

PROCESOS SECUENCIALES DE UN PROCESO TERAPÉUTICO DE AUTORREGULACIÓN

1. Autoobservación

Como una forma de evaluación, es parte de casi todas las técnicas conductuales. En la autorregulación puede usarse el fenómeno de reactividad, que es un vehículo de cambio en sí mismo. No es un proceso natural en el ser humano, cuando es excesivo puede generar problemas.

Es una destreza que el paciente debe desarrollar para atender y percibir cada aparición de la conducta especificada. Se requiere una conducta descrita muy concretamente (cualitativa), un instrumento de registro, un acuerdo sobre las circunstancias de observación y un acuerdo sobre un posible modo de cotejar la autoobservación.

El efecto de reactividad no se extiende por más de una semana y sabemos que se produce en el sentido adecuado de disminuir conductas negativas y aumentar conductas positivas (para eliminar se pide atender el inicio de la cadena y para aumentar, el registro debiera llevarse a cabo después de realizada la conducta).

Objetivo de registrar el inicio de una conducta que se quiere reducir o eliminar:

1. Que el paciente tome conciencia de cómo se inicia la secuencia conductual, típicos son los fumadores quienes no se percatan cómo se encuentran fumando, que observen que cadena llevan porque después se les pedirá que la corten.
2. Que el registro mismo interfiera la secuencia, por lo tanto, el registro comienza a ser una acción de autocontrol y autorregulación.

Es importante que con los datos obtenidos se elabore un tipo de gráfico que facilite llevar a cabo un tipo de análisis de corte visual, donde estarán los avances, los retrocesos, los altibajos que van sucediendo. Es importante que éstos altibajos sean relacionados por la persona con la presencia de ciertos estímulos internos o externos (reunión social). En otros caso, el fumar, puede presentarse cuando una persona está pensando en cómo resolver un problema, que requiere de otras personas (relaciones funcionales estímulo-respuesta). Esta aclaración permite a la persona enfocar su problemática dentro de un análisis funcional del comportamiento, por lo tanto, su conducta pasa a ser objeto de estudio de investigación y experimentación y se le quita toda la carga afectiva y personalizada del problema.

Esto tiene como consecuencia que se reduzca la desmotivación en el paciente porque cuando la conducta se percibe ligada a estímulos concretos, la persona comienza a percibir el elemento de posible manejo (manejando los estímulos podrá manejar la conducta).

2. Establecimiento de objetivos

Hay que distinguir entre dos tipos de pacientes:

- a. Aquellos que tienen objetivos muy específicos o muy amplios. Son objetivos claros y realistas, pero no cuentan con los recursos instrumentales, es decir, no tienen en su repertorio conductual las habilidades que le conduzcan al logro de objetivos. Para este tipo de pacientes no es pertinente el establecimiento de objetivos porque ellos ya están y pueden ser bastante específicos y concretos.
- b. Aquellos pacientes que cuentan con diversas cualidades conductuales, tienen recursos, pero no tienen claros sus objetivos (problemas de tipo existencial), o que no sean realistas, o que sean vagos e imprecisos. Se ocupará bastante tiempo en esclarecer lo que esa persona querría lograr.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS PARA QUE SIRVAN A LA AUTORREGULACIÓN.

Deben ser específicos, cercanos (a corto plazo) y de reducido nivel (logrables), cambiantes en el tiempo. Cuando los objetivos no son realistas debe sobretodo atenderse al hecho de que sean cercanos y de dificultad creciente. Cuando los objetivos son confusos hay que apuntar su especificación fundamentalmente. El otro punto es que sean suscritos públicamente, ojalá por medio de un contrato escrito que se firma con el terapeuta o con otras personas significativas de su entorno.

3. Fijación de estrategias de señalización

El proceso psicológico que ocurre aquí se denomina "control de estímulos". La idea es que el paciente sea controlado por estímulos, físicos o sociales, internos y personales, pero que sean manejados por el mismo (poner el reloj despertador). Pueden intentarse dos cosas:

- A. Estrechamiento del control de estímulos. Habiendo muchos estímulos que controlar la respuesta que queremos cambiar, deseamos que sean pocos los estímulos que se asocien a esta respuesta (que la conducta o la respuesta ocurra sólo en ciertas circunstancias y no en muchas) para el caso que estemos tratando de conducir. Se pretende que haya menores estímulos (un solo lugar) y se ejecute la respuesta de forma aislada (sólo comer).
- B. Ampliación del control de estímulos. Para las personas que piensan infrecuentemente en términos positivos (pesimistas) querríamos que aumentaran la frecuencia del pensar positivo, podemos establecer una estrategia de señalización para ampliar el control. Se puede convenir que el paciente, cada vez que se encuentre con una persona de ciertas características se fije en sus características positivas, físicas o conductuales. Se debe precisar la conducta objetivo, que en este caso es pensar positivamente, aludir a conductas gratas o eficaces en el trabajo o fuera de él (controlando estímulos discriminativos, antecedentes o delta, estímulos ante los cuales no queremos que se lleve a cabo la conducta).

MODIFICAR LA CONDUCTA: Modificar la conducta es posible de un modo progresivamente más completo, en un solo lugar, a las horas correspondientes, lentamente (en el caso de la sobreingestión de alimentos).

4. Autoevaluación

El paciente coteja o compara la ejecución actual con los objetivos establecidos y con su ejecución previa (tres instancias de ejecución: previa, de los objetivos y actual). Normalmente se puede establecer una especie de continuo entre ellas (previa > actual > objetivo). Es muy importante que la persona relacione su ejecución actual con las conductas de autocontrol llevadas a cabo.

Por otra parte, si es que del análisis se deriva que no se ha avanzado mucho en dirección de los objetivos, lo que cabe no son quejas, sino que sólo una consideración más estricta de las ejecuciones deficitarias o defectuosas; puede estar fallando en el control de estímulos o en su cambio de conducta: no cabe queja ni frustración, sino un análisis más detenido y experimental.

5. Autorreacción motivacional

Es una acción consecutiva y posterior a la autoevaluación y consiste en el manejo intencionado por parte del sujeto, de consecuencias internas positivas que asumen la forma de juicios ("he logrado esto") donde también hay manejo de consecuencias externas, autoadministradas o, si no es posible, consecuencias internas (autoverbalizaciones y juicios) conectadas a la consecución de los objetivos. Estas consecuencias internas y externas autoadministradas, influyen positivamente la motivación de la persona, lo inducen a persistir y además determinan reacciones emocionales que conducen a un estado anímico positivo; por lo tanto, la persona está ganando en su proceso de autorregulación y en una condición anímica positiva.

CONSIDERACIONES PARA DETECTAR LOS REFORZADORES ÚTILES PARA CADA PERSONA.

No hay que suponer que un reforzador es válido para todas las personas. Se le pregunta a la persona qué es lo que hace en su tiempo libre, que es lo que haría en su tiempo libre o en que insistiría si es que tuviera poco tiempo o un obstáculo adicional: así nos indicaría el tipo de reforzador concreto al que podríamos echar mano. También se le puede preguntar cuáles son sus hobbies, con qué personas le gusta estar, que le relaja o alegra, que compraría si tuviera dinero extra, que le molestaría dejar de hacer (cuestionarios).

1.5 Técnicas con uso de consecuencias: aplicaciones parciales y globales (economía de fichas).

Las técnicas de autorregulación y estas técnicas con uso de consecuencias se inscriben dentro del paradigma del condicionamiento operante, a diferencia de los métodos y del control psicofisiológico que se inscriben dentro del condicionamiento respondiente.

Se hará referencia a un trabajo que se llevó a cabo en un hospital psiquiátrico por un psicólogo boliviano en el año 1968 (**Ayllón y Azrin**) en Illinois. (En Chile se instauró en el año 1972 una economía de fichas en el hospital psiquiátrico de El Peral, gracias al trabajo de una tesis de grado de **Francisco Ugalde**).

Un hospital psiquiátrico establece una difícil circunstancia para aplicar cualquier técnica de cambio conductual, establece una prueba de fuego para una teoría de la conducta, porque los pacientes ni siquiera están interesados en escuchar al terapeuta, por lo tanto no se podría lograr un "insight" acerca del significado de la alucinación; estos pacientes ni se preocupan de sobrevivir (como para encausarlos laboral y vocacionalmente), sufren incontinencia urinaria o fecal por años y dependen por mucho tiempo (como para desarrollar el sentido de autoestima) . El proyecto fue diseñar un ambiente motivacional por medio de dos operaciones conducentes a dos procesos de aprendizaje:

Reforzamiento positivo -- facilitación -- fortalecimiento

Eliminación de reforzamiento positivo -- extinción -- debilitamiento

Los pacientes más resistentes tenían 50 años aproximadamente, sin conducta verbal y sin actividad laboral.

Hay una serie de supuestos erróneos: los pacientes aprecian las visitas, desean estar fuera del hospital y desean actividades recreativas; lo que es inexacto respecto a pacientes psiquiátricos.

Se extremaron los cuidados de índole ética: se facilitó la visita de personas fuera del pabellón para que vieran como se ejecutaba el programa, se solicitaba recomendación del personal de otro pabellón si estimaban que un paciente debería ser incorporado al programa, se alentó a todos los pacientes para que fueran dados de alta (no dependencia), los asistentes de los investigadores debían informar al supervisor de cualquier infracción, aunque fuera accidental, con respecto a los derechos de los pacientes y se prohibió la coerción física y verbal (amenazas).

No hubo castigos, sino sólo reforzadores positivos, porque pretendían aumentar las conductas positivas y no disminuir las negativas, tomándolo como un proceso obvio, por la incompatibilidad de las respuestas.

Se establecieron reglas de acción para aumentar la frecuencia de una respuesta.

1. *Regla de la conducta inicial*: hay que describir la conducta problema en términos muy específicos, que requieran el mínimo de interpretación (descripción cualitativa operacional).

2. *Regla de la conducta final*: describir la ejecución deseada en términos conductuales.
3. *Regla de la relevancia de la conducta*: (para los pacientes psiquiátricos) hay que enseñar sólo aquellas conductas que continuarán siendo reforzadas una vez que cese el programa terapéutico. La enseñanza de habilidades artísticas podría ser importante pero no crucial.
4. *Regla de la probabilidad de la conducta*: detectar cuáles son los reforzadores (primarios) que pudieran utilizarse, bajo 3 formas:
 - a. Observar qué hacen los pacientes cuando se les presenta la oportunidad de llevar a cabo una acción. A partir de la evidencia que aquellas conductas más altamente probables servirán como reforzadores de aquellas menos probables (Principio de Premack).
 - b. Observar qué es lo que el paciente pide espontáneamente o ante preguntas.
 - c. Para descubrir nuevos reforzadores hay que usar el mayor número de variedades de los ya conocidos.
5. *Regla del reforzamiento condicionado*: proporcionar un evento estímulo distinguible y tangible a fin de establecer un puente para cualquier retardo entre la respuesta deseada y la entrega del reforzador primario. Se optó por las fichas porque pueden manipularse sin que sufran daño (menos que el dinero), hay una equivalencia perceptiva entre el número de fichas y el monto del reforzamiento, son fácilmente manejables y están disponibles en cualquier circunstancia diferente de aquella en que lo ganaron, no existe tope en su cantidad, están presentes durante todo el proceso de reforzamiento y no interrumpen la secuencia de la conducta.
6. *Regla del reforzador múltiple*: "utilídense diferentes tipos de reforzadores primarios".
7. *Regla del muestreo de reforzador primario*: antes de poder utilizar un estímulo como reforzador, se le debe mostrar en la situación que se usará.

1.6 Técnicas de reestructuración cognitiva/semántica.

La idea central es que las conductas disfuncionales y las emociones inadecuadas son el resultado de algún tipo de desorden cognitivo.

Meichenbaum (1977) distingue diversas formas de conceptualizar las condiciones inadecuadas: los estilos de pensamiento erróneos, los sistemas de creencias irracionales, las deficiencias en la habilidad de resolver y afrontar problemas de forma conveniente, cogniciones repetitivas y obsesiones (que no implican otras cogniciones sino son meros hábitos de repetición de cogniciones).

1. Beck: estilos erróneos o falsos de pensamiento (terapia cognitiva).

Beck (1976) apuntó a la terapia cognitiva de la depresión y posteriores publicaciones se han dirigido a la ansiedad y trastornos de personalidad. Él apunta que lo que ocurre en los

pacientes que sufren estos trastornos son distorsiones en los patrones cognitivos que tienen lugar a nivel de la atención, percepción, interpretación de los hechos y/o recuerdo.

ERRORES DE PROCESAMIENTO INFORMATIVO

- a. *Abstracción selectiva*: cuando se centra en un detalle negativo extraído de un contexto más amplio que también tiene elementos positivos, para terminar evaluando toda la situación a partir de ese elemento negativo. A nivel de percepción y recuerdo.
- b. *Magnificación de acontecimientos negativos triviales junto con la minimización de acontecimientos positivos importantes*.
- c. *Inferencia arbitraria*: la persona concluye algo en ausencia de evidencia o, incluso, con evidencia contraria. Se interpretan los motivos de las personas con significación negativa autorreferente.
- d. *Personalización*: atribución a sí mismo, en calidad de entidad causal, de hechos independientes de uno que son negativos para los demás, sintiéndose obligado a hacer algo por ellos.
- e. *Pensamiento absolutista o dicotómico*: calificación de todo en categoría polares.
- f. *Generalización excesiva*: la persona extrae una regla general a partir de unos pocos hechos aislados y la aplica a situaciones remotamente similares.
- g. *Adjetivación exagerada*.
- h. *Comparación negativa*: las propias conductas y logros, con las conductas y logros superiores de otra persona.
- i. *Pensamiento moral sobresocializado*: el único criterio para calificar los acontecimientos son criterios puramente morales.
- j. *Razonamiento emocional*: cree que lo que siente corresponde exactamente a la calificación que merecen sus conductas ("soy culpable porque me siento culpable").
- k. *Normatividad contractual*: afirma que todos deberían tener su misma idea de lo que es justo.
- l. *Elaboración de secuencias causales interpretativas*.

ETAPAS DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK

1) El paciente debe detectar los pensamientos automáticos que habitualmente son inconcientes (de corte telegráfico). Son pensamientos de estructura gramatical atípica, por lo que la persona se percató únicamente de su efecto. La primera tarea es que la persona sea capaz de darse cuenta de estos pensamientos y también relacionarlos con emociones negativas y conductas en los momentos que aparezca el problema por el cual consulta.

En cada ocasión que experimente una experiencia emotiva negativa o conducta impropia deberá percatarse de qué pensó antes.

2) Identificar los problemas reales, una vez que se quita el aporte de los errores de procesamiento informativo y someter a prueba las conclusiones. Lo que queda (problemas netos) son sometidos a evaluación por análisis lógico sobre su validez y/o valor de adaptación o por su grado de ajuste a la realidad (si fuera así, debiera afrontarse las cogniciones inapropiadas por su grado de perturbación y no por su ajuste a la realidad).

3) Identificar los supuestos subyacentes. Comienzan con "debería". Se lleva a cabo una discusión de las pretendidas bases lógicas de ellos.

[Para el abordaje de la depresión, Beck concibe más etapas, que no serán explicitadas]

2. Ellis: sistemas de creencias irracionales.

La TRE se establece sobre la idea que el sufrimiento psicológico deriva de expectativas no realistas respecto de si mismo, las personas y los sucesos que acontecen. Defiende el planteamiento de dar preeminencia de lo racional.

Críticas:

- El pensamiento racional - lógico - sistemático es incompatible con las emociones positivas intensas.
 - Ellis: en realidad, a veces, una racionalidad excesiva (más bien inoportuna) puede inhibir emociones positivas y rebajar su intensidad.
- (Psicodinámicos) las emociones tienen causas inconscientes muy profundas y difícilmente controlables en la forma de pensamientos o experiencias de vida.
 - Ellis: el análisis racional, el método socrático y la inferencia permiten conocer mucho de lo no conocido, que es denominado habitualmente como inconsciente. Quien mantenga algo de inconsciente no tiene la habilidad suficiente para detectarlo.
- Sólo las experiencias muy emotivas, aunque sean negativas, constituyen la esencia de la vida humana.
 - Ellis: las emociones negativas son convenientes pero sólo en la medida que informen a la persona de un peligro real muy probable o seguro. Las emociones positivas pueden aumentarse a través del uso del razonamiento.

Ellis agrupa las múltiples ideas irracionales en 3 tipos de *necesidades perturbadoras*:

1. *Debo actuar bien y merecer la aprobación por mis acciones, de lo contrario soy inútil.*
2. *Todas las otras personas deben tratarme con amabilidad, de acuerdo a lo que yo deseo y si no lo hacen deberían ser censuradas y castigadas.*
3. *Las condiciones en que vivo deben estar dispuestas de tal forma que obtenga todo lo que deseo de una manera rápida y fácil y que no sufra lo que no deseo.*

IDEAS IRRACIONALES

- a. Debo ser amado y aprobado por todo el mundo respecto a todo lo que hago.
- b. Debo ser muy competente, apto y exitoso en todo lo que lleve a cabo.
- c. Las personas dañinas deben recibir castigo.
- d. Es terrible que las cosas no sucedan como lo deseo.
- e. La desdicha humana tiene sólo causas externas y uno no puede hacer nada para eliminarlas.
- f. Si algo es o puede ser peligroso, debo estar lógicamente muy preocupado.
- g. Debo huir de las responsabilidades y dificultades.
- h. El pasado tiene la mayor importancia y su efecto se prolonga indefinida e inevitablemente.
- i. Se puede lograr el máximo de felicidad sólo disfrutando del ocio improductivo y sin compromisos.
- j. Siempre deben tenerse soluciones perfectas para todos los problemas.

Ellis ofrecen un razonamiento lógico para cada una de las afirmaciones irracionales: por ejemplo, la aprobación de los demás es un logro no realista puesto que siempre habrá un porcentaje de personas que no compatibilizan con nosotros. Obtener la aprobación de otras personas puede resultar una carga bastante grande porque en ese momento, esas personas invaden la propia vida. La persona gastará mucho tiempo en mantener esa aprobación y no disfrutará de otras cosas de la vida. Normalmente una persona que busca la aprobación de los demás pierde valor a los ojos de otros.

Procedimiento TRE.

1. Solicita al paciente que detecte una perturbación emocional, consecuencia de una cognición. La perturbación emocional apropiada, medida y transitoria (disgusto, decepción, pena, ansiedad, dolor) debe ser constatada en su matiz inapropiado (vergüenza, culpa, depresión, perturbación) [**C: consecuencia**].
2. Detectar la experiencia o acontecimiento activador (un despido laboral, experiencia de desamor, fallo académico) [**A: activación**].
3. La persona deberá atender a sus creencias con matices (igual que las emociones), por ejemplo: "no es beneficioso ser despedido, he tenido una conducta inadecuada". Se debe relacionar la creencia inadecuada con la perturbación emocional inadecuada [**B: believe**].
CREENCIA: juicio evaluativo de profunda convicción respecto a un hecho, conducta de otra persona o respecto a si mismo.

4. Detectar la porción de creencia irracional ("he sido un estúpido, no debí haber actuado de esa forma") y relacionarla con la perturbación emocional inapropiada ("esto es terrible").
5. Ordenar las secuencias y compararlas: hecho activador - creencia racional - emoción inapropiada y hecho - creencia irracional - perturbación inapropiada.
6. El terapeuta lleva a cabo el discutir, que incorpora los siguientes procesos:
 - o Distinguir entre deseo, apetencia o avidez de la necesidad, deber o imperativo.
 - o Debatir sobre la evidencia que respalda la idea irracional (necesario o no para la vida).
 - o Discriminar, no generalizar, de un número de experiencias negativas o que suponga el paciente, en el estado en que se encuentra, que se va a prolongar indefinidamente.

Se ataca la creencia irracional, desafiándola por medio del método socrático, vía información, etc.

RESULTADO: reducir la magnitud de una falla personal, reducción de la magnitud de la evaluación autoderogatoria, reducción de la magnitud de la condición personal emocional ("esto no es terrible, sino desagradable"). Que lleve a la cognición de "Esto lo puedo tolerar".

La TRE no es sólo una propuesta técnica que afecte porciones de la vida de las personas, sino pretende construir una nueva filosofía de vida que le induzca a esforzarse por cambiar lo negativo y modificable (con éxito o no) y aceptar lo inmodificable sin afectar la valía y autoestima central de la persona.

La TRE se ha aplicado a problemas interpersonales, fobias sociales, problemas de rendimiento, desarrollo personal y educación cognitivo - emocional en niños.

3. Reestructuración racional sistemática

Goldfried, Decenteo & Wernberg (1974) pretendían situar la TRE de Ellis dentro de la teoría del aprendizaje, estimando que así se podrían precisar de modo más específico los procedimientos de intervención.

El objetivo esencial es entrenar al paciente para que perciba los estímulos ambientales de modo diferenciado de tal manera que sea capaz de reconocer las situaciones realmente dañinas y distinguir las de las que supone tales, a partir de las autoverbalizaciones.

Las autoverbalizaciones son importantes antes, durante y después de las situaciones que enfrentamos. No niegan que las reacciones emocionales negativas puedan ser tratadas como respuestas condicionadas y, por lo tanto, extinguibles ni que las autoverbalizaciones sean

secundarias, pero piensan que el cambio de las autoverbalizaciones pueden inducir un cambio en las reacciones.

Beck: por repetición habitual del pensamiento, las autoverbalizaciones llegan a ser un proceso automático, en el que una palabra codifica toda una clase de asociaciones

Procedimiento RRS

1. Se concientiza al paciente que las autoverbalizaciones afectan los procesos emocionales. Es muy importante que se justifique la utilidad de la técnica ofreciendo al paciente ejemplos que ilustren que aquello que nos decimos respecto a lo que enfrentamos es lo que determina muchas emociones negativas.
2. Se le lleva a cabo una revisión general acerca de los supuesto irracionales en forma extrema y se le pide que argumente demostrando lo absurdo de esta expresión, lo que prepara para hacer un análisis más fino y reconocer irracionalidades menores).
3. Se analizan los problemas del paciente en términos racionales emotivos. A través de un diálogo socrático, el paciente concluye que sus emociones negativas derivan de expectativas no realistas. El análisis de la irracionalidad se lleva a cabo considerando:
 - a. el problema de que el paciente esté interpretando incorrectamente la situación.
 - b. el análisis de las implicaciones últimas de la forma en que el paciente ha definido la situación que le a problema.
4. Aplicación directa de RRS: enseñar al paciente a modificar sus autoverbalizaciones por la vía de la simulación o solicitando que imaginen una circunstancia previa. El paciente señala cuando siente ansiedad y se le pide que atienda a las autoverbalizaciones que derivaron en ansiedad; cuando ya está aclarada la autoverbalización derrotista, el paciente reevalúa la situación más racionalmente y ello da lugar a una a autoverbalización funcional. Se le pide a la persona que vuelva a imaginar y que verbalice lo aclarado, reduciendo o eliminando la ansiedad anterior.

Es necesario automatizar las autoverbalizaciones positivas

2. Modificación de disfunciones específicas.

Detección del pensamiento

Derivada del condicionamiento operante, que afirma que los actos son conexiones de eslabones. El pensamiento también estaría constituido por eslabones y si podemos quitar uno, la cadena no podrá continuar.

Para casos de repetición de imágenes o autoverbalizaciones negativas respecto a eventos aversivos de baja probabilidad de ocurrencia o de eventos que pueden ocurrir y que son incontrolables.

Se le pide al paciente que atienda a cada vez que comienza el pensamiento que el perturba y que lleva a cabo una acción distractora (golpe de elástico en la muñeca, por ejemplo), lo que supuestamente detendría el curso de la cadena de pensamientos perturbadora. En general, los pacientes manifiestan haber empeorado durante la primera semana de tratamiento, pero es sólo porque en ese lapso de tiempo, están dirigidos a autoobservar todas las secuencias de pensamiento que antes podrían haber pasado por alto.

2.1 Estrés y crisis de adaptación

CRISIS DE ADAPTACIÓN: *"Estado agudo de intenso stress producido por un hecho muy perturbador (enfermedad grave, pérdida de un ser querido, separación marimonial) o por un número de acontecimientos normales no especialmente perturbadores pero en rápida sucesión"*. Esta condición desborda los recursos de afrontamiento exitosos, la persona está profundamente trastornada pero es una buena ocasión para alcanzar mayor madurez psicológica, nuevos niveles de adaptación y mayor capacidad para afrontar nuevas situaciones.

Si no tiene éxito en superar esta crisis queda más vulnerable o se exacerban procesos psicológicos latentes.

La persona que experimenta una crisis de adaptación desarrolla una profunda ansiedad que le induce a buscar solución, por ello es mejor que un problema psicológico crónico. El curso es rápido y su desarrollo se autolimita en el tiempo porque nadie podría soportar la magnitud de una crisis intensa.

El resultado de una crisis de adaptación puede ser la negación de la importancia del hecho, que la persona llegue a sufrir un trastorno de ansiedad y aún, el suicidio; o bien, podría resolver el problema. Bajo estas circunstancias, las personas están muy dispuestas a aprender nuevos comportamientos y explorar alternativas de solución.

En NSEB, más probablemente la vida es una cuestión de sobrevivencia y son más probables las crisis de adaptación, derivada de la pérdida de empleo (por ejemplo) y, por lo tanto, la intervención en crisis es habitual en la clínica comunitaria.

1) *Crisis de desarrollo:* ocurren en momentos de transición que afectan a prácticamente todas las personas en mayor o menor medida (matrimonio, vejez, soledad, jubilación, etc.).

2) *Crisis accidentales:* no ocurren en la mayoría de las personas (enfermedades físicas catastróficas, enfermedades mentales, catástrofes naturales).

Etapas de una crisis

- a. La persona se percata que hay un problema, experimenta una tensión y se empeña en resolverlo echando mano a sus recursos, exitosos hasta el momento.
- b. Por la ineficacia del afrontamiento, aumentan los niveles de ansiedad y la persona comienza con algunos intentos de búsqueda de consejo de los demás.
- c. Aumenta más aún la ansiedad y como resultado disminuye el sentido de capacidad personal y aumenta la frustración, la culpabilidad, el temor o la ira. Pudiera ocurrir la conformidad y la resignación, abortando, entonces, la crisis debido a un cambio de visión vital.
- d. Sufre manifestaciones de desorganización psicológica, por ejemplo: despersonalización, trastornos psicofisiológicos (colon espástico, cefaleas, taquicardia, depresión), que cuando son considerables pueden hacer necesaria la hospitalización.

Objetivos de la intervención en crisis

- Evitar la hospitalización.
- Mantener a la persona dentro de la familia y su medio social-laboral, evitando desajustes mayores.
- Ayudar a resolver el problema o aumentar la tolerancia emocional y, como efecto, lograr el aumento del sentido de autoeficacia personal.

Levy (1967) plantea un trabajo de 6 sesiones con objetivos particulares para cada uno:

1ª : sesión entrevista. Convencer al paciente de que es posible ayudarlo, darle seguridad y también señalarle que ésta ayuda va a permanecer constantemente a su alcance (el terapeuta debe ponerse al servicio del paciente las 24 horas). El paciente cree que nadie le entiende ni le puede ayudar.

El terapeuta registra los factores precipitantes de la crisis actual y de otras anteriores que haya podido sufrir la persona (para destacar que fue capaz de resolver crisis previas). Debe haber un gran apoyo emocional que implica comprensión y empatía respecto a su circunstancia vital, su estado emocional y su confusión. Puede ser necesario el apoyo medicamentoso.

2ª : El terapeuta clarifica con el paciente la idea de "perder el control" y se le establece la diferencia entre pensamiento y acto ("no porque usted piense tal cosa, va a llevarlo a cabo"). Se llenan los vacíos de la historia de la crisis.

3ª : Se continúa reafirmando al paciente su capacidad para superar el problema con ayuda terapéutica. La dependencia se usa en su beneficio, se le ayuda a expresar sus sentimientos. El terapeuta intenta conocer otros aspectos de la vida del paciente (social, laboral) y se le proponen métodos y alternativas de solución.

4ª a la 6ª : Se sigue reafirmando la capacidad de afrontar el problema y se revisan las acciones sugeridas y acordadas. Si ha habido fracaso, se investigan los motivos, pero no se cae en el desaliento.

Se termina la intervención planteando al paciente la disponibilidad del terapeuta para eventuales futuras crisis, enfatizando que estará en mejores condiciones. El terapeuta debe estar sensible a los patrones culturales e idiosincrásicos que actúan sobre el paciente, debe preocuparse del estado de salud del último tiempo (factor predisponente), la medicación que utilice, ingesta de alcohol y otras drogas, etc.

Debe enfatizarse la comprensión y la empatía con una actividad directiva que implica que el terapeuta no debe vacilar en indicar acciones inmediatas para aliviar la tensión del paciente.

Cuando la persona no ha tenido experiencias previas de estrés intenso afrontado exitosamente, se convierte en una calamidad y no se le ocurren acciones a emprender para solucionar los problemas. Es importante atender a la salida más al alcance de la mano; no hay que preocuparse por la dependencia inicial del paciente porque le permite influir y aliviar la ansiedad.

2.2 Fobia, ansiedad y trastorno de pánico.

TRASTORNO DE PÁNICO

DSM IV: se compone de 13 síntomas, por ej: disnea, miedo a morir, a volverse loco o perder el control, etc. Para que sea diagnosticable deben ocurrir al menos en 4 ocasiones en un período de 4 semanas, o bien, una o más crisis seguidas por al menos un mes de temor persistente anticipatorio. Algunas de las crisis deben ocurrir de modo inesperado de acuerdo a las circunstancias.

Existen 2 grupos de mayor riesgo: las mujeres entre 25 a 45 años y hombres o mujeres separados o divorciados.

Modelos explicativos

1. Biológicos:

- Genéticos: existiría una predisposición genética a desarrollar algún tipo de trastorno de ansiedad. Está pendiente establecer qué factor es el transmisor genético más específico.
- Neurológico - bioquímico: **Sheehan et als.** (1980) señala que en esta perturbación podría estar involucrado un defecto en el metabolismo de los neurotransmisores o en la sensibilidad receptora de ciertos centros a estos

neurotransmisores. Se ha encontrado una sensibilidad especial a ciertas sustancias (ataques de pánico inducidos por inyecciones de adrenalina, por concentraciones de lactato sódico -por intensa actividad física- o por cafeína). **Klein** (1981) y **Redmont** (1985) señalan que este trastorno sería derivado de un desorden de la actividad del locus ceruleus (núcleo noradrenérgico en el cerebro medio que parece estar involucrado en respuestas de excitación y miedo) que descargaría episódicamente catecolaminas al torrente circulatorio provocando una activación más o menos masiva del SNA.

- Se ha visto que la estimulación de las células del locus producen conductas parecidas a las evocadas por estímulos ansiógenos (Esas son conjeturas o extrapolaciones desde estudios con animales).
- Lesiones en el locus eliminan la respuesta conductual a estímulos fóbicos.
- Las drogas que incrementan la actividad de sus células (yohimbina y piperoxan) producen conductas ansiosas.
- Los ataques de pánico son minimizados por el uso de antidepresivos tricíclicos (imipramina) que ejercen sus efectos sobre los sistemas noradrenérgicos (locus ceruleus). Un 70% de los pacientes reducen sustancialmente la frecuencia y la celeridad de sus ataques con esos medicamentos (Otros compuestos químicos también son efectivos, como algunas benzodiazepinas -alprazolam-; además no es razonable inferir procesos etiológicos a partir de la respuesta a ciertas sustancias cuando además éstas -imipramina- no tienen un efecto específico único -antienurético, fobias escolares, bulimia, retardo de eyaculación-).
- La inyección de lactato de sodio no produce pánico en sujetos fóbicos simples o sociales, ni tampoco en obsesivos compulsivos; pero sí en los que sufren crisis de pánico (Hay que considerar que los pacientes con trastornos de pánico manifiestan hipersensibilidad a las condiciones de laboratorio y ante ellas responden con hiperventilación y/o cogniciones ansiógenas).

2. Psicológicos:

Más del 60% de pacientes son hiperventiladores crónicos y/o muestran signos derivados de la hiperventilación. Se ha visto, en un estudio, que por lo menos un 20% de los pacientes estaban ya hiperventilando antes de ser inyectados con lactato de sodio. En otro estudio, el 70% comenzó a hiperventilar al momento de la inyección.

Por medio de la hiperventilación, en menos de un minuto, se eleva el ritmo de 71 a 107, pudiendo llegar a 200.

3. En otro estudio con 32 pacientes, más del 90% de ellos informó haber tenido autoverbalizaciones o imágenes catastróficas negativas antes y durante el trastorno de pánico (44% referidos a enfermedad o muerte, 34% referidos al rechazo interpersonal, 13% a perder el control y un 9%, una miscelánea).
 4. Se plantea (**Martínez y Taboas, 1989**) un modelo interaccionista del origen, mantenimiento y complicaciones de un trastorno de pánico.
1. FACTORES DE VULNERABILIDAD. Hiperventilación habitual, no reconocida. Rasgo de alta emotividad eysenckiana y/o hipersensibilidad a síntomas de ansiedad. Focalización constante sobre respuestas fisiológicas, automonitoreo constante.
 2. SENSACIONES SOMÁTICAS. Preliminar a ataques de pánico: disnea, mareos, palpitaciones, etc.
 3. COGNICIONES CATASTRÓFICAS. Pensar en el descontrol que puede sufrir, una posible enfermedad mental o también en el peligro de muerte.
 4. SENSACIONES SOMÁTICAS EXACERBADAS.
 5. COGNICIONES CATASTRÓFICAS CON IMAGINERÍA DESCONTROLADA.
 6. PRIMER ATAQUE DE PÁNICO.
 7.
 - a. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO EXTEROCEPTIVO. En las mismas circunstancias volverá a sufrirlo y se hará más potente. Agorafobia.
 - b. EVENTUAL CONDICIONAMIENTO INTEROCEPTIVO. Cualquier actividad biológica puede constituirse en un estímulo condicionado.

Propuesta de tratamiento integrativo

Se sugiere el uso de benzodiazepinas (alprazolam) inicialmente, si la persona sufre depresión puede usarse imipramina o fluoxetina.

La persona tendrá que monitorear y reconocer las cogniciones que se relacionan con sus ataques (antes y durante); una vez reconocidas, este modelo interaccionista avanzará, por la vía de explicar, avanzará en la corrección de las cogniciones catastróficas y de las autoverbalizaciones.

Se indica exponer al sujeto a situaciones y lugares evitados (agorafobia) para producir un descondicionamiento con control in situ e in vivo de las imágenes y pensamientos catastróficos.

No habrá de concluir la terapia sin un examen de los factores de vulnerabilidad y psicosociales (estresantes), para predecir las tendencias redicivantes.

TRATAMIENTO	PORCENTAJE POST TRATAMIENTO	TIEMPO DE SEGUIMIENTO	PORCENTAJE DE SEGUIMIENTO
Relajación muscular y terapia cognitiva	80%	-----	-----
Entrenamiento respiratorio	88%	2 años	88%
Exposición in vivo (con prevención de escape) o imaginación y entrenamiento respiratorio	91%	5 meses	91%
Relajación muscular	38%	19 meses	25%
Relajación aplicada *	75%	19 meses	100%

Predicción de la respuesta al tratamiento

Tendrán peor respuesta las personas con altos niveles de depresión, con rasgos de ansiedad, con ansiedad social, insatisfacción marital y cuando creen que sus temores son realistas. No se ha detectado relación con la edad, clase social, duración o cerilidad de la agorafobia.

Aspecto medicamentoso

En seguimiento se ha visto que los pacientes recaen (hasta el 90%) cuando suspenden el tratamiento. Alrededor del 20% discontinúa por los efectos secundarios.

El paciente no aprende a manejar sus conductas inapropiadas (motoras, cognitivas, emocionales).

Evitación de la experiencia, cambio y aceptación.

La terapia conductual plantea sus objetivos en función de cambios que la persona debe llevar a cabo en su medio físico. social o sobre sí mismo (conductas manifiestas, cognitivas o afectivas). La idea subyacente es someter la experiencia psicológica a un control intencionado y planificado, reduciendo la magnitud de las reacciones emocionales rotuladas como negativas (temor, ansiedad, depresión, ira).

Hayes y cols. (1996) se refiere al concepto de evitación experiencial señalando que éste sería fomentado en nuestra cultura y que la terapia conductual, más que otras, ha intentado fortificar. Señala que el evitar experimentar emociones puede estar en la base de una serie de problemas psicopatológicos.

- Se ha visto que la supresión y control deliberado de un pensamiento puede ser contraproducente en la medida que el intento de no pensar a menudo crea los pensamientos.

Dice que la regulación de procesos privados es difícil someterla a control porque muchas experiencias emocionales se condicionan clásicamente, lo que ocurre es que cuando una persona se siente muy perturbada por la ansiedad como respuesta condicionada, intenta reducir esa ansiedad y ocurre un empeoramiento de su condición, porque ahora sufre ansiedad por sufrir ansiedad.

El cambio psicológico es posible, pero lleva muchas veces a formas de vida muy poco saludables (por ejemplo: si una persona intenta evitar recuerdos negativos, intentará no acercarse a lugares que generen esos recuerdos, no conversar algunos temas, resultando en una restricción de la vida de esta persona). A veces se intenta controlar experiencias emocionales que con reacciones apropiadas a hechos inmodificables (fallecimiento) donde es altamente inconveniente intentar que la persona deje de experimentar el dolor, que lleva a un duelo no concluido, con secuelas y reapariciones.

Si nosotros tememos las posibles experiencias futuras negativas, estaremos rigidizando nuestra visión de futuro, no enfrentamos nada dado que tememos lo que nos puede producir. Para vivir plenamente, hay que vivir con todo; sin embargo, no defiende que todas las formas de evitación experiencial sean poco saludables (técnicas de relajación, distracción o evitación del dolor) sino que lo negativo es una evitación experiencial que persiste a pesar que produce costos.

Tratamiento

Los basados en la aceptación intentan alterar el impacto de las emociones y cogniciones por la vía que el paciente deje de luchar contra aquello que siente y que lo exponga a lo que está experimentando.

ASIGNATURA: Psicología Clínica I (Orientación Conductual)

DOCENTE: Raúl Martínez M.

PERÍODO: I Semestre de 1998