

Ir de mal en peor

# ANSIEDAD

AFRONTAMIENTO CONTRAPRODUCENTE

J. Carlos Baeza Villarroel







Ir de mal en peor

# **ANSIEDAD**

**AFRONTAMIENTO CONTRAPRODUCENTE**

*J. Carlos Baeza Villarroel*



© Bubok Publishing S.L., 2011  
1ª Edición  
ISBN: 978-84-9981-237-3  
DL: M-53972-2010  
Impreso en España / *Printed in Spain*  
Impreso por Bubok

## Índice

1. Cuando la solución es el problema o parte de él. ....	7
2. La ansiedad, un modelo explicativo .....	11
2.1 Factores implicados en la ansiedad.....	14
2.2 Procesamiento de la información .....	17
2.3 El papel de la intencionalidad .....	21
2.4 Un esquema de interrelación de variables operativas para el estudio de la ansiedad .....	23
3. Las (psico)lógicas del miedo .....	27
3.1 Introducción .....	27
3.2 Sesgo atencional .....	29
3.3 Sesgo interpretativo .....	29
3.4 Sesgo memorístico .....	30
3.5 Sesgo falsacional: inversión de la carga de la prueba .....	31
3.6 Sesgo finalístico: el objetivo para el que trabajar .....	33
4. Las paradójicas del miedo .....	37
4.1 Para su seguridad permanezcan asustados .....	38
4.2 A mayor inseguridad mayor control, a mayor control mayor inseguridad .....	38
4.3 Fortalecer al oponente combatiéndolo .....	39
4.4 Una sistema de alarma que se asusta de su propio ruido ..	40
4.5 Cuando las medidas de protección angustian .....	41
5. Afrontamiento de la ansiedad y su clasificación .....	43
6. Afrontamiento contraproducente .....	49
6.1 Afrontamiento contraproducente relacionado con actos anticipatorios.....	52
6.1.1 Abuso de la prevención .....	54
6.1.2 Extralimitación en el cálculo de consecuencias de 2º	

orden y en la atribución de la significación social del síntoma ..	67
6.1.3. Caso práctico-ilustrativo. ....	71
6.2 Afrontamiento contraproducente en actos de ejecución ....	82
6.2.1 Hiperventilación .....	83
6.2.2 Pretensión de control consciente sobre repertorios automáticos o automatizados .....	84
6.2.3 Evitación .....	86
6.3 Afrontamiento contraproducente relacionado con actos de cierre de la acción .....	87
6.3.1 Negación .....	88
6.3.2 El perfeccionismo .....	90
6.4 Interacciones contraproducentes entre actos de afrentamiento .....	93
6.4.1 Exposición y Conductas de Seguridad .....	94
6.4.2 Rol de actor versus rol de espectador .....	99
6.4.3 Desajustes recursos/objetivos .....	101
6.5 Conductas substitutivas .....	103
7. Apuntes para el abordaje del afrontamiento contraproducente ..	107
8. Referencias bibliográficas .....	115

## **1. Cuando la solución es el problema o parte de él.**

El trabajo que presentamos en este libro parte de la siguiente consideración básica: la actividad de una persona frente a un problema se centra fundamentalmente en resolverlo.

Generalmente es el propio entorno cultural quien proporciona los datos, creencias e informaciones a partir de las cuales la persona elabora, más o menos intuitivamente, una estrategia para actuar sobre sus problemas. Entre ellos, y muy particularmente, el sufrimiento y la enfermedad.

Cuando una persona se siente aquejada de una dolencia no se limita, pasivamente, a sufrir sus efectos; antes bien, procura incidir sobre su curso para regularlo. Se sirve para ello de los conocimientos que tiene sobre la enfermedad, de lo que el sentido común le dice que puede ser más adecuado o inadecuado, de observaciones realizadas sobre sí mismo, de análisis sobre cómo los síntomas y las alteraciones evolucionan en unas u otras circunstancias, de lo que ve en otros, de lo que le dicen, de lo que le ha pasado en ocasiones previas, etc.

Antes incluso de consultar con un especialista, la persona ha desarrollado sus propias presunciones sobre lo que le acontece, calculado posibles consecuencias en diferentes órdenes y, muy posiblemente, ha tomado iniciativas tendentes a recuperar la normalidad. Esos actos, u omisiones según el caso, esa determinada caracterización de la enfermedad, no son simples accidentes. En tanto en cuanto influyen en el curso de la misma, en la propia concepción de la persona como sujeto enfermo, son parte integrante del proceso de sanar o enfermar. No son, por tanto, aspectos que hayan de quedar fuera de la terapéutica, fuera del estudio y la consideración de los propios especialistas, más

atentos por lo común a aplicar sus soluciones partiendo del conocimiento objetivo que tienen de la enfermedad y su curso.

Tradicionalmente, en la investigación de *las soluciones* a un problema, el interés de los especialistas se ha centrado en conocer las estrategias adaptativas. La pregunta de investigadores y técnicos suele ser: ¿Qué hacen unas personas, ante un problema, que les permite superarlo o tolerarlo, mientras que otras, en la misma situación, se ven desbordadas y obtienen resultados fallidos? La atención se centra, pues, en la identificación de lo que hacen ante una dificultad los que salen airoso, para que pueda transmitirse a otros que se encuentran en dificultades en parecidas circunstancias, de forma que puedan también hacerlo y beneficiarse de dichos procedimientos.

Las estrategias de afrontamiento de un problema, sin embargo, no siempre son eficaces. El estudio de los esfuerzos ineficaces ha despertado poco interés, si no es como algo a superar por la simple implantación de los procedimientos probadamente útiles, que automáticamente, se considera, se convierten en alternativos por su funcionalidad.

Como parte de los esfuerzos inútiles se han descuidado los contraproducentes, aquellos que no sólo no son efectivos –en términos positivos– sino que agravan y perpetúan el problema. Pocas veces se ha formulado la pregunta: ¿Qué hacen algunas personas frente a una situación, y como consecuencia, empeoran o dificultan la mejora de su estado, mientras que otras, en circunstancias similares, no lo hacen y en consecuencia no tienen tantos problemas?, ¿qué hacen unos que mantiene el problema y qué no hacen los que lo superan?.

Lo deseable es conocer tanto lo que las personas hacen de útil para superar la ansiedad, como lo que hacen de contraproducente, contribuyendo así a mantenerla. Habida cuenta de que ambas cosas pueden ir juntas, las segundas causan un perjuicio añadido: mermar la posible eficacia de las primeras.

Conviene, pues, advertir sobre la importancia de que dichas conductas contraproducentes sean objeto de atención concreta en los programas terapéuticos. Nos referimos en particular a aquellas estrategias dirigidas a aliviar los síntomas o las consecuencias personales o sociales que el paciente asocia con ellos. No obstante, esta perspecti-

va puede adoptarse, también, a los problemas origen de la ansiedad, susceptibles también de un afrontamiento contraproducente. Algunos autores como Watzlawick, Weakland y Fisch (1976) se han referido magistralmente a estos asuntos y a ellos remitimos. Suyo es este comentario esclarecedor:

*“¿Cómo se crean los problemas y cómo son mantenidos mediante tentativas erróneas por resolver una dificultad?. Una cuidadosa exploración de estas tentativas no solo muestra qué clase de cambio no ha de ser intentado sino que revela también qué es lo que mantiene la situación que ha de ser cambiada y dónde, por tanto, ha de ser aplicado el cambio”. (En Cambio, página 136)*

Nuestra pretensión es aplicar esta óptica a las estrategias de autorregulación de la ansiedad. Más allá de lo que originariamente causa el problema, más allá de por qué se manifiesta bajo el espectro de la ansiedad, nos interesa saber qué hace el paciente con la intención de regularla, pero que, sin embargo, la perpetúa; dando lugar a un proceso circular y paradójico de retroalimentación donde la solución aplicada se convierte en el problema o parte de él, donde la operación sobre el efecto entra a formar parte de la causa. Nuestro estudio se centra, pues, sobre las soluciones intentadas.

El afrontamiento, como esfuerzo activo y motivado, descansa sobre la intención de controlar la situación, ya sea modificándola, cambiando su significación o regulando las propias conductas y emociones.

Interesa, en la medida de lo posible, desarrollar técnicas eficaces y, en particular, mejorar la aplicación de las ya existentes, para optimizar los tratamientos. A este respecto hay que señalar que no siempre se hace el suficiente hincapié en las condiciones de aplicación más idóneas para cada técnica, en detrimento de su eficacia. En este sentido, una realidad que suele pasarse por alto es que los pacientes cuando consultan lo hacen después de haber fracasado por sus propios medios, que no necesariamente han abandonado. Los clínicos suelen ignorarlos o los minusvaloran, lo que puede suponer una merma de la capacidad terapéutica de las técnicas que aplican.

Algunos fallos en los tratamientos pueden tener su origen en fenómenos de esta naturaleza. El profesional no debe esperar a que estos

fallos, o los problemas en el seguimiento de prescripciones, alerten sobre ello. Para entonces ya se ha perdido tiempo, esfuerzo, dinero, y expectativas terapéuticas. El especialista no debe presuponer que la simple aplicación y seguimiento de su programa terapéutico paralizará automáticamente cualquier otra iniciativa en curso.

La utilidad de identificar y desactivar tempranamente el afrontamiento contraproducente no se limita a posibilitar una mayor efectividad de las técnicas terapéuticas en uso, sino que dicha operación en sí misma supone normalmente un alivio sintomatológico apreciable. En la medida en que los procedimientos contraproducentes contribuyen a agravar el cuadro, a mantenerlo en ausencia de los desencadenantes originales, y a incrementar la incapacitación de quien los sufre –y en cierto modo los provoca–, su identificación e interrupción conlleva una mejora del síndrome y sus consecuencias.

Por último, quisiéramos señalar que la presencia de acciones y pensamientos tendentes a autorregular las manifestaciones de un trastorno, algo común frente a cualquier alteración, es aún más frecuente ante la ansiedad, que por su naturaleza activadora, propicia la acción y la preocupación frente a los problemas en general y frente a sí misma como problema.

El afrontamiento contraproducente no es, por tanto, algo que sólo se encuentre en casos aislados. Se trata de fenómenos básicos y generales. De su estudio y abordaje, en el amplio contexto de la psicoterapia, pueden beneficiarse muchos clínicos profesionalmente y muchos pacientes asistencialmente.

## 2. La ansiedad, un modelo explicativo

El hombre, como ser vivo, se desenvuelve en constante interacción con el medio. El medio es fuente de oportunidades para la satisfacción de sus necesidades e intereses, pero también de riesgos y amenazas. En esencia, la relación del individuo con el medio consiste en procurarse y conservar las primeras, y en combatir, evitar, minimizar o contrarrestar las segundas. La evolución ha ido dotando a la especie de complejos mecanismos destinados a preservarse y optimizar la adaptación a diferentes entornos y circunstancias. Entre ellos, han alcanzado especial relevancia y desarrollo los sistemas de alerta y de defensa. El sistema que llamamos ansiedad, cumple estas funciones.

La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o que perder. El concepto de ansiedad está pues estrechamente vinculado a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella. La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo cierto o probable, quimérico o real, de forma que pueda salir airoso de ellas. Dependiendo de la naturaleza de las amenazas, o adversidades, la ansiedad nos preparará:

- ◆ para luchar, enfrentar o atacar el posible peligro o problema;
- ◆ para huir del posible peligro o amenaza;
- ◆ para evitar las situaciones aversivas o temidas;
- ◆ para activar conductas de sumisión que neutralicen conductas hostiles de otros –en miedos de carácter social–;

- ♦ para buscar apoyo, elementos de seguridad y protección;
- ♦ para dotarnos de las herramientas o conocimientos que permitan sortear los riesgos y/o acceder a nuestros objetivos.

La ansiedad implica tres tipos de aspectos o componentes:

- ♦ Cognitivos: anticipaciones amenazantes, evaluaciones del riesgo, pensamientos automáticos negativos, imágenes importunas, etc.
- ♦ Fisiológicos: activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios, etc.
- ♦ Motores y de conducta: inhibición o sobreactivación motora, comportamiento defensivo, búsqueda de seguridad, sumisión, evitación, agresividad, etc.

Cada uno de estos componentes puede actuar con cierta independencia. La ansiedad puede ser desencadenada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, sensaciones, imágenes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características de la persona, y por su circunstancia.

Se trata pues de un mecanismo facilitador de nuestra relación con el medio, y destinado a preservar los intereses del individuo y de la especie. Muchas de las cosas que nos van bien son debidas, en parte, al correcto funcionamiento de este sistema: evitamos actividades o lugares peligrosos, procuramos no llegar tarde al trabajo, plantamos cara a diferentes conflictos, nos preparamos para un examen o una reunión, buscamos apoyos para resolver un problema, minimizamos algunos contratiempos o buscamos formas de asumirlos y reformularlos.

De hecho, para desempeñarnos convenientemente, en función de las exigencias y opciones del medio, por un lado, y de nuestras posibilidades e intereses, por otro, es necesario un cierto estado de alerta, una activación psicológica y fisiológica mínimas. De otro modo estarí-

amos lentos, desatentos, con poca capacidad de anticipación y respuesta, lo que podría acarrear algunos perjuicios o renunciaciones.

Cuando la ansiedad es proporcionada y se manifiesta dentro unos límites, no se aprecian manifestaciones sintomatológicas –los cambios psicofisiológicos no alcanzan a superar los umbrales sensoriales de los receptores del dolor, la presión, la temperatura–, o bien son menores, salvo en algún momento puntual y limitado que pueden llegar a ser altos. Estos cambios en los procesos fisiológicos no sólo son normales, sino que son funcionales: prepararán organismo para emitir las acciones pertinentes en relación a la caracterización de la realidad a la que se enfrenta o pudiera enfrentarse.

Son muchos los investigadores que han estudiado la relación entre el nivel de activación psicofisiológica del organismo y la capacidad de individuo para desenvolverse de una manera eficiente. En general se considera que el mejor rendimiento se consigue con niveles medios de activación.

Cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales. En estos casos no estamos ante un simple problemas de *nervios*, sino ante una alteración.

La gravedad de los trastornos de ansiedad se mide fundamentalmente por dos parámetros: el sufrimiento y la incapacitación que generan, siendo más graves los que originan más problemas de salud, y más intensos, e implican mayores limitaciones para quien los padece.

## 2.1 Factores implicados en la ansiedad

En la ansiedad influyen tres grandes grupos de factores: los factores predisposicionales, los factores activadores, y los factores de mantenimiento.

**Factores predisposicionales:** Con este término nos referimos a variables biológicas y constitucionales, hereditarias o no, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla. Dentro de este grupo de factores podríamos considerar también algunos referidos a la personalidad, dependiente de la historia del individuo, condicionada por la biología y el aprendizaje. Estos factores predisposicionales no son la ansiedad ni condenan a padecerla. Son factores de vulnerabilidad. Dicho en otras palabras, hay personas que cuentan con un sistema de alerta más sensible, por un lado, y más complejo de desactivar una vez disparado, por otro. En cierto sentido, son personas que se encuentran regularmente en una especie de *pre-alerta* que condiciona su disposición hacia el medio –externo o interno–, la advertencia y el registro de determinados acontecimientos, y la prefiguración de un tipo de respuestas –defensivas– como más probables.

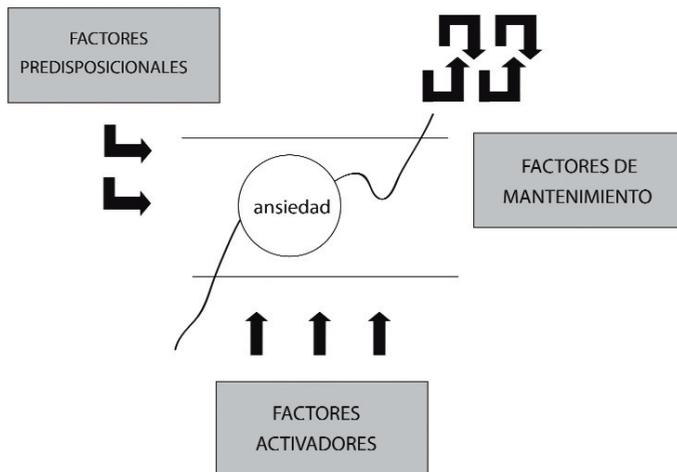


Figura 1: Factores implicados en el origen y mantenimiento de la ansiedad

**Factores predisposicionales:** Con este término nos referimos a variables biológicas y constitucionales, hereditarias o no, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla. Dentro de este grupo de factores podríamos considerar también algunos referidos a la personalidad, dependiente de la historia del individuo, condicionada por la biología y el aprendizaje. Estos factores predisposicionales no son la ansiedad ni condenan a padecerla. Son factores de vulnerabilidad. Dicho en otras palabras, hay personas que cuentan con un sistema de alerta más sensible, por un lado, y más complejo de desactivar una vez disparado, por otro. En cierto sentido, son personas que se encuentran regularmente en una especie de *pre-alerta* que condiciona su disposición hacia el medio –externo o interno–, la advertencia y el registro de determinados acontecimientos, y la prefiguración de un tipo de respuestas –defensivas– como más probables.

Algunos de estos factores predisposicionales se desconocen aún, aunque se presume su existencia. Otros son conocidos, pero, para un buen número de ellos, sobre todo los origen genético, no se han desarrollado aún terapéuticas específicas. Sí existen tratamientos para la corrección de algunos de los efectos causados por dichos factores y expresados en los sistemas de neurotransmisión, lo que permitiría la reducción de su influencia, en algunos casos muy importante, la consiguiente mejora, y la reducción de la vulnerabilidad.

**Factores activadores:** Con esta expresión nos referimos a aquellos hechos, situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Hemos señalado anteriormente que la ansiedad está fundamentalmente vinculada a la percepción de amenaza, por lo tanto, esencialmente, los factores activadores de la ansiedad son aquellos que están relacionados con la amenaza y su naturaleza. Hemos indicado, también, que la percepción de riesgo, es decir de lo considerado amenazante, depende fundamentalmente de un proceso de evaluación, consciente o automático, determinado por la valoración de qué pasa y cómo nos afecta, por un lado; y qué podemos hacer frente a ello, por otro. Básicamente, en términos generales, la ansie-

dad procede de dos grandes tipos de problemas. En primer lugar, de la posible obstaculización o entorpecimiento de planes, deseos o necesidades, aún en desarrollo, cuya consecución es para nosotros importante o necesaria –por ejemplo, la superación de un examen para acceder a un puesto de trabajo– En segundo lugar, del posible deterioro o problematización de objetivos que ya hemos alcanzado, logros con los que ya contamos o forman parte de nuestro *estatus*. Así, percibiríamos como amenazante la pérdida de la salud o el trabajo.

También se encuentran en este grupo de factores otros que por diversas vías inducen una sobre-estimulación/sobre-activación del organismo: podemos mencionar especialmente el estrés y el consumo de sustancias, particularmente las estimulantes.

**Factores de mantenimiento:** Este grupo de factores afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites de trastorno. Una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse. En el momento en que la ansiedad aparece, debido a los *factores activadores*, ayudados en más o en menos por los *factores predisposicionales*, si es excesiva y sostenida, propicia la aparición de problemas de salud. Estos problemas, que previamente no existían, son debidos a la ansiedad, pero, a su vez, la multiplican. La salud es un bien valorado en sí mismo. Si se problematiza, por cualquier motivo incluida la propia ansiedad, genera un incremento del estado de alerta e indefensión.

Se ha de considerar además, que la salud es una condición necesaria para la realización de otros planes que pueden resentirse por el nuevo estado del organismo, lo que llevaría a la aparición de nuevos problemas, distintos de los que originariamente motivaron la ansiedad, pero que contribuyen a su retroalimentación.

Las acciones vinculadas a la ansiedad como mecanismo de alarma –obsérvese esta voz: ¡¡ Al arma !!–, por su valor adaptativo y de supervivencia, son jerárquicamente prioritarias sobre otras acciones, de forma que se retiran de éstas últimas recursos atencionales, cognitivos y conductuales para poder responder satisfactoriamente a la *emer-*

*gencia*. Tiene su lógica que, si por ejemplo, se declara un incendio, la gestión de otros programas de acción en curso –leer, realizar un informe, participar en una reunión, comer– pase a un segundo plano. Si la ansiedad es puntual, la paralización provisional de estos programas, o su seguimiento bajo mínimos, no representa grandes inconvenientes; pero si el estado de alarma se prolonga en el tiempo afecta severamente a su desarrollo y, a la postre, tendría consecuencias tales para individuo que se convertirían en nuevas fuentes de ansiedad.

Finalmente, dentro de los factores de mantenimiento, hemos de citar las estrategias contraproducentes de afrontamiento: soluciones intentadas, fallidas, que destinadas a regular la ansiedad, sus motivos o sus efectos, no sólo no lo consiguen, si no que contribuyen a su incremento y perpetuación. Estos procedimientos son variados y afectan tanto control de los síntomas, como de los pensamientos, del medio y de la conducta. Por poner un ejemplo que ilustre a qué nos estamos refiriendo, valga citar la hiperventilación. Algunas personas, ante la sensación de ahogo y falta de aire, responden con una respiración rápida, superficial, e intensa, cuya consecuencia es una caída brusca de los niveles de dióxido de carbono, lo que a su vez genera un incremento del ahogo, del calor, de la tasa cardiaca, de los mareos, del hormiguero, etc, síntomas que exacerbarían más el miedo, si cabe. Las estrategias contraproducentes de afrontamiento de la ansiedad son el objeto de este libro, y sobre ellas vamos a tener ocasión de hablar ampliamente.

## **2.2 Procesamiento de la información**

La conducta de la persona es motivada: implica activación (intensidad) y dirección (aproximación-evitación). Las emociones, la ansiedad entre ellas, reflejan la relación entre los motivos (necesidades) y el éxito, o probabilidad de éxito, de realizar la conducta apropiada para obtener el objeto o meta que satisface dicha necesidad (Palmero, 1996).

Dependiendo de la relación *necesidades-medios-conducta-éxito* se experimenta una emoción u otra –ansiedad, depresión, etc–. Ponga-

mos un ejemplo. Imaginemos que estamos en periodo de prueba en un trabajo que supone una oportunidad importante para desarrollar nuestra carrera profesional. Este trabajo, además, nos permitirá obtener unos ingresos con los que atender el pago de algunas necesidades perentorias –alimentación, vivienda, coche– y nos otorgará prestigio social en nuestro medio. Nuestro *meta* es demostrar que somos la persona adecuada para el puesto y conseguirlo definitivamente. Nuestras acciones (*activación y conducta*) van a estar orientadas (*dirección*) a alcanzar dicho *objetivo* disponiendo los *medios y recursos* más convenientes. Si nuestros planes se ven amenazados –hemos tenido un fallo, nos falta alguna habilidad, el jefe ha cuestionado una de nuestras decisiones, por ejemplo– es muy probable que nuestra respuesta emocional sea de temor, inseguridad y ansiedad ante el riesgo de no alcanzar el *éxito* en nuestros propósitos. Si finalmente lo que sucediera es que efectivamente fracasamos, es muy probable que nuestra reacción emocional sea de tipo depresivo, experimentando tristeza, desánimo, culpa y desgana respecto de nuevos intentos. Panksepp (1991) considera las emociones como ciertos tipos de procesos sincronizadores y/o coordinadores que se producen en el cerebro, activando determinadas tendencias de acción. Así, la ansiedad tendería a propiciar acciones defensivas –ataque, huida, preparación de medios y apoyos, combatividad–, mientras que depresión facilitaría la desactivación de planes, la autocrítica y el cuestionamiento de nuestras capacidades, la desconfianza en nuestros recursos, el desinterés, el retraimiento, etc.

La ansiedad es una emoción caracterizada por el sentimiento de miedo, temor, aprensión, inseguridad, como consecuencia de que el individuo siente amenazados sus *intereses*, cuenta con *medios* insuficientes, tiene dificultades para emitir las *conductas* adecuadas, desconfía de sus capacidades, se muestra insatisfecho del *éxito* alcanzado, o tiene problemas para mantener dichos logros.

Cuando existe proporcionalidad entre los medios-recursos con los que cuenta y reconoce el individuo y las exigencias-condicionantes del medio a los que ha de hacer frente, la persona tiene la percepción de control sobre los problemas y dificultades, y por extensión sobre su conducta, y sus planes. Cuando no es así, la persona se siente desbordada, a merced de las circunstancias. La percepción de falta de control,

ya sea sobre el medio interno o externo, activa una disposición del organismo hacia un tipo específico de acciones y actitudes relacionadas con la defensa, la búsqueda de seguridad, la prevención, o el ataque, a través de conductas específicas de afrontamiento de la situación. Si las conductas de afrontamiento son efectivas se restablece de nuevo el control –el antiguo o uno nuevo– y se vuelve a la normalidad, si no, es probable que se multipliquen las dificultades y se incremente progresivamente la ansiedad.

Los propósitos que dan sentido y direccionalidad a las acciones, y los procesos de evaluación que, en el caso de la ansiedad, caracterizan una situación como amenazante respecto de dichos propósitos o metas no siempre son conscientes o no en su totalidad. Algunos procesos son automáticos –movemos la mano de manera refleja si se acerca una avispa o simplemente un objeto extraño que todavía no hemos identificado– o se han automatizado: conducimos sin tener presente constantemente el destino o los procedimientos a seguir en las operaciones y maniobras que realizamos.

Si recordamos una vez más la definición de ansiedad –alerta del organismo ante situaciones *consideradas* amenazantes– se nos plantea la cuestión de cómo el organismo considera una situación como amenazante, es decir, cómo procesa la información a partir de la cual se ha de generar o no el estado de alerta y las respuestas que correspondan al caso.

En el procesamiento de información vinculado a la percepción de riesgos participan, coordinadamente, algunas áreas cerebrales responsables de las respuestas emocionales básicas –tálamo, amígdala– y la corteza cerebral. Dicho procesamiento se produce en tres etapas (Beck y Clark,1997):

1ª etapa: **Evaluación inicial de la amenaza.** Se da un reconocimiento automático e instantáneo de los estímulos y se les clasifica como amenazantes o no. Este proceso consume pocos recursos atencionales y permite el procesamiento paralelo de otros planes o informaciones.

2ª etapa: **Activación primitiva frente a la amenaza.** Tras la evidencia inicial de peligro se ponen en marcha las respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales características de la ansiedad.

Esta segunda etapa, que incluye las respuestas de huida o ponerse a salvo, es también automática, rígida, no racional, y total o parcialmente inconsciente. La persona sólo es consciente de los resultados de esa evaluación primitiva de amenaza; es decir, de los efectos fisiológicos, emocionales y conductuales derivados de ella, y de los pensamientos automáticos que la acompañan. El procesamiento de la información característico de esta etapa consume muchos recursos atencionales. Se produce, además, intolerancia a la incertidumbre, y una sobrevaloración del daño y de la probabilidad de que se produzca.

3ª etapa: **Pensamiento reflexivo**. La persona puede pensar acerca de sus pensamientos y propósitos, evaluar la exactitud de su valoración inicial de amenaza, y la disponibilidad y la eficacia de sus recursos para afrontarla. Se trata de un procesamiento de la información más complejo, lento, racional y consciente.

El modelo de procesamiento de la información que acabamos de explicar encaja con formulaciones neurobiológicas como la de LeDoux (1999). Según LeDoux, las señales o estímulos fóbicos se procesan inicialmente en el tálamo, desde donde se transmite una información primaria a la amígdala, y de ésta al sistema nervioso autónomo y otros centros nerviosos. Esta transmisión, rapidísima, permite un cambio en la focalización de la atención y una apresurada respuesta de escape o de búsqueda de seguridad –este proceso se correspondería con las etapas 1ª y 2ª antes citadas–. Simultáneamente, la corteza cerebral recibe del tálamo una información más completa, que le permite hacerse una representación más precisa, y consciente del problema –etapa 3ª–. Esa información se transfiere también a la amígdala, desde donde se envía nuevamente al sistema nervioso autónomo y otros centros. El hecho de que la información viaje por una vía más rápida, corta y directa del tálamo a la amígdala, antes de que ésta reciba la información reprocesada por la corteza cerebral, podría permitir que las respuestas emocionales se inicien en la amígdala antes de que la persona sea consciente del estímulo, interno o externo, que le hace reaccionar. Desde la corteza cerebral partirían también informaciones al sistema neuroendocrino, que, a través de las hormonas, participa, a medio plazo sobre todo, en las respuestas del organismo frente a la ansiedad y el estrés.

La información, no obstante, no sólo viaja de arriba-abajo, sino también de abajo-arriba. Esto implica que la activación emocional que se refleja en las vísceras –corazón, pulmón, estómago– y los músculos, puede influir y condicionar la actividad de los procesos cognitivo superiores. Del mismo modo que pensamientos amenazantes pueden activar respuestas autónomas que preparan al organismo para la defensa, la sobreestimulación/sobreactivación periféricas pueden activar el pensamiento tratando de buscar o suponer posibles peligros. Es decir, pensamientos amenazantes llevan al organismo a activarse para defenderse, pero la activación defensiva propia de las etapas uno y dos citadas anteriormente, puede llevar al cerebro consciente a indagar por dónde viene el peligro que está presintiendo. Esto explicaría, también, cómo los síntomas de ansiedad pueden convertirse en fuentes de ansiedad y preocupación.

En lo que se refiere a las estrategias contraproducentes en el afrontamiento de la ansiedad, la mayoría de procedimientos a seguir son concernientes a los procesos característicos de la etapa o nivel de procesamiento tres, dado que los niveles uno y dos son menos accesibles al control directo y voluntario por parte de la persona.

El nivel tres de procesamiento está estrechamente ligado a los procesos cognitivos y operativos del individuo, muchos de ellos conscientes e intencionales, al menos en parte.

### **2.3 El papel de la intencionalidad**

Hemos dicho anteriormente que la acción humana está motivada, tiene un sentido, está dirigida a un fin. En una palabra, es intencional. Bruner (1984) define la intención de la siguiente manera:

*“Existe intención cuando un individuo actúa de forma persistente para alcanzar un fin, un estado final; elige entre medios y caminos distintos para alcanzarlo, insiste en desplegar medios y corrige los medios desplegados para aproximarse más al estado final y por último da por terminada su actividad una vez alcanzadas determinadas características del estado final”* (página 101 del libro *Acción, pensamiento y lenguaje*).

Los actos intencionales se producen a partir de las consecuencias que prevé la persona interesada, independientemente de que, al final, se produzcan o no. Para la evaluación, retroacción y corrección de un proceso como el descrito, es necesario apelar a la *evaluación cognitiva*, por un lado, y a la *representación* imaginaria o simbólica como un conjunto de reglas, mediante las cuales se puede conservar aquello experimentado –aprendido– en diferentes acontecimientos: Podemos representar algunos sucesos por las acciones que requieren, mediante una imagen, mediante palabras o con otros símbolos. En palabras de Bandura (1986) la representación provee de señales con valor predictivo, sobre cuya información el individuo dirige sus actos de acuerdo con los juicios anticipados que ha realizado sobre las consecuencias probables.

Esencialmente, sin anticipación no hay ansiedad. Esta consiste en propiciar una acción también anticipada frente un riesgo eventual para prevenirlo, superarlo o integrarlo mediante la correspondiente corrección en un programa o secuencia de acción. De ahí que la ansiedad esté íntimamente ligada a mecanismos de alerta, prevención y previsión, y sea indisoluble del cálculo de riesgos.

La importancia la intencionalidad en la explicación de la conducta humana no es nueva en psicología: la encontramos en autores adscritos al paradigma conductista –Tolman (1959) y su teoría de la conducta propositiva–, a los orígenes del paradigma cognitivista –Bruner (1975)–, pasando por otros autores como Miller, Galanter y Priban (1960) con su modelo unidad TOTE o las teorías socioanalíticas de Searle (1969), por citar algunas de las más reconocidas.

## 2.4 Un esquema de interrelación de variables operativas para el estudio de la ansiedad

A continuación presentamos un esquema de interrelación de variables operativas para el estudio de la ansiedad, cuya definición sería la siguiente:

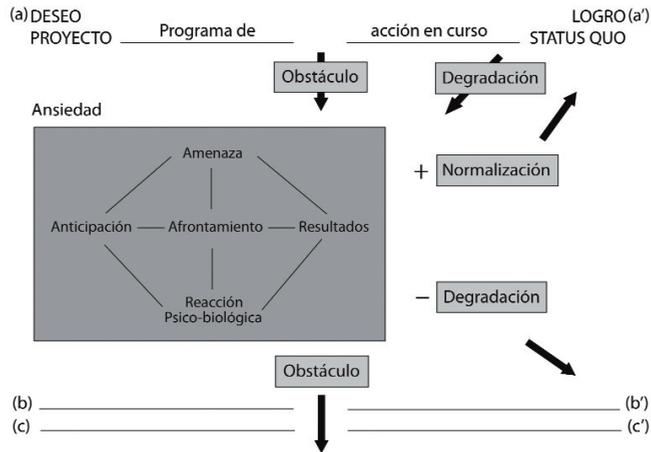


Figura 2: Esquema de interrelación de las variables implicadas en la ansiedad.

**Amenaza:** Se refiere a aquellos daños, pérdidas, u obstáculos que pueden alterar negativamente los planes, intereses, logros o estado del individuo.

**Anticipación:** Se refiere a un proceso cognitivo de evaluación sobre un acontecimiento que todavía no ha ocurrido, respecto del cual, el individuo calcula posibles riesgos, cómo se producirán o no, y cómo podrían prevenirse o afrontarse.

**Activación biológica:** Sobreactivación y sobreestimulación interna del organismo frente a una situación considerada amenazante.

**Afrontamiento:** Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas, inter-

nas o externas, que son evaluadas como amenazantes, excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto.

**Resultados:** Son las consecuencias adaptativas o no del afrontamiento, frente a la situación amenazante y que tiene repercusiones en estado-proceso afectivo, efectivo y fisiológico del organismo.

La ansiedad no es asimilable, exclusivamente, a ninguna de estas variables o relación particular entre ellas, sino al conjunto de ellas como sistema.

El afrontamiento efectivo de los riesgos u obstáculos que pudieran amenazar la consecución de los logros pretendidos, o el mantenimiento de los logros ya alcanzados o dados –*Status Quo*– que desean conservarse, reduce la ansiedad o la desactiva.

El afrontamiento no efectivo intensifica la ansiedad. En la medida en que un proyecto o logro se degrada, y la activación fisiológica y psicológica alcanzan límites de trastorno, la ansiedad compromete, obstaculiza o degrada –amenaza en una palabra– la continuidad de otros planes inicialmente no problematizados, dando lugar así a un proceso de generalización, o reacciones en cadena, que retroalimentan la ansiedad negativamente, en tanto en cuanto el individuo ve sus recursos progresivamente más desbordados y su bienestar reducido o truncado en malestar.

El modelo que hemos presentado incluye una concepción de la ansiedad, como emoción, en línea con la idea de *interrupción*, es decir, aquella que entiende la emoción como consecuente a la interrupción –obstaculización o degradación en el esquema– de un programa de acción, y relativa a los reajustes que provoca.

Fernández Castro (1991) hace un pequeño repaso sobre estas teorías refiriéndose, entre otros a Simon que argumentó que las emociones podrían ser representadas en simulaciones del comportamiento por ordenador por sistemas de interrupción que indicarían subrutinas de corrección si el programa principal se encuentra con dificultades; Priban que relaciona la emoción con los sistemas neurofisiológicos de parada; Kantor que definió el campo específico de la emoción diciendo que los eventos emotivos son respuestas truncadas o incompletas

al objeto estímulo y que la conducta emocional consiste en ajustes que puedan facilitar o impedir otra interconducta. A pesar de tratarse de autores que representan enfoques teóricos diferentes, creemos que el concepto de interrupción puede tener una cierta virtualidad para entender la ansiedad.



### 3. Las (psico)lógicas del miedo

#### 3.1 Introducción

Ante la eventual aparición de un peligro, el organismo reserva prioritariamente gran parte de sus recursos (atencionales, de pensamiento, motores y metabólicos) para la disposición de acciones defensivas, en detrimento de otras acciones que quedan relegadas o asistidas bajo mínimos. Si por ejemplo, pongamos por caso, un recolector acude a comer y hacer acopio de frutos a un determinado paraje, donde, en un momento dado, aparecen señales de la posible presencia de un león en las cercanías, tiene mucho sentido adaptativo para su supervivencia –y por extensión para la de la especie– que su organismo entienda que ha de atender, preocuparse y ocuparse, preferentemente, de que no lo coman a él, antes que de comer, disponiendo las operaciones pertinentes:

- ♦ Agudizar los sentidos respecto de estímulos relevantes indicadores de la evolución de la amenaza (ruidos, olores, movimientos) –atención selectiva, sesgo atencional–.
- ♦ Obstaculizar la recepción y procesamiento de otros estímulos no relacionados con la amenaza (textura, color, valor nutritivo de los frutos alimenticios). El sistema de alerta considerará una distracción injustificada atender otra cosa que no fuera el posible peligro inminente, o por venir –facilitación perceptiva de las señales relacionadas con el peligro–.
- ♦ Relacionar con la amenaza posibles indicios normalmente neutros, o de procedencia incierta, y susceptible de varias interpretaciones –sesgo interpretativo–, por ejemplo movimientos de juncos.

- ♦ Recuperar informaciones almacenadas en la memoria sobre inconvenientes y peligros –sesgos memorístico–, particularmente aquellas asociadas o asociables a la situación y circunstancia.
- ♦ Prepararse para respuestas de huida, búsqueda de protección y condiciones de seguridad, o evitación del daño. Podría ser incluso que el animal defecase de forma que algunos recursos fisiológicos y metabólicos dispuestos para propiciar los procesos digestivos, se desactiven, quedando disponibles para la eventual respuesta defensiva.

Los llamados sesgos atencional e interpretativo han merecido notable consideración y estudio en los trastornos de ansiedad. También los sesgos de memoria, aunque en menor medida y con resultados más controvertidos. Para una revisión detallada de estas cuestiones puede consultarse, Mercado Moreno (2004) Arcos Guijarro y Cano Vindel (1999); Gutiérrez Calvo y García González (1997). Cabría añadir otros dos sesgos, el falsacional y el finalístico (Baeza 2008) que formarían parte de los procesos de valoración (*appraisal*) o revaloración de la información y las respuestas estratégicas a tomar.

El sesgo falsacional se refiere a la inversión de los procesos lógicos y operativos relacionados con la *carga de la prueba*: en situaciones normalizadas, a pesar de la existencia de indicios contradictorios, la carga de la prueba tiende a recaer en demostrar que pasa algo *anormal*; en situaciones de excepción –miedo no asumible– lo que se ha de demostrar es que no pasa nada, es decir, lo temido está en curso mientras no se demuestre lo contrario.

El sesgo finalístico se refiere al establecimiento de objetivos finales de la acción en una determinada situación. Los objetivos condicionan las funciones cognitivas y operativas que han de implementarlos. En una situación normalizada –miedo asumible– el objetivo tiende a establecerse en función de *lo que se quiere que pase*. En una situación de excepción –miedo no asumible– el objetivo tiende a establecerse en función de *lo que se quiere que no pase*, lo que requiere y determina estrategias operativas y asistencias cognitivas coherentes con dicho objetivo.

En general, los estudios empíricos muestran que aquellas personas con un sistema de alerta más sensible, vinculado a factores predisposicionales de origen biológico o a la ansiedad como rasgo de personalidad, muestran un mayor tendencia a los sesgos antes citados.

### ***3.2 Sesgo atencional***

En el estudio del sesgo atencional hay dos enfoques. El primero, también llamado sesgo pre-atentivo, propiciaría la vigilancia, la expectación, o la orientación hacia material de carácter amenazante de probable aparición (Broadbent, 1983). En decir, el fenómeno básico de sesgo atencional consiste en la atención preferente hacia estímulos indicadores de peligro o amenaza potencial.

En segundo enfoque, el conocido como sesgo de procesamiento del estímulo, la atención se centra en procesar un estímulo presente de carácter negativo (Bradley, Mogg, Falla y Hamilton, 1998). Es decir, ante situaciones de peligro, la atención se dirige selectivamente a señales relacionadas con la amenaza y su evolución.

Estas dos formas del sesgo atencional se relacionan con las dos formas de atención propuestas por Posner y Petersen (1990): la atención como un estado de alerta asociada a la detección de un estímulo de probable aparición y la atención orientada al procesamiento de un evento ya presente.

### ***3.3 Sesgo interpretativo***

El sesgo interpretativo –recordemos, considerar estímulos ambiguos, equívocos, como indicadores de peligro– se expresa de formas diferentes según el caso:

- ◆ En pacientes afectados por ansiedad de evaluación el sesgo de interpretar negativamente estímulos ambiguos afecta a los relacionados con la valoración o imagen social.

- ♦ En el caso de los hipocondríacos se produce sobre estímulos neutros relacionados con la salud: molestias inespecíficas, dolores de cabeza intrascendentes.
- ♦ En el trastorno de ansiedad generalizada, es amplio y genérico, referido a múltiples y diversas amenazas.

Es más probable que se produzca este sesgo en personas con altos niveles de ansiedad rasgo que se encuentran sometidas a una situación estresante.

### ***3.4 Sesgo memorístico***

El sesgo memorístico, se refiere a la activación-recuperación de informaciones almacenadas en la memoria sobre inconvenientes, experiencias negativas y peligros, particularmente aquellos asociadas o asociables a la actual situación y circunstancia.

El sesgo memorístico se ha estudiado fundamentalmente en relación a tres tipos de fenómenos:

- ♦ El establecimiento de asociaciones selectivas de estímulos a partir de la experiencia, por procesos de aprendizaje basados fundamentalmente en el condicionamiento clásico, es decir, una tendencia a asociar ciertas señales con consecuencias aversivas. Estas asociaciones son muy importantes, por ejemplo, en la constitución de fobias.
- ♦ El especial recuerdo de hechos estresantes, ansiógenos o traumáticos, y cómo los aspectos aversivos se recuerdan mejor que los aspectos no aversivos que les acompañan.
- ♦ El estudio de si el estado emocional –tristeza, alegría, ansiedad– hace más probable que se recuerden experiencias congruentes con ese estado emocional, es decir, si es más fácil, o no, que las personas deprimidas o con ansiedad recuerden otros momentos y episodios de su vida vividos bajo ese mismo tipo estado emocional. Esto parece ser así para el caso del estado de ánimo. No está tan claro para el caso de la ansiedad.

Dado el papel de la experiencia y del aprendizaje en la adaptación del individuo al medio, y muy particularmente frente a situaciones de peligro, la función de la memoria y de los factores biológicos que la determinan es muy importante.

### ***3.5 Sesgo falsacional: inversión de la carga de la prueba***

A los procesos de atender y de significar-interpretar sigue un tercero: comprobar la hipótesis o la formulación a falsar.

Permítasenos una breve disquisición que resultará esclarecedora para el proceso que pretendemos explicar. En un estado de derecho, normalizado, con todas sus garantías, rige la llamada *presunción de inocencia*, lo que significa que una persona, a pesar de posibles indicios en contra, es considerada como inocente *mientras no se demuestre lo contrario*. Es decir, la carga de la prueba recae sobre la demostración de culpabilidad. La hipótesis a falsar es la inocencia, que se tomará por cierta mientras no se aporten pruebas contrastadas y suficientes de lo contrario.

Pues bien, aunque la mayoría de nosotros no somos jueces o investigadores profesionales, continuamente manejamos conjeturas –generamos hipótesis–, tratamos de contrastarlas –las sometemos a prueba– y obramos en consecuencia en una determinada dirección.

En circunstancias regulares, en lo referido a nuestra salud, el trabajo, la pareja, impera la *presunción de normalidad* a pesar de la existencia de algunos problemas en cada una de esas áreas, más o menos excepcionales, que llaman quizás nuestra atención o nos generan algún recelo o desconfianza.

En situaciones normalizadas, que no entrañan riesgos especiales, donde la probabilidad subjetiva de ocurrencia de peligro es escasa o las consecuencias menores, lo excepcional, lo imprevisto o lo incierto no alteran la *presunción de normalidad*. Así, por ejemplo, si vamos por a calle y se nos acerca alguien cuyas intenciones no conocemos, consideramos en principio, no obstante, que no pasa nada amenazante *mientras no se demuestre lo contrario*, y eso aunque nos haya genera-

do cierta inquietud o alerta; quien se acerca no es un delincuente –un ladrón, un terrorista– mientras no se manifieste explícitamente en ese sentido. Otro ejemplo. Si nuestra pareja se retrasa respecto de su hora habitual de llegada a casa –hecho que no deja de llamarnos la atención y generar alguna preocupación– consideramos, a pesar de la extrañeza que esa circunstancia nos pueda producir, que el motivo será intrascendente o poco preocupante, mientras no se demuestre lo contrario. Un último ejemplo. Si un día nos duele la cabeza, ocasionándonos un intenso malestar y condicionando nuestros planes, entendemos no obstante, a pesar de desconocer el motivo, que nuestra salud no se encuentra comprometida, mientras no se demuestre lo contrario.

En situaciones consideradas conflictivas, muy amenazantes, cuando hemos declarado nuestro particular *estado de excepción*, cuando la ansiedad e inseguridad ante un supuesto peligro son muy intensos, se produce, normalmente de manera automática, un cambio en los procesos y métodos de análisis: la inversión de la carga de la prueba, proceso que bajo determinadas condiciones puede tener un claro valor adaptativo frente a peligros graves, traumáticos o de consecuencias irreversibles.

En una situación de guerra, grave conflicto social, violencia y actos de terror, es probable que los individuos que se acerquen a personas o lugares especialmente expuestos o sensibles, sean considerados, de entrada, como malhechores, aún cuando no lo parezcan y aunque se desee profundamente que no lo sean. Para que sean considerados inofensivos han de superar una serie de pesquisas, chequeos, interrogatorios, pruebas, contrapruebas, encaminadas a demostrar que no son lo que se les presume.

Así procede también la persona celosa ante un retraso de su pareja, o el hipocondríaco ante una molestia física.

En todos los casos, la persona que se siente amenazada, solamente se sentirá tranquila, tras demostrarse la inocencia o inocuidad del transeúnte, de la pareja o de los síntomas. Inocencia caduca y efímera, que queda solo corroborada para esa determinada circunstancia. Si en los próximos días se repite algo parecido, las pesquisas, pruebas y exámenes de hoy no son probatorias de nada: que nuestra pareja no se retra-

sara ayer por coquetear con su amante, no quiere decir que hoy no se haya vestido para él. Que el dolor de la semana pasada no fuera debido al cáncer, no quiere decir que no lo sea el de hoy, incluso podría ser que, entonces, el medico se hubiera equivocado, el escáner no hubiera funcionado correctamente en ese momento, o los analistas traspapelaran los expedientes. Porque estas cosas pasan ¿o no?.

### ***3.6 Sesgo finalístico: el objetivo para el que trabajar***

Detectar, interpretar, falsar ¿Para qué?. Para conducirse –es imposible no comportarse– de una manera u otra, en una dirección, con un propósito. Al fin y al cabo ése es el problema principal al que nos enfrentamos en cada momento y circunstancia: decidir qué hacer y cómo, y más allá de esto, cómo articular los diferentes *qués* y *cómos* entre sí mediante diversos ordenamientos que implican criterios rectores y prioridades.

En términos muy básicos, la dirección, como vimos en otro capítulo, tiene dos sentidos: aproximación y evitación. Evitación de lo temido, aproximación a lo deseado.

Volvamos, por un momento, al ejemplo del recolector que, motivado por su necesidad de nutrirse acude a un paraje entre cuya maleza puede encontrar alimento. Su conducta estará dirigida –orientada– a procurar la satisfacción de su apetencia de la manera más fácil y económica posible: en igualdad de condiciones cogerá los frutos de más fácil acceso, evitando las zarzas. Pero si, en esa tesitura, advierte la posible presencia de un león en las inmediaciones, es muy probable que su conducta se oriente entonces a la prevención y evitación del daño, aunque suponga la demora o el abandono, más o menos provisionales, de sus otros planes. Es decir, la conductas de aproximación hacia lo que le gusta, desea o necesita serán desactivadas o reducidas muy significativamente a favor de las conductas de evitación y búsqueda de seguridad. Dicho de otra manera, ante un conflicto de intereses como el que hemos señalado, el individuo en cuestión se ocupará –y diríamos también que se pre-ocupará– de *lo que quiere que no pase,*

en lugar de ocuparse de *lo que quiere que pase*. Este proceder tendrá sus lógicas consecuencias no solo en los ya citados sesgos atencional, interpretativo y falsacional, sino también en la meta u objetivo finalístico: más vale no comer, que arriesgarse a ser comido. La evitación del daño, como objetivo, prevalece sobre la consecución de lo apetecible.

Pongamos otro ejemplo, más cercano a los problemas de ansiedad. Vamos a elegir el caso de una persona con elevados miedos sociales. Como se sabe, la ansiedad social se caracteriza por un miedo intenso y persistente ante una o más situaciones sociales o actuaciones en público, tales como iniciar y mantener conversaciones, dar una charla, relacionarse con el sexo opuesto, conocer gente nueva, hacer reclamaciones, rechazar peticiones, interactuar con figuras de autoridad, ser observado, etc. Estas situaciones se evitan o se soportan con una ansiedad y malestar intensos. La razón es que la persona teme actuar de un modo que sea humillante, embarazoso, o bien mostrar síntomas de ansiedad –sonrojo, sudoración, temblor, bloqueo expresivo– que pudieran delatar el miedo y la inseguridad, lo que se experimentará también como humillante o bochornoso.

Imaginemos que una persona con fobia social, vamos a llamarle Juan, es invitada a participar mañana por la noche en una fiesta de conocidos suyos. Vamos a suponer también que, en un acto de arrojo por su parte, supera las dudas respecto de acudir o no y acepta ir. La evitación de la situación temida es la forma más primaria de regular el miedo. Pero el hecho de que acuda a la fiesta no quiere decir que el control de los peligros no sea su prioridad: probablemente su objetivo sea ir a la fiesta y salir indemne, disponiendo todo lo necesario para que no suceda lo que quiere que no suceda. Éste es el objetivo para el que ha de trabajar: lo que quiere que no pase. Con esta prioridad finalística por la que trabajar ¿que contenido o asistencias ha de darle el cerebro a la conciencia cuando Juan anticipe la situación? Naturalmente posibles amenazas, posibles materializaciones de lo temido, de forma que esté previamente advertido y disponga las acciones que lo neutralicen o eviten. Preferiblemente, le vendrán a la cabeza posibles desarrollos negativos de las cosas dado que este es el tipo de *asistencia* que puede prestar la cabeza si se la ha prefigurado para que sirva al fin antes mencionado. Su mente le irá trayendo una serie de posi-

bles problemas, para los que tendrá que prever una solución (si la encuentra): qué platos habrá en el menú de la cena..., sopa no pedirá, si le temblaran las manos se notaría mucho, pero cómo arreglárselas a la hora de brindar o coger la taza de café... mejor abrazarlas con toda la mano y bajar un poco la cabeza para beber... ¿y si aparece el sonrojo o el bloqueo?....

Entremos ya en la fiesta. Si en un momento dado, Juan ve acercarse en su dirección, desde lejos a una chica ¿Qué pensamientos o asociaciones ha de servirle la cabeza si el objetivo fundamental para el que trabaja es evitar hacer el ridículo o que el nerviosismo lo delate?. Muy probablemente le vendrán pensamientos del tipo: *Cuidado, si hablas con ella te sonrojarás, te puedes quedar en blanco, hacer el ridículo, quedar en situación vergonzante con ella y con los demás.* Solución: mirar para otro lado o darse la vuelta distraídamente. La concordancia entre objetivo, pensamiento y acción es impecable. ¿Le ha traicionado a Juan la cabeza?. No. Ha trabajado con exhaustividad y eficacia al servicio del objetivo.

Supongamos ahora que los miedos de Juan son leves o moderados, y que su objetivo en la fiesta –aquello por lo que va a trabajar, no sólo lo que idealmente le gustaría– es encontrar oportunidades de divertirse, conocer alguna chica si hubiera ocasión, hablar con ella, contar algunas anécdotas o chistes... Esto no es simplemente lo que le gustaría que pasase –las cosas no pasan solas– sino aquello que quiere que pase, la oportunidad que quiere crear o buscar... Si antes de ir piensa en la fiesta, probablemente la cabeza le traerá imágenes de posibles oportunidades o cómo crearlas, cómo arreglarse para estar atractivo, y, ya en la fiesta, si volvemos a la escena anterior –la chica que se acerca– probablemente le vendrán pensamientos del tipo: ahí puede haber una ocasión para salir a su encuentro y hablar con ella aunque me cueste un poco –todo hay que trabajarlo–.

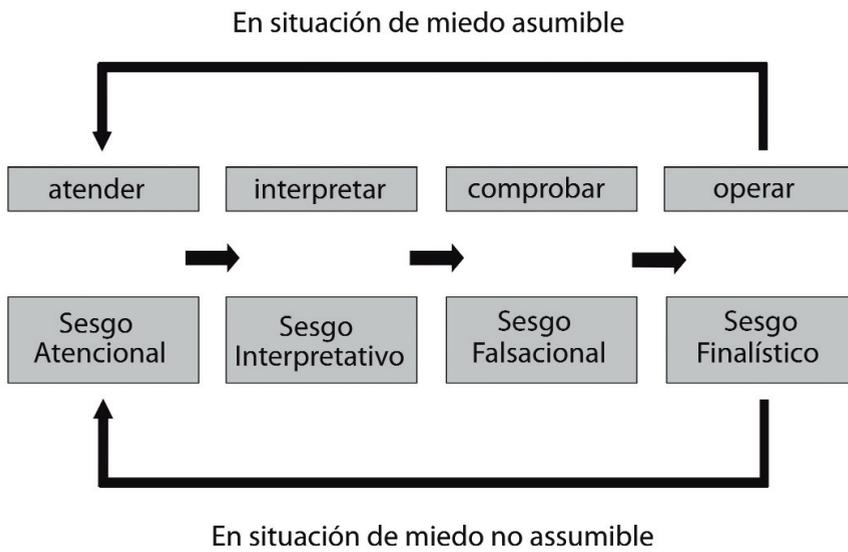


Figura 3: *Esquema general procesamiento de la información /actuación*

#### 4. Las *paradójicas* del miedo

Dicen los diccionarios que una paradoja es una afirmación que raya los límites de lo contradictorio, donde se superponen dos o más situaciones con energías opuestas, en un diálogo tal que extremos que deberían neutralizarse se potencian, juntándose se separan o separándose se unen.

Con el título *paradójicas del miedo* queremos referirnos a intenciones, formulaciones, actitudes, tentativas, operativas, que ofrecen resultados opuestos a su propia lógica o pretensión, generando bucles que no tienen salida o solución en los términos en que están formulados. El esfuerzo por salir del miedo lo acentúa, finalmente.

Las formulaciones paradójicas están en la base de muchas estrategias contraproducentes en el afrontamiento de los problemas de ansiedad. Su reformulación, la rotura de su circularidad, y su transformación en problemas con salida forman parte de los recursos terapéuticos para superarlos.

Para un mayor conocimiento sobre las paradojas en los procesos de mantenimiento y solución de los problemas, y su uso en psicoterapia, pueden consultarse algunos libros y autores de interés: Watzlawick (1976, 1980, 1981, 1988); Fis, Weakland y Segal (1994); Frankl (1946, 1962); Papp (1997); Nardone (1995, 2002, 2004); Mairena, Ballesteros, y Martín (2005).

#### **4.1 Para su seguridad permanezcan asustados**

La persona que se siente en peligro se enfrenta a una compleja disyuntiva. Puede optar por ignorarlo, mirar para otro lado, olvidarse. De esta manera estaría menos angustiado, pero, por otro lado, más expuesto a sufrirlo por no ocuparse de prevenirlo o vigilarlo. Puede optar por no perderlo de vista, tenerlo presente, no distraerse con otros asuntos, para así controlarlo mejor, no verse sorprendido, ponerse a salvo. Este proceder, sin embargo, le tendrá permanentemente alerta, angustiado, con la cabeza llena de posibles ocurrencias y derivas del peligro, y el cuerpo poseído por la correspondiente respuesta fisiológica autónoma de lucha-huida-parálisis. Si, además, la persona en cuestión se sintiera asustada por estos síntomas, se produciría un doble salto mortal en el bucle de la paradoja: mirar los síntomas los despierta, no hacerlo llevaría a sentirse a su merced.

Así pues, para sentirse tranquilo y seguro tendría que preocuparse. Pero si se preocupa, no estará tranquilo. Si no se preocupa, estará tranquilo, pero no se sentirá seguro. Darse cuenta de que está tranquilo, le llevará a pensar que se ha despreocupado, quizás temerariamente...

#### **4.2 A mayor inseguridad mayor control, a mayor control mayor inseguridad**

El temor a perder el control sobre el propio pensamiento, conducta o impulsos, es frecuente en los problemas de ansiedad. En cierto modo, este sentimiento, o pre-sentimiento, es consubstancial a la experiencia de ansiedad elevada. Si la ansiedad guarda relación, como hemos señalado, con la percepción del sujeto de verse desbordado, respecto de su capacidad y recursos, por las demandas y exigencias del medio –externo o interno–, es natural que dicha experiencia se equipare a pérdida de control sobre uno mismo o sobre el entorno. Es probable que la ansiedad altere la ejecución de repertorios de conducta, incluso algunos que normalmente *salen solos* sin que medie la conciencia en su producción, ya sea por tratarse de respuestas autónomas o bien automatizadas tras un proceso de aprendizaje y entrenamien-

to: la articulación y fluidez del habla, la atención y concentración, la respuesta sexual, la conciliación del sueño, etc. La percepción de dichos *fallos* crea dudas en la persona que los experimenta sobre su adecuada regulación y produce desconfianza sobre el normal y correcto funcionamiento de sus facultades y funciones.

Ante la inseguridad que genera la propia ansiedad, y la eventualidad de que se produzcan actos o intervenciones fallidas o deficientes, el sentido común nos dicta un socorrido antídoto: aumentar el control.

Alertados por el incremento de errores, algunos pacientes deciden, entonces, someter a control directo y voluntario acciones o secuencias de acción que normalmente venían produciéndose automáticamente, sin esfuerzo consciente de realización. Así, es posible que la persona afectada trate de regular la concentración forzándola, de modo que en realidad se está concentrando sobre el propio fenómeno de la concentración, en detrimento de lo que se quiere atender; forzar o *vigilar* el sueño, actividad que en la práctica impide conciliarlo. Pero si no lo hace, si no lo intenta ¿Cómo podrá regular algo que de suyo está apareciendo de manera alterada y que le perjudica?

Si, por miedos e inseguridades sociales, una persona se comporta de manera inhibida, rígida y poco natural, tal vez se dé la orden de ser espontáneo, imponiéndose las conductas tenidas por tal, pero entonces deja de serlo. Algo tiene que hacer no obstante, si no lo intenta estará *cortado y acartonado*.

De nuevo la persona con ansiedad se enfrenta a un contrasentido desconcertante: Si no aumenta el control no ganará confianza, pero si lo aumenta será menos efectiva. Entonces no ganará seguridad. Tendrá que aumentar el control.

#### ***4.3 Fortalecer al oponente combatiéndolo***

Las personas con niveles altos de ansiedad, por un motivo o por otro, suelen sentirse frecuentemente tomadas al asalto por pensamientos importunos y amenazantes, síntomas difíciles de sufrir y sentimientos desagradables. Con cierta frecuencia la respuesta de la per-

sona consiste en tratar de combatirlos para que se vayan, pelearse con ellos para que, al menos, no ganen terreno, tratar de contrarrestarlos. Si no lo hace así teme que se apoderen de ella y le traicionen en el momento más inoportuno o inesperado. Pero mientras los combate, los hace el juego, cobran fuerza o se transforman en otros más horrosos, y vienen más a la cabeza o a las tripas. Podría optar por dejarse atravesar y esperar que pasen, aceptarlos, darlos por normales y convivir con ellos. Pero si no se tienen en cuenta a la hora de tomar decisiones y adquirir compromisos, quizás después no los podamos asumir. Mas si la persona toma sus decisiones en función de ellos les da un poder que no quisiera o no debiera darles. ¿qué hacer entonces pelearse, aceptar?

#### ***4.4 Una sistema de alarma que se asusta de su propio ruido***

Los síntomas intensos, y a veces inesperados, de la ansiedad, que en sus manifestaciones más extremas vienen acompañados de la sensación de pérdida inminente de la salud física o del control, son efecto del miedo pero, comúnmente, constituyen para la persona en su mayor fuente de temor y angustia. Es el fenómeno del miedo al miedo. La ansiedad se convierte, así, en un sistema de alarma que se alerta por su propio ruido, por sus propios efectos. Las manifestaciones de ansiedad son el peligro a vigilar, y en esa misma vigilancia consiste la alerta y la ansiedad. Llegados a este punto la persona aquejada tiene muchas dificultades para convivir con síntomas originados por la ansiedad normal y adaptativa, o con síntomas parecidos a los de la ansiedad y motivados por causas no patológicas –actividad física, por ejemplo–, o bien generados por el propio estado de alerta ante la posible aparición de dichos síntomas. La persona entonces, se mueve entre dos posiciones básicas o estados: se encuentra bastante bien –si no aparecen los síntomas en absoluto, o está en contexto seguro si aparecieran– o se encuentra bastante mal –si aparece la más mínima manifestación–. En este caso se despierta un gran temor a que llegue a extremos altos e inadmisibles. Las manifestaciones del miedo se convierten en la mayor fuente de inseguridad, frente a las que hay que estar alerta.

#### **4.5 Cuando las medidas de protección angustian**

Las conductas más frecuentes frente al miedo son la evitación y la búsqueda de condiciones de seguridad –por ejemplo permanecer acompañado, o en lugar a salvo–. Estos procedimientos proporcionan una notable sensación de seguridad y protección, reduciendo el malestar, sin embargo, por otro lado, se convierten en una *jaula de oro* que genera dependencias, pérdida de autonomía, limitación del desarrollo personal, condicionantes negativos para terceras personas; condiciones que a la postre generan profunda insatisfacción y angustia. Las medidas básicas para sobrevivir no dejan vivir. La forma de adaptarse a los acontecimientos en lo elemental, resulta inadaptable en lo esencial.



## 5. Afrontamiento de la ansiedad y su clasificación

El afrontamiento como proceso básico de adaptación, suele estar dirigido a cambiar el entorno, el medio interno, o bien la manera de significarlos. Es un proceso dirigido, activo, automatizado unas veces y consciente o controlado otras.

Las funciones del afrontamiento suelen definirse en relación a aquello que se pretende controlar o regular. Así, Mechanic (1974) habla de tres funciones: afrontar las demandas sociales y el entorno, crear el grado de motivación necesario para tales demandas y mantener el equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas. Pearlin y Schooler (1978) hablan de función de control situacional y cambio de circunstancias externas, función de control de significados –antes de que el estrés se produzca– y función del control del estrés en sí mismo –cuando éste ya ha aparecido–.

Algunos autores –Lazarus y Folkman (1986), George (1974), Kahm y colaboradores (1964)– han distinguido entre un afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y un afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que da el problema lugar –o que da lugar al problema–. Aunque a primera vista la distinción parece clara, en la práctica resulta difícil de sostener: primero porque no es adecuado, y quizá ni siquiera posible, definir lo emocional fuera del problema o al revés. Segundo porque cabrían preguntas, por otro lado capciosas, de difícil respuesta como por ejemplo: ¿Centra el sujeto el afrontamiento en el control de la emoción para así abordar mejor el problema, o trata de resolver el problema para no experimentar la emoción? Y entonces ¿a qué dirige el afrontamiento en verdad?.

A veces se ha distinguido también entre afrontamiento cognitivo y afrontamiento conductual. Basta un solo ejemplo ofrecido por

Fernández Castro (1990) para poner de manifiesto la inconsistencia de esta división:

*“En un artículo de Folkman y Lazarus (1988) sobre la relación entre emoción y afrontamiento, se habla, entre otras, de una estrategia de afrontar el estrés que ellos denominan “deployment of attention” y que califican, lógicamente, de actividad cognoscitiva, pero cuando ponen ejemplos aparece lo siguiente: practicar la relajación, hacer “jogging”, dedicarse a “hobbies”, tomarse unas vacaciones, comer, fumar o dormir. ¿Son estas actividades cognoscitivas? ¿No se debería distinguir entre la morfología de la actividad y su función? En muchos artículos empíricos se confunde la morfología concreta de una actividad con la función psicológica que se supone que cumple”.*

En rigor, los actos de afrontamiento, en última instancia, se dirigen a:

- ♦ La satisfacción –o reformulación satisfactoria– de los planes de acción del individuo en el marco de su sistema de valores y creencias –también reformulables– que les dan sentido y dirección.
- ♦ La preservación y disfrute de lo que se ha conseguido o le ha venido dado –*status quo*– y permanece como deseable.

Los resultados del afrontamiento son las consecuencias adaptativas, o no, del mismo, que aparecen en el ámbito del trabajo y de la vida social, en el de la satisfacción moral o vital y el de la salud del organismo, pudiendo cruzarse de diferentes formas entre si y en diferentes plazos.

El afrontamiento puede considerarse como un proceso, o como los actos concretos y secuenciales que lo integran. Consideramos que para el estudio operativo y práctico del afrontamiento es más adecuado tomar los “actos de afrontamiento” como unidad básica de análisis, lo que a su vez nos permitirá una mejor comprensión en términos de proceso.

El sentido de acto es tan amplio como los diferentes tipos de actuaciones que existen en una sociedad, sin descartar aquellas acciones que son invisibles, como las que suceden en el pensamiento, o las realizadas con otros.

José Luis Catalán (1987), psicólogo, entiende por acto todo aquello que cumple los siguientes requisitos:

- ♦ Ser un desarrollo de acontecimientos conocido por la experiencia cultural de un sujeto o colectivo de sujetos y susceptible de ser deseado, un deber, o una utilidad (ser medio para conseguir alguna finalidad).
- ♦ Tener cierto riesgo. Es decir, que puede suceder que lo que se desea pase al acto o no, de pasar al acto que continúe o no, y que finalmente llegue a realizarse con éxito o no. Lo contrario de una acción con riesgo sería una causa, en la que las cosas ocurren de la única manera que podrían ocurrir; o un azar, en el que las cosas ocurren por casualidad y no porque el sujeto se lo proponga.
- ♦ Tener un desarrollo temporal por el cual primero se concibe, se anticipa lo que se quiere hacer, luego se intenta realizar lo anticipado, y ello termina con éxito o fracaso.
- ♦ Tener cierto margen, pequeño o grande, de elección por el cual el sujeto que actúa es responsable de lo que hace dentro de ese campo de posibilidades, y por tanto tiene cierta libertad de elegir la posición que asume o bien de cambiarla.

El esquema de acción es socialmente transmisible. Esto es, se aprende de la sociedad y es comunicable mediante el lenguaje, la imagen o cualquier otro medio expresivo.

Enfatizar el concepto de la acción –lo ha hecho también Bandura (1986) dentro de su enfoque cognitivo social– facilita el entendimiento entre diferentes teorías psicológicas y de éstas con otras disciplinas –sociología, antropología, etología–. Por otro lado, la terminología alrededor de la acción –intención, motivo, hacer, acto– es la que utiliza el ser humano en su comunicación corriente, lo que facilitaría, también, la comunicación y el entendimiento con pacientes y usuarios.

Hemos dicho anteriormente que la acción necesitaba desarrollarse en el tiempo. Su despliegue, su materialización, se descompone en diversos momentos ordenados e imbricados. La consecución de un objetivo se compone de muchos actos subordinados.

Cuando se desarrolla una acción nos encontramos, obligatoriamente, en algún momento en el tiempo de ese suceder, que tiene que ver con la organización necesaria para realizar lo que se quiere. Nos podríamos encontrar:

- ◆ En el momento inicial de la anticipación, de la planificación.
- ◆ En el momento de ejecutar un acto u operación.
- ◆ En el momento de concluir la acción.

El momento en el que concluimos la acción no coincide con el aparente último paso. A éste le sigue la operación activa de dar por bien o mal acabado lo que se acaba de hacer. Un ejemplo de la importancia de esta distinción nos la da el acto obsesivo: no se cierra el acto cuando aparentemente se da el último paso, como puede ser respecto al deseo de lavarse las manos haber llegado con éxito al momento de secárselas con la toalla, sino que la persona tiene la sensación de que sus manos todavía están sucias y comienza de nuevo, a modo de corrección y seguridad, la operación de lavarse adicionalmente.

Proponemos estudiar los actos de afrontamiento desde sendos ejes de ordenadas y accisas de cuyo cruzado resultan nueve parcelas básicas de actos de afrontamiento –ver figura 4– que pueden integrar varias estrategias y éstas a su vez desarrollarse mediante diversas operaciones paralelas o secuencialmente articuladas entre sí y con otras áreas de manera cambiante, lo que daría lugar al afrontamiento en concreto. Cualesquiera de las estrategias de afrontamiento integra indisolublemente elementos cognitivos y conductuales.

El eje de ordenadas, estaría relacionado con desarrollo temporal de la acción, que integra los parámetros:

- ◆ **Actos anticipatorios:** se refieren a la concepción o proyección de la acción.
- ◆ **Actos de ejecución:** se refieren al desarrollo concreto de las operaciones planificadas.

♦ **Actos de evaluación del logro**, en términos de éxito-fracaso, referidos al cierre o acabado de la secuencia de acción, para pasar a otra, o a otro nivel jerárquico de implicación.

El eje de accisas, relativo a los campos de actuación sobre los que se opera, referidos a aspectos diferentes del espectro de la amenaza en la ansiedad:

- ♦ **campo 0 (Tarea):** se refiere a los programas de acción inicial o potencialmente interrumpidos, obstaculizados, o degradados.
- ♦ **campo 1 (Salud):** se refiere a la activación psico-biológica relacionada con la ansiedad en tanto en cuanto altera el *Estatus Quo* de salud y bienestar, y por añadidura, una condición que puede ser básica para el desarrollo de otros planes de acción inmediatos, o el mantenimiento de lo dado o conseguido.
- ♦ **campo 2 (Self);** se refiere a la significación social atribuida o atribuible a la ansiedad y sus manifestaciones, y cómo afecta al estatus personal y social.

	ANTICIPACION	EJECUCION	EVALUACION-LOGRO
0 TAREA	<p>Operación a' b' c' d'</p> <p>Estrategia a b c d</p> <p>(A)</p>	<p>Operación 1' 2' 3' 4'</p> <p>Estrategia 1 2 3 4</p> <p>(I)</p>	<p>Operación <math>\alpha</math> <math>\beta</math> <math>\chi</math> <math>\delta</math></p> <p>Estrategia <math>\alpha</math> <math>\beta</math> <math>\chi</math> <math>\delta</math></p> <p>(<math>\Psi</math>)</p>
1 SALUD	<p>Operación a' b' c' d'</p> <p>Estrategia a b c d</p> <p>(B)</p>	<p>Operación 1' 2' 3' 4'</p> <p>Estrategia 1 2 3 4</p> <p>(II)</p>	<p>Operación <math>\alpha</math> <math>\beta</math> <math>\chi</math> <math>\delta</math></p> <p>Estrategia <math>\alpha</math> <math>\beta</math> <math>\chi</math> <math>\delta</math></p> <p>(<math>\Xi</math>)</p>
2 SELF	<p>Operación a' b' c' d'</p> <p>Estrategia a b c d</p> <p>(C)</p>	<p>Operación 1' 2' 3' 4'</p> <p>Estrategia 1 2 3 4</p> <p>(III)</p>	<p>Operación <math>\alpha</math> <math>\beta</math> <math>\chi</math> <math>\delta</math></p> <p>Estrategia <math>\alpha</math> <math>\beta</math> <math>\chi</math> <math>\delta</math></p> <p>(<math>\Omega</math>)</p>

Figura 4: *Matriz para la clasificación de actos de afrontamiento*

El afrontamiento de la ansiedad puede estar organizado en un solo campo, en dos de ellos o en los tres. Dadas las relaciones de tipo sistémico entre los diversos elementos del modelo que proponemos para el estudio de la ansiedad, la alteración de uno de ellos implica cambios en los demás y en la totalidad del sistema. El afrontamiento persigue el reajuste del sistema en su conjunto, aunque el individuo puede optar por incidir instrumental o estratégicamente sobre determinadas variables, en determinadas situaciones y tiempo, dependiendo también de diversos factores –preferencias, prioridades, destrezas, accesibilidad–.

El esquema sugerido pretende facilitar la elaboración de un mapa dinámico de actos de afrontamiento, su articulación, potenciación o interferencia, para cada individuo concreto en una circunstancia concreta.

## 6. Afrontamiento contraproducente

Las estrategias de afrontamiento no siempre son eficaces. Sin embargo, como hemos señalado anteriormente, el estudio de los esfuerzos ineficaces ha despertado poco interés. Como parte de los intentos inútiles se ha descuidado también la investigación de los contraproducentes.

No faltan, no obstante, autores que de una u otra forma se han ocupado del estudio y corrección de las estrategias desadaptativas como recurso terapéutico. Algunas corrientes psicoanalíticas, en particular las centradas en la psicología del yo (Haan 1977 ) orientan parte de su esfuerzo terapéutico al estudio de los mecanismos de defensa desadaptativos como forma de superación del problema que de otro modo tiende a repetirse reiteradamente.

Watzlawick y otros (1976, 1981, 1986, 1988) desde una perspectiva sistémico-constructivista, en su análisis sobre la producción del cambio se refiere ampliamente a aquellos casos en que la solución es el problema, es decir, a cómo pueda generarse un problema como mero resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente. En esta misma línea podrían citarse algunos trabajos de Nardone (2002, 2004).

Marks (1981,1987) desde una perspectiva conductual, ha señalado la importancia de la evitación como perpetuador de la ansiedad, en miedos y obsesiones, y ha basado en las técnicas de exposición y prevención de respuesta su abordaje terapéutico.

Clark (1989) ha sugerido un tratamiento cognitivo comportamental de las crisis de angustia donde se pone especial interés en el control de la auto-observación del paciente sobre las sensaciones corporales

(y las interpretaciones catastróficas asociadas a ellos) y en el control de la hiperventilación, considerando que ambas formas de afrontamiento de la ansiedad contribuyen a su sostenimiento y prolongación en el tiempo.

Algunas estrategias como la evitación (Marks, 1987) y la negación (Breznitz, 1983) podrían ser efectivas en unos casos y circunstancias, mientras que en otros, si bien producen alivio emocional en la situación amenazante, mantienen una vulnerabilidad continuada, en posteriores ocasiones, para la persona que las utiliza.

Entendemos por afrontamiento contraproducente aquellos actos que, dirigidos a la búsqueda de unos determinados objetivos, con unos determinados medios y procedimientos, no sólo no los alcanza, sino que sus efectos son opuestos a la intención o deseos de quien los ejecuta. De esta manera, no contribuyen a la pretendida solución o mejora del problema, sino que lo complican y sostienen. Se trata de estrategias y operaciones relativamente comunes que surgen de la iniciativa directa y personal del sujeto paciente, realizadas repetidamente, para controlar el trastorno o sus consecuencias indeseables.

La consideración de un acto como contraproducente, no se establece solo por sus resultados o efectos adversos, lo que podría dar lugar a una definición *a doc* o tautológica, sino que implica conocer cómo funciona, a qué procesos da lugar y cómo se generan los efectos indeseables, ya sea directa o colateralmente, de manera inmediata o diferida.

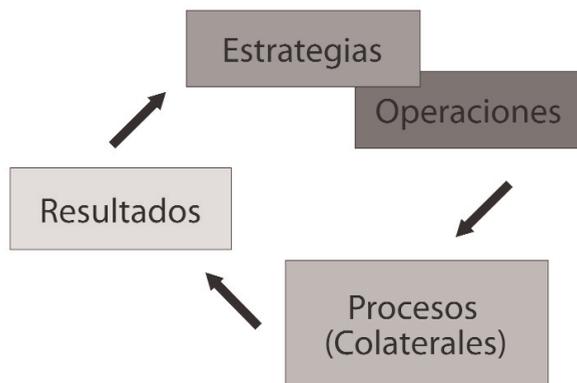


Figura 5 : *Generación de efectos contraproducentes*

Los actos de afrontamiento pueden ser contraproducentes “per se”, pero también puede darse el caso de actos no perniciosos en sí mismos, e incluso potencialmente útiles, que bajo determinadas condiciones pueden interactuar negativamente con otros, quizás también potencialmente útiles, ocasionando efectos indeseables o contraproducentes. En este caso hablamos de ***Interacciones contraproducentes entre actos de afrontamiento***.

Las interacciones contraproducentes se subdividen en dos tipos:

- ◆ Incompatibilidades: referidas a actos cuya realización impide la de otros al mismo tiempo.
- ◆ Contraindicaciones: referidas a procedimientos que ejecutados o no simultáneamente se afectan en su proceso o resultado de modo contradictorio, perturbador, o perjudicial.

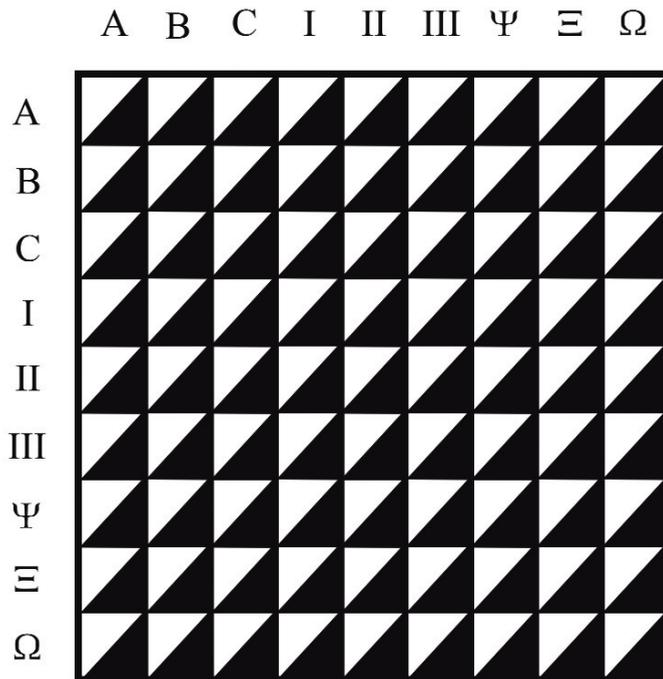


Figura 6 : *Matriz básica de interacciones contraproducentes entre actos de afrontamiento*

La matriz aparece dividida en zonas claras y zonas oscuras. La clara sería indicativa de *Incompatibilidades*, la oscura de *Contraindicaciones*.

### **6.1 Afrontamiento contraproducente relacionado con actos anticipatorios**

La anticipación es un proceso de evaluación cognitiva que prevé las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. Puede efectuarse mediante un amplio abanico de posibilidades que van desde un proceso rápido, intuitivo, automático, hasta un proceso de predicción elaborativo, deliberado, basado en complejas inferencias inductivas o deductivas. Se refiere básicamente a:

- ♦ Cómo, cuándo, de qué manera algo perjudica o beneficia: **evaluación primaria** (Lazarus y Folkman, 1986).
- ♦ Qué puede hacerse al respecto: **evaluación secundaria** (Lazarus y Folkman, 1986).
- ♦ Qué capacidad se atribuye uno para hacerlo: **expectativa de eficacia** (Bandura, 1986).
- ♦ Qué resultados se calculan como probables: **expectativas de resultados** (Bandura, 1986).

En consonancia con estas valoraciones, el individuo experimenta un estado emocional agradable o desagradable, en función de cómo se vea afectado en sus planes y circunstancias.

La anticipación prefigura aspectos básicos de la acción y del sujeto en acción, calcula cómo puede ésta desarrollarse en un contexto y circunstancias determinadas y cómo se verían nuestros propósitos favorecidos u obstaculizados. Se trata pues de un mecanismo básico de adaptación e incluso de supervivencia, sin olvidar el valor motivacional que la anticipación, como expectativa, tiene. En palabras de Bandura (1986) *“los pensamientos anticipatorios que no exceden los límites de la realidad tienen un valor funcional porque motivan el*

*desarrollo de competencias y de planes de acción”* (página 467, en *Pensamiento y acción*). La anticipación forma parte de la propia acción como factor regulador e inductor conductual y emocional.

El pensamiento tiene gran capacidad de auto-activación fisiológica de la emoción. La experiencia común nos dice que la imaginación de escenas repugnantes o asquerosas produce náuseas, las eróticas excitación sexual, la degustación imaginaria de un manjar salivación y secreción de jugos gástricos. En concreto, las anticipaciones referidas a la ocurrencia de amenazas, daño o perjuicio, generan ansiedad. Estos pensamientos pueden resultar, a veces, tan activadores, fisiológicamente hablando, como los propios acontecimientos reales. Baeza (1994) observó que la activación fisiológica, medida a través de un electromiógrafo con sensores superficiales sobre la frente, era incluso mayor durante la anticipación de situaciones amenazantes que durante la exposición *en vivo* a la situación real.

El individuo presta especial atención a las señales del entorno o internas que tienen el valor de predecir el desarrollo de la acción y sus resultados. La previsión resultante de la consideración y análisis de dichas señales predeterminan a su vez el campo atencional sobre el que preferente se focalizará cuando la situación se presente. Otros aspectos de la situación quedarán atencionalmente empobrecidos. Podemos decir que, dada una situación, el individuo tiene más probabilidades de ocuparse de aquello de lo que se ha preocupado y en los términos en que lo ha hecho. La previsión prepara pues al organismo para atender y responder a determinados aspectos de la realidad.

La anticipación previsora, mecanismo universal y básicamente adaptativo, puede, no solo errar el cálculo –algo que sería normal en una función que es básicamente probabilística y a veces basada sobre datos o creencias falsas–, podría ser también disfuncional.

En los apartados siguientes vamos a ocuparnos de algunos casos, condiciones y procedimientos en que los actos anticipatorios de situaciones amenazantes pueden ejercerse de forma tal que resulte contraproducente.

### 6.1.1 Abuso de la prevención

Hay una diferencia entre la previsión y la prevención. Ambos son procesos evaluativos de tipo anticipatorio. *Prever* se refiere a pronosticar o conjeturar un acontecimiento a partir de alguna señal o indicio con valor predictivo. Lo anticipado puede ser deseado o no deseado, positivo o negativo. Cabe cualquier tipo de expectativa. La *prevención* se refiere al cálculo de riesgos, y por tanto, a la eventual ocurrencia de hechos o consecuencias indeseables, que implican una amenaza. No nos prevenimos de que nos toque la lotería, de que nos aumenten el sueldo, o de que haga buen tiempo si vamos a la playa, aunque si podemos preverlo como posible. Podemos incluso, si está en nuestra mano, procurarlo, posibilitarlo. Prevenir, precaver, implica estorbar, impedir un efecto, ya sea mediante la evitación, o, si no es posible, mediante la preparación de una estrategia defensiva. La previsión de un riesgo conlleva una estrategia para superarlo, sin que se alteren substancialmente nuestros planes. La prevención implica, básicamente, la evitación del riesgo. La prevención es un modo de previsión y por tanto no son excluyentes. La segunda no implica necesariamente una voluntad de acción u omisión determinada, frente a lo previsto, la primera si. No se trata tanto de afrontar una situación superando los riesgos o conviviendo con ellos, cuanto de impedir su ocurrencia.

La prevención extremada pone más el acento en *lo que no se quiere que pase* que en la consecución de lo que se desea que ocurra. O dicho de otra manera, si hay conflictos entre una cosa y otra se elige la primera. La prevención abusiva trataría de reducir la probabilidad de ocurrencia de un riesgo a cero, como requisito previo para comprometerse con una acción. En su construcción, puede advertirse fácilmente la presencia de los sesgos atencional, interpretativo, falsacional y finalístico, analizados en un capítulo anterior referido a las psico-lógicas del miedo.

La prevención abusiva denota, en cierto modo, una intolerancia o hipersensibilidad hacia determinados riesgos, objeto de la prevención, y un sentimiento de indefensión, recelo, sospecha, aprensión frente a las situaciones donde pudiera surgir. Poco peligro elimina o desactiva conductas con alta probabilidad de éxito.

Hay una prevención pertinente (o procedente) que consiste en disponer unas medidas simples capaces de reducir significativamente la probabilidad del riesgo y, una vez tomadas, olvidarse de él mientras no se manifieste. Con el riesgo restante se convive. La prevención no debe ser más costosa, en ningún sentido, que el daño que se quiere evitar. La prevención pertinente tranquiliza y genera autoconfianza.

Pongamos un ejemplo: Si hemos de salir de viaje, tomamos alguna precaución básica: comprobar el buen estado del coche, procurar un buen estado del conductor –descanso, no drogas– y respetar las normas de tráfico. Estas medidas, simples y genéricas, nos dan una seguridad y confianza, que nos permite relajarnos y centrarnos en otra cosa: el paisaje, la música, la conversación con el compañero de viaje, etc., y mantener una atención flotante sobre la conducción que permite detectar y responder a cualquier eventualidad. Sin las medidas citadas la conciencia de riesgo de accidente automovilístico nos haría, quizás, estar más tensos, inseguros.

Hay una prevención improcedente (o impertinente) caracterizada por la pretensión de agotar anticipatoriamente todas y cada una de las posibilidades de materialización del riesgo con su circunstancia concreta y sus consecuencias en cada momento del desarrollo de la acción. Se trata de evitar verse sorprendido, de estar sobre aviso, ante cualquier posibilidad degradatoria, lo que implica imaginar con la mayor definición todo lo que no caiga dentro de lo imposible.

Esto nos lleva a estar constantemente en actitud de ¡*Prevengan!*, expresión utilizada militarmente para indicar una situación de máxima alerta y tensión para entrar en acción porque algo incierto y amenazante puede acontecer de un momento a otro. Nada, por natural que parezca, es irrelevante, cualquier cosa puede esconder una trampa a la que, a ser posible, hay que anticiparse. Por lo tanto, estímulos neutros e irrelevantes, bajo la actitud suspicaz y de sospecha se convierten en predictores de una situación amenazante –generación de indicios–, creando alarma. A diferencia de la prevención pertinente, la improcedente una vez establecida no genera seguridad, relajación y confianza, ni permite centrarnos en otra cosa distinta de la búsqueda de riesgos.

Volvamos al ejemplo: Si hemos de salir de viaje nos aseguramos del buen estado del coche, procuramos estar en buenas condiciones físicas y mentales, –aunque el exceso de preocupación a lo peor no nos ha permitido descansar bien–, respetamos las reglas de tráfico, pero además, calculamos ya en carretera, o antes, las mil y una posibilidades de que pase algo:

*- ¿Y si revienta una rueda?*

*- Iré a 70 Km por hora, para minimizar las consecuencias.*

*- ¿Y si en la curva aquel camión se me echa encima?*

*- Reduzco y espero que salga de ella.*

*-¿Y si me mareo o me falta el aire?*

*- Iré observando si me noto alguna molestia para, si llega el caso, tener tiempo de situarme en el arcén, antes de que ocurra una catástrofe.*

*- ¿Y si .....?*

Y así en cada momento. La lista es tan larga que sentimos que una u otra cosa pasará. La tensión, los conflictos atenciones y operativos, son muy altos y sostenidos.

Evidentemente, no hemos disfrutado de la conducción, ni del paisaje, ni de la música, ni hemos hablado con el compañero. Quizá estemos doloridos, algo mareados, y con el susto en el cuerpo. A lo peor en una curva pendientes de si, como habíamos conjeturado de antemano, el camión rebasaba o no la raya divisoria, nos hemos acercado demasiado a la derecha sin ver la gravilla y hemos derrapado, a pesar de que el camión iba perfectamente por su lado. ¡Otra eventualidad que tenemos que tener en cuenta de antemano para el próximo viaje!. Nos podría quedar el consuelo de que, aunque sea pagando un alto precio, hemos ganado en la seguridad de la conducción, pero si repasamos por un momento las condiciones en que lo hemos hecho, vemos claramente que no: el exceso de activación disminuye el rendimiento, nuestras condiciones físicas y psicológicas no son las más adecuadas. La seguridad, objetivamente, se ha visto mermada.

La experiencia de que la prevención, cuando es pertinente, genera tranquilidad, seguridad y distensión, puede llevar a abusar de ella como mecanismo de autorregulación cuando se quieren conseguir esos mismos objetivos.

El abuso de la prevención implica:

- ♦ una extralimitación en el cálculo de riesgos,
- ♦ un proceso de generación de indicios y conversión de señales neutras en señales de alerta mediante la alteración de su significación,
- ♦ un proceso de auto-observación o atención autoenfocada.

Estos factores están inter-relacionados entre sí, comúnmente.

### ***Exceso en el cálculo de riesgos***

El mecanismo de la prevención consiste en el cálculo previo de riesgos con la finalidad de adelantarse a su ocurrencia, evitándolos, impidiendo el efecto sorpresa y la supuesta falta de reacción, sorteándolos de algún modo o disponiendo de antemano de algún dispositivo defensivo. Todo ello en función del valor de los planes o estado que queremos preservar, de cómo pudieran verse afectados y afectarnos, de las expectativas de resultados y de las expectativas de auto-eficacia, en una situación y momento dados.

Suele suponerse que la mayor prevención consiste en *ponerse en el peor de los casos*. Esta formulación es en cierto modo una *máxima* para el ejercicio de la prevención, en particular de la abusiva. Implica la contemplación de las últimas y más graves consecuencias. No tiene otro límite que la verosimilitud del supuesto imaginado, y ésta viene conferida por el hecho de que la ocurrencia del supuesto sea hipotéticamente probable, aunque sea en una proporción de uno sobre un millón:

- *“¿Quién me garantiza que no tendré un infarto aunque me haya salido bien el electrocardiograma?”.*

- *“¿Quién me asegura que el avión no pueda venirse abajo?”.*

Seguramente la casuística ofrece algún ejemplo sobre el que el paciente basa su razón inapelable, y justifica su actitud aprensiva.

Existe la creencia social y generalizada de que la falta de prevención es peligrosa y conlleva graves problemas. Se considera que toda prevención es poca, que su defecto es nocivo y su exceso, si se diera, es inocuo. Se entiende que es preferible, ante algún indicio e incluso sin él, ponerse en el peor de los casos, aunque después no acontezca, a no darle importancia y que después resulte o aparezca algo grave e irreparable.

La popularización en nuestro entorno cultural de la filosofía aristotélica basada en la independencia e incluso contraposición entre lo racional y lo emocional, reiterada después por Descartes, y los postulados dicotómicos mente-cuerpo, entre ellos los sostenidos por creencias de origen judeo cristiano –alma/carne–, han contribuido a que vulgarmente se ignore la estrecha relación entre lo que pasa por la cabeza –lo que se piensa– y lo que pasa por el cuerpo –lo que se siente o experimenta físicamente–, como si la evanescencia de las ideas no tuviera nada que ver con la materialidad del organismo, y como si aquellas pudieran usarse incontinentemente por lo que a consecuencias físicas se refiere.

No vamos a abundar aquí en el uso, funciones y límites de la prevención que el entorno cultural más próximo aporta al desarrollo cognitivo y representacional del individuo. Tampoco en la importancia que las actitudes y comentarios de padres temerosos y sobreprotectores tiene sobre el aprendizaje de los estilos de pensamiento y anticipación del niño, y qué función juega todo ello en la configuración de la emotividad, la personalidad, la ideación o la acción.

En la extralimitación en el cálculo de riesgos como modo de afrontamiento cognitivo de la ansiedad, más determinante aún que los factores antes citados lo son la atribución de auto-eficacia y la intensidad de los miedos y sus síntomas.

Desde la perspectiva cognitivo-social (Bandura 1986) lo que hace que los acontecimientos potencialmente aversivos resulten temibles es sobre todo, la ineficacia percibida para afrontarlos. En la medida en que el individuo piense que puede prevenir, terminar o disminuir la gravedad de los acontecimientos aversivos, dejará de tener razones para temerlos. Para aquellas personas que tienen dudas sobre su autoeficacia de afrontamiento, la preocupación por la ansiedad y su anticipación excede las dificultades objetivas, causa gran malestar y dedican mucho tiempo a acciones de tipo defensivo –básicamente la evitación– lo que implica estar mentalmente advertido de antemano (Bandura 1978 ). Dichas personas exageran la magnitud de sus deficiencias y las dificultades potenciales del medio (Beck 1976, Meichenbaum 1977, Sarason 1975 a). Tales dudas autorreferidas crean estrés y, al distraer la atención de lo que debería ser el comportamiento adecuado, dificulta la utilización adecuada de los recursos.

El hombre, en tanto que *predictor*, es también *productor* de su conducta. El paciente no es solo tal, respecto de su enfermedad, es también agente.

Si se considera que las situaciones amenazantes no pueden afrontarse eficazmente, y tampoco pueden o deben evitarse, es probable que la persona opte por el control interno ante la aparición de síntomas de ansiedad. Shelton y Mallinckrodt (1991) en un trabajo donde se relacionaban las variables nivel de ansiedad, lugar de control interno o externo y la auto-eficacia como predictores del tipo de tratamiento preferido por parte de los sujetos objeto de estudio, encontraron que los sujetos que eligieron tratamientos focalizados sobre la tarea puntuaron significativamente más bajo en el test de ansiedad y más alto en el de autoeficacia, en comparación con los que eligieron un tratamiento basado sobre el control interno de la ansiedad, que puntuaban alto en ansiedad y bajo en autoeficacia.

Si la intensidad de los síntomas de ansiedad es muy alta, son tomados como indicador de riesgo grave para la salud física o mental. Es natural que los sujetos dirijan su estrategia hacia su control interno dado que el valor salud es para la mayoría de personas jerárquicamente superior a otros. En estos casos es probable que el paciente no se conforme con evitar las situaciones donde la ansiedad se manifieste-

ta más crudamente sino que, considerando que algo interno falla, se ocupe de estudiarse, conjeturar, auto-escucharse, plantearse supuestos para reducir la incertidumbre o, en cierto modo, crearla como mecanismo defensivo.

Existe la idea de que la incertidumbre, la duda, tienden a ser evitadas y reducidas, y es cierto en muchos casos, pero en otros, en tanto que estrategia defensiva, se propicia –en el sentido de no fiarse, recelar– como modo de prevención.

Basta, por ejemplo, pensar en la tendencia, reiteradamente observada en la práctica clínica, que tienen los hipocondriacos a consultar lecturas para saciar sus dudas y tranquilizarse, y cómo, sistemáticamente, terminan más inciertos e inseguros. En este caso, que se reduzca la probabilidad objetiva de daño no redundaría en que disminuya la subjetiva que, normalmente, se incrementa, entre otros factores porque desde una actitud de sospecha y en la línea de ponerse en lo peor, se generan nuevos indicios que adquieren valor inquietante, generándose una actitud aprensiva no como simple efecto colateral, sino precisamente como base de la acción preventiva. La incertidumbre guarda relación con cómo la probabilidad de que ocurra un acontecimiento influye en su evaluación.

La ansiedad intensa es capaz de interferir, por sí misma, en el funcionamiento cognitivo dificultando aún más el afrontamiento. Cuando no se puede decidir sobre una pauta de acción, puede producirse miedo, preocupación excesiva, pensamiento obsesivo y más ansiedad. Generar incertidumbre, inhibe y paraliza (Breznitz, 1971).

La tolerancia ante estímulos nocivos o aversivos parece depender también de la atribución de eficacia personal frente a la situación (Simon, 1988; Vallis y Bueher, 1986; Ruiz y Avia, 1987), siendo mayor (es decir, sintiéndose menos dolor) cuando la habilidad percibida es mayor.

Villamarin (1990) en una revisión de la mayoría de investigaciones generadas por la Teoría de la Auto-eficacia, de Bandura, en relación con los trastornos de ansiedad y depresión, pone de manifiesto que, efectivamente, a mayor auto-eficacia mayor conducta de afrontamiento y menor sensación subjetiva de miedo. La relación entre auto-eficacia y activación autonómica aparece poco clara: en algunos estudios se

ha encontrado una relación directa (a mayor auto-eficacia, menor reactividad fisiológica), mientras que en otros no se ha encontrado ningún tipo de relación.

Feltz (1982) encontró que la respuesta fisiológica de ansiedad no era una fuente significativa de información de auto-eficacia. Sugiere que una posible explicación de este hallazgo, contrario a lo previsto por la teoría de la auto-eficacia, sería que algunas personas no perciben con precisión su activación fisiológica, y considera que la percepción subjetiva que los individuos tienen de su activación fisiológica influye más en la auto-eficacia que el grado de activación real. Este supuesto se puso a prueba (Feltz y Mugno, 1983) y se encontró que la “activación fisiológica percibida” frente a la tarea (saltos de espalda en piscina desde trampolín) fue un predictor significativo de la auto-eficacia: A mayor activación fisiológica percibida menor auto-eficacia. Dicho de otro modo, a menor auto-eficacia, mayor activación psicológica percibida. Si la falta de auto-eficacia ante una situación favorece que el individuo dirija el afrontamiento al control emocional, es probable que perciba ésta como más alta al centrar su atención sobre ella, que la percibida por quien, con mejor auto-eficacia, centra su afrontamiento sobre el problema, fija en él su atención.

### ***Abuso de la sospecha: generación de indicios***

Sospechar es un acto humano, de tipo cognitivo, que consiste en imaginar una cosa por conjeturas basadas en apariencias o visos de verdad. Desconfiar, dudar, recelar, son otras acepciones del término.

La sospecha no siempre tiene un carácter anticipatorio: Podemos sospechar de la veracidad de hechos pasados tal y como se nos han contado, siempre y cuando no estén probados fehacientemente. Como acto anticipatorio, no necesariamente es defensivo, puede ser, simplemente, previsor. Por ejemplo, los dirigentes políticos de un partido pueden sospechar que los dirigentes de otro estarían dispuestos a coaligarse aunque aparentemente manifiesten lo contrario.

Como acto preventivo-defensivo sospechar consiste en identificar o construir indicios que puedan advertirnos con tiempo del inicio del

desarrollo de hechos o situaciones calculadas previamente como indeseables y por tanto temidos –objeto de prevención–. Tenemos como ejemplo para ilustrar esta definición la conducta preventiva de la persona celosa, por lo que al ejercicio de la sospecha se refiere. Parte del temor de que su pareja pueda entrar en complicidades amorosas y/o eróticas con otras personas, lo que podría significar un menosprecio personal, una vulneración de las reglas de la pareja, la eventualidad de perderla, el deterioro de la propia autoestima o autoimagen, etc.

La actitud de sospecha permite prestar una atención selectiva preferente a cualquier hecho que presuntamente pudiera estar encardinado en una cadena de acción relacionada con lo temido. Tales hechos tienen el carácter de indicios, es decir, indicadores. Así la persona celosa presta especial atención y atribuye significación en orden a lo temido, a hechos tales como que su pareja muestre simpatía por mengano o fulana, hable o le hablen, mire o le miren. La alerta será máxima si el o la *rival* son considerados guapos y atractivos. Aquí podríamos hablar de maximalización de indicios racionales. Yendo más allá y aunque no se sospeche de ninguna persona en concreto, salvo de la propia pareja claro está, que un día se ponga un vestido más elegante, o tarde un poco más en lavarse los dientes –lo haga más a fondo–, o llegue diez minutos tarde, ha de poner sobre-aviso, sobre la pista del presunto engaño, para tomar las consecuentes medidas disuasorias, preventivas o represoras.

En este último caso se está produciendo un proceso de generación de indicios: es decir, hechos en principio neutros o carentes de significación respecto de un fenómeno (la fidelidad en este caso), adquieren un valor discriminativo, se convierten en señal de alerta, predeterminan el campo atencional y asociativo, y prefiguran las anticipaciones, que a su vez pueden hacerse sobre la base del abuso en el cálculo de riesgos.

Llevada la situación al extremo se trata de considerar cualquier suceso relacionable con lo temido como sospechoso –y al actor culpable– mientras no se demuestre lo contrario, en el consiguiente interrogatorio y aportación de pruebas –sesgo falsacional–.

Idéntico mecanismo al descrito podemos encontrar en el hipocondríaco. No se trata aquí de que ciertos daños o molestias, advertidos sin una actitud previa de sospecha o recelo, lleven a conjeturar que quizá estamos enfermando y en consecuencia, bajo esa presunción, acudimos al médico. En lo que venimos definiendo como abuso de la sospecha se parte de una actitud de desconfianza y recelo, a la *caza y sorpresa* del síntoma que evidencie una posible enfermedad grave en curso.

Se presta atención preferente al organismo y sus cambios, se sobrevaloran algunas alteraciones, y otras manifestaciones, insignificantes, adquiere valor de indicios, sobre los que se establece un diagnóstico y un pronóstico, que, dado el uso de la sospecha en el contexto de un abuso de la prevención, serán probablemente catastróficos.

El sujeto se enfrenta entonces a una serie de interrogantes que suelen resultar insaciables porque no encuentra en las respuestas que se da absoluta garantía de normalidad como para dejar de preocuparse. Se someterá a autochequeos y pruebas sin que pueda dejar de considerarse reo de la enfermedad. El resultado es que no puede quitarse el tema de la cabeza –aunque por otro lado quiera–, primero porque la ansiedad adquiere cada vez más intensidad y es difícil ignorarla o convivir con ella, segundo porque la actitud de recelo y sospecha requiere atención preferente al campo referencial de la enfermedad, y la sobregeneración de indicios mina otros campos atencionales y constantemente hace saltar al primero, copando el campo asociativo: así pasa por ejemplo si en una conversación se cruza una palabra asociable con enfermedades, o si las tripas le hacen ruido, si pasa por delante de un hospital, o tiene que decidir qué comer. Cualquiera de estas cosas puede evocar la presunta enfermedad.

Hemos puesto, quizá, dos ejemplos donde el mecanismo cognitivo de abuso de la sospecha se manifiesta de manera clara y evidente, pero es frecuente encontrarlo, y fácil identificar, en el conjunto de los trastornos de ansiedad frente a temores de muy diversa índole.

## ***Atención auto-enfocada.***

El afrontamiento integra procesos atencionales –análisis de la información entrante– que como señalaran Morton (1969) y Neisser (1967) son facilitados por un análisis previo del contexto, y las expectativas que intervienen en la situación.

Las señales sensoriales, dice Norman (1969) al hilo de los dos autores citados, toman parte en la activación de las representaciones almacenadas en la memoria y la selección de material importante se deriva del impacto total de la señal física que se produce en ese momento, las expectativas y la pertinencia de las señales posibles.

Por tanto la atención es proceso general y un proceso selectivo específico, aunque parezca un planteamiento contradictorio. De hecho no puede darse un proceso selectivo, que implica elección, si previamente toda señal entrante no recibe un análisis de significado –proceso general–. A continuación el mecanismo de la atención selectiva asume sus funciones, siempre sin *desconectar* del proceso evaluativo general.

Dicho esto, de la misma manera que es muy difícil e improbable que un individuo pueda ejecutar dos o más tareas complejas a la vez sin que se interfieran –a no ser que alguna de ellas se haya automatizado–, atender simultáneamente de modo selectivo y efectivo dos o más campos también entraña gran dificultad y pérdida de eficiencia.

A los efectos del presente trabajo nos interesa retener tres cuestiones muy generales:

- ◆ La atención guarda relación con significación y evaluación de la acción y la expectación.
- ◆ La atención activa representaciones almacenadas en la memoria.
- ◆ La función selectiva de la atención plantea algunas incompatibilidades.

Para el caso de la ansiedad, la atención auto-enfocada es condición necesaria para la hipervigilancia de las sensaciones corporales relacionadas con la activación psico-biológica; y en otros casos para la vigilancia y seguimiento del propio desempeño

Wells (1991) en un estudio sobre la relación entre atención-autoenfocada, evaluación y ansiedad, tomando como sujetos a estudiantes o graduados, encontró que la auto-observación venía aparejada con el incremento de la ansiedad, niveles altos de preocupación y síntomas somáticos. Este tipo de experiencias son las que establecen el auto-enfoque. En un segundo estudio usó instrucciones cognitivas y somáticas de auto-atención e instrucciones de focos externos para verificar la hipótesis de que la atención sobre la propia activación somática estaba asociada con la ansiedad. Los resultados sugieren que las tendencias específicas de auto-enfoque están asociadas con la elicitación y exacerbación de la ansiedad.

En un estudio comparativo sobre la base de las historias clínicas de pacientes con alteraciones compatibles con trastornos por ansiedad, en nuestro centro de trabajo, hemos encontrado que la atención auto-enfocada es significativamente más frecuente en pacientes que habían experimentado crisis de angustia y en los pacientes con ansiedad generalizada que no relacionaron las molestias físicas con problema personal racional alguno. Por contra algunas personas que relacionaron originariamente su intensa respuesta emocional con circunstancias personales o conflictos psicológicos identificables considerados racionalmente importantes, no mostraron tan clara tendencia a auto-observarse. Es como si éstas últimas al encontrar una cierta explicación al estado emocional pudieran tolerarlo mejor y asustarse menos, mientras que los primeros sorprendidos por una severa reacción orgánica quizá durmiendo o en un momento de distensión, o bien en un contexto generalizado de tensión inespecífica, entienden que algo nuevo y grave orgánicamente hablando ha empezado a ocurrir en su organismo.

Algunos autores, Clark (1988) entre ellos, han postulado y tratado de demostrar experimentalmente que las crisis de angustia dependen de que el sujeto interprete las sensaciones corporales de una manera

particular, de modo catastrofista. Esta es la tesis central del modelo cognitivista del pánico (Beck y Emery, 1985; Barlow, 1988).

Según Clark, el mantenimiento del trastorno, cuando el individuo ya ha desarrollado una tendencia a interpretar catastróficamente las sensaciones corporales, viene dado por dos procesos adicionales: la atención-autoenfocada que lleva al individuo a ser más consciente de sus sensaciones y la evitación de situaciones o actividades que conllevan una intensificación de las sensaciones, lo permite que el paciente mantenga un estilo interpretativo negativo, al no permitirse a sí mismo verificar la racionalidad de sus miedos (Ballester, Botella, Gil y Ferrer, 1991).

Añadiríamos en este sentido que la disminución de la ansiedad cuando la persona, acompañada, se expone a la situación temida, tiene que ver, en algunos casos, con que reduce su actitud hipervigilante y preventiva al considerar que el acompañante o bien le ayudará a afrontar lo que solo se ve incapaz de hacer, o bien le atenderá, llegado el caso, lo que reduce la necesidad de prevención, mientras que en la exposición en solitario se teme la eventualidad de experimentar angustia y perder la capacidad de reacción, lo que lleva a ejercer una mayor prevención, auto-observación y auto-pronóstico. En muchas ocasiones lo que preocupa más al paciente, en principio, no son las manifestaciones de la ansiedad sino el lugar donde pudieran desencadenarse y qué posibilidades de escape tendría. Muchas fobias deben parte de su intensidad y capacidad angustiante, no solo a posibles procesos de condicionamiento clásico, sino también a los procesos preventivos del paciente ansioso que va pensando qué pasaría *si le diese el ataque* en todas y cada una de las situaciones y circunstancias posibles o necesarias. En aquellas donde pudiera verse sin salida la ansiedad que se produce es considerablemente mayor, lo que a su vez consolida el establecimiento de la fobia. Dicho de otra manera, la intensidad de la ansiedad y el miedo son proporcionales a las últimas consecuencias de las cosas, en cada circunstancia. La persona puede temer los efectos de una crisis en casa o estando acompañado, pero calcula que dichos efectos tendrán consecuencias limitadas puesto que puede acceder a ayudas que los minimicen; sin embargo, si dicha crisis aconteciese en circunstancias en las que no puede escapar o

acceder a ayudas, las consecuencias podrían ser mucho más graves, lo que a su vez propicia que la ansiedad ante esas situaciones y circunstancias sea mayor.

En ocasiones la atención auto-enfocada está ligada a la necesidad de los pacientes de comprobar y *consultar* su estado como paso y condicionante previo a la toma de decisiones y elección de oportunidades sobre la realización de actividades, proyección de planes, etc. En muchos casos, antes de hacer algo, planificar o comprometerse, se ha de contar con el *permiso de la ansiedad*, procedimiento éste que abunda en dar a la ansiedad un mayor poder si cabe.

En otro orden de cosas hay que señalar que la atención sobre los síntomas físicos de la ansiedad, normalmente dolorosos, incrementa el impacto del dolor y dificulta la habituación subjetiva (Arntz, Dreessen y Merckelbach, 1991).

Cabe plantearse la pregunta de hasta qué punto la atención auto-enfocada interfiere sobre la ejecución de tareas. Algunos estudios (Rich y Woolever, 1988), señalan que esta interferencia sería mayor en personas con elevada ansiedad y expectativas negativas de resultados.

En capítulos posteriores, tendremos ocasión de hablar sobre otras modalidades de atención autoenfocada referidas a la atención sobre el propio desempeño y los procesos operativos de la conducta y el pensamiento.

### ***6.1.2 Extralimitación en el cálculo de consecuencias de 2º orden y en la atribución de la significación social del síntoma.***

En apartados anteriores nos hemos referido al abuso de la prevención en relación con las contingencias negativas inmediatas, en orden a la amenaza propiamente dicha, o a la ansiedad como amenaza para la salud.

Pero los mecanismos anticipatorios en los trastornos por ansiedad no son únicamente relativos a la eventualidad de hechos o experiencias indeseables, circunscritas a las manifestaciones de la ansiedad como problema de salud o a las situaciones concomitantes que la sus-

citan –factores, ambos, que llamaríamos de primer orden o primera instancia–, sino que se extienden también a la previsión de posibles consecuencias indeseables en otros programas de acción distintos de los originaria y directamente afectados, y/o a la redefinición de la propia identidad o la socialmente otorgada –factores que llamaríamos de segundo orden o segunda instancia–.

Tomemos un caso para diferenciar cada uno de los órdenes o niveles aludidos:

*El señor A. P. J., comercial, se ve en la obligación profesional de participar regularmente, con otros comerciales y directivos del área, en reuniones de evaluación donde, como los demás, tiene que presentar y discutir estrategias y resultados.*

-1-

*A pesar de llevar años en la empresa, experimenta gran ansiedad al hablar en público (desde que un día se quedara bloqueado ante la pregunta de un jefe muy reputado y respetado) frente a la eventualidad de que su aportación no sea dada por suficientemente buena. Las manifestaciones somáticas son de tal intensidad que teme sufrir algún colapso o accidente físico interno, incluso perder el control y hacer o decir alguna inconveniencia cuando se ve expuesto a intervenir.*

-2-

*Trata de controlarse, sin mucho éxito, por lo que infiere que carece de capacidad de auto-control físico y mental, carencia que delataría ante sí y ante los demás, su “falta de inteligencia y personalidad”, lo que le lleva a considerarse, y creerse considerado, como una persona “insegura y en cierto modo inferior”. Estas características le desfavorecen notablemente a la hora de relacionarse con los demás, fuera ya de las reuniones de trabajo, incluso del ámbito laboral, sobre todo porque calcula que será tenido por “poca cosa”, y no se le apreciará como persona, por lo*

*menos no hasta el punto de querer tenerle entre los amigos o personas de confianza.*

*A. P. J., aficionado al deporte, tiene la ilusión y la posibilidad de dirigir un equipo de fútbol de categoría regional, pero desiste ante el temor de que, al no soportar la tensión, el nerviosismo le traicione ante sus pupilos y pierda así la autoridad y, a partir de ahí, la imagen de hombre capaz y responsable que tiene ante los directivos.*

Hemos dividido el texto en dos bloques que, básicamente, representan a cada uno de los dos procesos anticipatorios a los que nos hemos referido.

En el párrafo -1- (factores de primer orden) las anticipaciones refieren al cálculo de riesgos, tanto físicos como laborales, en el ámbito donde originariamente surge y se desarrolla el problema: las reuniones de trabajo.

En el párrafo -2- (factores de segundo orden), se contemplan las consecuencias de las consecuencias, lo que implica en otros ámbitos la existencia del problema o su afrontamiento insatisfactorio. Estos factores de segundo orden se pueden subdividir a su vez en dos subgrupos: a) los referidos a la significación personal y social de los síntomas de la ansiedad y conductas asociadas al problema; b) las repercusiones en otros planes de acción del individuo distintos y parcialmente independientes del inicialmente comprometido. No nos estamos refiriendo aquí al fenómeno de la generalización tal como se entiende en las teorías conductistas sobre aprendizaje.

La aparición de factores de segundo orden, requiere de la existencia previa, e irresuelta, de los de primer orden, mientras que estos no necesitan de la existencia de aquellos para producirse, aunque, comunmente, pueden verse repercutidos y magnificados por ellos.

Los síntomas y la conducta son susceptibles de atribución de significación por el propio sujeto o por el medio social. El sujeto puede, incluso, atribuir al medio social una determinada categorización de lo que le acontece. Y puede tener interés en calcularla para saber cómo

podría afectarle y considerar ese dato como decisivo respecto a su proceder.

Los síntomas, en fin, pueden hablar o hacer hablar bien o mal de nosotros mismos, dando lugar a su vez al cálculo de muy diversas consecuencias reales o quiméricas. Es el problema de la trascendencia, de lo que se comunica o extiende a otras cosas traspasando los propios límites. El resultado último y profundo de las cosas. Su último sentido, el sentido fundamental, radical.

Este proceso puede llevar a un paciente ansioso a preguntarse –poner en entredicho– su capacidad de control, su racionalidad, auto-eficacia, su normalidad; puede llevarle a redefinir su propia identidad, naturaleza y estatus, o a entender que los demás lo harán. No nos estamos refiriendo solo a la ansiedad social, donde estos mecanismos tienen especial relevancia, si no a otros muchos problemas de ansiedad y aun fuera de ella –pensemos, por ejemplo, en los elementos estigmatizantes sobre enfermos por VIH–.

Ninguno de estos pasos está exento de un fuerte componente desestabilizador, amenazante, y por tanto cualquiera de ellos intensifica la ansiedad y sus manifestaciones, la hace más amenazante en sí misma, hace más amenazante la situación que originariamente la producía al añadirse a ella la situación creada por la trascendencia, multiplicándose el número de cosas que están en juego, y, finalmente, saca la ansiedad de su encuadre originario extendiéndola por doquier porque, por ejemplo, ¿dónde puede meterse uno donde la duda sobre la normalidad no le alcance? y siendo ésta substantiva y esencial ¿dónde no se manifestará poniéndonos, no ya en cuestión, sino hasta en evidencia? Los actos, entonces, tendrán como mínimo un doble objetivo, el expreso y manifiesto, aprehensible a cualquier observador adiestrado –por ejemplo participar en la actividad en curso en una reunión de amigos– y otro encubierto –que *no se nos vea el plumero*, es decir, la ansiedad, por si acaso la inseguridad y la anormalidad ... y entonces la valoración personal ... y entonces... –. En rigor no tendríamos que hablar de una acción como dos objetivos, sino de dos acciones paralelas que exigen diferentes campos de atención, evaluación, etc., no siempre compatibles sobre un mismo terreno y reglas de juego.

Los factores de segundo orden consisten, pues, en la significación atribuida o atribuible a la ansiedad y a las implicaciones que dicha significación tiene o pudiera tener sobre los planes de acción y el propio estatus personal y social –Self, en el esquema ofrecido anteriormente–.

En el cálculo de consecuencias de segundo orden cabe también el abuso de la prevención sobre todo en lo que se refiere a la anticipación de la repercusión diferida en otros planes. La extralimitación relativa al cálculo de la significación social del síntoma y cómo repercute no es infrecuente o anecdótica en los trastornos por ansiedad –ni en otros–, todo lo contrario: en muchos pacientes es fundamental en el sostenimiento y perpetuación de la ansiedad y su afrontamiento tanto en la vertiente cognitiva como en la conductual, sea en combinación con los desencadenantes iniciales o en ausencia de ellos.

Las razones y mecanismos por los que este tipo de afrontamiento puede ser contraproducente resumen en:

- ◆ Sobre-activación fisiológica por anticipación de amenaza, riesgo o perjuicio.
- ◆ Disminución de auto-eficacia.
- ◆ Solapamiento de campos atencionales y asociativos.
- ◆ Generación de indicios y expectativas que se autocumplen.
- ◆ Generación de tareas incompatibles o irresolubles.
- ◆ Producción de incertidumbre, como recurso defensivo paralizante.
- ◆ Generalización de la amenaza.

### ***6.1.3. Caso práctico-ilustrativo.***

Paciente de 33 años, varón, casado. Funcionario. Ingeniero de profesión. Hace tres años nació su hijo, varón. Poco después quebró la empresa donde trabajaba. Se le produjo una úlcera de estómago. Se decidió a preparar oposiciones, estudiaba 14 horas diarias, durante

dos años. Los tres meses inmediatos al examen los pasó en Madrid, donde opositaba.

Finalizada la oposición, cuando se disponía a tomar el metro para volver a casa, experimentó, de pronto, dolor en el pecho, ahogo, palpitaciones ... Pensó en el infarto. Tomó un taxi y se dirigió al servicio de urgencia de un hospital, donde, tras explorarlo, le diagnosticaron un trastorno por estrés. El paciente se tranquilizó y se fue para casa. Hace de esto 10 meses.

*“Ya aquí, en Barcelona, dice, 4 ó 5 días después, empecé a pensarlo y ya empecé a estar mal. Cada vez lo pensaba más. Me entraron muchos miedos. Me dolía el pecho, el corazón, los brazos, pero ahora de manera más continuada. Me cuesta dos horas conciliar el sueño y me desvelo con mucha facilidad. Duermo 3-4 horas diarias. Tengo sensación de náuseas; rigidez muscular, y sobre todo mareo y aturdimiento. No me concentro y a duras penas puedo seguir el trabajo. Quería hacer un master, pero he tenido que dejar los estudios. Me ha entrado un miedo horroroso a la muerte, a perder el dominio del cuerpo y de la mente”.*

Desde hace nueve meses toma Tranquimazin (Alprazolam) tres veces al día (0,75 mg - 0,50 mg - 0,50 mg), bajo prescripción y control regular de un neuropsiquiatra.

En el transcurso de este periodo de tiempo se ha hecho tres chequeos generales y consultado puntualmente con diversos especialistas. Sólo se le ha apreciado un pequeño problema en el oído medio sin relación, al parecer, con lo que le pasa.

Ha dejado de fumar.

Ha desarrollado diversas fobias: transportes públicos, espacios cerrados y abiertos, conducción del propio coche, ... Situaciones que evita hasta donde le es posible. Con la finalidad de preservarse, dentro de lo que cabe, ha tomado diversas precauciones: Se toma el pulso en la muñeca o en el cuello varias veces al día para controlar la tasa cardíaca y anticiparse así a cualquier eventualidad que pudiera darse. Lee el suplemento de salud del periódico y consulta en una enciclopedia médica por internet para tratar de entender lo que le pasa y ponerse sobreaviso si algo coincidiera “con lo suyo”, de ahí que pase parte del

día escuchándose y evaluando las molestias que se nota y su evolución. Estas observaciones le sirven también para decidir si hará o no alguna cosa prevista: si al disponerse a hacerlas nota la aparición o intensificación de alguna molestia, lo toma como un avance de cómo se va a encontrar y en consecuencia decide y previene, siempre poniéndose en el peor de los casos. Si, por ejemplo, ha de desplazarse con el coche, y finalmente se decide a hacerlo, lo hace por circuitos próximos a hospitales o clínicas, teniendo presente en cada momento las direcciones a tomar, por si se produjera algún infarto o accidente interno. En este mismo sentido prefiere circular por la derecha, pegado a la acera, por si tuviera que parar. Evita autopistas, por no tener la posibilidad de salida inmediata y, las retenciones, que pudieran bloquearle.

Tiene muchas veces la sensación de que algo está a punto de pasar, y una cierta sensación de extrañeza respecto de sí y lo que le rodea. Por si acaso el *accidente* fuera mental y perdiera el control, trata de imaginar cuáles serían las peores consecuencias para cada momento; así no se atreve a tender la ropa por si le diera por tirarse al vacío, y si está solo evita peinar o acercarse a su hijo por si, en el supuesto ataque de locura o pérdida de control, lo coge por el cuello y lo ahoga. Ahora resulta que muchas veces le viene esa imagen-idea a la cabeza y ya duda de si no será que en el fondo quiere hacerlo, experimentando gran desasosiego; por otro lado no se atreve a decir nada de esto a su mujer por si se asusta.

Como duerme muy mal, hace tres meses que va al gimnasio diariamente, por espacio de dos horas y media, donde se ejercita hasta la extenuación con la intención de llegar muy fatigado y caer rendido.

Trata de combatir la sensación de ahogo *marcando* la inspiración y la expiración.

En casa, sobre todo los fines de semana, trata de estar tumbado en el sofá y adormilarse porque ha observado que si lo consigue, aunque no duerma, no piensa y está más relajado. Los ruidos le molestan muchísimo.

Prácticamente ha renunciado a salidas con la familia y amigos. Por lo mal que lo pasa y porque *se pone en evidencia*, dado que se encuen-

tra raro y no consigue meterse en la conversación. Se nota muy nervioso e inseguro, entiende que sus amigos verán que *no es el que era*; incluso en el trabajo le ha parecido que hablan de él, tal vez, piensa, porque le ven más raro y serio. Incluso ha advertido que el jefe le da trabajos más sencillos *“porque me ha perdido la confianza”*. Todo ello, a pesar de que él trata de actuar como si no pasase nada y con el mismo nivel de exigencia social y profesional de *“cuando estaba normal”*, sin embargo algunas cosas no puede disimularlas demasiado y se siente delatado. Duda, y repiensa las cosas mil veces antes de tomar la decisión, que siempre se produce a última hora, *in extremis*.

Ha pensado en pedir la excedencia para no tener que soportar la tensión y preservar su imagen, pero económicamente no puede permitírselo. A lo sumo ha fallado algún día o tomado una baja de tres o cuatro.

En conjunto, se siente poco autónomo, dependiente, inseguro, desbordado, a merced de las circunstancias.

### ***Analisis del caso practico***

El afrontamiento en los trastornos de ansiedad suele estar centrado en el control o regulación de variables de situación, de programa, físicas o relacionadas de los propios mecanismos de control.

El afrontamiento contraproducente en los trastornos de ansiedad no es otra cosa que estrategias fallidas de control, que tienen el efecto perverso de introducir más desorganización en el sistema de relaciones sobre el que se pretende incidir. Son componendas, intentos de arreglo que se convierten en fuente de desarreglos.

Al hablar de control anticipatorio, como modo de AC, nos hemos referido al abuso de la prevención y a la extralimitación en el cálculo de consecuencias de segundo orden o en la atribución de significación del síntoma. Veamos cómo están representados en el caso expuesto.

El paciente centra la prevención básicamente en la previsión de riesgos relativos a la pérdida de salud física o mental, puesta en cuestión por la aparición de diferentes síntomas. Esto no es infre-

cuenta en pacientes que han experimentado por primera vez la ansiedad en forma de crisis de ansiedad.

Habiendo sentido la salud severamente amenazada –en las crisis de ansiedad puede tenerse la sensación de muerte inminente– la suposición de que pueda suceder algo grave adquiere una verosimilitud que normalmente no tiene. Toda prevención entonces parece poca.

Los especialistas médicos no encuentran nada alarmante, pero el paciente sigue encontrándose mal. Se le genera una disonancia cognoscitiva: o tiene algo que no le ven o detectan, y por eso se encuentra mal, o no tiene nada y, entonces, no tendría que encontrarse mal. Ante la duda, piensa, mejor no confiarse : de no confiarse, de recelar, y que al final no pase nada, no se deriva nada. De confiarse y que pase algo puede derivarse la muerte o la locura. Ante la duda el camino de la prevención está claro. Es más, si se siente la necesidad de prevenirse ¡lo primero dudar, sospechar!

Vamos analizar el caso siguiendo el esquema representado en la Figura 5

La **estrategia** defensiva y de preservación se basa en tener una posibilidad de reacción, adelantarse a la posible crisis, y evitar la fatalidad solicitando ayuda o atención. Esta estrategia pasa por diversas **operaciones**:

1. Detectar, por indicios, la posible causa de la enfermedad para poder acudir al especialista antes de que sea demasiado tarde.

#### **¿Procedimientos?**

- a) consultar en textos médicos aspectos relativos a diversas enfermedades, sobre todo las más graves y carentes de tratamientos efectivos, para ver si la coincidencia de algún síntoma con los que se padecen, nos pone sobre la pista correcta, o al menos, consultar para descartarlo.
- b) atender a los comentarios que sobre enfermedades pueden surgir en el entorno más propios.
- c) otros.

2. Evaluar con frecuencia y regularidad la evolución de los síntomas y manifestaciones corporales, prestando especial atención a los cambios, porque pudieran alertar sobre el inicio y desencadenamiento de la crisis y así reaccionar a tiempo. El auto-estudio o auto-observación permitiría también confirmar o no hipótesis surgidas de la operación nº 1, por un lado, y establecer un pronóstico de cómo se va a sentir uno en una situación, a partir de lo que pasa solo imaginándola. Estas operaciones pretenden simultanearse con otras acciones y programas en curso.

3. Considerar para cada actividad, lugar y situación las condiciones de evacuación, salida y asistencia por si la crisis apareciese, de forma que no se produzcan bloqueos o impedimentos. (Procedimientos: evitar ascensores con puertas automáticas que pudieran bloquearse, evitar alejarse por el campo, elegir rutas con hospital próximo, evitar retenciones, circular por carriles de salida fácil, ir acompañado si la persona es de confianza, etc.) Por ello es necesario representarse cada eventualidad concreta en cada momento.

Estas operaciones, son articulables entre sí, y en ocasiones una funciona como condición de aplicación de la otra. En ellas están claramente representados los mecanismos integrantes del abuso de la prevención citados en el capítulo anterior: exceso en el cálculo de riesgos, abuso de la sospecha, generación de indicios y atención auto-enfocada.

Los temores sobre la pérdida o deterioro de la salud mental, están soportados sobre la interferencia de algunas facultades como la atención y la concentración, la sensación de extrañeza, el sentimiento de pérdida de control sobre el medio interno o externo, el sentimiento de absurdo derivado de ideas que pueden contener elementos reconocidos como irracionales.

Estas manifestaciones no son consideradas por el paciente como simples efectos de la ansiedad, sino, que desde el estado de alerta y prevención, adquieren para él un valor indicativo de posibles riesgos en curso o consumándose.

También en este caso la anticipación puede responder a los mecanismos propios del abuso de la prevención y dar lugar a **operaciones** similares a las descritas para la salud física:

4. Evaluar con frecuencia y regularidad la racionalidad de lo que se hace o piensa para ver si es o no *normal*; estar atentos a fallos de memoria, atención o asociación de ideas para advertir el posible deterioro; hipersensibilidad a comentarios donde se habla de *locuras* o conductas incomprensibles –suicidio, demencias, enfermos mentales, delincuencia por trastornos psicológicos– que puedan servir de base para la generación de incertidumbre, o identificación del propio trastorno. Algunos pacientes se someten a sí mismos a *ejercicios y pruebas* para comprobar su correcto funcionamiento mental.

5. Considerar para cada actividad, lugar y situación las consecuencias más graves e irreparables, que pudieran producirse si en ese preciso instante se *perdiera la cabeza* o el auto-control –ahogar al hijo al peinarlo, tirarse por el balcón al tender la ropa– y así poder evitarlos de antemano sin exponerse al riesgo. Estos mecanismos son muy comunes, por ejemplo, en las llamadas fobias de impulsión.

La lógica (o psico-lógica) de la prevención no tiene por que ser necesariamente consciente. Podemos anticipar, y de hecho así lo hacemos, sin tener una conciencia reflexiva de que lo estamos haciendo y con qué reglas. Hemos adquirido los modos de anticipación por *aprendizaje incidental* (Bruner, 1966), es decir ni formalizado ni consciente, y podemos hacer uso de ella del mismo modo. En todo caso, la conciencia del resultado de los procesos de anticipación, es básica para la acción preventiva y su desarrollo.

Retomando el caso clínico nos encontramos:

## Como **consecuencia de la operacion 1**

### Procesos colaterales

- ♦ So pretexto de reducir la incertidumbre se genera y alimenta.
- ♦ Se produce una hiperexposición imaginaria, acompañada de interpretación catastrófica.
- ♦ Auto-referencialidad.
- ♦ Alertización por abuso de la sospecha y generación de indicios –producción de la amenaza–.
- ♦ Pre-determinación de campos atencionales y asociativos –evocación–.
- ♦ Elicitación operación 2.

### Resultados

- ♦ Sobreactivación biológica.
- ♦ Dificultad seguimiento atencional de otros planes de acción –que se degradan–.

## Como **consecuencia de la operacion 2**

### Proceso colateral

- ♦ Atención-autoenfocada.
- ♦ Generación de indicios y expectativas que se autocumplen.
- ♦ Interferencia entre campos atencionales.
- ♦ Elicitación operaciones 3 y 1.

### Resultados

- ♦ Sobre-activación biológica.
- ♦ Facilitación perceptiva del dolor
- ♦ Dificultades en el seguimiento y control atencional de otros planes de acción.

## Como **consecuencia de la operacion 3**

### Proceso colateral

- ♦ Hiperexposición Imaginaria.
- ♦ Evitación.

- ◆ Atención auto-enfocada.
- ◆ Elicitación de los procesos 1 y 2.

### Resultados

- ◆ Sobreactivación biológica.
- ◆ Degradación o abandono de planes.
- ◆ Fobias.
- ◆ Evitación.

## Como **consecuencia de la operación 4**

### Proceso colateral

- ◆ Atención autoenfocada.
- ◆ Generación de campos asociativos capaces de evocar, de modo directo o inverso, el problema o los temores.
- ◆ Generación de incertidumbre.
- ◆ Generación de procesos de inhibición recíproca.
- ◆ Generación de expectativas negativas que se autocumplen.

### Resultados

- ◆ Sobreactivación biológica.
- ◆ Inhibición.
- ◆ Desorden mental.
- ◆ Confusión.
- ◆ Ideas obsesionantes.

## Como **consecuencia de la operación 5**

### Proceso colateral

- ◆ Hiperexposición imaginaria.
- ◆ Generación de incertidumbre.

### Resultados

- ◆ Sobreactivación biológica.
- ◆ Fobias.
- ◆ Degradación o abandono de planes.
- ◆ Evitación.

Por lo que se refiere al capítulo de la extralimitación en el cálculo de consecuencias de 2º orden o en la atribución de significación, social o personal del síntoma, el paciente en cuestión centra sus temores en la pérdida de competencia profesional, la despersonalización, y la degradación de las relaciones amistosas consecuencia de la presunta pérdida de imagen y normalidad.

Si los trastornos que interfieren el rendimiento intelectual, la conducta social, familiar o profesional, son de corta duración no suelen crear dudas sobre la propia identidad o las consecuencias a largo plazo.

Por ejemplo, si tenemos una gripe, no ponemos en cuestión nuestra laboriosidad por desatender durante una semana algunas tareas; ni confundimos las pocas ganas de salir con gente con la pérdida de la sociabilidad y el buen humor; ni las dificultades de atención o concentración se relacionan con un proceso de deterioro mental; la desgana para hacer cosas que normalmente nos gustan no se equipara a la pérdida de sentido y motivación por las cosas o la vida. No nos sentimos otro distinto del que éramos. Tampoco nos parece verosímil que en el trabajo nos retiren la confianza.

La gripe es una enfermedad socialmente bien entendida y aceptada, y dura poco. No así la ansiedad que suele ser poco entendida, mal aceptada y puede durar más tiempo. Después de varios meses padeciéndola los pacientes pueden tener problemas para distinguir lo que son de lo que padecen. No saben si les está cambiando la personalidad y la forma de ser; se sienten distintos, actúan distinto y eso a lo largo del tiempo. Les aparecen dudas sobre si volverán a ser los mismos, si recuperaran la normalidad. La eventualidad de que no fuera así amenaza el estatus, la consideración personal, familiar, amistosa o laboral, intensificándose notablemente la ansiedad. Para remate, tomando como base algunos prejuicios sociales extensivos a diversas alteraciones psicológicas, pueden entender que si se ha sido víctima de la ansiedad eso indica alguna debilidad, dependencia, *handicap*, inferioridad o minusvalía, concepciones que lesionan la auto-estima y la auto-eficacia obligando también a una cierta redefinición de la propia identidad.

En este contexto puede aparecer, una cierta auto-referencialidad –fruto del abuso de la sospecha como proceso defensivo y alertante–

que lleva a entender algunos hechos sociales como expresión del perjuicio temido y anticipado; proceso que, a su vez, lleva a tomar medidas que pueden conducir a fenómenos de expectativas auto-cumplidas o auto-generadas, que cargarían de razón por retro-alimentación las sospechas y conjeturas de partida.

No son infrecuentes ante esta perspectiva **operaciones**:

- 1- Evaluaciones auto-referidas sobre la personalidad, inseguridad, y las comparaciones con otros.
- 2- La evitación de encuentros sociales para *no ponerse en evidencia*.
- 3- Las contra-reacciones –por ejemplo mostrarse muy seguro y capaz para corregir o anticiparse a las dudas que en este sentido pudieran darse–.
- 4- El autosometimiento a un control previo, consciente y minucioso, de lo que se va a decir o hacer antes de autorizarse a emitir la conducta.
- 5- Pretensión de control de delatores públicos de la ansiedad tales como el sonrojo, sudor, etc.

Como **consecuencia de las operaciones 1- 5**

#### Proceso colateral

- ◆ Hiperexposición imaginaria. Interpretación catastrófica.
- ◆ Auto-referencialidad.
- ◆ Generación de expectativas que se autocumplen.
- ◆ Duplicidad-incompatibilidad de tareas en el tiempo.

#### Resultados

- ◆ Inhibición. Desmotivación.
- ◆ Inseguridad. Confusión.
- ◆ Despersonalización.
- ◆ Sobre-activación biológica.
- ◆ Dificultades de concentración.
- ◆ Abandono de planes de acción significativos.
- ◆ Evitación.

Los recursos terapéuticos para el abordaje del afrontamiento contraproducente no son especiales, ni técnica o teóricamente distintos de los utilizados para modificación de la acción –conducta, pensamiento, emoción– o su desarrollo, y la resolución de problemas. En cuanto a su diseño no forman parte separada o previa del tratamiento, sino que son constitutivas del mismo dentro de la estrategia general previamente concebida y secuenciada. No obstante, en el capítulo 7 de este libro, hemos destacado algunos procedimientos singularmente útiles en el abordaje del afrontamiento contraproducente.

## **6.2 Afrontamiento contraproducente en actos de ejecución**

Como ya hemos repetido, los actos se desarrollan temporalmente: primero se anticipa lo que se quiere hacer, luego se intenta realizar lo anticipado usando los conocimientos y recursos disponibles y, finalmente, se termina con éxito o fracaso.

Ejecutar es obrar, hacer algo por un determinado procedimiento siguiendo una norma o pauta de realización. Ejecutar es hacer factible una posibilidad; a diferencia de la anticipación donde la acción es reversible y se mantiene la equiprobabilidad de distintas opciones metodológicas, la ejecución implica concretar, llevar a la práctica alguna de ellas (Catalán, 1987)

La ejecución, pues, requiere de un agente o actor, está sujeta a una norma de realización que la ordena y a un criterio de eficacia respecto a un fin. Normalmente se trata de procesos inconscientes o *no controlados*. La atención de un actor está dirigida casi exclusivamente hacia metas o fines una vez que el actor tiene cierto grado de habilidad (Harre, Clarke y De Carlo, 1985). Durante la ejecución las concepciones de medios se *descuelgan* de la representación consciente. No obstante, cuando el sistema para producir la acción no funciona a la perfección, una parte de él se representa conscientemente, para reparar los fallos o insuficiencias. Cuando dudamos, algunas veces somos conscientes de cómo intentamos obrar, lo que nos permite reconocer los modos de control o normas de ejecución y, si ésta falla, tratar de cambiarlos.

En las páginas siguientes vamos a ocuparnos de algunos procedimientos ejecutivos utilizados por los pacientes en la gestión y control de su ansiedad, que generan *per se* un efecto perverso respecto de los fines perseguidos, a pesar de lo cuál no se corrigen y siguen emitiéndose como conducta operativa, porque pasan desapercibidos o porque se les atribuye alguna funcionalidad. En otros casos la ejecución puede ser contraproducente por el modo de control que se ejerce sobre ella. Vamos a hablar de la hiperventilación, de la pretensión de control consciente sobre repertorios automáticos o automatizados y de la evitación.

### **6.2.1 Hiperventilación**

Clark (1988), puso de manifiesto, hace ya años, el papel de la hiperventilación en la inducción y mantenimiento de los trastornos de pánico, junto con la auto-atención e hipervigilancia sobre las sensaciones producidas por la ansiedad y consideradas como evidencia de una enfermedad mental o física grave; si bien señala que es la interpretación catastrófica de tales sensaciones, producidas o no por hiperventilación, la que provoca el pánico. Sus conclusiones están basadas, parcialmente, en el estudio de crisis de ansiedad inducidas experimentalmente.

Avia (1986) y Ley (1985), han destacado también los efectos contraproducentes de la hiperventilación como modo de control respiratorio en fobias y ansiedad persistente.

Ballester y Botella (1991), señalan que la similitud entre las sensaciones observadas al realizar la tarea de hiperventilación y las de una crisis de angustia, dan una idea al terapeuta (y al paciente) de en qué grado la hiperventilación constituye un elemento fundamental en los ataques de pánico y en qué grado buena parte del tratamiento debe enfocarse hacia la hiperventilación.

La sensación de ahogo y falta de aire llevan al paciente a hiperventilar y la hiperventilación, paradójicamente, agudiza el miedo a la asfisia e intensifica el resto de los síntomas asociados a la ansiedad, que son interpretados del modo más alarmista, sobre la base, ya descrita,

del abuso de la prevención, lo que incrementa la ansiedad y su mantenimiento.

La hiperventilación, entre otros efectos, altera las proporciones adecuadas de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre. Básicamente se produce sobre-oxigenación, por un lado, y caída de los niveles básicos de dióxido de carbono, por otro. Cuando el organismo detecta esta descompensación, que altera el equilibrio ácido/base de la sangre, trata de corregirlo respirando a un ritmo más bajo, lo que origina, o aumenta, la sensación de dificultad respiratoria. Aparecen además una serie de efectos fisiológicos muy desagradables, aunque reversibles y sin mayores consecuencias, tales como mareo, hormigueo, visión borrosa, escalofríos, manifestaciones todas ellas que acaban empeorando el estado general del paciente y generándole más alarma si cabe.

La hiperventilación se corrige informando al paciente sobre su naturaleza y efectos, y enseñándole alguna forma de respiración más lenta, no excesivamente profunda, mediante entrenamiento en técnicas diseñadas a tal efecto, particularmente la respiración abdominal controlada.

No obstante, la hiperventilación puede ser utilizada terapéuticamente, como parte de las técnicas de exposición interoceptiva, sometiendo a los pacientes, de forma dirigida y controlada, a la prueba de la hiperventilación como forma de exposición deliberada a manifestaciones corporales temidas para facilitar la extinción del miedo, y para cambiar las interpretaciones catastróficas asociadas por otras más correctas.

### **6.2.2 Pretensión de control consciente sobre repertorios automáticos o automatizados**

Es probable que la ansiedad altere la ejecución de repertorios de conducta, incluso algunos que normalmente *salen solos* sin que medie la conciencia en su producción, ya sea por tratarse de respuestas autónomas, o bien automatizadas tras un proceso de aprendizaje y entrenamiento.

La ansiedad puede comprometer o dificultar la escritura sea manual o dactilográfica, la articulación y fluidez del habla, la atención y concentración, la respuesta sexual, la conciliación del sueño, y prácticamente cualquier acción.

La persona, entonces, pierde parte de su eficacia habitual y aumenta la desconfianza en sus recursos y posibilidades. Alertados por el incremento de errores, algunos pacientes deciden, entonces, someter a control directo y voluntario acciones o secuencias de acción que normalmente venían produciéndose automáticamente, sin esfuerzo consciente de realización, en el marco de programas de acción más generales. Así, es posible que la persona afectada trate de regular voluntariamente la respuesta de erección, regular el movimiento de los dedos al escribir sobre un teclado ordenando cada movimiento al dictado de un plan teórico de actuación –como cuando aprendía a escribir–, y comprobando la impresión correcta de cada carácter o palabra; forzar la concentración, de modo que en realidad se está concentrando sobre el propio fenómeno de la concentración, en detrimento de lo que teóricamente quiere atenderse; forzar o vigilar la aparición del sueño, actividad que en la práctica impide conciliarlo; operar sobre el idioma habitual prefigurando mentalmente cada fonema, palabra o frase y la consiguiente disposición del aparato fonador –de modo parecido a como se hace cuando se inicia el aprendizaje de idioma extranjero–, tratando de evitar así errores de articulación o fluidez.

Estos procedimientos convierten la tarea en irresoluble, es decir, abocada al fracaso, con la consiguiente obstaculización del plan general donde se encuentra articulada. Como quiera que los fallos se incrementan con este proceder y que, para tratar de resolverlos, suele aplicarse más solución de la misma, se incurre en una circularidad que se auto-alimenta indefinidamente.

Se pueden disponer voluntariamente, eso sí, algunas condiciones que posibiliten la ocurrencia de eventos como los referidos anteriormente, pero no provocarlos directamente. Así, por ejemplo, para facilitar la conciliación del sueño se puede procurar el aislamiento de estímulos auditivos o luminosos, regular la temperatura de la habitación, adoptar una posición cómoda de reposo, pero no imponer el sueño.

El problema del control consciente sobre repertorios automatizados es un caso particular de otro más general consistente en tratar de tener presente en cada momento y en cada paso de la secuencia de acción el por qué de lo que se hace, cómo se está haciendo y cómo está resultando, cuestiones que, aunque fundamentan la acción, han de ser provisionalmente relegadas al olvido para poder ejecutarse correctamente. Aquí los efectos contraproducentes no se producen necesariamente por ser, aisladamente, actos contraproducentes, sino por las múltiples incompatibilidades que generan tanto desde el punto de vista de la lógica de desarrollo de la acción como de los planes sobre los que se opera.

Los errores, las dudas sobre la pérdida de la normalidad y la razón, la sensación de extrañeza, conducen al paciente a establecer este hipercontrol que le lleva a comportarse constantemente como instructor, guardián y juez de sí mismo, simultáneamente, en actos habituales.

### **6.2.3 Evitación**

La evitación de la situación que provoca ansiedad es una de las respuestas más comunes para intentar regularla. Es más fácil de ejercer frente a estímulos exteriores o ambientales que ante estímulos internos o de valoración social.

El estudio experimental de la evitación ha ocupado un lugar central en la investigación de la ansiedad desde los paradigmas operante y respondiente. Se entiende, básicamente, como un modo de controlar las condiciones aversivas del medio.

Por lo que se refiere al sostenimiento de la ansiedad, la evitación opera impidiendo que se establezcan la habituación y la extinción –al no comprobarse la inocuidad del estímulo tenido por aversivo–. En estos casos, y en este sentido, la evitación puede considerarse en sí misma una estrategia de afrontamiento contraproducente, ya que, si bien ocasionalmente impide un incremento puntual de la ansiedad, lo que hace en realidad es contribuir a su sostenimiento y perpetuación.

No obstante hay un tercer factor, en absoluto despreciable, que contribuye a que la evitación pueda provocar efectos contraproducen-

tes: la evitación de las situaciones que generan ansiedad implica la renuncia a planes e intereses, o la pérdida de condiciones, que pueden ser importantes para el sujeto, lo que a su vez es fuente de ansiedad. Nos encontramos aquí ante un caso de afrontamiento contraproducente debido a incompatibilidades normativas del campo II –Salud– (ver figuras 4 y 6) con los campos I –Tareas o programas de acción en curso– ó el campo III –Self–.

Marks( 1981,1987), por citar uno de los autores más significados en este ámbito, ha realizado magníficos y extensos trabajos y revisiones sobre el tema de la exposición como procedimiento terapéutico en los trastornos por ansiedad, hasta el punto de haberlos convertido en los tratamientos más extendidos en el campo de las terapias conductuales.

### ***6.3 Afrontamiento contraproducente relacionado con actos de cierre de la acción***

Nos referimos aquí a la valoración de la acción en términos de resultado: éxito o fracaso. Es el tercer aspecto del desarrollo lógico de la acción: anticipación, ejecución, y cierre o terminación de la acción.

Hablamos pues de la evaluación del logro, tanto el relacionado con alcanzar los deseos en curso, como con el mantenimiento y conformidad de los ya alcanzados cuyo disfrute sigue teniendo sentido.

La valoración de resultados requiere, por un lado, de criterios de suficiencia, satisfacción y sociabilidad que den la acción por buena o mala; y por otro, de criterios personales de ajuste relativos al mantenimiento de los logros ya dados, cerrados y condicionales para otros. Estos dos criterios constituirían la base de lo que Miller, Galanter y Priban (1960) llaman *Orden de Parada*. Las operaciones de cierre de las acciones logros se refieren, pues, al fin de la acción o secuencia de acción, como operación activa de concluir. Mediante esta operación la acción puede quedar terminada, aplazada, o abandonada si no se alcanzan progresos o resultados satisfactorios, o bien éstos entran en conflicto con otros intereses.

### 6.3.1 Negación

La negación consiste en la invalidación de una parte de información desagradable o no deseada y en vivir la propia vida como si aquella no existiera. Es un mecanismo de defensa que los psicoanalistas relacionan fundamentalmente con la depresión, pero es apreciable en otras patologías, la ansiedad entre ellas, y aún en la vida cotidiana. La persistente negativa a verse influido por las evidencias de la realidad también es un indicativo de que el mecanismo de la negación está funcionando. La negación en el contexto de la enfermedad no se considera efectiva, ya que el individuo deja de desarrollar un afrontamiento apropiado –por ejemplo, buscar atención necesaria–.

Janis (1958) en un trabajo sobre los *procesos de preocupación* centra su investigación en el hecho de que las personas que usan la negación (también la evitación) como forma de afrontamiento experimentan un mayor alivio emocional en la primera situación amenazante, pero pagan por ello, manifestando una vulnerabilidad continuada en las siguientes. Por otro lado la gente que se enfrenta a la amenaza de forma vigilante, resulta más trastornada al principio, pero en las ocasiones siguientes experimenta menor trastorno, puesto que se halla mejor preparada para dominar las demandas de la situación. En los estudios de Janis, los pacientes que mostraban poca o nula aprensión antes de la intervención quirúrgica, presentaron mayores trastornos post-operatorios que los pacientes que habían mostrado el normal grado de vigilancia y ansiedad antes de ser intervenidos.

Breznitz (1983), que ha realizado un extenso estudio sobre la negación y los procesos de afrontamiento que la integran, señala que el uso de cualquier forma de negación implica falta de esperanza en poder cambiar la situación objetiva. En este sentido la teoría de la indefensión aprendida (Seligman 1975) ha servido para poner en evidencia los múltiples efectos del fracaso adaptativo.

Watzlawick, Weakland y fishch (1976), que han estudiado la negación sobre todo en el ámbito de la terapia familiar, se refieren a ella en los siguientes terminos: “ *Un modo de abordar erróneamente un problema reside en comportarse como si tal problema no existiera, es*

*decir aplicar como solución la negación del problema. De ello se derivan dos consecuencias: a) el reconocimiento del problema es considerado como manifestación de locura o maldad y b) el problema que exige cambio se complica crecientemente por los problemas creados por el erróneo modo de abordarlo” (página 68, en Cambio).*

Marks (1987) por su parte señala que la negación puede ser un obstáculo para que la exposición funcione: tenemos multitud de puertas (la negación entre ellas) que impiden que las experiencias desagradables se hagan conscientes. Tales puertas nos protegen de una posible sobrecarga y nos permiten seguir funcionando manteniendo la activación en unos niveles que energizan más bien que paralizan. Para que la exposición funcione, la mayoría de dichas puertas deben abrirse, de modo que la experiencia de miedo sobrepase todas nuestras defensas haciéndose así posible la conciencia de la emoción, el procesamiento de esta y a partir de cierto punto su habituación. Los resultados experimentales dan soporte a la idea de que la implicación en la exposición es mejor que la disociación durante la misma.

En suma, la negación, como tantas otras estrategias de afrontamiento, no puede calificarse como buena o mala de manera inherente. Debe tenerse en cuenta el contexto y sobre todo desarrollar principios que especifiquen las condiciones bajo las cuales los procesos de negación pueden tener consecuencias favorables o desfavorables. Lazarus y Folkman (1984) ofrecen las siguientes consideraciones:

1- Cuando no hay nada constructivo que pueda hacerse para vencer el daño o la amenaza; es decir, cuando no existe una acción directa importante, los procesos de negación contienen el potencial necesario para aliviar el grado de trastorno producido por la situación, sin alterar el funcionamiento del individuo o producir daño adicional.

2- La negación puede ser adaptativa con respecto a determinados aspectos de la situación, pero no en su totalidad. Los pacientes que sufren diabetes pueden negar la gravedad de la situación siempre y cuando continúen atentos a su dieta, a su nivel de actividad y a la dosis de insulina.

3- En situaciones sujetas a cambio –es decir, que pasen de incontrolables a controlables–, la estrategia óptima puede ser aquella que reduzca la activación sin impedir por completo el procesamiento de la información externa referida a la amenaza (SMiller; 1980). Sin embargo, en las situaciones crónicamente incontrolables (e incambiables), la estrategia a elegir puede ser aquella que reduzca de forma efectiva tanto el *nivel de arousal* como el procesamiento concomitante de la información captada del entorno.

4- La cronología de la negación como proceso de afrontamiento puede ser una cuestión de importancia. La negación puede resultar menos perjudicial y más afectiva en las primeras fases de una crisis, por ejemplo, en una enfermedad súbita, en una incapacitación o en la pérdida de un ser querido; es decir, cuando la situación ya no puede afrontarse en su totalidad, más que en fases posteriores.

En cierto modo la negación y el perfeccionismo funcionan de modo inverso: el primero da por normalizados y cerrados programas o acciones en realidad frustrados, el segundo da por frustradas acciones en realidad normalizadas o cerradas.

### **6.3.2 El perfeccionismo**

Finalizar es una operación activa de concluir, sintetizar, resumir. El fin acaba la producción, perfila la acción como producto (Catalán, 1987). De hecho a hecho hay un puente: decidir a partir de sus consecuencias qué propósito subsiguiente conviene. El inicio de una acción viene tras la conclusión de otra. Esta relación es evidente cuando las acciones se implican necesariamente, esto es, cuando son operaciones articuladas al servicio de una finalidad común.

Las acciones tienen un objetivo que se va realizando paso a paso. Los medios para alcanzar el fin se pueden entender cada uno como fines provisionales. Las operaciones lógicas de síntesis no responden sino a la coherencia del sentido de la acción, que necesita ser limitado por un principio y un fin en función de los cuales ordenarse (Catalán, 1987).

El éxito forma parte del concluir de un hecho. Un éxito comporta saber que el deseo que teníamos se ha realizado. Hay una buena razón para dejar el deseo de hacer algo: ya está hecho. El fracaso conduce a reintentar la ejecución –revisando o no sus reglas de realización–, o bien a abandonar el proyecto.

Algunas personas en razón de su personalidad obsesiva, otras frente a la pérdida de auto-eficacia, terceras por procesos de sensibilización ante determinadas situaciones, o frente a la degradación intelectual, social o laboral, asociadas a alteraciones psicológicas, tienden a combatir la sensación de inseguridad extremando los requisitos para dar una acción o secuencia de acción por buena y/o acabada.

Así, puede repetirse varias veces el ordenamiento alfabético de un fichero, antes de archivarlo; volver a casa a comprobar que efectivamente se cerró la puerta o el gas, repasar mentalmente el contenido verbal de una conversación, calcular las posibilidades de malentendido que haya podido generar nuestra intervención y volver a la conversación, fuera ya de lugar y tiempo, para dar explicaciones, que nadie ha pedido, sobre el asunto en cuestión, etc.

El perfeccionismo lleva a las personas a establecer planes minuciosamente, y no se deciden a ejecutarlos hasta que han trazado con todo detalle las tácticas más pequeñas. La minuciosidad viene acompañada normalmente de la falta de flexibilidad. Un plan es flexible, señalan Miller, Galanter y Priban (1960), si podemos cambiar fácilmente el orden de ejecución de sus partes sin afectar la viabilidad del mismo. El planificador rígido planificaría su tiempo como una secuencia de relaciones causa– efecto, es incapaz de reordenar sus listas de cosas a hacer para adaptarse a las circunstancias cambiantes, sería incapaz de reaccionar en el momento crucial y generalmente exigiría *tomarse un tiempo* antes de que pudiera incorporar cualquier sub-plan.

La inseguridad personal se asienta sobre la valoración de fallo, falta, insuficiencia, incapacidad. El perfeccionismo como respuesta de afrontamiento consiste en extremar los criterios o requisitos de satisfacción o logro, para asegurar el éxito –calidad del producto de la acción–. Si no se alcanzan dichos criterios de infalibilidad no se da la conformidad a la acción, habiéndose de intensificar el celo que se pone en el empe-

ño, para salvar así la interrupción del programa en curso. Algo así se hace, aunque por otros motivos, en las llamadas huelgas de celo, que consisten en trabajar escrupulosamente –por ejemplo, los encargados de limpieza de un avión sacan brillo insaciablemente a cualquier elemento metálico del aparato–, proceder que tiene como consecuencia el retraso o interrupción de programas y previsiones.

En otros términos, los medios de los que hemos hablado –en términos de fines provisionales– se convierten en un fin en sí mismo. A la incertidumbre se responde con perfeccionismo, y éste, elevando los criterios de suficiencia, genera mayor inseguridad, intensificándose las dudas, indecisiones y desánimo.

En ciertos casos el perfeccionismo puede considerarse como contra-reacción, mecanismo compensatorio que consiste en mostrarse o proceder de modo inverso a como uno se siente –ordenado por oposición a confuso, seguro y dogmático por oposición a inseguro–.

El perfeccionismo puede llevar a re-decidir constantemente el sentido dado a nuestra acción o la de otros, como determinante de posteriores decisiones. Pongamos un ejemplo: una persona, x, necesita saber si lo que siente por su pareja le autoriza a continuar y comprometerse más en la relación o ha de romper. Si el último incidente de la serie que considera es que el fin de semana pasado, que no la vio, la echó de menos, concluye que en el fondo, por encima de inconvenientes, la quiere profundamente. Pero si hoy ha experimentado aburrimiento mientras paseaba con ella, y además ha sentido la tentación de mirar las piernas de otra con quien se ha cruzado, esto le obliga a abrir el *expediente* de la relación y replantear su naturaleza a la luz de estos datos que pueden dar la clave de que lo que es aparente y lo que es profundo en sus sentimientos. Puede entonces concluir que no la quiere; pero mañana, al verla, puede sentir alegría y un fuerte deseo de abrazarla. Este último hecho en la cadena de desarrollo, le llevará a abrir de nuevo el *expediente* y recodificar todos los hechos en esta clave. Hasta aquí el ejemplo.

Apreciamos como la intolerancia de la inseguridad y la duda lleva a concluir y re-decidir constantemente en lo tocante a planes generales, sobre la base de secuencias puntuales, normalmente la última, a la

que se concede valor crítico, instalando al sujeto en la evaluación constante del proceso general, y sustrayéndole de la participación en los hechos, que simplemente adquieren el carácter de prueba en relación con lo evaluado en cada momento.

Las dificultades en el cierre pueden afectar a la anticipación de la acción, a la ejecución o a la propia evaluación de logros o su mantenimiento, como acabamos de ver.

#### ***6.4 Interacciones contraproducentes entre actos de afrontamiento***

Miller, Galanter y Priban (1960) en un capítulo dedicado a la integración de planes de acción se formulan algunas preguntas: ¿Cómo coordinamos varios planes en el unitario flujo de conducta de que disponemos? ¿Cómo decidimos si un plan nuevo es compatible con los que ya estamos haciendo? ¿Qué relación guardan nuestros múltiples planes con el sinnúmero de papeles que debemos desempeñar en la sociedad. Ejecutamos algunos subplanes para crear las condiciones bajo las cuales otro subplán o acción es relevante ¿Hasta que punto son intercambiables los subplanes?.

No siempre resulta fácil saber si dos actos son incompatibles entre sí. Miller, Galanter y Priban (1960) distinguen entre aquella persona que se queda atrapada entre planes en conflicto y aquella que se ve apesada entre motivos contradictorios. En el primer caso es necesario que no sea consciente de que sus planes están en conflicto, en tanto que, en el segundo, quizás sea dolorosamente consciente de que sus deseos son incompatibles. Parece que esa primera persona se está frustrando deliberadamente a sí misma, pero no puede descubrir por qué. Sabe que hay algo erróneo, pero no puede descubrir de que se trata. Los dos planes quizás estén mutuamente aislados de forma que esa persona nunca tenga ocasión de contrastar el uno con el otro.

Trasladándonos al terreno de los planes o estrategias de acción frente a la ansiedad, Lazarus y Folkman (1984) ya pusieron de manifiesto al hablar de las relaciones entre las funciones de afrontamiento dirigidas al problema y las dirigidas a la emoción que pueden afectar-se entre sí, facilitando o impidiendo cada una la aparición de la otra.

A efectos del presente trabajo concebimos y clasificamos el problemas de las interacciones contraproducentes entre actos de afrontamiento de la ansiedad de la manera sugerida y esquematizada en la introducción del capítulo 6. Distinguimos entre:

- ♦ *Incompatibilidades*, referidas a interacciones entre actos cuya realización impide la de otros al mismo tiempo.
- ♦ *Contraindicaciones*, referidas a procedimientos que ejecutados o no simultáneamente se afectan en su proceso o resultado de modo contradictorio, perturbador o perjudicial.

En particular vamos a ocuparnos de cuatro tipos de interacción contraproducente: exposición versus conductas de seguridad, rol de actor versus rol de espectador, desajustes recursos/objetivos, y las llamadas conductas substitutivas.

#### **6.4.1 Exposición y Conductas de Seguridad**

Tradicionalmente, desde los postulados del conductismo como modelo teórico, experimental y terapéutico, el estudio y tratamiento de la ansiedad se ha basado en las leyes del condicionamiento clásico y en el instrumental. El primero, terapéuticamente hablando, daría lugar a las técnicas de contra-condicionamiento y el segundo a las de exposición. Bajo el paradigma instrumental, la evitación y la huida son formas de afrontamiento del miedo encaminadas a controlar las condiciones aversivas del medio –externo o interno–.

La psicoterapia conductual en el abordaje de muchas alteraciones relacionadas con la ansiedad –en particular fobias y trastornos obsesivo-compulsivos– fundamenta el tratamiento en las técnicas de exposición, que consisten básicamente en procurar que el paciente entre y permanezca en contacto con la situación temida, tolerando la angustia que ello conlleva, hasta que ésta disminuya, y así reiteradamente hasta que pueda exponerse a la situación sin experimentar miedo.

La exposición integra un conjunto de procedimientos que van desde la desensibilización progresiva, que es la forma más gradual de exposición, hasta la inundación, donde el paciente se enfrenta con la situación temida *de golpe*. La exposición imaginaria, donde el paciente imagina las escenas que le provocan un intenso miedo; la intención paradójica, donde al paciente se le prescribe la vivencia, exageración o reproducción de los propios miedos o síntomas; y otras como el modelado con refuerzo, el reforzamiento encubierto, la inoculación al estrés, la prevención de la respuesta, responden también al mismo principio, aunque muchas veces desde formulaciones teóricas y diferentes.

No siempre hay acuerdo entre los especialistas sobre dónde radica el mecanismo terapéutico de estas técnicas. En el ámbito conductual se postula dos posibilidades, a veces, complementarias: la habituación y la extinción. En un caso y en otro desaparecen las respuestas ostensibles de evitación, la ansiedad subjetiva y la sintomatología neurovegetativa, bien porque el paciente compruebe la inocuidad del medio y éste pierda sus propiedades aversivas o bien porque el paciente se habitúe no sólo a miedos concretos, sino a tolerar experiencias y sentimientos desagradables. Desde una óptica cognitiva, las técnicas de exposición posibilitarían experiencias correctoras que conducirían a disconfirmar los pensamientos y expectativas negativas o alarmantes que originan o sostienen los miedos.

No obstante, se producen diversos fracasos en la terapéutica por exposición. La mayoría de ellos por rechazo del tratamiento, abandono prematuro, o seguimiento incorrecto de las prescripciones. Sin embargo, una minoría de pacientes no consigue habituarse o reducir significativamente la ansiedad mediante la exposición en vivo, aunque cumplan adecuadamente las instrucciones del tratamiento, no se encuentren deprimidos y no tomen sedantes, ni alcohol (Marks (1981). Parece ser que, por razones aún desconocidas, los deprimidos no responden bien a las técnicas de exposición. Marks, en la obra citada, sugiere, tras repasar diversos estudios, que los antidepresivos estarían indicados, junto con la exposición, en pacientes obsesivo-fóbicos con estado de ánimo deprimido, mientras que la exposición sola sería el tratamiento de elección para los no deprimidos. La dependencia de

alcohol o ansiolíticos –secundaria o no– es un obstáculo a la generalización o transferencia del aprendizaje y los resultados al estado de sobriedad, por lo que se prohíbe su consumo o se reduce a tomas insignificantes.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que las llamadas *Conductas de Seguridad* podrían estar detrás de algunos de los fracasos de la exposición como técnica terapéutica. Se trata de estrategias de afrontamiento emitidas por los pacientes para reducir la ansiedad y el malestar psicológico frente a estímulos fóbigenos. Citamos a continuación algunos ejemplos. En personas con crisis de pánico/agorafobia: sentarse cerca de la puerta en el cine, de forma que resulte más fácil salir; desplazarse por recorridos donde haya hospitales, farmacias, tiendas abiertas, donde pudieran ser socorridos; llevar una botella de agua encima para refrescarse, corregir la sensación de boca seca, u obstrucción en la garganta; caminar cerca de la pared o llevar algún objeto que pudiera servir de apoyo en un momento dado; agarrarse fuertemente de la oreja o la mano, etc. En pacientes con ansiedad social: ponerse una camiseta que enjague el sudor; ponerse maquillaje que disimule el sonrojo o colocarse en lugares más oscuros o sombreados; cruzar los brazos para prevenir el temblor; etc. En personas que padecen algún trastorno obsesivo: métodos de afrontamiento supersticioso; auto-diálogos o contra-argumentaciones, etc. En la ansiedad generalizada: realizar llamadas de teléfono tranquilizadoras; comprobaciones, etc. En pacientes con temores hipocondríacos o con ansiedad por la salud: disminuir el esfuerzo físico o su intensidad, que podrían alterar la tasa cardiaca o al respiración; tomar algún alimento *protector*. Algunas estrategias son comunes a varios trastornos: llevar medicación ansiolítica encima, llevar el teléfono consigo, distraerse mediante diversos procedimientos, ir acompañado.

Hay abundante evidencia –Marks (1981); Craske y Barlow (2006); Bados (2003); Wells y otros (1995)– de que estas estrategias de seguridad, citadas también a veces por otros nombres como afrontamiento parcial, afrontamiento desadaptativo, estrategias defensivas, o inútiles, interfieren notablemente en la efectividad de la exposición, malogrando sus resultados. Por este motivo son consideradas como prácticas antiterapéuticas. Se considera que si bien inicial y temporal-

mente producen cierto alivio del miedo y del malestar, a medio y largo plazo mantienen la ansiedad y la evitación. El uso de estos afrontamientos parciales parece eficaz a corto plazo, lo que le proporciona una validez aparente (Peñate y otros 2006): La persona es capaz de resistir el estímulo fóbico (frente a las estrategias evitativas o de escape), sin embargo la información proporcionada por estas conductas actúa como un mecanismo reforzante de las mismas, con lo que adquiere un valor discriminativo de cuándo, cuánto y en que circunstancias se puede abordar el estímulo fóbico.

Como venimos observando a lo largo de estas páginas no es infrecuente que el paciente combine diferentes estrategias de afrontamiento en su afán por regular la ansiedad y sus consecuencias. En un afrontamiento efectivo las diversas estrategias actuarían de forma complementaria sin interferirse entre sí. Aunque el afrontamiento busca la eficacia, ésta no siempre se alcanza, sea por imperativos del medio, falta de recursos (cognitivos, conductuales, materiales, etc.), u otras razones.

Por nuestra parte (Baeza,1994), hemos observado que algunos fallos de la exposición como técnica encaminada a provocar la extinción de la ansiedad pueden ser debidos al efecto de simultanear la exposición con algunas formas de autoregulación de los síntomas: centrar la atención en el control y seguimiento de los síntomas, antes que en las señales aversivas del medio donde se presentan, y servirse de estrategias –inmovilizarse, respirar con un determinado ritmo, moverse total o parcialmente de una forma predeterminada, apoyarse sistemáticamente en ciertos puntos, mantener firmemente una determinada orientación espacial– capaces –o tomadas por tal– de provocar cierto alivio o percepción de control. Los datos parecen indicar que los procedimientos con que los sujetos trataban de regular o contener la ansiedad, o alguna de sus manifestaciones, frente a situaciones temidas, interfieren en los procesos de habituación a la situación o en la extinción del miedo, como lo prueba el hecho de que éstas últimas –habituación y/o extinción– acontecieron cuando se renunció o impidió la práctica de los *procedimientos tranquilizadores*.

Se trataría, pues, de un problema de interferencia entre formas inicial y perentoriamente efectivas para el afrontamiento de la emoción ansiosa y sus manifestaciones neurovegetativas –fuente de temores sobre la pérdida de control, salud, prestigio– y los procesos subyacentes a la exposición por los cuales el medio, interno o externo, pierde sus condiciones aversivas o el paciente se habitúa a ellas. Es decir, nos encontramos ante una interacción contraproducente, del tipo *Contraindicación*.

Así pues, en el marco de la Terapia Cognitivo-Conductual, lo que comúnmente se recomienda en libros de texto y manuales de intervención terapéutica es que las conductas de seguridad sean inhibidas o abandonadas. Desde una perspectiva cognitiva, se argumenta que las conductas de seguridad pueden ser anti-terapéuticas porque impiden la ocurrencia de experiencias disconfirmativas del peligro. Un ejemplo sería el lavado de manos, frente al temor de contaminarse; o las conducta de tragar saliva, frente a la sensación de obstrucción en la garganta, para comprobar o asegurar que se halle libre.

A pesar de las evidencias sobre el efecto contraproducente de las conductas de seguridad, algunos estudios y experimentos (Rachman, Radomsky y Shafran, 2008; Powers et al., 2004) ponen de manifiesto que las conductas de seguridad pueden ocasionalmente facilitar la exposición y contribuir a la reducción del miedo, facilitando cambios a largo plazo en los síntomas y el pensamiento, sin impedir las experiencias disconfirmativas del peligro, ayudando a corregir interpretaciones y expectativas negativas, y reduciendo los altos niveles de abandono de los tratamientos. Se considera que podrían ser especialmente útiles en las primeras etapas del tratamiento, muy particularmente en pacientes con altos niveles de ansiedad, y ofrecer potenciales ventajas:

- ◆ Incrementar la aceptabilidad y la tolerancia de los tratamientos.
- ◆ Proveer al paciente de una mejor sensación de control.
- ◆ Incrementar la cooperación del paciente con el tratamiento.
- ◆ La exposición podría ser más larga y fácil.
- ◆ La sensación de seguridad permitiría al paciente aprender mejor la información correctora de la situación.

Quedaría por establecer con claridad en qué casos, bajo qué condiciones, y en qué circunstancias puede hacerse un uso racional y provechoso de las conductas de seguridad, de forma que faciliten la reducción del miedo, sin generar conductas desadaptativas de evitación, y propicien la disconfirmación de pensamientos irracionales.

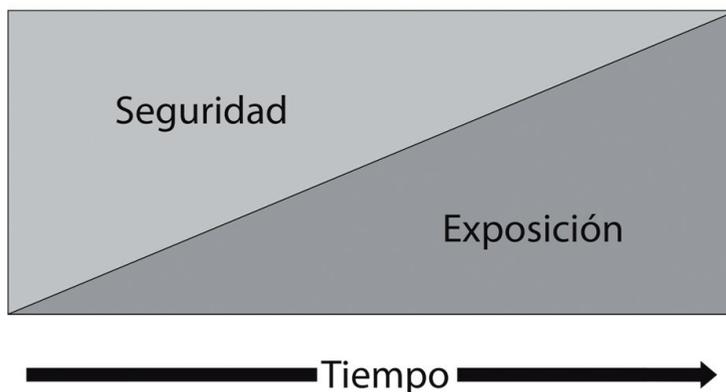


Figura 7: *Relación entre Seguridad / Exposición a lo largo del proceso terapéutico.*

Como hemos visto en otros capítulos de este libro, muchas estrategias de afrontamiento, o las interacciones entre ellas, son útiles o, por el contrario, contraproducentes, en función de múltiples factores y variables cuya descripción y conocimiento es fundamental para la aplicación y efectividad de los tratamientos.

#### **6.4.2 Rol de actor versus rol de espectador**

Se trata de una interacción contraproducente, perteneciente al grupo de las *incompatibilidades*, que se produce como consecuencia de la interferencia entre la ejecución de una tarea y la evaluación sistemática de su modo de desempeño. Atendiendo a la matriz de interacciones contraproducentes entre actos de afrontamiento (Figura 6), suele darse fundamentalmente en las áreas resultantes de la combina-

ción de I, II, y III –Ejecución– con A, X, ? –evaluación–, muy particularmente entre ejecuciones relativas al campo que hemos llamado 0 –Tarea– y evaluaciones relativas al campo 2 –Self–.

Así sucede, por ejemplo, cuando en el transcurso de un encuentro sexual, preocupados por nuestra respuesta y temerosos de que se produzca algún fallo, estamos pendientes de si la erección es buena o mala, si la compañera sexual se habrá dado cuenta, etc.; o en el desarrollo de una conferencia sobre determinado tema, estamos pendientes de evaluar la seguridad y aplomo con que estamos hablando, la fluidez verbal, etc.

Nos estamos refiriendo a una práctica muy común en los trastornos de ansiedad, consistente en llevar a cabo una actuación (rol de actor) a la par que, simultáneamente, se ejerce de crítico o analista de la misma –rol de espectador– desde diferentes prismas.

Se trata de *verse desde fuera*, por los ojos de los demás, como a través de un espejo o monitor de televisión. La finalidad es apreciar, monitorizar, el efecto que producimos –con atención preferente a los más temidos– e intentar corregirlos *sobre la marcha*.

Es básicamente una operación de control de imagen. Un proceder que raramente ocurre si se está solo, y apenas ante amigos o familiares incondicionales, pero que tiende a aumentar a medida que aumenta el número de personas que observan, la distancia afectiva respecto a ellas, la autoridad que tienen o la valoración que les concedemos.

Los efectos contraproducentes se producen como consecuencia de la interferencia, inhibición recíproca y a veces bloqueo entre diferentes campos atencionales y operacionales, de modo que algunas tareas o partes substanciales de las mismas se vuelven irresolubles bajo esas condiciones. Se incrementa así el sentimiento de impotencia y dificultad, disminuye la autoeficacia y se reactiva la ansiedad.

En todos estos casos el sentimiento de ridículo y absurdo se potencia. Imagínese, por ejemplo, lo que sucedería si, bailando con un grupo de personas, el *juego que jugamos* no es tanto escuchar la música y expresar los movimientos rítmicos que nos provoca, cuanto atender a la mecánica de la propia agitación, muecas o contorsiones; es probable que se produzca una sensación parecida al absurdo que se produ-

ce si viendo un baile por televisión quitamos la música, con el agravante de que somos nosotros los protagonistas y los otros el jurado.

La interacción simultánea *rol de actor / rol de espectador* nos coloca constantemente en situación de pasar examen y a los otros en el papel de supuesto tribunal, con actitud fiscalizadora. Esta circunstancia aumenta la ansiedad y es capaz de convertir actos incluso de por sí placenteros en incómodos o aversivos.

### **6.4.3 Desajustes recursos/objetivos**

Nos referimos a una clase de interacción contraproducente entre actos de afrontamiento, del tipo *Contraindicación*, consistente en mantener los mismos objetivos en el plano 0 –Tarea–, aunque hayan cambiado las condiciones objetivas para alcanzarlos como consecuencia de lo ocurrido en el campo 1 –Salud–, para que no se alteren el *Statu Quo* o las condiciones personales de ajuste relativas al plano 2 –Self–.

Así, por ejemplo:

- a) Si al salir del cine con los amigos tengo por costumbre discutir sobre la película y suelo participar activamente;
- b) Si por razones x sufro en la actualidad un trastorno ansioso que compromete mi capacidad de atención y concentración;
- c) Si temo que mis amigos adviertan que estoy ansioso, me consideren por ello menos normal, seguro o autosuficiente de lo que me consideraban;

entonces es probable que opte por mantener, al menos en apariencia, unos objetivos de rendimiento y desempeño equiparables a los habituales cuando no me pasaba nada, cuando no estaba, como ahora, parcialmente incapacitado, de forma que no se ponga en riesgo o entredicho el *cartel* que para ellos tengo hasta la fecha. El problema está en que no he podido seguir la película como otras veces, mucho

menos analizarla y para remate tengo menos capacidad de respuesta o me fatigo antes. Por un día puedo poner una excusa, pero si el problema dura en el tiempo y además me ven *raro* en otros aspectos...

Este problema que resulta de fácil manejo cuando se padece una enfermedad *física*, corta y socialmente bien entendida y aceptada, es complicado para el caso de la ansiedad y otros trastornos psicológicos, que no reúnen esas características.

Si estamos con gripe, hemos dormido mal y estamos doloridos, bastante hacemos con salir con los amigos al cine o ir a trabajar. No nos exigimos estar tan activos, participativos, fluidos, efectivos y eficaces como siempre. A pesar de lo cual no tememos que se ponga en duda nuestra laboriosidad, agudeza intelectual o integridad. Sin embargo, en la ansiedad, mal entendida socialmente, tomada como signo de debilidad personal o falta de control; acompañada a veces de miedos irracionales incomprensibles para el propio sujeto, de sensaciones de extrañeza y *cambio de carácter*; de duración larga, lo que lleva en ocasiones a perder el límite entre lo que se es y lo que se padece; difícil de explicar, a no ser que se entre en detalles personales o íntimos que por otro lado se desea preservar ... En la ansiedad decimos, los efectos incapacitantes –o simplemente sus síntomas–, pueden considerarse como delatores y amenazantes para el sostenimiento de la imagen social de solvencia, responsabilidad, competencia, autocontrol, etc.

Tales circunstancias llevan muchas veces a la evitación de determinadas ocasiones, y, si no podemos permitirnoslo, mantenemos la exigencia de logros y objetivos sin ajustarla a las limitaciones de medios y condiciones. De este modo no sólo no se centra el esfuerzo en normalizar estos últimos, sino que los empeoramos como consecuencia de que dicho proceder genera tareas irresolubles, ante las que necesariamente se fracasa, con el consiguiente aumento de la ansiedad.

## 6.5 Conductas substitutivas

Nos referimos aquí a diversas actividades que son momentáneamente reductoras de la ansiedad, por diversas razones, pero que a medio plazo contribuyen a incrementar la ansiedad, o dificultan el establecimiento de procedimientos alternativos más adecuados.

Se trata de comportamientos por otro lado normales, necesarios, y positivos, pero que emitidos abusivamente y como forma básica de controlar la ansiedad, se desvirtúan, se vuelven contraproducentes y se producen de modo compulsivo: hiperactividad o hiper-ocupación; adormecimiento; ingesta o sexo compulsivos; abuso de videojuegos, máquinas tragaperras, ordenador, internet; consultas a videntes, etc.

### **Hiperactividad o hiper-ocupación.**

Algunas personas con ansiedad tienden a generar un ritmo frenético de actividad en prácticamente todos los ámbitos en los que se ocupan –trabajo, relaciones sociales, ocio–. Tienen su agenda llena de compromisos, gestiones, tareas, siempre urgidos por la prisa, e inmersos en medios y contextos demandantes. En el *tiempo libre* –que en realidad se trata de no tener– se llenan de actividades y obligaciones, a ser posible interactivos, poco mecánicos y que requieran movimientos.

En el fondo, aunque no son plenamente conscientes de ello, se trata de no parar quieto, de no tener la cabeza desocupada, de disponer *acción contra pensamiento*, de forma que no tengan ocasión de venir a la mente preocupaciones, temores, cuestiones personales no resueltas, que, si aparecieran, generarían angustia en sus diferentes manifestaciones.

En cierto modo, se trata de buscarse urgencias, para no plantearse y afrontar lo importante o inquietante. Son personas que cuando paran se sienten peor, por la razón que acabamos de aducir, y porque las condiciones de estrés a que someten al organismo favorecen, al desactivarse y salir de la situación de sobre-esfuerzo, la aparición de diversos reajustes fisiológicos que ocasionan molestias: dolores de

cabeza, aturdimiento, fatiga, molestias digestivas, etc. Algunos especialistas en ansiedad y estrés hablan, al respecto, del *enfermo de fin de semana*. Algunas personas, frente a este problema, tienden a resolverlo mediante una *huida hacia delante*, aumentando la actividad y generando progresivamente más condiciones de estrés que, tarde o temprano, llevarán a una situación explosiva, crítica e insostenible.

## **Adormecimiento**

Otra forma de tratar de *desconectar* y quitarse de encima los pensamientos negativos, anticipaciones amenazantes, ideas intrusivas y desasosegantes, es cambiar el estado de conciencia. A veces se recurre al consumo de sustancias para conseguirlo. Pero no vamos a referirnos aquí a esta cuestión. Nos referimos, en este caso, al paso de la conciencia vigil al sueño, fuera de los horarios establecidos para dormir. Algunas personas del grupo citado anteriormente al hablar de la sobre-actividad, recurren también a este procedimiento: o están hiper-ocupados o duermen. Otras personas, sin embargo, procuran reducir al máximo las actividades y compromisos de todo tipo, y tienden a adormilarse tumbándose en el sofá o en la cama. Este procedimiento, es inducido normalmente por la propia persona de manera voluntaria, disponiendo las condiciones adecuadas para su ocurrencia, sin embargo en algunos casos es un mecanismo automático de defensa. Es característico, a este respecto, el caso de algunos estudiantes a quienes, cuanto más cerca están de los exámenes, más les invade una intensa sensación de sueño, a pesar de haber dormido lo suficiente y ser personas estudiosas, voluntariosas e interesadas en la materia.

Las personas que recurren con frecuencia y regularidad a este procedimiento, acaban por hacer una vida de *casi-convalecientes* que paraliza más, si cabe, el desarrollo de su vida social, familiar, etc., lo que a la larga genera o agudiza conflictos e insatisfacciones, a la par que intensifica en sentimiento y rol de *enfermo*.

## **Videojuegos, tragaperras, ordenadores, internet.**

Dentro de las actividades que generan efectos evasivos, tienen singular importancia, y son relativamente comunes, el uso abusivo o compulsivo de juegos electrónicos, internet, o máquinas tragaperras. Se trata de actividades absorbentes, interactivas, de respuesta inmediata y rápida, envolventes, con muchos elementos de reclamo sonoros y visuales, capaces de alejarnos de nuestra propia realidad, aislándonos del entorno y de nuestros propios pensamientos.

## **Consultas a videntes, tarot y otros**

La incertidumbre es una de las cosas que puede generar más ansiedad a algunas personas. La incerteza sobre el posible cumplimiento o no de deseos o temores, la impaciencia, las dudas, las desconfianzas, la indecisión, se viven a veces como obsesionantes e insufribles. Algunas personas, acuciadas por esta angustia, tratan de reducirla buscando respuestas, adivinaciones, y conocimiento a través de consultas a videntes, *tarotistas* y otros profesionales exotéricos. La respuesta obtenida puede aliviar momentáneamente la angustia y detener el aludido de pensamientos que la acompañan. Sin embargo, ese efecto es corto y puede generarse una necesidad de recurrir a dicho procedimiento de manera cada vez más frecuente e impulsiva. Más allá de los posibles costes económicos, se produce una falta de confianza cada vez mayor en la propia capacidad de discernimiento y decisión, pérdida de autonomía y mayor dependencia de terceros.

## **Ingesta compulsiva**

La ingesta de comida, por sus efectos vagotónicos, puede producir un alivio momentáneo de los síntomas de ansiedad, angustia e insatisfacción. Algunas personas, para paliar un estado emocional desagradable —estrés, aburrimiento, ansiedad, depresión, ira, y soledad—, recurren a la comida. Suele tratarse de episodios de ingesta excesiva de ali-

mentos, que se vive como descontrolada. No suele darse conductas purgativas –vómito, uso de laxantes–. Antes y después de estos atracones hay un estado afectivo negativo, donde predomina la ansiedad elevada o el estrés. En estos extremos, la ingesta ya no responde a factores nutricionales y de placer gastronómico-social. El atracón sirve para relajar este estado de tensión. Pero si se usa habitualmente esta estrategia, la autoestima se ve afectada, aparecen hirientes sentimientos de culpa y el mismo estado que se quiere evitar tiende a empeorar.

## **Otros**

El sexo compulsivo, las compras compulsivas, el ejercicio físico excesivo, podrían ser otras de las conductas que, inicialmente destinadas a combatir los pensamientos importunos y la ansiedad, terminan por repetirse sin control y fuera de su motivación básica y originaria: el sexo ya no responde a necesidades de satisfacción sexual, se compran ropas u objetos que no se utilizarán, etc.

## 7. Apuntes para el abordaje del afrontamiento contraproducente

Como ya hemos señalado anteriormente el afrontamiento contraproducente no viene básicamente definido por sus **resultados** –lo que podría llevarnos a una definición tautológica al tomar el resultado como elemento crítico definitorio del afrontamiento contraproducente, es decir, a entender el afrontamiento en términos de resultado–, viene también definido por los **procesos** que lo integran –llamados colaterales en el esquema, aunque a veces son simplemente centrales– y por una perversión del **modo de control** al que responden las **operaciones**.

En consecuencia, como es lógico, la desarticulación o neutralización del afrontamiento contraproducente se centra sobre modos, operaciones, y procesos. No obstante, dado el componente sistémico del conjunto de relaciones y elementos a los que venimos refiriéndonos, también puede incidirse sobre los resultados, de manera que repercute en una alteración de modos, operaciones y procesos –por ejemplo, el alivio sintomatológico, favorece y posibilita la reducción de la prevención abusiva–.

A primera vista, desde una posición ingenua, podría parecer que una vez identificado el tipo de afrontamiento contraproducente, bastaría con desaconsejarlo para que dejaran de emitirse. Igual ingenuidad supone considerar que la prescripción de *lo que hay que hacer* –afrontamiento adecuado– substituye y desplaza automáticamente a *lo que no hay que hacer* –afrontamiento inadecuado–, y por tanto ni siquiera habría que ocuparse de si existe y en qué consiste, puesto que quedaría anulado en cualquier caso. No necesariamente es así, podría ser incluso a la inversa.

Los recursos terapéuticos para el abordaje del afrontamiento contraproducente no son especiales, ni técnica o teóricamente distintos de los utilizados para modificación de la acción –conducta, pensamiento, emoción– o su desarrollo, y la resolución de problemas. En cuanto a su diseño, no forman parte separada o previa del tratamiento, sino que son constitutivas del mismo dentro de la estrategia general previamente concebida y secuenciada. No obstante, queremos destacar algunos procedimientos singularmente útiles en el abordaje del afrontamiento contraproducente.

## Psicoeducación

Básicamente consiste en la información al paciente, detallada, rigurosa y didáctica del fenómeno de la ansiedad en general, y en particular sobre el alcance, naturaleza y sentido de los síntomas; normalidad, anormalidad.

Es común que los pacientes ansiosos hayan pasado antes por la consulta del médico de cabecera, u otros, que por la del psicólogo. A lo sumo, le han explicado lo que no tiene, pero no lo que tiene. El hecho de que en la visita de urgencias o en una regular le hayan descartado cualquier etiología orgánica, tranquiliza al enfermo dos o tres días, es decir, la autoridad del médico y el interés que haya puesto en estudiarle, permiten al paciente romper los procesos de sospecha y generación de indicios, y la interpretación catastrófica de los síntomas, durante tres o cuatro días, pero después la reaparición de las molestias pone de manifiesto una incongruencia entre “no tener nada” como dice el médico y sentirse mal, como nota el paciente. La disonancia cognoscitiva que se produce, reabre de nuevo el camino de la sospecha y el abuso de la prevención. mediante operaciones que lleven aparejadas.

Una información sencilla, comprensible y veraz, que permita entender *lo psicossomático*, es decir la relación entre la ansiedad como fenómeno psicológico y sus manifestaciones físicas, ayuda a resolver falsas incongruencias, contradicciones que tienden a resolverse por mal camino.

La mejor comprensión del problema, mediante análisis funcionales compartidos con el paciente, permite a éste cambiar las reglas de relación a través de las cuales entendía o actuaba sobre su problema, propicia su modificación.

Por otro lado, la información acota y *desautoriza* el cálculo de riesgos basado sobre el desconocimiento de lo que se padece o sobre supuestos o prejuicios infundados. Restringe, además, la posibilidad de generar duda e incertidumbre como mecanismos defensivos o inhibitorios.

Es evidente que, aunque no se den afrontamientos contraproducentes, el clínico tiene la obligación de informar y el paciente el derecho de ser informado, siendo además imprescindible para establecer adecuadamente el vínculo terapéutico.

## Contención

Los recursos de contención se refieren a los personales, técnicos o situacionales, que el terapeuta puede disponer al hacerse “depositario”, copartícipe o corresponsable de lo que al paciente, desbordado o excedido (por eso consulta), le pasa en relación con el objeto de consulta.

La contención puede componerse de muchos elementos, pero a los efectos de este trabajo, vamos a referirnos a:

- ◆ El acogimiento –ser entendido–. Se refiere al modo como se establece la relación interpersonal que soporta la profesional: respeto, interés, capacidad de escucha, amabilidad, implicación, receptividad.
- ◆ La co-responsabilización –ser atendido–. Se refiere a los aspectos relacionados con *hacerse cargo del caso* por parte del especialista, lo que implica un modo de ser partícipe del asunto por el que el paciente pide asistencia y respecto del cual el especialista se ha convertido provisionalmente en un recurso.

Estos dos aspectos, producen una contención de la ansiedad del paciente sobre la base de tener no sólo un depositario competente, sino también un apoyo, un cooperante en la resolución del problema.

La contención, tiene un valor estimable por lo que se refiere a la obtención de los primeros resultados terapéuticos, la creación del vínculo terapéutico, el seguimiento de prescripciones –corresponsabilidad por parte del paciente–, exigencia y asunción de mayores riesgos, y mejor tolerancia del incremento de la ansiedad que inicialmente pueda suponer asumir dichos riesgos.

### **Evidenciar la relación entre el pensamiento y la activación psico-biológica**

La explicación y demostración práctica de las relaciones entre pensamiento y activación psico-biológica es necesaria para la regulación de los efectos perversos de algunos usos de la anticipación. El paciente ha de recibir una explicación sencilla y clara, ilustrada con ejemplos corrientes, complementada con unos ejercicios prácticos. Conviene utilizar algunos aparatos –galvanómetro, electromiografo, taquistógrafo– que puedan objetivar la respuesta ansiosa frente a diversas situaciones planteadas por el especialista, o imaginadas por el paciente. Puede utilizarse la listas de pabaras, por ejemplo la de Clark (1988) para ver el efecto de los pensamientos o asociaciones catastróficos.

El paciente advierte cómo puede autogenerar ansiedad, y cómo puede, en parte, reducirla regulando la actividad imaginaria, sobre la base de *controlar al controlador*.

Estas prácticas pueden formar parte del repertorio de experimentos conductuales (Bennett-Levy, J.; Butler, G.; Fennell, M. Y otros,, 2005) que normalmente se utilizan en los programas de tratamiento para evidenciar o poner a prueba determinados supuestos, creencias o esquemas explicativos.

## Reestructuración cognitiva

Se utilizaría fundamentalmente para combatir supuestos básicos deformados y pensamientos automáticos sobre los que a menudo descansan las inferencias preventivas, o la atribución de significación de los síntomas. Puede ser también, efectiva en el abordaje de los sesgos atencional, interpretativo, falsacional y finalístico. A. Beck (1979), J. Beck (2000), A. Ellis (1980) o M. McKay (1981) ofrecen, entre otros, algunas ideas sobre cómo hacerlo.

## Técnicas paradójicas

Entre las técnicas paradójicas se cuentan la prescripción del síntoma –que se percibe como involuntario– o del comportamiento anómalo, el empeoramiento deliberado del problema, la intención paradójica, la prescripción de la tarea impidiendo su éxito, entre otras.

Son técnicas o plantamientos especialmente efectivos en la modificación de conductas que implican considerable ansiedad anticipatoria, y de los bucles paradójicos que comúnmente forman parte constitutiva de los trastornos de ansiedad, como pudo verse en el capítulo cuarto de este libro. Están especialmente indicadas en el abordaje del afrontamiento contraproducente, ya que se centran sobre las *soluciones* que son, o se convierten en, el *problema*. J. Haley (1973), V. Frank (1977), P. Watzlawick (1976), Nardone (2002, 2004) se cuentan entre los autores más significados entre los expertos e impulsores del uso de estas técnicas.

## Identificación y replanteamiento de factores de autopronóstico que se autocumplen

Este apartado podría considerarse una extensión del anterior, pero por su singularidad y especificidad, se ha destacado aparte.

Dice Watzlawick (1988) que: *“Una profecía que se autocumple es una suposición o predicción que, por la sola razón de haberse hecho, convierte en realidad el suceso supuesto, esperado o profetizado y de esta manera confirma su propia exactitud. Por ejemplo, si alguien por alguna razón supone que se le desprecia se comportará precisamente por eso de un modo desconfiado, insoportable, hipersensible, que suscitará en los demás el propio desdén del cual el sujeto estaba convencido y que queda así “probado”. En otras palabras, un hecho todavía no producido (es decir, futuro) determina efectos en el presente, efectos que a su vez hicieron que cobrara realidad el hecho pronosticado (pag. 82-83, en “La realidad Inventada”).*

Fenómenos de esta naturaleza son muy frecuentes en los trastornos por ansiedad, no solo cuando, para prevenirnos, imaginamos una situación (por ejemplo, dar una conferencia pública donde quedamos “embarrancados” por la ansiedad, originando con ello una fuerte intensificación de la respuesta emocional, que, efectivamente, acaba por comprometer el discurso), sino muy particularmente en todo lo relacionado con el capítulo de consecuencias de segundo orden y atribución social de significación del síntoma.

Puede consultarse a este respecto (Watzlawick (1976, 1986, 1988)

### **Aceptación y compromiso**

La llamada terapia de Aceptación y Compromiso, no basa su intervención en la lucha contra los síntomas, fuente de muchas de las estrategias de afrontamiento contraproducente, sino en aceptación de ciertas experiencias personales de malestar y sufrimiento inherentes a la condición humana, y en el desarrollo de acciones dirigidas a valores y metas significativos para la persona.

En palabras de Wilson y Juliano (2008) *“son muchas las personas que emplean la evitación de lo que les produce malestar de una forma generalizada y cronificada y, consecuentemente, viven una vida muy limitada en tanto que este patrón haya terminado por extender el sufrimiento a muchas facetas de su vida, viven en él con un coste personal muy elevado en términos de lo que querrían para su vida” (pág. 73).*

Los aspectos básicos de la intervención son la clarificación de valores –dar pasos en la dirección que se puede cambiar y se elige hacerlo–; la exposición – caminar en la dirección elegida implica pasar por barreras y experiencias personales temidas–; desactivación de funciones y distanciamiento –aprender a tratar los pensamientos como pensamientos, diferenciar el yo de la conducta–; y, finalmente, fortalecimiento de la aceptación de cierto sufrimiento o dificultad y el compromiso con los propios valores o metas.

En el ya citado libro de Wilson y Juliano (2008) o en Hayes, Strosahl y Wilson (2003) pueden encontrarse un buen número de técnicas y metáforas de notable efectividad terapéutica para el cambio de conducta. Mención especial merece el texto de Eifert y Forsyth (2005) que versa sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a los trastornos de ansiedad.



## 8. Referencias bibliográficas

- ARCOS GUIJARRO, S. Y CANO VINDEL, A. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada. **Psicología.com**, Vol. 3, nº 1.
- ARNTZ, A., DREESSEN, L., MERCKELBACH, H. (1991). Attention, not anxiety, influences pain. **Behaviour Research and Therapy**. Vol. 29 (1) 41-50.
- AVIA, M.D. (1986). Hiperventilación, ansiedad persistente y control respiratorio. **Análisis y Modificación de Conducta**, 12, 347-367.
- BADOS, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. En: Pérez, M.; Fernández, J. R.; Fernández, C. Y Amigo, I. (eds): Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Madrid.
- BAEZA VILLARROEL, J. C. (1994). Afrontamiento espontáneo contra-productivo en trastornos de ansiedad. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- BAEZA VILLARROEL, J. C. (2008). Más allá de los sesgos atencional e interpretativo. VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Benidorm.
- BALLESTER, R., BOTELLA, C. GIL, M.D., y FERRER, R. (1991b). Exactitud en la predicción del pánico. **Congreso Internacional Stress, Ansiedade e Desordens Emocionais**. Universidad do Minho, Braga, Portugal. 1 al 3 de Julio de 1991.
- BANDURA, A. (1978). Reflections on self-efficacy. En S. Rachman (ed.), **Advances in behaviour research and therapy**. (Vol. 1, pp. 237-269). Oxford: Pergamon.

- BANDURA, A. (1986). **Social Foundations of Thought and Action**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. Ed. española (1987): **Pensamiento y acción**. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- BARLOW, D. H. (1988a). **Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic**. The Guildford Press.
- BARLOW, D.H. (1988b). Future directions. En C.G. Last y M. Hersen (eds.). **Handbook of anxiety disorders**. New York: Pergamon.
- BARLOW, D.H. y CERNY, J.A. (1988). **Psychological treatment of panic**. The Guildford Press.
- BARLOW, D.H., CRASKE, M.G., CERNY, J.A. y KLOSKO, J.S.(1989). Behavioral treatment of panic disorder. **Behavior Therapy**, 20, 261-282.
- BECK, A.T. (1976). **Cognitive therapy and the emotional disorders**. Nueva York: International Universities Press.
- BECK, A.T., JOHN, A., SHAW, B.F., y EMERY, G. (1979). **Cognitive Therapy of Depression**. New York, The Guilford Press. Ed. española (1983): **Terapia cognitiva de la depresión**. Bilbao: Desclee de Brouwer, S.A.
- BECK, A.T. y EMERY, G. (1985). **Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective**. New York: Basic Books.
- BECK, A.T. Y CLARK, D. A. (1997) An Information Processing Model of Anxiety: Automatic and Strategic processes. **Behavior Research and Therapy**, 35,1, 49-58
- BECK, J. S. (2000).Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa
- BENNETT-LEVY, J.; BUTLER, G.; FENNELL, M. ET AL. (2005). **Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy**. Oxford New York: Oxford University Press.
- BALLERTER, R.; BOTELLA, C. y otros (1991). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico: adaptación del programa cognitivo-comportamental de Clark. **Análisis y Modificación de Conducta**, vol. 17, Nº 56, 871-891.
- BREZNITZ, S. (Ed.) (1983). **The denial of stress**. Nueva York: International Universities Press.

- BREZNITZ, S. (1971). A study of worrying. **British Journal of Social and Clinical Psychology**, 10, 271-279.
- BROADBENT, D.E. (1958). **Perception and Communication**. Pergamon Press. Ed. española (1983) : **Percepción y Comunicación** Madrid, Ed. Debate, S.A.
- BRUNER, J. Compilador: LINAZA, J.L. (1984). **Acción, pensamiento y lenguaje**. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- BRUNER, J., y HASTE, H. (1987). **Making sense. The Child's construction of the World**. Nueva York: Methuen. Ed. española (1990) : **La elaboración del sentido**. Barcelona, Paidós Ibérica S.A:
- BRUNER, J. (1966). **Toward a theory of instruction**. Belknap Press of Harvard University Press. Ed. española (1969): **Hacia una teoría de la instrucción**. Mexico, Editorial Hispano-americana
- BRUNER, J. (1975). The Ontogenesis of speech acts. **Journal of Child Language**, 2, 1-19.
- CATALAN BITRIAN, J. L. (1987). Principios de terapia cognitiva. Dep.Legal: B-36894-1987. Edición electrónica del autor: <http://www.cop.es/colegiados/A-00512/principios.html>.
- CLARK, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. En S. Rachman y J.D. Maser (Comps.). **Panic: Psychological perspectives**. Lawrence Erlbaum Associates
- CLARK, D.M. (1988). A cognitive approach to panic. **Behaviour Research and Psychological Review**, 51, 92-303.
- CLARK, D.M. (1989). Anxiety states. Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J.Kirk y D.M. Clark: **Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide**. Oxford University Press.
- CRASKE, M. G., ZINBARG, R. E., BARLOW, D.H. (2006). **Mastery of Your Anxiety and Worry. Therapist Guide**. New York: Oxford University Press.
- EIFERT, G. H. Y FORSYTH J. P. (2005). **Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders**. Oakland: Harbinger Publications

- ELLIS, A. (1980). **Razón y emoción en psicoterapia.** (Título original: Reason and emotion in psychotherapy) Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- FELTZ, D.L. (1982). Path analysis of the causal elements in Bandura's theory of self-efficacy and anxiety based model of avoidance behavior. **Journal of Personality and Social Psychology**, 4, 764-781.
- FELTZ, D.L. y MUGNO, D.A. (1983). A replication of the path analysis of the causal elements in Bandura's theory of self-efficacy and the influence of autonomic perception **Journal of Sport Psychology**, 5, 263-277.
- FERNANDEZ CASTRO, J. (1990). Un análisis del afrontamiento del estrés; en Carpintero H. y Carretero M: (Eds.) **Psicología técnica: investigación en procesos básicos.** Madrid, 1990.
- FERNANDEZ CASTRO, J. (1991). **Procesos de adaptación.** Memoria para la provisión de una plaza de Catedrático. Departamento de Psicología de la Educación, Area de Psicología Básica. Universidad Autónoma de Barcelona.
- FISCH, R.; WEAKLAND. J.; SEGAL, M. (1994). **La táctica del cambio.** Barcelona. Herder.
- FRANKL, V. E. (1980): **Ante el vacío existencial.** Barcelona: Herder
- FRANKL V. E (1963, 2003) **El hombre en busca de sentido.** Barcelona. Herder.
- GEORGE, A. L. (1974). Adaptation to stress in political decision making: The individual, small group, and organizational context. En G. V. Coelho, D.A. Hamburg y J. E. Adams (Eds.), **Coping and adaptation.** Nueva York: Basic Books.
- GUTIERREZ CALVO, M. y GARCIA GONZALEZ, M. D. (1997). Ansiedad y cognición, un marco integrador. **R.E.M.E.**, vol. 3, nº 4.
- HAAN, N. (1977). **Coping and defending: Processes of self-environment organization.** Nueva York: Academic Press.
- HARRE, R., CLARKE, D. y DE CARLO, N. (1985). **Motives and Mechanisms. An introduction to the psychology of action.** Londres y Nueva York: Methuem. Ed. Española: **Motivos y mecanismos. Introducción a la psicología de la acción.** Barcelona: Paidós Ibérica, S. A.

- HAYES, S. C.; STROSAHL, WILSON, K. G. (2003). **Acceptance and commitment therapy**. New York: The Guilford Press.
- JANIS, I. L. (1958). **Psychological Stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients**. Nueva York: Wiley.
- JANIS, I. L. y MANN, L. (1977). **Decision making**. N. York: Free Press.
- KAHN, R. L., WOLFE, D. M., QUINN, R. P., SNOEK, J. D. y ROSENTHAL, R. A. (1964). **Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity**. Nueva York: Wiley.
- LAZARUS, R.S. (1984). On the primacy of cognition. **American Psychologist**, 39, 124-129.
- LAZARUS, R.S., y FOLKMAN, S. (1984). **Stress, Appraisal and Coping**. Nueva York: Springer Publishing Company, Inc. Ed. española: (1986). **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona: Martínez Rosa, S.A.
- LEDoux (1999). **El Cerebro emocional**. Barcelona: Ariel-Planeta
- LEY, R. (1985). Agoraphobia, the panic attack and thehyperventilation syndrome. **Behavioral research therapy**, 23, 79-81.
- MAIRENA, M.A.; BALLESTEROS, M.; Martín, S. (2005). Paradojas y ansiedad. Interpsiquis 2005.
- MANDLER, G. (1975). **Mind and emotion**. Nueva York: Wiley.
- MARKS, I. (1981). **Cure and Care of Neorosis**. New York: John Wiley and Sons, Inc. Ed. española (1986): **Tratamiento de la Neurosis**. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- MARKS, I.M. (1987). **Fears, phobias, and rituals**. Oxford University Press, Inc. Ed. española: (1991). **Miedos, fobias y rituales. 1. Los mecanismos de la ansiedad**. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- MARKS, I.M. (1987). **Fears, phobias, and rituals**. Oxford University Press, Inc. Ed. española: (1991). **Miedos, fobias y rituales. 2. Clínica y tratamientos**. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- McKAY, M., DAVIS, M. y FANNING, P. (1981) **Thoughts & Feelings, The Art of Cognitive Stress Intervention**. New Harbinger Publications. Traducción al castellano (1985): **Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés**. Barcelona: Martínez Roca, S.A.

MECHANIC, D. (1974). Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions. En G. V. Coelho, D. A. Hamburg y J. E. Adams (Eds.), **Coping and adaptation**. Nueva York: Basic Books.

MERCADO MORENO, F. (2004). **Sesgos atencionales en la ansiedad rasgo y en la ansiedad estado**: un estudio electrofisiológico de la actividad cerebral. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

MILLER, S. M. (1980). When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful events by monitoring vs. blunting. En S. Levine y H. Ursin (Eds.), **Coping and health**. Nueva York: Plenum.

MILLER, G.A., GALANTER, E., y PRIBRAM, K.H. (1960). **Plans and the Structure of Behavior**. Holt, Rinehart and Winston, Inc. Ed. española (1983): **Planes y Estructura de la Conducta**. Madrid: Debate, S.A.

MORTON, J. (1969) The interaction of information in word recognition. **Psychology review**, nº 76.

NARDONE, G. (2002). **Miedo pánico, fobias**. Barcelona. Herder.

NARDONE, G. (2002). **Psicosoluciones**. Barcelona. Herder.

NARDONE, g. (2004). **El arte de la estratagema**. RBA libros. Barcelona.

NEISSER, U. (1967). **Cognitive psychology**. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

NORMAN, D.A. (1969). **Memory and Attention. An Introduction to Human Information Processing**. John Wiley and Sons, Inc. Ed. castellana (1973): **El procesamiento de la información en el hombre. Memoria y atención**. Buenos Aires: Paidós.

PALMERO, F. (1996). Aproximación biológica al mundo de la emoción. **Anales de psicología**, 12(1), 61-68.

PANKSEPP, J. (1991): *Affective Neuroscience: A conceptual framework for the neurobiological study of emotions*. En K.T. Strongman (Ed.) **International review of Studies of emotion** (pp. 59-99). New York: Jhon Wiley and Sons8.

PAPP, P (1997). Paradojas. En Minuchin, S. y Fishman, H. C: **Técnicas de terapia familiar**. Paidós. Barcelona.

PEARLIN, L. I. y SCHOOLER, C. (1978). The structure of coping. **Journal of Health and Social Behavior**, 19, 2-21

- PEÑATE, W.; PITTI, C. T.; BETHENCOURT, J. M.y GRACIA, R. (2006). Agorafobia (con y sis pánico) y conductas de afrontamento desadaptativas. Primera parte. **Salud Mental**, Vol. 29, n 2, 22-29.
- POWERS,M.B.; SMITS, J.A.;y TELCHM.J. (2004). Disentangling the effects of safety-behavior utilization and safety-behavior availability during exposure-based treatment: A placebo trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 72, 448-454.
- PRIBAN, K. H. (1980). The biology of emotions and other feelings. En R. Plutchik y h. Kellerman (eds) **Emoción, theory, research, and experience** Volume 1: Theories of emoción. New York; Academic (pp. 245-269). Traducción española (1988) : **Psicología de la Emoción**. L. Mayor (ed.). Valencia, Promolibro (pp. 107-140).
- RACHMAN, S.; RADOMSKY, A. S. y SAFRAN, R. (2008): Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and therapy*, 46, 163-173.
- RACHMAN, S., and LEVITT, K. (1988). Panic, fear reduction and habituation. **Behavior Research and Therapy**, 26, 199-206.
- RICH, A. R, WOOLEVER, D. K. (1988). Expectancy and self-focused attention: Experimental support for the self-regulation model of test anxiety. **Journal of Social and Clinical Psychology**. Vol. 7 (2-3) 246-259.
- RUIZ, M.A. y AVIA, M.D. (1987). Diferencias individuales en autocontrol dentro del paradigma de tolerancia a la estimulación aversiva. **Estudios de psicología**, 27/28, 75-85.
- SARASON, I.G. (1975a). Anxiety and self-preoccupation. En I.G. Sarason y D.C. Spielberger (Eds.), **Stress and anxiety** (Vol. 2, pp. 27-44). Washington, DC: Hemisphere.
- SARASON, I.G. (1975b). Test anxiety and the self-disclosing coping model. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 43, 148-153.
- SEARLE, J. (1969) **Speech acts**. Cambridge. Cambridge University Press
- SELIGMAN, M. E. P. (1975). **Helplessness**. San Francisco: W. H. Freeman. Traducción al castellano (1981): **Indefensión. En la depresión, el desarrollo y la muerte**. Madrid: Debate.
- SHELTON, Diane M., MALLINCKRODT, B. (1991). Test anxiety, locus of control, and self-efficacy as predictors of treatment preference. **College- Student- Journal**. Vol. 25 (1) 544-551.

SIMON, M.A. (1988). Autoeficacia y tolerancia a la estimulación aver-siva: Efectos diferenciales del Feedback atribucional. **Análisis de Conducta**, Vol. 14. Nº41, 401-416.

TOLMAN, E. C. (1959). **Principles of Purposive Behavior**. Nueva York: McGraw-Hill. Traducción al castellano (1977): **Principios de conducta intencional**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

VILLAMARIN, F. (1990). Papel de la auto-eficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. **Análisis y Modificación de Conducta**. Vol. 16, Nº 47, 55-77.

WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H. y FISCH, R. (1976). **Cambio. Formación y solución de los problemas humanos**. Barcelona: Herder, S.A.

WATZLAWICK, P. (1980). **El lenguaje del cambio**. Barcelona: Herder.

WATZLAWICK, P. (1981). **Teoría de la comunicación humana**. Barcelona: Herder

WATZLAWICK, P. (1986) **El arte de amargarse la vida**. Barcelona: Herder, S.A.

WATZLAWICK, P. (1988). **La realidad inventada**. Barcelona: Ed. Gedisa, S.A.

WELLS, A. (1991). Effects of dispositional self-focus, appraisal and attention instructions on responses to a threatening stimulus. **Anxiety Research**. Vol. 3 (4) 291-301.

WELLS, A.; CLARK, D.M.; SALKOVSKIS, P. y OTROS (1995). Social phobia: the role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.



