

Manual de psicoterapia cognitiva (fragmento)

JUAN JOSÉ RUIZ SÁNCHEZ Y JUSTO JOSÉ CANO SÁNCHEZ

volu- a hu- ra, la ocu- nadie iestra rá al-

una mana aneta n rá- partes pue- Este stado años zado- s ob- el uso- cionó- rmas vene- ali- toxi- tam- a que le los nes y e per- poca- nces, thora ificar ia có- no- nica- adera nioló- hizo ás le-

KALFUS

12.3. Tratamiento de la fobia específica

1. Pautas diagnósticas de la fobia específica por el DSM-IV

- A. Miedo notable y persistente que es excesivo o poco razonable, provocado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.
- B. La exposición al estímulo fóbico suele provocar una respuesta de ansiedad que puede adoptar la forma de un ataque de pánico situacionalmente predispuesto o asociado.
- C. La persona reconoce que el miedo es excesivo o poco razonable con relación al peligro o situación temida.
- D. La situación fóbica se evita o soporta con una ansiedad o malestar intenso.
- E. La evitación o ansiedad fóbica interfiere significativamente el funcionamiento psicosocial.
- F. En los individuos menores de dieciocho años la duración es de al menos seis meses.
- G. La evitación o ansiedad fóbica y los ataques de pánico asociados no se explican mejor por otro trastorno mental.

2. El modelo cognitivo de la fobia específica: El modelo de Beck (1985)

El modelo cognitivo de las fobias (Beck y Emery, 1985; Cottraux y Mollard, 1988) postula que la ansiedad fóbica está asociada con una predisposición en el procesamiento de información referente al peligro-amenaza que implica determinado objeto o situación. No es el objeto, evento o situación lo que el sujeto teme, sino la anticipación de las consecuencias que puede tener la situación.

Por ejemplo (Beck, 1985) una paciente con fobia a los doctores y hospitales había tenido un incidente traumático en el consultorio. Su médico había practicado una incisión en su garganta antes que ella estuviera com-

pletamente anestesiada y su miedo a los hospitales estaba directamente relacionado con la creencia de que, a pesar de estar bajo el cuidado del médico, ella podía haber dejado de respirar.

Es importante tener en cuenta las cogniciones específicas asociadas con la anticipación de las consecuencias. La misma situación fóbica puede no evocar los mismos pensamientos e imágenes en diferentes individuos. Esa predisposición es constituida por esquemas de peligro ante situaciones específicas y puede desarrollarse a partir de experiencias traumáticas, modelado social o miedos preparados filogenéticamente (por ejemplo, Seligman, 1971). Este esquema cognitivo se relacionaría con una serie de distorsiones cognitivas:

- 1. Inferencia arbitraria-visión catastrófica: el sujeto anticipa la ocurrencia de hechos amenazantes en una situación determinada, sin tener evidencia para ello.
- 2. Sobregeneralización: el sujeto a partir de una situación donde anticipa una amenaza, relaciona otras situaciones similares donde podrían ocurrir amenazas similares, todo ello sin evidencia suficiente.
- 3. Maximización-minimización: el sujeto exagera los peligros de la situación y minusvalora los elementos de seguridad de la situación o su habilidad para afrontarla.
- 4. Personalización: el sujeto se compara con cuando no tenía ese miedo y su evitación actual o dependencia de otros para superarlo, autocriticándose por ello. (Más frecuente en las fobias sociales que en las simples.)

3. Objetivos terapéuticos

Estos son:

- 1. lograr que el sujeto deje de experi-

1. Texto extraído de www.psicologia-online.com.

mentar ansiedad ante la situación fóbica;

2. lograr que el sujeto se exponga a la situación evitada y no la evite;
3. lograr que el sujeto modifique sus cogniciones anticipatorias respecto de la situación fóbica.

4. Cuestionarios de evaluación

Mencionaremos solo tres de los cuestionarios utilizados en la evaluación de las fobias por representar prototipos típicos de los usados más frecuentemente:

1. El cuestionario de miedos de Wolpe y Lang (1964): consta de 122 ítems referentes a distintos objetos y situaciones potencialmente fóbicas que el sujeto evalúa desde 1 (ninguna molestia) a 5 (muchísimo). El terapeuta agrupa las respuestas y conceptualiza los miedos a la base.
2. Escala de evaluación de las fobias, pánico y ansiedad generalizada de Cottraux (1985): contiene una subescala referente a las fobias. El sujeto anota sus dos principales fobias y valora el grado de evitación asociada a cada una de 0 (no experimento ningún malestar y jamás la evito) a 8 (experimento un malestar extremo y siempre la evito).
3. Test de evitación conductual (BAT) de Lang y Lazowick (1965): el terapeuta expone al sujeto a la situación real fóbica y anota en una escala de 0 a 5 el grado de evitación.

5. El proceso de intervención

En líneas generales sigue el mismo proceso que la CT general. Sin embargo, destacamos los siguientes puntos:

1. Evaluación: fundamentalmente se trata de detectar el tipo de situación(es) fóbica(s), el tipo de conducta de evitación y el componente cognitivo mediador (anticipaciones negativas), así como el grado de ansiedad asociado (componentes situacionales-cognitivos-afectivos-conductuales).
2. Socialización del sujeto en el modelo de trabajo: relación pensamiento-afecto-conducta, papel de las anticipaciones y conducta de evitación co-

mo forma de no contrastar sus predicciones.

3. Preparar al sujeto para enfrentar las situaciones evitadas y así poder modificar sus predicciones de anticipación de consecuencias negativas y no control. Papel de los *experimentos personales*.

6. Técnicas de intervención

6.A. Técnicas cognitivas:

1. Distracción: parada y cambio de pensamientos negativos, uso de tarjetas con listado de recuerdos positivos o características positivas del sujeto.
2. Descatastrofización: cambio de pensamientos negativos, comprobación de evidencias y búsqueda de soluciones.
3. Inoculación al estrés: el terapeuta identifica los diálogos internos del sujeto antes-durante-después de enfrentarse con la situación fóbica y su conexión con el afecto y conducta en cada fase.

El terapeuta sugiere pasos alternativos para modificar las cogniciones-afectos-conductas implicadas en las fases previas-situacional y posicional y entrena al sujeto en esas alternativas, para que este después las practique en ellas.

Básicamente consiste en la elección de autoinstrucciones pertinentes; respuesta de relajación y prevención de la respuesta de evitación. Se suele comenzar enfrentando las fases de modo imaginativo (por ejemplo, usando casetes en casa tras las consultas) y después directamente (la mayoría de las veces de modo gradual).

4. Identificación de los supuestos personales: el terapeuta suele utilizar la llamada *flecha descendente* para detectar los significados asociados a las anticipaciones negativas (por ejemplo, *-Tengo miedo a la oscuridad / -¿Y qué ocurriría si está en un lugar oscuro? / -Se me corta la respiración y temo morir*). A veces es útil rastrear el origen histórico de esos significados para ganar autocomprensión y motivación para el cambio.

6.B. Técnicas conductuales:

1. Entrenamiento en relajación: se en-

AS
s pre-
tar las
r mo-
icipa-
s y no-
ientos

io de
tarje-
sitivos
jeto.
pensación
de mes.
peuta
os del
de en-
a y su
cta en

terna-
iones-
en las
situa-
sas al-
rés las

elec-
tinen-
even-
ón. Se
s fases
mplo,
onsul-
a ma-
ual).
s per-
izar la
ra de-
s a las
ejem-
idad /
lugar
ción y
strear.
nifica-
ción y

se en-

seña al sujeto a manejar y distraerse de su ansiedad mediante el aprendizaje de respuestas incompatibles con la ansiedad (distensión muscular, respiración adecuada, etc.).

- 2. Técnicas de exposición: es la técnica básica para el manejo de las fobias simples. Consiste en jerarquizar las situaciones fóbicas y en exponer al sujeto a ellas (gradualmente o no, imaginativamente y/o en vivo) de modo que se prevengan las respuestas de evitación y hasta que disminuya la ansiedad en ellas. Desde un punto de vista cognitivo se presentan como *experimentos personales* para comprobar las anticipaciones catastrofistas y de incontrollabilidad.

7. Caso clínico

(Terapeuta: Cottraux, 1990) (Adaptación: Juan J. Ruiz, 1992)

7.A. Historia clínica:

- 1. Datos de identificación personal:
 - Mujer de diecinueve años.
- 2. Motivo de consulta:
 - Miedo a la presencia de los pájaros. Este miedo (fobia) es muy invalidante pues la lleva a tener dificultades para salir de casa y encontrarse con pájaros. Ella no puede aproximarse a un pájaro menos de cinco metros, y solo puede pasar rápidamente cerca de un pájaro a dos-tres metros.
- 3. Sintomatología:
 - Cognitiva:
 - Monólogos interiores referidos a encontrarse con un pájaro.
 - Insoportabilidad valorada del hecho anterior.
 - Afectiva:
 - Ansiedad/miedo a las situaciones de encuentro con los pájaros.
 - Fisiológica:
 - Temblor.
 - Taquicardia.
 - Motivacional:
 - Deseos de huida-evitación.
 - Conductual:
 - Evitación. Quedarse en casa.
- 4. Historia del problema y tratamientos anteriores:

Ella sitúa el inicio de su trastorno cuando tenía tres años. Entre sus an-

tecedentes destacan que sus dos padres tenían *depresiones*. Ella ha tenido varios intentos suicidas y vive en un ambiente conyugal perturbado.

A los tres años su madre fue ingresada en un sanatorio por tuberculosis.

Ella fue llevada a casa de su abuela, que tenía pollos. Sus primos la perseguían con plumas de pájaros, o bien excitaban los pollos contra ella.

Ella atribuyó el inicio de su fobia a la separación de su madre y a esta situación vivida en casa de su abuela.

Con diecisiete años fue tratada de una embolia grave con apendicetomía.

El año pasado fue tratada de su fobia con relajación de Schultz durante cuatro meses sin resultado alguno.

5. Diagnóstico: fobia simple.

7.B. Análisis funcional-cognitivo y conceptualización de los problemas:

Las variables implicadas en la fobia eran:

- Situacionales: encontrarse con pájaros.
- Cognitivas: expectativas de daño (ser picada por los pájaros) y abstracción selectiva de recuerdos infantiles (separación de los padres y trauma por los pájaros-recuerdos infantiles).
- Afectivas: ansiedad ante los pájaros.
- Conductuales: reducción de la ansiedad por evitación de situaciones de posible encuentro con los pájaros.

7.B. Proceso de intervención:

Sesión Nº 1:

La situación fóbica fue clasificada en una escala subjetiva de malestar ansiosa que iba de 0 a 100. A partir de esa escala se construyó una jerarquía de estímulos, de mayor a menor grado de ansiedad evocada.

100. Atravesar una plaza con pájaros. 100. Ver *Los pájaros*, película de A. Hitchcock.

100. Tocar una pluma de pájaro.

100. Ver un pájaro a menos de cinco metros.

80. Ver un pájaro disecado.

70. Leer una descripción ornitológica.

- 70. Ver un pájaro enjaulado.
- 50. Mirar una foto de un pájaro.
- 50. Ver una pluma de pájaro a 15-20 cm.
- 40. Ver un pájaro volando.
- 30. Ver un pájaro lejos en el cielo.
- 20. Ver un pájaro de plástico.
- 10. Oír la palabra *pájaro*.

Se explicó la relación situación-cognición-afecto-conducta y la técnica de exposición. Se procedió a efectuar una exposición en imaginación y después en vivo.

- A. Exposición gradual en imaginación: después de cinco minutos de relajación la paciente participó en quince minutos de exposición en la imaginación. Dos escenas sucesivas se presentaron (imaginar una pluma negra a cincuenta centímetros sin tocarla e imaginar cogiendo una pluma y tocándola).
- B. Una sesión de exposición en vivo desarrollada inmediatamente: de acuerdo con el paciente, una pluma es situada a un metro cincuenta sobre la mesa del terapeuta. Al principio la ansiedad subjetiva es de 5 (escala de 0 a 8). A los cinco minutos la ansiedad subjetiva era de 2.
- C. Al final de la sesión el terapeuta y la paciente acordaron una tarea a domicilio: reproducir la sesión en imaginación, cada día hasta que la ansiedad subjetiva decreciera al menos un 50%.

Nota: aunque el terapeuta había construido una jerarquía de 10 a 100, que podía haber utilizado muy gradualmente (desensibilización sistemática), optó finalmente por un método de exposición, comenzando por niveles altos de ansiedad subjetiva (eligiendo la situación de tocar una pluma de pájaro). El resultado positivo de la primera sesión le hizo seguir con esta técnica.

Sesión N° 2:

- Exposición en imaginación:
 - Cogir y tocar una pluma.
 - Meter la pluma en su bolso.
- Ansiedad inicial: 5.
- Ansiedad a los diez minutos: 2.
- Exposición en vivo: tocar una pluma.
- Se sitúa una pluma a dos metros de la paciente. Ella debe aproximarse

cada vez más a esta y meterla en su bolso. La ansiedad es muy elevada (6, de 0 a 8), ella expresa un sentimiento intenso de repulsión, llora y grita. Entonces cuenta un episodio infantil donde sus primos la perseguían con unas plumas para hacerla llorar. Ella también teme que el terapeuta le arroje las plumas (durante veinte minutos).

Tarea a domicilio: reproducir la sesión en imaginación simplemente.

Sesión N° 3:

Ella dice estar deprimida y nerviosa pero también aliviada de tener acceso a la situación temida. Ella pasó a diez metros de un papagayo en la ciudad. De nuevo la sesión consiste en una exposición en imaginación seguida de una en vivo a tocar una pluma y meterla en el bolso.

- Tarea: transportar la pluma en su bolso.

Sesiones N° 4 a N° 9: exposición en vivo consistente en tocar un pájaro enjaulado.

Tareas de generalización: Llevar una pluma en su bolso, atravesar plazas públicas, tener un pájaro enjaulado en casa y tocar la jaula.

Poscura:

- La paciente es vista un mes después de la última sesión de tratamiento. Su pájaro ha muerto. Ella lleva siempre una pluma en su bolso. Ella ahora no evita los pájaros.
- A los ocho meses es nuevamente revisada, tiene dos faisanes en su jardín, va al gallinero. Ella ha visto *Los pájaros*, de A. Hitchcock, pero detesta las películas de terror, que aprecia tanto su marido.

Bibliografía:

- Beck, A. T. y G. Emery, *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*, Nueva York, Basic Books, 1985.
- Cottraux, J., *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, 1990.
- Cottraux, J. y E. Mollard, "Cognitive therapy of phobias", en C. Perris, I. Blackburn y H. Perris, *The theory and practice of cognitive therapy*, Berlín, Springer Verlag, 1988.