

III UNIDAD: EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

1. Evaluación clínica y clasificación psiquiátrica

La EVALUACIÓN CLÍNICA se caracteriza por utilizar exclusivamente la entrevista para elaborar una anamnesis, precisar síntomas y signos, en que todo confluye en el diagnóstico.

ANAMNESIS es conocer las características del individuo, los hábitos de vida. Lo que se explore dependerá del modelo teórico del terapeuta: sociológico (NSE, cultural), psiquiátrico (enfermedades, intervenciones), psicodinámico (sexo, poder, relaciones interpersonales), etc.

Los SÍNTOMAS y SIGNOS se extraen de la apariencia general, higiene, lenguaje, percepción, pensamiento, estado anímico, funciones de orientación y del grado de autocognición y juicio de realidad que tenga el paciente. Se hace más profundo cuando es psicodinámico debido a las asociaciones libres y la interpretación. La entrevista tiene varias limitaciones, sobretodo cuando es inestructurada y hay aparición espontánea de temas.

DSM III

1. Es más extenso que el DSM I y II:
 - *Ventaja:* se tiene a disposición información que contextualiza el diagnóstico.
 - *Limitación:* Su uso es más trabajoso; si se pretende usar como texto, faltan referencias que respalden las afirmaciones.
 2. Hace uso de criterios operacionales y conductas concretas:
 - *Ventaja:* Permitió un mayor acuerdo entre jueces en el diagnóstico, además de facilitar la cuantificación de los fenómenos observables o inferidos, facilitando la investigación cuasi o experimental.
 - *Limitación:* Los criterios utilizados para configurar una perturbación fueron elaborados a partir del conocimiento clínico y científico de los autores, por lo tanto, no se tiene un sustrato de apoyo empírico amplio.
 3. Tiene un sistema multiaxial de diagnóstico:
 - *Ventaja:* Permite describir al paciente en función de 5 evaluaciones separadas que pueden ser complementarias.
 - *Limitación:* Los ejes I y II (síndromes clínicos y condiciones físicas) aparecen con gran detalle, no ocurriendo lo mismo con los otros ejes a los cuales la psicología puede aportar.
 4. Cuenta con respaldo de investigación empírica:
 - *Ventaja:* Antes de ofrecerlo al usuario, el DSM III fue evaluado en 3 borradores y se constató un buen acuerdo interjuez.
- *Otras ventajas:*

- Mayor diferenciación entre categorías.
- Inferencias etiológicas mínimas, dejando el modelo médico en su forma más pura.

DSM III - R

Presentó una mejoría en el eje IV. Se introdujeron cambios en el eje V reemplazándose el "nivel máximo de adaptación en el último año" por una escala de evaluación global del funcionamiento que abarca más que el nivel máximo. Se continuó considerando insuficiente el desarrollo de los ejes II, IV y V.

DSM IV

Continúa siendo una clasificación descriptiva, pero en su elaboración se incorporaron resultados de abundantes investigaciones que prevalecieron sobre el consenso de juicios de expertos. Se extrajeron datos de revisión bibliográfica científica, reanálisis de datos y estudios de campo.

El psicólogo conductual mejora lo que el DSM IV ofrece, en el sentido que éste está planteado en un enfoque nomotético (de categorías generales que incluyen a todos los pacientes) y necesita un planteamiento ideográfico adicional, en cuanto a las relaciones con el entorno, explicaciones, factores causales y mantenedores y facilitar la implementación de técnicas de intervención específicas.

2. Evaluaciones y clasificaciones psicométrica y conductual.

Fernández - Ballesteros y Carrobles (1981) plantean lo siguiente: La evaluación psicométrica tradicional hace uso de los test psicométricos (de rasgos o factores, proyectivos o subjetivos). La evaluación conductual hace uso fundamentalmente de la observación y los registros psicofisiológicos con el fin de precisar comportamientos relevantes así como las variables orgánicas y las ambientales que se relacionan con los comportamientos relevantes.

a) Diferencias a nivel conceptual:

ÁREA DE ANÁLISIS	MOD. DE E. PSICOMÉTRICO	MOD. DE E. CONDUCTUAL
------------------	----------------------------	--------------------------

<p>1. DETERMINANTES DE LA CONDUCTA.</p>	<p>La conducta es función de una estructura interna estable del individuo, por lo tanto, se lleva a cabo una descripción, explicación y clasificación de los comportamientos (dis) funcionales aludiendo a factores internos y se señala que el pasado aporta de modo substancial a la formación de la personalidad.</p>	<p>La conducta es una función del ambiente (E - R) y de las características del individuo (E - O - R), considerando un determinismo recíproco triádico (Bandura) en que los determinantes pueden situarse a veces en el ambiente, en el organismo o en la conducta. Señala que el ámbito (momento) causal de importancia es el presente, no el pasado.</p>
<p>2. UNIDADES DE ANÁLISIS.</p>	<p>Se refiere a rasgos (estructurales, dinámicos o de enfermedad mental) que se extraen de la aplicación de instrumentos psicométricos; se limita a la hora de suponer que en todas las personas existirán los rasgos que se han abstraído de la aplicación de los instrumentos.</p>	<p>Tiene como unidades las respuestas observables e inferibles integradas en repertorios conductuales, las situaciones físicas y sociales antecedentes y consecuentes respecto a las respuestas. Postula la existencia de infinitas respuestas y situaciones estímulo, tantas como individuos, por lo que no dan nombre a las observaciones.</p>
<p>3. CONSISTENCIA V/S ESPECIFICIDAD.</p>	<p>Dice que la personalidad es estable y consistente, que permanece toda la vida.</p>	<p>Las personas observan a otros en las mismas circunstancias en que las personas se comportan de forma similar; la ilusión se da porque las mismas personas eligen similares circunstancias. Existe un forzamiento cultural hacia la consistencia . La conducta depende de variables situacionales, por lo tanto, se espera inconsistencia en función de diferentes circunstancias. No niega la estabilidad, sólo</p>

		que dice que es intraindividual.
4. INTERPRETACIÓN DE LAS RESPUESTAS.	La respuesta es un signo o indicador de un rasgo.	La respuesta es entendida como muestra de la conducta que ocurrirá de modo similar en diferentes momentos, dadas similares circunstancias para cada persona.

b) Diferencias a nivel práctico.

ÁREA DE ANÁLISIS	MOD. DE E. PSICOMÉTRICO	MOD. DE E. CONDUCTUAL
1. ESPECIFICIDAD V/S GLOBALIDAD DEL PROCESO EVALUATIVO.	Evaluación estándar de baterías mínimas de instrumentos, de tal forma que la evaluación está preestablecida y da resultados globales, donde el terapeuta se pierde entre tantos datos.	Lo que debe evaluarse es el (los) problemas que la persona presente y no más ni menos; muchas veces la persona presenta menos problemas que los que deben ser evaluados.
2. OBJETIVOS.	Busca conocer la estructura de personalidad, rasgos, conflictos, necesidades, síndromes; es decir, lo supuestamente interno.	Busca conocer lo que es más bien externo, aunque no exclusivamente: conductas problema, variables ambientales y variables del individuo que mantienen el problema. Es más flexible.
3. RELACIÓN DE LA EVALUACIÓN CON EL TRATAMIENTO.	Es una evaluación indirecta (no busca conocer las variables a controlar como parte de la intervención) y es puntual (a lo más se aplica en 2 ocasiones). No se inicia la intervención terapéutica mientras no se	Es directa (busca precisar las variables que deberán ser controladas al momento de intervenir) es continua y dialéctica (no se aplica en pre y post, sino constantemente en cada sesión; la evaluación y la

	termina con la evaluación.	intervención interactúan, según sea la intervención y sus efectos se evaluará algo que puede ir variando en el tiempo). La intervención se inicia antes que la evaluación termine, más aún algunas intervenciones cumplen doble rol.
4. COSTOS.	Tiene menos costos de tipo económico (?), pero sí implica un menor costo de tiempo y de energía para el paciente (también podría tener un menor costo psicológico).	Se caracteriza por un menor costo económico (?) y mayor tiempo, energía y costo psicológico para el paciente, especialmente para los típicos pacientes médicos.

En los esfuerzos por superar el problema de la clasificación psiquiátrica, los teóricos conductuales postulan 3 amplias estrategias.

1. Abandonar todo intento de clasificar:
Las bases del abandono total se establecen en dos argumentos:
 - a. Enfoque rogeriano y conductual, guesáltico, etc. Porque violenta o distorsiona aquello que se intenta caracterizar porque la *unicidad* de cada individuo se pierde.
 - b. Una clasificación conlleva un costo social de estigmatización, "*enfermo mental*", debido a que se considera que es debido a la totalidad de la persona.
2. Revisar los sistemas clasificatorios muy drásticamente y proponer una clasificación alternativa: Se propone hacer más operativo el análisis funcional del comportamiento. En 1968, **Bandura** propone una taxonomía psicosocial de las disfunciones psicológicas que considera tanto características cuantitativas y cualitativas de los problemas, como el tipo de control ejercido o no ejercido por los estímulos antecedentes o consecuentes (trastornos conductuales primarios y terciarios). Reconoce 6 categorías:
 - a. DÉFICITS CONDUCTUALES: Respuestas deficientes o ausentes; ej. falta de destreza social, académicas, laborales, que impiden el logro de objetivos. Se alude a la relación funcional con el ambiente, porque no reciben reforzamientos positivos suficientes como para mantener ni menos fortalecer otras destrezas, reciben castigos como distanciamiento social, crítica y hasta

rechazo, lo cual conduce a estas personas a bajos niveles de respuesta en general, apatía y empobrecimiento conductual general, pudiendo llegar hasta depresión.

- b. CONTROL DEFECTUOSO DE ESTÍMULOS: La persona sabe cómo comportarse, pero no lo manifiesta en las circunstancias pertinentes. Lo que falla es la discriminación de estímulos. Sus conductas no son reforzadas, sino castigadas por su falla de discriminación.
- c. CONTROL INAPROPIADO (EXCESIVO) DE ESTÍMULOS: Estímulos original y naturalmente inocuos adquieren poder para provocar reacciones emocionales muy intensas que conducen a la inhibición de diferentes respuestas, al escape y/o evitación. (fobias, ansiedad, respuestas psicofisiológicas).
- d. SISTEMAS DE INCENTIVOS O DE REFORZAMIENTO DEFECTUOSOS, INAPROPIADOS O INEXISTENTES.
 - Defectuosos: Los estímulos sociales habitualmente reforzantes (aprobación, afecto, atención) no actúan de esa forma, o bien, estímulos sociales aversivos (desaprobación, crítica) no actúan como castigos. Ej: autistas, psicópatas, independientes.
 - Inapropiados: Ciertos estímulos potencialmente dañinos o culturalmente prohibidos desarrollan la capacidad para reforzar positivamente al individuo. Ej: drogadicciones, parafilias.
 - Inexistentes: Existe un ambiente mezquino en cuanto a no proporcionar reforzamiento, ni tampoco es castigador; como resultado, ocurre apatía y eventualmente depresión.
- e. REPERTORIOS CONDUCTUALES SOCIAL Y/O PERSONALMENTE AVERSIVOS: Corresponden a comportamientos agresivos y a otros comportamientos que por su intensidad, frecuencia o duración, perturban al individuo o a su entorno. Ej: rabietas, sobreingestión de alimentos, violencia intrafamiliar, etc.
- f. SISTEMAS AVERSIVOS AUTORREFORZANTES: Repertorios conductuales altamente competentes en individuos que además discriminan muy bien los estímulos y que no sufren inhibiciones ni presentan escapes o evitaciones, sólo que poseen estándares de conducta excesivamente altos de modelos históricos o actuales de alto logro que hayan impactado a la persona, o bien, que hayan instrucciones verbales tempranas. A los ojos de los demás tienen éxito, pero ellos se martirizan.

Bandura destaca que es necesario siempre tener en cuenta que las condiciones de aprendizaje se combinan de una variedad de formas y que éstas combinaciones diversas producen distintas constelaciones de conductas disfuncionales en diferentes individuos. Una característica multidimensional tiene mayor utilidad que una categorización al estilo psiquiátrico. Además precisa que su aproximación tiene varias características destacables:

- *Diferencia* entre personas asignadas a una misma categoría (el DSM IV también lo hace).

- Su aproximación *evita la contradicción* de la tipología psiquiátrica pues la mayoría de los sujetos no pueden incluirse en una categoría excluyente sino que comparte características de varias.
- Debe mantenerse la idea subyacente de que unas mismas o diferentes disfunciones pueden ser manifestaciones de amplio número de factores (*multicausalidad*).
- Las diferentes disfunciones requieren de distintos procedimientos terapéuticos para su modificación en las mismas o diferentes personas (*multitratamiento*).

3. Redefinir las clasificaciones psiquiátricas.

3. Relación de la evaluación conductual con la fijación de objetivos y las intervenciones terapéuticas.

La evaluación conductual establece como prioritarios tipos de validez en sus instrumentos de evaluación: De contenido (muestreo de la conducta que se pretende evaluar) y de utilidad para el tratamiento (su aplicación sirve para fijar la intervención).

La evaluación psicométrica maneja las valideces concurrente, predictiva y de constructo. En un segundo plano está la de contenido y no se considera la de tratamiento.

El terapeuta conductual debe ser igualmente diestro para evaluar y para intervenir terapéuticamente. Hay una complejidad en la enseñanza de estas habilidades, dado el enfoque idiográfico, resultan muy variados problemas a considerar, diferentes tipos de poblaciones y diferentes circunstancias en las cuales el terapeuta debe manejarse.

4. Áreas de procesos psicofisiológicos: métodos, medios, fuente informativa y circunstancias de la evaluación conductual.

Los registros psicofisiológicos hicieron patente la desincronía y fraccionamiento entre respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas que incluye una emoción. En ese caso, deberíamos remitirnos a la autoexpresión.

La elección de un método de evaluación se debe guiar por:

1. Relevancia o pertinencia respecto al problema (áreas).
2. Accesibilidad que tenga el terapeuta a los métodos.
3. Economía de tiempo y esfuerzo para el paciente.

ÁREAS	MÉTODOS	MEDIOS	FUENTE INFOR.	CIRCUNSTANC
-------	---------	--------	------------------	-------------

<p>Motoras, verbales, cognitivas y emocionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Entrevista conductual estructurada o semiestructurada · Cuestionarios · Auto - observación 	<ul style="list-style-type: none"> · Autoinformes históricos. · Autoinformes actuales · Autoinformes actuales y sus registros respectivos 	<ul style="list-style-type: none"> · Paciente 	<ul style="list-style-type: none"> · Sesión · Naturales (hogar, trabajo)
<p>Motoras, verbales; por inferencia, respuestas cognitivas y emocionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Observación conductual 	<ul style="list-style-type: none"> · Informe actual y registros 	<ul style="list-style-type: none"> · Terapeuta u otro observador entrenado · Cualquier persona del entorno, medianamente confiable, además. 	<ul style="list-style-type: none"> · Sesión, por simulación.
<p>Respuestas emocionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Registros psicofisiológicos 	<ul style="list-style-type: none"> · Instrumental; datos entregados por los instrumentos (telemétricos) 	<ul style="list-style-type: none"> · Instrumentos (RPGalvánica, R el. miográficas, termo y electro - cardiográficas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> · Sesión o en el laboratorio de MPP, por simulación (Natural)

IV UNIDAD: INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y DISFUNCIONES ESPECÍFICAS.

1. Procedimientos terapéuticos

1.1 Intervenciones de uso general y específico.

Cada vez menos se utilizan técnicas generales, aunque algunas permanecen por su utilidad, como la relajación.

La terapia conductual se situó completamente dentro de un esquema experimental que exige una gran precisión de las variables y un aislamiento neto de esas variables, de tal manera que pueda afirmarse que tal variable independiente produjo tal efecto en tal variable dependiente. Este paradigma se sostuvo a pesar de darse cuenta que era una artificialidad, manteniendo la idea que la conducta era la suma de una serie de relaciones E - R. Sin embargo, los clínicos conductuales comenzaron a manifestar su malestar por la simpleza de las respuestas que las investigaciones de laboratorio entregaban, no ayudando a resolver problemas complejos. Una salida a éste bloqueo fue lo que **Wolpe** hizo: planteó una sola emoción (ansiedad) como la disfuncionalidad básica que estaba comprometida en diferentes disfunciones, como respuesta condicionada: fobias, cogniciones obsesivas, comportamientos compulsivos, ansiedad generalizada, trastornos psicósomáticos, disfunciones sexuales, etc.

El hecho que se mejorara la metodología instrumental de laboratorio permitió registros simultáneos y continuos de un número de respuestas, descubriendo el fenómeno de la desincronía, quedando claro que la evaluación debía ser multidimensional e idiosincrática, teniendo como resultado una intervención también multidimensional.

Paul (1967) indicó "lo que hay que responder en las investigaciones es ¿qué técnicas son efectivas para qué tipo de pacientes, con cuáles problemas y en qué circunstancias ?.

A. Lazarus planteó el prototipo de la multidimensionalidad evaluativa y de intervención, señalando que su terapia está basada en un *eclecticismo técnico*, respecto al que señala que el clínico cuando afronta un problema debe resolver situaciones echando mano a cualquier recurso terapéutico, aunque éstos no estén respaldados científicamente. Se opone al eclecticismo teórico, citando a Eysenck (1970). El ecléctico típico, según Lazarus, escoge intervenciones de acuerdo al atractivo subjetivo que le significa, recayendo en el *eclecticismo teórico ignorante*, porque lo hace sin darse cuenta.

El eclecticismo técnico implica usar varias técnicas tomadas de diferentes fuentes teóricas sin adherir a las teorías o disciplinas que les dieron origen.

El rol del terapeuta clínico, entonces, es señalar por análisis retrospectivo la eficacia de sus técnicas eclécticas y poner estos datos prácticos a disposición de la investigación científica, como hipótesis.

Lazarus adhirió al eclecticismo técnico, no por la falta de efectividad de la terapia conductual en distintos niveles de disfunción, ámbitos o complejidad, sino porque había una tasa de recaída importante de quienes eran recuperados (2/3 de pacientes con problemas complejos, en 2 años).

1.2 Modelo general del estrés.

El término estrés designa una variedad muy amplia de reacciones adaptativas (breves y limitadas o prolongadas continuas o intermitentes), lo que implica que es una movilización de energía y recursos biológicos, psicofisiológicos y psicológicos mayor a la habitual, con un propósito relativamente global de preservar la integridad del individuo y su bienestar.

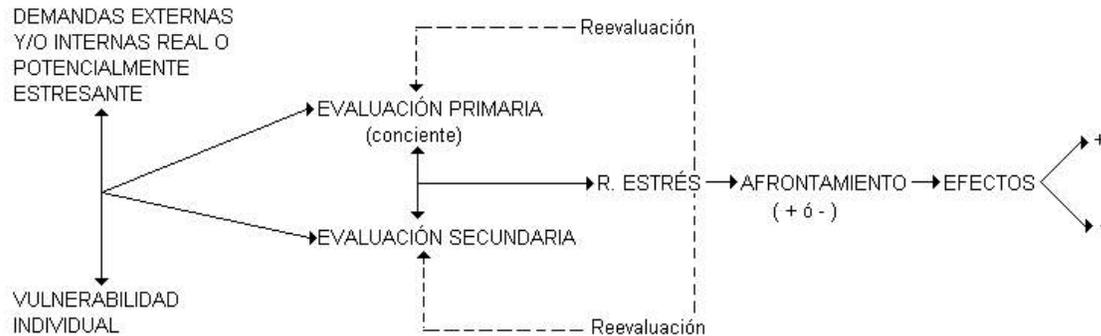
Algunos autores señalan que el término se ha usado como equivalente o sustituto de una serie de otras circunstancias o hechos, por ejemplo, la ansiedad, el conflicto, la frustración, la activación (alerta). Otros plantean que el estrés es un escape de la realidad. Otros autores son más optimistas porque creen que pueden proponerse modelos biopsicosociales que incluyan las diferentes explicaciones de estrés y lo definen más nítidamente.

A la psicología le preocupan los ámbitos emocionales, motivacionales, cognitivos y conductuales del estrés.

Hay algunas proposiciones que califican al estrés como un tipo de respuesta ("respuesta de estrés"), otros han dado la preeminencia al estímulo ("estímulos estresantes") como condición necesaria y determinante. El mejor acercamiento pareciera ser entenderlo como un estado dinámico, resultante de la interacción del individuo con su medio; es así como **R. Lazarus y Folkman** (1986) definen estrés como una "*relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos*", de acuerdo a ellos, sería claro que el estrés sería el efecto de la sobrecarga o exigencia desmedida respecto a las capacidades de un individuo, pero pareciera ser que la sobrecarga no es el único antecedente causal, sino más bien que el displacer emocional surge cuando la persona enfrenta restricción o aislamiento físico o emocional (cuando los requerimientos son sustancialmente menores a lo usual). Entonces existiría un estrés por sobrecarga y un estrés por déficit de carga (aburrimiento), teniendo como punto común la imposición de condiciones que no se pueden eludir.

La sobrecarga puede resultar de un incremento de las exigencias o demandas que se hacen al individuo o de un decremento de sus recursos. El estrés por déficit puede ocurrir porque el entorno se hace más deficiente o porque la persona desarrolla mayores recursos personales.

MODELO INTERACCIONAL (TRANSACCIONAL) (Lazarus & Folkman)



1. Demandas externas y/o internas, real o potencialmente estresantes.

Hay quien señala las situaciones estresantes en diversas situaciones naturales:

- Exigencias de procesamiento informático acelerado.
- Estímulos ambientales nocivos (físicos: humo, ruido, etc.).
- Amenazas físicas percibidas.
- Funcionamiento fisiológico perturbado (enfermedades, drogas, etc.).
- Aislamiento y confinamiento físico o social.
- Obstáculos en el logro de objetivos.

Otros autores califican el tipo de estresantes:

- a. Estresantes agudos temporalmente limitados (sustos).
- b. Secuencias estresantes con prolongación temporal (pérdidas).
- c. Estresantes crónicos pero intermitentes (visitas familiares).
- d. Estresantes crónicos continuos (incapacidades permanentes).

Otros autores señalan la conveniencia de un enfoque contextual, la necesidad de considerar un estilo de vida y el momento del ciclo vital en que aparecen estas condiciones potencialmente estresantes. No hay un evento intrínseca y globalmente estresante.

Levine estimulaba tempranamente a las ratas con acontecimientos estresantes y vio que después afrontaban mejor situaciones estresantes intensas (sobrerrespondían a estímulos menores), haciendo pensar que el efecto de ciertos estímulos es dañino o benéfico según el momento en que impacten al individuo.

El ser humano es capaz de autogenerarse perturbaciones (estrés), debido a que puede plantearse autoexigencias.

2. Vulnerabilidad individual.

Disposición a responder de cierta manera por parte del individuo. Se define como la *predisposición individual a percibir las demandas con calidad de amenazas al bienestar físico, personal o psicológico*. Es determinada por la amenaza percibida en las demandas potencialmente estresantes y esta amenaza deriva de la importancia que la persona le otorga a la demanda según sus valores, objetivos de vida y recursos de que disponga para hacerle frente.

Un ESQUEMA es una estructura y un proceso de memoria que contiene ideas, imágenes, expectativas y aptitudes, el conjunto de cuyos factores tipifica el procesamiento de información. Los esquemas pueden sesgar todo el procesamiento informativo, con o sin conciencia de la persona. Se ha constatado que tanto el procesamiento informativo cognitivo y emocional, al enfrentar una demanda, es de carácter preatencional (inconciente).

Se ha visto que la presentación de palabras, cargadas emocionalmente, en forma subliminal inducen ansiedad y manifestaciones psicofisiológicas correlativas. También se ha visto que el procesamiento inconciente (escucha dicótica y atención selectiva) hace selección sesgada congruente al tipo de procesamiento individual.

Las evidencias señalan que hay 2 tipos de procesamiento: automático (preevaluación no conciente) y controlado (cognitivo). El procesamiento automático es rápido, relativamente inflexible, con exigencias de mínima atención y puede activarse sin intención ni conciencia (esquemas). El procesamiento controlado es deliberado, altamente flexible y adaptable con el propósito de afrontar las demandas.

El procesamiento automático hace que estímulos levemente nocivos o inocuos sean percibidos como dañinos, pudiendo inducir los llamados pensamientos automáticos o diálogos internos y pueden interferir con el procesamiento controlado.

3. Evaluación primaria.

Valoración de la situación en cuanto a lo que ésta significa e importa para el individuo.

Como producto de la evaluación primaria el sujeto califica las demandas como irrelevantes (en cuyo caso no se continúa la secuencia), como benigno - positivas (la demanda preserva o produce bienestar, o bien, ayuda a obtenerlo; existiendo un grado de estrés) o como maligno - negativas (las que normalmente producen las respuestas de estrés más perturbadoras).

4. Evaluación secundaria.

Evaluación de lo que la persona puede hacer según sus recursos, lo que cree que puede o debe hacer, tomando en cuenta los posibles resultados de los cursos de acción alternativos, considerando otras demandas presentes en ese momento.

5. Reevaluación.

Proceso que modifica las evaluaciones (primaria o secundaria) a partir de la nueva información obtenida del entorno demandante, de las propias reacciones emocionales de estrés o del reconocimiento de los efectos favorables o desfavorables de las estrategias de afrontamiento.

6. Respuesta de estrés.

Cannon (1935) formuló el concepto de "*reacción de emergencia*" consistente en una activación del organismo que se prepara para luchar o huir, subyaciéndole el aumento de la actividad simpática o adrenal.

Selye (1956) define estrés como la "*respuesta fisiológica no específica a cualquier demanda hecha a un individuo*" que correspondería a un patrón universal de defensa en animales y humanos, encaminada a proteger la integridad del organismo y que ocurre en 3 etapas: alarma, resistencia y agotamiento.

Pancheri (1980) distingue la actividad secuencial de 3 sistemas de respuesta multihormonal.

- a. Sistema de reacción rápida: Ad y Na, prolactina, GH, insulina, andrógenos y estrógenos.
- b. Sistema de reacción semirápida: ACTH y cortisol.
- c. Sistema de reacción lenta: tiroxina y cortisol.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS INESPECÍFICOS POSITIVOS DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS: Aumento de niveles de catecolaminas y corticoides, elevación del nivel de azúcar en la sangre y elevación de la tasa cardíaca y presión arterial (la persona está preparada para la acción rápida e intensa) que se manifiesta ante obstáculos de índole psicológica.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS INESPECÍFICOS NEGATIVOS DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS: Tensión muscular, fatiga, disnea, taquicardia, dificultades de deglución,

meteorismo digestivo, diarrea, sudoración y repuestas motoras, francas o leves, de ataque o huida.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS INESPECÍFICOS POSITIVOS DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS: Disminución de umbrales sensoriales (para percibir e identificar estímulos débiles y, por lo tanto, obtener mayor cantidad de información del entorno y sí mismo), incremento de la velocidad y precisión del procesamiento informativo de los datos obtenidos (los cuales son organizados de tal manera que se facilita la toma de decisiones) y preparación del individuo para emitir de manera rápida, intensa y precisa las respuestas que le ayuden a hacer frente a las demandas.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS INESPECÍFICOS NEGATIVOS DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS: Irritabilidad, desánimo, dificultad de concentración, memorización, recuerdo, razonamiento y comprensión.

Estos parámetros pueden conducir a ciertos tipos de **EFFECTOS FISIOLÓGICOS CRÓNICOS**, siempre y cuando haya una cierta frecuencia, intensidad y duración del estrés que interactúe con una predisposición psicofisiológica y mecanismos de transducción de fenómenos fisiológicos o psicológicos a psicofisiológicos que conduzcan hasta la cronificación: cefalea (tensional - muscular), migraña (vascular), enfermedades cardiovasculares como la hipertensión esencial, úlcera duodenal, colon espástico, colitis ulcerosa, asma, lumbargia, fibromialgia (dolores articulares multiformes y multilocalizados, asociados a fases de fatiga que llevarían a fatiga crónica) , amenorrea o dismenorrea, eyaculación precoz, disfunción eréctil y trastornos del sueño.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS CRÓNICOS NEGATIVOS DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS: Trastornos de ansiedad (fobias y trastornos de pánico o postraumático) y trastornos depresivos.

EFFECTOS SOCIALES NEGATIVOS DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS: Irritabilidad (intolerancia) y agresividad.

EFFECTOS LABORALES NEGATIVOS DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS: Baja productividad, accidentes, ausentismo, fatiga laboral, conflictos e insatisfacción laboral.

EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS: No existe una única experiencia, se trata de diferentes emociones (inquietud, temor, ansiedad, depresión, pena) o una combinación de éstas y otras.

7. Estrategias de afrontamiento y consecuencias.

Lazarus & Folkman definen afrontamiento como "*esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son percibidas como desbordantes de los recursos del individuo*".

EL afrontamiento puede dirigirse al problema o a la emoción, siendo el último más frecuente cuando la persona evalúa la situación como inmodificable.

- a. AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA EMOCIÓN: Involucra *procesos cognitivos* destinados a: disminuir la magnitud de la respuesta emocional dentro del estrés (evitación cognitiva, minimización, distanciamiento, despersonalización, comparación positiva y extracción de los aspectos positivos de los hechos negativos), aumentar la intensidad de la respuesta emocional con el fin de inducirse a la acción, modificar el significado de la situación demandante y distorsionar la realidad. Las *estrategias conductuales* involucradas con el ejercicio físico, fumar, beber, buscar apoyo social, desahogarse expresando los sentimientos, meditar, relajarse, comer, tener relaciones sexuales, etc.
- b. AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA: Incluye conductas de *manejo del entorno* (modificar las presiones ambientales sociales, eliminar obstáculos y ampliar o enriquecer los recursos materiales), de *manejo del individuo* (modificar el nivel de aspiración, desarrollar nuevas pautas de conducta y habilidades o buscar otras vías de satisfacción alternativa, para que el problema deje de tener la relevancia actual).

AFRONTAMIENTO EFICAZ	AFRONTAMIENTO FALLIDO
Efecto acumulativo de la fatiga, derivada del esfuerzo exitoso en que la persona está con menor capacidad para afrontar otras situaciones.	Efecto acumulativo de la fatiga.
Sobregeneralización de la estrategia de afrontamiento exitosa.	Sobregeneralización de la expectativa de fracaso. Desamparo aprendido.
Efectos patológicos propios del afrontamiento: reacciones patológicas excesivas, por ausencia de prácticas higiénicas o por abuso de sustancias. Se ha alejado de las personas cercanas.	Menor apoyo social y autoimagen reducida

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN FUNCIÓN DE LOS ASPECTOS CAUSALES

1. Si hay demandas realmente estresantes, cabe reducir la fuerza y persistencia de las demandas, ya sea abandonando el ambiente estresante, modificando puntualmente sólo algunos aspectos del medio o reduciendo paliativamente las reacciones emocionales.

2. Cuando el determinante es la evaluación primaria y/o secundaria negativa puede hacerse un cambio por reducción de respuestas emocionales que son aspectos del estrés, por modificación del procesamiento informativo en la evaluación primaria. La secundaria puede cambiarse mejorando el abordaje de los problemas y optimizando el uso de los recursos personales (manejo del tiempo, entrenamiento en solución de problemas).
3. Podemos también intervenir la vulnerabilidad personal por medio del cambio de creencias irracionales, que conduciría a la modificación de los esquemas que están a la base (TRE, reestructuración racional sistemática, terapia cognitiva de Beck).

1.3 Técnicas dirigidas a desarrollar el control psicofisiológico: entrenamiento en relajación, desensibilización sintomática, entrenamiento en el manejo de la ansiedad y la ira, modulación de patrones neuromusculares.

1.3.1 Entrenamiento en relajación.

- Relajación por sugestión hipnótica
- Meditación zen: respiración.
- Meditación trascendental: mantras.
- Hatha yoga: respiración y asanas.

1. Entrenamiento autógeno o relajación concentrativa (Schultz, 1931)

Se ocupa de producir una relajación de 6 zonas:

1. Músculos: en 15 días la persona debe tratar de experimentar la sensación de peso, autoverbalizando "el brazo derecho está pesado" (6 veces) y "estoy completamente tranquilo".
2. Vasos sanguíneos: la persona debe experimentar la sensación de calor por una a dos semanas "el brazo derecho está caliente", "estoy completamente tranquilo".
3. Corazón: por 15 días "el corazón late tranquilo y fuerte".
4. Respiración: 15 días.
5. Órganos abdominales: imaginando que irradia calor desde el abdomen al expirar, por 15 días.
6. Cabeza: tratando de lograr la sensación de frescura de la frente.

Los ejercicios se logran dominar, en un primer nivel, a los 2 a 3 meses, con 2 a 3 sesiones diarias de práctica. Si de 4 a 6 meses se hacen 2 prácticas diarias, se esperan efectos mayores. A los dos años se esperaría un control pleno sobre el sistema autónomo.

2. Relajación progresiva profunda (Jacobson, 1938)

Es progresiva en 3 aspectos: el sujeto va progresando en el sentido que la relajación es cada vez más profunda en cada una de las regiones consideradas; porque el sujeto va sumando, uno después de otro, los diferentes grupos musculares y porque la persona va avanzando hacia una condición inhabitual de reposo.

El problema de esta técnica es el largo período de práctica requerido (90 días a 1 hora diaria para obtener beneficios) porque desglosa el cuerpo en muchos grupos de músculos.

Puede ser pertinente para pacientes que presentan dificultad para tomar conciencia de alguna tensión muscular.

PRECAUCIONES RESPECTO A LA PRÁCTICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA.

- a. Personas que sufran algún problema médico (por ejemplo, diabetes) o psicofisiológico (como hipertensión arterial) y que están bajo medicación, será bueno ir ajustando las dosis (por sugerencia al médico) si es necesario. Por ejemplo, el uso de un hipertensivo debe ser reducido por sus efectos en el desempeño sexual; la insulina, porque la relajación reduce la concentración de azúcar en la sangre, podría generar un coma diabético si se mantuviera junto a la terapia.
- b. Manifestaciones patológicas (como asma), donde no conviene focalizarse, al inicio, en el área del problema.
- c. La persona ha podido sufrir experiencias traumáticas (accidentes, violación) o bien, alteraciones de conciencia (fisiológicas o farmacológicas), entonces tiende a reactualizar sensaciones durante el proceso (imágenes, pensamientos o movimientos), por lo tanto, habrá una descarga emocional que deberá ser permitida y apoyada.
- d. Que la persona esté sufriendo una condición psicológica intensa e inusual (fallecimiento) o estados de despersonalización por ansiedad. La actualización de estas condiciones puede producir descargas y si empeora se deberá suspender la práctica previa tranquilización y apoyo al paciente.
- e. Puede darse una persona en una condición física inusual (embarazo) donde se debe modificar la forma de entrenamiento, no focalizándose en el área del problema. En la narcolepsia se deberá mantener la posición tendida.
- f. Personas que manifiesten haber experimentado una práctica previa con otra técnica de relajación. Se debe reiterar la sujeción estricta al nuevo método.
- g. Excesiva o inusual respuesta (ej: gran desorientación espacio - temporal, intensos cambios en la autoimagen corporal). Se debe reorientar al sujeto antes que deje la sesión y también cabe la ejercitación más breve. Si las respuestas continúan se debe suspender.
- h. La persona percibe excesiva somnolencia. También se indica una práctica más breve y en aquellos espacios de tiempo que no inducen a la somnolencia.

- i. La persona dice sentirse muy incómoda y desesperada por mover alguna parte del cuerpo. Se recoge la queja y se le recomienda insistir en la práctica. Si persiste hay que utilizar otro tipo de método e investigar las causas.
- j. Ocurre una respuesta incongruente con las instrucciones (pánico, angustia extrema, ansiedad). Se debe constatar lo que está haciendo realmente el paciente (por si está adicionando otros elementos no pedidos), se le pide que se ajuste al relato y se le entrena para ello; además es bueno examinar el significado personal al "dejarse ir" o la "pérdida de control". Puede ocurrir esta ansiedad paradójica en casos de personas que sufren ansiedad generalizada y en algunos fóbicos, además cuando se aplica retroinformación biológica. Sus causas pueden ser:
 - o La persona se activa emocionalmente por lo inusual de los efectos sensoriales o cognitivo - afectivos del alivio de la tensión crónica y la activación produce ansiedad.
 - o Activación emocional por temor a la pérdida de control.
 - o Activación a partir de la focalización de la atención sobre reacciones que ocurren a veces tanto en la relajación como en la ansiedad. Ej: aflojamiento muscular, perturbación de la imagen corporal.

3. Relajación progresiva secuencial (Bernstein & Bolkopec, 1973)

Considera el entrenamiento sucesivo teniendo en cuenta 17 - 7 - 4 grupos musculares. Luego de un período de práctica se va disminuyendo la división de grupos musculares (a razón de 1 minuto por músculo).

Se ha usado como preliminar a procedimientos como la DS. Requiere ciclos de tensión relajación de cada grupo muscular.

4. Relajación progresiva abreviada (Wolpe & Lazarus, 1966)

En dos sesiones se lleva a cabo la práctica de relajación de todo el cuerpo. En la primera sesión se practica en manos, brazos, rostro, cuello y hombros; en la segunda sesión se trata la espalda, tórax, estómago, glúteos, piernas y pies.

Cada grupo se tensa y relaja en 5" por 15", 3 veces.

Las últimas tres técnicas consideran además de la sesión, una o dos prácticas diarias en el hogar, repitiendo la sesión. Los pacientes deben registrar fecha, hora de inicio, tipo de relajación, tensión emocional pre y post práctica (de 1 a 10) y las sensaciones experimentadas (para saber que enfatizar al inducirlo y para darse cuenta si hay sensaciones

atípicas)

5. Relajación aplicada (Chiang - Iang & Denney, 1973)

- a. Autoobservación y registro de reacciones de ansiedad (nerviosismo, inquietud), tal como los califique el paciente. Se solicita sea llevada a cabo durante 3 semanas sin ninguna intervención. Para establecer una línea base de comparación.
- b. Relajación progresiva abreviada. En dos sesiones.
- c. Relajación sin tensión previa. En sesión, el terapeuta guía al paciente de tal forma que se relaje de cabeza a pies, insistiendo en el control de la respiración (rítmica, lenta y diafragmática) sugiriendo un estado de calma y aflojamiento, comenzando con una extensión de 15' a 20' hasta llegar a lograr el mismo estado en un período de 5' a 7' como máximo.
- d. Relajación por control de estímulos.
- e. Relajación por control de estímulos. Se intenta condicionar la autoverbalización de la palabra "calma", "relajación" o cualquier otra, a la condición de relajación; se solicita a la persona que una vez lograda la relajación, repita bajo guía del terapeuta esta autoverbalización unas 4 a 5 veces al momento de expeler el aire, luego, el paciente debe llevar a cabo esta asociación durante unos 2'. La práctica en casa se extiende de 1 a 2 semanas. Se espera que el paciente pueda relajarse en no más de 2' a 3'.
- f. Relajación diferencial. Se pide al paciente, sentado, llevar a cabo la relajación con control de estímulos, luego de haberlo logrado se le pide hacer movimientos con diversas partes del cuerpo manteniendo relajadas las restantes; luego se pasa a practicar en situaciones más comunes (teléfono, TV, lectura). Se ocupan 2 sesiones de 30' aprox. para lograrlo. Se pueden usar estímulos discriminativos para la casa.
- g. Relajación rápida. Los propósitos son relajarse en situaciones naturales no estresantes y reducir el tiempo necesario para hacerlo de 20" a 30". El paciente debe practicar 15 a 20 veces con los estímulos discriminativos: inhala profundamente y exhala lentamente, pensando en la autoverbalización condicionada. Se esperan logros a las 2 semanas.
- h. Aplicación in situ e in vivo. Después de 8 a 10 sesiones, el paciente debe exponerse en sesión y/o en situaciones naturales a estímulos aversivos durante 10' a 15', mientras se está relajando.

Se puede usar en fobias, cefaleas tensionales y vasculares, dolor de espalda, tinitus, trastornos de pánico, insomnio de conciliación, náuseas por quimioterapia y epilepsia. Tiene una tasa de abandono de $Md = 6\%$ (0 - 22%) en general y en agorafóbicos la $Md = 12\%$ (0 - 35%). En cuanto al mantenimiento de cambios, de 12 estudios, en 3 de ellos se mantuvieron y en 9 mejoraron.

6. Relajación por estiramiento muscular.

Tendría una mayor utilidad que la relajación por tensión, porque son activados más receptores sensitivos en las fibras musculares en el estiramiento, lo que facilitaría la contrastación con la relajación subsecuente. Es eficaz para reducir la excitación neuromuscular y reduce el tono muscular, además combate el dolor y la isquemia.

Carlson y cols (1990) pidieron a las personas que tensaran 4 grupos por 10", seguidos de relajación de 1' (tirar los extremos de los párpados hacia arriba con los índices y hacia abajo con los pulgares; echar la cabeza hacia atrás o adelante estirando el cuello; entrecruzar los dedos, rotar las palmas hacia afuera y levantar los brazos; juntar las manos a la altura del tórax, separar los dedos pareados y mover las manos hacia abajo). Después de 4 sesiones, las personas experimentaban menores tensiones y menor actividad en el macetero.

En otro estudio, por 2 semanas se estiraron 12 grupos musculares, con una reducción de la tensión muscular, regulación de la respiración y disminución de la presión diastólica.

7. Relajación por imagería dirigida

La mayoría de los pacientes, no todos, son capaces de o revivir situaciones en imágenes o de construir situaciones no vividas. Si no fuera así deberíamos cambiar de procedimiento.

Se aprecia la capacidad de imaginar solicitando que la persona imagine un conjunto simple de objetos estáticos (figuras geométricas, con colores (contrastantes y agradables). Se evalúan 3 aspectos: la nitidez de las formas, de los colores y la claridad de la relación espacial entre ellos, mediante escalas. Otra prueba consiste en presentar a la persona un papel cuadriculado de trasfondo y un dibujo sobre él, con formas simples y se le pide que lo examine y reconozca todo lo que allí aparece; luego se le retira el dibujo y se le da otro papel cuadriculado, pidiéndole que indique la localización de los elementos por cuadrícula. Otra posibilidad es la imaginación de una escena en una librería amplia, con muchos textos; luego de unos minutos se le solicita que informe lo que imaginó y se anota el informe espontáneo (para conocer las modalidades sensoriales utilizadas, orientando a la predominancia), luego se pueden hacer preguntas directas en cuanto a lo relatado o bien, preguntando acerca de las modalidades sensoriales no incorporadas espontáneamente. En otro procedimiento, se solicita que imagine nuevamente la librería, tomando en cuenta los aspectos que fueron indagados y agregando nuevos aspectos (luz, clima, ambiente), evaluando el detalle logrado en cada modalidad sensorial; se le puede solicitar una práctica en su hogar en las que utilice escenas familiares recordadas y placenteras (tranquilizadoras) 2 a 3 veces al día por 5' cada vez; también puede solicitarse la elaboración de una escena estándar construida por el terapeuta. El lugar de la práctica deberá ser el más apropiado para la persona.

Se estima que el período adecuado de relajación en personas relativamente hábiles es de 2 semanas, cuando logren relajarse en 30" a 1' a un nivel de suficiente tranquilidad.

1.3.2 Entrenamiento en el manejo de la ansiedad, EMA. (Suinn & Richardson, 1971)

Suinn & Richardson (1971) ofrecen un procedimiento EMA diseñado con la finalidad de ayudar a los pacientes que presentaban reacciones de ansiedad excesivas en circunstancias que no eran claramente definibles (que no se podían beneficiar de la DS). También se ha usado para los casos en que más de tratarse de un estímulo externo, el estímulo es una respuesta interna que produce la ansiedad (tartamudeo).

La técnica se lleva a cabo por una secuencia de:

- a. La persona debe relajarse, ya sea utilizando la relajación progresiva u otra, entre ellas, la relajación por imaginación.
- b. Se le pide a la persona que autogenera su ansiedad, construyendo imágenes aversivas (recuerdos o expectativas). Se le puede "ayudar" con un pellizco o una descarga eléctrica.
- c. Se le pide que atienda a las respuestas que constituyen su reacción de ansiedad y lo informe.
- d. Se le pide que retorne al estado de relajación.

Semeja mucho las circunstancias naturales de vida.

Suinn (1976) comentaba que el proceso de autocontrol por esta técnica se lograba de 4 a 5 sesiones en personas con ansiedad generalizada y sin un trasfondo de emotividad constante como rasgo eysenckiano. El año 1985 dijo que el tratamiento requiere de 6 a 8 sesiones.

La EMA tiene dos objetos: la ansiedad de situación y la ansiedad de rasgo. Se puede aplicar a pacientes con ansiedad generalizada y también a fóbicos y trastornos médicos o de salud (hipertensión esencial, dismenorrea, diabetes mellitus, etc.). También es efectivo en poblaciones en que la disminución de la ansiedad es un paso previo al mejoramiento (SQF, delincuentes, depresivos). También se ha usado para controlar la ira y la pena.

Caso:

Helein estaba interesada en métodos operantes para su emocionalidad difusa, que le hacía perder el control frecuentemente. Iba desde la cólera hasta el júbilo. Sus expresiones verbales eran exclamativas, cambiaba de tonos de voz. Al tomar conciencia de sus emociones, desarrolló la ansiedad. Era exitosa y atractiva. La EMA se prescribió por sus expresiones básicas de ansiedad, irritabilidad rápida, expresión y depresión.

El tratamiento empezó por relajación simple seguida de relajación por imaginación (porque al principio no se relajaba mentalmente). Después de la 5ª sesión empezó a reportar cambios favorables, haciéndose más conciente y equilibrada, a la 12ª reunión ya tenía niveles aceptables de ansiedad.

Este caso fue un éxito parcial, porque continuaba teniendo crisis de pánico esporádicas.

1.3.3 Desensibilización sistemática, DS. (Wolpe)

Comenzó siendo una propuesta dentro de un enfoque de condicionamiento clásico, pero actualmente se explica dentro de un modelo tanto clásico como cognitivo.

Se indica para fobias simples (animales, examen dental, ascensor, claustrofobia), para descondicionar emociones de ira y pena (donde los estímulos desencadenantes son claros), las fobias sociales y las disfunciones sexuales se pueden beneficiar de una aplicación preliminar de la DS o bien en conjunto con otros, en la mayoría de los casos. No se indica para trastornos de ansiedad generalizada y, con reservas, puede intentarse en agorafobias y trastornos obsesivo - compulsivos.

PASOS. Inicialmente al pie de la letra, pero modificables por la experiencia.

1. Ofrecer una visión general al paciente de la teoría y de la racionalidad del autocontrol (asociación del $EI_a + EN = EC_a$). Se le explica que se intenta desconectar los EC y las RC negativas. Se le señala que se espera que desarrolle una capacidad personal para oponer una respuesta tranquilizadora o de otro tipo para inhibir la ansiedad.
2. Es de una importancia crucial el uso de una escala subjetiva de incomodidad entre 0 y 100, siendo 100 la tensión máxima. Se le solicita a la persona la descripción de una situación tranquila como comparación y base del nivel de comodidad, lo mismo para la incomodidad, recordando que sintió y que pensó. En sesión se le pide que califique la situación actual en base a esa escala.
3. Detectar y categorizar los estímulos aversivos por vía de entrevista dirigida, cuestionario de temores, autoinformación y registro durante la semana (dónde, con quién, cuándo, qué magnitud; cogniciones pre, intra y post situación de ansiedad). Se inicia con una *detección de estímulos sin categoría*, por ejemplo: lugares elevados, ascensores, lugares con mucha gente, iglesias, cines, estar solo, embarazo, alejarse de la casa, muerte, accidentes, incendios, lo desconocido, desmayos, inyecciones, escaleras mecánicas, volverse loco, medicamentos, puertas cerradas, parque de entretenimientos.
Luego se hace una *categorización de estímulos*, por indagación del terapeuta:
 - a. Temor a las alturas, acrofobia: lugares altos, escaleras mecánicas, parque de entretenimientos.

- b. Temor al encierro, claustrofobia: ascensores, lugares con mucha gente, iglesias, cine y puertas cerradas.
 - c. Temor a los espacios abiertos, agorafobia: alejarse de la casa, estar solo.
 - d. Enfermedades y asociaciones: desmayos, inyecciones, medicamentos.
 - e. Temores objetivos: embarazo, muerte, accidentes, incendios, temor de lo desconocido y volverse loco.
4. Identificar las dimensiones estímulo de la fobia, para no elaborar una mala jerarquía, como por ejemplo: proximidad física, proximidad temporal, concreto - simbólico, cantidad o número de elementos, tipo de personas y número de personas (fobia social), grado de dificultad de dejar la situación, naturaleza o reacción de los demás, etc.
5. Elaboración y jerarquía de estímulos.
- a. Solicitar que *la persona describa ejemplos* a modo de ítems de la jerarquía de estímulos respecto a la o las respuestas fóbicas. El paciente con el terapeuta y el paciente por su cuenta, deben ejemplificar su situación fóbica con un número entre 10 y 20 situaciones estímulo de modo concreto y específico que incluyan experiencias y también acontecimientos previstos de diferentes potencias para provocar la respuesta emocional. Se debe describir los ítems en las categorías, desde menor a mayor potencia, por ejemplo: ver vendas < ver una jeringa preparada para una inyección < sentir debilidad en las rodillas < elevación de la tasa cardíaca < recibir una inyección < oler éter < mareo moderado < sentir un mareo marcado < sentir que pierde fuerza muscular < sentir que se está próximo a desmayarse.
 - b. *Ordenar y espaciar los ítems.* Una posibilidad es por escalamiento directo de los ítems según sus valores de USD (unidad subjetiva de discomfort), en una hoja o en papeles individuales para cada ítem, cuidando que no hayan separaciones mayores de 10 USD en los ítems menores a 70 y no mayores a 5 USD en los superiores a 70. Otra posibilidad es el ordenamiento por rango, en el que cada ítem es escrito aparte y el paciente los ordena de menor a mayor potencia provocadora de ansiedad pero sin indicar valores. El tercer procedimiento es el preordenamiento, en que se solicita que la persona sitúe los ítems en 3 niveles (bajo, mediano y alto) en relación a su potencia, en que al interior de los niveles se puede proceder por rango. En definitiva es una secuencia, no 3 métodos separados, en que primero va el preordenamiento, luego el ordenamiento por rangos y luego el escalamiento directo.
 - c. Se dan *problemas con la jerarquización de los ítems*, en dos áreas:
 - I. Calificación errónea de un problema como fóbico: Se califica erróneamente un temor derivado de una información escasa o errónea (una persona que teme establecer contacto con alguien que sufre SIDA debido a que no sabe las formas de contagio), en el que basta eliminar la información errónea; puede tratarse de temores básicamente objetivos, pero que aparecen con demasiada frecuencia y con excesiva intensidad, en los que la DS es impropia y corresponde, por ejemplo, la detección del pensamiento u otras técnicas cognitivas más complejas o puede tratarse de temores que derivan de creencias religiosas que no son exactas (personas que

temen expresar la ira), las que deberían ser combatidas en el mismo contexto.

II. Categorización conceptual errónea. Una persona que presenta diversos síntomas atribuibles a claustrofobia en que la realidad puede ser temor a ser observado, por ejemplo. Una persona reportará temor a comidas con gente puede ser interpretada como fobia social, siendo en respuesta al olor de la comida. Esto dificulta las aproximaciones y las indagaciones hechas por el terapeuta.

6. Evaluar la habilidad imaginaria requerida para generar las respuestas de ansiedad. Se hace presentando alguna de las situaciones aversivas que ha descrito la persona. También hay que evaluar las posibles respuestas de afrontamiento que tienen que inhibir la ansiedad provocada por los estímulos (relajación, excitación sexual, ira, curiosidad, apetito) a través de la entrevista.

Davison y Schwartz (1976) plantearon la elección de procedimientos atendiendo a si había una predominancia de ansiedad somática o cognitiva.

Predominancia	ANSIEDAD SOMÁTICA BAJA	ANS. SOMÁTICA ALTA
ANSIEDAD COGNITIVA BAJA	Reducción de ansiedad. Implementación de técnicas de desarrollo. Meditación, entrenamiento autógeno, hipnosis pasiva	Relajación progresiva, hata yoga, caminar. Relajación por estiramiento y conducción de vehículos.
ANSIEDAD COGNITIVA ALTA	Leer, ver TV, jugar ajedrez. Relajación por imaginería dirigida e hipnosis activa.	Bailar, deportes muy activos.

Se debe verificar la potencialidad de la relajación, si se ha escogido, atendiendo a los tipos de ansiedad recién descritos.

Hay otras respuestas de afrontamiento que se basan también en la inhibición recíproca de la ansiedad: se ha usado alivio de ansiedad (aplicación de un estímulo eléctrico inconfortable y creciente hasta que el paciente diga en voz alta una palabra, por alrededor de 5 veces, para que se asocie el alivio por cese con la palabra y se convierta en EC inhibidor de ansiedad factible de utilizar en situaciones naturales) aunque se sugiere no usar en pacientes con ansiedad generalizada o con alto neuroticismo de Eysenck.

7. Entrenar la habilidad imaginaria con el fin de generar ansiedad. Hay que preparar a la persona para recrear estímulos aversivos y sus correspondientes respuestas emocionales, además de los significados que las situaciones aversivas tienen para la persona (las respuestas emocionales van a ser idiosincráticas y para conocer ese perfil se puede utilizar la escala de Hamilton). Se describe algún estímulo aversivo y luego se señala lo que la persona podría estar experimentando: conductas, pensamientos y significados emocionales.
8. Decidir el modo de presentar los ítems y usar las respuestas de afrontamiento elegidas.

- AFRONTAMIENTO DIRECTO

- a. *Método de remoción (Wolpe)*: se le pide al paciente imaginarse un ítem de baja USD y cuando el paciente informa ansiedad (levantando el índice) se le pide remover la escena y usar la estrategia de afrontamiento elegida. La escena sin ansiedad debe ser mantenida de 5" a 7" en la primera sesión (en cada una de 3 presentaciones por ítem se va aumentando el tiempo sin ansiedad hasta llegar a 30", donde se supone que ya ha sido superado), con una pausa entre cada presentación de 10" a 20" según Wolpe o de 30" a 1'. Si no se reduce la ansiedad se aumenta el estado de relajación anterior a la presentación o se sitúa otro ítem de menor potencia al aplicado. Antes de presentar el primer ítem en cada sesión es conveniente lograr 0 USD y si se trata de ansiedad generalizada, podría comenzarse con 15 USD.
- b. *Método de mantenimiento*: cuando el paciente informa de ansiedad, el terapeuta le pide continuar imaginando y mejorar la respuesta de afrontamiento. Otra posibilidad es que en la misma imagen se le haga transformar el estímulo a una condición más benigna.
- c. *Método de alternativa adaptativa*: cuando el paciente experimenta ansiedad, se le sugieren en las mismas imágenes, respuestas de afrontamiento llevadas a cabo por él (lo que corresponde a un modelado encubierto, porque está siendo dado por el terapeuta y ejecutado por el paciente). Es el método más conveniente.

Cada sesión se comienza presentando el último ítem exitosamente superado en la sesión anterior; su extensión se ajusta a la presentación exitosa de 3 a 5 ítems o bien entre 15' a 30' (siendo más importante el ajuste al tiempo); se sugiere terminar con unos minutos de relajación. **Wolpe** (1973) decía que podía atenderse a una persona a una frecuencia de 1 día, 2 a 3 veces por semana o cada 15 días a razón de 11 sesiones por fobia.

- IMAGINERÍA POSITIVA

9. Decidir, con el paciente, la práctica entre sesiones. Puede incluir práctica diaria de relajación y/o imaginería positiva, más adelante podría ser DS autodirigida con las imágenes ya superadas en sesión y finalmente, la exposición, bajo relajación, in vivo a ítems que han sido completados exitosamente en sesión. Debe incluir autoobservación y registro de conductas emocionales, cognitivas y motoras - verbales.

Wolpe investigó la tasa de cambio, diciendo: la curva positiva (de crecimiento exponencial) indica un rápido avance de los ítemes más débiles, haciéndose más lento a medida que avanzan los ítemes más profundos; reaccionan así las fobias dependientes de la proximidad del estímulo aversivo y la claustrofobia. En otras fobias en las que el parámetro esencial es el número de estímulos aversivos, se grafica el cambio en una curva negativamente acelerada: un lento avance en los ítemes más débiles y una aceleración en los más potentes; reaccionan así las agorafobias y acrofobias.

Variaciones de la DS

- a. Se ha implementado *DS autoadministrada*, en que la persona usa instrucciones escritas, es muy poco supervisada y lleva a cabo una DS desde el principio.
- b. La *DS automatizada*, donde es grabada la presentación de un ítem, dejando un espacio para la relajación, etc.
- c. La *DS in vivo*, con algún elemento de modelado participante, afrontando cada ítem. También puede usarse la relajación diferencial para sobrepasar algunos ítemes, el efecto de una droga tranquilizante o experimentando placer mediante la ingestión de alimentos.
- d. La *DS por contacto*, donde el terapeuta conecta mediante el tacto al paciente con su objeto fóbico.
- e. La *DS masiva*, donde se trabaja con una jerarquía por 2 a 4 horas.
- f. La *DS en grupos* que tienen una fobia compartida, avanzando al ritmo del más lento.

Efectos de la DS

Wolpe (1958) propuso el principio de la inhibición recíproca y lo mantuvo permanentemente. Ocurre como proceso cuando una respuesta incompatible con la ansiedad ocurre en presencia de un estímulo provocador de la ansiedad, siempre que la respuesta incompatible sea más intensa que la ansiedad, donde habría contracondicionamiento.

Hay varios hechos que lo refutan: la DS exitosa no depende de respuestas que inducen tranquilización necesariamente; no es tan necesaria la jerarquización de los estímulos aversivos dentro de una fobia ni del apareamiento de éstos con una respuesta incompatible a la ansiedad.

1.3.4 Modulación de patrones neuromusculares.

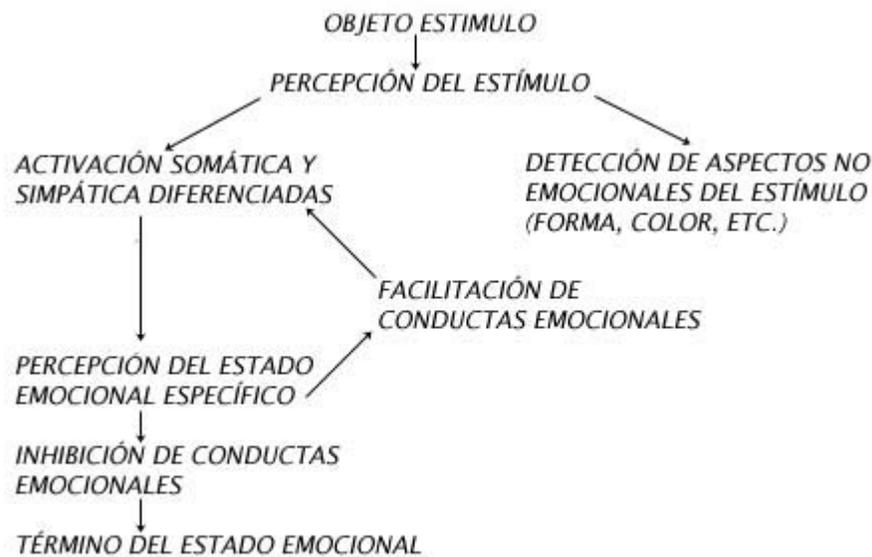
Modelos fisiológicos o biopsicosociales de la emoción.

Sustentan la idea que ciertas reacciones biológicas determinan estados específicos.

James (1884) decía que cuando hay un objeto estímulo, nosotros percibimos y sentimos, produciéndose una detección de aspectos no emocionales del estímulo. También hay una activación somática y simpática diferenciadas e instintivas: de esta activación deriva la percepción del estado emocional específico que puede producir 2 cosas,

- a. que se inhiban las conductas o manifestaciones emocionales, produciéndose el término del estado emocional,
- b. que se faciliten las conductas emocionales, que producirán nuevamente una activación somática y simpática, aumentando el estado emocional.

En síntesis, la acción genera la activación emocional y no al revés. Un modelo algo así como E - R - O.



Tomkins (1981) plantea que los psicólogos no han sido pioneros en el estudio del afecto: primero han sido los filósofos (Aristóteles, con el estudio de las pasiones) y luego le han seguido los biólogos (Darwin, expresión de las emociones; Lorenz). Postula una teoría de los afectos innatos.

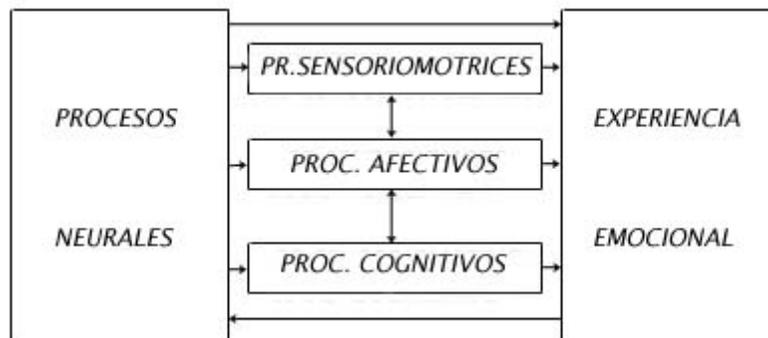
Schacter & Singer plantean su "teoría de las emociones", diciendo que no hay emociones discretas, el arousal o activación es inespecífico y se interpreta según las circunstancias.

Izard (1993) plantea la existencia de 4 sistemas de activación emocional que incluyen procesos cognitivos y no cognitivos, en este caso importan más los procesos no cognitivos en la modulación de los patrones neuromusculares. Él dice que mucho de las actuales teorías de la emoción se focalizan en los procesos cognitivos, dentro de los cuales están las evaluaciones y atribuciones, planteados como los medios fundamentales que provocan las

emociones; frente a esta propuesta, dice que es necesario ampliar la concepción causal respecto a las emociones.

Antes de definir su modelo multisistema de la activación de la emoción, aclara que es un gran problema definir la emoción, de tal forma que todas las personas estén de acuerdo, pero hay características básicas respecto a las cuales hay un gran acuerdo entre diferentes autores:

1. La mayoría estaría de acuerdo en que la emoción involucra procesos neuronales particulares. Los neurocientistas han identificado vías y neurotransmisores para la emoción en general y las emociones específicas y estarían de acuerdo en que el sustrato neuronal de la emoción no está constituido por centros cerebrales localizados, sino más bien por circuitos o redes de estructuras.
2. La emoción incluye un componente expresivo motor observable o, a lo menos, una actividad eferente en el SNC.
3. Las emociones se experimentan y registran en la conciencia (James hizo de este aspecto el componente fundamental de su teoría).



Habrían 4 tipos de sistemas que activan las emociones:

- a. *SISTEMA NEURONAL*: la generación de emociones se explica por la actividad de ciertos neurotransmisores y estructuras cerebrales. Aquí tenemos las hormonas endógenas, hormonas exógenas, neurotransmisores, estimulación eléctrica directa del cerebro o estimulación química. Lo importante de este sistema es que la evidencia indica que se pueden producir cambios de forma experimental o natural sobre el cerebro, respecto a ciertas sustancias bioquímicas y éstas pueden activar emociones o alterar la experiencia emocional que experimentamos en algún instante, sin mediación cognitiva.
- b. *SISTEMA SENSORIOMOTOR*: las emociones son activadas por mensajes motores eferentes y puede incluir la retroinformación aferente de las actividades de los músculos, de los husos musculares o de los receptores cutáneos. Aquí ocurre la conducta expresiva, se ha visto que puede producir o alterar una experiencia

emocional. Entre las conductas expresivas que influyen en la experiencia emocional están:

- *La expresión facial:* Eysenck señala que varios teóricos han entendido el planteamiento de Darwin y de James, postulando la retroinformación sensorial de los movimientos faciales. Es una instancia necesaria, aunque no suficiente, para causar o determinar una experiencia emocional. Hay varias formas de hipotetizar la retroinformación:
 - Que la conducta expresiva facial altera una expresión emocional que está ocurriendo en un momento determinado: se le pide a un sujeto que vea una película que está preparada para inducir una emoción y se le pide que asuma una expresión emocional contraria; se ha visto que comparados con sujetos que expresaron la emoción congruente, los sujetos experimentales informan menor intensidad emocional, incluso cuando se les pidió que hicieran gestos no completamente identificables con una expresión emocional (sujetar el lápiz con la boca).
 - Que la expresión facial produce emociones positivas o negativas, pero globales: se trata que las personas produzcan expresiones faciales correspondientes a 4 emociones positivas y 4 negativas y luego se les pregunta cuál fue la expresión emocional y los sujetos sólo refieren sentirse relativamente bien o relativamente mal, nada específico.
 - Que la expresión facial activa expresiones emocionales específicas: **Levenson, Ekman & Friesen**(1990) demostraron que la actividad facial voluntaria dirigida por el experimentador músculo a músculo tendiente a producir configuraciones universales correspondientes a las expresiones faciales de ira, disgusto, temor, alegría, tristeza y sorpresa produjeron niveles significativos de experiencia subjetiva y emocional correspondientes a las expresiones faciales y además produjeron las diferencias autonómicas entre emociones. Este hallazgo fue congruente en las emociones positivas y negativas, en análisis grupales e individuales, en hombres y mujeres, en la población general y en actores. Las emociones fueron más intensas cuando las expresiones emocionales se acercaron más al patrón neuromuscular prototípico de cada emoción y cuando los sujetos informaron del nombre específico de la emoción .
- *La postura corporal:* **Duclos y cols.** (1989) concluyeron que la retroinformación postural, al igual que la facial, produce efectos emocionales relativamente específicos para cada conducta expresiva (sujetos con postura erguida persistían más en una tarea frustrante e informaban menos de frustración).
- *Los patrones respiratorios:* En Chile, **Bloch, Santibañez & Ortus** (1987) demostraron que la ejecución voluntaria de una patrón respiratorio prototípico de las emociones de ira, temor, tristeza, erotismo, ternura y alegría, tienden a inducir la expresión facial correspondiente a cada emoción y consecuentemente, la expresión emocional subjetiva, además de patrones autonómicos específicos.

{Se podría afirmar que diferentes emociones desadaptativas, incondicionadas o condicionadas, podrían ser terapéuticamente interferidas y modificadas por la ejecución voluntaria de patrones neuromusculares faciales, respiratorios y posturales incongruentes. Podría diseñarse un procedimiento que incorporara estos patrones a una variante de la DS, que resultaría potenciada.}

- c. *SISTEMA AFECTIVO MOTIVACIONAL*: aparecen los impulsos fisiológicos (hambre, sed, necesidad de sexo) que pueden dar lugar a una emoción.
- d. *SISTEMA COGNITIVO*: ocurren procesos que determinan las emociones, tales como evaluaciones y atribuciones.

Los procesos neuronales son el único tipo de sistema activante que es necesario y suficiente para producir una emoción. Los sistemas sensoriomotor y afectivo pueden operar independientemente de la emoción pero frecuentemente interactúan con procesos cognitivos (mientras más compleja sea la emoción, mayor probabilidad que existan procesos cognitivos muy elaborados).

ASIGNATURA: Psicología Clínica I (Orientación Conductual)

DOCENTE: Raúl Martínez M.

PERÍODO: I Semestre de 1998