and modification*. Nueva York: Guilford.
- Baucom, D. H. y Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Baucom, D. H., Epstein, N., Sayers, S. y Sher, T. G. (1989). The role of cognition in marital relationships: Definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 31-38.
- Baucom, D. H. y Lester, G. W. (1986). The usefulness of cognitive restructuring as an adjunct to behavioral marital therapy. *Behavior Therapy*, 17, 385-403.
- Baucom, D. H., Sayers, S. L. y Sher, T. G. (1990). Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: An outcome investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 636-645.
- Beach, S. R. H. y Nelson, G. M. (1990). Pursuing research on major psychopathology from a contextual perspective: The example of depression and marital discord. En G. Brody e I. E. Siegel (dirs.), *Family Research*, vol. II. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Behrens, B. C., Sanders, M. R. y Halford, W. K. (1990). Behavioral marital therapy: An evaluation of treatment effects across high and low risk settings. *Behavior Therapy*, 21, 423-433.
- Billings, A. (1979). Conflict resolution in distressed and nondistressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 368-376.
- Birchler, G. R., Weiss, R. L. y Vincent, J. P. (1975). A multimethod analysis of social reinforcement exchange between maritally distressed and nondistressed spouse and stranger dyads. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 349-360.
- Bloom, B. I., Asher, S. J. y White, S. W. (1978). Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychological Bulletin*, 85, 867-894.
- Eidelson, R. J. y Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 715-720.

- Emery, R. E. (1988). *Marriage, divorce, and children's adjustment*. Newbury Park, CA: Sage.
- Emmelkamp, P., Van Der Helm, M., MacGillavry, D. y Van Zanten, B. (1984). Marital therapy with clinically distressed couples: A comparative evaluation of system-theoretic, contingency contracting, and communication skills approaches. En K. Hahlweg y N. S. Jacobson (dirs.), *Marital interaction: Analysis and modification*. Nueva York: Guilford.
- Emmelkamp, P., Van Linden van den Heuvall, G., Rùphan, M., Sanderman, R., Scholing, A. y Stroirik, F. (1988). Cognitive and behavioral interventions: A comparative evaluation with clinically distressed couples, *Journal of Family Psychology*, 1, 365-377.
- Epstein, N. y Baucom, D. H. (1989). Cognitive-behavioral marital therapy. En A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler y H. Arkowitz (dirs.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- Epstein, N., Baucom, D. H. y Rankin, L. A. (1993). Treatment of marital conflict: A cognitive-behavioral approach. *Clinical Psychology Review*, 13, 45-57.
- Epstein, N. y Eidelson, R. J. (1981). Unrealistic beliefs of clinical couples: Their relationship to expectations, goals, and satisfaction. *The American Journal of Family Therapy*, 9, 13-22.
- Fincham, F. D. y Bradbury, T. N. (1987). The impact of attributions in marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 481-489.
- Fincham, F. D. y Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: The Relationship Attribution Measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 457-468.
- Fincham, F. D., Bradbury, T. N. y Beach, S. R. H. (1990). To arrive where we began: A reappraisal of cognition in marriage and marital therapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 167-184.
- Fincham, F. D. y O'Leary, K. D. (1983). Causal inferences for spouse behavior in maritally distressed and nondistressed couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, 42-57.
- Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction: Experimental investigations*. Nueva York: Academic.
- Gottman, J. M., Notarius, C, Gonso, J. y Markman, PL (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL: Research.
- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans view their health: A nationwide interview survey*. Nueva York: Basic Books.
- Hahlweg, K. y Markman, H. J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.
- Hahlweg, K., Reisner, L., Kohli, G., Vollmer, M., Schindler, L. y Revenstorf, D. (1984). Development and validity of a new system to analyze interpersonal communication: Kategoriensystem für Partnerschaftliche Interaktion. En K. Hahlweg y N. S. Jacobson (dirs.), *Marital interaction: Analysis and modification*. Nueva York: Guilford. .
- Hahlweg, K., Revenstorf, D. y Schindler, L. (1982). Treatment of marital distress: Comparing formats and modalities. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 4, 57-74.
- Hahlweg, K., Revenstorf, D. y Schindler, L. (1984). Effects of behavioral marital therapy on couples' communication and problem-solving skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 553-566.
- Hahlweg, K., Schindler, L., Revenstorf, D. y Brengelmann, J. (1984). The Munich marital therapy study. En K. Plahlweg y N. S. Jacobson (dirs.), *Marital interaction: Analysis and modification* (pp. 3-26). Nueva York: Guilford.
- Hetherington, E. M., Cox, M y Cox, R. (1985). Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 518-530.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

- Hops, H., Wills, T. A., Patterson, G. R. y Weiss, R. L. (1972). *Marital Interaction Coding System*. Manuscrito sin publicar, University of Oregon, Oregon Research Institute. (Order from ASIS/NAPS, c/o Microfiche Publications, 305 E. 46th Street, Nueva York, NY 10017.)
- Jacobson, N. S. (1977). Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 92-100.
- Jacobson, N. S. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and communication/problem-solving training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 295-305.
- Jacobson, N. S. y Follette, W. C. (1985). Clinical significance of improvement resulting from two behavioral marital therapy components. *Behavior Therapy*, 16, 249-262.
- Jacobson, N. S. y Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S., Follette, W. O., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Hahlweg, K. y Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 497-504.
- Kelly, H. H. y Thibaut, J. W. (1978). *Interpersonal relations*. Nueva York: Wiley.
- Locke, H. J. y Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Margolin, G. (1981). Behavior exchange in distressed and nondistressed marriages: A family life cycle perspective. *Behavior Therapy*, 12, 329-343.
- Markman, H. J., Duncan, S. W., Storaasli, R. D. y Howes, P. W. (1987). The prediction and prevention of marital distress: A longitudinal investigation. En K. Hahlweg y M. J. Goldstein (dirs.), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research*. Nueva York: Family Process Press.
- Mischel, W. (1986). *Introduction to personality*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Navran, L. (1967). Communication and adjustment in marriage. *Family Process*, 6, 173-184.
- Patterson, G. R. y Reid, J. B. (1970). Reciprocity and coercion: Two facets of social systems. En C. Neuringer y J. L. Michael (dirs.), *Behavior modification in clinical psychology*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Pretzer, J. L., Epstein, N. y Fleming, B. (1985). *The Marital Attitude Survey: A measure of dysfunctional attributions and expectancies*. Manuscrito sin publicar.
- Revenstorf, D., Hahlweg, K., Schindler, L. y Vogel, B. (1984). Interaction analysis of marital conflict. En K. Hahlweg y N. S. Jacobson (dirs.), *Marital interaction: Analysis and modification*. Nueva York: Guilford.
- Schindler, L., Hahlweg, K. y Revenstorf, D. (1983). Short- and long-term effectiveness of two communication training modalities with distressed couples. *The American Journal of Family Therapy*, 11, 54-64.
- Somers, A. R. (1979). Marital status, health, and the use of health services. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 267-285.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. Nueva York: Guilford.
- Thibaut, J. W. y Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. Nueva York: Wiley.
- Turkewitz, H. y O'Leary, K. D. (1981). A comparative outcome study of behavioral marital therapy and communication therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 159-169.
- Veroff, J., Kulka, R. A. y Douvan, E. (1981). *Marital health in America: Patterns of help seeking from 1957 to 1976*. Nueva York: Basic Books.

- Wallerstein, J. S. (1985). Children of divorce: Preliminary report of a ten-year follow-up of older children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 545-553.
- Werner, B. (1985). "Spontaneous" causal search. *Psychological Bulletin*, 97, 74-84.
- Weiss, R. L. (1978). The conceptualization of marriage from a behavioral perspective. En T. S. Paolino y B. S. McCrady (dirs.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems perspectives*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Weiss, R. L. y Birchler, G. R. (1975). *Areas of change*. Manuscrito sin publicar, University of Oregon.
- Weiss, R. L., Birchler, G. R. y Vincent, J. P. (1974). Contractual models for negotiation training in marital dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 36, 321-331.
- Wills, T. A., Weiss, R. L. y Patterson, G. R. (1974). A behavioral analysis of the determinants of marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 802-811.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Baucom, D. H. y Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Beach, S. R. H., Sandeen, E. E. y O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Fincham, F. D., Fernandes, L. O. L. y Humphreys, K. (1993). *Communicating in relationships: A guide for couples and professionals*. Champaign, IL: Research Press.
- Fincham, F. D. y Horneffer, K. (1996). Conflictos de pareja. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- O'Leary, K. D. (dir.) (1987). *Assessment of marital discord: An integration for research and clinical practice*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. Nueva York: Guilford.

18. UN PROGRAMA ESTRUCTURADO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE PAREJA

JUAN I. CAPAFÓNS BONET y C. DOLORES SOSA CASTILLA¹

I. INTRODUCCIÓN

La relación de pareja mantiene una indiscutible relevancia social, ya que de ella emanan situaciones relevantes para el individuo y para la propia sociedad. Una relación estable y deseada tiene efectos positivos en el bienestar personal, así como una relación deteriorada interfiere en la dinámica familiar y en la propia salud mental de quienes la padecen, dada la interdependencia existente entre problemas individuales y problemas conyugales. Esta relevancia no ha sido pasada por alto por muchos investigadores y en la actualidad disponemos de distintos modelos de intervención y diversas escuelas que han presentado resultados relevantes para analizar y evaluar el desajuste marital². La influencia de la escuela de Palo Alto y la terapia marital conductual, que ha sido fomentada por diversos grupos (Oregon, Munich, Denver, Londres, etc.), ha permitido disponer en la actualidad de un sistema terapéutico estructurado para hacer frente a los problemas de pareja. Este sistema, obviamente, presenta distintas vertientes y matices en función de los autores que han investigado en este campo; de ahí que se disponga de excelentes manuales que permiten una visión amplia y sugerente respecto a la forma de evaluar e intervenir sobre el desajuste marital (Bornstein y Bornsteki, 1986; Crowe y Ridley, 1990; Hahlweg, 1986; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson y Margolin, 1979; Sager, 1997; Stuart y Stuart, 1972; Tessina y Smith, 1993, entre Otros).

Antes de adentrarnos en el contenido del programa de intervención que proponemos en este capítulo, quisiéramos comentar algunas cuestiones previas. En primer lugar, la evaluación de cualquier problema es preámbulo obligado antes de la intervención, y la disfunción marital no es una excepción. No es este el lugar para exponer las distintas estrategias e instrumentos que se han diseñado para explorar y valorar el desajuste marital, pero sí el lugar para subrayar que —a pesar de la naturaleza estructurada de la mayor parte de los programas de intervención marital— el programa terapéutico debe adaptarse a las peculiaridades que cada pareja plantee. Una adecuada evaluación nos permitirá determinar qué componentes son prioritarios e, incluso, si el sistema terapéutico que aplicamos es el idóneo para la pareja en particular. No podemos olvidar que la separación de la pareja es una alternativa válida y que el proceso de toma de decisiones tiene que ver mucho con la capacidad que muestren los terapeutas para recoger convenientemente la información que suministran los miembros de la pareja.

¹ Universidad de La Laguna (España).

² A lo largo del capítulo los términos “marital”, “cónyuge” o similares, no se refieren estrictamente a un estado civil, sino al hecho de que dos personas convivan como pareja.

En segundo lugar, el programa que se presenta significa una integración de distintos modelos de intervención. Todos ellos han sido puestos a prueba en distintos trabajos de investigación con resultados prometedores (Baucom, Sayers y Sher, 1990; Hahlweg y Jacobson, 1984; Hahlweg y Markman, 1988). No obstante, en la actualidad todavía existen muchos aspectos por dilucidar que obligan a entender la terapia de parejas como un campo relativamente nuevo. La importancia de cada componente o la supremacía de un método sobre otro siguen siendo temas de debate en la bibliografía especializada (Jacobson, 1991; Snyder, Wills y Grady-Fletcher, 1991a; Snyder, Wills y Grady-Fletcher, 1991b; Wesley y Waring, 1996).

En tercer lugar, el programa terapéutico intenta intervenir sobre las áreas que distintas investigaciones han mostrado como las más relevantes para incrementar el bienestar marital. Básicamente se han determinado cuatro campos que intervienen en el problema del malestar conyugal: la pérdida del valor reforzante de la relación, tanto en su vertiente más conductual como cognitiva (Baucom, Epstein, Sayers y Sher, 1989; Bradbury y Fincham, 1990), los problemas de comunicación (Christensen y Sherk, 1991; Krokoff, 1991; Sher y Weiss, 1991), la percepción de equidad (Yperen y Buunk, 1990) y su relación con la capacidad de los miembros de la pareja para conseguir y mantener acuerdos, y la incapacidad para resolver conflictos (Gottman y Krokoff, 1989). Estos cuatro apartados permiten integrar la enorme diversidad de aspectos más específicos que están presentes en la mayoría de las parejas disfuncionales.

En cuarto lugar, en la década de los noventa los investigadores han empezado a tomar en consideración el afecto y el amor como ingredientes fundamentales para el desarrollo de la terapia. Como muy bien señalaba Denton (1991) a principios de esta década, la terapia marital cognitivo-conductual parece como si hubiera olvidado este componente, aferrándose a un planteamiento verbal y racionalista. Aunque tal crítica sería injusta si afirmáramos que tal componente no existió en absoluto (indirectamente el afecto y las emociones han estado presentes desde que comenzaron los primeros trabajos empíricos), lo cierto es que en estos últimos años se ha incrementado el interés por integrar adecuadamente el valor de las emociones. Desde nuestro punto de vista, cualquier terapia de pareja que pase por alto este componente puede acabar pecando de superficialidad, ya que se centraría en el componente del compromiso a estar juntos olvidando la intimidad (Crowe, 1997) y la pasión como ingredientes relevantes.

En quinto, y último lugar, a lo largo de este capítulo no se han considerado diversas condiciones que hacen necesario la adaptación del programa que se va a proponer. La terapia de parejas con pacientes psiquiátricos externos, la terapia llevada a cabo con un solo miembro de la pareja o la terapia de parejas en grupo, entre otras, obliga a remodelaciones que escapan al contenido de este trabajo.

En concreto, el programa terapéutico que proponemos consta de cuatro fases (Capafóns, 1988): entrenamiento en reciprocidad (dos sesiones), entrenamiento en comunicación (tres sesiones), entrenamiento en negociación (dos sesiones) y entrenamiento en solución de conflictos (cinco sesiones). Estas 12 sesiones, de 90 a 120 minutos de duración cada una, están sujetas a las peculiaridades de cada pareja, con lo que cabe realizar diversas adaptaciones y redistribuciones de sesiones. Algunas parejas pueden necesitar sesiones extra en alguno de los componentes, en función del nivel de deterioro que presentan antes de la terapia. Como señalan Jacobson y

colaboradores (Jacobson *et al.*, 1989), intentar imponer un sistema muy estructurado a las parejas que acuden a terapia puede aumentar el nivel de abandonos y disminuir el mantenimiento de las ganancias terapéuticas.

II. PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS PROBLEMAS DE PAREJA

II.1. *Entrenamiento en reciprocidad*

El concepto de reciprocidad positiva hace referencia al intercambio de acontecimientos gratificantes. Se sabe que las parejas con problemas tienden a presentar una baja tasa de reciprocidad positiva y una alta tasa de coerción (uso del castigo y del refuerzo negativo como sistema de convivencia). Se ha comprobado también que en la medida en que aumentamos el uso del refuerzo positivo, como sistema de convivencia y de forma de cambiar las conductas inadecuadas del cónyuge, disminuye el abuso del castigo y del refuerzo negativo. Por este motivo, el entrenamiento en reciprocidad se ha convertido en un ingrediente fundamental de la terapia de parejas. Además, conviene empezar el tratamiento con este componente por varias razones:

- a. Los datos empíricos indican que los aspectos positivos y negativos en una relación son relativamente independientes: eliminar los problemas que causan tensión no lleva automáticamente a un incremento de las interacciones positivas. Fomentar aspectos positivos, en vez de intentar, de entrada, eliminar aspectos negativos, favorece la participación terapéutica y la buena predisposición para el cambio.
- b. Nos permite entrar directamente en el problema del “desgaste” del refuerzo, es decir, en el problema de la habituación. Las parejas disfuncionales necesitan reaprender un comportamiento basado en la gratificación y no en la coerción.
- c. Cuando las parejas aprenden reciprocidad positiva están en una mejor posición para otros cambios. Permite un “alto el fuego” y el cumplimiento del pacto de “no agresión mutua”.
- d. Es fácil de llevar a cabo; no tiene prerequisites porque se trata de emitir conductas que ya están en el repertorio.

Por consiguiente, el entrenamiento en reciprocidad es relevante porque:

- Permite preparar a las parejas hacia una convivencia más gratificante (aumenta la satisfacción marital).
- Enseña una forma diferente de interactuar ante la necesidad de cambiar conductas inadecuadas.
- Predispone a la pareja a seguir la terapia al encontrar, de forma relativamente rápida, cambios adecuados en el cónyuge.
- Cambia la percepción de los cónyuges dirigiendo la atención hacia lo positivo en vez de hacia lo negativo.

Las principales “herramientas de trabajo” en este componente son:

- a. *Información didáctica.* Se exponen distintas técnicas encaminadas a incrementar la percepción positiva y la tasa de comportamientos gratificantes, así como información destinada al cambio en el estilo atribucional y en la asunción de la perspectiva del otro. Es recomendable acompañar cada técnica con la explicación adecuada y con la presentación de experiencias e investigaciones donde se ha visto la importancia de cambiar la coerción por la reciprocidad positiva.
- b. *Modelado.* Los terapeutas, a lo largo de las sesiones, deberán realizar diversos ejercicios donde se ejemplificará cómo reforzar.
- c. *Moldeamiento y retroalimentación.* Estas herramientas son esenciales para la adecuada adquisición de las habilidades que fomenten el cambio en la reciprocidad. El principio de refuerzo de comportamientos aproximativos es básico para el buen desarrollo de las sesiones. Las parejas disfuncionales tienden a valorar los hechos según criterios de “todo o nada”; por tanto, los terapeutas tendrán que transmitir la importancia de las opciones intermedias (deberán insistir en conceptos tales como “gradual”, “escalonado”, “paulatino” o “progresivo”).
- d. *Tareas para casa.* A lo largo de todo el proceso terapéutico, ésta es una herramienta imprescindible para que se consolide aquello que se ha trabajado en las sesiones clínicas. De hecho, Bögner y Zizlenbach-Conen (1984) han llegado a plantear un recorte en el número de sesiones terapéuticas, con un incremento de tiempo entre sesión y sesión para fomentar la consolidación de lo aprendido en las consultas.

Así, los objetivos que se persiguen en este componente son claros:

- Aprender a reforzar y a alabar. Y aumentar su utilización.
- Disminuir el uso de coerción.
- Cambiar la percepción de la pareja, dirigir la atención hacia lo positivo y no hacia lo negativo.
- Introducir cambios cognitivos: sesgos de pensamiento, atribución y asunción de perspectivas.
- Motivar a la pareja hacia el cambio.

El número de sesiones para llevar a cabo el entrenamiento en reciprocidad es, como ya se ha señalado, de dos, pero dependerá de la capacidad de la pareja para consolidar nuevas formas de reciprocidad.

1.^a sesión

Los contenidos básicos en la primera sesión son los siguientes:

1. *Explicar el proceso de reciprocidad y el proceso de coerción.* Las parejas disfuncionales han ido, por lo general, desarrollando un sistema de intercambio basado en

la amenaza y el temor; por ello, al comienzo de la sesión es aconsejable hacer explícitos estos hechos aprovechando la información que se disponga de la pareja en particular, obtenida en la fase evaluativa. Además, conviene exponer las ventajas del sistema de “cuenta corriente” frente al de “trueque instantáneo”. Es decir, en las parejas funcionales lo que uno hace por el otro no es inmediatamente canjeable, no existe una necesidad imperiosa del *quid pro quo*. En las parejas funcionales, los intercambios positivos son muy similares entre un miembro y otro, si se toma como medida un período relativamente amplio (una semana o un mes). En el día a día puede haber claras descompensaciones; sin embargo, este hecho es muy extraño entre las parejas disfuncionales, donde el “cobro del favor” se reclama de forma inmediata o, incluso, previamente. Y en parte esto es debido a la sensación que tienen ambos miembros de la pareja de que es él o ella y no el otro miembro de la pareja quien está dándole todo. Esta sensación, por lo general errónea, será combatida con tareas que comentaremos más adelante.

2. *Explicar las ventajas del control por lo gratificante.* Es importante introducir también la idea de cómo la acción influye en la emoción y en el pensamiento, de cómo lo que hacemos genera sensaciones y emociones en el otro. Cambiando nuestras actitudes y comportamientos podemos cambiar la imagen que el otro tenga de nosotros y los sentimientos hacia nosotros.

3. *Explicitación y percepción de eventos positivos.* Las parejas, primero por modelado y posteriormente por moldeamiento, deben aprender a alabar y reforzar al otro y a saber aceptar el halago y el refuerzo. Es importante realizar ejercicios en esta línea durante la sesión terapéutica. El contexto terapéutico, donde los terapeutas están presentes, facilita la realización de estas tareas y minimiza el riesgo de la sensación de ridículo.

4. *Explicar sesgos de pensamiento.* Las parejas deben tomar conciencia que todo cambio de comportamiento puede ser inútil si nuestro sistema cognitivo está bloqueado para percibir este cambio en el otro. Por ello, es aconsejable exponer los principales sesgos de pensamiento que pueden socavar de forma muy sutil cualquier cambio positivo. Así, se recurre a los planteamientos de la terapia cognitiva de Beck (Beck, 1972; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), resaltando sesgos tales como el pensamiento polarizado, la sobregeneralización, la interpretación del pensamiento, la visión catastrofista, la tendencia a la personalización, el abuso de la culpabilización (tanto en su vertiente inculpatoria como exculpatoria), o el querer tener siempre la razón.

5. *Tareas para casa.* En el último apartado de esta sesión se solicita a la pareja que durante los siguientes días se centren en la identificación de comportamientos agradables emitidos por cada uno de los miembros de la pareja. Esta identificación suele realizarse pidiendo a la pareja que escriba en una lista aquellas conductas agradables que observan en su cónyuge, sean éstas importantes o triviales. Se insiste, además, que las descripciones sean específicas, aportándose así una información clara y objetivable. Un buen sistema para que realicen esta tarea se basa en el clásico eslogan «pilla a tu pareja haciendo algo bueno por ti» (Lieberman, 1975), donde se alienta a los miembros de la pareja a que estén atentos a cualquier conducta positiva que realice el cónyuge. Nosotros al eslogan de Lieberman le añadimos «y házselo saber».

2.^a sesión

Los contenidos básicos de la segunda sesión son los siguientes:

1. *Revisión del registro «pilla a tu pareja...».* Es importante que siempre que se solicite algún trabajo para casa la siguiente sesión comience con la revisión de dicho trabajo. Obviamente, la actitud de los terapeutas no puede ser fiscalizadora, bien al contrario, se trata de que la pareja reciba retroalimentación positiva del mucho o poco esfuerzo realizado durante los días sin sesión terapéutica. Los terapeutas aprovecharán para: (i) resaltar lo positivo; (ii) contrastar lo planteado con lo realizado; (iii) insistir en los componentes cognitivos; y (iv) corregir posibles problemas de expectativas poco razonables.

2. *Entrenamiento reatribucional.* En función de los distintos comentarios que surgen en el punto anterior (la revisión de las tareas), se instruye a los miembros de la pareja en el concepto del “Error fundamental de atribución”. Existe en el ser humano la tendencia a atribuir nuestras acciones desafortunadas a factores externos y situacionales (despistes, forzados por la situación, etc.) y, sin embargo, atribuimos las acciones de los demás a factores estables e internos («es mala persona», «es un/a egoísta», etc.), ocurriendo, por lo general, todo lo contrario cuando se trata de buenas acciones («actuó así por que algo pretende a cambio»). Se anima a las parejas para que verbalicen hasta qué punto se han visto envueltas en este tipo de error atribucional y se les informa de diversas estrategias encaminadas a contenerlo. El esfuerzo en la objetividad y en la búsqueda de evidencias para confirmar una atribución forma parte de este apartado terapéutico. Asimismo, se insiste en la pluricausalidad, en la distinción entre juzgar conductas *versus* juzgar personas, o en cómo detrás de un comportamiento agresivo suele esconderse la frustración de alguna meta no alcanzada.

3. *Explicación del día de mimo.* Para facilitar el incremento de comportamientos positivos se les expone a los miembros de la pareja una nueva tarea para casa: el día de mimo (Stuart, 1980) o día de amor (Weiss, Hops y Patterson, 1973). Se trata de que cada miembro de la pareja elija un día de la semana para dedicarle especial atención y afecto al otro. Es fundamental que el otro miembro desconozca la fecha exacta de ese día, con lo que si se les instruye a que estén atentos a descubrirlo usando el eslogan «pilla a tu pareja...», se conseguirá una mayor percepción de actitudes positivas a lo largo de toda la semana.

4. *Asumir la perspectiva del otro.* Junto con el punto anterior, los terapeutas van introduciendo el entrenamiento para incrementar la asunción de perspectivas del otro. Ser capaces de ponerse en la situación del otro es una herramienta fundamental para componentes futuros de la terapia (negociación o solución de conflictos). Por ello, se aprovecha esta sesión para fomentar que los miembros de la pareja sean capaces de expresar los gustos y preferencias, desagradados y “aversiones” que tiene el otro. Quizás este segmento de la terapia sea el más sorprendente para un terapeuta novel; probablemente no pueda dar crédito a cómo personas que quizás lleven 5, 10, ó 15 años conviviendo sepan tan poco del otro en este terreno. En nuestra experiencia, hemos podido comprobar cómo muchas parejas comenten “errores de bulto” al intentar saber lo que produce placer, satisfacción o desagrado en su pareja. No obstante, los terapeu-

tas deben ser especialmente hábiles para que en este apartado los miembros de la pareja no se sientan profundamente incompetentes o incomprendidos.

5. *Tareas para casa.* Dos son las tareas que se solicitan; por una lado, llevar a cabo el día de mimo y, por otro, trabajar cada miembro de la pareja por separado en la elaboración de una lista jerarquizada de temas conflictivos sobre los que tendrán que negociar y hablar en próximas sesiones.

En resumen, cuando las parejas llevan un período de tiempo conviviendo, se refuerzan y se castigan entre sí a tasas iguales. Esta constatación empírica contrasta con la visión que tienen las parejas al comienzo de la terapia, ya que los cónyuges se ven como víctimas pasivas de la conducta indeseable del otro y subestiman su propio poder o control sobre la conducta del cónyuge, sintiéndose desarmados para llevar a cabo el cambio.

En la medida en que hagamos que la pareja acepte la existencia de un modelo recíproco en el que los dos controlan continuamente la conducta del otro y mantienen la conducta indeseable, conseguiremos alterar el contexto en el que los miembros de la pareja analizan los problemas de la relación. Con ello tendremos un desencadenante del cambio.

II.2. *Entrenamiento en comunicación*

En el ser humano, el lenguaje constituye un sistema muy elaborado para transmitir deseos, sentimientos, demandas, conocimientos, etc. Es, sin duda, uno de los sistemas más eficaces para resolver conflictos y una de las fuentes de gratificación más importantes. Sin embargo, el lenguaje es, a la vez, un arma de ataque que puede convertirse, por sí mismo, en un precursor y mantenedor de problemas. La comunicación puede ser un elemento perturbador a la hora de intentar resolver un conflicto. Tanto lo que se dice como lo que no se dice y, especialmente, cómo se dice, pueden incrementar o generar una situación conflictiva.

De hecho la investigación ha detectado que existen diferencias importantes entre la comunicación de parejas “felices” y de parejas problemáticas. Por ejemplo, las parejas menos felices:

- a. Perciben los mensajes emitidos por el otro de forma menos positiva. Un observador “neutral” tiende a valorar los mensajes que se transmiten los miembros de la pareja de forma menos negativa que como los valoran los propios miembros de la pareja.
- b. Muestran mayor tasa de conductas no verbales negativas (muecas, actitudes, postura corporal, gesticulación, etc.).
- c. Presentan una mayor tasa de conductas verbales negativas, como el sarcasmo, burlas, quejas, tono de voz excesivamente alto, críticas constantes, etc.
- d. Están más pendientes de lo que dicen ellos que de lo que les dice el otro. La principal forma de diálogo es el conocido “Diálogo de besugos”. No escuchan al otro en un porcentaje muy elevado del tiempo que dedican a comunicarse.

- e. Tienden a un alto nivel de reinterpretación de los mensajes, abusando de las “agendas secretas” (Gottman, Notanus, Gonso y Markman, 1976).
- f. Presentan formas muy inadecuadas de expresar sentimientos negativos.

Por lo tanto, el entrenamiento en comunicación es relevante para las parejas disfuncionales por los siguientes aspectos: *(i)* Una comunicación positiva potencia la eliminación de malestares gratuitos. Las parejas incrementan el malestar en la relación tanto por el contenido de los mensajes como por la forma en que se transmiten esos contenidos; *(ii)* Una comunicación positiva potencia sensaciones placenteras. De hecho, la comunicación en los primeros meses de la relación es una de las fuentes más importantes de gratificación y de atracción. El deterioro en este aspecto significa uno de los factores de infelicidad más evidentes en los miembros de la pareja; *(iii)* Una adecuada comunicación implica disponer de un medio para conseguir de forma eficaz determinados fines (aprender a negociar y a resolver conflictos). De ahí que se convierta en un componente previo para los dos componentes restantes del programa terapéutico.

Las principales “herramientas de trabajo” en este componente son:

- a. *Información didáctica.* Se exponen distintos contenidos encaminados a incrementar la comunicación positiva. Básicamente, se trata de transmitir información sobre el poder de la comunicación, las reglas para una transmisión adecuada, las reglas para una recepción adecuada y las vías para recibir y transmitir de forma satisfactoria los sentimientos negativos. Al igual que en el componente anterior, es recomendable acompañar los distintos contenidos con la explicación adecuada y con la presentación de experiencias e investigaciones donde se ha visto la importancia de la comunicación en la relación interpersonal.
- b. *Modelado.* Los terapeutas, a lo largo de las sesiones, deberán exponer con ejemplos cómo usar la comunicación positiva.
- c. *Representación de papeles, moldeamiento y retroalimentación.* A lo largo de las sesiones destinadas a este entrenamiento se van a llevar a cabo ejercicios en los que los terapeutas y los miembros de la pareja interactuarán simulando distintas situaciones cotidianas. La posibilidad de ensayar cambios en un contexto seguro, como es el de la sesión terapéutica, potencia la puesta en práctica futura. De nuevo, el principio de moldeamiento y la capacidad de hacer ver a la pareja su rendimiento adquieren una gran relevancia como herramientas para este componente.
- d. *Tareas para casa.* Gran parte de lo ensayado, expuesto y elaborado en la sesión terapéutica debe reafirmarse a través del trabajo diario en el contexto natural de la pareja.

Los objetivos que se persiguen en este componente se pueden resumir, básicamente, en tres:

- Conseguir una transmisión y recepción eficaz y directa de pensamientos, sentimientos y deseos.
- Fomentar el tiempo de diálogo entre los miembros de la pareja.

- Seguir incrementando la capacidad en la asunción de perspectivas que corresponden al otro.

El número de sesiones para llevar a cabo el entrenamiento en comunicación positiva es, como ya se señaló, de tres. No obstante, el nivel de deterioro previo de la pareja en esta habilidad, así como el éxito que se vaya obteniendo en la consolidación a través del trabajo diario marcarán la necesidad de aumentar o no el número de sesiones.

3.^a sesión

Una vez que se han hecho las revisiones pertinentes de las tareas solicitadas la semana anterior, la 3.^a sesión se centra en los siguientes contenidos:

1. *Explicación del poder del lenguaje y de las agendas secretas.* Después de llevar a cabo la revisión de las tareas encomendadas en la sesión anterior, los terapeutas deben hacer una breve exposición de la importancia del lenguaje en las relaciones interpersonales y de las conocidas agendas secretas en el mundo de la pareja. Cualquier explicación de este tipo debe ser acompañada de un paréntesis donde se le solicita a la pareja que pongan ejemplos personales que confirmen o refuten las distintas afirmaciones de los terapeutas.

2. *Explicación de las normas para la correcta emisión de un mensaje.* Se trata de transmitir a la pareja algunos conceptos básicos que tienen utilidad como normas para la emisión más eficaz de aquello que se quiere comunicar. Fundamentalmente se hace referencia a las siguientes normas:

- Utilizar la primera persona del singular en cualquier afirmación u opinión, haciéndola propia. Con esta norma se intenta evitar que las personas recurran (o se sientan en la obligación de recurrir) a instancias más elevadas para exponer una idea, un sentimiento o un deseo. Afirmaciones impersonales suelen ocultar deseos personales que no somos capaces de presentar como propios.
- No hacer generalizaciones vagas, intentando dar ejemplos concretos de lo que se dice o formulando en forma directa y abierta las peticiones. Con ello estamos luchando directamente contra la creencia irracional del poder de la clarividencia o de la lectura del pensamiento que en muchas ocasiones exigimos a nuestra pareja.
- Evitar el “siempre” o el “nunca”. En primer lugar, esta norma es útil porque ambos adverbios rara vez hacen justicia a lo acontecido en el mundo interpersonal y, más concretamente, en el mundo de la pareja. Uno no es siempre un desastre o un desconsiderado, uno rara vez nunca es puntual o cariñoso. En segundo lugar, usamos estos adverbios con la intención de enfatizar lo que sigue a ese “nunca” o a ese “siempre”, mientras que el interlocutor suele reaccionar ante esos adverbios y no sobre la parte nuclear que hemos querido transmitir. Es fácil encontrar multitud de ejemplos en el mundo de la pareja donde una discusión no ha resuelto nada, especialmente por el uso de este tipo de afirmaciones maximalistas.

- Usar fundamentalmente el “aquí y ahora”, es decir, evitar traer de forma continuada problemas y conflictos o prejuicios sobre algún hecho pasado. En las parejas disfuncionales, ante cualquier discusión se incrementa la tentación de usar el “baúl” de los agravios, baúl que contiene —con magnífico rigor— numerosos ejemplos de hechos pasados que pueden ser usados como armas arrojadas contra el interlocutor.

Esta fase didáctica se completa con ejercicios donde los terapeutas pueden observar la integración o no de los contenidos por parte de los miembros de la pareja.

Como *tareas para casa* se suele solicitar que ambos miembros mantengan todos los días unos minutos de conversación sobre un tema neutro o agradable, respetando las normas aprendidas en esta sesión. Aquí puede resultar importante que la pareja establezca con el terapeuta los días, la hora, el lugar, los temas a tratar, cuánto tiempo, etc. para evitar que el hecho en sí de hacer la tarea se convierta en un tema más de conflicto.

4.^a sesión

Esta sesión se centra en las normas para el que escucha y en la realización de ejercicios donde la pareja pueda practicar los contenidos aprendidos sobre la comunicación.

Después de una introducción sobre la importancia de la escucha en la comunicación y de cuestionar la creencia sobre la escucha como un hecho pasivo, se presentan las principales normas para el que escucha:

- a. Mirar al que habla. Siendo ésta una norma obvia, en las parejas disfuncionales la atención al comunicante (bien por la pérdida de interés, bien porque se ha asociado a aspectos negativos) es muy baja. En estas parejas, la mirada rara vez se centra en el que habla. Por ello, a lo largo de los ejercicios prácticos los terapeutas deben estar atentos a que los miembros de la pareja perciban este hecho y lo corrijan.
- b. Hacer gestos y comentarios afirmativos de que se está escuchando. El clásico movimiento de cabeza o los no menos conocidos sonidos: “aja”, “sí” o “ya” son necesarios para que el interlocutor note que está siendo atendido.
- c. Parafrasear, es decir, comunicar de forma sucinta lo que se ha captado de la idea transmitida por el otro. El parafraseo es muy útil porque: (i) fuerza a escuchar cuidadosamente; (ii) asegura que hemos comprendido exactamente lo que el otro dice; (iii) reduce la probabilidad de interrumpir al otro mientras habla; y (iv) ayuda a asumir la perspectiva del otro.
- d. Hacer preguntas abiertas que no se contesten con un sí o un no, siendo amable cuando se pregunta por algo que no se ha entendido.
- e. Dar información de agrado cuando el que está hablando ha explicado o comunicado algo correctamente. Así mismo, deben transmitirse los propios sentimientos respecto a lo que el otro ha comunicado. Esto debe hacerse al final de la intervención del interlocutor, de forma amable y relajada.

5.^a sesión

Esta sesión está destinada a conseguir dos objetivos fundamentales: fortalecer lo aprendido en las sesiones anteriores y trabajar con la transmisión de sentimientos negativos.

En cuanto al primer objetivo, los terapeutas aprovechan las incidencias del trabajo realizado durante la semana para llevar a cabo sesiones de representación de papeles en el contexto terapéutico. En ocasiones, es recomendable que uno de los terapeutas converse con uno de los miembros de la pareja representando el papel del otro miembro. Esto posibilita que el segundo miembro tenga la oportunidad de observar las actuaciones de ambos y tome conciencia de los aspectos positivos y negativos de la interacción.

Respecto al segundo objetivo, se hace necesario, por lo general, una introducción didáctica de lo que significan, en una relación íntima, las principales emociones negativas (tristeza, rabia, miedo, etc.). Así mismo, conviene exponer cómo las emociones negativas son difíciles de admitir y de eliminar, y si no se expresan adecuadamente se reconvierten en dolor, rabia, culpabilización y sentimientos de humillación. Evidentemente, todo ello puede conducir, de forma relativamente sencilla, a deseos de venganza. Esta explicación puede acompañarse de ejemplos que los terapeutas exponen en forma de escenificación y ejemplos propios de los miembros de la pareja.

Al igual que en las normas de comunicación positiva, para la expresión de sentimientos negativos se va a subrayar la necesidad de cumplir una serie de normas dirigidas tanto a la transmisión como a la recepción de estos sentimientos.

La adecuada *transmisión de sentimientos negativos* implica:

- a. Expresar de forma directa los sentimientos, evitando así sistemas indirectos en ocasiones muy consolidados en la pareja (portazos, canturreos, respuestas cortantes, etc.).
- b. No acusar al otro, evitando el sesgo del pensamiento de la personalización. Centrarse en las acciones, no en las personas.
- c. Expresar el sentimiento lo antes posible, evitando los extremos: la absoluta inmediatez (si el nivel de malestar es muy elevado) o la ocultación perpetua. La pareja debe aprender a buscar el contexto más adecuado para transmitir el sentimiento negativo.
- d. Ser asertivo, no agresivo o hiriente, evitando, asimismo, el exceso de sumisión.

Puede deducirse fácilmente que este conjunto de normas sólo será eficaz si los pacientes asumen que realmente puede ser útil para evitar el descontrol emocional. La labor de los terapeutas no puede ser moralizante o amenazante, sino que debe centrarse en la presentación de las ventajas del uso de estas reglas. Los miembros de la pareja tienen que sentir la libertad de elección ante un cambio propuesto y ambos deben aceptar dichas reglas. De alguna manera, ya en esta sesión se adelanta parte de lo que se trabajará en el componente de la negociación.

No obstante, se insiste en la posible eficacia de estas reglas si a la vez el interlocutor es capaz de cumplir con las normas para una adecuada *recepción de sentimientos negativos*. Concretamente, se trata de:

- a. Escuchar en silencio y con contacto visual.
- b. Aceptación no verbal de la expresión del sentimiento, aunque no necesariamente de las razones o motivos que han provocado esa emoción.
- c. Parafrasear.
- d. No racionalizar lo comunicado.
- e. Controlar el sentimiento de inculpación, evitando confundir la crítica del hecho con la crítica a la persona.
- f. Expresión de las propias emociones que se generen al recibir la información del interlocutor.

Es importante terminar esta sesión con representaciones de papeles en situaciones ficticias que proponen los terapeutas. La técnica del distanciamiento, en los primeros ejemplos, es central para evitar caer en los malos hábitos que la pareja ha consolidado en este terreno. En función del rendimiento en los ejemplos propuestos por los terapeutas, se introducen o no situaciones de la vida real de los miembros de la pareja. Sin duda, esta sesión puede necesitar de alguna otra sesión añadida de consolidación con tintes eminentemente prácticos.

II.3. *Entrenamiento en negociación*

Los seres humanos disponen de muy diversos modos para alcanzar metas en el ámbito interpersonal. Como ya expusimos en el entrenamiento en reciprocidad, el uso del refuerzo negativo o del castigo son sistemas muy eficaces a corto plazo, pero su eficiencia suele ser escasa cuando se valora en períodos de tiempo más amplios. Cuando dos personas desean algo que es incompatible entre sí (llevar a los hijos a un colegio público o a un colegio privado, cambiar de coche o reformar la vivienda, pasar las Navidades en casa de los padres o de los suegros, comer en casa o salir a un restaurante, etc.), el sistema más avanzado que dispone la pareja para resolver el dilema es el de la negociación. Negociar implica tratar asuntos procurando establecer un acuerdo. El objetivo es, por tanto, llegar a un pacto o a un convenio que obligue necesariamente a ambas partes. Partes, en este caso, que probablemente han tenido a lo largo de su relación como pareja numerosas experiencias de la inutilidad de la negociación, donde el recelo y la frustración han conducido a un abuso de la coacción o al refugio del distanciamiento.

Por consiguiente, el entrenamiento en negociación es relevante para las parejas por los siguientes aspectos:

- Ayuda a sistematizar y operacionalizar los deseos de cambio de los cónyuges.
- Insiste en los cambios por medio del intercambio positivo, evitando los sistemas de coerción.
- Consolida el dar y el recibir, que se rehabilitó por medio del primer componente (entrenamiento en reciprocidad).
- Consolida la comunicación positiva. Sin ella es muy poco probable algún tipo de acuerdo, ya que las parejas que no han madurado en una comunicación eficaz difícilmente pueden establecer las bases para llegar a un pacto.

- Constituye el tercer ingrediente básico para poder acometer el último componente terapéutico destinado a la solución de conflictos.

Las principales “herramientas de trabajo” en este componente son:

- a. *Información didáctica.* Las parejas reciben información respecto a las diferencias entre negociación comercial versus negociación marital. Se les instruye respecto a la importancia del concepto “provisional” y se exponen los principios de resistencia a la frustración en el concepto más amplio de autocontrol.
- b. *Contratos de contingencia.* En función de cada pareja y de cada circunstancia, se utilizarán distintas formas de “contrato” más o menos rigurosas. Por lo general podemos recurrir a tres tipos de contrato (Capafóns, 1988): el contrato *quid-pro-quo* (Stuart, 1969), el contrato *bona fides* (Weiss, Birchler y Vicent, 1974) y el contrato de “felicidad” (Azrin, Naster y Jones, 1973).
- c. *Representación de papeles, moldeamiento y retroalimentación.* A lo largo de las sesiones destinadas a este entrenamiento, los terapeutas y los miembros de la pareja realizarán ejercicios de negociación de distintas situaciones cotidianas. El principio de moldeamiento adquiere de nuevo un valor fundamental, ya que las parejas comenzarán con tareas sencillas que, a priori, impliquen un escaso nivel de emoción negativa y de conflicto. Los terapeutas reforzarán los acercamientos a la negociación basados en la buena comunicación, adecuada operacionalización, primeros intentos de acuerdo, etc.
- d. *Tareas para casa.* Como ocurriera en el componente anterior, gran parte de lo ensayado en la sesión terapéutica debe consolidarse a través del trabajo diario en el contexto natural de la pareja.

Los objetivos que se persiguen en este componente se pueden resumir, básicamente, en tres:

- a. Que la pareja disponga de instrumentos para conseguir cambios en el otro que ayuden a la satisfacción marital. En principio, se centrará sobre comportamientos bien determinados y no especialmente conflictivos.
- b. Que la pareja sea capaz de transmitir peticiones operacionalizadas y obtener compromisos viables y relevantes.
- c. Que la pareja consolide la comunicación positiva y la transmisión de sentimientos negativos.

6.^a sesión

El contenido de esta sesión se centra en la comunicación de conceptos y reglas que ayuden a conseguir acuerdos viables y satisfactorios. Al final de la sesión, los miembros de la pareja, con la ayuda de los terapeutas, deben conseguir un acuerdo sobre un tema a negociar que no presente un especial nivel de dificultad.

Las explicaciones de los terapeutas se centran en las siguientes cuestiones:

- a. La negociación marital, a diferencia de otros tipos de negociación, implica algunas sentencias que deben ser tomadas en cuenta para la buena marcha de cualquier acuerdo: *(i)* vencer no es convencer; *(ii)* ceder no es perder; *(iii)* ganar a corto plazo es perder a largo plazo; *(iv)* asumir la perspectiva del otro conlleva que el otro asuma nuestra perspectiva. Además, es conveniente insistir sobre el error fundamental de atribución y los sesgos del pensamiento, ya que en parejas disfuncionales el concepto de cesión suele ser rápidamente asociado a estafa o engaño.
- b. Un contrato en el mundo de la pareja es, necesariamente, un acuerdo temporal, con lo que a lo largo de la vida en común este instrumento va a ser utilizado en multitud de ocasiones. La idea de temporalidad permite controlar la reactividad que las parejas disfuncionales presentan ante cualquier obligación. A las parejas se les instruye en la habilidad para obtener la máxima operacionalización de los deseos y necesidades y se les exponen las principales etapas en la construcción de un contrato: *(i)* identificación de los cambios deseados, tanto comportamientos acelerativos como desacelerativos; *(ii)* identificación de las consecuencias que se ofrecerán para apoyar esos cambios; *(iii)* elaboración de una matriz de contingencias (qué por qué) en función del tipo de contrato (“lo uno por lo otro”, “buena fe” o “felicidad”); *(iv)* duración del acuerdo y claves para la renegociación en caso de que el contrato, al ser puesto en práctica, no sea viable.
- c. Todo acuerdo es boicoteable. No se trata de comprobar quien es “más listo” o “quien se lleva el gato al agua”; los terapeutas deben saber transmitir (de nuevo sin ningún afán moralizante o amenazador) que una herramienta en el mundo de la pareja es útil si lo es para ambos. Construir es, por lo general, lento y trabajoso; destruir es una tarea muy sencilla. Boicotear un acuerdo es muy fácil, elaborarlo y llevarlo adelante implica un esfuerzo cuyos frutos no son siempre inmediatos. No obstante, los terapeutas, controlando el principio de moldeamiento y con el conocimiento que disponen de la pareja, deben fomentar acuerdos que tengan altas probabilidades de tener éxito.

Justamente este principio es el que debe predominar en la parte final de la sesión, donde se elaborará el acuerdo sobre un tema presumiblemente simple. Los terapeutas deben guiar la construcción de este primer contrato, pero deben ser precavidos a la hora de intervenir en el contenido del acuerdo. Tomar actitudes paternalistas o judiciales es perjudicial para el desarrollo de la terapia; el uso de la mayéutica ante claros abusos es la vía más adecuada para corregir excesos.

Una vez formalizado un contrato sencillo, la tarea para casa residirá en la puesta en práctica de dicho contrato y en el esbozo de otro contrato que será discutido en la siguiente sesión.

7.^a sesión

Se trata de una sesión de fortalecimiento de los cambios logrados. Aprovechando la revisión de las tareas realizadas en el hogar, se repasan los principios de reciprocidad y los logros obtenidos con el “día de mimo” desde que se empezó a poner en marcha. El esbozo de contrato que trae la pareja es utilizado, asimismo, para sondear los avances en el terreno de la comunicación positiva.

Una vez finalizadas estas tareas, la sesión transcurre con dos nuevas metas: planteamiento de las técnicas sutiles de manipulación y establecimiento de temas conflictivos basándose en la jerarquía que en su día se solicitó como tarea para casa (sesión 2). Más detalladamente estas metas son:

- a. Técnicas sutiles de manipulación. Apoyándonos en los conocimientos disponibles en el terreno de la asertividad, los pacientes son instruidos en el peligro de las principales técnicas manipulativas que tendemos a utilizar en situaciones interpersonales. Estas técnicas, de indudable eficacia a corto plazo, sostienen un costo a largo plazo muy poco rentable, ya que suelen implicar un malestar psicológico en quien las padece. Técnicas como culpar, desestabilizar (buscar sutilezas que pongan en entredicho nuestra actitud o reivindicación o abusar del interrogatorio haciéndonos caer en la duda), amenazar, negar (lo innegable) o, sencillamente, atacar a zonas psicológicas sensibles pueden ser técnicas que obtengan los cambios que se persiguen con ellas, pero a lo largo de una relación el uso y abuso de las mismas acaban por fomentar comportamientos agresivos o sumisos (con el claro peligro del resentimiento y deseos de venganza). A la pareja se le ofrecen técnicas alternativas que fomenten una relación basada en la aceptación de los derechos personales legítimos. Esta introducción de la tecnología investigada en el campo de la asertividad, llevada al terreno de la terapia marital (Capafóns, Sosa y López, 1986), va a ayudar no sólo para consolidar el componente de la negociación sino también para afrontar el último componente (solución de conflictos) con una perspectiva basada en la legítima necesidad del respeto que nos debemos como personas.
- b. Los terapeutas presentan a la pareja las jerarquías que los miembros de la misma entregaron en su día. Este es un buen momento para formalizar una jerarquía común de situaciones o temas de conflicto. Realizarla antes de esta sesión, sin las herramientas de comunicación y negociación consolidadas, acarrea el peligro de generar un conflicto más en la pareja: acordar cuáles son los temas de conflicto. El objetivo, por lo tanto, es terminar la sesión con un plan consensuado de temas a tratar en las siguientes sesiones.

En resumen, durante este componente la pareja ha debido adquirir conocimientos que tienen un valor reestructurador de sus creencias respecto a lo que significa “acordar” o “negociar” y han debido ser capaces de poner en marcha los primeros contratos que mejoren la relación cotidiana.

II.4. *Entrenamiento en solución de conflictos*

La solución de conflictos, como último componente terapéutico, implica utilizar todas las estrategias aprendidas en las sesiones anteriores. Para resolver un conflicto debe haber motivación (a ello habrá contribuido la reciprocidad positiva), debe existir una buena base de comunicación y se han de respetar de forma rigurosa las normas para la comunicación positiva; en caso contrario, el lenguaje ante la solución de un conflicto puede convertirse en un conflicto más. Y, además, deben haber obtenido éxito por medio de la negociación en resolver pequeños problemas de convivencia. Ahora se trata de entrar en temas que la pareja valoró como conflictivos y en donde todavía la solución está por llegar, por lo que se enseñan pasos estructurados que permitan centrar a la pareja en la búsqueda de soluciones.

El entrenamiento en solución de conflictos es relevante porque:

- a. Permitirá transmitir a la pareja que el problema no es el problema, sino la búsqueda de la/s solución/es.
- b. Enseñará a la pareja una forma adaptativa de enfrentarse ante las dificultades que surgen en una vida en común.
- c. Consolida la idea de centrarse en lo positivo y no en lo negativo.
- d. Es un componente que pone a prueba todos los demás y nos da retroalimentación sobre la marcha de la terapia.
- e. Significa la vía más segura para mantener una buena relación en pareja.

Las principales “herramientas de trabajo” en este componente son:

- a. *Información didáctica*. Las parejas reciben información respecto a la solución de conflictos entre dos personas.
- b. *Solución de problemas*. Obviamente, ésta es la herramienta fundamental de este componente donde se trata de aplicar el entrenamiento “en fases” diseñado por D'Zurilla y Goldfried (D'Zurilla, 1988; D'Zurilla y Goldfried, 1971), junto con aportaciones del grupo de Spivack (Spivack, Platt y Shure, 1976), en cuanto al entrenamiento de dimensiones, y de Jacobson y Margolin (1979), en lo referente a las peculiaridades de esta herramienta aplicada al mundo de la pareja.
- c. *Modelado y ensayo de conducta*. En la sesión clínica se llevarán a cabo las distintas fases del proceso y los terapeutas intervendrán cuando sea necesario, realizando modelado de los aspectos que así lo requieran.
- d. *Moldeamiento y retroalimentación*. Los terapeutas reforzarán los acercamientos en el cumplimiento de las reglas expuestas en la solución de conflictos. Así mismo, subrayarán los aspectos positivos respecto a la comunicación, asunción de perspectivas y buena negociación, durante los intentos de solución de problemas.
- e. *Tareas para casa*. Las tareas en este componente deben ir encaminadas a fortalecer los conocimientos y cambios que se produzcan en las sesiones y a favorecer la progresiva autonomía de la pareja. Se trata de ir preparando la retirada gradual de los terapeutas, con el fin de que la pareja consiga una relación satisfactoria basándose en sus propios recursos.

Los objetivos que perseguimos en este componente son:

- Enseñar una forma adaptativa de enfrentarse a los problemas, centrándose en el análisis y en la búsqueda de soluciones.
- Romper la trayectoria que la pareja habitualmente presenta en este campo: al intentar resolver un conflicto, se centran en lo “accesorio” y desestiman lo “esencial”. Este planteamiento suele aumentar en ambos miembros de la pareja la sensación de derrota y agotamiento.
- Consolidar la reciprocidad positiva, las técnicas de comunicación y de negociación.
- Preparar a la pareja para un funcionamiento autónomo, sin la intervención sistemática de los terapeutas.

8.^a sesión

Durante esta sesión se acometen básicamente dos tareas: una introducción sobre las bases de la solución de problemas y la exposición de las normas para obtener un correcto análisis de una situación conflictiva.

- a. La base teórica de la solución de conflictos es atractiva para los miembros de la pareja. Con ellos se discuten algunos principios generales y se recurre a ejercicios que confirman esas bases. Estos ejercicios están distanciados de los problemas que la pareja ha señalado como motivos de conflicto; se trata de conseguir que los pacientes adquieran las bases sin fomentar reactancia emocional. Por ejemplo, a la pareja se le solicita que resuelva un problema de lógica o se les presenta información distinta y complementaria a cada miembro para que den con la solución. Dichos ejercicios confirman la utilidad que puede tener el esquema general de solución de problemas y las distintas fases que conlleva.
- b. La fase de definición del problema o del conflicto es especialmente compleja en el campo de la terapia marital. Por ello, se han esbozado algunas normas que ayudan a la pareja a resolver esta fase con éxito. Concretamente es conveniente:
 - Elegir el momento y lugar para hablar del problema.
 - Dar cada cónyuge su versión del problema, su punto de vista, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: (i) empezar con algo positivo; si empezamos con una crítica el interlocutor reaccionará, probablemente, con un contraataque; (ii) ser específicos y breves (no abusar de la reiteración); (iii) expresar los sentimientos, sin asumir que las emociones son obvias; (iv) admitir la propia responsabilidad en la generación o el mantenimiento del problema. Reconocer que hay un problema y aceptar parte de la responsabilidad no significa necesariamente admitir la culpabilidad ni la obligación de un cambio. Sencillamente, reconocer tal responsabilidad ayuda al análisis del problema y a la futura negociación resolutive.

- Tener presente que un problema bien definido incluye: (i) descripción de la conducta indeseable; (ii) especificación de las situaciones en que ocurre; (iii) descripción de las consecuencias negativas del problema.
- Discutir solamente un problema cada vez. No pasar de un tema problemático a otro. Evidentemente, las parejas tendrán enormes dificultades en poder respetar esta última norma; no obstante, tomar conciencia de que tal norma existe incrementa la probabilidad de respetarla en sucesivos ensayos.

Para finalizar la sesión, se solicita a la pareja que, como tarea para casa, planteen la definición de un problema cumpliendo con los aspectos tratados durante la sesión.

9.^a sesión

Durante la novena sesión se revisa la definición del problema tratado en el hogar y se exponen las directrices para la solución de un conflicto. Básicamente, se consideran los siguientes aspectos:

- a. *Centrarse en las soluciones.* Una vez analizado el problema y detectados los principales determinantes, a la pareja se le instruye en los principios del torbellino de ideas, insistiendo en la no valoración y en el principio de que la “cantidad engendra la calidad”. Posteriormente se eliminarán las soluciones más absurdas o disparatadas, reteniendo aquellas soluciones más prometedoras que serán discutidas en mayor profundidad.
- b. *Seleccionar las soluciones a poner en práctica.* Los principios expuestos en el componente de la negociación adquieren toda su relevancia de nuevo. En líneas generales, al discutir una solución que implique el cambio de algún aspecto de la conducta del otro, se ofrece también algún cambio propio, lo que predispone para una buena negociación. Evitar la idea de “todo o nada”; el retomar el principio de moldeamiento facilita la posibilidad real del cambio.
- c. *Alcanzar un acuerdo, combinando las soluciones de tal forma que se consiga una solución consensuada.* Para tal fin ayuda la búsqueda de acuerdos específicos y descriptivos, no abiertos a la interpretación.
- d. *Establecer los medios para conseguir poner en marcha la solución.* El pensamiento medios-fines es relevante para garantizar que la/s solución/es van a conducir a resultados satisfactorios para ambos miembros de la pareja.
- e. *Poner a prueba la solución y establecer momento y lugar para valorarla.* La pareja debe ser consciente de que el fracaso en la solución puede implicar la revisión de todas las fases del proceso, desde la definición del conflicto hasta la forma de implantar la solución.

Esta sesión finaliza con la realización práctica de las fases expuestas.

10.^a y 11.^a sesiones

Las sesiones décima y undécima están destinadas a revisar y valorar las distintas soluciones que las parejas han ido diseñando y probando ante los distintos conflictos. Para fomentar el progresivo desvanecimiento de los terapeutas, se recomienda que exista una mayor distancia entre las sesiones (entre veinte y treinta días) para poder comprobar el nivel de consolidación de las habilidades adquiridas por los miembros de la pareja. Así mismo, es conveniente realizar, durante las sesiones, ensayos de conducta de los conflictos, con el fin de poder estimar in situ el nivel de mejora alcanzado por la pareja.

12.^a sesión

La última sesión de tratamiento está destinada a una revisión general de los cambios acaecidos durante la terapia y al planteamiento del manejo de situaciones críticas. Estas situaciones, muy habituales entre los miembros de una pareja, hacen referencia a situaciones imprevistas que pueden conducir a estallidos emocionales negativos. El origen de los mismos suele ser enormemente variado (un mal día de trabajo, no haber cumplido con un acuerdo, problemas con terceros, etc.) y existe poca evidencia empírica que nos permita hacer predicciones exactas para evitar su aparición. Por ello, se recomienda, más que la estricta evitación de estas situaciones, el adecuado manejo de las mismas. Las recomendaciones van en la línea de lo trabajado a lo largo de todas las sesiones:

- Si es posible, mejor parar y pensar («¿cuánto me molesta lo que está sucediendo?», «¿qué cota de responsabilidad tengo en lo que está sucediendo?», «¿merece la pena mantener o incrementar mi malestar?»).
- Cortar la tensión lo antes posible por medio de ejercicios cortos de relajación, respiraciones profundas, evitando el contacto, aprendiendo a esperar.
- Expresar la emoción de la forma más adecuada posible. Si, a la vez, el interlocutor consigue una actitud de recepción adaptativa, la situación de crisis puede resolverse de forma más sosegada.
- Si el estallido se consume en toda su intensidad, posteriormente debemos estar atentos a los intentos de “reconciliación” del otro y debemos generar estrategias de reconciliación. Obviamente, en este punto debemos tener claro que *queremos* tal reconciliación.
- Discusión posterior calmada sobre lo sucedido, donde el análisis de la situación debe permitir un acercamiento a posibles soluciones futuras.

Lo que se persigue, en suma, es romper el hábito de los estilos coercitivos ante situaciones de tensión y crisis. Con esto no se pretende transmitir a la pareja una actitud “Doris Day-Rock Hudson” del cine de los sesenta, sino un comportamiento de autorregulación que permita a medio y largo plazo una relación más satisfactoria. La balanza, en función de los costes-beneficios emocionales, se inclinará hacia estilos anteriores o hacia nuevas formas de interacción más adaptativas.

El período de seguimiento-consolidación será muy variado en función de la propia evolución de la pareja. Por lo general, se recomienda mantener el contacto con los terapeutas durante dos años, por medio de dos o tres sesiones. Estas sesiones (que incluso se pueden realizar por contacto telefónico) permiten valorar la capacidad de la pareja para enfrentarse a nuevas situaciones que no habían sido trabajadas, ni probablemente previstas, durante la terapia (cambios en la estructura familiar — por pérdida o por incremento—, cambios laborales, la aparición de alguna enfermedad, etc.). Algunas parejas, incluso, pueden plantear la separación, con lo que el mantenimiento del contacto puede facilitar la ayuda de los terapeutas ante este nuevo reto.

III. CONCLUSIONES

En este capítulo se presenta, de manera necesariamente sucinta, un programa de intervención que recoge los principales ingredientes de la terapia de parejas de corte cognitivo-conductual. Para su presentación se ha optado por una versión didáctica y práctica, dejando a un lado, por cuestiones de espacio, aquellos aspectos de reflexión teórica y de investigación que, sin lugar a duda, deben estar presentes en la formación de aquellos que quieran profundizar en este campo de trabajo. Para abordar cada uno de los componentes terapéuticos (reciprocidad, comunicación, negociación y solución de conflictos), se ha intentado seguir un esquema uniforme en el que se señalan los principales fundamentos del entrenamiento, su relevancia, las herramientas terapéuticas de las que se hace uso, así como los objetivos globales que persigue el entrenamiento en cuestión. Se ofrece, así mismo, una estructura distribuida en sesiones, que debe ser considerada únicamente como una propuesta flexible, con el objetivo de orientar al clínico en cuanto a la distribución temporal de los elementos clave del programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azrin, N. H., Naster, J. y Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 365-382.
- Baucom, D. H., Epstein, N. L., Sayers, S. L. y Sher, T. G. (1989). The role of cognitions in marital relationships: Definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 31-38.
- Baucom, D. H., Sayers, S. L. y Sher, T. G. (1990). Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: an outcome investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 636-645.
- Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.

- Bögner, I. y Zizlenbach-Conen, H. (1984). On maintaining change in behavioral marital therapy. En K. Hahlweg y N. S. Jacobson (dirs.), *Marital interaction. Analysis and modification*. Nueva York: Guilford.
- Bornstein, P. H. y Bornstein, M. T. (1986). *Marital therapy*. Nueva York: Pergamon.
- Bradbury, T. N. y Fincham, F. D. (1990). *Attributions in marriage: Review and critique*. *Psychological Bulletin*, 107, 3-33.
- Capafóns, J. I. (1988). Panorama general de la terapia de parejas desde la perspectiva de la terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 515-544.
- Capafóns, J. I., Sosa, C. D, y López, C. (1986). Terapia sexual y de parejas según el modelo de Hahlweg, Schindler y Revenstorf: Aplicación en España. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 607-616.
- Christensen, A. y Shenk, J. L. (1991). Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 458-463.
- Crowe, M. (1997). Intimacy in relation to couple therapy. *Sexual and Marital Therapy*, 12, 225-236.
- Crowe, M. y Ridley, J. (1990). *Therapy with couples. A behavioural-systems approach to marital and sexual problems*. Oxford: Blackwell.
- Denton, W. H. (1991). The role of affect in marital therapy. *Journal of Marital and Family*, 77, 257-261.
- D'Zurilla, T. J. (1988). Problem-solving therapies. En K. S. Dobson (dir.), *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. Nueva York: Guilford.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-136.
- Gottman, J. y Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 47-52.
- Gottman, J., Notarius, O, Gonso, J. y Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Campaign: Research Press.
- Hahlweg, K. (1986). *Partnerschaftliche Interaktion*. Munich: Gerhard Röttger Verlag.
- Hahlweg, K. y Jacobson, N. S. (1984). *Marital interaction. Analysis and modification*. Nueva York: Guilford.
- Hahlweg, K. y Markman, H. J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.
- Jacobson, N. S. (1991). Behavioral versus insight-oriented marital therapy: Labels can be misleading. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 142-145.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.
- Jacobson, N. S. y Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S., Schmaling, K. B., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J. L., Wood, L. F. y Follette, V. M. (1989). Research-structured vs. clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 173-180.
- Krokoff, L.J. (1991). Communication orientation as a moderator between strong negative affect and marital satisfaction. *Behavioral Assessment*, 13, 51-65.
- Liberman, R. P. (1975). *Behavioral marital therapy: Group leaders guide*. Behavioral Analysis and Modification Project.
- Sager, C. J. (1997). *Marriage contracts and couple therapy*. Nueva York: Jason Aronson.

- Sher, T. G. y Weiss, R. L. (1991). Negativity in marital communication: where's the beef? *Behavioral Assessment*, 13, 1-5.
- Snyder, D. K., Wills, R. M. y Grady-Fletcher, A. (1991a). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 138-141.
- Snyder, D. K., Wilts, R. M. y Grady-Fletcher, A. (1991b). Risks and challenges of long-term psychotherapy outcome research: Reply to Jacobson. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 146-149.
- Spivack, G., Piatt, J. V. Shure, M. B. (1976). *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey Bass.
- Stuart, R. B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.
- Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change*. Nueva York: Guilford.
- Stuart, R. B. y Smart, F. (1972). *Marriage pre-counseling inventory and guide*. Champaign: Research Press.
- Tessina, T. B. y Smith, R. K. (1993). *Equal partners*. Londres: Hodder & Stoughton.
- Weiss, R. L., Birchler, G. R. y Vincent, J. P. (1974). Contractual models for negotiation training in marital dyads, *Journal of Marriage and the Family*, 36, 321-331.
- Weiss, R. L., Hops, H. v Patterson, C R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict: A technology for altering it, some data for evaluating it. En L. D. Handy y E. L. Mash (dirs.), *Behavior change: Methodology concepts and practice*. Champaign, IL: Research Press.
- Wesley, S. y Waring, E. M. (1996) A critical review of marital therapy research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 421-428.
- Yperen, N. W. y Buunk, B. P. (1990). A longitudinal study of equity and satisfaction in intimate relationships. *European Journal of Social Psychology*, 20, 287-309.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Bornstein, P. H. y Bornstein, M. T. (1986). *Marital therapy*. Nueva York: Pergamon.
- Crowe, M. y Ridley, J. (1990). *Therapy with couples. A behavioural-systems approach to marital and sexual problems*. Oxford: Black well.
- Hahlweg, K. y Jacobson, N. S. (1984). *Marital interaction. Analysis and modification*. Nueva York: Guilford.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.
- Tessina, T. B. y Smith, R. K. (1993). *Equal partners*. Londres: Hodder & Stoughton.

19. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES

COLE BARTON, JAMES F. ALEXANDER Y MICHAEL S. ROBBINS¹

I. INTRODUCCIÓN

La secuencia en la que aparece este capítulo en este amplio manual de intervenciones cognitivo-conductuales sugiere una definición de los “problemas familiares” por omisión. Es decir, de los problemas que abordan con elevada frecuencia los clínicos de la salud mental, los principales trastornos no incluidos en los otros capítulos del manual (como, por ejemplo, los que se han “dejado” para este capítulo), parecen ser los trastornos que sufren principalmente niños y adolescentes². Es importante señalar que para muchos clínicos con orientación contextual, los “problemas familiares” abarcan una gran variedad de problemas conductuales específicos, incluyendo muchos de los que se abordan en otros capítulos de este manual (vols. 1 y 2). Sin embargo, no es nuestra intención en este capítulo plantear cuestiones epistemológicas básicas con respecto a una consideración más amplia del trastorno del comportamiento; por el contrario, adoptaremos un enfoque más “tradicional” en nuestro contenido. Esto incluirá una separación *artificial* entre problemas maritales (véanse los dos capítulos previos a éste) y problemas familiares.

Históricamente, muchos problemas conductuales de la infancia y la adolescencia se incluyen bajo el rótulo de “problemas familiares”, debido a las suposiciones de que esos problemas conductuales están “causados por”, exacerbados por, o explicados y tratados eficazmente desde la perspectiva de un modelo basado en la familia. Como fundamentación inicial, nos apoyaremos en las principales revisiones y metaanálisis de la literatura que han presentado a la intervención sobre la familia como un tratamiento de elección para síndromes determinados (Alexander, Holtzworth-Munroe y Jameson, 1994; Alexander y Barton, 1995; Gordon, Arbruthnot, Gustafson y McGreen, 1988; Gurman, Kniskern y Pinsof, 1986; Kazdin, 1993, 1994; Shadish *et al.*, 1993). Estas revisiones y metaanálisis enfatizan los efectos positivos de los modelos sistémicos de terapia familiar para los jóvenes con trastornos que son externalizados. En este capítulo, nos centraremos básicamente en las características de estas intervenciones familiares, de base sistémica, con jóvenes que tienen problemas de comportamiento.

¹ Davidson College, University of Utah y University of Miami School of Medicine (Estados Unidos), respectivamente.

² Los problemas de niños y adolescentes se abordan en otro manual (en preparación), dirigido por el mismo director de este volumen y dedicado exclusivamente a problemas de este segmento de la población.

II. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL CENTRADOS EN LA FAMILIA PARA ACTUAR SOBRE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE EXTERNALIZAN SU COMPORTAMIENTO

Para empezar, es importante señalar que el “título” de cognitivo/conductual no es totalmente descriptivo del contenido de la intervención, ya que el afecto no está excluido de este modelo. Para citar un ejemplo, el constructo de la *defensividad* que refleja la expresión del afecto negativo en muchas formas, ha sido un importante centro de atención del proceso de la «Terapia familiar funcional» y se refleja en los resultados de la misma con jóvenes durante más de veinte años (Alexander, 1973; Alexander, Barton, Schiavo y Parsons, 1976; Barton, Alexander y Turner, 1988; Newberry, Alexander y Turner, 1991; Robbins, Alexander, Newell y Turner, 1996).

Al mismo tiempo, el afecto suele ser tratado más como un marco organizativo concomitante, en vez de primario, para las estrategias y el contenido de la intervención. Por el contrario, los enfoques cognitivo-conductuales con base en la familia se caracterizan por la especificidad conductual, tanto en los objetivos como en las técnicas, al menos en determinadas fases bien definidas de la intervención (véase más adelante). De esta forma, el afecto, las cogniciones y atribuciones, y las conductas constituyen principios organizativos importantes en diferentes puntos del proceso de tratamiento para el desarrollo, mantenimiento y modificación con éxito de los problemas de comportamiento de los jóvenes.

Los modelos cognitivo-conductuales suponen también, bien explícita o implícitamente, un “procesador interno” que está unido bidireccionalmente con las expresiones conductuales de una persona o personas en una familia, lo mismo que con otros aspectos del ambiente. De este modo, los modelos cognitivo-conductuales con base en la familia comparten una perspectiva conceptual subyacente con el constructo del “determinismo recíproco” desarrollado por Bandura en los años sesenta (Bandura y Walters, 1963). Como ha sugerido Bandura, en circunstancias donde hay un control ambiental considerable, los agentes de cambio pueden centrarse expresamente en el comportamiento *per se*. Este tipo de situación puede darse en ambientes institucionales y familiares con niños pequeños, en donde los padres o las figuras parentales y el personal de la institución pueden disponer de un notable poder diferencial y de un control sobre las principales fuentes de influencia ambiental. Al mismo tiempo, para la mayoría de las situaciones problema con jóvenes y niños de más edad, que viven en alguna clase de “sistema abierto”, los agentes de cambio independientes son generalmente incapaces de controlar una parte suficientemente grande de contingencias ambientales para influir directamente sobre la conducta. Por el contrario, las terapias cognitivo-conductuales basadas en la familia se han desarrollado como un conjunto de estrategias dirigidas a influir sobre las cogniciones de diferentes miembros de la familia, de tal forma que aumente su aceptación de patrones conductuales adaptativos nuevos (en cuanto opuestos a los desadaptativos anteriores) y de las cogniciones con las que están asociados. Estas estrategias y técnicas constituirán un objetivo importante de este capítulo, tal como se describe más adelante.

Otra característica definitoria de los enfoques cognitivo-conductuales con base en la familia es la apreciación implícita o explícita de la naturaleza contingente y sistémica/contextual de los patrones de comportamiento desviado y de su modificación. Ejemplos de ello incluyen los constructos, definitorios del campo, de la *reciprocidad* y la *coerción*, desarrollados por Patterson y colaboradores (Patterson, 1982; Patterson y Reid, 1984). El trabajo sobre la *defensividad* (citado anteriormente) ha incluido también la idea de reciprocidad dentro de la familia (Alexander, 1973; Barton, Alexander y Turner, 1988). Además, el papel del terapeuta en la intervención familiar se ha articulado también como un proceso recíproco en el que el terapeuta se entrega a una “directividad contingente” en las primeras fases (Alexander, Barton, Waldron y Mas, 1983). Así, aunque los protocolos de tratamiento se escriben a menudo como si implicasen una aplicación lineal de la técnica a las conductas de los miembros de la familia, el marco conceptual subyacente incluye una apreciación de la naturaleza bidireccional de la influencia entre los miembros de la familia y el terapeuta, donde la comunicación abierta representa el canal a través del cual esas influencias tienen sus efectos. Al mismo tiempo, los canales de comunicación no existen como una realidad independiente; por el contrario, su efecto es una función de los procesos de codificación y descodificación experimentados por los miembros de la familia y el terapeuta. En otras palabras, incluso aunque los modelos cognitivo-conductuales basados en la familia se fundamentan en la “ciencia tradicional”, la inclusión de cogniciones y del procesamiento de la información permite que esos modelos compartan más elementos de una perspectiva “social”.

La característica definitoria final de las terapias cognitivo-conductuales con base familiar/sistémica es su naturaleza física. Aunque esas terapias se caracterizan a menudo en la literatura por sus técnicas (p. ej., entrenamiento en comunicación, contratos de contingencia, entrenamiento de padres), la aplicación de esas técnicas no se lleva a cabo ni aleatoriamente ni de forma constante a lo largo del tratamiento. Por el contrario, la intervención con éxito requiere que los terapeutas realicen satisfactoriamente una serie de tareas, o negocien una serie de fases, conforme los miembros de la familia pasan del compromiso inicial hasta la terminación con éxito. En el Modelo de Anatomía de la Intervención (MAI) (*Anatomy of Intervention Model; AIM*) se encuentran identificadas esas fases (Alexander, Barton, Waldron y Mas, 1983).

Este capítulo está organizado en cinco secciones distintas, que reflejan las fases en el proceso de intervención con familias. El MAI se desarrolló como un instrumento didáctico y de entrenamiento para entender los objetivos, las tareas y las actividades y habilidades de las diferentes fases de la terapia familiar. De este modo, el MAI constituye un marco genérico con aplicabilidad universal a lo largo de las intervenciones familiares. En este capítulo, el MAI se presenta desde la perspectiva de la Terapia Familiar Funcional (TFF) (*Functional Family Therapy, FFT*; Alexander y Parsons, 1982). El capítulo sigue la secuencia de fases que constituyen el esquema del MAI, de forma específica: *a.* Presentación y formación de impresiones; *b.* Evaluación y comprensión; *c.* Terapia e inducción; *d.* Tratamiento y educación; y *e.* Generalización y terminación.

Dentro de cada una de estas fases de la intervención, se produce una descripción de:

- Cogniciones problemáticas;
- Descodificación de problemas;
- Codificación de problemas;
- Estrategias privadas para el terapeuta familiar; y
- Estrategias públicas para el terapeuta familiar.

III. LAS TAREAS COGNITIVAS DE LA INTERVENCIÓN CON BASE EN LA FAMILIA

La terapia familiar funcional (TFF); (Alexander y Parsons, 1982) supone que hay importantes sustratos cognitivos en el comportamiento desadaptativo de las familias y ha articulado técnicas y estrategias terapéuticas específicas para modificar estos sustratos cognitivos problemáticos. Como se ha descrito en el MAI, las diferentes fases de la intervención familiar tienen distintos sustratos cognitivos asociados a ellas. En la TFF, las cogniciones son importantes por dos razones: primero, porque mantienen los problemas dentro de la familia y, segundo, porque es probable que sean fuentes de resistencia ante la intervención. Por consiguiente, para el terapeuta cada fase de la intervención tiene distintos objetivos y se requieren diferentes características por parte del terapeuta. En cada sección, nos centraremos en estas tareas desde la perspectiva de las cogniciones mantenidas por los miembros de la familia y de los procesos de codificación y descodificación que los terapeutas tienen que emprender para vérselas con ellas.

IV. LA FASE DE PRESENTACIÓN Y FORMACIÓN DE IMPRESIONES

La fase de Presentación y formación de impresiones se refiere al contacto inicial entre la familia y el terapeuta. Las cogniciones de este acontecimiento desencadenan conjuntos de impresiones que conducen a expectativas tanto en los miembros de la familia como en los terapeutas. Hay pocas dudas de que el afecto de un terapeuta hacia un paciente varía considerablemente dependiendo de la naturaleza del problema (es decir, si la familia tiene un hijo con fobia escolar comparado con un padre que realiza abusos físicos). De igual manera, las impresiones de una familia sobre el terapeuta varían también dependiendo de la naturaleza del proceso por el que ha acudido a terapia y de sus propias creencias sobre el tratamiento (es decir, dependiendo de si acudió recomendada por un buen amigo comparado con acudir a un terapeuta para quien la compañía de seguros ha rechazado la autorización).

Puesto que la terapia familiar no empieza como un acontecimiento espontáneo, son importantes las expectativas y percepciones que crean las familias y los terapeutas cuando comienzan su relación. La fase de Presentación y formación de impresiones en la intervención anticipa la forma en la que las cogniciones de los miembros de la familia harán que sean aprensivos, que se enfaden o que se enfrenten al proceso de terapia. Al anticipar las cogniciones problema, los terapeutas son capaces

de adaptar apropiadamente su estrategia de intervención para facilitar las expectativas positivas sobre el tratamiento por parte de los miembros de la familia.

IV.1. *Cogniciones problema en la fase de Presentación y formación de impresiones*

Las cogniciones de la familia que constituyen problemas al principio son habitualmente problemas de orientación hacia la terapia familiar o un temor general de un proceso que no conocen. Comparado con psicoterapias orientadas individualmente, en las que la suposición es que la persona que va a terapia es la persona que tiene el problema, en la terapia familiar las cogniciones problemáticas más características se producen cuando otros miembros de la familia se preguntan por qué todos tienen que estar presentes, ya que la mayoría de los estereotipos sobre la psicoterapia se basan en modelos que tratan individuos.

Cognición problema: «¿Por qué tengo que acudir a ver a un “come cocos”?»

La mayoría de la gente que es buena candidata para la psicoterapia no considera a los psicoterapeutas como los mejores profesionales para resolver su problema (Garfield, 1986). Puede que algunos pacientes crean que un psicoterapeuta no es la persona más competente, mientras que otros prefieren creer que las bases de sus problemas son físicas (Wills, 1991). Cualquiera que sea la base de esta percepción, la mayoría de los miembros de la familia no empezará la relación con el terapeuta suponiendo que él/ella es un/a profesional apropiado/a para solucionar sus preocupaciones. De esta forma, los terapeutas familiares tienen que convencer a los miembros de la familia que el proceso de la terapia familiar puede ofrecerles algo que merece la pena.

Cognición problema: «El estar aquí significa que soy débil o que he fracasado»

Los candidatos a la psicoterapia tienen prejuicios morales sobre la evaluación de la conducta anormal. Muchas personas suponen que buscar ayuda psicoterapéutica es admitir, de hecho, que algo no funciona en ellos o en un miembro de su familia (Goldenberg y Goldenberg, 1991). Los terapeutas familiares tienen que convencer a los miembros de la familia de que la terapia familiar no es punitiva o dolorosa, y que la participación en el tratamiento no indica un “defecto” moral subyacente de su carácter.

Cognición problema: «No me gusta este proceso»

Los hombres y las mujeres acuden a psicoterapia por razones diferentes y la motivación para participar puede ser distinta al principio. Generalmente las mujeres buscan psicoterapia para conseguir ayuda en cuestiones de relación, mientras que la mayoría de los hombres que acuden a psicoterapia buscan consejos para tareas instrumentales (Gomes-Schwartz, 1978). Si los terapeutas no saben anticipar diferencias en los horarios más convenientes para los distintos miembros de la familia, es

probable que éstos se desanimen con el proceso terapéutico y se nieguen a participar. Los terapeutas familiares tienen que convencer a los miembros de la familia con percepciones distintas que puedan ofrecerles algo que merece la pena.

Cognición problema: «Sería mejor que este terapeuta hiciera lo que yo quiero»

Puesto que la mayoría de las cuestiones sobre relación en las familias o en las parejas se refieren al control interpersonal, los terapeutas se enfrentan frecuentemente a miembros de la familia que son claramente controladores. Es poco probable que la persona que expresa necesidades de control quiera ayuda para moderar su necesidad: habitualmente querrán que el terapeuta y otros miembros de la familia respondan a sus exigencias. Los terapeutas familiares tienen que abordar inicialmente la relación entre los miembros de la familia, con el fin de evitar relaciones desadaptativas perpetuantes dentro de ésta, mientras que al mismo tiempo deben de mantener la necesidad interpersonal de las personas controladoras.

Cognición problema: «No entiendo por qué estoy aquí»

La mayoría de los miembros de la familia no entiende su implicación en los problemas de los otros. Probablemente no reconozcan que sus motivaciones son incomprendidas o pueden pensar que, puesto que no padecen un malestar subjetivo, no existe razón para su participación. Las familias con un miembro irritable a menudo son obligadas a acudir a terapia. Algunas familias son enviadas a tratamiento por los jueces, con el consejo de personas encargadas de su custodia, mientras que a otras se las anima a que vayan por el insistente consejo de un médico a un miembro de la familia. Bajo cualquiera de estas circunstancias, otros miembros de la familia pueden tomar a mal el tener que acudir a terapia. Es conveniente que los terapeutas de familia ofrezcan una explicación o establezcan una base para la participación regular de todos, que susciten interés o que consigan, de alguna manera, aumentar la motivación de los miembros de la familia que no se sienten implicados en las sesiones.

IV.2. *La descodificación de las cogniciones problema en la fase de Presentación y formación de impresiones*

En la fase de Presentación y formación de impresiones, el terapeuta dispone de una información muy limitada sobre los miembros de la familia. Como resultado, el terapeuta tiene que confiar más en la intuición, en la experiencia y en los estereotipos para intentar entender lo que están comunicando los miembros de la familia. Carentes de datos específicos, los terapeutas pueden llevar a cabo una descodificación más rápida y precisa si desarrollan algunas hipótesis *a priori* sobre los miembros de la familia. Esas hipótesis *a priori* se basan en la experiencia de los terapeutas con poblaciones clínicas, pacientes masculinos y femeninos, y pacientes con diferentes orígenes étnicos, así como en su conocimiento sobre la investigación y la literatura clínica existentes en cada una de estas áreas. Los terapeutas que tengan expectativas *a priori*

“con información” se verán favorecidos en su interacción con los miembros de la familia durante la fase inicial de tratamiento.

IV.3. *La codificación de problemas en la fase de Presentación y formación de impresiones*

El comprometer la participación de los miembros de la familia constituye uno de los principales retos técnicos de la terapia familiar. Teniendo en cuenta que ese compromiso tiene que ocurrir de modo muy rápido, los terapeutas deben crear inmediatamente la impresión de que pueden responder a los intereses de cada uno de los miembros de la familia. Los terapeutas familiares habitualmente consiguen dicho compromiso de dos maneras. Una es intuir adecuadamente una forma de dar seguridad de que se abordarán las preocupaciones de los miembros de la familia. Esta maniobra requiere que los terapeutas tengan intuiciones clínicas excelentes sobre los problemas de los miembros de la familia, una habilidad que normalmente se pule por medio de la experiencia o de la capacidad perceptiva. Otra forma es esquivar las resistencias o las preocupaciones que se presentan inicialmente y conseguir el compromiso de la familia levantando su curiosidad sobre definiciones alternativas de sus problemas.

En cualquier caso, los terapeutas familiares tienen que comunicarse eficazmente con los miembros de la familia. Un riesgo obvio de la función del psicólogo sería el utilizar jerga profesional que sea demasiado técnica para que la comprendan los miembros de la familia. Otro riesgo consistiría en emplear un vocabulario sofisticado que no tenga significados compartidos por la mayoría de la gente. El choque de culturas puede ocurrir cuando los terapeutas son insensibles a las costumbres y tradiciones, lo que transmite una incapacidad o (peor aún) una desgana por llegar a la comprensión de los problemas de los miembros de la familia.

IV.4. *La estrategia pública en la fase de Presentación y formación de impresiones*

La tarea más pública de los terapeutas de familia durante la fase de Presentación y formación de impresiones consiste en animar a los miembros de la familia de que su participación acabará en algo que merecerá la pena. Dichos miembros tienen que desarrollar la sensación de que el terapeuta de familia hará que ellos mismos (o alguna otra persona que les importe de su familia) sean mejores. Los terapeutas de familia tienen que exponer a las familias, inicialmente, a alguna experiencia que les produzca optimismo sobre el futuro: realmente nadie querrá participar en un proceso que empeore las cosas. Es probable que las familias lleven a cabo un análisis del coste/eficacia para determinar si su participación merece el tiempo y el esfuerzo que van a emplear, así como el coste económico.

Es más probable que los miembros de la familia se comprometan en el proceso de terapia familiar si el psicólogo convence a la familia de su credibilidad como terapeuta. La credibilidad de los terapeutas pone las bases para que los miembros de la

familia respondan favorablemente a sus instrucciones y para que esperen que el proceso de la terapia de familia merezca la pena (Alexander *et al.*, 1983; Frank, 1973). En resumen, las estrategias públicas de los terapeutas de familia sirven para inculcar en los miembros de la familia una sensación de optimismo y la credibilidad respecto al terapeuta familiar.

IV.5. *La estrategia privada en la fase de Presentación y formación de impresiones*

En esta fase, el terapeuta tiene que procesar información privadamente, de tal modo que le permita comprometer la participación de cada miembro de la familia. Es probable que los miembros de ésta tengan diferentes horarios que les sean apropiados para acudir a la sesión y distintos puntos de oposición o vulnerabilidad. La terapia de familia funciona más fluidamente cuando los terapeutas saben evaluar la información no verbal del proceso generada por las familias cuando los miembros se relacionan entre sí. De hecho, la mejor forma de que los terapeutas de familia comprendan a ésta es a través de las observaciones directas de la familia en la sesión. Para inducir la motivación de cambio a los miembros de la familia (fase de Terapia e inducción), el terapeuta verá que la razón coste/eficacia es mejor cuando trabaja con toda la familia presente (véase el apartado de la fase de Terapia e inducción).

Por lo tanto, de forma privada, los terapeutas de familia observan a la familia entera, si es que no les pregunta verbalmente, con el objeto de que se sientan comprometidos a acudir a las sesiones de terapia. Si la complejidad o la confusión de la primera visita no consigue crear un compromiso por parte de todos, el terapeuta de familia debería determinar quién de la familia tiene los recursos para animar u obligar a los otros miembros a acudir, y asegurarse de que esa persona (o personas) adquiera el compromiso de traer a los demás con ella.

IV.6. *Resumen de la fase de Presentación y formación de impresiones*

El interés por las cogniciones en la fase de Presentación y formación de impresiones se centra en conseguir el compromiso de la familia en el proceso de la intervención familiar. La forma más eficaz de comprometer a las familias en el tratamiento es crear confianza y seguridad de que van a ser atendidas por un terapeuta *creíble*, con mucha *experiencia*.

Las familias traen con ellas al tratamiento estereotipos sobre los terapeutas y tendencias asociadas a variables demográficas, tales como la etnicidad y el género. Estas actividades cognitivas moldean las expectativas que traen a la terapia, así como las percepciones iniciales de los terapeutas. Los terapeutas familiares empezarán con buen pie si saben cómo encajar su comunicación con las tendencias y expectativas que las familias traen a las citas iniciales.

La mayor parte de las primeras discusiones en la terapia familiar será probablemente provocada, en parte, por los horarios de los miembros más expresivos de la familia y por las respuestas que les den los terapeutas familiares. Sin embargo,

privadamente, el compromiso de los terapeutas familiares al análisis sistémico para la fase de la Evaluación y comprensión y la potencia de cambio en la fase de Terapia e inducción, conducirá al terapeuta a estrategias que aseguren que la familia entera acudirá a las sesiones.

V. LA FASE DE EVALUACIÓN Y COMPRENSIÓN

En la fase de la Evaluación y comprensión, el terapeuta familiar desarrolla su mapa cognitivo sobre las características y dinámica del sistema familiar. La mayoría de los miembros de la familia no piensa sobre su problema o el de los demás en términos de sistemas interpersonales, de modo que desde el punto de vista de evaluación familiar, la evaluación de ésta sobre “lo que está mal” es normalmente un epifenómeno. Las atribuciones de los miembros de la familia sobre los problemas se basan normalmente en rasgos (y otros conceptos), pero no se conceptualizan en términos de dinámica interpersonal. Además de ser descripciones imprecisas de las causas y efectos de los problemas, la mayoría de las percepciones de la familia sobre lo que no funciona en ella necesita ser cambiada, ya que esas percepciones se encuentran conectadas al afecto negativo y a la conducta que es contraproducente, y forman la esencia de la experiencia negativa familiar.

Al contrario que las estrategias de evaluación tradicional, que tratan de emplear condiciones estandarizadas para medir la patología de los pacientes, las evaluaciones familiares se confunden mucho más con la intervención. Los terapeutas de familia están interesados en un conjunto natural de intercambios entre los miembros de la familia, de modo que parte de las exigencias del contexto de evaluación consiste en estructurar oportunidades para ver cómo los miembros de la familia interaccionan entre sí. Sin embargo, tal como se expone en la sección sobre la Presentación y formación de impresiones, el terapeuta familiar reconoce que los procesos familiares que “fluyen libremente” probablemente crean y mantienen los procesos de los miembros de la familia. Las implicaciones de esta idea se plasman en que los terapeutas familiares permitirían que los miembros revoltosos de la familia, por ejemplo, pusieran en peligro las expectativas de los otros miembros sobre el valor de la terapia, en el caso en que a aquellos miembros se les permitiera criticar, hablar todo el tiempo o, de cualquier otra manera, echar a perder las primeras sesiones. Sin embargo, los terapeutas de familia tienen que vigilar sus propias respuestas a lo que dicen los miembros de la familia, para no reforzar las atribuciones contraproducentes de dichos miembros entre sí. Si el terapeuta confirma rápidamente la opinión de los padres de que es necesaria la medicación para uno de los miembros de la familia, está sugiriendo, implícitamente, que acepta que un miembro de la familia se encuentra “enfermo” y que la medicación es la mejor forma de tratar el problema. Por consiguiente, los terapeutas no son sólo receptáculos pasivos de la información transmitida por la familia. Sus respuestas pueden servir para confirmar o moldear las experiencias y las interacciones de los miembros de la familia. De igual manera, éstos son activos en el tratamiento, intentando mantear su estatus en el sistema familiar. Así, al inicio de la terapia familiar, la información ofrecida en respuesta a la pregunta del terapeuta es contestada normalmente por el miembro con más poder de la familia y,

habitualmente, incluye una acusación contra los miembros que tienen menos poder. Consideradas en conjunto, estas realidades demuestran que las evaluaciones familiares son clásicamente “reactivas”, en el sentido de que no son evaluaciones de naturaleza pasiva u “objetiva”. Por el contrario, las evaluaciones familiares se mezclan con otros ingredientes de la intervención.

La mayor parte de la fase de Evaluación y comprensión es un proceso privado del terapeuta familiar. Las cogniciones más importantes a la hora de llevar el proceso de terapia hacia adelante son aquellas que, según el terapeuta infiere, están intentando manejar la comunicación y el afecto negativo de la familia.

Una cuestión importante a señalar sobre las propiedades conceptuales de la evaluación familiar es reconocer que las evaluaciones familiares se experimentan normalmente por la mayoría de los miembros de la familia como un proceso “inductor de disonancia”. Puesto que los terapeutas familiares no van a respaldar las percepciones negativas de los miembros de la familia, los tipos de preguntas que hacen, el lenguaje sesgado y la reelaboración de las expresiones de los miembros de la familia son, de hecho, ingredientes muy potentes y activos en la iniciación del proceso de cambio. Por consiguiente, los problemas tácticos a los que se enfrentan los terapeutas familiares en la fase de Evaluación y comprensión implican el mantener una relación constructiva con los miembros de la familia, sin apoyar o validar los puntos de vista de éstos sobre lo que es incorrecto.

V.1. *Cogniciones problema en la fase de Evaluación y comprensión*

Como se ha descrito anteriormente, la mayoría de las cogniciones problema de un miembro de la familia en esta fase se hace evidente en la irritación o frustración con el terapeuta por no respaldar formalmente sus puntos de vista de lo que constituye el problema. En la literatura sobre terapia familiar, se repite la idea de que las familias están prestas a identificar una persona de la familia como la fuente del problema (Haley, 1976; Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981; Szapocznik y Kurtines, 1989). Por consiguiente, la mayoría de los miembros de la familia no acuden a terapia como “pizarras en blanco”. Es más probable que aparezcan con un conjunto de atribuciones implícito, si no manifiesto, sobre una persona en la familia como la fuente del afecto y el comportamiento problemáticos.

Cognición problema: «Este terapeuta no se entera»

La inferencia en esta cognición es que el terapeuta es demasiado disimulado o torpe para comprender la naturaleza del problema. Si los miembros de la familia desarrollan esta percepción durante su presentación del problema, puede que se deterioren sus percepciones sobre la credibilidad del terapeuta, si es que no llevan a la insatisfacción de que el problema no se resolverá. Por consiguiente, es esencial que los terapeutas convenzan a los miembros de la familia de que comprenden las cuestiones desde su perspectiva, mientras que al mismo tiempo responden de una manera que modifique las atribuciones negativas de los miembros de la familia y los intercambios hostiles entre los miembros de la misma.

Cognición problema: «Este terapeuta se está resistiendo a mi definición del problema»

Sería más probable que quien llegase a esta conclusión fuese un miembro de la familia con preocupaciones de control. Tanto si se debe a un estilo interpersonal de controlar a los demás, a un marco conceptual rígido o a ambos, un miembro de la familia que se forma esta atribución es probable que se enfade con el terapeuta. Este tipo de enfado podría llevar a que abandonase la terapia o a que tuviese conflictos dentro de la sesión con el terapeuta. De nuevo, los terapeutas tienen que responder a las reacciones de los miembros de la familia ante un proceso que no confirma su opinión sobre lo que son los problemas.

v.2. *La descodificación de las cogniciones problema en la fase de Evaluación y comprensión*

La descodificación de los problemas por parte del terapeuta se refiere a su propia reorganización cognitiva sobre la presentación de la información por parte de los miembros de la familia. Resumiendo a grandes rasgos, los terapeutas familiares tienen que observar la conducta verbal y no verbal de los miembros de la familia y desarrollar hipótesis clínicas al respecto: qué procesos son indicadores fiables de la dinámica familiar o de los patrones de comportamiento; cuáles son las probables respuestas afectivas de los miembros de la familia entre sí; cuál es la evaluación apropiada de los estilos de relación entre los miembros de la familia; cómo se interconectan las parejas; cómo la interrelación de una pareja incluye o excluye a un tercer miembro de la familia; y cuál es la función o ganancia interpersonal para cada miembro de la familia asociado a un patrón de interacción característico (Alexander y Barton, 1995).

Estas descodificaciones constituyen un reto conceptual, tanto en cuanto son complejas y que generalmente es difícil llegar a un consenso. Al mismo tiempo, los terapeutas de familia deben vigilar sus propias respuestas emocionales ante los miembros de la familia por dos razones. En primer lugar, para desarrollar algunas inferencias empáticas sobre cómo podrían sentirse los miembros de la familia con respecto a los otros; y, en segundo lugar, para no implicarse emocionalmente, para no enredarse o sentirse presionado por las comunicaciones de los miembros de la familia.

v.3. *La codificación de los problemas en la fase de Evaluación y comprensión*

La codificación de los problemas por parte de los terapeutas familiares tiene que ver con asegurarse que la presentación, por los miembros de la familia, de sus experiencias, no reconfirmen o exacerben los aspectos de relación que les hicieron acudir inicialmente a terapia.

El entrenamiento clínico más tradicional afirma que el problema debería evaluarse de modo sensible. La mayoría de los terapeutas saben reconocer la vulnerabilidad psicológica asociada con volver a visitar el contenido de un trauma, por ejemplo, con poco tacto. La mayor parte del entrenamiento clínico enfatiza que el contenido de esas discu-

siones puede ser emocionalmente doloroso para la víctima. La terapia familiar no se caracteriza, hasta ahora, por afirmar que los clínicos deberían ser sensibles a las vulnerabilidades clínicas obvias. Sin embargo, no todos los terapeutas darán rápidamente importancia a la manera en que las implicaciones del proceso de padres protectores, que cuentan una y otra vez las muchas formas en las que su hijo les “necesita”, a la forma en que la descripción de peticiones de más fármacos para una madre deprimida, restringen, de modo similar, los papeles de la madre y del hijo. En estas circunstancias, los terapeutas familiares pueden encontrarse teniendo que considerar a procesos caracterizados como compensatorios y buenos como problemas clínicos. Además, la mayoría de la literatura clínica describe las opiniones distintas de los padres como problemas relativos a una “baja habilidad”. Para el terapeuta familiar, las discrepancias en los relatos de los problemas son dimensiones importantes de la dinámica que mantiene dichos problemas. Hay veces en que los desacuerdos entre los padres sobre los problemas de un hijo podrían servir para permitir que el niño “no sea castigado”, mientras que en otras ocasiones los problemas del hijo podrían servir, de forma no consciente, para detener la amenaza de divorcio de los padres. Los terapeutas familiares tienen que hacer preguntas sobre estos aspectos y realizar observaciones sobre los procesos de relación dentro de los cuales se encuentran inmersos las cuestiones de contenido.

V.4. *La estrategia pública en la fase de Evaluación y comprensión*

Los terapeutas familiares ayudan a las familias a que empiecen a vivir el proceso de la terapia familiar durante la fase de Evaluación y comprensión. Hacen preguntas a cada miembro de la familia y el estilo de sus preguntas intenta forjar lazos entre dichos miembros. El conseguir información de una serie de fuentes constituye una estrategia plausible de obtener información válida. Por consiguiente, de forma pública, la actividad de evaluación de los terapeutas familiares reconoce abierta y explícitamente la importancia de recoger información de una serie de fuentes y perspectivas.

V.5. *La estrategia privada en la fase de Evaluación y comprensión*

Privadamente, el terapeuta familiar tiene dos importantes objetivos con respecto a recoger información sobre la evaluación. En primer lugar, reconoce el principio de la “metacomunicación”. La metacomunicación es un proceso que comunica sobre formas de comunicación en una relación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). Por ejemplo, conforme los terapeutas familiares hacen preguntas a todo el mundo, metacomunican que las opiniones de los miembros más jóvenes y callados son tan importantes como las órdenes de los miembros más locuaces.

En segundo lugar, los terapeutas de familia intentan marcar distancia de las implicaciones o características de exigencia de las quejas u observaciones que apoyan la percepción de que “el problema” es un miembro de la familia. Los terapeutas tienen que utilizar sus propias reacciones para conseguir empatía sobre cómo podría sentirse alguien que está siendo criticado, y no apoyar ese punto de vista. Los terapeutas tienen

que aprender también a esquivar los intentos manifiestos y encubiertos hechos hacia ellos para validar la afirmación de que una persona es el problema. El proceso de marcar distancia significa que el terapeuta familiar reconoce la respuesta emocional que será provocada en la mayoría de la gente por un mensaje, pero no responde de la manera habitual. Esto podría concretarse en que un terapeuta no perdería los estribos cuando un miembro de la familia afirma, «no podemos permitirnos seguir viniendo aquí y perder el tiempo en cosas que no tienen nada que ver con nuestro problema», ni tampoco ser seducido por una relación con trampa como, «creo que los demás miembros de mi familia no son tan sensibles ante lo que es importante como lo somos usted y yo».

Por lo tanto, privadamente, el terapeuta familiar tiene que estar procesando la información y organizando sus impresiones sobre la familia, mientras al mismo tiempo mantiene la vigilancia para no ser presionado por las definiciones del problema que tienen de los miembros de la familia. Estas estrategias son difíciles de discriminar de las intervenciones, tanto en cuanto no son consistentes con un punto de vista tradicional de la evaluación como una recogida no reactiva de información.

V.6. *Resumen de La fase de Evaluación y comprensión*

Llevar a cabo una evaluación de la familia es más reactivo, y psicológicamente invasivo, que las evaluaciones psicológicas más tradicionales. La clase de información que necesita un terapeuta de familia entrena hacer preguntas que pueden parecer raras y no intuitivas a los miembros de la familia. La naturaleza psicológicamente perturbadora y ansiógena del proceso de evaluación de la familia puede entrar en conflicto con el “consumismo” de los miembros de ésta y los terapeutas familiares deben reconocer que la naturaleza misma de sus evaluaciones puede levantar afectos problemáticos. Dichos afectos podrían llevar a percepciones poco favorables sobre la capacidad del terapeuta para entenderles, si es que no conduce a una percepción resentida sobre la falta de sensibilidad del terapeuta hacia lo que ellos consideran como intereses legítimos.

En realidad, la mayoría de las evaluaciones de las familias con problemas conduce, de hecho, a un afecto negativo y a comportamiento problemático. Por consiguiente, las evaluaciones familiares son, en gran medida, una construcción privada por parte del terapeuta familiar, que es más probable que tenga que vérselas con las consecuencias públicas de la relación entre el miembro de la familia y el terapeuta que con la relación entre el miembro de la familia y la familia.

VI. LA FASE DE TERAPIA E INDUCCIÓN

En la fase de Terapia e inducción de la intervención familiar, el terapeuta cambia los tipos de cogniciones que los miembros de la familia tienen de los otros. Estas atribuciones generan emociones negativas o desagradables, y conducen a tendencias a comportarse de maneras que son poco consistentes con un mejor funcionamiento interpersonal (Weiner, 1993). Aunque es verdad que en las fases anteriores de la intervención, el tera-

peuta familiar se comporta de forma que implique una manera diferente de considerar a los miembros de la familia y de definir los problemas, constituyen generalmente contramano reflexivas ante los estilos de presentación de la familia. Por el contrario, en la fase de Terapia e inducción, el terapeuta familiar plantea cogniciones específicas como objetivos que deberían cambiarse para motivar a los miembros de la familia a tener diferentes respuestas emocionales con los otros, y a comportarse de forma distinta entre ellos. En otras palabras, en esta fase el terapeuta familiar trata directamente de modificar las estructuras cognitivas de los miembros de la familia

Al contrario que los puntos de vista psicoanalítico o conductual, el terapeuta familiar considera a los problemas de “resistencia” como estilos atribucionales de los miembros de la familia que interfieren con su capacidad para cambiar sus conductas con respecto a los otros. De igual manera, las propiedades “homeostáticas” o atenuadoras del cambio de los sistemas familiares se concretan normalmente en excusas, explicaciones u hostilidad manifiesta ante un proceso de cambio. Sin embargo, no es probable que los miembros de la familia se den cuenta de cómo sus patrones particulares a responder impedirían el cambio. Por el contrario, manifiestan intereses que reflejan aspectos atribucionales o emocionalmente inmovilizantes. Por ejemplo, una atribución estable de rasgo conduciría a retirar la confianza y a generar expectativas de que otro miembro de la familia no es capaz de mostrar un comportamiento bueno o de modificar uno malo. De igual manera, un mensaje de «no puedo soportarlo» significa que no sólo el que habla muestra una incapacidad para ser diferente, sino que desanima a otros miembros de la familia que están buscando señales motivacionales de compromiso para el cambio. Por lo tanto, la premisa es que algunas atribuciones constituyen obstáculos para el cambio de conducta dentro de la familia. Aunque ciertas atribuciones pueden ser sólo consecuencias (p. ej., «él no es bueno» y «no le importa lo que pensamos») de un afecto desagradable, otras son más potentes tanto en cuanto limitan la actuación (p. ej., «no sé cómo conseguir que mi hijo/a adolescente haga lo que yo quiero»).

Generalmente, los terapeutas familiares ponen como objetivo el cambiar las atribuciones problemáticas proporcionando interpretaciones alternativas a lo que cuentan los miembros de la familia, descubriendo o aclarando las bases emocionales de la conducta de dichos miembros y mostrando la “interconexión” entre los pensamientos, sentimientos y conducta de los miembros de la familia.

VI.1. *Cogniciones problema en la fase de Terapia e inducción*

Cognición problema: «No sé lo que está pasando»

Mientras alguien está “haciéndose el sordo”, es difícil moverse en una dirección terapéutica. Aunque normalmente es cierto que la gente desarrolla atribuciones de su experiencia y, más específicamente, adscriben la culpa por los problemas en sus familias, existen casos en los que un miembro de la familia plantea que “no sabe” lo que está pasando. El planteamiento típico de este estilo es cuando un adolescente pasivo-agresivo intenta evitar implicarse en intercambios productivos respondiendo “no sé” a cualquier petición o incitación para unirse al proceso de la terapia familiar.

La metacognición incluida en este mensaje es que el que lo envía no va a participar en el compartir la información de modo constructivo. El terapeuta familiar no tiene que permitir que otros miembros de la familia se enfaden o se sientan frustrados ni inmovilizados por este tipo de mensaje.

Cognición problema: «Tendré que ceder en algo»

La gente no continúa comportándose durante mucho tiempo de formas que no satisfagan alguna necesidad o algún propósito. A muchos padres no les interesa la terapia de conducta porque sospechan que abrirá un torrente de egoísmo y actúan, por ejemplo, siendo reacios a negociar un sistema de recompensas. Por otra parte, otros padres se resisten a entrar en terapia de conducta porque temen una pérdida del control parental en una relación. Incluso otros miembros de la familia temen un intercambio sincero de comunicación porque podrían oír algo doloroso o perder el control de su propio afecto. La implicación que subyace a estos tipos de mensajes es que los miembros de la familia han llegado probablemente a alguna clase de compromiso entre los riesgos ante hacer algo diferente y el malestar de su comportamiento actual. Los terapeutas de familia tienen que abordar la realidad de que los miembros de la familia probablemente se sientan amenazados por el cambio o, como poco, se encuentren muy indecisos de intentar nuevos comportamientos “poco cómodos”.

Cognición problema: «Perderé el control»

Como una variación de abandonar algo tangible, como la intimidad con un hijo o un agradable estado emocional, algunas personas reconocerán que se encuentran muy incómodas a menos que ellas sean las “encargadas” o que sepan exactamente lo que va a suceder. La incertidumbre o desconocimiento real es subjetivamente incómodo, si no estresante (Rice, 1992), para la mayoría de las personas. Sin embargo, la gente tiene diferentes umbrales para tolerar la ambigüedad, al igual que tienen diferentes deseos para conseguir el control sobre los demás de una forma competitiva. El seguir rituales obsesivos sobre el comportamiento de la familia para controlar la ansiedad, o tendencia Tipo A (Chesney, Eagleston y Rosenman, 1981), conduce a una situación en la que la cuestión de la resistencia es que esa persona tiene que mantener una sensación de ser la encargada. Mientras tanto, la persona que se encuentra en el otro extremo de estas relaciones siente que no puede escaparse de la ansiedad forzada o de la competitividad hostil de los miembros de la familia que quieren tener el control.

En realidad, los primeros teóricos de la familia especularon que incluso aunque la gente no se dé cuenta de ello (atribuciones), la razón principal de los problemas en las relaciones interpersonales es que las personas, en estas relaciones, no tienen confianza en, o conocimiento sobre, cómo influir a los otros de forma constructiva (Haley, 1976; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). Incluso aunque los miembros de la familia puedan expresar ira o indefensión ante los otros miembros, la razón de su afecto molesto puede relacionarse con sus percepciones, sobre sí mismos, de ser «la clase de padre que no puede imponer respeto», o la víctima de una relación «en la que ella no nos demuestra ningún respeto», o por no tener una sensación de control en una relación. Los miembros de la familia normalmente informarán de un control sobre las quejas de los

otros, lo que ha llegado a simbolizar un ritual que realizan para crear una sensación de control.

Cognición problema: «Nuestros problemas son insuperables»

Esta es una cognición pesimista y frecuentemente se muestra, aunque no siempre, junto con el afecto deprimido. En la fase de terapia e inducción, el interés principal con esta clase de atribución no es el grado en que la persona siente afecto negativo, sino el grado en que este tipo de atribución crea una limitación motivacional. En consecuencia, esta clase de cognición es excesivamente egocéntrica. Aumentando o distorsionando el afecto asociado con un “problema”, la persona puede crear eficazmente una cadena de desventajas en uno mismo (proporcionando una excusa para ni siquiera intentarlo), lo que controla las expectativas, el afecto o la conducta de los demás. Visto desde esta perspectiva, una cognición de que «nuestros problemas son insuperables» constriñe no sólo el afecto y la conducta de ese miembro de la familia, sino también los de los demás. Los terapeutas tienen que crear una sensación de optimismo de que los problemas dentro de la familia pueden tratarse de forma conveniente.

Cognición problema: «Nadie puede obligarme...»

La mayoría de las veces esta clase de cognición la expresa directamente un niño o un adolescente que se comunica impulsivamente. A menudo se contrarresta con la frase igualmente directiva y rígida «cualquier hijo/padre tiene que...». En vez de reflejar un déficit de confianza, esta clase de cognición es limitante, tanto en cuanto el que envía el mensaje percibe que cualquier tipo de acción cooperativa compromete su autopercepción, afecto o conducta. Además de estar reflejada entre los miembros de la familia que se pelean, puede también dirigirse al terapeuta familiar. Tanto si se dirige hacia el terapeuta o hacia un miembro de la familia, esta clase de afirmación normalmente tiene alguna implicación asociada a ella, como «si alguien trata de obligarme no seré responsable de lo que ocurra» o «mi integridad como persona requiere que defienda lo que es correcto». Por consiguiente, el mensaje que conlleva es que cualquier esfuerzo para intentar conseguir que la persona se comporte de forma diferente es o bien imposible o bien podría tener terribles consecuencias.

En una estructura atribucional relacionada, la persona que emite este tipo de mensaje puede estar expresando reactancia, o una resistencia ante una pérdida percibida de control. La gente que experimenta reactancia está siendo egocéntrica en la medida en que considera una pérdida de control percibida como amenazante y no está vigilando las dimensiones de relación de su experiencia afectiva. Una persona que experimenta reactancia puede estar etiquetando erróneamente algún beneficio (alguien que realiza por ellos una tarea que lleva mucho tiempo) como un proceso negativo, es decir, alguna persona realiza la tarea para perjudicar de alguna manera al beneficiario.

Por supuesto, incluso aunque un mensaje de «nadie puede obligarme» suene como si la persona estuviese intentando proteger su autonomía y libertad, si el individuo siempre tiene un comportamiento de oposición, entonces la conducta de ese sujeto está tan limitada como la persona que siempre accede. Los terapeutas familia-

res no deberían desconcertarse por el hecho de que un individuo que dice que «nunca hace lo que los demás le piden» sea menos predecible o su conducta menos dirigida por reglas que en el caso de las otras personas. Sin embargo, las percepciones de esa persona por parte de las demás, por no comentar sus propias percepciones de incapacidad para relacionarse eficazmente con los otros, deben modificarse, porque la mayoría de la gente responde negativamente ante los individuos que son percibidos como que necesitan salirse con la suya.

Cognición problema: «No me fío de los demás»

Esta cognición implica que no tiene sentido intentar algo diferente, porque la persona o bien no confía en que los demás hagan lo que les corresponde o bien que convertirse en vulnerable dará como resultado una dolorosa frustración, o bien ambas. Además, la mayoría de los terapeutas familiares han tenido la experiencia de ver a un miembro de la familia “desconfiado” hacer algo totalmente diferente, sólo con la intención de que ese cambio tenga la atribución de «él quiere obtener algo de mí» o «lo hizo porque le conocía mejor». Solamente son necesarias una o dos experiencias como ésta para que los terapeutas se den cuenta del sesgo a mantener una percepción negativa que algunos miembros de la familia se esfuerzan en conservar. Desde el punto de vista de la terapia familiar, el problema con este tipo de cognición yace en la implicación de que la persona no deseará otorgar méritos al comportamiento de otro individuo de un modo que signifique que el afecto de aquella cambiará, o que esa gente desconfiada no se sentirá suficientemente a salvo para cambiar su conducta ante los demás.

En resumen, las cogniciones problemas en la fase de Terapia e inducción se perciben como los medios cognitivos por medio de los cuales los miembros de la familia se excusan, se justifican, se mantienen o se ponen trampas, a sí mismos, con razones para no cambiar. Esta resistencia a hacer algo diferente es su rasgo más distintivo y significa que dichos miembros deberían convertirse en objetivos directos o indirectos de la intervención.

VI.2. *La descodificación de las cogniciones problema en la fase de Terapia e inducción*

Una primera pregunta que el terapeuta familiar tiene que hacerse es hasta qué punto los informes de los miembros de la familia sobre su incapacidad para cambiar en la fase de Terapia e inducción están guiados por las vulnerabilidades de dichos miembros ante los demás miembros de la familia e impulsados por los otros miembros. Los terapeutas familiares tienen que reconocer que no sólo un miembro de la familia podría resistirse al cambio de forma manifiesta para protegerse a sí mismo(a), sino que también los otros miembros pueden animarle a (o al menos concederle permiso para) resistirse al cambio.

Por consiguiente, los terapeutas de familia tienen que consultar sus evaluaciones para interpretar qué funciones se están cumpliendo cuando los miembros de la familia quieren seguir con su *status quo* y cuáles están siendo amenazadas. ¿Tienen los padres miedo de que a menos que puedan decir a sus hijos lo que hacer, podrían no

tener otros papeles en sus vidas? ¿Tienen miedo los hijos de que si admiten cometer algunos errores, sus padres no les permitan ser independientes con el coche o con la hora de vuelta a casa?

A este respecto, el contenido de cómo las familias se resisten tendría que verse como algo que se debería abordar, pero no porque las percepciones sean la dinámica que dirijan las relaciones. En terapia familiar, la suposición es que las cogniciones problema son las atribuciones de los miembros de la familia sobre sí mismos y sobre los demás a la hora de explicar el afecto no satisfecho y el comportamiento contraproducente que es característico de las relaciones problemáticas. El terapeuta familiar supone que hay una forma más adaptativa para que el asunto de las relaciones siga un mejor camino, pero las consecuencias de las relaciones deterioradas se experimentan como problemas de la persona, tales como objetivos conductuales erróneos, afecto negativo o percepciones distorsionadas. Visto desde esta óptica, antes de que el terapeuta familiar pueda descodificar las cogniciones problema, tiene que percibir la función interpersonal (o lo que otros han llamado ganancia secundaria) para la que sirve la cognición problema. Cuando se entiende cómo la cognición problema permite al que la tiene mantener un papel en una relación problemática, el terapeuta tendrá una noción más fiel del contenido que tiene que incluirse a la hora de cambiar una atribución.

Por ejemplo, un adolescente podría afirmar «nadie me dice lo que tengo que hacer», en un esfuerzo por generar una pelea para poder marcharse enfadado de la casa y estar con sus amigos; otro podría decir lo mismo para ver si sus padres se preocupan lo suficiente por él insistiendo que se quede en casa. Perceptiva y emocionalmente, el contenido de las percepciones una vez cambiadas tendría que ser diferente para las dos anteriores: la primera necesitaría etiquetarse como alguien que necesita modos responsables de mostrar su competencia y capacidad para ser independiente, mientras que la segunda podría ser necesario enmarcarla como alguien que busca formas de compartir su vida con sus padres. El terapeuta familiar tiene que descodificar estas extremadamente diferentes funciones relacionales a partir de unos contenidos que parecen casi idénticos. Por lo tanto, en la fase de intervención de Terapia e inducción, el terapeuta depende de la fase de Evaluación y comprensión (en donde se exploran las relaciones) para llevar a cabo la lectura correcta.

En otro problema de descodificación, el terapeuta tiene que estar seguro de que no se implica emocionalmente por las características de exigencia de las interacciones familiares. La gente que envía mensajes provocadores de emociones, no lo hace necesariamente “a propósito”, aunque esos mensajes provoquen poderosas respuestas afectivas, atribucionales y conductuales (Beier, 1966). Los terapeutas familiares tienen que utilizarse a sí mismos como instrumentos para reconocer inicialmente las exigencias emocionales omnipresentes de los mensajes de los miembros de la familia, pero tienen que reconocer que el responder de modo convencional es actuar en el papel de una persona convencional, es decir, ser controlada devolviendo la respuesta estereotipada. Habiendo reconocido estas características de exigencia, el terapeuta familiar debería responder de manera que no se encuentre limitado por las exigencias del mensaje, sino que pudiera encuadrar el mensaje como algo totalmente diferente.

Por ejemplo, los padres rígidos se comunican frecuentemente de modos que implican que su amor hacia los otros es condicional, dependiendo de si los miem-

bros de la familia siguen sus exigentes reglas. Este estilo no es nada atractivo para la mayoría de la gente, y realmente desafían los valores de aquellos que creen en los procesos más democráticos y expresivos de la terapia familiar. Retar al padre en este estilo es invitar a la competición y al rechazo; una reacción menos dependiente sería decir, «tiene que ser difícil ser responsable de todos los miembros de la familia». La idea es que el responder de esta forma no es sólo una liberación selectiva de la exigencia de enfadarse y de ser desafiado o rechazado, sino que también comunica una comprensión afectiva del padre, mientras que al mismo tiempo crea una interpretación diferente del estilo del padre para otros miembros de la familia. Al hacer esto, los terapeutas familiares no están siendo controlados por las características de exigencia de los mensajes de los demás, y están modelando también patrones de respuesta que provoquen resultados diferentes a la competición y al contradesafío.

A este respecto, los terapeutas familiares no pueden darse el lujo de responder a los miembros de la familia como lo hace la mayoría de la gente. Por el contrario, a un nivel de relación terapeuta-miembro de la familia, los terapeutas familiares tienen que reconocer primero la exigencia afectiva incluida en un mensaje, que descodifican cuando experimentan la reacción emocional típica. Lo que diferencia el papel de la terapia de otros tipos de influencia es que el terapeuta tiene que generar el modo como se supone que debe responder y hacer algo distinto. No se trata de palabrería, porque los terapeutas familiares, al igual que los demás, son vulnerables a las exigencias emocionales que se transmiten con el lenguaje. Una característica distintiva de la psicoterapia consiste en poder escoger una respuesta atípica ante estas exigencias emocionales, lo que requiere no sólo una capacidad para desarrollar una respuesta atípica, sino también para controlar las propias respuestas afectivas ante los pacientes.

VI.3. *La codificación de los problemas en la fase de Terapia e inducción*

En la fase de Terapia e inducción, la descodificación de los problemas consiste normalmente en controlar la respuesta del terapeuta ante el estilo de la familia, mientras que la codificación de los problemas implica el facilitar los procesos que crean el cambio en las percepciones de los miembros de la familia sobre sí mismos y los otros miembros. Así, la codificación de los problemas representa los componentes “de ataque” del equipo de los terapeutas de familia.

En la fase de Terapia e inducción, el terapeuta familiar trata de motivar a los miembros de la familia para que se comporten de forma diferente. En primer lugar, el terapeuta tiene que trabajar en torno a las resistencias de los miembros de la familia. En segundo lugar, el terapeuta familiar tiene que comunicar con eficacia mensajes que permitan a los miembros de la familia modificar sus percepciones de los otros miembros, lo que a su vez llevará a cambios en sus reacciones afectivas ante éstos. Dichos cambios en las reacciones afectivas deberían modificar sus motivaciones, de modo que se comportasen hacia los otros miembros de formas constructivas y dando apoyo, lo que, a su vez, tendría que mejorar las sensaciones personales de control y afecto positivo, al mismo tiempo que confirman las percepciones de los otros miembros de la familia de un apoyo a los propios intereses.

Para crear estas percepciones positivas, el terapeuta familiar tiene que identificar, en primer lugar, las muchas capas de interconexión dentro, y entre los miembros, de la familia. Una prioridad es que los individuos entiendan los microprocesos por los que atribuyen la propia conducta o la de los demás a ciertos tipos de afecto, que a su vez están asociados con diferentes potenciales de comportamiento. Más poderosos aun son los marcos del terapeuta que muestran a la gente cómo la percepción que tiene la persona A de las intenciones de la persona B conduce a cierto tipo de afecto que, a su vez, lleva a ciertas formas de comportamiento. La mayoría de la gente no tiene la perspectiva o las dimensiones para comprender la interrelación entre sus pensamientos, sentimientos y conductas; y mucho menos que sus pensamientos, sentimientos o conductas estén entremezclados con las experiencias de los demás.

Es raro el caso en el que la gente expresa formas específicas de su experiencia emocional a los otros miembros. Es más habitual el caso en que algún tipo protector o controlador de afecto (p. ej., ira) se expresa para ocultar una vulnerabilidad (p. ej., el temor a que el otro abandone la relación). Al establecer patrones de interconexión, los terapeutas familiares se distinguen por su interpretación o identificación de cómo covarían las emociones junto con las percepciones y la conducta de los miembros de la familia.

Reencuadrar o reetiquetar es el proceso de crear una estructura atribucional que sea diferente a los tipos de atribuciones-rasgo que los miembros de la familia insinúan o describen en relación con sus problemas. Por consiguiente, la esencia de reencuadrar y reetiquetar consiste en formar puntos de vista de las situaciones que sean positivos, provocando así más emociones positivas que, a su vez, superarán la resistencia a comportarse más eficazmente. El construir con habilidad un nuevo marco o una nueva etiqueta conlleva los componentes de ser interpersonal o situacional, en cuanto opuesto a disposicional o atribucional; el reencuadrar enfatiza una interpretación que afirma que el comportamiento estaba motivado por intenciones positivas, coloca juntos a dos o más miembros de la familia y enfatiza los elementos positivos de motivación, en vez de los elementos más volátiles de habilidad (Weiner, 1993).

Por lo tanto, los retos a la codificación por parte de los terapeutas de familia en la fase de Terapia e inducción consisten en crear atribuciones que sean diferentes a las que tienen los miembros de la familia y presentarlas de formas creíbles. El terapeuta tiene que conseguir primero la atención de la familia y el suficiente control de la sesión para ofrecer atribuciones más positivas. El terapeuta no puede implicarse en las características de exigencia del afecto incluido en los mensajes de los miembros de la familia, sino que tiene que reconocer que sus propios sentimientos y el contenido incongruente del canal, como quejas, acusaciones, críticas o culpas, están impulsados interpersonalmente; qué tienen motivación neutra, si no positiva; y que ofrecen la sensación de ánimo u optimismo, ya que el descubrir un medio más eficiente de llevar los asuntos familiares apoyará estas percepciones y sentimientos más positivos.

VI.4. *La estrategia pública en la fase de Terapia e inducción*

El cambiar percepciones o atribuciones se describe a menudo en los libros de texto o en los manuales de entrenamiento como una experiencia “¡aha!” o “¡eureka!”. Es

decir, la implicación de algunas narraciones de la terapia es que si se dice exactamente lo correcto, todos los miembros de la familia lo entenderán y tendrá lugar un profundo cambio atribucional, emocional y conductual en todos ellos. En nuestra experiencia, es más frecuente que un compromiso por parte del terapeuta familiar a enviar de forma consistente los mismos tipos de mensajes positivos, libres de culpa, empiece a moldear el pensamiento de todos los miembros de la familia y permita que éstos recojan un marcado descrédito sobre el pensamiento negativo, equilibrado con suficiente pensamiento positivo para apoyar un optimismo escéptico. Además, las evidencias con respecto a las atribuciones muestran que en una mezcla de atribuciones positivas y negativas, una o dos atribuciones negativas cambien las percepciones en una dirección negativa, incluso si hay más atribuciones positivas en el haber perceptivo (Compas, Friedland-Bandes, Bastien y Adelman, 1981).

Tomadas en conjunto, la potencia de estas implicaciones yace en que los terapeutas familiares tienen que ser consistentemente positivos en su tono. Por consiguiente, los terapeutas de familia deben asegurarse de que sus interpretaciones evocan interpretaciones que incluyan a todos los miembros de la familia en percepciones, conductas y sentimientos interconectados. Nuestra cultura está sesgada fuertemente en la dirección de que los individuos sean responsables de lo que hacen, de modo que los terapeutas familiares tienen que trabajar en contra de este sesgo cultural aprovechando cada oportunidad de que dispongan para mostrar a los miembros de la familia que sus pensamientos, sentimientos y conductas están interconectados. En cuanto a los psicoterapeutas, parte de lo que va a ser persuasivo sobre este punto de vista para los miembros de la familia es el grado en que se señale que están interconectados de forma fiable y consistente (Berg-Cross, 1988).

Como se ha señalado anteriormente, los miembros de la familia tienen que rebajar las implicaciones con respecto a la responsabilidad y a la destreza del comportamiento de cada miembro de la familia, y tienen que caracterizar a uno de ellos como si intentara hacer lo correcto, pero que fue frustrado por algún obstáculo colocado por el ambiente interpersonal —con lo que nadie tiene la culpa. Por implicación y por el mensaje directo, el terapeuta familiar señala las muchas formas en que las intenciones de los miembros de la familia eran buenas, aunque su puesta en práctica puede haber sido errónea o incomprendida.

Los terapeutas familiares deberían reforzar rápidamente los cambios en las percepciones de los miembros de la familia, o aquellas ocasiones en las que expresan algo positivo sobre otro miembro. Parece claro que las relaciones deterioradas se caracterizan por la atención selectiva hacia los acontecimientos negativos, ignorando los positivos (Alexander, 1973; Fincham y O'Leary, 1983; Jacobson, McDonald, Follette y Berley, 1985), lo que, a su vez, conduce a una escalada del conflicto en la relación (Doherty, 1981; Gottman, 1979; Peterson, 1983; Sillar, 1985). Es posible que los terapeutas familiares necesiten preparar a los miembros de la familia para que atiendan mejor a aquellas conductas que deberían reforzarse.

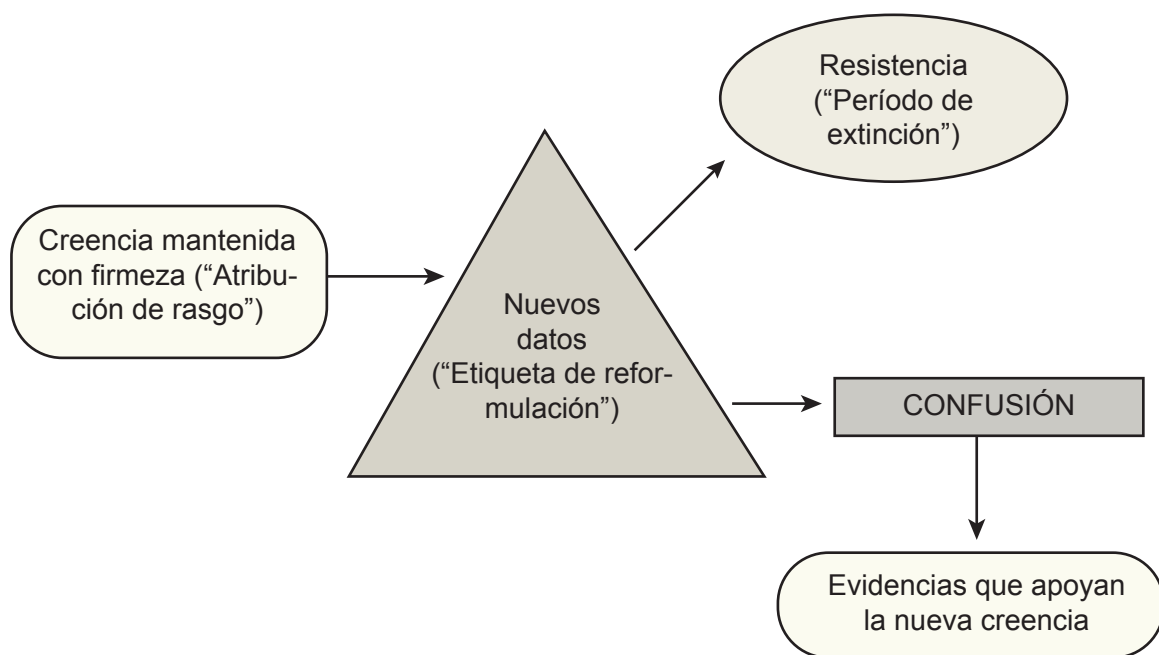
A nivel público, los objetivos del terapeuta familiar en la fase de Terapia e inducción consisten en describir y reforzar selectivamente aquellas interconexiones de las percepciones, el afecto y la conducta, entre los miembros de la familia, que conduzcan al afecto positivo y a una probable motivación a comportarse más eficazmente. Los terapeutas tienen que ser continuamente positivos en sus verbalizaciones, reconociendo

do que los miembros de la familia pueden necesitar muchas nuevas metáforas o evidencias para superar su resistencia al riesgo emocional o al cambio conductual.

VI.5. *La estrategia privada en la fase de Terapia, e inducción*

Privadamente, los terapeutas de familia tendrán diferentes objetivos. Consistente con la “teoría de la disonancia cognitiva”, se ha dicho a los terapeutas familiares que empiezan que han logrado algo significativo cuando una familia está confusa al comienzo del curso de la intervención. Por supuesto, la premisa es que cuando los miembros de la familia ya no están seguros sobre sus modelos de rasgo y sus atribuciones culpabilizantes, entonces se están volviendo más vulnerables a las percepciones alternativas de su experiencia (véase figura 19.1).

FIGURA 19.1. *Un modelo de disonancia cognitiva sobre la reformulación*



El metamodelo es que los miembros de la familia, inicialmente, están confusos o tienen disonancia, y luego deben explorar nueva información que apoye las creencias contradictorias. Existe un conflicto entre sus antiguas percepciones culpabilizantes y las nuevas atribuciones interpersonales positivas del terapeuta familiar. Si el terapeuta puede entonces reinterpretar la antigua información y reforzar selectivamente la nueva de forma consistente, entonces los miembros de la familia deberían tener la experiencia de mantener nuevas y frágiles atribuciones positivas, interpersonales, no culpabilizantes y motivantes. Como se describirá más adelante (fase de Tratamiento y educación), el centro de atención de la intervención se convierte en “encajar” las conductas con las funciones evaluadas y las metáforas (p. ej., reen-

cuadros) utilizadas en la fase de terapia e inducción, y estos cambios conductuales deberían proporcionar más evidencias de conseguir (y mantener) atribuciones más constructivas.

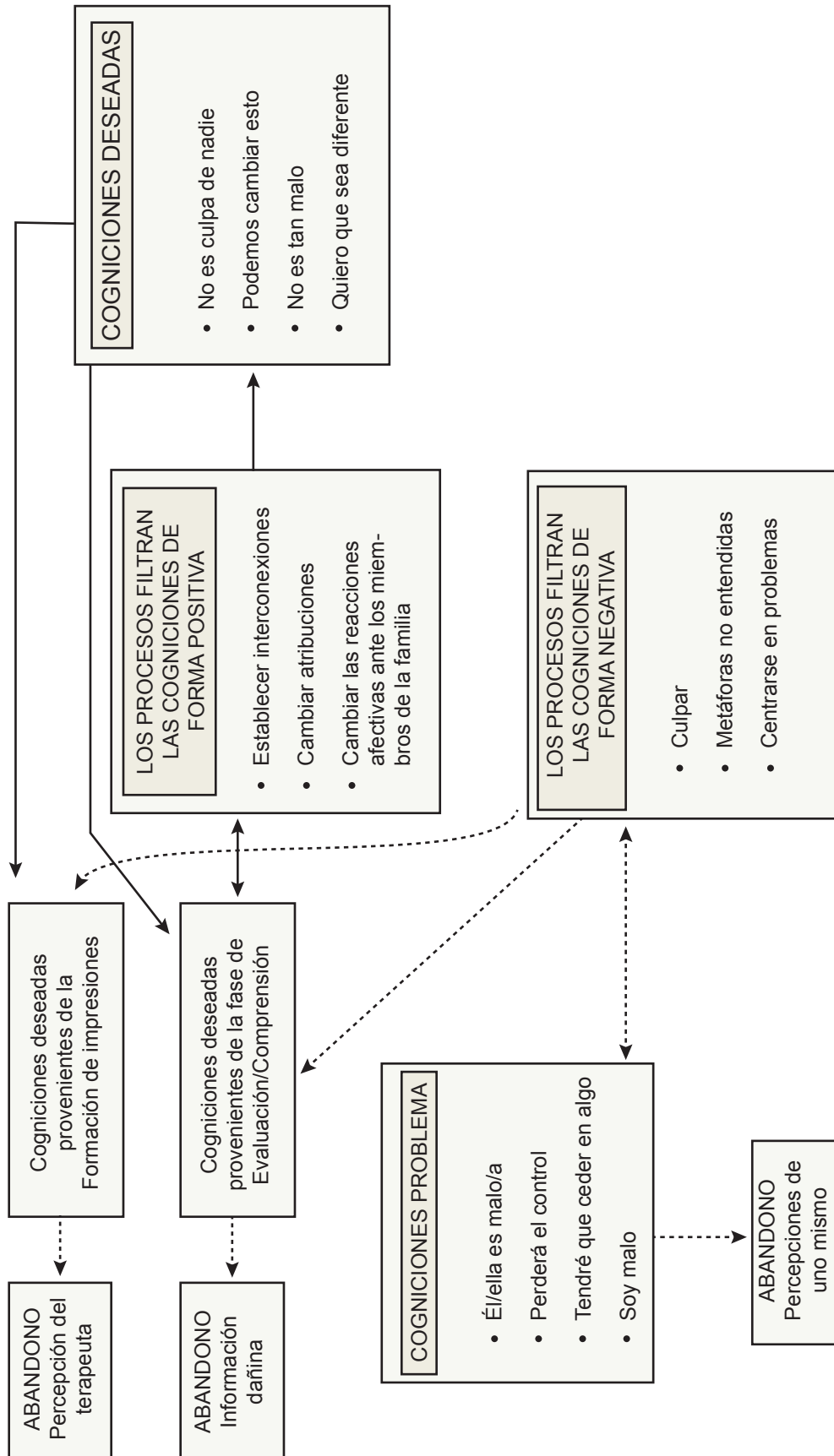
Una suposición clave es que el terapeuta tiene que centrarse selectivamente en construir atribuciones que encajen mejor con las exigencias afectivas implicadas en las fuentes de resistencia y en las funciones de los miembros de la familia. La sensibilidad del terapeuta familiar ante esas emociones tiene que emparejarse con su habilidad para encuadrar, con creatividad, la conducta existente dentro de una estructura atribucional que encaje con la evidencia de intenciones y motivos positivos, y no culpe a nadie de poca destreza o pobre actuación. La resistencia a cambiar, mantenida por experiencias emocionales negativas, puede entonces superarse y las familias deberían ser receptivas a comportarse de forma diferente.

VI.6. *Resumen de las dimensiones cognitivas de la fase de Terapia e inducción*

Como aspectos dinámicos, los componentes cognitivos de la intervención son más importantes inicialmente en el proceso de cambio. El modelo de terapia familiar funcional supone que los estereotipos, o las representaciones cognitivas de los terapeutas y el proceso de terapia, serán elementos importantes para definir la relación inicial con el terapeuta, y la primera motivación para participar en terapia. El papel de las cogniciones en la fase de evaluación corre parejo a los procesos por los que la gente explica la conducta propia y la de los demás y, desde la perspectiva de los terapeutas familiares, probablemente tengan poco que ver con la dinámica actual de las relaciones familiares. Sin embargo, en esta fase de terapia, el terapeuta tiene que crear un proceso que cambie las percepciones de los miembros de la familia hacia las relaciones, mientras que, al mismo tiempo, mantiene la percepción de que él puede percibir claramente los problemas de los miembros de la familia. Una vez que el terapeuta familiar ha desarrollado una base para ir más allá del oponerse reflexivamente a las quejas de los miembros de la familia hasta formar hipótesis sobre los importantes ingredientes emocionales de las experiencias de dichos miembros, el terapeuta familiar pasa a crear cambios modificando el contenido cognitivo de las atribuciones de los miembros de la familia: cambiando las dimensiones de las atribuciones que conllevan afecto negativo a afecto positivo, modificando el marco desde egocéntrico o “culpabilizante de otras personas” a contingente a las relaciones, y aumentando la motivación para comportarse de forma diferente.

El terapeuta familiar tiene que dirigir este proceso mientras esquivo las exigencias de los estilos de los miembros de la familia que podrían implicar al terapeuta en el afecto contraproducente. Éste debería suponer también que los miembros de la familia están resistiendo al cambio con algún estilo o marco que está protegiendo algún elemento de su experiencia. Los terapeutas familiares tienen que comportarse de modo que no aumenten o desafíen directamente procesos que son contraproducentes (como obligar a los miembros de la familia a que proporcionen evidencias y anécdotas de por qué un miembro es realmente malo).

FIGURA 19.2. Representación gráfica de la fase de Terapia/Inducción



Una explicación de base cognitiva para la eficacia de las terapias familiares sería que el terapeuta familiar realiza tanto la función de cambiar la familia como la de implicarla en una relación constructiva por medio de continuas dosis de atribuciones positivas que interconectan a los miembros de la familia. Con respecto a la secuencia de los pasos dentro del MAI, la premisa es que la familia emprenderá incluso nuevas cosas hasta que el terapeuta haya establecido una buena relación con la familia, y la mejor forma de realizar esto es estar terapéuticamente no implicado. El siguiente paso importante en el cambio de una familia es cuando sus miembros comienzan a aceptar la estructura atribucional más benigna del terapeuta familiar para sus experiencias. Cuando los miembros de la familia han recreado el afecto positivo entre ellos y tienen un conocimiento más constructivo y prudente de la dinámica de sus relaciones, entonces es más probable que respalden rápidamente modos diferentes de comportarse hacia los otros miembros (véase la figura 19.2 para una representación gráfica de esta fase).

VII. LA FASE DE TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN

En la fase de Tratamiento y educación, el trabajo del terapeuta familiar cambia para “encajar” la conducta en la dinámica de la familia, y dicho terapeuta puede suponer que ocurran errores o equivocaciones a la hora de llevarlo a cabo debido a problemas de descodificación/codificación, más que deberse a una dinámica subyacente. Aunque no es menos importante que las etapas anteriores de intervención, en el momento del Tratamiento y educación los miembros de la familia confían generalmente en la motivación y las habilidades del terapeuta, y están deseosos de comportarse de maneras que apoyen su estructura motivacional más positiva.

Las nuevas atribuciones y cogniciones de los miembros de la familia son relativamente frágiles y tienen que apoyarse en los cambios de conducta que son consistentes con ellas. Por consiguiente, la tarea de los terapeutas familiares es animar a los miembros de la familia a llevar a cabo aquellas conductas que sean útiles para las funciones de su dinámica interpersonal y, al mismo tiempo, que sea consistente con el nuevo y terapéutico marco atribucional.

VII.1. *Las expectativas de eficacia en la fase de Tratamiento y educación*

El “modelo de autoeficacia” de Albert Bandura (Bandura, 1977) ha resaltado los elementos cognitivos de los esfuerzos del cambio de conducta. Señala que una conceptualización apropiada para cualquier modelo de cambio de conducta es la distinción entre una expectativa de los resultados y una expectativa de eficacia. En una *expectativa de los resultados*, un paciente evalúa la probabilidad de que un cambio de conducta determinado produzca el resultado deseado. Por ejemplo, los miembros de la familia podrían preguntarse cómo el reservar media hora para una charla sobre las formas de pasar tiempo juntos podría disminuir los síntomas de delincuencia o los problemas maritales. Las *expectativas de eficacia* abordan la cuestión de si un determinado individuo se percibe a sí mismo capaz de llevar a cabo una conducta con-

creta, incluso aunque conlleve una elevada expectativa de los resultados. Por ejemplo, una familia podría darse cuenta de que las familias “deberían comunicarse mejor”, pero tener poca confianza en que sean capaces de hacerlo. La situación se complica aún más al reconocer que los miembros de la familia pueden tener intereses de eficacia con respecto a ellos mismos o a otros miembros de la familia.

Para resumir globalmente, la revisión que Bandura hace de la literatura sobre la psicoterapia le lleva a concluir que cuanto más directa es la experiencia de realizar la conducta, mayor es la *eficacia* del paciente. Por consiguiente, la formulación de Bandura proporciona una explicación cognitivo-conductual para lo que durante mucho tiempo ha sido el énfasis de la terapia familiar en la práctica de nuevas conductas dentro de las sesiones (Alexander y Barton, 1995; Gurman, Kniskern y Pinsof, 1986).

En la fase de Tratamiento y educación, el terapeuta familiar intenta conseguir que los miembros de la familia lleven a cabo nuevas conductas. En la medida en que la familia y el terapeuta hayan terminado satisfactoriamente la fase de Terapia e inducción, los miembros de la familia no deberían experimentar ninguna dinámica emocional o de relación que impida que adquieran y lleven a cabo un nuevo comportamiento. Por el contrario, los terapeutas familiares pueden suponer que la transición de la fase de Tratamiento y educación no requiere la manipulación de los pensamientos y sentimientos de los miembros de la familia, sino la presentación clara de la información.

VII.2. *Las cogniciones problema en la fase de Tratamiento y educación*

Cognición problema: «Esto no funcionará»

Este tipo de afirmación refleja la falta de confianza de los miembros de la familia con respecto a que una intervención determinada produzca el resultado que ellos desean (*expectativa de los resultados*). Los terapeutas familiares tienen que reconocer que los miembros de la familia necesitarán experimentar cómo puede beneficiarles el cambio de conducta (siendo la persuasión menos eficaz que el llevar a cabo realmente la conducta en la sesión) y cómo obtener los beneficios afectivos y atribucionales en el proceso señalado por el terapeuta de familia.

Cognición problema: «Yo/él/ella no puedo/e hacer eso»

Expresiones como ésta reflejan los sentimientos de los miembros de la familia de que son incapaces de llevar a cabo la conducta (*expectativa de eficacia*). Esta clase de limitación puede superarse habitualmente utilizando procesos como los del reforzamiento por aproximaciones sucesivas o el modelado de nueva conducta, junto con palabras tranquilizadoras de que el comportamiento nuevo siempre se siente torpe: llevar a cabo una nueva conducta normalmente requiere recordar una secuencia de pasos, con torpeza; y la persona está tan centrada en sus propias aprensiones que se olvida frecuentemente del hecho de que nadie más le está juzgando con dureza, y puede que incluso no se dé cuenta del esfuerzo. De nuevo, puede que los terapeutas familiares necesiten proporcionar estas palabras tranquilizadoras a la gente durante el proceso del aprendizaje de la nueva conducta.

Cognición problema: «Esto no es justo»

Gran parte de la tecnología del cambio de comportamiento en la terapia familiar se parece a la terapia de conducta tradicional, que es considerada por mucha gente como una “economía” del intercambio de esfuerzos por recompensas de algún tipo. Por lo tanto, la gente puede crear complejas configuraciones de lo que consideran *equitativo*: la relación entre las percepciones de una persona sobre los esfuerzos realizados asociados a la experiencia que tiene de las recompensas otorgadas por los demás (“Walster, Walster y Berscheid, 1978). Los terapeutas familiares deberían reconocer que no sólo se encuentran las cualidades apetitivas del reforzador ante los ojos del espectador, sino que la gente compara su tasa de refuerzo con respecto a sus expectativas. Estas expectativas de refuerzo dependerán de dimensiones como el estatus percibido o la motivación de la otra persona. Cuando los terapeutas familiares ayudan a las familias a afinar sus negociaciones durante el entrenamiento en comunicación o el contrato conductual, un proceso final que se está incluyendo es ayudar a los miembros de la familia a llegar a sus percepciones de *equidad*. La percepción de equidad será importante para mantener el intercambio de refuerzos, así como la pos-tenor experiencia de afecto positivo.

En general, las cogniciones problema asociadas con la fase de Tratamiento y educación están relacionadas con los obstáculos para adquirir o llevar a cabo una nueva conducta, y no se supone que sean impulsadas por la dinámica de la resistencia terapéutica o la homeostasis del sistema familiar. Sin embargo, una de las implicaciones del MAI es que si los miembros de la familia continúan teniendo dificultades a la hora de poner en práctica nuevas conductas, los terapeutas deberían sospechar que la nueva conducta probablemente sea inconsistente con la fase de Evaluación y comprensión. El terapeuta tiene que volver a visitar las actividades de esta fase para asegurarse de que la nueva conducta es un emparejamiento oportuno con las propiedades de la familia. Por ejemplo, una madre que se burla constantemente o interfiere con las negociaciones entre un padre y un hijo puede estar sintiéndose “excluida” de la familia. Por el contrario, la primera hipótesis de un terapeuta familiar sobre el rechazo de un miembro de la familia a, incluso, intentar una nueva conducta, o la incapacidad continua de un miembro de la familia para comprender la mecánica de un nuevo comportamiento, y con seguridad el sentir resentimiento, serán las señales de que el terapeuta familiar probablemente tenga que realizar algún trabajo retribucional o de reencuadre con ese miembro.

La secuencia de las fases del MAI plantea que si un terapeuta ha terminado con éxito la fase de Terapia e inducción, entonces las dificultades aparentes de los miembros de la familia para llevar a cabo nuevas conductas se encuentran probablemente relacionadas con las *expectativas de los resultados y de eficacia*. Si estas dificultades se convirtiesen en obstáculos o pareciesen contribuir al debilitamiento de las relaciones entre el terapeuta y la familia o entre los miembros de la familia, entonces el terapeuta familiar debería volver a las funciones de la Evaluación y comprensión y de la Terapia e inducción.

VII.3. *La descodificación de las cogniciones problema en la fase de Tratamiento y educación*

La descodificación de los problemas en la fase de Tratamiento y educación yace en comprender los obstáculos para que los miembros de la familia lleven a cabo nuevas conductas. Normalmente, los terapeutas que están siendo eficaces en la estructuración de las nuevas experiencias de la familia se encontrarán únicamente proporcionando información sobre lo que los miembros de la familia deberían hacer después, y creando caminos para que dichos miembros lleven a cabo la nueva conducta. La distinción de Bandura (1977) entre *adquirir* y *llevar a cabo* la nueva conducta es útil: las cuestiones de *adquisición* se refieren a la capacidad de una persona para incorporar una nueva conducta a su repertorio, mientras que las cuestiones de *llevar a cabo* la misma se refieren a si un ambiente interpersonal está apoyando la expresión de dicha conducta. Por consiguiente, los terapeutas de familia tienen que realizar una evaluación sobre cuáles son los obstáculos para aprender a llevar a cabo nuevas conductas y proponer estrategias educativas y de comunicación para hacer posible el cambio de conducta.

El terapeuta familiar debería animar a la familia para que llevase a cabo las nuevas conductas. El observar este proceso mostrará al terapeuta familiar qué problemas podría estar teniendo la familia, así como el modo de mejorar la eficacia de los miembros de la misma para la nueva forma de comportarse. Los elementos de dificultad del proceso proporcionarán al terapeuta familiar oportunidades en vivo para comprender qué información adicional necesitan los miembros de la familia. Este proceso debería revelar al terapeuta diferencias entre las motivaciones y la retroalimentación sobre la actuación.

VII.4. *La codificación de las cogniciones problema en la fase de Tratamiento y educación*

La investigación sugiere que el terapeuta debería codificar la dirección que deben tomar las familias, durante la fase de Tratamiento y educación (Alexander, Barton, Schiavo y Parsons, 1976). Los terapeutas deberían tener la habilidad de ser directivos, es decir, ser capaces de dirigir la conducta de los miembros de la familia con instrucciones, incitaciones, etc. El terapeuta familiar debería expresar estas instrucciones con un aura de confianza en sí mismo, mejorando la sensación de los miembros de la familia (*expectativas de los resultados*) de que las nuevas formas de comportarse les beneficiarán. La comunicación del terapeuta a los miembros de la familia tiene que ser clara, de modo que puedan comprender qué necesitan hacer así como lo bien que lo están haciendo. Finalmente, las charlas del terapeuta familiar a la familia tienen que tener una organización y una estructura claras, optimizando la capacidad de sus miembros para que se centren en lo que deberían hacer y cuándo lo deberían hacer.

Insistiendo de nuevo, una vez que están ausentes los problemas de resistencia abordados en etapas anteriores de la intervención, la codificación del terapeuta familiar en la fase de Tratamiento y educación es una combinación de habilidades de

buen vendedor y buen profesor. Las comunicaciones de los terapeutas de familia sobre lo que deberían hacer los miembros de la familia tienen que ser presentaciones muy activas de información claramente organizada, ofrecidas a un ritmo que permita a dichos miembros practicar la nueva conducta y recibir retroalimentación.

VII.5. *La estrategia pública en la fase de Tratamiento y educación*

Los objetivos públicos de la fase de Tratamiento y educación son el hacer explícitos aquellos elementos del cambio de conducta que son consistentes con los procesos del refuerzo positivo y el construir un ambiente interpersonal de apoyo. Las actividades del terapeuta familiar modelan procesos tales como pedir claridad, proporcionar ánimos, estimular el llevar a cabo la conducta, y otros indicadores de procesos de grupo con eficacia interpersonal (Alexander *et al.*, 1983; Alexander y Parsons, 1982). Al mismo tiempo, el terapeuta fomenta la puesta en práctica, por uno mismo, de nuevas formas de comportarse, reforzando las aproximaciones sucesivas a la(s) conducta(s) objetivo(s) (Fleischman, Home y Arthur, 1983).

Al mismo tiempo que el terapeuta familiar estimula la actuación conductual, el proceso de estimulación, reforzamiento y ofrecimiento de retroalimentación meta-comunica eficacia a los miembros de la familia. Además, tienen la experiencia directa de la actuación. El terapeuta familiar aumentará las expectativas de resultados deseables cuando señale a los miembros de la familia las atribuciones y experiencias afectivas positivas que provienen de intentar nuevas formas de relacionarse con los otros miembros.

VII.6. *La estrategia privada en la fase de Tratamiento y educación*

Los objetivos privados de la fase de Tratamiento y educación consisten en vigilar si el que los miembros de la familia lleven a cabo las conductas sugiere que no necesitan volverse a visitar las fases de Evaluación y comprensión o la de Terapia e inducción. Los terapeutas familiares tienen que evaluar la incapacidad de los miembros de la familia para llevar a cabo el nuevo cambio de conducta y juzgar si hay resistencia que requiere de inducciones terapéuticas adicionales, o si el llevar a cabo la nueva conducta es compatible con la dinámica de la relación familiar.

Conforme los terapeutas dan retroalimentación a los miembros de la familia sobre su desempeño en la tarea, aparte de la atención básica a la retroalimentación sobre la actuación, los terapeutas estarán señalando cómo esta actuación apoya las atribuciones (y el afecto) positivos creados por las intervenciones de la fase de Terapia e inducción. De igual manera, los terapeutas familiares tranquilizarán a los miembros de la familia de que la puesta en práctica de las nuevas conductas hará que se cumplan sus funciones interpersonales —tal como se ha descubierto en la fase de Evaluación y comprensión.

VII.7. *Resumen de la fase de Tratamiento y educación*

Resumiendo, los elementos cognitivos de la fase de Tratamiento e inducción son menos encubiertos que en las fases anteriores de la intervención. Los terapeutas familiares pueden asumir (cuando se alcanza esta etapa con éxito) que los miembros de la familia no están resistiéndose activamente al terapeuta y pueden suponer que la dinámica de las relaciones familiares está preparada para apoyar el cambio de conducta. Si los miembros de la familia plantean obstáculos al cambio que van más allá de los problemas típicos asociados con aprender algo nuevo, entonces el terapeuta familiar tiene dos caminos para volver a etapas anteriores de la intervención —la Evaluación y comprensión o la Terapia e inducción.

VIII. LA FASE DE GENERALIZACIÓN Y TERMINACIÓN

En términos globales, la fase de Generalización y terminación ocurre cuando la familia y el terapeuta familiar deciden de mutuo acuerdo terminar con los servicios que se están prestando (Alexander, Barton, Waldron y Mas, 1983). Normalmente, esta decisión se toma porque el terapeuta y la familia están de acuerdo en que ésta ha logrado algunos objetivos clínicos. Además de haber alcanzado algunos criterios clínicos de éxito, el terapeuta familiar juzga si la familia será capaz de mantener los beneficios conseguidos en el proceso de terapia.

Tenemos que señalar una cuestión sobre los elementos finales convencionales del proceso de terapia. Los profesionales de la salud mental están acostumbrados a pensar que sus servicios están bastante bien delimitados. Algunas de estas delimitaciones resaltan los momentos finales de la intervención, o sirven como marcadores para cuando el trabajo del terapeuta ha finalizado. La mayoría de los problemas con los que tratan los terapeutas tienen el objetivo de prescribir una dosis bastante bien establecida (como en un grupo de apoyo con un currículo programado), o que depende de la evaluación subjetiva por parte del paciente de que no necesita el servicio (como en alguien que soluciona la ambivalencia de permanecer en una relación), o que alcanza algún objetivo clínico bien definido (un agorafóbico es capaz de ir de compras y se siente cómodo fuera de casa). En estas circunstancias, tanto el proveedor como el consumidor tienen algunos marcadores potenciales que señalan cuándo y sobre qué bases considerar la terminación de los servicios.

Además de decidir cuándo es apropiado terminar el tratamiento, los terapeutas familiares tienen que evaluar la propia confianza y la del paciente de que éste puede mantener los beneficios terapéuticos después de terminada la intervención. Esta evaluación tiene que ver si es probable que el ambiente de los miembros de la familia apoye los tipos de cambio inculcados en dichos miembros. Por ejemplo, algunos cónyuges pueden sentirse amenazados o descontentos con los cambios en asertividad del otro miembro de la pareja que ha sido tratado individualmente. O bien, los miembros en una comunidad rehuirán a una persona que haya sido hospitalizada con un episodio psicótico. El considerar estas cuestiones significa que el terapeuta tiene que anticipar la “ecología” del paciente y determinar si está preparado para las

fuentes de resistencia (o la ausencia de apoyo) a las ganancias terapéuticas que podrían imponerse en el ambiente natural de los miembros de la familia.

Algunos tipos de conducta ofrecen repercusiones o sanciones más graves en caso de recaída que otros. Por ejemplo, los pacientes que han sido tratados por problemas de violencia o de abuso sexual contra otros constituyen un gran riesgo, no sólo para sí mismos, sino para los demás, en el caso de que el paciente tenga incluso una única manifestación conocida de dicho problema. El terapeuta familiar tiene que considerar las consecuencias de la recaída para el individuo así como para la comunidad de la que forma parte.

Las decisiones sobre la terminación de los servicios son importantes y merecedoras de una considerable atención importantes por parte de los terapeutas familiares. Tanto el terapeuta como las familias tienen que evaluar el progreso del proceso de tratamiento y, entonces, hacer las predicciones sobre el curso futuro de los acontecimientos.

VIII.1. *Cogniciones problema en la fase de Generalización y terminación*

En general, los problemas cognitivos en la fase de Generalización y terminación se producen porque los miembros de la familia atribuyen la responsabilidad del cambio de forma inapropiada; porque carecen de conocimientos sobre el cambio; o porque podrían mostrar aún pequeños vestigios de resistencia.

Cognición problema: «Le debemos todo al terapeuta»

Los miembros de la familia que tengan esta creencia no tendrán una sensación de eficacia para ser capaces de resolver sus propios problemas. Tanto en cuanto los miembros de la familia crean que el terapeuta es el responsable, no será posible reconocer desarrollos positivos en su propio afecto o en sus percepciones con respecto a otros miembros de la familia o con respecto a sí mismos. De este modo, cuando el terapeuta ya no esté presente, es probable que la familia retorne a sus atribuciones, afecto e interacciones características. Los terapeutas familiares tienen que vigilar las atribuciones de los miembros de la familia para determinar si se perciben, de forma apropiada, a sí mismos como el origen de la motivación y de los recursos para el cambio positivo, al igual que como la fuente del afecto positivo.

Los miembros de la familia deberían terminar la terapia familiar con una sensación de que ellos han sido los responsables, en gran medida, de muchas de sus ganancias. Si las familias terminasen con la sensación de que todos los cambios positivos fueron el resultado de la fortaleza del profesional, sería de esperar que les llevase a mantener algún tipo de dependencia emocional y práctica con respecto a éste, y estarían enfrentados a sus necesidades de solucionar con confianza los problemas al final de los servicios.

Cognición problema: «Los pequeños fracasos significan que nuestras ganancias se han desvanecido»

En personas con problemas, los elementos negativos de su experiencia se generalizan de forma inapropiada a situaciones en las que no se aplican (Beck, 1972; Le-

winshon, 1974; Seligman, 1975). Hay que animar a los miembros de la familia para que piensen en tropiezos y contrariedades como molestias del desarrollo asociadas con el cambio, en vez de considerarlos como indicadores de que todo se ha perdido. Los terapeutas de familia tienen que considerar el impacto sobre el paciente en el caso de que tenga el pensamiento ingenuo de que la terminación del tratamiento significa que no experimentará ningún problema en el futuro. Para la mayoría de los modelos de intervención, el cambio positivo no es lo mismo que una reorganización importante de la personalidad. Los pacientes probablemente deberían darse cuenta de que muchas de sus tendencias de estilo, contratiempos diarios y tentaciones serán lo mismo que antes. Para la mayoría de la gente, es probable también que el proceso de cambio haya sido muy corto comparado con el mayor ámbito e historia de sus vidas. De la misma manera que no sería terapéutico para un paciente el ser pesimista sobre las oportunidades del mantenimiento de los cambios positivos, o el sentirse ansioso y culpable sobre el fracaso, las familias probablemente deberían darse cuenta que las nuevas formas de pensar, comportarse y sentir requieren cierta atención y mantenimiento.

Cognición problema: «El/ella está cambiando solamente por la recompensa»

Este tipo de atribución puede tener lugar con las estrategias de intervención conductual. Los miembros de la familia pueden creer que los refuerzos tangibles son responsables de los cambios, o dicho de otra forma, el locus de control se atribuye a las circunstancias externas a la persona. Esta afirmación puede entrañar pesimismo sobre la posibilidad de mantenimiento, o peor aún, desacreditar la motivación de un individuo (reforzado) que está haciendo un gran esfuerzo para cambiar. Sucede también que si el programa de refuerzo es demasiado rico, un miembro de la familia puede llegar a creer que la razón de su conducta no es el aspecto no tangible del impacto de alguna relación positiva, o del aumento de la competencia, sino las propiedades beneficiosas de alguna medicina o la cualidad apetitiva de algún estímulo. Este fenómeno se conoce como el “efecto de la sobrejustificación” (Lepper y Greene, 1978). Si se recompensa a las personas por algo que les gustaría hacer por otras razones, tienen más dificultades para atribuir el valor positivo a sus propios recursos o carácter.

VIII.2. *La descodificación de las cogniciones problema en la fase de Generalización y terminación*

Al estar cerca del final del proceso de la terapia familiar, los miembros de la familia supuestamente serán francos sobre aspectos no terminados de la Terapia e inducción y del Tratamiento y educación. Esas quejas sobre los aspectos no acabados no plantean problemas al terapeuta. En general, los tipos de problemas de descodificación con los que se enfrenta el terapeuta en la fase de Generalización y terminación son el explorar predictores de problemas posteriores que tendrían un profundo impacto sobre los miembros de la familia, o el descodificar los reverses al tratamiento como indicadores de la dependencia del terapeuta familiar.

VIII.3. *La codificación de las cogniciones problema en la fase de Generalización y terminación*

El mayor reto a la codificación en la fase de Generalización y terminación entraña la identificación de obstáculos potenciales en el ecosistema y la anticipación de acontecimientos evolutivos que puedan influir en la familia y/o en los problemas de conducta de los jóvenes. Puesto que el objetivo de esta fase es mantener el cambio y facilitar la independencia, los terapeutas tienen que facilitar las percepciones de competencia de los miembros de la familia. Si las *expectativas de eficacia* de los miembros de la familia son superadas por las exigencias ambientales, es poco probable que mantengan alguna de las ganancias realizadas en el tratamiento. En este punto del tratamiento, las atribuciones de los miembros de la familia sobre los otros miembros se han modificado y han tenido la oportunidad de experimentar un comportamiento diferente. De este modo, los terapeutas tienen que prolongar estas ganancias desde el lugar de tratamiento al contexto de la vida real de la familia.

Es posible que los terapeutas tengan que volver a visitar y combatir las creencias de los miembros de la familia de que tienen poca influencia sobre las conductas de los demás miembros (o sobre lo que ocurre en su ambiente inmediato) durante esta fase. Una forma de facilitar estas creencias de *eficacia* es por medio de oportunidades de estructuración en el ambiente natural de la familia para que sus miembros experimenten el comportarse de forma diferente. Además, los terapeutas tienen que trabajar con estos miembros para identificar aspectos críticos que pueden influir negativamente sobre el funcionamiento de la familia y, en consecuencia, sobre las conductas de los jóvenes. Por ejemplo, la familia querrá conocer la estrategia para ayudar a un miembro a tratar con un hermano mayor que está terminado los estudios secundarios y está planificando asistir a una universidad fuera de la comunidad autónoma donde vive. O bien, la familia tendrá que anticipar la crisis que se va a provocar cuando se trasladen a vivir a otra casa de la ciudad.

VIII.4. *La estrategia pública en la fase de Generalización y terminación*

La mayor tarea pública de un terapeuta familiar durante la fase de Generalización y terminación consiste en facilitar la generalización de los cambios realizados durante el tratamiento al ambiente natural de la familia y al futuro. Los miembros de la familia tienen que experimentar no sólo una sensación de competencia al influir sobre los otros miembros, sino también alguna sensación de control en el contexto inmediato. Los terapeutas familiares reconocen abiertamente los cambios realizados por la familia en el tratamiento y trabajan con sus miembros para identificar otros. "aspectos sin terminar" a los que tienen que atender. Éste es un proceso conjunto. Los terapeutas tienen que permitir a los miembros de la familia identificar los obstáculos potenciales. Además, los terapeutas tienen que permitir a dichos miembros generar estrategias para tratar con cualquier obstáculo que identifiquen.

Las habilidades de los terapeutas en esta fase incluyen una combinación de habilidades de las otras fases. Los terapeutas tienen que responder a las dudas de los

miembros de la familia reencuadrándolas de tal forma que resalten sus expectativas de eficacia (Terapia e inducción). Los terapeutas tienen que utilizar también las habilidades directivas para ayudar a los miembros de la familia a generar nuevas estrategias para cambiar sus conductas. De este modo, puesto que el objetivo de esta fase consiste en consolidar los cambios realizados por los miembros de la familia y prolongarlos a su contexto y a las futuras interacciones, los terapeutas tienen que utilizar una variedad de habilidades que se ponen en práctica en respuesta a los complejos procesos que ocurren durante esta fase.

VIII.5. *La estrategia privada en la fase de Generalización y terminación*

Aunque la estrategia pública es la colaboración e identificación conjunta de los temas pertinentes y la solución de problemas, la estrategia privada del terapeuta de familia durante esta fase es la de descentralizarse a sí mismo de los procesos competentes de la familia. Así, antes de la terminación, el terapeuta tiene que evaluar el grado en que la familia funciona de forma adaptativa e independiente del terapeuta. Los terapeutas observan las interacciones familiares espontáneas para evaluar si la familia está llevando a cabo los cambios que consiguieron en las fases de Terapia e inducción y en la de Tratamiento y educación, en sus actividades actuales de solución de problemas.

Las familias pueden sufrir malestar proveniente de sus *creencias de baja eficacia* y los terapeutas pueden responder reencuadrando estas creencias, resaltando los cambios positivos o estructurando las oportunidades para prolongar dichos cambios a nuevos lugares. A primera vista, el objetivo de esas intervenciones es de colaboración y mejora de la relación, pero la filosofía del terapeuta es mantener los cambios terapéuticos mientras que se va retirando gradualmente del proceso familiar. Las familias pueden experimentar también malestar conforme van sintiendo este proceso de descentralización. Los terapeutas deben responder con sensibilidad a los temores de los miembros de la familia; sin embargo, tienen que darse cuenta claramente de la necesidad subyacente del sistema para mantener la homeostasis. El terapeuta no puede ser “succionado” por este proceso ni permitir que la familia se vuelva dependiente de él. Por el contrario, debería responder, de nuevo, de manera distinta a la forma en que los demás podrían responder a las mismas fuerzas del sistema. El terapeuta puede sentirse poco natural durante este proceso e incluso verse como si estuviera traicionando la confianza de la familia en él; pero si la familia no puede mantener los cambios sola, entonces se pierden las ganancias ocurridas durante el tratamiento.

VIII.6. *Resumen de la fase de Generalización y terminación*

Los principales intereses sobre las cogniciones en la fase de Generalización y terminación se refieren a las creencias de los miembros de la familia que minimizan los cambios positivos que han realizado en el tratamiento o que transmiten una expectativa de que no pueden manejar las cosas solos, fuera del contexto de tratamiento.

En cualquier caso, esas cogniciones sirven para socavar la capacidad de la familia para generalizar los cambios ocurridos en el tratamiento al contexto de la vida real. Los terapeutas tienen que trabajar para disipar estas expectativas erróneas, repasando los cambios que han realizado, proporcionando oportunidades para manifestar estos cambios en una serie de contextos, y anticipando futuros obstáculos a los que se puede enfrentar la familia.

El objetivo de la fase de Generalización y terminación es que la familia mantenga los cambios, independientemente del terapeuta, en una variedad de contextos. De esta forma, los terapeutas tienen que examinar el grado en que los miembros de la familia responden apropiadamente a los otros miembros conforme se enfrentan a nuevos retos, así como el grado en que responden adecuadamente frente a los retos ambientales. En todos los casos, los terapeutas intentan apartarse del proceso y evitar los intentos de la familia de incluirlos de nuevo en el sistema.

IX. CONCLUSIONES

El marco del MAI proporciona a los terapeutas un “mapa de carreteras” para negociar los complejos procesos intra e interpersonales que ocurren en la terapia de los sistemas familiares. El MAI propone una serie de fases distintas (aunque interrelacionadas). Cada fase de la intervención está asociada con sus propias cogniciones, objetivos y tareas terapéuticos y actividades del terapeuta. Así, el marco del MAI propone que el cambio mismo es un proceso fásico. Una suposición subyacente del modelo es que tienen que ocurrir importantes cambios cognitivos/atribucionales antes de que los miembros de la familia sean capaces de cambiar sus conductas con respecto a los demás miembros. De igual manera, los cambios en las secuencias de conducta de los miembros de la familia (es decir, en las interacciones) preceden a los cambios en las conductas problema de los jóvenes.

Como conclusión de este capítulo, podemos señalar que el MAI afirma que las cogniciones problema tienen que ser vigiladas continuamente durante el curso del tratamiento y que estas cogniciones problema cambian conforme el terapeuta intenta conseguir los objetivos y las tareas de cada nueva fase del tratamiento. Inicialmente, los terapeutas se enfrentan con la desesperanza de los miembros de la familia sobre su futuro y las atribuciones negativas sobre los otros miembros, mientras que en las últimas fases de tratamiento, los terapeutas se enfrentan a las creencias de eficacia de los miembros de la familia sobre si piensan que son capaces de lograr los cambios deseados en el comportamiento. Los terapeutas familiares tienen que vigilar las cogniciones y las atribuciones de los miembros de la familia a lo largo del tratamiento, y adaptar sus intervenciones para que satisfagan las necesidades interpersonales de dichos miembros y cumplan con las tareas terapéuticas de cada fase de la intervención terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, J. F. (1973). Defensive and supportive communications in normal and deviant families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 223-231.
- Alexander, J. F. y Barton, C. (1995). Research in family therapy. En R. H. Mikesell, D. D. Lusterman y S. H. McDaniel (dirs.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: APA.
- Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo, R. S. y Parsons, B. V. (1976). Behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 656-664.
- Alexander, J. F., Barton, C., Waldron, H. y Mas, C. H. (1983). Beyond the technology of family therapy: The anatomy of intervention model. En K. D. Craig y R. J. McMahon (dirs.), *Advances in clinical behavior therapy*. Nueva York; Brunner/Mazel.
- Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, A. y Jameson, P. B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
- Alexander, J. F. y Parsons, B. V. (1982). *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. Nueva York: Holt.
- Barton, C., Alexander, J. F. y Turner, C. W. (1988). Defensive communication in normal and delinquent families: The impact context and family role. *Journal of Family Psychology*, 1, 390-405.
- Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Beier, E. (1966). *The silent Language of psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Berg-Cross, L. (1988). *Basic concepts in family therapy: An introductory text*. Nueva York: Hawthorth.
- Chesney, M. A., Eagleston, J. R. y Rosenman, R. H. (1981). Type A Behavior: Assessment and intervention. En C. K. Prokop y L. A. Bradley (dirs.), *Medical psychology: Contributions to behavioral medicine*. Nueva York: Academic.
- Compas, B. G., Friedland-Bandes, R., Bastien, R. y Adelman, H. S. (1981). Parent and child causal attributions related to the child's clinical problem. *Journal of Abnormal Psychology*, 9, 389-397.
- Doherty, W. J. (1981). Cognitive processes in intimate conflict: 2. Efficacy and learned helplessness. *American Journal of Family Therapy*, 9, 35-44.
- Fincham, F. y O'Leary, K. D. (1983). Causal inferences for spouse behavior in distressed and nondistressed couples. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 572-579.
- Fleischman, M. J., Home, A. M. y Arthur. J. (1983). *Troubled families: A treatment program*. Champaign, IL: Research Press.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (edición revisada). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. En S. E. Garfield y A. E. Bergin (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3.ª edición). Nueva York: Wiley.
- Goldenberg, I. y Goldenberg, H. (1991). *Family therapy: An overview*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1 023-1035.
- Gordon, D. A., Arbruthnot, J. Gustafson, K. E. y McGreen, P. (1988). Home-based behavioral-systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents. *American Journal of Family Therapy, 16*, 243-255.
- Gottman, J. M. (1979). Detecting cyclicity in social interaction. *Psychological Bulletin, 85*, 338-348.
- Gurman, A. S., Kniskern, D. P. y Pinsof, W. M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2.^a edición). Nueva York: Wiley.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Jacobson, N. S., McDonald, D. W., Follette, W. C. y Berley, K. A. (1985). Atribucional processes in distressed and nondistressed married couples. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 35-50.
- Kazdin, A. E. (1993). Psychotherapy for children and adolescents: Current progress and future research directions. *American Psychologist, 48*, 644-657.
- Kazdin, A. E. (1994). Psychotherapy for children and adolescents. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change* (4.^a edición). Nueva York: Wiley.
- Lepper, M. R. y Greene, D. (dirs.) (1978). *The hidden costs of rewards: New perspectives in the psychology of human motivation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 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: Halstead.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Newberry, A. M., Alexander, J. F. y Turner, C.W. (1991). Gender as a process variable in family therapy. *Journal of Family Psychology, 5*, 158-175.
- Parsons, B. V. y Alexander, J. F. (1973). Short-term family intervention: A therapy outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 195-201.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. y Reid, J. B. (1984). Reciprocity and coercion: Two facets of social systems. En C. Neuringer y J. L. Michael (dirs.), *Behavior modification in clinical psychology*. Nueva York: Appleton-Century Crofts.
- Peterson, D. R. (1983). Conflict. En H. H. Kelley, E. Berscheid, A. Christensen, J. H. Harvey, T. L. Huston, G. Levinger, E. McClintock, L. A. Pepiau y D. R. Pererson (dirs.), *Close relationships*. Nueva York: Freeman.
- Rice, P. L. (1992). *Stress and health* (2.^a edición). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Robbins, M. S., Alexander, J. F., Newell, R. M. y Turner, C. W. (1996). The immediate effect of reframing on client attitude in family therapy. *Journal of Family Psychology, 10*, 38-54.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: WH Freeman.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I. y Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 992-1002.
- Sillar, A. L. (1985). Interpersonal perception in relationships. En W. Ickes (dir.), *Compatible and incompatible relations*. Nueva York: Springer-Verlag.

- Szapocznik, J. y Kurtines, W. M. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug-abusing and problem youth*. Nueva York: Springer.
- Walster, E., Walster, G. W. y Berscheid, E. (1978). *Equity theory and research*. Boston: Allyn and Bacon.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*. Nueva York: Norton.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48, 957-965.
- Wills, T. A. (1991). Social comparison processes in coping and health. En C. R. Snyder y D. R. Forsyth (dirs.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. Nueva York: Pergamon.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Alexander, J. F. y Barton, C. (1995). Research in family therapy. En R. H. Mikesell, D. D. Lusierman y S. H. McDaniel (dirs.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: APA.
- Alexander, J. F., Barton, C., Waldron, H. y Mas, C. H. (1983). Beyond the technology of family therapy: The anatomy of intervention model. En K. D. Craig y R. J. McMahon (dirs.), *Advances in clinical behavior therapy*. Nueva York, NY: Brunner/Mazel.
- Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, A. y Jameson, P. B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
- Alexander, J. F. y Parsons, B. V. (1982). *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Berg-Cross, L. (1988). *Basic concepts in family therapy: An introductory text*. Nueva York: Hawthorth.
- Goldenberg, I. y Goldenberg, H. (1991). *Family therapy: An overview*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

20. INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DE LA IRA

JERRY L. DEFFENBACHER Y REBEKAH S. LYNCH¹

I. INTRODUCCIÓN

Este capítulo aborda la ira general y describe una intervención básica para el control de dicha ira, las *Habilidades de afrontamiento cognitivas/de relajación* (HACR). Otros capítulos de este manual describen intervenciones para trastornos específicos. Puesto que no hay trastornos por ira diagnosticables, este capítulo empieza con una breve discusión del tema y un resumen de las características del individuo con ira. A esto le sigue una historia del desarrollo de las HACR y de sus fundamentos empíricos, incluyendo un resumen de los datos de distintos estudios. El resto del capítulo se dedicará a las directrices de la intervención.

II. LA AUSENCIA DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS POR IRA

Muchos individuos acuden a psicoterapia, al menos en parte, debido a la ira que hay en sus vidas. La ira perturba sus relaciones interpersonales y familiares, tiene un impacto sobre su desempeño en el trabajo o en los estudios, les lleva a decir cosas de las que se sienten culpables o avergonzados, disminuye su autoestima o les hace sentirse sin control emocional. Si la emoción principal fuera la ansiedad o la depresión, podrían servir las categorías diagnósticas de trastornos ya establecidos. Sin embargo, si la emoción fundamental es la ira, no existe un diagnóstico similar. Por ejemplo, al vérselas con las reacciones excesivas ante, o con la interferencia para afrontar, uno o más estímulos estresantes importantes, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales — 4.ª edición (DSM-IV; APA, 1994)* define varios trastornos de adaptación por la influencia del estado de ánimo (p. ej., trastorno de adaptación con estado de ánimo ansioso, con estado de ánimo deprimido, o con características emocionales mezcladas). Sin embargo, si el individuo se encuentra básicamente enfadado, sin problemas de conducta, no se considera un trastorno de adaptación con estado de ánimo enojado. Existen numerosos ejemplos de esto. Muchos individuos que están pasando por una situación de divorcio a menudo se encuentran intensamente enojados e irritables; un sujeto que ha perdido su trabajo puede experimentar una elevada ira general y estar específicamente enfadado con sus jefes anteriores, con sus supervisores, etc.; y un joven cuya familia se ha trasladado, alejándose de los amigos que tenía, de los vecinos y de la escuela o el instituto donde estaba, puede estar muy

¹ Colorado State University (Estados Unidos).

enojado, irritable, malhumorado y discutir con frecuencia durante cierto tiempo posterior. La ira situacional también se pasa por alto a la hora del diagnóstico. Por ejemplo, una persona puede temer y evitar las críticas sociales o conducir un coche, pudiendo diagnosticársele fobia social o fobia específica, respectivamente. Sin embargo, si se enfada mucho cuando le critican o cuando conduce, no existe un trastorno por ira situacional similar. Otros individuos están perturbados por una ira más generalizada. Puede que un amplio rango de situaciones les provoque fácilmente y experimenten períodos de ira más intensos y duraderos. Es decir, parece que tienen un umbral más bajo para la ira y que experimentan aumentos de la ira más crónicos. Si estuvieran moderadamente ansiosos y preocupados, de forma crónica, sería apropiado un diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada, o si estuvieran moderadamente deprimidos, de manera crónica, sería adecuada la etiqueta de distimia. Pero si el problema es la ira moderada, crónica, entonces no existe una categoría diagnóstica para él.

La ausencia de categorías diagnósticas oficiales no quiere decir que la gente no sufra, o no existan trastornos emocionales basados en la ira. Por ejemplo, en un artículo anterior (Deffenbacher, 1993) se describía un análogo clínico de la ira general. Comparados con individuos de baja ira, los sujetos con elevada ira eran vulnerables a la activación de la misma en un mayor rango de situaciones y en la vida cotidiana, experimentando también una ira más intensa en las provocaciones y una mayor activación fisiológica cuando estaban enfadados. Cuando se les provocaba, solían afrontarlo con un mayor antagonismo verbal y físico y con unas tendencias de afrontamiento menos constructivas, prefiriendo generalmente estilos de expresión represivos o negativos dirigidos hacia el exterior, en vez de un enfoque más tranquilo, controlado, para la expresión de la ira. Esta ira producía también consecuencias negativas más frecuentes y serias, tales como el daño físico a uno mismo, a los demás y a la propiedad, interferencia con el trabajo o los estudios y relaciones interpersonales problemáticas. En comparación con otros grupos clínicos, estos individuos informaban de más ira que los pacientes clínicos en general o que aquellos que buscaban asesoramiento, al menos en parte, para cuestiones relativas a la ira. Los sujetos no sólo informaban de una ira importante en una serie de elementos, sino que también estaban más ansiosos generalmente, tenían una menor autoestima, poseían menos capacidades para el afrontamiento del estrés y tenían una mayor probabilidad de abusar y sufrir consecuencias negativas del alcohol. De este modo, parece que los individuos habitualmente enfadados sufren de un nivel moderado de patología que perturba la calidad de sus vidas, pero para los que no existe una categoría diagnóstica establecida.

III. EL ENFOQUE DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO COGNITIVAS/DE RELAJACIÓN (HACR) PARA EL CONTROL DE LA IRA

Un examen de la literatura sobre tratamiento en los primeros años ochenta mostró también pocos enfoques de tratamiento empíricamente validados para este tipo de individuos. Novaco (1975) proporcionó al campo el primer estudio bien diseñado para el control de la ira general. En un análisis de los componentes de la inoculación

de estrés, encontró que la combinación de las habilidades cognitivas y de relajación era lo más eficaz. La intervención cognitiva era casi tan eficaz como la inoculación de estrés, pero los efectos de la relajación eran limitados, lo que sugería que el componente cognitivo era el ingrediente eficaz básico en la inoculación de estrés y que las intervenciones basadas en la relajación eran menos eficaces. Sin embargo, un examen más de cerca de los procedimientos de Novaco sugirió que en los efectos de la relajación pueden haber influido cuestiones del planteamiento de la intervención. Por ejemplo, se proporcionó una explicación sobre autocontrol, pero se empleó un procedimiento de contracondicionamiento, lo que quizás confundió a los pacientes; se entrenaron o ensayaron en casa pocas habilidades de afrontamiento por medio de la relajación; el tiempo de tratamiento estaba muy justo, proporcionando pocas oportunidades para ensayar la relajación; y, aparentemente, no se llevó a cabo el entrenamiento en la transferencia de la relajación.

La posibilidad de que se hubieran infraestimado los efectos de la relajación condujo a nuestro grupo de investigación a una serie de estudios que finalmente desembocaron en la actual intervención de las HACR. En el primer estudio (Deffenbacher, Demm y Brandon, 1986), se adaptó para el control de la ira el procedimiento del *entrenamiento para el manejo de la ansiedad* (véase Deffenbacher, 1997, en el primer volumen de este manual), una intervención bien establecida de las habilidades para el afrontamiento por medio de la relajación. Se observó una disminución importante de la ira y los efectos parecieron más potentes que los de la condición de relajación de Novaco (1975). Además, se observó también una disminución de la ansiedad general y esas reducciones de la ansiedad y de la ira se mantuvieron en el seguimiento a un año. Un segundo estudio (Hazaleus y Deffenbacher, 1986) comparó esta condición de relajación con una intervención de habilidades cognitivas de afrontamiento y encontró que ambas eran igual de eficaces, manteniéndose los efectos en un seguimiento de un año. Los efectos de la relajación eran de nuevo potentes y tan eficaces como la intervención cognitiva, a diferencia de los hallazgos de Novaco. Sin embargo, se produjo un hallazgo inesperado en la condición cognitiva. Tanto los pacientes como los terapeutas, por igual, se resistieron a las partes iniciales de la reestructuración cognitiva. Es decir, los pacientes se enojaban y reaccionaban negativamente ante las estrategias de cambio cognitivo y de actitudes y los terapeutas informaban que se sentían "verbalmente molidos". Esos problemas no aparecían en la condición de relajación.

Todo esto nos llevó a preguntarnos si las intervenciones cognitivas y de relajación podrían combinarse (habilidades de afrontamiento cognitivas/de relajación o HACR) para minimizar la reactancia ante los elementos cognitivos y producir, potencialmente, una intervención más eficaz. El procedimiento de las HACR fue tan eficaz como la condición cognitiva y los efectos se mantenían en un seguimiento realizado a los 15 meses (Deffenbacher *et al.*, 1988). De nuevo, se encontró resistencia en las sesiones iniciales de la terapia cognitiva, mientras que la intervención transcurrió fluidamente en las HACR, en donde los componentes cognitivos no se introdujeron hasta la tercera sesión. El procedimiento de las HACR parece, entonces, prometedor, produciendo una disminución significativa de la ira, mientras que al mismo tiempo minimiza la resistencia del paciente, la cual podría dar como resultado una terminación prematura por parte de algunos pacientes en lugares que no son de investigación. Tres estudios más han mostrado que el procedimiento de las

HACR. es tan eficaz como la intervención de relajación sola (Deffenbacher y Stark, 1992), como una intervención estructurada de habilidades sociales (Deffenbacher *et al.*, 1987) y como una terapia de grupo centrada en la ira y orientada a los procesos (Deffenbacher, McNamara, Stark y Sabadell, 1990), y que los efectos se mantienen en los seguimientos realizados a lo largo de 12-15 meses (Deffenbacher, 1988; Deffenbacher y Stark, 1992; Deffenbacher *et al.*, 1990). Además, aunque aproximadamente el 75% de la ira tiene lugar en un contexto interpersonal (Averill, 1983; Deffenbacher, 1992), las HACR son más amplias que las intervenciones basadas en las habilidades sociales, ya que aquéllas también abordan fuentes no interpersonales de provocación (p. ej., ira hacia uno mismo por un error cometido, hacia objetos inanimados como el coche por no arrancar, hacia acontecimientos generales, como sucesos políticos y retenciones de tráfico, y hacia fuentes sin desencadenantes claros, como las normas de la administración y las reglas en el trabajo).

Con el fin de proporcionar el apoyo empírico más amplio a las HACR en este capítulo, se mezclaron y analizaron los datos de sujetos con condiciones de HACR ($N = 61$) y control ($N = 72$) provenientes de cuatro estudios (Deffenbacher *et al.*, 1987, 1988, 1990; Deffenbacher y Stark, 1992). Se mezclaron también los datos de seguimiento a los 12-15 meses provenientes de tres estudios (Deffenbacher, 1988; Deffenbacher *et al.*, 1988; Deffenbacher y Stark, 1992), que incluían porcentajes adecuados de devolución de los datos solicitados a los 12-15 meses (porcentaje global del 73% para los sujetos en la condición HACR y del 74% para los sujetos control). Los sujetos poseían la característica de tener un enfado general, siendo estudiantes universitarios que indicaban que tenían un problema personal con la ira y que deseaban ayuda para estos problemas. Los sujetos de la condición de HACR recibían un programa de grupo, con pocos miembros ($N = 7-11$), que duraba 8 semanas, mientras que los individuos de la condición control no recibían tratamiento ni asesoramiento. Los participantes rellenaban los siguientes instrumentos a lo largo de un seguimiento de 5 semanas (puntuaciones elevadas reflejaban cantidades altas de la variable):

1. *Escala de ira-rasgo* (Spielberger, 1988), una medida de ira general que consta de 10 ítems (rango 10-40);
2. *Inventario de ira* (Novaco, 1975), una medida de ira a lo largo de 90 situaciones (rango 90-450);
3. *Situación de ira* (Deffenbacher *et al.*, 1986), una medida de un único ítem sobre la ira personal-situacional en la que el individuo describe y evalúa la intensidad de la ira (escala de 0 a 100) en la situación actual que le provoca la mayor ira;
4. *Diario de ira* (Deffenbacher *et al.*, 1986), una medida de la ira cotidiana en la que el individuo, durante siete días consecutivos, incluye el acontecimiento que le ha causado más ira cada día y evalúa (en una escala de 0 a 100) la intensidad de la ira (el promedio de-todos los días sirve como una medida del Diario de ira);
5. *Síntomas de ira* (Deffenbacher *et al.*, 1986), una medida de un único ítem sobre la activación fisiológica relacionada con la ira en la que el sujeto describe su reacción fisiológica más grave y evalúa la intensidad en una escala de 0 a 100; y

6. *Inventario de ansiedad-rasgo* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), una medida de 20 ítems sobre la ansiedad general (rango 20-80).

El seguimiento de 12-15 meses incluía la Escala de ira-rasgo, la Situación de ira, los Síntomas de ira y el Inventario de ansiedad-rasgo.

Los resultados en seguimientos a corto (5 semanas) y largo (12-15 meses) plazo se resumen en los cuadros 20.1 y 20.2, respectivamente. Los análisis de covarianza revelaron que todas las diferencias entre grupos en el postratamiento y en el seguimiento eran significativas al nivel de $p < 0,001$, excepto para el Diario de ira, donde la diferencia era significativa al nivel de $p < 0,01$. La observación del cuadro 20.1 muestra un patrón consistente de hallazgos. El grupo control se mantiene apenas sin cambios en el período de seguimiento a corto plazo, mientras que los sujetos de la condición HACR mostraban un cambio pre-post significativo que se mantenía en el seguimiento a las 5 semanas. La magnitud de estos cambios para las HACR era de una o más desviaciones típicas por encima de la media hasta aproximadamente la media, en cada medida. Es decir, comparados con los sujetos control, las HACR produjeron disminuciones significativas de la ira como rasgo, de la ira en una amplia variedad de situaciones potencialmente provocadoras de la misma, de la ira en situaciones actuales personalmente desencadenantes, de la ira cotidiana, de la ira relacionada con la activación fisiológica y de la ansiedad general. Aunque se daba cierta regresión hacia la media en el período de seguimiento de 12-15 meses en el grupo control, el cuadro 20.2 muestra un patrón similar al anterior; los sujetos de la condición HACR continuaban informando de menos ira como rasgo, de menos ira personal-situacional, de menos activación fisiológica relacionada con la ira y de menos ansiedad que los sujetos control, de forma significativa.

CUADRO 20.1. *Medias para los grupos del programa de las Habilidades de aprontamiento cognitivas/de relajación (HACR) y de control en un seguimiento a las cinco semanas*

Instrumento	Grupo	Momento de la evaluación		
		Pretratamiento	Postratamiento	Cinco semanas de seguimiento
Ira rasgo	HACR	27,95	20,08	19,82
	Control	26,67	25,90	24,38
Inventario de ira	HACR	328,77	268,13	261,49
	Control	328,82	329,11	325,15
Situación de ira	HACR	82,51	60,89	53,97
	Control	78,99	76,60	72,46
Diario de ira	HACR	54,98	—	40,46
	Control	50,30	—	50,20
Síntomas de ira	HACR	75,36	50,46	46,79
	Control	70,75	67,31	66,19
Ansiedad rasgo	HACR	46,87	38,21	38,26
	Control	46,15	45,79	45,60

CUADRO 20.2. *Medias para los grupos del programa de las Habilidades de afrontamiento cognitivas/de relajación (HACR) y de control en un seguimiento de 12-15 meses*

Momento de la evaluación					
Instrumento	Grupo	Pretratamiento	Postratamiento	Cinco semanas de seguimiento	12-15 meses de seguimiento
Ira rasgo	HACR	27,88	18,16	18,30	18,42
	Control	26,92	27,15	25,62	23,87
Situación de ira	HACR	81,49	53,24	49,18	28,64
	Control	81,41	81,69	74,38	67,05
Síntomas de ira	HACR	75,79	41,36	42,00	29,88
	Control	74,59	73,69	71,67	64,23
Ansiedad rasgo	HACR	44,45	35,39	34,92	34,21
	Control	47,67	46,90	47,18	43,92

En resumen, el grupo de las HACR produjo cambios importantes, duraderos, en diferentes aspectos de la ira, así como en la ansiedad general. La fiabilidad y validez ecológica de estas conclusiones se refuerza aún más por el hecho de que los resultados se basaban en muestras razonablemente amplias recogidas por una serie de terapias y a lo largo de años. Así, las HACR parecen constituir una intervención útil para la disminución de la ira general. Es eficaz con respecto al coste, ya que puede llevarse a cabo en grupos pequeños, de duración breve, con personas de distinto sexo, dirigido por un único terapeuta y parece superar también algunos problemas clínicos planteados por las intervenciones puramente cognitivas (Deffenbacher *et al.*, 1988; Hazaleus y Deffenbacher, 1986) y de habilidades sociales (Deffenbacher *et al.*, 1987). Además, un amplio estudio (Deffenbacher, Thwaites, Wallace y Oetting, en prensa), terminado después de que fueran analizados estos datos, mostró también que el procedimiento de las HACR era eficaz de nuevo, comparado con la condición control sin tratamiento, y era tan eficaz como dos diferentes intervenciones de habilidades sociales, proporcionando aún más apoyo empírico para las HACR.

IV. DESCRIPCIÓN SESIÓN A SESIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LAS HACR

La calidad del tratamiento debe estar muy unida a los problemas que se presentan y a las características de cada paciente o grupo. Así, las descripciones generales de cualquier intervención pierden algunos aspectos del formato más eficaz de aplicación. Teniendo en cuenta esta anotación, se describe el procedimiento de las HACR sesión a sesión, de modo que los clínicos dispongan de unas directrices generales, que se han de modificar o adaptar a las características específicas de un caso o un grupo determinado. Generalmente, las HACR se aplican en el momento en que la ira se ha considerado un problema importante y cuando otras cuestiones terapéuti-

cas más apremiantes (p. ej., conducta delictiva o suicida, reacciones psicóticas, abuso de las drogas o el alcohol) se han descartado o están bajo control.

IV.1. *Consideraciones generales para el tratamiento*

Antes de describir las HACR sesión a sesión, se considerarán algunas cuestiones terapéuticas generales. Las características de los individuos enfadados en general tiene implicaciones para la relación terapéutica (Deffenbacher, 1993). Estos individuos suelen ser activos y desafiantes, culpan y externalizan, toman decisiones rápidas y actúan con base en ellas, y son verbalmente discutidores, mordaces e intimidatorios. Esto pueden causar tensión en la relación terapéutica. Sin embargo, el terapeuta no debería sentirse amenazado o reaccionar negativamente ante estas características, ya que es probable que los pacientes se sintieran juzgados y amenazados, enfrentándose al terapeuta y/o abandonando la terapia. Se sugiere que los terapeutas muestren una aceptación y tolerancia reales con estos individuos. Esto no significa que los terapeutas tengan que aceptar y estar de acuerdo con cada conducta o idea del paciente, sino que comuniquen su disposición a estar pendientes de él, explorando y abordando las preocupaciones. A veces, necesitarán enfrentarse al paciente, pero deben hacerlo dentro de un contexto de atención y apoyo.

Si es posible, el terapeuta debería considerar las características del paciente, así como una responsabilidad y una virtud. El estilo desafiante, de enfrentamiento, por parte del paciente puede ser de gran ayuda cuando se aborden las conductas y las cogniciones del mismo (p. ej., el terapeuta le ayuda a cuestionar, discutir y no aceptar el valor aparente de sus pensamientos y de su conducta). Además, si así se indica, estos pacientes pueden fácilmente compartir pensamientos, sentimientos y retroalimentación con otros miembros del grupo. Esto puede ser una rica fuente de retroalimentación en los contextos de grupo.

Teniendo en cuenta la tendencia del paciente hacia la discusión y la externalización, es importante que el terapeuta no intente entrar en discusiones inútiles en las que trate de convencer al paciente de su error. Es mejor que el terapeuta adopte la postura de que es cosa del paciente el mostrarle la validez de sus afirmaciones, en vez de ser trabajo del terapeuta discutir con el paciente para que las abandone. Aunque esto puede parecer una recomendación obvia, se sugiere que el terapeuta mantenga el centro de atención en que el paciente demuestre la validez de sus pensamientos y adopte una posición de "dime que pasaría". Esa postura suele disminuir las discusiones y muchas resistencias y puntos muertos.

Finalmente, las características del paciente conducen a una escenificación deliberada de los componentes cognitivos y de relajación, precediendo los procedimientos de relajación a los componentes cognitivos. En dos. Estudios anteriores sobre terapia cognitiva (Deffenbacher *et al.*, 1988; Hazaleus y Deffenbacher, 1986), los pacientes se resistían a los elementos cognitivos durante las primeras dos o tres sesiones. Esos problemas no se observaban en las intervenciones de relajación o cuando la relajación precedía a las intervenciones cognitivas. Por consiguiente, primero se presentan las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación, porque parece que no sólo desarrollan, por sí mismas, habilidades útiles para el control de la ira,

sino porque reducen también la influencia negativa de las características del paciente en las partes iniciales de la terapia cognitiva.

Nuestra investigación (p. ej., Deffenbacher, 1992; Deffenbacher *et al.*, 1986; Deffenbacher y Sabadell, 1992) ha mostrado pocas diferencias debidas al sexo, lo que sugiere que, al menos en la población de universitarios de Estados Unidos, los hombres y las mujeres experimentan similares niveles y tipos de ira, de consecuencias relacionadas con la ira y de problemas asociados o comórbidos. Además, en nuestros estudios sobre tratamiento, el 52% de los sujetos han sido hombres y el 48% mujeres, lo que sugiere que tanto hombres como mujeres perciben la ira como un problema y buscan ayuda para solucionarlo. Estos hallazgos sugieren que los hombres y las mujeres comparten en común lo suficiente para ser tratados con eficacia en grupos con miembros de ambos sexos; esto se ha llevado a cabo con éxito. Además, teniendo personas de los dos sexos en el mismo grupo parece facilitar una mayor comprensión de la ira del sexo opuesto, destruir estereotipos de la ira (como el ser una emoción "masculina") asociados al rol sexual, ofrecer la oportunidad de obtener retroalimentación del sexo opuesto y proporcionar a los miembros de ambos sexos la posibilidad de realizar representaciones de papeles y ensayos de conducta, con el fin de integrar esos elementos en las HACR. Por consiguiente, si se elige una intervención de grupo, se sugiere que sea de naturaleza mixta, con personas de ambos sexos, ya que esto será de relevancia para los objetivos y las situaciones del tratamiento.

Nuestra investigación sobre las intervenciones de grupo ha empleado terapeutas tanto masculinos como femeninos y no ha mostrado efectos significativos debidos al terapeuta, sugiriendo que tanto los terapeutas masculinos como los femeninos pueden dirigir los grupos con éxito. Si se emplea una intervención grupal, puede dirigirse por un terapeuta de cualquier sexo, aunque un equipo de terapeutas hombre-mujer podría ser beneficioso en situaciones de vérselas con la ira en contextos maritales o interpersonales.

IV.2. *Sesión 1*

Además de abordar la confidencialidad y las cuestiones legales, la primera sesión se dedica a la presentación de una explicación convincente sobre el tratamiento, la realización de la relajación y a aumentar el darse cuenta de los estímulos internos y externos relacionados con la ira.

La explicación sobre el tratamiento debería proporcionar conceptos claros sobre la ira y de qué manera la modifica el tratamiento. La ira se plantea como una reacción cognitivo-emocional-fisiológica ante afrentas percibidas, intrusiones en el terreno personal y/o frustraciones de la conducta dirigida hacia un fin. El terapeuta se esfuerza por asociar éstas a la experiencia del paciente (p. ej., tendencias cognitivas a exagerar la importancia de las cosas y a ser exigente, reacciones emocionales de furia y rabia, y reacciones fisiológicas de molestias en el estómago, bruxismo y tensión en los hombros). El programa de las HACR se plantea para ayudar a los pacientes a reducir la ira dándose más cuenta de los elementos mentales, emocionales y físicos de la ira y de sus estímulos precipitantes, y empleando las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación con ellos. La ira se separa, desde un punto

de vista conceptual, de la conducta cuando se está enfadado. Es decir, el individuo puede comportarse de una serie de formas adaptativas, tendientes a la solución de problemas (p. ej., poniendo límites apropiados, tiempo fuera, aserción) o desadaptativas (p. ej., ataques físicos o verbales, represión inapropiada de la ira, conducta autodestructiva como el comer en exceso o consumir demasiado alcohol). Se plantea que el tratamiento les ayudará a aumentar las conductas adaptativas y a disminuir las desadaptativas, porque conforme reduzcan la ira tendrán un control mucho mayor y serán mucho más capaces de pensar en, y elegir, comportamientos positivos, en vez de actuar de forma agresiva, impulsiva o autoderrotista. Esta explicación no necesita ser extensa o amplia, lleva generalmente unos cinco minutos, y los clínicos deberían ser cuidadosos para no explicar las cosas con términos que sean demasiado técnicos.

La mayor parte del resto de la sesión se dedica al entrenamiento en relajación progresiva. La relajación se introduce al principio de la terapia, ya que satisface las expectativas de muchos pacientes y reduce las reacciones negativas, señaladas anteriormente, ante la terapia cognitiva. La relajación se incluye en la explicación como un medio para aprender a controlar las reacciones emocionales y fisiológicas de la ira, y se señala que la relajación progresiva constituye el primer paso para el desarrollo de habilidades de adornamiento por medio de la relajación. Si hay tiempo, se puede desarrollar una imagen relajante (véase Deffenbacher, 1997, en el primer volumen de este manual, para más detalles) e incluirla en la relajación progresiva. La relajación se muestra y completa tensando y relajando los grupos de músculos al menos una vez.

Se da a los pacientes la siguiente tarea para casa:

1. Practicar la relajación progresiva diariamente y registrarla en el Apartado de relajación (véase el cuadro 20.3). Se da a los pacientes un folleto donde se incluyen los pasos de la relajación, con el fin de facilitar la práctica en casa de la misma.
2. Si no se desarrolló una imagen relajante en la sesión 1, los pacientes tienen que identificar un momento de su pasado que fue muy tranquilo y relajado. Tienen que escribir todos los detalles que hagan esa situación tan real como sea posible y deberán traer dicha descripción a la siguiente sesión.
3. Deben de autorregistrar las reacciones de ira, prestando una atención cuidadosa a las situaciones que provocan ira y sus reacciones a ellas (elementos cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales) y registrarlas en el Apartado de ira 1 (véase cuadro 20.3). El formato real del Apartado de ira 1 debería desarrollarse junto con el paciente y normalmente amplía los procedimientos de evaluación anteriores.

IV.3. *Sesión 2*

La segunda sesión amplía y consolida el desarrollo de las habilidades de relajación y el darse cuenta de las señales situacionales y personales de la activación de la ira.

CUADRO 20.3 Ejemplos de diarios de ira y de relajación

<i>Diario de relajación</i>				
Fecha/hora	Experiencia de relajación (áreas de tensión, problemas, distracciones áreas de relajación fácil, etc.)	Nivel de tensión (0-100)		
		Antes	Después	
<i>Diario de ira 1</i>				
Fecha/hora	Situación	Reacciones (sentimientos, reacciones físicas, pensamientos, conductas, etc.) Evaluación (0-100)		
<i>Diario de ira 2</i>				
Fecha/hora	Situación	Pensamientos	Reacciones (sentimientos, reacciones físicas, conductas) Evaluación (0-100)	
<i>Diario de ira 3</i>				
Fecha/hora	Situación	Pensamientos	Reacciones	Esfuerzos de afrontamiento (describe lo que hiciste) (0-100)
				Antes

Nota: Normalmente los diarios aparecerían en hojas de papel separadas. Los diarios aumentan en complejidad con el tiempo. El Diario de ira 1 sólo exige un registro simple de situaciones provocadoras y reacciones de ira. El Diario de ira 2 separa el elemento cognitivo como una sección distinta. El Diario de ira 3 añade una descripción de los esfuerzos de afrontamiento. Generalmente, es una buena idea imprimir los diarios en una hoja vertical, de modo que haya suficiente espacio para que los pacientes registren los detalles.

Esta sesión, y todas las sesiones posteriores, empiezan con un repaso de las tareas para casa. Si es posible, el paciente da al terapeuta los diarios de las tareas para casa antes de la sesión con el fin de que el terapeuta tenga tiempo de revisarlas. Esto no sólo hace que la sesión sea más eficiente, sino que también apoya la naturaleza de colaboración de la relación terapéutica y la importancia de las tareas para casa. El inicio de esta sesión se dedica al autorregistro de la ira y a la práctica de la relajación. El terapeuta escucha atentamente los ejemplos y detalles aportados por el paciente, utiliza resúmenes y refleja de forma estratégica lo que dice el paciente para subrayar los elementos afectivos, fisiológicos y cognitivos de la ira. Si el paciente no ha hecho el autorregistro o lo ha realizado de modo deficiente, se aclaran las razones y se buscan soluciones con el fin de resolver los problemas. Se reitera la importancia del autorregistro y se incluye en la explicación del tratamiento; por ejemplo, el paciente será capaz de utilizar la relajación y otras habilidades de afrontamiento cuando perciba que la ira está aumentando, pero sólo si se da cuenta de ella. Si se informan de otras fuentes de tensión distintas de la ira, el terapeuta puede sugerir

también que se adapten las habilidades de afrontamiento a otras emociones, como la ansiedad y la depresión. Se repasa también la práctica de la relajación, no sólo para aclarar y apoyar la práctica, sino también para recoger información que pueda emplearse para modificar los procedimientos de relajación. Igualmente, las áreas de tensión muscular anteriores a la práctica de la relajación o las áreas que son más difíciles de relajar pueden sugerir señales físicas que merezcan la pena autorregistrarse, ya que éstas a menudo se encuentran implicadas en la activación emocional.

Si no se ha desarrollado una imagen relajante en la sesión anterior, entonces se hace antes de repetir la relajación. El paciente debería conseguir una imagen relajante clara, concreta, que refleje un momento específico de su vida. La escena debería incluir tantos detalles sensoriales y afectivos como sea posible, con el fin de hacer que sea vivida y relajante cuando se utilice posteriormente en la sesión (véase Deffenbacher, 1997, en el primer volumen de este manual, para más detalles y un ejemplo). Después de que se construye la escena, se repite la relajación progresiva, tensando los grupos de músculos una vez. Después de tensar y relajar los músculos, se entrena a los pacientes en las siguientes cuatro habilidades de afrontamiento por medio de la relajación (véase Deffenbacher, 1997, en este manual, con el fin de ver ejemplos de instrucciones para entrenar cada habilidad):

- a. *Relajación sin tensión.* El paciente centra la atención en, y revisa, los grupos de músculos al igual que en la relajación progresiva, excepto que únicamente aumenta la relajación sin tensar realmente los músculos. Las analogías que se refieren a oleadas o flujos de relajación a través de los músculos facilitan a menudo esta habilidad de afrontamiento por medio de la relajación.
- b. *La imagen relajante.* El paciente visualiza la escena de relajación construida anteriormente en esta sesión o en la sesión anterior. La escena se visualiza durante aproximadamente 30 segundos después de que el paciente indica claridad en la visualización.
- c. *Relajación provocada por la respiración.* El paciente respira profundamente tres o cuatro veces y aumenta la relajación con cada exhalación.
- d. *Relajación controlada por estímulos.* El terapeuta repite lentamente la palabra “relájate” o alguna otra palabra o frase tranquilizadora unas 10 a 20 veces, instruyendo al paciente para que se relaje más cada vez que se repite la palabra o frase. Luego se indica al paciente que repita la palabra lentamente para sí mismo, relajándose más con cada repetición. El terapeuta puede sugerir que el paciente diga la palabra cuando echa el aire lentamente, ya que así se facilita la “habilidad de afrontamiento por medio de la relajación”.

Estas habilidades de afrontamiento se repiten tanto en cuanto el tiempo lo permita, intentando generalmente ensayar cada una de ellas de dos o tres veces.

Después de terminar y repasar la práctica de relajación, se asignan las tareas para casa:

1. y 2. Continúan el autorregistro y la práctica de la relajación como en la sesión 1.
3. Al menos una vez al día, el paciente tiene que aplicar una o más de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación en situaciones no estresantes, tales como esperar un ascensor o viajar en un autobús. Esto se hace para empezar la aplicación de las habilidades de relajación en situaciones de la vida real.
4. El paciente tiene que identificar, y tomar notas en, una situación que sea de aproximadamente 50 en una escala de 100 puntos sobre intensidad de la ira. La escena debería incluir tantos detalles situacionales (p. ej., parámetros del lugar, otras personas implicadas, etc.) e internos (p. ej., impulsos cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales) como sea posible. Esta escena de ira se utilizará en la sesión 4.

Las escenas de ira se emplean para generar la activación de la ira entre sesiones, con el fin de mejorar el “darse cuenta” de la activación de la ira y para proporcionar una oportunidad de entrenamiento en la aplicación de las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación. La naturaleza de las escenas de ira deberían adaptarse al paciente y aumentar el nivel de intensidad a lo largo de las sesiones. En algunos de nuestros estudios, la intensidad de la escena ha aumentado con las sesiones sucesivas, generalmente con pasos de 10 unidades de intensidad de la ira, empezando con aproximadamente 50 en una escala de 100 puntos de intensidad. En otros, no sólo ha aumentado la intensidad de la escena, sino que el contenido ha variado sistemáticamente, incluyendo:

- a. anticipar, esperar o pensar sobre una situación productora de ira que va a llegar, pero que todavía no ha sucedido (p. ej., anticipación sobre tratar con alguien una cuestión difícil) en un nivel de activación de la ira de unos 50 puntos (sesión 4);
- b. un nivel moderado de activación de la ira a unos 60 puntos (sesión 5);
- c. afrontamiento después de un acontecimiento productor de ira y/o ante un acontecimiento que no se puede resolver (p. ej., reducir la ira que proviene de un despido laboral o de un trauma de la infancia) en un nivel de 60-80 (sesión 6);
- d. un elevado nivel de activación de la ira a un nivel de 75-100 (sesión 7); y
- e. el peor tipo de provocación de ira en el paciente, a un nivel de 75-100 (sesión 8). La naturaleza y el formato del contenido de la escena debería adaptarse al paciente, aunque el formato puede ampliar el rango del contenido situacional cuando se emplee en un contexto de grupo.

Seguidamente se describen dos escenas de ira para mostrar el tipo de detalles que se incluyen en las escenas. Una incluye una provocación activa en la que el individuo se enfrenta al origen de la ira (un padre que se enfada cuando se encuentra con la falta de responsabilidad de su hijo) y la otra, más pasiva, en la que el individuo le está dando vueltas a una injusticia (una mujer en el puesto de encargada, en una empresa de confección, que está reflexionando en una reunión).

[Escena de nivel 70] Sucedió el pasado martes, sobre la 5:30 de la tarde. Había vuelto a casa del trabajo con buen humor. Había entrado por la parte de atrás de la casa y me dirigía al salón, en el que se oía la televisión. Cuando miré al salón, vi a Daniel [su hijo] tumbado en el sofá y todas sus cosas esparcidas por el suelo. El abrigo, los libros de clase, la funda de la guitarra, todo estaba frente al sofá. Había también un plato con un bocadillo a medio comer. Me quedé de pie, a unos dos metros, mirando a todo este [detalle situacional] desorden [evaluación cognitiva negativa]. Me enfadé en un santiamén [detalle emocional]. Una corriente de calor fluía por el pecho y la cara; podía sentirme acalorado. Mis manos se tensaron, apretando con fuerza el asa de mi portafolios, y podía sentir cómo se ponían en tensión mis brazos y mis hombros. Mis mandíbulas estaban apretadas, casi como si estuviera rechinando los dientes [detalle fisiológico]. Fue como si recorriera mi cuerpo una onda de electricidad transportando ira [analogía emocional-fisiológica]. Estaba pensando: «¡Maldita sea! ¡Ya volvemos a las andadas! Toda la charla que tuvimos la otra noche no valió un pimiento. Sólo palabras. ¡Vaya idiota perezoso! Nunca cumple los acuerdos a los que llegamos. Sólo está de acuerdo en algo para que no le vigile, pero luego lo tira todo por la ventana cuando tiene que hacer alguna cosa. Esta mierda [refiriéndose a los materiales de estudio, al instrumento musical, al abrigo, al plato, etc.] está toda por el suelo. El nunca lo limpia cuando termina y estoy cansado de limpiarlo yo. No voy a recogerlo nunca más» [detalle cognitivo] que implica sobregeneralización, etiquetado provocador y exigencias con más catastrofizaciones y exigencias implícitas). Estoy muy molesto y voy a decirle a gritos lo irresponsable que es [detalle conductual].

[Escena de nivel 80]. Estoy en mi oficina [hace tres o cuatro semanas]. Fue justo después de salir de la reunión de encargados, en la que estuvimos viendo los números del tercer trimestre que indicaban que la producción y las ventas habían bajado en mi área. Estoy sentada a un lado de mi mesa mirando por la ventana y pensando sobre la reunión [detalle situacional]. No podía dejar de pensar sobre la reunión y lo injusta que fue. Estaba pensando en cosas como: «¿Qué demonios quieren? Me quitan personal clave y se preguntan por qué no podemos hacer el trabajo. Siempre hacen esto y luego nos echan la culpa, los infelices, que tienen que intentar que sus estúpidas decisiones funcionen. Esto me pone tan furiosa, y ya estoy cansada de que suceda lo mismo una y otra vez. Esto [refiriéndose al contenido de la reunión] tiene que acabar. No pueden esperar que trabajemos de esta manera. ¡Pero lo volví a hacer! Me senté allí y lo hice. Debería haberles dicho lo que pensaba. Pero en vez de eso, me senté manteniendo la boca cerrada. Me puse tan furiosa conmigo misma por esto, por ser tan cobarde, cuando debería estar luchando por mi gente» [detalle cognitivo incluyendo algún etiquetado provocador, exigiendo con una catastrofización implícita y autorrecriminación y culpa]. Cuando me senté allí pensando en todo esto, me ponía cada vez más furiosa [detalle emocional]. Furiosa con ellos, furiosa conmigo. Tengo el estómago revuelto, me arde [la paciente tiene una historia de úlceras] y casi no puedo respirar, una especie de respiración entrecortada, el pecho en tensión y como si hubiera una mano que me apretara la garganta. Puedo sentir cómo me va viniendo un dolor de cabeza y tengo esa sensación de “máscara” tiesa en mi cara, en los ojos [detalle fisiológico]. Me siento agitada, como si tuviera ganas de levantarme y gritarle a alguien o golpear algo o arrojar alguna cosa [impulsos conductuales], pero no sé qué hacer. Me siento enojada y bloqueada, como si estuviera indefensa [más detalles emocionales y de valoración cognitiva].

IV.4. Sesión 3

Mientras que las dos sesiones anteriores se centran principalmente en la relajación, esta sesión resalta los elementos cognitivos. Los objetivos son introducir la idea ge-

neral de la influencia de los factores cognitivos y empezar una exploración de algunas distorsiones cognitivas específicas.

En la revisión de las tareas para casa, el terapeuta debería atender a tres cosas. En primer lugar, se debería notar un aumento del darse cuenta de los elementos personales de activación de la ira y retrotraerlo a la explicación del tratamiento (p. ej., mejorar el afrontamiento por medio de aplicar las habilidades cuando se percibe la activación de la ira). En segundo lugar, se deberían clarificar y reforzar los ejemplos de un aumento del darse cuenta y de la modificación del afrontamiento. En tercer lugar, se deben aclarar los ejemplos en los que son importantes los elementos cognitivos, con el fin de ir trasladándose hacia el centro cognitivo de la sesión. Por ejemplo, el terapeuta puede buscar situaciones en las que el “pensar sobre”, la “actitud” o el “mirarla de una determinada manera” marcaban las diferencias. Otro ejemplo es buscar dos situaciones similares en las que el nivel de ira variase considerablemente. Cuando se le pregunta sobre la diferencia, el paciente a menudo indica que se debía a que contemplaba la situación de modo diferente. Esos ejemplos proporcionan una transición hacia el núcleo cognitivo de la sesión.

Muchos pacientes no aceptan inmediatamente la idea de que los procesos cognitivos influyen en la ira. Para ellos, la ira es algo que surge de dentro o que parece causada por acontecimientos externos. El buscar ejemplos de contraste a partir de las tareas para casa o de la experiencia pasada del paciente proporciona, a menudo, una forma de introducir la influencia general de las cogniciones. El preguntar a los pacientes por qué piensan que los demás no reaccionan a los mismos acontecimientos con tanta ira o por qué no reaccionan a todos los acontecimientos negativos con el mismo nivel de ira, proporcionará una puerta a los procesos cognitivos. Pueden ser útiles varios ejercicios o simulaciones que faciliten un contraste basado en la experiencia que resalte los elementos cognitivos. Por ejemplo, en nuestros grupos de las HACR, hemos empleado un ejercicio (Deffenbacher, 1990) en el que los pacientes se imaginan ser un individuo que ha experimentado la terminación de una relación significativa. Este escenario se visualiza tres veces con diferentes diálogos con uno mismo, uno enfatizando el pensamiento depresivo, otro la elevada ira y, un tercero, la tristeza de forma realista, pero con una perspectiva de más aceptación y de solución de problemas. Se revisan los contrastes de la intensidad y de la naturaleza de los sentimientos, mientras se hace notar que la situación sigue siendo la misma. Esto subraya la importancia de los factores cognitivos y sirve para introducir la idea de que aunque la vida proporciona muchos acontecimientos frustrantes, decepcionantes, tristes, irritantes, muchos individuos convierten a las situaciones malas en situaciones peores y se enojan mucho por lo que piensan sobre los acontecimientos. Cualquiera que sea el formato, el clínico debería ayudar al paciente a comprender la importancia de los factores cognitivos, ya que muchos esfuerzos de la intervención se retrotraerán a este punto.

Las estrategias de cambio cognitivo se desarrollan con base en la suposición de que la ira de un individuo es, al menos en parte, una función de la forma en que el sujeto interpreta y da sentido a los acontecimientos externos o a la estimulación interna. De hecho, los acontecimientos pueden provocar emociones apropiadas relacionadas con la ira, como la frustración, la irritación, la molestia y la ira de leve a moderada. Éstos son resultados negativos, realistas, que provienen del bloqueo de la conducta dirigida hacia un fin, de las intrusiones no

deseadas en el espacio físico o psicológico de la persona, de la pérdida de oportunidades, de encuentros degradantes o abusivos, de expectativas no cumplidas, etc. Estos sucesos son inevitables y las emociones negativas de leves a moderadas resultan bastante naturales al experimentar estos acontecimientos no deseados. Sin embargo, los procesos cognitivos del individuo enfadado a menudo convierte a las situaciones “malas” en situaciones peores (p. ej., la forma en que el individuo interpreta y procesa la situación aumenta la intensidad de la ira y quizás la probabilidad de la conducta agresiva). Es decir, el individuo construye los acontecimientos de formas que producen más ira y luego responde al significado emotivo de esta realidad construida, en vez de a la realidad objetiva. Las intervenciones de terapia cognitiva se centran en la identificación y modificación de esos procesos cognitivos generadores de ira, de modo que la realidad percibida no sea aversiva de forma innecesaria.

En la clínica, se ha encontrado que determinados procesos cognitivos aumentan la ira. Éstos se resumen en las líneas siguientes, junto con las cuestiones clínicas frecuentemente relacionadas con ellos. A esas cuestiones les sigue un resumen de un proceso general de cinco pasos para cambiar dichas cogniciones generadoras de ira. Aunque estos conceptos y las intervenciones correspondientes se introducen aquí, en la tercera sesión, el peso de la exploración y el cambio tiene lugar en las sesiones restantes.

a. *Catastrofizando y magnificando lo negativo.* Cuando se produce esta distorsión cognitiva, el individuo percibe los acontecimientos de formas extremas, muy negativas. Por ejemplo, se etiqueta a los sucesos como espantosos, terribles, como cosas que el individuo no puede soportar, que le dejarán solado, reflejándose en frases como «las cosas se vuelven un infierno», en vez de hacerlo en términos negativos realistas, tales como frustrante, decepcionante, triste, irritante, etc. La ira va aumentando, conforme el individuo responde a los significados emocionales de estos términos extremos, en vez de hacerlo a la realidad negativa realista. Los pacientes en los que se da esta distorsión cognitiva necesitan sustituirla por un pensamiento negativo realista (p. ej., etiquetando los acontecimientos por sus cualidades negativas realistas en vez de hacerlo con cualidades exageradas). Los individuos necesitan definir y explorar las implicaciones de sus términos. Por ejemplo, se puede pedir a los individuos que insisten en que no pueden soportar algo, que se den cuenta de que están, de hecho, soportándolo, pero no les gusta. A un individuo que etiqueta las cosas como «siendo un infierno», se le podría pedir que definiere lo que es «ser un infierno» y si realmente se aplica. Cuando se hace esto, es más probable que esos individuos vean que están enfrentándose a un acontecimiento negativo que pueden afrontar. Alternativamente, se puede pedir a los pacientes que contrasten sus definiciones en términos de acontecimientos más amplios. Por ejemplo, términos como terrible y espantoso podrían relacionarse con acontecimientos mundiales recientes, como las guerras, los terremotos, los períodos de hambre, etc. Una vez que el individuo ha definido lo espantoso y lo terrible de esos acontecimientos, entonces se les podría pedir que lo contrastaran con lo espantoso que es el suceso que le ha provocado la ira. De nuevo, esto ayuda a que el individuo lo coloque en perspectiva y vea que está afrontando un acontecimiento negativo, pero no uno que sea abrumador. Es decir, los sujetos que catas-

trofizan necesitan aprender que pueden sustituir sus descriptores desviadores por otros más realistas (aunque negativos), que normalmente pueden afrontar.

Al vérselas con la catastrofización, el clínico debería estar preparado para tratar al paciente que insiste en que las situaciones son terribles y abrumadoras. Esos acontecimientos deberían considerarse con su valor aparente y evaluarse más profundamente. Los sucesos pueden, de hecho, implicar situaciones muy negativas, como el abuso de niños, el abuso sexual, la intimidación verbal o física, el acoso sexual, etc. Después de esa información adicional, el terapeuta puede estar de acuerdo en que los acontecimientos son tan aversivos que necesitan de una atención inmediata y puede desviar su atención hacia la intervención sobre la crisis, ayudando al paciente a poner límites y a facilitar el contacto con distintos recursos legales y/o administrativos para rectificar la situación. Sin embargo, los acontecimientos a menudo no son tan terribles como indica el paciente. El clínico debería estar dispuesto a aceptar que la situación es negativa, pero debe ayudar al individuo a explorar la negatividad extrema de los sistemas cognitivos de codificación. El centro de atención se vuelve así a desviar, para ayudar al individuo a reducir la exagerada negatividad y a tomar decisiones sobre, y afrontar, los acontecimientos aversivos realistas.

b. *Exigencias, órdenes y coacciones.* Cuando se produce este tipo de pensamiento, los pacientes insisten de forma rígida y autoritaria que el mundo debería ser, tiene que ser, necesita ser, espera que sea, de determinada manera (es decir, se plantea un patrón rígido, absoluto, a menudo moralista, frente al cual se evalúan los acontecimientos o la conducta de uno mismo o la de los demás). Sin embargo, no necesariamente el mundo satisfará esas expectativas. La ira, entonces, va aumentando conforme esta condición no se cumple o podría no cumplirse. Una gran cantidad de ira proviene, por lo tanto, de exigir que el mundo sea de una determinada manera y/o de intentar coaccionar y forzar a que el mundo encaje en un determinado molde. El paciente ha cometido el error de elevar sus preferencias a una exigencia dictatorial, y la elevada ira proviene de la violación de la exigencia, más que de la frustración natural por no obtener lo que quiere. Los pacientes necesitan ayuda para sustituir estos patrones de exigencia y coacción por deseos y preferencias personales y la aceptación de las frustraciones y decepciones naturales que se producen cuando estas preferencias no se satisfacen. El preguntar simplemente por qué los acontecimientos “deberían” ser de una determinada manera es, a menudo, útil para hacer esta discriminación entre exigencias y preferencias. Además, preguntar al paciente si siempre satisface otras expectativas o exigencias puede ser conveniente también. Si tiene el derecho de violar las exigencias de los demás, también lo tienen los otros. Además, pueden ser de utilidad las analogías al dictador autonominado o al estatus de dios. Es decir, el terapeuta hace notar que el paciente ha elevado sus preferencias al nivel de una exigencia o una orden y está reaccionando con la furia de un dios o una diosa, en vez de hacerlo con la frustración de un simple mortal.

Varios temas relativos a las exigencias aparecen frecuentemente en los problemas de ira. Uno de estos es el perfeccionismo (es decir, las situaciones deberían ser “correctas” y la conducta debería ser “exactamente así”). Otro tema relacionado a menudo con la ira en las relaciones interpersonales es la “necesidad” de amor

y aprobación (es decir, un individuo se enoja mucho cuando una persona no recibe el amor y la aprobación que “necesita”, en cuanto opuesto a sentí: la pérdida y el dolor natural que se produce cuando no se obtiene el amor y la aprobación que se quiere). Un corolario a la necesidad de amor y aprobación es la exigencia de que los demás no se sientan molestos o tengan sentimientos negativos hacia el sujeto (es decir, el individuo exige que los demás no tengan sentimientos negativos hacia él y se enfada consigo mismo cuando se comporta de manera que podría producir esos sentimientos o se enoja con los demás porque ellos están molestos). Otra exigencia se refiere a la culpa y al castigo. El individuo cree que cuando algo sale mal, alguien o algo está funcionando mal y debería ser culpado y castigado. Esto aumenta la probabilidad de externalizar la responsabilidad, enojándose con el origen de ella, y justificando el comportamiento hostil o agresivo hacia él. Otra forma de exigencia es lo que los terapeutas racional emotivo-conductuales llaman baja tolerancia a la frustración (Ellis, 1962, 1977). Al cometer este error cognitivo, el individuo exige que no debería experimentar dificultades, problemas o acontecimientos negativos. Entonces, cuando sucede un acontecimiento negativo, él/ella se enoja con su presencia. Esta clase de distorsión cognitiva se encuentra a menudo en los procesos de valoración secundaria (Lazarus, 1991) implicados en la ira, mientras que el individuo exige que no debería tener que soportar los acontecimientos frustrantes o negativos. Al vérselas con éstos, el paciente necesita ayuda para reencuadrar las exigencias en términos de sus preferencias personales y para aceptar los contratiempos y frustraciones naturales que se producen cuando no se logran estas preferencias.

Al tratar con los tipos exigentes/coercitivos de cogniciones, el clínico debería estar preparado para vérselas con tres clases diferentes de preocupaciones. La primera de éstas es un proceso en el que el paciente pone al terapeuta a la defensiva. Es decir, el paciente trata los *debería* como “ya dado” e intenta que el terapeuta refute o demuestre por qué no debería ser así. El paciente pasa a la ofensiva y el terapeuta tiene que defender la razón. Cuanto más proporciona el terapeuta un argumento lógico, más lo rechaza el paciente debido a la cualidad de “ya dado” que tiene la exigencia. El clínico debería adoptar un postura muy diferente, es decir, una en la que el paciente tiene que demostrar al clínico por qué las exigencias o las expectativas deberían ser así, no a la inversa (es decir, tú me lo demuestras y los dos nos lo creemos). A menudo es útil preguntar al paciente si alguna vez no ha satisfecho las expectativas o exigencias de otras personas. Normalmente la respuesta es afirmativa. El clínico puede entonces preguntar al paciente por qué es capaz de hacerlo y con qué derecho. Generalmente, el paciente explica de modo muy razonable que los demás no tienen el derecho de imponerle su voluntad y que él tiene el derecho de tomar decisiones por sí mismo y de dirigir su propio comportamiento. Entonces, el clínico puede preguntar por qué los demás no tienen el mismo derecho. La exploración de esto a menudo ayuda a la persona a empezar a ver que ha convertido sus preferencias personales en un tipo de exigencias.

Una segunda cuestión es la implicación expresada directa o implícitamente de que el terapeuta “no tiene valores”; el paciente directa o sutilmente acusa al terapeuta de no creer en la importancia de los valores y las convicciones. Esto puede enmarcarse en términos religiosos o filosóficos y el paciente implica que no tiene por qué aceptar el cambio de sus demandas o exigencias. Los clínicos deberían

abordarlo directamente, al menos de dos formas diferentes. Primero, deberían indicar que no están rechazando la importancia de los compromisos y los valores personales. Por el contrario, apoyan su importancia, animando a los pacientes a tener cuidado de ellos y a que trabajen duro para conseguirlos. Es decir, es muy importante mantener fuertes compromisos y convicciones personales, gastar tiempo, dinero y otros recursos para alcanzarlos y experimentar las frustraciones, irritaciones y decepciones naturales que se producen cuando no se consiguen. Puede indicarse que esto es bastante difícil, pero que es algo a partir de lo cual el individuo puede replantearse y decidir cómo desearía enfocar la consecución del compromiso con los valores. Sin embargo, elevar el nivel de preferencias personales al nivel de una exigencia únicamente aumenta la ira de forma innecesaria. Segundo, puede que el clínico desee explorar la cuestión de los valores dentro del marco religioso o filosófico de la persona. Normalmente, los sistemas religiosos y filosóficos tienen valores antiexigencias, incluyendo el perdón, la tolerancia y la aceptación de las diferencias en los otros. Es decir, puede ser útil para el individuo que vea que el tolerar las diferencias en los demás está en consonancia con su propio sistema religioso o filosófico y que imponer sus valores sobre los demás está realmente fuera de su sistema de creencias. No obstante, un valor profundamente sentido no proporciona el imperativo “moral” para pisotear los valores y las creencias de los demás.

Una tercera forma de justificación de las exigencias aparece en la forma de contrato social. Por ejemplo, las cosas deberían ser de una determinada manera porque es la ley, algo que un importante grupo apoya, alguien dio su palabra, era parte de las promesas maritales, o era una condición del trabajo. Debido a que los individuos hicieron un contrato y estuvieron de acuerdo con las condiciones, éstas deberían ser inviolables. Es importante que el clínico reconozca las frustraciones, decepciones y costes que se generan cuando se rompen los contratos. Sin embargo, es importante también observar que estos contratos los hicieron seres humanos falibles y que elevarlos a leyes “morales” sólo sirve para exacerbar la ira cuando se rompen. De hecho, el individuo se enfrenta con una realidad negativa, la de las expectativas y promesas rotas, y se le debería ayudar a que considerara que esto es bastante malo, pero que las exigencias lo único que consiguen es que la ira vaya aumentando y que la situación parezca peor. Por ejemplo, el individuo puede enfrentarse con las mentiras y las decepciones de un cónyuge infiel o con las promesas rotas de su jefe. Éstas son realidades negativas y dolorosas. Pero el insistir en que son “erróneas” y “no deberían” haber sucedido, sólo hace que la ira aumente así como la probabilidad de evitar el dolor de vérselas con ellas.

c. *La sobregeneralización.* En esta distorsión cognitiva, el individuo llega a conclusiones sobre acontecimientos, personas, él mismo o el tiempo que van más allá de las características del momento y la situación (es decir, se llega a características generales a partir de aspectos específicos). La ira va aumentando conforme el individuo responde al significado emocional deja etiqueta, en vez de hacerlo a los aspectos concretos. Un tema frecuente se refiere a las sobregeneralizaciones sobre el tiempo, donde una persona implica que las cosas son “siempre” o no son “nunca” de una determinada manera. Otra clase de sobregeneralización entraña la aplicación de etiquetas negativas a la gente o a los acontecimientos (p. ej., algo es idio-

ta, estúpido o inútil). Se debería ayudar a los pacientes que cometen este error para que fueran pensadores que discriminaran mejor (es decir, que se concentraran en los acontecimientos negativos de un momento y lugar específicos y que basaran sus reacciones conductuales y emocionales en eso). Es muy útil para el clínico utilizar una serie de preguntas para ayudar a la persona a centrarse en lo que está sucediendo en un momento, lugar y con un “conjunto de condiciones” específicos. Con las repeticiones, el paciente va inclinándose más a centrarse concretamente en los aspectos específicos y en responder a ellos.

d. *El pensamiento absurdo y provocador.* Esta distorsión cognitiva implica el etiquetar las cosas de formas muy negativas, a menudo groseras o absurdas (p. ej., llamar a alguien desgraciado, gilipollas, hijo de puta, idiota, cateto o burro). Esas etiquetas son gasolina cognitiva para el fuego del enfado, añadiendo un fogonazo de ira, no debido al acontecimiento por sí mismo, sino a la etiqueta. Los individuos que cometen este error necesitan ayuda para sustituir estos términos por descripciones negativas realistas. Muy a menudo, una buena estrategia es pedir a la persona que defina sus términos de modo concreto. Al hacerlo, se suelen dar cuenta de los elementos absurdos y/o graciosos que a su vez, interfieren con estar enojado. Además, se puede pedir a la persona que cree una imagen específica del término. Por ejemplo, si un empleado enfadado se refiere habitualmente a su jefe como un “burro”, se le podría pedir que definiese ese término específicamente. Al examinar la idea de no ser muy brillante o un poco retrasado, durante la aplicación de ese término, conduce, a menudo, a la persona a ver el humor y lo absurdo de la frase. Luego puede indicarse que gran parte de la ira es una función de la etiqueta que la persona ha aplicado, y la utilización de imágenes concretas puede ayudarles a reír y a conseguir una pequeña distancia de la situación difícil. Se le debería pedir a la persona que recodificase la situación como una frustración o un contratiempo y que lo reenforcara, viéndoselas con las frustraciones y las decisiones que se necesita tomar. Nuestra experiencia clínica nos dice que estos tipos de cogniciones son muy frecuentes en las reacciones de ira y responden razonablemente bien a la concretización directa de términos e imágenes.

e. *Las atribuciones erróneas y el pensamiento limitado a un objetivo.* Los individuos con ira problemática a menudo saltan a conclusiones o explicaciones egocéntricas sobre los acontecimientos y luego responden como si fueran verdad, sin considerar su validez. Por ejemplo, si alguien no hace lo que ellos quieren, piensan que la persona está tratando, a propósito, de enojarlos o provocarlos o, si otra persona está enfadada y molesta, suponen que lo está con ellos. Suelen no considerar otras posibilidades o interpretaciones, más favorables, como que la otra persona no se dio cuenta de sus (de ellos) pensamientos y deseos o que estaba haciendo lo que pensaba que era útil o, en el último ejemplo, que la persona estaba enfadada y molesta consigo misma o con otra persona, y que sus sentimientos (de ella) tenía poco o nada que ver con ellos. Esas atribuciones suelen estar caracterizadas por cualidades como el lector de mentes y el tener un único objetivo (es decir, el individuo sólo tiene una explicación e implícitamente “sabe” por qué los demás se comportan como lo hacen sin necesitar más evidencias que lo sustenten) (Beck, 1989). Además, las atribuciones

suelen caracterizar a los acontecimientos como injustificados (es decir, el individuo considera que la situación es injustificada o injusta), a propósito (es decir, alguien expuso al sujeto a los acontecimientos de modo consciente y a propósito), controlables (es decir, el acontecimiento podría y debería haberse evitado que sucediera) y culpables (es decir, considera que algo o alguien es culpable y se le debería hacer sufrir), atribuciones que se sabe aumentan la activación de la ira y la probabilidad de agresión hostil (Deffenbacher, 1994). Los individuos que tienen ese pensamiento singular (Beck, 1976) necesitan ser pensadores más variados. Es decir, necesitan aprender a identificar esos procesos atribucionales automáticos y sustituirlos por una serie de posibles interpretaciones y explicaciones. Una estrategia básica es animar al paciente a que llegue con una variedad de explicaciones para los acontecimientos. A veces, es útil que el terapeuta modele una serie de posibilidades inverosímiles y exageradas, con el fin de estimular al paciente para que piense en posibilidades más realistas y menos productoras de ansiedad. Una vez que la persona genere alternativas, el terapeuta puede ayudarle a evaluar las posibilidades y las implicaciones de diferentes atribuciones.

Un problema clínico frecuente es que el paciente insistirá en que la atribución negativa es verdadera o al menos sugerirá la posibilidad de que la atribución sea verdadera; en otras palabras, que su explicación es verídica. El terapeuta no debería retroceder cuando se plantea esta cuestión, sino que tendría que trabajar de dos modos diferentes. En primer lugar, la atribución a menudo implica otras distorsiones cognitivas, normalmente la exigencia de que los demás o las situaciones "no deberían" comportarse o ser de una determinada manera (p. ej., la persona no debería ser injusta o mezquina). La reestructuración cognitiva alrededor de temas de exigencia es apropiada en este caso. En segundo lugar, el terapeuta y el paciente deberían explorar la posibilidad de que éste se encuentre en lo cierto. Si esto demostrase ser verdad, el paciente necesitará ayuda para aceptar la realidad dolorosa y comportarse apropiadamente. Por ejemplo, puede ser cierto que la pareja no se preocupe realmente de él o que no le exprese mucho afecto. Es probable que sea necesaria la reestructuración cognitiva de la exigencia de no experimentar acontecimientos negativos, pero el individuo seguirá necesitando ayuda para aceptar esta realidad, tomando decisiones apropiadas y llevándolas a cabo de una forma constructiva.

f. El pensamiento polarizado. Este error cognitivo implica la codificación de los acontecimientos en conceptos dicotómicos, tales como perdedor-ganador, correcto-equivocado, bueno-malo o fuerte-débil. Cuando un acontecimiento no confirma el polo positivo, entonces, por implicación, confirma el polo negativo, y el individuo se siente y reacciona de acuerdo con ello. Por ejemplo, si un sujeto piensa que es fuerte o débil, cualquier conducta que no sea fuerte es una señal de debilidad y puede provocar ira hacia uno mismo. Alternativamente, si la conducta de los demás se codifica como correcta o incorrecta, entonces cualquier error o equivocación por parte de la otra persona demuestra que está equivocada, provocando ira hacia ésta y quizás también agresión justificada. Se debería ayudar a los pacientes a sustituir el pensamiento dicotómico por un pensamiento más continuo. Es decir, se debería ayudar al individuo a aplicar varias clases de adjetivos, adverbios y frases calificadoras que coloquen los acontecimientos en varios puntos a lo largo de un continuo.

Por ejemplo, un individuo podría considerar los niveles de agrado que los demás podrían sentir hacia él y las distintas características que los otros podrían considerar positivas o negativas, en vez de emplear una única dicotomía, tal como les agrado-me odian. Puede ser también beneficioso para el clínico reelaborar o reencuadrar las conductas dentro de los constructos actuales del paciente. Por ejemplo, la perorata de enfado de un paciente podría reencuadrarse como la manifestación de una conducta débil en la polaridad fuerte-débil. Es decir, se podría sugerir que no dice mucho de la fortaleza del carácter de una persona gritar y maldecir, mientras que estar tranquilo y ser asertivo puede ser una señal mucho más clara de dicha fortaleza.

Una cuestión clínica frecuente es la sugerencia de que el terapeuta, de nuevo, puede que no tenga valores o patrones y, por implicación, que el paciente pueda rechazar lo que diga el terapeuta. Es decir, si éste no está de acuerdo con el paciente en que la conducta es correcta-equivocada o buena-mala o que hay ganadores-perdedores, entonces el paciente podría sugerir que el terapeuta no tiene valores o moral y no cree en la búsqueda de la excelencia. El terapeuta podría indicar que cree en la importancia de los valores y patrones de la actuación, pero que ésta existe a lo largo de un continuo, que la actuación de mucha gente no llega a alcanzar un tipo de patrón idealizado y que no son condenables, rechazables y culpables por no llegar a lograrlo. Además, la ira, la culpa y la agresión raramente mejoran el comportamiento de la otra persona.

g. *Sobreestimación e infraestimación.* Los individuos con ira a menudo suelen sobreestimar la probabilidad de acontecimientos negativos e infraestimar la probabilidad de acontecimientos positivos, de los recursos de ayuda y de las capacidades de afrontamiento. Por consiguiente, el mundo es más hostil y amenazador, ya que es más probable que las valoraciones primarias indiquen peligro, amenaza y/o violación. Es decir, los individuos con ira parecen tener un sesgo del procesamiento de la información hacia la identificación de estímulos amenazantes/violadores y están preparados para responder a estos acontecimientos con ira y agresión. Es como si la antena cognitiva del sujeto estuviera explorando signos hostiles del ambiente, lo que aumenta la probabilidad de que los encuentre, especialmente cuando el individuo los procesa con otras distorsiones cognitivas. Al contrario, el individuo suele no enfatizar la información positiva, favorable y de afrontamiento. Por consiguiente, los procesos de valoración secundaria no resaltan la capacidad para afrontar y disminuir la ira y manejar los acontecimientos aversivos de una forma positiva o constructiva. Los pacientes que cometen esos errores necesitan ayuda para aprender un pensamiento más equilibrado (es decir, para ser capaces de evaluar con más precisión la probabilidad de acontecimientos tanto positivos como negativos, de aumentar y agotar los recursos). Una estrategia útil es hacer que el individuo explore la base de sus evaluaciones y clarifique los orígenes de la evidencia de esas predicciones. Esto lleva a menudo a una reevaluación de las estructuras de probabilidad que, a su vez, suele llevar a percepciones basadas más en la realidad y con un mayor centro de atención para el afrontamiento.

Un frecuente punto muerto lo constituye un paciente que insiste en qué percibe y predice con exactitud un ambiente negativo. De nuevo, esto debería explorarse directamente, ya que el paciente puede estar en lo cierto; el ambiente puede ser

aversivo y él puede tener pocos recursos para modificarlo. Sin embargo, puede seguir necesitando dos fuentes de ayuda. En primer lugar, es posible que necesite ayuda para la exigencia implícita de que no se ha de exponer a acontecimientos negativos (véase comentarios anteriores sobre el pensamiento exigente y polarizado). En segundo lugar, podría necesitar ayuda para que acepte la realidad negativa con la que se enfrenta y que explore las posibilidades y las conductas de que dispone para abordar y resolver la situación. De nuevo, el paciente puede tener elecciones difíciles, y pocas, si es que tiene alguna, opciones buenas, excepto no escoger la opción de la furia e ira inútiles.

En conclusión, los procesos cognitivos a menudo distorsionan la realidad y producen más ira; modificando estas cogniciones se puede disminuir la ira y poner al individuo en una mejor posición para el afrontamiento con mis recursos. Además, las cogniciones a menudo no están aisladas ni son mutuamente excluyentes. De hecho, con frecuencia están mezcladas entre sí, a veces en una especie de taquigrafía cognitiva. Por ejemplo, la frase «¡Oh, Dios mío!» en un paciente era el equivalente cognitivo de «esto es terrible y espantoso, no debería haber tenido que vérmelas con ello y no debería haberme sucedido», incluyendo catastrofización y exigencia al mismo tiempo. Dichos procesos cognitivos suelen ser habituales y están muy sobreaprendidos. Esto significa que la terapia implica, a menudo, una reelaboración y un reciclaje repetidos de la misma estructura cognitiva, antes de que tenga lugar un cambio duradero. Además, muchos de los procesos cognitivos son aprobados y apoyados socialmente, lo que significa que el terapeuta necesitará mantener el centro de la atención en identificar los errores de la cognición y no simplemente en estar de acuerdo con el paciente porque los demás también lo creen. Finalmente, la reestructuración cognitiva implica también una clase de inclinación filosófica. Es decir, se expone repetidamente a los pacientes a la idea de que muchas cosas de la vida son frustrantes, decepcionantes, irritantes, etc. de forma natural, y un nivel de ira ligera es apropiado. Sin embargo, los elevados niveles de ira frecuentes, intensos y duraderos constituyen en ocasiones el resultado de la manera de pensar del individuo, empeorando la situación. Sin embargo, incluso cuando se modifican las distorsiones cognitivas, es posible que el sujeto tenga que enfrentarse a algún acontecimiento negativo que deba afrontar. Esa posición filosófica sobre el mundo no es precisamente popular con algunos pacientes y puede que el terapeuta necesite, cortés pero firmemente, repararla presencia documentada de los acontecimientos negativos de la vida y la tarea evolutivo-existencial de vérselas y hacer las paces con ellos.

El cambio cognitivo del procesamiento de la información sesgado, como el indicado anteriormente, implica cinco pasos o tareas terapéuticas que se solapan. En cada paso se emplea una serie de estrategias para producir el cambio (Beck y Emery, 1985; Deffenbacher, 1994; Meichenbaum, 1985). Las dos primeras tareas, la de mejorar el darse cuenta del paciente en las situaciones productoras de ira y el hacer que los pacientes acepten la influencia de los procesos cognitivos en la activación de la ira, ya se han discutido y se vuelven a repetir cuando sea necesario en las sesiones posteriores. Los pasos tres y cuatro—la clarificación de los errores cognitivos y el desarrollo de contrarrespuestas cognitivas nuevas, más funcionales— empiezan al principio de esta sesión y se continúan en los primeros momentos de cada una de las sesiones posteriores. El paso quinto —ensayo y transferencia a las circunstancias

de la vida real— empieza en la sesión 4 y se mantiene a lo largo de las sesiones que restan.

Se emplean numerosos enfoques para exponer y clarificar los errores cognitivos, siendo el más básico el empleo de preguntas socráticas, con final abierto, que ayuda a los pacientes a explorar los límites e implicaciones de sus pensamientos. Por ejemplo, algunas preguntas del tipo «¿Y entonces, qué sucedería?» ayuda a los pacientes a explorar los límites de las interpretaciones catastróficas (es decir, cuando los pacientes hacen que pasen por toda una serie de acontecimientos en su cabeza, a menudo no se encuentran tan estresados y enfadados). Podría emplearse una pregunta del tipo «¿Cuál sería otra forma de verlo?» para aumentar el rango de alternativas y atribuciones que un paciente estaba empleando, u otra del tipo «¿Dónde está la evidencia que lo demuestre?», que podría ayudar a un paciente a poner a prueba sus pensamientos dicotómicos y/o estimar las probabilidades. Adicionalmente, una pregunta como «¿Por qué los demás tienen que hacer lo que tú quieres?», o como «¿Y por qué no deberían sucederte cosas malas?», podría abrir la exploración de las exigencias. El estilo de esas preguntas es normalmente cortés y de tanteo, pero las preguntas pueden volverse muy incisivas y provocativas cuando se necesite (p. ej., «¿Y quién te nombró dios?»). Se puede utilizar también el modelado cognitivo, en el que el terapeuta comparte pensamientos alternativos. Por ejemplo, el terapeuta podría pensar en voz alta señalando frustración, pero de formas menos exigentes y catastróficas, y luego pedir al paciente que indique su grado de ira cuando piensa siguiendo este estilo. Esto no sólo proporciona al paciente un diálogo consigo mismo y formas de pensar alternativos, sino también un contraste con su pensamiento habitual. Se emplean frecuentemente también experimentos conductuales en los que el paciente se comporta de forma diferente. Por ejemplo, una mujer enojada que “sabía” lo que los demás estaban pensando, sintiendo y por qué se comportaban de modo negativo hacia ella, estuvo de acuerdo en preguntar a los demás durante una semana lo que pensaban y sentían. Esto se planteó para proporcionar atribuciones y explicaciones alternativas, y para poner en entredicho su predicción de que si se acercaba a los demás sólo conseguiría que la hicieran daño. Otro ejemplo fue el caso de un conductor enojado que entrevistó a doce individuos diferentes sobre lo que pensaban cuando se encontraban en un atasco. Otra mujer enfadada habló con varias de sus amigas que habían sufrido la pérdida de una relación y solicitó sus pensamientos sobre el otro individuo y cómo habían afrontado el acontecimiento. Esto le ayudó a salirse de su “pensamiento enfocado en un aspecto” con respecto a su ex pareja y le proporcionó un rango de cogniciones alternativas y estrategias conductuales de afrontamiento. Finalmente, un hombre de negocios, que tenía una historia de responder airada e impulsivamente en reuniones, estuvo de acuerdo que durante tres días todos sus pensamientos se limitarían a ser escritos y trataría de ver si los demás «lo devaluaban y lo ignoraban», que había sido una de las razones para “defenderse”. Cualquiera que sea el método, el objetivo de esta fase es hacer que el paciente explore sus cogniciones automáticas y contemple los sesgos productores de ira y las distorsiones en ellas.

Sin embargo, la comprensión no es suficiente. La cuarta tarea terapéutica es que el individuo concrete los conocimientos y las perspectivas alternativas de la etapa anterior en imágenes y pensamientos nuevos, específicos, con los que contrarrestar los disfuncionales de antes. Es decir, los pacientes necesitan desarrollar imágenes es-

pecíficas, diálogo consigo mismo y actitudes que les guíen a través de situaciones provocadoras y que sirvan para disminuir su ira. Esos procedimientos se retinan con el tiempo y, a menudo, se escriben bajo el formato de guiones que el individuo puede emplear para reducir su ira.

El último paso implica el ensayo y la transferencia de estos procesos cognitivos modificados a las circunstancias de la vida real (ver las descripciones de las sesiones posteriores). Cualquiera que sea el formato de ensayo que se elija, la importancia de la práctica nunca se resaltará lo suficiente. Incluso aunque las actividades de ensayo no sean a menudo atractivas para el terapeuta o el paciente, aquél debería proporcionar experiencias reiterativas en la identificación de la activación de la ira y el empleo con éxito de nuevas habilidades cognitivas de afrontamiento para disminuir la ira, tanto dentro de las sesiones como en vivo. En ocasiones supone considerables repeticiones y revisiones de las frágiles habilidades cognitivas de afrontamiento, con el fin de tener un repertorio fiable de contrarrespuestas creíbles, basadas en valores, que la persona empleará fácilmente para la disminución de la ira.

Aproximadamente los últimos 15 minutos de la sesión 3 se pasan en actividades de relajación. Se va hacia un mayor autocontrol de la relajación por parte del paciente conforme los ejercicios de tensión-relajación van desapareciendo y la relajación empieza con relajación sin tensión, el repaso de los músculos dejando escapar la tensión y el aumento de la relajación sin tensar los músculos. Con el fin de fortalecer la relajación controlada por uno mismo, se repiten las otras habilidades de atontamiento por medio de imágenes relajantes, la relajación controlada por estímulos y la relajación provocada por la respiración, cuando el tiempo lo permite.

Las tareas para casa de la sesión 3 incluyen pequeñas modificaciones de las de la sesión 2. Los pacientes continúan autorregistrando la ira, pero añaden una sección separada en la que registran los componentes cognitivos (véase el Diario de ira 2 en el cuadro 20.3). Tienen que terminar su primera escena de ira y repasarla para encontrar las distorsiones y los temas cognitivos, dando como resultado una lista escrita de sus temas cognitivos personales y de sus contrarrespuestas potenciales a cada distorsión cognitiva. Se practica diariamente la relajación sin tensión y se registra en el Diario de relajación, junto con la aplicación de una o más de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación, al menos una vez al día en situaciones no estresantes.

IV.5. *Sesión 4*

En muchos puntos, la sesión 4 es un prototipo para las restantes sesiones. La primera parte de cada sesión se pasa clarificando y desarrollando nuevas, aceptables, habilidades cognitivas de afrontamiento, y la última mitad de la sesión se dedica al entrenamiento en autocontrol activo de las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación. De modo específico, se activa la ira por medio de la visualización de situaciones productoras de ira. Los pacientes prestan atención a las señales internas cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación de la ira y luego inician las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para la reducción de la ira dentro de la sesión. El nivel de ira activado, la cantidad de ayuda por parte del terapeuta para producir las habilidades de afrontamiento, y elementos específicos del

procedimiento, cambian en las sesiones posteriores, pero se sigue el mismo formato general.

La revisión inicial de las tareas para casa debería centrarse tanto en los problemas como en los éxitos. Es decir, deberían aclararse y abordarse las dificultades y las dudas, pero el terapeuta tendría también que apoyar y reforzar los ejemplos positivos. Se debería animar a los pacientes para que empezasen a aplicar las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para la disminución de la ira y de otras emociones negativas. Se les debería avisar de que posiblemente estas habilidades no sean siempre eficaces en este momento, pero que el intentarlo es muy importante y que partes de las sesiones presentes y futuras se dedicarán a practicar las habilidades cognitivas y de relajación para el control de la ira.

Luego se habla sobre la escena de ira. Si la escena no es suficientemente clara para una visualización vivida, el paciente y el terapeuta trabajan juntos para dar sustancia a los detalles situacionales, cognitivos, emocionales y fisiológicos concretos. El paciente comparte, entonces, sus temas cognitivos y las contrarrespuestas útiles, y el terapeuta le ayuda a clarificar y reestructurar las cogniciones disfuncionales en contrarrespuestas apropiadas, que se añaden a la lista que va tiene el paciente y que se utilizarán para el ensayo de la habilidad cognitiva de afrontamiento en el siguiente apartado de la sesión. En general, la entrevista al comienzo de la sesión, la escena de ira, y el desarrollo de las respuestas cognitivas de afrontamiento, llevan aproximadamente la mitad de la sesión.

El centro de atención cambia luego al entrenamiento de las habilidades de afrontamiento. El formato general es como sigue. En primer lugar, el paciente se autoinduce la relajación por cualquiera de los métodos que le funcionen mejor y le señala al terapeuta, normalmente levantando un dedo, que está relajado. Luego, éste hace que el paciente visualice la escena de ira y que se implique como si estuviera sucediendo en ese momento (véase muestra de instrucciones más adelante). Cuando se experimenta ira, el paciente se lo señala al terapeuta y entonces se le dice que mantenga la visualización, que preste atención a los estímulos de la activación de la ira y que se enfade aún más. Cuando el paciente ha experimentado la ira durante aproximadamente 30 segundos, el terapeuta le pide que borre la escena de su mente y que inicie una o más de las cuatro habilidades de afrontamiento por medio de la relajación. Cuando se han ensayado las habilidades de relajación, el terapeuta instruye al paciente para que piense sobre la situación en términos de los pensamientos útiles (contrarrespuestas) desarrollados anteriormente en la sesión (p. ej., sustituyendo las exigencias por preferencias o quedándose en las descripciones situacionales en vez de sobregeneralizar). Cuando el paciente está tranquilo de nuevo, lo que puede suceder en cualquier momento durante el ensayo de las habilidades de afrontamiento cognitivas o de relajación, se lo indica al terapeuta. Este toma nota de la señal y continúa con la exposición a, y el ensayo de, las habilidades de afrontamiento. A veces, el terapeuta puede inducir la señal de tranquilidad, bien porque la señal no se ha producido o bien porque no la ha visto. Esto puede hacerse por medio de una simple instrucción, como «Y me señalas si estás tranquilo/a y relajado/a». Si no se produce ninguna respuesta, entonces se hace la petición opuesta, como «Y ahora me indicas si no estás tranquilo/a y relajado/a». Cuando el paciente ha señalado tranquilidad y se han ensayado varias de las cogniciones alternativas, se repite el proceso mientras el tiempo lo permita. El contenido de las contrarrespuestas cognitivas debería ser relativamente específico en los primeros tres o cuatro ensayos. Sin

embargo, con más repeticiones, el terapeuta puede ir atenuando la especificidad y pasando a instrucciones más generales, como «Vuélvete a centrar en esa situación y percíbela más en términos de lo que querías, en vez de exigir... Intenta no hacerlo mayor de lo que es, mantente en el presente... Intenta verlo como un contratiempo, un problema a resolver, en vez de un terrible problema...».

Una muestra de las instrucciones de la sesión 4 para la presentación de las escenas de ira y para el entrenamiento de las habilidades de afrontamiento, podría ser algo parecido a lo siguiente:

Muy bien, dentro de un momento voy a hacer que recuerdes la escena de ira que incluye [breve referencia]. Cuando lo haga, vuelve a introducirte en esa situación tal como te está ocurriendo en estos momentos, señalándome cuándo te estás sintiendo enojado/a... Ahora, trae a tu mente esa escena de ira... Introdúctete en ella, dejando que cada parte de esa situación se concrete y se haga más real... [el paciente indica ira]. Bien, sigue con la ira y deja que crezca... Date cuenta cómo la experimentas. Quizás sea por la tensión de los hombros y el cuello, el apretar de las mandíbulas y los dientes, esa sensación acalorada de ira, las exigencias de que las cosas tienen que ser justas, o ese upo de confusión y embrollo mental... Te encuentras realmente allí, cada vez más enfadado/a [la escena se expone de esta manera durante aproximadamente 30 segundos después de la señal de ira]... Ahora haz desaparecer esa escena y empieza otra vez la relajación [una de las cuatro habilidades de afrontamiento por medio de la relajación] indicándome cuándo estás tranquilo/a de nuevo... [cuando el procedimiento de relajación se termina]. Ahora tengamos una perspectiva diferente sobre los pensamientos que se dan en esa situación, tales como... Seguro que desearía que fuera diferente, pero *no tiene por qué* [énfasis en la voz del terapeuta] ser de la forma que yo quiero que sea. Desearía que lo vieran como yo lo veo, pero no es el fin del mundo si no sucede así. El sol seguirá saliendo por el Este y poniéndose por el Oeste. De cualquier manera, puede afrontarlo y aceptarlo... [ensayando uno o dos pensamientos más si es relevante]. Y me indicas cuando estás de nuevo tranquilo/a... Bien, ya veo tu señal... Continúa sintiéndote bien por reducir tu ira... Muy bien, repetamos el proceso... [se vuelve a pasar una variante del proceso que acabamos de seguir].

Después de tres a seis repeticiones del ensayo de las habilidades de afrontamiento, se activa al paciente y se discute la experiencia. El centro de atención se pone en el aumento del darse cuenta de las señales de la ira, en cualquier estímulo adicional que se haya observado, y en los elementos con éxito del afrontamiento.

Se desarrollan las tareas para casa de la siguiente semana, que incluyen:

1. la práctica diaria continua de la relajación sin tensión y su registro en el Diario de relajación;
2. la aplicación de las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación una o más veces al día para todos los tipos de reacciones estresantes, especialmente aquellas que implican ira, y el registro de estos esfuerzos en el Diario de ira; y
3. el desarrollo de una nueva escena de ira con un nivel de ira mayor (véase la discusión anterior sobre el tipo de escenas de ira). Las instrucciones para el desarrollo de la escena de ira y el perfilar los temas cognitivos y las contrarrespuestas son lo mismo que en la sesión 3. El Diario de ira se modifica para incluir una nueva columna de los Esfuerzos de afrontamiento (véase Diario de ira 3 en el cuadro 20.3).

Además, se advierte de nuevo a los pacientes que no esperen tener éxito en todos los intentos de reducir la ira, ya que las habilidades de afrontamiento no son todavía lo suficientemente fuertes y fiables. Se les insiste también que deberían practicar cada vez que se les presente la oportunidad, ya que esto les daría cierta sensación de control, les proporcionaría experiencias válidas de afrontamiento y les serviría para saber lo que funciona y lo que no funciona.

IV.6. Sesión 5

La sesión 5 se desarrolla de la misma manera que la sesión 4, salvo dos excepciones. En primer lugar, las tareas para casa se centran en los éxitos y los problemas al aplicar las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación a la ira y a otras emociones. Los éxitos del paciente se refuerzan y se incluyen como parte de la explicación y de los procedimientos, se discuten las dificultades y se desarrollan planes para su superación. De cualquier manera, se apoyan y alaban los esfuerzos para poner en práctica las habilidades de afrontamiento. Se aumenta el nivel de ira de la escena de ira, generalmente unas 10-15 unidades en una escala de 100 puntos y, dependiendo del formato de la escena seleccionada, se cambia a una escena en la que la ira experimentada se produce después de tener lugar un acontecimiento o en la que la ira se reprimió en ese momento, pero la experimentó cuando se encontró más tarde con estímulos que le recordaban la situación. Ejemplos de esas escenas podrían incluir: *a.* darle vuelta a un suceso después de que ha tenido lugar; *b.* recuerdos invasivos de acontecimientos pasados provocadores de ira; *c.* un acontecimiento en el que el individuo escoge no hablar sobre la injusticia o los problemas por temor a las represalias, pero sobre el que sigue experimentando una ira considerable; *d.* acontecimientos que no se pueden resolver, como la ira del paciente hacia uno de sus padres que ahora está muerto; o *e.* situaciones en las que un acontecimiento provocador sucede rápidamente, pero el sujeto sigue estando enojado, como al cerrarle el paso cuando conducía el coche. Con estas modificaciones en las tareas para casa y en el contenido y nivel de ira de la escena, los procedimientos de la sesión 5 son los mismos que los de la sesión 4.

IV.7. Sesión 6

La sesión 6 es similar también a la sesión 4, pero con tres modificaciones. En primer lugar, aunque se repasan las tareas para casa como se ha hecho hasta ahora, se presta más atención a: *a.* que los pacientes disfruten de sus propios éxitos; *b.* identificar y etiquetar los temas cognitivos frecuentes (p. ej., «me lo estoy tomando como algo personal», «perfeccionismo airado», «las cosas me tocan la fibra sensible», o «me nombro a mí mismo dios de nuevo y condeno a las cosas»); y *c.* empezar a identificar los principios y estrategias generales para abordar las fuentes de la ira. En segundo lugar, se aumenta de nuevo el nivel de ira unas 10 unidades más y las tareas para casa de la sesión 6 incluyen el generar una escena de un elevado nivel de ira (75-85) y perfilar los temas cognitivos y las contrarrespuestas. En tercer lugar, el entrena-

miento en habilidades de afrontamiento cambia hacia un mayor control por parte del paciente a través de una modificación en el formato de presentación de la escena. En las sesiones 4 y 5, las sesiones de ira se eliminaban de la visualización y luego se aplicaban habilidades de afrontamiento. En la sesión 6 y en las siguientes, se instruye a los pacientes para que permanezcan en la escena de ira y empleen de forma activa las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para reducir esa ira. Es decir, el paciente visualiza la escena y experimenta una activación de la ira, tal como sucedía anteriormente, pero continúa imaginándose la escena mientras aplica las estrategias de afrontamiento. El terapeuta instruye al paciente para que emplee las habilidades de relajación que mejor funcionen en su caso, proporciona menos contrarrespuestas cognitivas detalladas y se coloca el centro de atención en que el paciente aplique los pensamientos que le sean más útiles, indicándole por medio de sugerencias más generales (p. ej., «Preferir, en vez de exigir», «Verlo como un problema o contratiempo, no más», «No jugar a ser Dios, sino comportarse como un ser humano y preferir no exigir», «Quedarse con lo que es cierto en esta situación y no ir más allá» y «Mantener la cabeza fría»), que se refieran a temas cognitivos generales y que provoquen cogniciones más concretas por parte del paciente. El sistema de señales se altera también para acomodarse a estos cambios. El paciente levanta su mano cuando experimente ira y la mantiene así hasta que la controle. En este punto, baja la mano para señalar el retorno de la tranquilidad y elimina la escena de la imaginación. Continúa empleando las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación hasta que se le pida que prepare la visualización de la siguiente escena. Las escenas se repiten hasta que el tiempo lo permita, pudiéndose utilizar la escena de la sesión anterior, y se alternan de modo apropiado. Seguidamente se describen ejemplos de instrucciones para las presentaciones de las escenas de la sesión 6:

Dentro de un momento voy a hacer que visualices la escena de ira que incluía... [breve referencia al contenido]. Cuando lo haga, quiero que te introduzcas en ella, que te des cuenta como la vas sintiendo... Indícame, levantando el dedo, cuando estés sintiendo esa ira, manteniendo levantado el dedo desde ese momento y mientras sigas estando enojado/a... Mantén esa ira y deja que crezca... Cuando la ira sea elevada, quiero que continúes en la escena y comiences con las habilidades mentales y de relajación para reducir la ira. Es decir, permanece en la escena y afronta la ira, indicándome cuándo la tienes bajo control bajando el dedo. En el momento en que bajes el dedo, haz desaparecer la escena y continúa utilizando las habilidades mentales y de relajación.

Ahora introdúctete en la situación. Estás ahí y te encuentras inmerso en ella, viviéndola... [un poco más tarde el paciente hace la señal]. Bien, ya vi la señal. Deja que la ira crezca, date cuenta cómo la estás viviendo... [15-20 segundos más tarde]... Utiliza tus mejores métodos de relajación para afrontarla y tener una perspectiva diferente sobre la situación... Quizás contrarrestando tu tendencia a exigir que tus compañeros/as de trabajo estén de acuerdo contigo... Quizás sustituyendo tus maldiciones por términos negativos más realistas... [después de que el paciente indica tranquilidad]... Muy bien, veo la señal. Haz desaparecer la escena y continúa sintiéndote bien por ir colocando la ira bajo control.

IV.8. *Sesiones 7, 8 y restantes*

Estas sesiones siguen los procedimientos de la sesión 6, salvo que se emplean niveles de escenas de ira incluso más elevados, incluyendo la “peor” situación de ira del paciente. Por consiguiente, es necesario que las tareas para el desarrollo de escenas y contrarrespuestas cognitivas reflejen el contenido de la escena y/o el nivel para la siguiente sesión. Se fomenta de modo importante la aplicación de las habilidades a problemas emocionales distintos de la ira (p. ej., ansiedad, depresión, vergüenza y culpa) y se puede incluir, cuando se considere apropiado, escenas que impliquen esas emociones. La aplicación de las habilidades de afrontamiento a cuestiones tanto de ira como de otras emociones diferentes se registran en el Diario de ira 3 y se discuten al principio de cada sesión. Aunque no es necesariamente aplicable en todos los casos, se puede planificar por medio de contratos, intentos específicos en vivo con o sin la presencia del terapeuta. Un ejemplo de un contrato sin la presencia del terapeuta es el caso de un estudiante enojado que se enfadaba cuando escribía informes en su ordenador; se comprometió a dejar de escribir, ir a otra habitación, relajarse y estructurarse cognitivamente antes de borrar cualquier cosa que fuese más larga que una frase. Un hombre de negocios que hacía un gran trabajo por teléfono y que ya había destrozado varios teléfonos debido a la ira, estuvo de acuerdo en dejar que todas las llamadas sonasen al menos tres veces, a relajarse con cada timbrado, antes de descolgarlo. Como ejemplo de contrato con el terapeuta presente, éste pasó dos sesiones en casa del paciente simulando e instigando las habilidades de afrontamiento ante incidentes de la conducta molesta de los niños. Además, si el entrenamiento de las habilidades u otras formas de terapia se han de integrar en las HACR, se sugiere que empiecen en la sesión 7 o en la 8, cuando se ha establecido al menos un control rudimentario. Finalmente, para facilitar el mantenimiento y la prevención de las recaídas, se pueden emplear también estrategias como aumentar el tiempo que transcurre entre las últimas sesiones, programar sesiones de apoyo, escribir contratos de mantenimiento, desarrollar guiones de afrontamiento, por escrito o grabados en casete, para el control futuro de la ira, contactos periódicos por teléfono y por escrito, etcétera.

IV.9. *Otras estrategias de cambio cognitivo*

Los primeros esfuerzos para el cambio cognitivo se centran en la reestructuración cognitiva del procesamiento sesgado de la información, tal como señalamos anteriormente. Sin embargo, conforme pasa el tiempo, se vuelven a menudo relevantes otros elementos de cambio cognitivo y se incorporan a las actividades de ensayo cognitivo. Puesto que son desarrolladas e integradas como cuestiones que surgen en el curso de la terapia, se describen aquí de una forma general, en vez de hacerlo sesión a sesión. Varios de los ejemplos siguen el contenido cognitivo planteado por Meichenbaum y Deffenbacher (1988).

a. Control final, ratas de escape y tiempo fuera. Se fomenta el marcharse del lugar de la provocación y/o el buscar demorar el tiempo antes de responder, como una estrategia cognitivo-conductual sencilla, pero eficaz, para disminuir la ira.

Ésta se reduce cuando se eliminan los estímulos que la provocan y/o se proporciona una oportunidad para iniciar otras estrategias de afrontamiento y solución de problemas. Por ejemplo, el sujeto podría abandonar la situación provocadora de ira, con o sin explicación, o indicar que necesita tiempo para pensar detenidamente las cosas y volver a retomar el asunto, cuando, de hecho, está escogiendo la demora para reducir la ira y los impulsos agresivos. Se incluye como estrategia cognitiva, que los pacientes necesitan desarrollar a menudo, un conjunto de autoinstrucciones con el que decirse a sí mismos que abandonan la situación o demoran el responder (p. ej., «Punto final, tengo el control. Siempre puedo marcharme, en vez de perderlo» o «Está bien escoger un tiempo fuera. Márchate, agrupa tus recursos, luego vuelve y trata con ello. Ahora es una de esas ocasiones, de modo que pide disculpas y actúa» o «Estoy verdaderamente furioso en estos momentos. Si respondo, diré algo estúpido; es mejor que le digas que vas a pensarlo detenidamente y volverás a verla esta tarde»). Estas estrategias raramente son totalmente eficaces por sí mismas, pero, a menudo, resultan de cierta ayuda y pueden introducirse pronto en la terapia, dando a los pacientes cierto control rudimentario.

Al presentar el tiempo fuera y las estrategias de distanciamiento, los terapeutas deberían estar preparados para vérselas con cuatro cuestiones diferentes. En primer lugar, los pacientes mantienen actitudes y expectativas que interfieren con la puesta en práctica. Por ejemplo, pueden pensar que utilizar el tiempo fuera es una señal de debilidad, de ceder, de que se aprovechen de uno, todo lo cual conduce a la evitación de la estrategia. Se necesita a menudo el reencuadre cognitivo, con el fin de cambiar estas actitudes y creencias, de modo que el paciente pueda ver la intervención como positiva. En segundo lugar, las actividades que realizan las personas durante un período de tiempo fuera pueden necesitar de atención. Si el paciente simplemente utiliza el tiempo fuera y se entrega a darle vueltas a los pensamientos de enojo, la ira puede realmente aumentar. Muchos pacientes necesitan autoinstruirse para realizar la relajación, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas u otras actividades para la reducción de la ira, de modo que ésta disminuya, en vez de aumentar, durante el tiempo fuera. Una tercera cuestión es la denominada “tiempo dentro”. En ocasiones, el utilizar el tiempo fuera es suficiente para el control de la ira; sin embargo, el individuo a menudo tiene que volver más tarde a la situación difícil y vérselas con ella. Algunos pacientes necesitan ayuda para adquirir la responsabilidad denominada tiempo dentro, es decir, volver a introducirse en la situación y vérselas con ella. Si el clínico no trata directamente este tema, puede estar ayudando al paciente, sin darse cuenta, a la conducta disfuncional pasivo-agresiva o de retirada pasiva. Finalmente, no se debería pasar por alto el tema de la habilidad conductual. Algunos pacientes se benefician de ensayar, ya sea en la imaginación o por medio de la representación de papeles, autoinstrucciones y actos conductuales para llevar a cabo un período de tiempo fuera.

b. *Solución de problemas, autoinstrucciones.* A lo largo de la terapia, los acontecimientos provocadores y los sentimientos de enojo se reencuadran como contra-tiempos y problemas que se han de abordar y, si es posible, solucionar. Aunque éste es un concepto filosófico consistente, algunos pacientes se benefician del en-

trenamiento en autoinstrucciones orientadas a la tarea, de solución de problemas (Moon y Eisler, 1983), que pueden incluir los siguientes tipos de subetapas:

- Consistente con la filosofía anterior, algunos pacientes necesitan instruirse a sí mismos para conceptualizar una provocación como un problema (p. ej., «No es abrumador, sólo es un problema que solucionar. Ni nada más, ni nada menos. De modo que, ¿cuál es el problema?» o «Me encuentro molesto, pero sólo es un contratiempo con el que tratar» o «Un momento. Sólo es un problema de la vida, no algo para acudir al parlamento»).
- Algunos estados de ira aumentan cada vez más porque está tratando con varios asuntos al mismo tiempo, en vez de separarlos y atender a uno cada vez. Estas situaciones se beneficiarían de descomponer las provocaciones y las reacciones de ira en unidades más pequeñas (p. ej., «Divide las cosas. Puedo vérmelas mejor con los problemas si los considero de uno en uno» o «Haz una lista de asuntos. Parece como si más de una cosa estuviera alimentando mi enojo»).
- Las autoinstrucciones de solución de problemas y de planificación inician los primeros pasos para desarrollar un plan racional, de menos enfado, con el fin de abordar la situación y evaluar el progreso de su puesta en práctica (p. ej., «Muy bien, voy a desarrollar un plan tranquilo. ¿Cuáles son los asuntos y cuáles son mis recursos? Bien, lo primero que debería hacer es...» o «Necesito cierto tiempo para pensarlo. Me sentaré y desarrollaré una serie de pasos»).
- Algunos pacientes necesitan ayuda sobre cómo iniciar la terminación de la solución de problemas cuando no se ve ninguna solución. Es decir, no todas las fuentes de ira tienen una buena solución o incluso ni siquiera una solución. Sin embargo, muchos individuos enojados exigen encontrar una solución y airadamente tratan de encontrar una, intentando a menudo forzar a los demás o a sí mismos a algún tipo de solución. Algunos pacientes pueden sacar provecho de aceptar esta condición y de autoinstruirse a sí mismos para abortar la solución de problemas (p. ej., «Parece como si estuviera en una de esas situaciones en las que no hay buenas soluciones. No tengo elección. Puedo pasar de ello y dedicarme a otra cosa o seguir adelante con ira. ¿Cuál es la mejor opción? Pasar, por supuesto. Así que, relájate y dedícate a lo que sabes hacer» o «Estoy bloqueado. Retrocede y piénsalo. No tiene sentido molestarse por ello» o «No lo puedo entender. ¿Entonces qué? No tienes por qué ser capaz de solucionar cada problema. No tengo que ser perfecto. Acéptalo y dedícate a otra cosa»). Una variante de este tema es una forma de tiempo fuera en la que la persona toma el control cortando el aumento progresivo de ira (p. ej., «Estoy perdiendo. No me voy a quedar aquí y actuar como un niño de cinco años» o «Esto no me está favoreciendo mucho. Me marcharé si va a peor» o «Estamos enzarzados en una lucha sin posibles vencedores. Sin embargo», si piensan que me van a hacer perder mi sangre fría, están muy equivocados. Me iré antes de que vaya más lejos»).
- Muchos pacientes se benefician también de las autoinstrucciones sobre autorrefuerzo y autoeficacia. Ese diálogo con uno mismo debería contener pensamientos que apoyen los esfuerzos de afrontamiento, que fomenten las

autoatribuciones de cambio y que planteen expectativas realistas, positivas, para el afrontamiento futuro (p. ej., «Bien, no lo estropeé. Saqué mis habilidades de afrontamiento y mantuve las cosas a un nivel manejable. Suena bien» o «Me siento mejor con estas cosas para el control de la ira» o «Estoy contento/a. Reduje la ira y escuché en vez de gritar»).

Al abordar las intervenciones autoinstruccionales de solución de problemas, puede que el terapeuta necesite adaptar la reestructuración cognitiva (véase discusión anterior) alrededor de temas sobre las necesidades de control, sobre las exigencias de que el individuo no debería exponerse a acontecimientos negativos, sobre autoetiquetado negativo y sobregeneralización por no ser capaz de resolver fácilmente los problemas y sobre insistir que los demás cambien, en vez de que el individuo controle sus emociones y planifique cómo responder de forma diferente. El fracaso en abordar estos temas puede impedir que el individuo lleve a cabo las estrategias de solución de problemas.

c. *Pensamientos fríos y atenuantes emocionales.* Este tipo de autoinstrucción impulsa las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación (p. ej., «Friedad. Respira profundamente y relájate» o «Así, concéntrate en esa imagen de relajación y tranquilízate») o introduce atenuantes verbales que ayudan al individuo a rebajar la ira y/o a soportar las condiciones aversivas (p. ej., «En el gran proyecto global, esto es poco importante. Al infierno con ello» o «Y esto también se pasará» o «No merece la pena. No tiene sentido estropearlo lodo por ello» o «Mandar todo a la mierda no me ayudará. Recuerda, esto no es nada comparado con un ataque al corazón o con perder el trabajo»). A veces, el elemento atenuante es más una imagen visual o una metáfora. Por ejemplo, cuando una paciente se enojó, entonces se imaginó que era una tortuga y que los comentarios negativos de sus compañeros/as de trabajo rebotaban en su caparazón. Otro individuo, que solía enfadarse con los demás, se imaginó que era una gran roca en el lecho de un río y que los hostigamientos eran como corrientes de primavera que a menudo fluían torrencialmente alrededor de la roca, a menudo con barro y suciedad, pero al igual que la roca, podía dejarlos correr a su alrededor en vez de bloquearlos. Aunque estos procedimientos atenuantes raramente son suficientes por sí mismos, ayudan a lo sujetos a soportar y afrontar las situaciones con menos ira y pueden añadirse fácilmente a otras estrategias cognitivas.

d. *Humor absurdo.* Aunque el humor podría incluirse bajo la reestructuración cognitiva, es lo suficientemente relevante para el control de la ira que merece una breve descripción en sí mismo. El humor parece disminuir la ira no sólo porque introduce una emoción diferente, sino también porque proporciona una distancia cognitiva y, en algunos casos, porque proporciona interpretaciones y atribuciones alternativas más favorables. Un ejemplo ya señalado anteriormente es la plasmación humorística en términos de palabras e imágenes, donde el individuo literalmente define y dibuja imágenes de cogniciones provocadoras de ira, especialmente las absurdas y las ofensivas (p. ej., “cateto”, “mierda” y “burro”). Hacer que estos términos sean concretos y gráficos no sólo provoca la risa, sino que también mejora el darse cuenta por parte del individuo sobre la utilización de dichos términos y su rápida reestructuración. Otro empleo del humor es la reatribución humorística. Por

ejemplo, la conducta ofensiva de un conductor podría atribuirse a un caso grave de diarrea, en vez de a un insulto personal. La falta de atención y el olvido de otras personas podría atribuirse a la presencia de “daño cerebral”, en vez de a un descuido intencionado. Alguien que hace el gesto de enseñar el puño con sólo el dedo medio levantado puede atribuirse a que está comunicando el hecho de que piensa que el otro individuo es el “Número 1”, en vez de ser un insulto muy ofensivo. Haciendo un paréntesis, se puede hacer notar los diferentes significados emocionales del dedo índice levantado hacia arriba en vez del dedo medio y difícilmente merece la pena enfurecerse por la confusión digital de la persona. Puede ser útil también la hipérbola, en donde se exageran los acontecimientos negativos hasta proporciones humorísticas. Las exigencias implícitas pueden llevar ellas mismas a este tipo de intervención. Por ejemplo, un conductor impaciente se enojaba fácilmente, y a menudo, por las detenciones y los atascos de tráfico que encontraba cuando iba al trabajo. Después de una exploración humorística, el terapeuta describió cuántas personas tenían que levantarse a la hora adecuada y coordinar sus actividades para atascar las carreteras por las que pasa la persona. Además, se sugirió que el equipo de apoyo probablemente se componía de miles de personas con el fin de conseguir que los conductores ofensores fuesen a trabajar al mismo tiempo. Un trabajador, que atribuía una gran cantidad de sus frustraciones y de su ira a la falta de esfuerzo y perseverancia de los demás, afirmaba que sus compañeros/as de trabajo hacían las cosas para encolerizarle y para hacer su vida difícil. El terapeuta le preguntó si su lugar de trabajo estaba bien organizado, si las cosas se planificaban y si había cooperación, a lo que él replicó que no era así. Entonces se señaló que era sorprendente, puesto que lleva una gran cantidad de coordinación y comunicación entre los individuos implicados frustrarle tan bien y tan continuamente. Esto se elaboró con gran detalle describiendo las clases de reuniones que tenían que haber mantenido y la continua perseverancia de los demás para hacer su vida desgraciada. El paciente se dio cuenta de lo ridículo que era el asunto de la conspiración y fue capaz de considerar frustrantes a sus compañeros/as de trabajo, pero no con afán conspirador, y que sus frustraciones no eran mayores que las de otros. A veces, los individuos pueden transformar sistemas sociales provocadores de ira en imágenes de juegos de mesa humorísticos que tienen una serie de reglas absurdas. Luego, cuando se enoja, puede sencillamente pensar en el juego de mesa y atribuir la negatividad a las idiosincrasias del juego, en vez de tomarlo como insultos o ataques personales.

Se deberían tener en cuenta algunas sugerencias clínicas sobre el empleo del humor. En primer lugar, al sugerir el empleo del humor, no se está indicando que se esté enseñando a reír a los pacientes ante sus problemas. Ésta no es la cuestión. El humor se emplea para reducir la activación de la ira y hacer que el paciente dé un paso cognitivo hacia atrás con el fin de obtener una perspectiva diferente y vérselas con la provocación de una manera más constructiva. En segundo lugar, el tipo de humor debe ser absurdo. El humor sarcástico y hostil no tiene cabida y sólo sirve para provocar más ira y, quizás, una conducta hostil y pasivo-agresiva. Por otra parte, el humor absurdo ayuda a romper los esquemas cognitivos y a disminuir la emocionalidad encolerizada. En tercer lugar, puesto que algunos pacientes pueden reaccionar de modo defensivo ante el humor, sintiendo que se están riendo de ellos, que les están tomando el pelo o que están trivializando los problemas, se

sugiere que el humor se introduzca como una intervención posterior, cuando el terapeuta haya evaluado que el paciente tiene un buen sentido del humor, que existe una buena relación de colaboración y que el paciente y la relación son lo suficientemente estables para soportar una interpretación incorrecta del humor. Finalmente, el humor raramente es suficiente, pero parece ser una poderosa intervención, una intervención que puede romper algunas directrices generales de la terapia, y que parece eficaz con algunos pacientes enojados.

V. CONCLUSIONES

El programa de las HACR, tal como se ha descrito en este capítulo, se desarrolló para ayudar a la gente que tenía problemas con la ira, un conjunto de problemas emocionales frecuente, pero pobremente definido desde una posición diagnóstica. Aunque no hay dos pacientes que necesitan exactamente la misma intervención, se espera que las directrices para el tratamiento descritas en este capítulo proporcionen al terapeuta un conjunto flexible de estrategias y procedimientos con los que ayudar a los pacientes a vérselas con la ira, estrategias que pueden funcionar solas o integrarse con otras intervenciones médicas o psicoterapéuticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.a edición) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38, 1145-1160.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1989). *Love is never enough*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Nueva York: Basic Books.
- Deffenbacher, J. L. (1988). Cognitive-relaxation and social skills treatments of anger: A year later. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 234-236.
- Deffenbacher, J. L. (1990). Demonstrating the influence of cognition on emotion and behavior. *Teaching of Psychology*, 17, 182-185.
- Deffenbacher, J. L. (1992). Trait anger: Theory, findings, and implications. En C. D. Spielberger y J. N. Butcher (dirs.), *Advances in personality assessment*, vol. 9. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Deffenbacher, J. L. (1993). General anger: Characteristics and clinical implications. *Psicología Conductual*, 1, 49-67.
- Deffenbacher, J. L. (1994). Anger reduction: Issues, assessment, and intervention strategies. En A. W. Siegman y T. W. Smith (dirs.), *Anger, hostility, and the heart*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Deffenbacher, J. L. (1997). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V. E. Caballo (a.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1. Madrid: Siglo XXI
- Deffenbacher, J. L., Demm, P. M. y Brandon, A. D. (1986). High general anger: Correlates and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 480-489.
- Deffenbacher, J. L., McNamara, K., Stark, R. S. y Sabadell, P. M. (1990). A comparison of cognitive-behavior and process oriented group counseling for general anger reduction. *Journal of Counseling and Development*, 69, 167-172.
- Deffenbacher, J. L. y Sabadell, P. M. (1992). Leicht ärgerliche (high trait anger) Personen und nur schwer zu ärgernde (low anger) Personen: Ein vergleich. En M. Muller (dir.), *Psychophysiologische Risikofaktoren bei herz-Kreislaufkrankungen: Grundlagen und Therapie*. Göttingen, Germany: Hogrefe Verlag.
- 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). Cognitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 171-176.
- Deffenbacher, J. L., Thwaites, G. A., Wallace, T. L. y Oetting, E. R. (en prensa). Social skill and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction. *Journal of Counseling Psychology*.
- Dryden, W. (1990). *Dealing with anger problems: Rational-emotive therapeutic interventions*. Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1977). *Anger: How to live with and without it*. Nueva York: Reader's Digest Press.
- Hazaleus, S. L. y Deffenbacher, J. L. (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 222-226.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation training*. Nueva York: Pergamon.
- Meichenbaum, D. H. y Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. *The Counseling Psychologist*, 16, 69-90.
- Moon, J. R. y Eisler, R. M. (1983). Anger control: An experimental comparison of three behavioral treatments. *Behavior Therapy*, 14, 493-505.
- Novaco, R. W. (1975). Anger control. Lexington, MA: Heath.
- Spielberger, C. D. (1988). State-Trait Anger Expression Inventory. Orlando, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Deffenbacher, J. L. (1993). Irritabilidad crónica: características e implicaciones clínicas. *Psicología Conductual*, 1, 51-72.

- Deffenbacher, J. L. (1994). Anger reduction: Issues, assessment, and intervention strategies. En A. W. Siegman y T. W. Smith (dirs.), *Anger, hostility, and the heart*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Deffenbacher, J. L. y Stark, R. S. (1992). Relaxation and cognitive-relaxation treatments of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 158-167.
- Dryden, W. (1990). *Dealing with anger problems: Rational-emotive Therapeutic interventions*. Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control*. Lexington, MA: Heath.

ÍNDICE ANALÍTICO

- Aceites, 271, 280
- Actitudes disfuncionales, 483-484
- Activación emocional, 167, 168
- Actividad física, 221, 230-231, 251, 252
- Acupuntura, 387
- Aditivos alimentarios, 276-277
- Afrontamiento, 324
 - categorías, 324-32.5
 - estilos, 325, 332-333
 - estrategias, 325, 329-332
 - combativas, 329, 330-332
 - tipos generales, 330-332
 - preventivas, 329, 330
 - definición, 324
 - recursos, 325, 326-229
- Agua, 268
- Aldosterona, 479
- Alimentación, 249, 275, 278-280
 - definición, 249
 - equilibrada, 250, 279, 352
 - pautas. 251
 - reglas de oro, 279
 - rueda de los alimentos, 280
 - pirámide de los alimentos, 279
 - saludable, 278-280
- Alimentos, 250
 - aspecto, 250
 - gusto, 250
 - olor, 250
 - presentación, 250
 - textura, 250
- Alternancia luz-oscuridad, 305
- Alucinaciones, 302
 - hipnagógicas, 302
 - hipnopómpicas, 302
- American Stop Intervention Trial for Cancer Prevention, The*, 134
- Aminoácidos, 259, 278
 - esenciales, 259
 - limitante, 259, 269
- Anemia del deportista, 275
- Anorexia nerviosa, 195-197
 - características básicas, 195
 - criterios diagnósticos, 196
 - terapia, 197-212
- tipos, 196
- Ansiedad del ego, 503
- Ansiedad por incomodidad, 503
- Apoyo social, 327-329, 443, 467-468
 - aumento, 467-468
 - control directo, 327
 - modelo amortiguador, 327
- Asertividad, 448, 490-491, 498, 503-505
 - y síndrome premenstrual, 490-491
- Asesoramiento (*counselling*), 437, 442-444
- Asesoramiento motivacional sistemático, 83, 83
 - componentes de reestructuración, 116-117
 - componentes esenciales de asesoramiento, 115
 - e incentivos, 95
 - evaluación de la motivación, 99-114
 - interés actual, 96
 - modelo motivacional, 96-99
 - y afecto, 95
 - y objetivos, 95-96
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain, IASP*), 386
- Autoatribución, 184
- Autocontrol, 442, 447, 641
- Autoeficacia, 127, 326, 327, 338, 463, 468, 512, 625
 - expectativa de eficacia, 625-626, 627
 - expectativa de los resultados, 625, 626, 627, 628
- Autoestima, 533
 - aumento de, 533
- Autohipnosis, 292, 293, 301
- Autoinstrucciones, 90, 668-670
 - pensamientos fríos y atenuantes emocionales, 670
- Autonomía, 533
 - fomento de, 533
- Autorregistro, 314, 412-414, 531, 560-561, 565
 - de comida y bebida, 227, 243
 - de ejercicio físico, 227, 244
- Azidotimidina (AZT), 456
- Autorrevaluación, 167, 168
- Banco de niebla, 491, 504

- Baja tolerancia a la frustración, 490
 batería de habilidades adaptativas (*Adaptive Skills Battery*), 88
- Betaendorfinas, 479
- Biofeedback (o biorretroalimentación), 292-293.
 313, 314, 337, 338, 349, 334, 387, 404, 405,
 406, 407, 409, 421, 425, 426
 EMG, 349
 temperatura, 406
 vasoconstricción, 406
- Bruxismo diurno, 314
- Bruxismo nocturno, 313-314
- Bulimia nerviosa, 195-197
 características, 195-197
 criterios diagnósticos, 196
 terapia, 197-212
 tipos, 196
- Búsqueda de sensaciones, 179
 actividades, 179
 bajo umbral para el aburrimiento, 179
- Cambio del estilo de vida, 377-378
- Cardiopatía coronaria, 363-364, 365
- Carnes, pescados y nuevos. 269, 278, 279, 280
- Cataplexia, 302
- Cefaleas, 401-426
 criterios diagnósticos, 402
 estudios epidemiológicos, 401
 en racimos, 403-404
 migraña sin aura, 402
 migraña con aura, 402
 mixtas, 403
 por rebote de la medicación, 404
 señales de peligro, 404
 técnicas de tratamiento, 410-426
 fases, 410-425
 tensionales, 403
 criterios diagnósticos, 403
 crónicas, 403
 episódicas, 403
- Cereales, leguminosas y tubérculos, 269-270,
 279, 280
- Chicle de nicotina, 128, 129-131, 135, 136
 resultados, 129-130
- Ciclo de Krebs, 273, 274
- Coerción, 603
- Colesterol, 256-257, 258
 índice, 258
- Comité para la Clasificación de las Cefaleas
 (*Headache Classification Committee*), 401
- Community Intervention Trial for Smoking Cessation, The*, 134
- Complejo relacionado con el Sida (CRS), 455,
 456
- Comportamiento alimenticio saludable, 202
 principios básicos, 202
- Compromiso de cambio, 167
- Concienciación, 167, 168
- Condicionamiento aversivo, 314
- Conducta adictiva, 161
 definición, 161
 estados de cambio, 163-166
 procesos de cambio, 166-168
 propiedades, 161-162
- Conducta de búsqueda de drogas, 176
- Conducta de fumar
 evaluación, 125-128
- Consejo médico, 129
- Contracondicionamiento, 167, 168
- Contrato conductual, 171, 202, 559-560
 condiciones, 171
- Contrato de contingencias, 187-188, 591
 aspectos, 188
- Control de estímulos, 143, 167, 168, 292, 298-
 299
 reglas para dormir, 298
- Control de la ansiedad, 512
- Control de la ira, 639-672
- Cotinina, 127-128
- Cronoterapia, 292, 299-300, 306
- Cuestionario de áreas de cambio (*Areas of Change Questionnaire, ACQ*), 562
- Cuestionario de expectativas sobre el alcohol
 (*Alcohol Expectancy Questionnaire*), 87
- Cuestionario de la estructura motivacional
 (*Motivational Structure Questionnaire*), 99
- Cuestionario de molestias menstruales, de
 Moos (*Moos Menstrual Distress Questionnaire*). 482
- Cuestionario de seguridad situacional (*Situational Confidence Questionnaire*), 88
- Cuestionario de sobrepeso, 227, 239-242
- Cuestionario de tolerancia a la nicotina, 127
- Cuestionario sobre el hábito de fumar, 125
- Cuidados paliativos, 431, 433, 438, 439
 evaluación, 438-440
 intervención, 440-448
 control de síntomas, 441-442
 en familias, 444-446
 sugerencias, 444-446
 notas históricas, 440-441
 presupuestos, 441
 sugerencias, 442-444
- Defensividad, 603
- Dejarlo para mañana (*procrastination*), 343
- Desarmar la ira, 491, 504
- Desastres naturales, 333, 352-354
 respuesta de las víctimas, 352-353
 etapas, 352-353
 síntomas, 353
- Desensibilización sistemática, 297, 310, 529

- Deseo reforzado, 184
 Deshabitación física, 171-173
 Deshabitación psicológica, 173, 189
 Detención del pensamiento, 292, 294, 501
 Didesoxicitidina (ddC), 456
 Didesoxiinositol (ddI), 456
 Dieta, 253-255
 tipos, 253
 hipercalórica, 253, 255
 hipocalórica, 253, 263
 isocalórica o normocalórica, 253
 de adelgazamiento, 254
 de la proteína líquida, 261
 Dietética, 249
 definición, 249
 Dietista, 199
 Digestión, 258-259
 Disco rayado, 491, 504
 Disonancia cognitiva, 183
 Dispepsia, 307
 Distorsiones cognitivas, 228, 481
 autodevaluación, 228, 229
 catastrofizar, 653-654
 debo, 228, 229
 excusas, 228, 231
 fatalismo, 228, 229-230
 infraestimación, 659-660
 magnificar lo negativo, 653-654
 no puedo soportar, 228, 229-230
 pensamiento dicotómico, 658-659
 sobreestimación, 659-660
 sobregeneralización, 228, 231, 656-657
 todo o nada, 228, 229
 tremendismo, 228, 232
 Dolor, 333, 347-350, 354, 385-398, 407
 control, 348-350
 dolor abdominal recurrente, 338
 en la parte inferior de la espalda, 349
 evaluación, 387-388
 categorías, 387
 temporomandibular, 349
 tipos, 348, 386-387
 agudo, 348, 354, 386, 396
 métodos hipnóticos de tratamiento, 391-393
 crónico, 348, 354, 386, 396
 métodos hipnóticos de tratamiento, 393-395
 precrónico, 386
 tratamiento, 387-388

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), 439
 Educación nutricional, 230
 Efecto térmico de los alimentos, 221
 Ejercicio físico, 173, 232, 244, 252, 273, 275, 351
 aeróbico, 347
 anaeróbico, 347
 beneficios, 347
 metabolismo anaerobio, 273
 y salud, 346-347
 Empleo de la imaginación, 296
 Enfermo terminal, 433
 características, 433, 434
 geriátrico, 433, 434
 Ensayo de conducta, 90, 310, 531, 594
 encubierto, 90
 manifiesto, 90
 Entrenamiento autógeno, 292, 293, 309, 334, 405, 416-417
 Entrenamiento en el control de los impulsos, 518
 Entrenamiento en habilidades sociales, 513, 514, 515, 516, 529
 atención social, 513
 emisión de la respuesta, 513
 procesamiento de la información, 513
 retroalimentación, 513
 Entrenamiento reatribucional, 584
 Envejecimiento, 277, 278
 Escala de ajuste de la pareja (*Dyadic Adjustment Scale, DAS*), 562
 Escala de expectativas sobre los resultados (*Outcome Expectancy Scale*), 87
 Escala de Herman, 221
 Escala de ira-rasgo, 642
 Escala de somnolencia de Stanford, 298
 Escucha activa, 505
 Estilo pesimista de explicación (EPE), 333
 Estrategias de distracción, 518
 externas, 518
 internas, 518
 Estreñimiento, 307
 Estrés, 312, 323-354, 458, 466, 481
 control del, 374-375
 crónico, 424
 del aborto, 333
 del trabajo, 350-352
 "burnout", 351, 437
 fuentes de estrés, 350-351
 hipótesis, 351
 síntomas conductuales, 350
 síntomas físicos, 350
 síntomas psicológicos, 350
 disparadores, 374
 y reequilibrio personal, 376
 Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, 348, 354, 387
 Exposición, 529, 531
 a las señales, 90, 93-94
 con prevención de la respuesta, 199, 202-203, 205
 directa, 93, 94-95

- graduada, 514
- simbólica, 93
- procedimientos, 173-176
- Factor MFP, 266, 269
- Fase folicular, 477
- Fase lútea, 477
- Fases de cambio del comportamiento adictivo
 - actuación, 124, 125, 163, 164, 165, 168
 - contemplación, 124, 163, 164-165, 168
 - finalización, 124, 125
 - mantenimiento, 124, 125, 133, 163, 164, 166, 168
 - precontemplación, 124, 163, 164, 168
 - preparación, 124, 132, 163, 164, 165, 168
 - prevención de recaídas, 133, 180-184
 - recaída, 163, 164, 166
- Fibra, 254, 276
 - alimentos ricos en, 254
- Focalización atencional, 296
 - técnicas, 296
- Formulación clínica conductual 3-25
 - de caso, 521
 - definición, 5
 - formulación de hipótesis, 11-15
 - causales, 14-15
 - correlacionales, 12-14
 - metodología, 6
 - métodos específicos, 24
 - modelos conductuales, 17-22
 - análisis funcional, 17-18
 - formulación analítica conductual, 19-22
 - múltiples sistemas de respuesta, 19
 - procesos generales, 14
 - validación de hipótesis, 15-17
 - causales, 16
 - correlacionales, 16
 - molares, 16-17
- Formulación por procesos
 - dimensión contextual ambiental, 26-27, 38-42
 - contexto ambiental cultural, 41-42
 - contexto ambiental de ocio, 42
 - contexto ambiental familiar, 40-41
 - contexto ambiental físico, 39-40
 - contexto ambiental laboral, 41
 - contexto ambiental macrosocial, 40
 - dimensión de organización conductual, 26-30
 - factores de desarrollo, 28
 - factores de predisposición, 28-29
 - factores desencadenantes, 29-30
 - dimensión jerárquica, 31-38
 - comorbilidad, 38
 - covariaciones, 37-38
 - proceso biológico, 32-33
 - proceso de aprendizaje, 33-35
 - proceso de motivación y mantenimiento conductual, 35
 - procesos afectivos, 37
 - procesos emocionales, 36-37
 - síntomas, 38
 - dimensión temporal, 26-27
 - niveles de análisis, 42-44
 - formulación molecular, 42-43
 - componentes antecedentes, 43
 - componentes consecuentes, 43
 - componentes de respuesta, 42-43
 - relaciones funcionales, 43
 - formulación molar, 44
 - análisis funcional, 44
 - análisis histórico, 44
 - procedimientos clínicos, 44-72
 - etapas, 46-72
 - análisis histórico molar, 58-64
 - análisis funcional, 65
 - entrevista inicial, 46-47
 - establecimiento del plan de tratamiento, 68-72
 - información general, personal y contextual, 54-58
 - integración, 65-68
 - motivo inicial de consulta, 47-52
 - metodología ascendente, 48
 - metodología descendente, 48
 - relaciones interproceso, 31
 - relaciones intraproceso, 31
- Formulaciones mediacionales, 9
- Fragmentación del sueño, 304
- Frustración, 373
 - reducción, 373
- Frutas, 230, 240, 270, 279, 280
- Fumar rápido, 136
- Glándula pineal, 307
- Habilidades de afrontamiento cognitivas/de relajación (HACR), 639
 - para el control de la ira, 640-672
- Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber, 83, 84-95
 - antecedentes cognitivos y ambientales, 85
 - fases de la evaluación e intervención, 86-95
 - entrenamiento de las habilidades de afrontamiento., 86, 87, 89, 92
 - afrontamiento restaurador, 92
 - habilidades anticipatorias, 92
 - técnicas de afrontamiento inmediato, 92
 - fase de evaluación amplia, 86, 87
 - generalización estructurada, 86, 87, 89
 - preparación para el cambio, 86, 87, 89
 - modelo conceptual, 84-86
 - procedimientos esenciales de intervención, 90

- vulnerabilidades biológicas, 85
- Hidratos de carbono, 230, 231, 253-255
 - monosacáridos, 253
 - oligosacáridos, 253
 - polisacáridos, 253, 254
 - fibra, 254
- Hipnosis, 136, 292, 354, 387-398, 514
 - estado natural, 396
 - estado sonambulista, 396
 - método clínico, 388-391
 - métodos de inducción, 390
 - nueva hipnosis, 388-398
 - pasos, 397
- Horarios de trabajo rotativo, 308
- Hortalizas, 230, 270, 279, 280
- Hospice, movimiento, 436
- Humor, 670-672

- Implosión, 310
- Incontinencia involuntaria, 314
- Indefensión aprendida, 486
- Índice de Masa Corporal (IMC), 219
- Inoculación de estrés, 489-490, 498, 641
 - fases, 178
 - adquisición de habilidades, 178, 489
 - aplicación del entrenamiento, 178, 489
 - preparación, 178, 489
- Instrumento para la evaluación de la familia (*Family Assessment Device*), 88
- Intención paradójica, 295-296
 - base teórica, 295
- Inventario clínico multiaxial, de Millón, 543
- Inventario de ansiedad-rasgo, 643
- Inventario de comunicación primaria (*Primary Communication Inventory, PCI*), 562
- Inventario de consumo de alcohol (*Alcohol Use Inventory, AUI-r*), 87
- Inventario de creencias sobre la relación (*Relationship Beliefs Inventory, RBI*), 562
- Inventario de ira, 642
- Inventario de las situaciones de bebida (*Inventory of Drinking Situations*), 88
- Ira, 372, 488-490, 639-672
 - activación, 48
 - diario, 642
 - escala, 642
 - escenas, 651-652, 664, 665, 666
 - inventario, 642
 - manejo de, 518
 - reducción, 372
 - síntomas, 642
 - situación, 642
 - y humor, 670-672
 - y síndrome premenstrual, 488-490
- Jet-lag*, 307

- Laminudina (3TC), 456
- Leche, 268, 279, 280
 - grasa, 269
 - lactosa, 268
 - proteínas, 268
- Legumbres, 230
- Liberación social, 167, 168
- Linfadenopatía persistente y generalizada (LPG), 455
- Lípidos (o grasas), 230, 240, 255, 258-259, 271-272, 279, 280
 - absorción, 258-259
 - ácidos grasos esenciales, 256
 - colesterol, 256-257
 - grasas estructurales, 255
 - grasas de almacenamiento, 255
 - triglicéridos, 255-256, 271-272
 - ácidos grasos insaturados, 255-256
 - forma cis, 256
 - forma trans, 256
 - ácidos grasos monoinsaturados, 255-256
 - ácidos grasos poliinsaturados, 255-256
 - ácidos grasos saturados, 255-256
 - y dieta mediterránea, 257
- Lista de observación del cónyuge (*Spouse Observation Checklist, SOC*), 562

- Manejo de contingencia, 168
- Manejo de la ansiedad, 641
- Manejo de la ira, 518
- Manejo del deseo, 190
- Manejo del estrés, 515
- Manejo del tiempo, 339-346, 334
 - definición, 339
 - sugerencias, 345-346
- Medida de atribución en la relación (*Relationship Attribution Measure, RAM*), 562
- Meditación, 292, 293, 334, 349
- Metabolismo basal, 221, 251
- Metropolitan Life Insurance Company*, 219
- Minerales, 264-267
 - calcio, 264, 265
 - cobre, 267
 - cromo, 267
 - flúor, 266
 - hierro, 265, 266
 - iodo, 267
 - magnesio, 265, 266
 - potasio, 267
 - selenio, 267
 - sodio, 265, 267
 - zinc, 267
- Mioclonus nocturno, 287
- Modelado, 90, 582, 586, 594
 - encubierto, 90, 188
- Modelo de Anatomía de la Intervención (MAI)

- (*Anatomy of Intervention Model*; AIM), 603-635
 fase de evaluación y comprensión, 609-613
 fase de generalización y terminación, 630-635
 fase de presentación y formación de impresiones, 604-609
 fase de terapia e inducción, 613-625
 fase de tratamiento y educación, 625-634
 Modelo taxonómico, 14
 Modelos conductuales de formulación clínica, 17-22
 Modelos E-R, 5
 Modelos moleculares, 18
 Modelo S-O-R-K, 23
 Modificación del estilo de vida, 177
 Moldeamiento, 582, 586, 591, 594
 Movimientos estereotipados, 312
Multiple Risk Factor Intervention Trial (MR-FIT), 134
- Necesidades energéticas, 251-253
 actividad física, 251
 gasto calórico diario, 252
 metabolismo basal, 251
 tipos de dietas, 253
 Neoplasias 275-276
 Nictémero, 305
 Nicturia, 304
 Núcleo supraquiasmático del hipotálamo, 305
 Nutrición, 249-280
 descripción, 249
 y deporte, 272-275
- Obesidad, 217-235
 definición, 217
 diagnóstico diferencial, 218
 diagnóstico funcional, 219-223
 estadísticas, 217
 evaluación, 218-223
 objetivos, 218
 factores de aprendizaje, 220-221
 factores genéticos y biológicos, 220
 teoría del punto fijo, 220
 teoría de la celularidad adiposa, 220
 factores psicológicos y cognitivos, 221-222
 factores sociales, 222
 hiperplásica, 220
 peso ideal, 219, 223
 peso razonable, 223 peso saludable, 223
 prevención, 235
 nivel primario, 235
 nivel secundario, 235
 tablas estandarizadas, 219
 tratamiento, 223-234
 y estilo de vida, 221
 y sobrepeso, 219, 224, 246-248
 Oligoelementos, 276
 Osteoporosis, 275
- Parálisis del sueño, 287, 302
 Parches de nicotina, 128, 130-131, 135
 Patrón de conducta Tipo A, 339, 340, 359-383
 componentes, 359
 contextos provocadores, 360
 definición, 359
 modelos, 360-362
 de interacción biológica, 361
 mecanicista, 360, 361
 transaccionales, 361-362
 relación entre el PTA y la cardiopatía coronaria, 363-364
 modelos, 363-364
 tratamiento, 366-378
 contenido del programa, 368-378
 estructura del programa, 367-368
- Pensamientos automáticos, 483
 "Pipí-stop", 314
 Planificación de las comidas, 199-200
 Planificación de recaídas, 189
 definición, 189
 ventajas, 189
 Práctica masiva, 313
 Práctica negativa, 312
 Presión positiva continua por vía nasal (CPAP), 304
 Prevención de recaídas, 180-184, 204, 377, 534
 definición, 181
 definición de recaída, 181
 evaluación, 184-187
 señales de aviso, 185-186
 situaciones de alto riesgo, 184-185
 procedimientos de intervención, 187-190
 Prevención primaria, 472
 Prevención secundaria, 472
 Principio de Pareto, 341
 Problemas de pareja, 553-574, 579-598
 modelo cognitivo-conductual del funcionamiento marital, 554-556
 tipos de cogniciones, 555
 terapia, 556-574
 Problemas familiares. 601-635
 Prolactina, 479
 Proteínas, 230, 259-261
 funciones, 260
- Reciprocidad, 603
 Reducción del tiempo en cama, 292, 300-301
 Reestructuración cognitiva, 292, 294, 301, 421-425, 667, 668
 fases del cuestionamiento, 423

- Reflujo esofágico, 304
- Refuerzo diferencial de otras conductas (RDO), 338
- Reglas de higiene del sueño, 297-298, 303, 312
- Relajación, 291 293, 310, 313, 334-339, 349, 354, 369, 370, 371, 387, 404, 405, 406, 407, 409, 416, 425, 426, 485, 498, 529, 641, 647, 648, 649, 664
- ansiedad inducida por la relajación, 420
- controlada por estímulos, 649
- escena-agradable, 416
- diferencial, 336 337, 502
- imagen relajante, 649
- ocular, 296
- pasiva, 292, 293
- progresiva, 291-293, 301, 314, 334-336, 33S, 339, 354, 405, 417-421, 647
- esquema del programa, 418
- grupos de músculos, 419, 420
- pasos, 419
- provocada por la respiración, 649
- sin tensión, 649, 664
- Reloj biológico, 305, 307
- Representación de papeles, 586, 591
- Respiración diafragmática, 416
- Retraso mental, 312
- Retroalimentación, 90, 582, 586, 591, 594, 645
- Ronquidos, 304
- Saciación de fumar, 136
- Sensibilidad ante las críticas, 513
- reducción, 513
- Sida, 453-473
- curso clínico/médico, 455-456
- demografía, 453
- directrices prácticas, 472-473
- infecciones oportunistas, 454
- inmunología del VIH, 454-455
- intervenciones cognitivo-conductuales, 460-473
- elementos principales, 460
- fortalecer el apoyo social, 460, 467-468
- mejora de las estrategias de afrontamiento, 460, 464-467
- reducción del riesgo de transmisión, 460-464
- manifestaciones neuropsiquiátricas, 456-457
- manifestaciones psicosociales, 457-459
- poblaciones de riesgo, 453, 458
- prácticas "de alto riesgo, 462
- prácticas de bajo riesgo, 462 -
- Significación clínica, 571
- Sincronizadores externos, 305
- Síndrome de abstinencia, 171, 172, 173
- sugerencias, 172
- Síndrome premenstrual, 475-505
- entrenamiento en habilidades de afrontamiento, 498-505
- quejas, 476
- cambios psicológicos, 476
- emociones negativas, 476
- fallos cognitivos, 476
- síntomas físicos, 476
- teorías etiológicas, 478-480
- tensión premenstrual, 478
- terapia cognitiva, 480-491
- Sistema de codificación de la interacción marital (*Marital interaction Coding System, MICS*), 562
- Sociedad Internacional para las Cefaleas (*International Headache Society*), 401
- Sofrología, 398
- Solución de problemas, 90, 233, 301, 442, 448, 485, 498, 558-559, 594, 668-670
- Sueño, 285-315
- características básicas, 286
- definición, 285
- funciones, 286
- NREM (o sincronizado), 286
- REM (o desincronizado o paradójico), 286
- Support Team Assessment Schedule (STAS)*, 439
- Tareas para casa, 90, 93, 582
- Terapia ambulatoria, 208, 209
- Terapia cognitiva centrada en los esquemas, de Young, 519, 538-541
- cambio de esquemas, 541
- conceptos básicos, 538-540
- conceptualización del caso, 540-541
- Terapia cognitiva de Beck, 519, 524, 529-530, 536-538
- directrices con los trastornos de personalidad, 537-538
- esquemas en los trastornos de personalidad, 537
- Terapia cognitivo-conductual dinámica, de Turner, 520
- Terapia cognitivo-interpersonal, de Alden, 530-531
- Terapia cognitivo-interpersonal, de Safran, 542-543
- Terapia de integración, de Horowitz, 523-524
- Terapia de valoración cognitiva, de Wessler, 525, 527-528, 533, 543-545
- Terapia dialéctica conductual, de Linehan, 521-522
- Terapia familiar, 208
- funcional, 602, 603, 604
- Terapia luminosa, 306, 308
- Terapia marital cognitivo-conductual, 556-574
- autorregistro, 560-561

- comparación entre componente conductuales, 570-571
- comparación con lista de espera. 569-570
- contrato conductual, 559-563
- entrenamiento en habilidades de comunicación, 556-558, 580, 585-590
 - herramientas de trabajo, 586
- entrenamiento en negociación, 580, 590-593
 - herramientas de trabajo, 591
 - objetivos, 591
- entrenamiento en reciprocidad, 580, 581-585
 - herramientas de trabajo, 582
 - objetivos, 582
- entrenamiento en solución de problemas, 558-559, 580, 594-598
 - herramientas de trabajo, 594
 - objetivos, 595
- estructura de la intervención, 564-569
- evaluación, 561-564
- reatribución y análisis lógico, 561
- significación clínica, 571
- Terapia racional emotivo-conductual, 227, 372, 498
- Test de ajuste marital (*Marital Adjustment Test, MAT*), 562
- Test de competencia situacional (*Situational Competency Test*), 88
- Test de Fagerström de dependencia de la nicotina, 127
- Test de latencia múltiple del sueño, 303
- Tiempo fuera, 667-668
- Tiocianato, 128
- Trastorno de la alimentación no especificado, 197
 - subtipos, 197
- Trastorno disfórico del final de la fase lútea (TDFL), 477
- Trastorno disfórico premenstrual, 477
 - criterios diagnósticos, 477-478
- Trastornos de personalidad, 509-546
 - clasificación, 510-536
 - problemas, 510-511
 - definición de personalidad, 509
 - posición categorial, 511
 - posición dimensional, 511
 - trastorno antisocial de la personalidad, 516-518
 - características, 516-517
 - cuestiones terapéuticas, 517-518
 - trastorno de la personalidad por dependencia, 532-534
 - características, 532
 - cuestiones terapéuticas, 532-534
 - trastorno de la personalidad por evitación, 528-532
 - características, 528-529
 - cuestiones terapéuticas, 529-532
 - trastorno esquizoide de la personalidad, 513-514
 - características, 513-514
 - cuestiones terapéuticas, 514
- trastorno esquizotípico de la personalidad, 514-516
 - características, 514-515
 - cuestiones terapéuticas, 515-516
- trastorno histriónico de la personalidad, 522-525
 - características, 522
 - cuestiones terapéuticas, 523-525
- trastorno límite de la personalidad, 518-522
 - características, 518-519
 - cuestiones terapéuticas, 519-522
- trastorno narcisista de la personalidad, 525-528
 - características, 525-526
 - cuestiones terapéuticas, 526-528
- trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 534-536
 - características, 534
 - cuestiones terapéuticas, 534-536
- trastorno paranoide de la personalidad, 511-513
 - características, 511-512
 - cuestiones terapéuticas, 512-513
- Trastornos del sueño, 285, 315
 - clasificación, 286, 287
 - disomnias, 286, 287, 288-308
 - apnea. 303-304
 - obstructiva, 303-304
 - característica esencial, 303
 - insomnio, 288-302
 - criterios diagnósticos, 288
 - perspectivas teóricas, 290-291
 - procedimientos de tratamiento, 291-302
 - narcolepsia, 302-303
 - criterios diagnósticos, 302.
 - trastornos del ritmos circadiano, 305-308
 - criterios diagnósticos, 305
 - parasomnias, 286, 287, 308-315
 - bruxismo nocturno, 313-314
 - enuresis nocturna, 314-315
 - pesadillas, 309-311
 - criterios diagnósticos, 310
 - somniloquio, 313
 - sonambulismo, 311-312
 - criterios diagnósticos, 311
 - terrores nocturnos, 308-309
 - criterios diagnósticos, 309
 - trastornos del movimiento rítmico durante el sueño, 312-313
- producidos por una enfermedad médica, 287
- provocados por consumo de sustancias psicoactivas, 287

- relacionados con otro trastorno mental, 286, 287
 - Tratamiento odontológico, 313
 - Triple relación de contingencia. 17
 - Verduras, 230, 240, 270, 279, 280
 - Vitaminas. 261-264
 - factores de biodisponibilidad, 264
 - hidrosolubles, 263
 - ácido fólico, 264
 - ácido pantoténico, 263
 - biotina, 263
 - niacina, 263
 - liposolubles, 261-263
 - vitamina A, 261, 262, 276, 278, 279
 - vitamina D, 262
 - vitamina E, 262, 263, 276, 278
 - vitamina K, 262, 263
 - vitamina B₁ (o tiamina), 263
 - vitamina B₂ (o riboflavina), 263
 - vitamina B₆ (o piridoxina), 263
 - vitamina B₁₂ (o cianocobalamina), 264
 - vitamina C (o ácido ascórbico), 264, 270, 276, 278, 279
- Zidovudina, 456

MANUALES

ECONOMIA

NIETOSOLIS, 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.)

EDUCACIÓN

FERNÁNDEZ PEREZ, M.—*La profesionalización del docente. Perfeccionamiento, investigación en el aula Análisis de la práctica*. 264 pp.

FERNANDEZ PEREZ, M.—*Las tareas de la profesión de enseñar. Práctica de la racionalidad curricular. Didáctica aplicable*. 1.064 pp. Empastado.

FILOSOFÍA

GONZALEZ GARCIA, M. (comp.). —*Filosofía y cultura* 640pp.

HISTORIA

AIZPURU, M. X., y RIVERA, A.—*Manual de historia social del trabajo*. 432 pp.

JULIA DÍAZ, S.—*Historia social/sociología histórica*. 108 pp

LÓGICA

PEREZ SEDEÑO, E.—*Ejercicios de lógica*. 148 pp.

PSICOLOGÍA

ALDAZ, J. A. y VÁZQUEZ, 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.

BUELA-CASAL, G., y CABALLO, V. E. (comps.)—*Manual de psicología clínica aplicada*. 562 pp. Empastado

BUELA-CASAL, G., CABALLO, V. E., y SIERRA, J. C. (dirs.)— *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. 1.152 pp. Empastado.

BUELA-CASAL, G., y NAVARRO, F. J. (comps)—*Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. 480 pp.

BUELA-CASAL, G., y SIERRA, C. (dirs.)—*Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. 1.104 pp. Empastado.

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., (dir.)—*Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.

Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. 776 pp. Empastado.

Vol. 2. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. 712 pp. Empastado.

CABALLO, V. E , BUELA-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. Empastado.

Vol. 2. *Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. 824 pp. Empastado.

FERNÁNDEZ RÍOS, L.—*Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica*. 608 pp.

GARCÍA 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, 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.