

Técnicas de exposición y autoexposición

F. Javier Pérez Pareja
Carmen Borrás Sansaloni

psicología clínica

guías técnicas




EDITORIAL
SÍNTESIS

TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN Y AUTOEXPOSICIÓN

F. JAVIER PÉREZ PAREJA
CARMEN BORRÁS SANSALONI



TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN Y AUTOEXPOSICIÓN

PROYECTO EDITORIAL PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie

GUÍAS TÉCNICAS

Directores:

Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN Y AUTOEXPOSICIÓN

F. JAVIER PÉREZ PAREJA CARMEN BORRÁS SANSALONI



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© F. Javier Pérez Pareja
Carmen Borrás Sansaloni

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995831-9-8

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Capítulo I. Aspectos generales

- 1.1. Presentación de las técnicas
- 1.2. Concepto y definición. Mecanismos explicativos de las técnicas
- 1.3. Características generales. Ventajas y desventajas de las técnicas
 - 1.3.1. Variables que inciden en la exposición*
 - 1.3.2. Modalidades de la exposición*
 - 1.3.3. Ventajas y desventajas*
 - 1.3.4. Predictores de éxito terapéutico en la terapia de exposición*
- 1.4. Principales aplicaciones. Exposición en vivo y exposición encubierta
 - 1.4.1. Tratamientos por exposición directa (exposición en vivo)*
 - 1.4.2. Tratamientos por exposición indirecta (exposición encubierta)*
 - 1.4.3. Exposición interoceptiva o exposición a las sensaciones temidas*

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 2. Protocolo de aplicación de las técnicas de exposición: guía para el terapeuta

- 2.1. Objetivos y criterios de aplicación
- 2.2. Técnicas de evaluación
- 2.3. Pasos en su aplicación: procedimiento básico y variaciones
 - 2.3.1. Procedimiento básico: la inundación*
 - 2.3.2. Variantes de la técnica*
- 2.4. Posibles problemas en su aplicación y recomendaciones para su solución
- 2.5. Material para el terapeuta

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 3. Protocolo de aplicación de las técnicas de autoexposición: guía para el paciente

- 3.1. Objetivos y criterios de aplicación
- 3.2. Técnicas de evaluación: autorregistros
- 3.3. Posibles problemas en su aplicación y recomendaciones para su solución
- 3.4. Material para la autoaplicación

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Clave de respuestas

Lecturas recomendadas y bibliografía

Aspectos generales

Con independencia de la técnica aplicada, cuando se intenta resolver un problema de conducta, en algún momento de la terapia o de la intervención habrá que acudir a las técnicas de exposición. Paso a paso o súbitamente, guiada o aplicada de manera autónoma, la exposición a los estímulos, a la situación o al momento real que ha producido el o los problemas de comportamiento es la única garantía de que éstos se han resuelto y las soluciones se han generalizado más allá del momento presente; es decir, se han generalizado temporalmente. De esta manera, la exposición garantiza que los cambios introducidos en el comportamiento sean permanentes y que la readaptación producida en la persona o personas tratadas tengan validez ecológica.

1.1. Presentación de las técnicas

La exposición se encuentra generalmente ligada a las técnicas derivadas del condicionamiento clásico, y, singularmente, vinculada a trastornos relacionados más o menos directamente con la ansiedad.

Fue Stampfl (1961) el primero en desarrollar la denominada terapia implosiva. Posteriormente, Baum (1968), eliminando los elementos psicodinámicos de la teoría de Stampfl, acuñó el término inundación para referirse al procedimiento consistente en la exposición prolongada a estímulos que producen ansiedad con el objeto de eliminar la respuesta fisiológica elicitada por los mismos.

Pese a que ambos términos se vienen utilizando de manera indiscriminada, tal como señalan Olivares, Méndez y García López (1999), entre ambas existen diferencias tanto respecto a las bases teóricas como al tipo de exposición a los estímulos aversivos, así como al contenido de los mismos.

En cuanto a las bases teóricas, el término inundación de Baum procede, exclusivamente, de la psicología experimental, mientras que la implosión deriva de formulaciones psicoanalíticas y experimentales.

Atendiendo al tipo de exposición, la inundación se puede realizar tanto en vivo como en imaginación, tanto con escape como sin él, aunque en el caso de la posibilidad de escape siempre se ha de eliminar la contingencia entre dicho escape y el estímulo condicionado. Por el contrario, la implosión hace referencia a la exposición en imaginación y siempre sin respuesta de escape.

Por último, y respecto al contenido de los estímulos, en la inundación son de naturaleza no dinámica y en la implosión dinámica.

Por ejemplo,

Antonio acude a consulta debido al malestar y a la sensación de mareo que experimenta ante la visión de la sangre, aparezca ésta de manera real o en películas o fotografías. Actualmente, el simple hecho de pensar en ello le produce la misma sintomatología. Asimismo, indica que las primeras reacciones coinciden cuando, aún siendo niño, se hizo un corte en la mano con una cortadora de césped que su abuela manipulaba. Al cortarse salió corriendo hacia la casa llorando y buscando a su madre, mientras su abuela continuó cortando el césped.

Desde una perspectiva conductual, si bien el episodio al que hace referencia Antonio puede explicarnos el origen remoto de la fobia a la sangre, dicho origen no tendría ninguna trascendencia en el tratamiento de la misma. Sin embargo, desde el punto de vista dinámico –implosión– el contenido traumático de este episodio tendría implicaciones conceptuales en el tratamiento del problema.

La terapia implosiva, en definitiva, parte del supuesto según el cual las conductas están mantenidas por estímulos condicionados de carácter simbólico relacionados con los procesos dinámicos de la personalidad. En consecuencia, una de las características básicas de esta técnica es su escasa base empírica en la que se sustenta, mientras que las técnicas de inundación se basan en numerosos estudios realizados sobre las conductas de evitación.

Entre los distintos estudios sobre la conducta de evitación que intentan explicar la eficacia de la inundación, cabe destacar la denominada teoría bifactorial de Mowrer (1947). La misma explica el comportamiento de evitación mediante un doble proceso de condicionamiento que implica los paradigmas clásico e instrumental u operante. Es decir, la adquisición del trastorno se debe a un condicionamiento clásico donde aparecería la respuesta de ansiedad o miedo, mientras que el mantenimiento del mismo se debería a un condicionamiento operante, donde la conducta de evitación reforzaría negativamente su mantenimiento.

Según esta teoría, la eficacia de la técnica reside en la obligación de la persona a estar expuesta a los estímulos generadores de ansiedad de modo que ella misma pueda comprobar la ausencia de consecuencias aversivas. No obstante, los resultados obtenidos en distintas investigaciones indican que la relación entre ansiedad y comportamiento de evitación no está tan clara, ya que, en algunas ocasiones, aun no apareciendo la respuesta de evitación, se mantienen la activación fisiológica y cognitiva. Como consecuencia de las

carencias explicativas de esta teoría, y tal como señalan Olivares, Méndez y García (1999: 119), se han desarrollado tres alternativas:

- a) Teorías de la respuesta competitiva (Baum, 1970; Page, 1955), las cuales explicarían la eliminación de la respuesta de escape por el aprendizaje de respuestas "competitivas" con la conducta de escape y que permiten afrontar el miedo, si bien se puede mantener la ansiedad.
- b) El modelo de habituación dual (Watts, 1979). Según este enfoque en la eliminación de las respuestas de ansiedad interviene, por un lado, la sensibilización, y, por otro, la habituación. De tal modo, la inundación incrementa la sensibilización mientras que la exposición prolongada daría lugar a la habituación.
- c) Las teorías cognitivas (Rimm y Masters, 1974; Seligman y Johnson, 1973). Según estas teorías, el que el sujeto se exponga a la situación temida y no experimente las consecuencias negativas en un principio esperadas tendría como consecuencia una reevaluación de la situación. Desde esta perspectiva se podría explicar la desaparición de la conducta de escape aun manteniéndose el temor y la activación.

1.2. Concepto y definición. Mecanismos explicativos de las técnicas

Ante todo, es importante hacer notar que las técnicas de exposición hacen referencia a un término un tanto ambiguo. Como es sabido, el procedimiento de dicha técnica consiste en la exposición repetida de una persona a los estímulos evocadores sin la presencia del supuesto estímulo incondicionado (EI). De esta manera se espera que el resultado sea la desaparición de la supuesta respuesta condicionada (RC).

Se pretende, por tanto:

- Que la persona se exponga de forma repetida a las situaciones que le generan malestar.
- Que lo haga durante períodos prolongados.
- Que la exposición se mantenga hasta que haya una cierta habituación que represente al menos el 25% de reducción del malestar.

Todo ello, obviamente, previniendo la conducta de huida, puesto que uno de los objetivos básicos será el romper el valor de reforzamiento negativo que hasta ese momento tenía la conducta de evitación.

Como ya se ha comentado, una de las premisas de partida es que los trastornos de ansiedad están provocados por algún tipo de condicionamiento, aunque tal como señalan numerosos autores esta afirmación, hoy en día, está puesta en duda. Con independencia

de la bondad de este aserto, sobre lo que no parece haber duda es que, en los primeros momentos, aparece una sensación de malestar inexplicable que posteriormente puede asociarse a estímulos o sentimientos que inducen a la evitación. Según Marks (1987), sólo este último momento responde a un proceso de condicionamiento, pero no así la situación inicial.

En este sentido, parece que el proceso de condicionamiento clásico sería suficiente para explicar la extinción de las fobias y rituales compulsivos, pero no la adquisición de los mismos.

Desde la perspectiva de la extinción el tratamiento consiste en la exposición repetida a los estímulos supuestamente condicionados (EECC) sin la presencia de estímulos incondicionados (EEII) aversivos, y, como resultado, en última instancia, se obtendrá la desaparición de la respuesta condicionada (RC).

Por su parte, los principios del condicionamiento operante pueden dar cuenta, al menos parcialmente, del mantenimiento de dichos fenómenos clínicos, reforzados negativamente, pero no parecen explicar su adquisición y sólo parcialmente su extinción.

En consecuencia, tal como señalan distintos autores, entre los que cabe destacar a Echeburúa y De Corral (1993), parece más útil precisar el conjunto de estímulos evocadores tanto internos como externos y de respuestas evocadas en lugar de manejar los conceptos habituales de los modelos de condicionamiento (EI, RI, EC y RC). El término estímulos evocadores equivaldría al de estímulo discriminativo y al de estímulo condicionado, pero no plantea suposiciones sobre las condiciones antecedentes relacionadas con los trastornos de conducta.

Asimismo, el modelo estímulos evocadores-respuestas evocadas posibilita:

Primero, una descripción más precisa y observable de los acontecimientos, y facilita, en segundo lugar, el diseño de una estrategia terapéutica –la exposición a una configuración estimular ansiógena– sin apelar a las dudosas condiciones etiológicas de los modelos de condicionamiento.

1.3. Características generales. Ventajas y desventajas de las técnicas

Tal como señalan Marshall, Gautier y Gordon (1979), las técnicas de exposición poseen como objetivo general reducir o eliminar las respuestas de ansiedad mediante la exposición a los estímulos ansiógenos durante períodos de tiempo prolongados evitando las consecuencias negativas de la exposición a dichos estímulos.

En función de la modalidad de presentación de los estímulos –en imaginación o en vivo–, en función del tipo de contenido –implosivo o no implosivo–, o en función del tipo de respuesta evocada –motora, fisiológica y/o cognitiva–, dichas técnicas presentan distintas formas de aplicación.

1.3.1. Variables que inciden en la exposición

A) Duración de la exposición e intervalos entre sesiones

Las sesiones de exposición largas son más eficaces que las cortas porque facilitan la habituación. Las sesiones largas, entendiendo por éstas la exposición cuya duración se prolonga hasta que el miedo o la ansiedad remiten, tienen mayor eficacia que las cortas; por el contrario, la sobreexposición, es decir, el mantenimiento de la exposición a partir de que el miedo o la ansiedad ya ha desaparecido, no mejora los resultados.

Por otra parte, la exposición tiende a potenciarse con intervalos cortos entre sesiones dado que ello facilita la habituación y dificulta el recondicionamiento.

B) Gradiente de exposición

En función del gradiente de exposición, súbita, brusca o repentina o gradual, las modalidades de exposición pueden recibir distintas denominaciones:

- *Inundación*, cuando el procedimiento de exposición al que se somete a la persona consiste en exponerle directamente a la situación que le genera más inquietud, malestar o ansiedad, y sin una preparación previa; es decir, sin entrenamiento previo en respuestas o estrategias de control sobre la conducta.

Mi tío Miguel tenía un caballo que manifestaba un gran temor a los papeles de periódico, ante los cuales relinchaba, reculaba y hacía difícil su monta. Un día, Miguel, harto de la ingobernabilidad del caballo, lo encerró en la cuadra que previamente había llenado de periódicos con un ventilador que los agitaba constantemente.

Hemos de señalar que mi tío consiguió que su caballo eliminara su miedo a los papeles de periódico.

- La *exposición gradual* con prevención de respuesta se realiza cuando se establece una jerarquía entre las situaciones ansiógenas exponiendo a la persona de manera progresiva a éstas, comenzando por las situaciones o estímulos de contenido menos ansiógeno a más ansiógeno.

María tiene miedo a las serpientes, y el simple hecho de decir la palabra "serpiente" le produce sobresalto y levanta los pies automáticamente. Esta respuesta es menor cuando la serpiente aparece en forma de dibujos, muñecos, peluches, artículo de broma, en la televisión y a través de una jaula.

Por otra parte, supone que lo peor sería verlas directamente (dice que nunca lo haría y que nunca lo ha hecho).

En el caso de María la exposición podría realizarse en el mismo orden: dibujo, muñeco, peluche, artículo de broma, imágenes, disecada e imagen real; es decir, presentación del propio animal.

- El término *implosión* viene siendo utilizado como sinónimo de las otras dos variantes antes señaladas, si bien para algunos autores la implosión consistiría en una inundación en imaginación en la cual se exageran las características ansiógenas del estímulo basándose en la presunción de que la exposición en imaginación a estímulos exagerados produce los mismos efectos que los estímulos ansiógenos reales.

Luisa teme a los ratones y si utilizáramos la implosión deberíamos darle instrucciones tales como que se imagine, con la máxima claridad posible, un montón de ratones paseándose a su alrededor; olisqueándole las zapatillas, haciendo hincapié en que imagine la presión de las patitas, el meneo de los bigotes, el tacto de los dientecitos sobre las zapatillas, etc.

En principio, el gradiente de exposición no parece ser una variable significativa para el éxito de la técnica. No obstante, resulta importante atender a algunas consideraciones prácticas, a saber: un ritmo demasiado rápido puede facilitar la reactancia del paciente propiciando la inobservancia de los procedimientos terapéuticos y en última instancia el abandono de la terapia; por el contrario, un ritmo lento conlleva también un proceso lento y puede resultar desmotivador para el paciente.

Por otra parte, atendiendo a términos de eficacia parece preferible utilizar la inundación. Si bien el uso de este procedimiento no siempre es posible debido a los problemas que pueden aparecer, por ejemplo, en personas mayores o en personas con trastornos cardiovasculares. Hay que señalar que algunos autores incluso han indicado la existencia de problemas de carácter ético en su aplicación.

En conclusión, el gradiente de exposición debe ser tan rápido como la persona pueda tolerar.

No obstante, a la tolerancia se han de sumar las posibles dificultades derivadas del grado de accesibilidad a la situación, estímulos o condiciones generadoras de ansiedad.

Es evidente que someter a un paciente con miedo a los ascensores a un proceso de inundación resulta mucho más accesible que utilizar este mismo procedimiento con personas con miedo a volar. De cualquier modo, gracias a los avances tecnológicos, en los últimos años se han venido desarrollando procedimientos virtuales de inundación, tal es el caso del uso de simuladores de vuelo o técnicas similares.

C) Grado de activación y nivel atencional

Desde el punto de vista terapéutico, resulta evidente que los elementos reductores de ansiedad tienen interés no sólo durante la exposición, sino también antes de la misma a fin de que el paciente no anticipe la situación aversiva y, por tanto, la evite. De tal modo, resulta imprescindible que la persona mantenga un cierto nivel de atención asociado a un grado mínimo de activación ante los estímulos externos o internos presentes en la exposición. En otras palabras, se requiere que la exposición sea no sólo física, sino también emocional para que sea funcional. Esto se debe a que el paciente puede experimentar una disociación recurriendo a un "bloqueo emocional" o distracción cognitiva o a "amuletos" o, simplemente, atendiendo a otros aspectos menos desagradables de los que están presentes en la exposición; a resultas de lo cual, la eficacia del tratamiento disminuirá considerablemente. En definitiva, la fijación o el compromiso atencional en las tareas de exposición constituye un requisito imprescindible en la correcta aplicación de la técnica.

Cuadro I. I. Variables que influyen en la exposición

<i>Variable</i>	<i>↑ Eficacia</i>
Duración de la exposición	Larga
Intervalos entre sesiones	Cortos
Gradiente de exposición	Inundación
Grado de activación	↔
Nivel atencional	↑
Estrategias de afrontamiento	Si suponen implicación atencional

En este sentido, cabe hacer una llamada de atención al hecho de que con demasiada frecuencia muchos pacientes remitidos a tratamiento psicológico que conlleva la aplicación de técnicas de exposición están sometidos a tratamientos farmacológicos. Como es bien sabido, entre los efectos secundarios de los mismos se encuentra la afectación de los niveles atencionales que puede incidir significativamente en la eficacia del uso de estas técnicas. En tal caso, la falta de eficacia no se derivaría de la propia

técnica, sino que sería atribuible a la reducción atencional producida por los fármacos. En consecuencia, en estos casos resulta necesario cuestionarse la intervención a seguir mientras no se eliminen, reduzcan o controlen los fármacos o los efectos secundarios de los mismos.

En cuanto al grado de activación, es importante señalar que no hacen falta niveles de activación muy altos, pero tal como se ha indicado, sí se requiere una implicación atencional importante en la situación de exposición. En las primeras definiciones se afirmaba la necesidad de altos niveles de activación; no obstante, actualmente se pone el énfasis en la importancia de la implicación atencional. En este sentido, la persona debe estar pendiente de lo que acontece en el momento de la exposición, cuestión directamente relacionada con el caso particular de la medicación y de las estrategias de afrontamiento.

Un buen predictor del éxito de la exposición es que la línea base de la conducta problema del paciente presente respuestas de activación, sobre todo fisiológicas, muy elevadas ante los estímulos temidos.

¿Qué hacer para favorecer la implicación atencional? Como paso previo, hay que señalar tres grandes motivos por los cuales una persona puede disminuir su implicación atencional:

- Por el consumo de ansiolíticos.
- Por mantener un estado excesivamente relajado y/o distraído de la estimulación por el recurso a amuletos, objetos o distracción cognitiva.
- Cuando el nivel de ansiedad es excesivamente elevado en los momentos previos a la exposición.

Ante estas condiciones se pueden utilizar las siguientes estrategias básicas:

- Utilizar procedimientos de exposición más graduales, es decir, por jerarquías.
- Utilizar técnicas de reducción de ansiedad previamente a la exposición (como, por ejemplo, la relajación).
- Utilizar una combinación de ambas.

D) Estrategias de afrontamiento

Entendemos por estrategias de afrontamiento cualquier acción que una persona realiza para controlar una demanda ambiental. En términos generales, las estrategias de afrontamiento pueden ser útiles previamente a la exposición o durante la misma, pero siempre y cuando éstas no vayan en contra de la implicación atencional del paciente.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son:

1. Relajación.
2. Respiración.
3. Distracción cognitiva y autoverbalizaciones.

La utilidad de estas estrategias radica en que el recurso a las mismas provoca que las personas se impliquen atencionalmente en mayor medida y disminuyan las respuestas de huida. Por tanto, su uso se recomienda cuando éstas favorezcan el mantenimiento de la persona en la situación de exposición.

Por otra parte, el entrenamiento en relajación está especialmente recomendado en aquellos casos en los cuales el paciente presenta síntomas de hiperventilación ante el estímulo o situación temida.

E) Otros aspectos relevantes

- Especificidad de la habituación. Generalmente, las tareas de exposición son programadas específicamente y con relación a las situaciones problema. Este emparejamiento está basado en el modelo clásico de Sokolov, según el cual, la habituación a un estímulo es función de la activación repetida de sus representaciones neurales potenciada a su vez por la semejanza de los estímulos con dichas representaciones. En este sentido, la exposición tendería a reducir sólo las conductas de evitación tratadas con una capacidad muy reducida de generalización. Así, la exposición respondería más a un proceso de habituación específica que a la adquisición de habilidades globales de afrontamiento o "coping" de la situación.
- Conductas de escape durante y después de la exposición. Como se ha señalado en otro lugar, las conductas de escape de breve duración, seguidas de una reexposición inmediata a los estímulos temidos, no afectan, básicamente, a la eficacia terapéutica; igualmente, tal como indican numerosos trabajos empíricos, una conducta de escape más prolongada tras una exposición en vivo en presencia del terapeuta tampoco impide la mejoría del paciente.
- Información y exposición. La información específica sobre los progresos del tratamiento, bien en forma de "feed-back" externo por parte del terapeuta, o bien en forma de autorregistros, contribuye a aumentar la eficacia de la exposición.

Por otra parte, parece que las técnicas de "biofeed-back" no potencian el valor específico de la exposición; y, por último, en este breve apartado, cabe destacar la interacción que existe entre las expectativas de autoeficacia y la autoexposición. Sobre este particular, las expectativas de autoeficacia positivas motivan y facilitan la ejecución de las tareas de autoexposición y, a su vez, la autoexposición exitosa potencia el cambio

de expectativas.

1.3.2. Modalidades de la exposición

De lo expuesto se desprende que el principio básico de la técnica de exposición es, precisamente, que la persona se someta a la situación o situaciones elicitoras del problema. Asimismo, es importante hacer notar que el procedimiento de aplicación de dicha técnica presenta distintas variantes en función del modo de presentación de los estímulos. Los estímulos utilizados en la exposición pueden presentarse, en vivo, imaginados, filmados, grabados, en cinta, o presentados mediante la técnica del "role playing", dramatización o ensayo conductual.

La inmensa mayoría de estudios dicen que la técnica funciona mejor en vivo que en imaginación. Paradójicamente, la tradición hacía que se utilizara primero la técnica en imaginación y después en vivo; sin embargo, este procedimiento supone una pérdida de tiempo y dinero. Además, la exposición en imaginación plantea un problema adicional debido a que la presentación de los estímulos ansiógenos en vivo pueden seguir suscitando problemas al paciente a pesar de haber logrado su habituación en imaginación.

La primera distinción en las modalidades de aplicación de la técnica de exposición se refiere a las características objetuales de los estímulos presentados, pudiendo diferenciarse entre:

- a) *Exposición en vivo*: cuando los estímulos ansiógenos presentados a la persona son los mismos que le producen el malestar en su vida cotidiana. Por ejemplo, a un paciente con miedo a montar en ascensor el terapeuta le sometería a la situación real de subirse a uno. En este caso, como en todos los demás, no debemos olvidar que la exposición puede ser también gradual aunque sea en vivo.
- b) *Exposición en imaginación o encubierta*: cuando los estímulos que se presentan al paciente son elicitados de forma imaginada en situación de consulta y normalmente a través de las descripciones de la situación ansiógena que proporciona el terapeuta. Siguiendo el ejemplo anterior, en este caso el terapeuta iría describiendo aspectos tales como estar en el descansillo, pulsar el interruptor de llamada del ascensor, abrir la puerta, introducirse, etc.

En esta modalidad es importante que el terapeuta describa los distintos componentes de la situación de forma precisa con el fin de que el paciente imagine la escena lo más vividamente posible.

Cuadro 1.2. Modalidades de la exposición

Criterio diferencial	Modalidad de aplicación	
	En vivo	En imaginación o encubierta
Presentación del estímulo		
Personas a las que va dirigida	Individual	En grupo
Terapeuta	Presente	Ausente

Igualmente, debemos indicar que algunos autores consideran que en el caso de la exposición en imaginación es recomendable la exageración o incremento de intensidad de los aspectos negativos de la escena a imaginar. Así, y siguiendo con nuestro ejemplo, en tal caso deberíamos proporcionar descripciones del tipo: "Imagínese, con la máxima claridad posible, que se encuentra en el descansillo de la escalera, está muy oscuro, la escalera cruje, y tras pulsar el botón de llamada se escucha el chirrido de un ascensor renqueante que sube..."

- c) *Exposición "virtual"*. Dados los avances de la tecnología en los últimos años se han venido desarrollando una serie de procedimientos de naturaleza más o menos virtual que, sin llegar a constituir una exposición en vivo propiamente dicha, sí permite exponer al paciente a una situación "tal como si fuera en realidad". Procedimiento muy similar a los denominados tests situacionales.

Éste es el caso de métodos tales como el uso de simuladores de vuelo en el tratamiento de las fobias a volar, o los programas de realidad virtual utilizados en el tratamiento de distintos tipos de fobias.

Como conclusión y desde el punto de vista experimental debemos destacar que las técnicas de exposición en vivo presentan una alta validez externa o ecológica, debido a lo cual los resultados obtenidos durante su aplicación son altamente generalizables temporalmente. Por el contrario, la aplicación de este procedimiento supone una cierta pérdida de control sobre las variables intervinientes en la situación. Es decir, una disminución de la validez interna. Por su parte, los procedimientos encubiertos incrementan la validez interna del proceso, pero presentan problemas de validez externa, por lo que en la mayoría de las ocasiones, para lograr una adecuada generalización de los resultados, el uso de las técnicas encubiertas debe completarse con técnicas de autoexposición o exposición en vivo.

Frente a los problemas de generalización de los procedimientos encubiertos, las aplicaciones virtuales de la exposición mantienen los altos índices de validez interna de éstos, pero incrementando la validez ecológica y, por tanto, disminuyendo los problemas de generalización. En este sentido, para garantizar la generalización, resulta de especial

importancia mantener el mayor grado de realismo posible en las imágenes y sonidos de las imágenes virtuales presentadas.

Por otra parte, aunque en la mayoría de los casos las técnicas de exposición son aplicadas de manera individual, en algunas ocasiones pueden aplicarse en grupo.

Según la literatura y la experiencia clínica, con la aplicación individual y con la exposición grupal se obtienen resultados muy similares, si bien, como es obvio, la utilización de una u otra modalidad de aplicación dependerá, entre otros aspectos, del tipo de problemas a tratar y de las condiciones personales del paciente. En este sentido, la exposición grupal está especialmente indicada:

- Cuando el paciente vive solo y por tanto tiene pocas probabilidades de ejercitar determinados comportamientos, como puede ser interactuar con otras personas en determinadas situaciones de la vida cotidiana; o en otros casos, mantener interacciones con personas del otro sexo en situaciones de ocio.
- Cuando carece de habilidades sociales y de estrategias de interacción personales. En este caso, es evidente que la propia naturaleza social de los problemas requieren de un entrenamiento también social.
- Cuando mantiene una relación de pareja conflictiva, de modo que la pareja difícilmente puede actuar como coterapeuta, bien por falta de interés o bien por los problemas existentes entre ellos que pueden contribuir en el incremento de las respuestas de ansiedad. Éste sería el caso de hacer demandas cotidianas que pueden suponer un problema, como, por ejemplo, pedir colaboración en el mantenimiento del orden en el hogar o acordar quién se responsabiliza de llevar diariamente los niños al colegio.

Asimismo, la modalidad grupal ofrece una serie de ventajas en los casos de inhibición social, especialmente en el tratamiento de la fobia social y en el tratamiento de la ansiedad ante situaciones de interacción social; debido a que en estos casos la percepción de amenaza en situación de interacción social real produce una mayor tasa de rechazos y abandono de los tratamientos, por ello, el tratamiento grupal en consulta previo a la exposición en situación real parece ser el procedimiento más adecuado para evitar dichos abandonos.

Habría que añadir al respecto que el alcance terapéutico específico de la exposición en grupo se deriva más del efecto motivacional que supone para cada paciente la realización de las tareas y los refuerzos sociales obtenidos en las sesiones grupales que del aprendizaje observacional propiamente dicho. Por tanto, la exposición en grupo debería ser entendida, a excepción del caso particular del entrenamiento en habilidades sociales (HHSS), más como un elemento facilitador de la terapia que como terapéutico en sí mismo.

No obstante, aunque las tareas de exposición sean planificadas y evaluadas grupalmente, la ejecución de las mismas se ha de realizar de manera individualizada. Es decir, deben ser específicas para cada paciente teniendo en cuenta sus problemas

concretos y el análisis funcional de los mismos. Por tanto, aunque el entrenamiento sea grupal el terapeuta no debe perder de vista el carácter directivo del entrenamiento y aplicar el procedimiento de manera específica a cada paciente (a cada miembro del grupo). En otras palabras, ha de tener en cuenta los problemas, necesidades y avances de cada uno de ellos, reforzando diferencialmente y manteniendo objetivos no sólo grupales, sino básicamente individuales.

Cuadro 1.3. Aplicación de la técnica

*Criterios para la correcta aplicación de las técnicas
de exposición y autoexposición*

- Establecer metas realistas.
- Identificar y operativizar cada una de las conductas problemáticas.
- Practicar regularmente la autoexposición con cada una de ellas.
- Evaluar el nivel de ansiedad en cada ensayo.
- Planificar y manejar adecuadamente la posible aparición de contratiempos.

En otro orden de cosas, durante el tratamiento la influencia del terapeuta es un factor fundamental en la exposición a las situaciones ansiógenas sean éstas encubiertas o reales. Desde esta perspectiva, por tanto, podemos distinguir entre modalidades de exposición según la presencia o ausencia del terapeuta.

En la exposición a las situaciones ansiógenas reales la retirada de dicha influencia puede detener el progreso posterior. De tal modo, la presencia inicial de otra persona en las tareas de exposición tiene que ir desapareciendo gradualmente para hacer que el paciente se enfrente por sí solo a las situaciones temidas.

Por ello, la autoexposición constituye un complemento indispensable del resto de las modalidades de aplicación de las técnicas de exposición sea encubierta, sea en vivo, sea individual o grupal. Sólo podemos garantizar la generalización de los resultados de la exposición si ésta viene acompañada por la autoexposición exitosa del paciente a la situación problema.

En este sentido, podemos resumir los principales objetivos de la autoexposición en tres:

- a) Reducir la dependencia del paciente a las indicaciones y presencia del terapeuta.
- b) Reducir el tiempo de la terapia en situación de consulta.

- c) Facilitar la generalización de los resultados terapéuticos, tanto a la situación real como temporalmente, lo que conlleva el control de posibles recaídas.

Aunque se volverá sobre este tema en un capítulo posterior, parece adecuado en este momento realizar algunas puntualizaciones.

En este sentido, para aplicar correctamente la autoexposición se deberían tener en cuenta los siguientes requisitos:

- Establecer metas realistas.
- Identificar y operativizar cada una de las conductas problemáticas.
- Practicar regularmente la autoexposición con cada una de ellas.
- Evaluar la reducción del nivel de ansiedad en cada ensayo.
- Planificar y manejar adecuadamente la posible aparición de contratiempos.

Los componentes fundamentales de esta modalidad de exposición se centran en la óptima explicación del procedimiento a seguir por parte del terapeuta y de la sistematización de las instrucciones y pautas para lograr así una autoexposición prolongada en vivo a las situaciones ansiógenas o conflictivas.

Por otra parte, la autoexposición es un procedimiento terapéutico mucho más potente que la exposición dirigida por el terapeuta siempre que un coterapeuta – habitualmente un familiar– acompañe al paciente en las fases iniciales de las tareas de autoexposición, así como que el paciente cuente con un manual o guía de autoayuda.

Asimismo, resulta aconsejable que el paciente realice un autorregistro o "diario estructurado" de las tareas de exposición realizadas para poderlas someter a discusión con el terapeuta. En este sentido, cabe recordar que el registro de las tareas realizadas por el paciente proporciona un "feed-back" inmediato, lo cual contribuye a reforzar la motivación del mismo y permite identificar rápidamente posibles problemas.

Además, el manual o guía de autoayuda y los registros diarios resultan de gran interés debido a que, como es bien sabido, la ansiedad interfiere en el recuerdo y dificulta la recuperación de las instrucciones terapéuticas.

Cabe recordar, igualmente, que las simples "tareas para casa" hay que entenderlas como tareas de autoexposición. En otras palabras, no son útiles en sí mismas salvo en la medida que impliquen la realización de tareas de exposición.

Finalmente, indicar que el éxito de la autoexposición radica en el protagonismo que adquiere el paciente y en la atribución del éxito a sus propios esfuerzos. Cuestión que debería ser tenida en cuenta en todo el proceso de evaluación e intervención, requiriendo, en algunos casos, una intervención o entrenamiento específico.

1.3.3. Ventajas y desventajas

Tal como se ha señalado en párrafos anteriores, las técnicas de exposición son

aplicadas fundamentalmente en problemas relacionados con la ansiedad, por ello, como ventaja general de estas técnicas cabe hacer hincapié en su aplicabilidad, en principio, a todos los trastornos de tal naturaleza. Sin embargo, no parece conveniente hablar de ventajas y desventajas de las técnicas en términos generales, sino que resulta más adecuado hacerlo en relación con cada uno de los trastornos a tratar, así como en función de la modalidad de aplicación de la misma.

A) Fobias

En principio, las fobias específicas resultan más fáciles de tratar que la agorafobia y que la fobia social. En general, el tratamiento más eficaz para las fobias específicas es la exposición en vivo a las situaciones temidas, aunque en algunos casos pueden tener que completarse con otras técnicas como la relajación. Es decir, la relajación puede ser utilizada como complemento de la exposición debido a que la relajación por sí misma apenas tiene efectos terapéuticos en los trastornos fóbicos.

Por otra parte, la exposición en imaginación y la desensibilización sistemática también constituyen técnicas eficaces, aunque parece que en menor medida que la exposición en vivo, si bien la desensibilización sistemática parece ser un tratamiento muy débil para la agorafobia y apenas se muestra superior a una mera terapia de apoyo, por lo cual la exposición en vivo, sin duda, resulta mucho más eficaz. Sin embargo, no podemos olvidar que se estima que un 10% de las personas con trastornos fóbicos no quiere exponerse al estímulo ansiógeno, siendo esto especialmente cierto en el caso particular de la agorafobia.

De cualquier modo, es un hecho que los procedimientos en imaginación necesitan de la práctica en vivo para garantizar su generalización. Además, otro problema añadido en los procedimientos de imaginación se deriva del hecho de que nunca estamos seguros de lo que en realidad está imaginando la persona.

Por otra parte, la mayoría de los clínicos señalan la autoexposición como técnica complementaria a la propia exposición sea ésta en vivo o en imaginación.

Cabe señalar aquí que entre la autoexposición y la exposición se encontraría la autoexposición asistida consistente en que la persona se exponga al estímulo o a la situación aversivos acompañada por el propio terapeuta o por algún allegado.

Asimismo, uno de los problemas habituales en el tratamiento de las fobias tiene que ver con la aparición de ataques de pánico. En este sentido, parece que la práctica gradual resulta incompatible con la ocurrencia de los mismos. Sin embargo, su probabilidad de ocurrencia se incrementa si el paciente hace interpretaciones catastrofistas de la situación. De tal modo, en estos casos, hay que intentar contrarrestar este tipo de pensamientos mediante, por ejemplo, el entrenamiento en el uso de pensamientos adecuados. Aun así, si apareciera un ataque de pánico hay que procurar permanecer en la situación hasta que éste disminuya, alejándose lo menos posible de la situación, y volver a la misma lo antes

posible una vez que la persona se haya tranquilizado suficientemente, es decir, cuando al menos haya alcanzado niveles de ansiedad manejables.

En cuanto a las desventajas del uso de estas técnicas en el tratamiento de las fobias, tal vez la más destacable sea la derivada de la evaluación de su eficacia, dado que, junto al hecho de que muchas de las personas que padecen fobias no buscan tratamiento, existen pocos estudios controlados acerca de la eficacia de las mismas.

Dicho en otras palabras: aunque junto a la existencia de fobias muy inhabilitantes (debido al grado de interferencia que produce en la vida de las personas que las padecen), lo cual determina en gran medida la búsqueda de tratamiento, sobre las cuales sí disponemos de información acerca de su incidencia, prevalencia y eficacia de las técnicas de exposición, existe un numeroso grupo de fobias acerca del cual carecemos de datos suficientes, bien porque la ocurrencia temporal del estímulo fóbico es muy baja (por ejemplo, las tormentas de verano) o bien porque la persona que la padece no ve interferida su vida en exceso, o ambas a la vez.

Por último, en cuanto a las fobias específicas, tal como señala Bados (1998), prácticamente no existen investigaciones que permitan identificar predictores estables de los resultados del tratamiento.

B) Fobia social

La mayoría de los autores coinciden en destacar que la exposición a los estímulos temidos es una técnica necesaria en el tratamiento de la fobia social. Sin embargo, en este caso, las sesiones de exposición son más difíciles de programar que en otros trastornos fóbicos. Resulta evidente que la variabilidad de las situaciones sociales es mayor que en cualquier otra fobia, y, asimismo, que las situaciones evitadas son de menor duración, lo que impide llevar a cabo sesiones prolongadas, las cuales, como se recordará, han demostrado ser más efectivas.

En este caso se recomienda programar sesiones de exposición cortas, pero de alta frecuencia, señalándole al paciente la necesidad de la realización de tareas de autoexposición a las distintas situaciones sociales ante las que presenta problemas, indicándole, igualmente, que las situaciones sociales presentan una elevada variabilidad. En este sentido, resulta beneficioso pautar las autoexposiciones en función de las situaciones de menor a mayor dificultad para la persona. Sobre este particular y tal como señala Butler (1985), el uso de guías de autoayuda ha demostrado el incremento de la eficacia de dichas autoexposiciones.

Por otra parte, como es obvio, la fobia social está relacionada con la interacción de la propia persona con su medio que, por definición, es de naturaleza social. De ahí que en las intervenciones en las fobias sociales sea altamente recomendable la modalidad grupal de tratamiento. En este caso, los ensayos conductuales entendidos como exposiciones simuladas tienen su máxima expresión.

C) Agorafobia

A pesar de la eficacia de la exposición en vivo en el tratamiento de la agorafobia, es un hecho incuestionable el elevado índice de abandonos que se producen. En este sentido, la mayoría de los autores coinciden en indicar que el mayor problema de las técnicas de exposición en vivo es la escasa adherencia al tratamiento por parte de este tipo de pacientes. En consecuencia, y como alternativa, se sugiere que la exposición en vivo sea aplicada en combinación con otro tipo de procedimientos tal como entrenamiento en respiración y relajación, técnicas cognitivas –por ejemplo, entrenamiento en autoinstrucciones o intención paradójica–, aunque es importante hacer notar que no existe consenso entre los distintos autores acerca del incremento de la eficacia y de la adherencia al tratamiento derivado del uso de estas técnicas.

Asimismo, en el tratamiento del pánico y de la agorafobia el uso de fármacos, junto con procedimientos cognitivo-conductuales, ha recibido gran atención de numerosos clínicos e investigadores.

No obstante, hay que recordar que los psicofármacos no sólo no favorecen la eficacia de la técnica, sino que además pueden empeorarla, entre otras cuestiones, porque la relajación inducida por el fármaco disminuye la implicación atencional y, además, la persona tiende a atribuir la reducción de la ansiedad a la medicación en lugar de a la exposición, lo cual no favorece las siguientes exposiciones en situación real.

Cuadro 1.4. Recomendaciones en la aplicación de la técnica para los trastornos por ansiedad

Trastorno	Modalidad de aplicación
Fobia simple	Exposición en vivo
Fobia social	Exposición en grupo
Agorafobia	Procedimientos combinados
Trastorno obsesivo-compulsivo	Exposición + prevención de R
Ansiedad generalizada	-----

D) Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

En el caso particular del TOC *la exposición y la prevención de respuesta se consideran el tratamiento de primera elección* (Cruzado, 1998: 384), habiéndose

demostrado su elevada eficacia en su aplicación a distintos problemas obsesivo-compulsivos. Aunque se recomienda la utilización de la exposición en vivo, parece aconsejable recurrir a una presentación pautada y jerárquica de las situaciones elicitoras de ansiedad para la persona. Sin embargo, en algunos casos, debido a las características del problema y/o del paciente, resulta más adecuado realizar exposición en imaginación. Como por ejemplo:

- Cuando el miedo obsesivo hace referencia más a imágenes internas que a estímulos de naturaleza externa. Un ejemplo vendría dado por el caso de una paciente que presentaba un gran temor a la separación de su pareja, manifestando *que su alma no podría soportar dicha situación*.
- Cuando la persona manifiesta un gran miedo a las consecuencias desastrosas de la no realización del ritual. Tal es el caso, como se verá más adelante, de Guillermo, que pensaba que de no comprobar válvulas, llaves, etc., de las instalaciones de la empresa en la que trabajaba se produciría una gran catástrofe con explosión, incendio y pérdida de vidas humanas.
- Cuando la exposición en vivo no permite un completo acceso al componente obsesivo del trastorno. En esta situación se encontraba Antonio, que por su profesión –farmacéutico– mantenía un gran temor a poder contagiarse y contagiar a su familia. La exposición en vivo a situaciones de contacto con monedas, muestras de laboratorio, etc., no resultaba suficiente para acceder al componente obsesivo que estaba fuertemente instaurado en pensamientos derivados del no control sobre los agentes patógenos que al ser microscópicos no podían ser controlados aun estando expuesto al contacto con elementos que los podían contener.

E) Ansiedad generalizada

En el tratamiento de la ansiedad generalizada parece difícil recomendar un tratamiento concreto para la misma, si bien la tendencia es combinar relajación, exposición en vivo y reestructuración cognitiva. Aunque Brown, O'leary y Barlow (1993) proponen un tratamiento combinado que incluye reestructuración cognitiva, exposición a la preocupación, relajación, prevención de conductas de preocupación, sistematización temporal y solución de problemas. En general, para este tipo de trastornos se proponen "paquetes" de intervención, aunque, no obstante, la aplicación de dichos paquetes multicomponentes de tratamiento parecen eficaces y últimamente muy extendidos en el tratamiento de cualquier tipo de trastornos de comportamiento, presenta el problema derivado de la imposibilidad de discriminar el porcentaje de la variancia explicada por cada uno de los procedimientos en la eficacia de los mismos. En consecuencia es posible que junto al probable efecto placebo de alguna o algunas de estas técnicas, estemos

sometiendo al paciente a sesiones y tratamientos irrelevantes para la solución de sus problemas.

En todo caso, hay que hacer hincapié en que la autoexposición en vivo aparece como un procedimiento eficaz y, por tanto, relevante en el tratamiento de este trastorno.

1.3.4. Predictores de éxito terapéutico en la terapia de exposición

A pesar de las pocas investigaciones acerca de la existencia de predictores estables de los resultados en el tratamiento de los distintos trastornos tratados con exposición, la revisión de las mismas parecen señalar la existencia de algunos aspectos que permiten anticipar, de alguna manera, la eficacia del mismo.

En primer lugar, podemos distinguir entre predictores previos al tratamiento, predictores durante el tratamiento y predictores postratamiento.

En cuanto a los predictores previos al tratamiento se puede anticipar un mayor éxito terapéutico si el paciente:

- Manifiesta conductas evitativas claramente definidas.
- Presenta un estado de ánimo "normal".
- Cumple las prescripciones terapéuticas.
- No recurre al consumo de alcohol o ansiolíticos para exponerse a la situación temida.

Por su parte, los predictores de éxito durante el tratamiento se concretarían en:

- El cumplimiento de manera continuada de las instrucciones del terapeuta.
- La implicación atencional.
- La observación de un progreso evidente en las primeras sesiones de tratamiento.

Por último, y en cuanto a los predictores después del tratamiento, cabe señalar que la existencia de abandonos en la práctica regular durante las tareas de exposición y el aislamiento social pueden ser indicadores de dificultades en el mantenimiento de los logros terapéuticos a largo plazo.

1.4. Principales aplicaciones. Exposición en vivo y exposición encubierta

Como se ha comentado en numerosas ocasiones, las técnicas de exposición están especialmente recomendadas en el tratamiento de los trastornos por ansiedad. Sin embargo, dentro de los distintos tratamientos de exposición podemos distinguir, al menos,

dos tipos. Por una parte los tratamientos por exposición directa y por otra los tratamientos por exposición indirecta.

1.4.1. Tratamientos por exposición directa (exposición en vivo)

Durante este tipo de tratamientos el paciente es llevado a enfrentarse de manera directa con sus miedos, encarándose con las distintas situaciones que antes evitaba. La diferencia entre los distintos métodos de exposición directa está en función de la rapidez con que el paciente es expuesto a las situaciones ansiógenas.

En este sentido, la técnica de *inundación* consiste en la exposición rápida a estímulos ansiógenos impidiendo que se produzca la huida. Igualmente, los ensayos deben ser repetidos y de exposición prolongada, siendo lo fundamental de esta técnica la reducción subjetiva de ansiedad por parte del paciente durante el ensayo y no la cantidad de tiempo de exposición. Por otra parte, es importante señalar que el ensayo debe mantenerse hasta que este fenómeno se produzca, ya que, si no es así, se reforzarán las conductas de evitación.

Durante el proceso de aplicación de este procedimiento, las tareas del terapeuta incluyen:

- Informar al paciente.
- Ordenar el procedimiento y las sesiones.
- Seducir o, lo que es lo mismo, motivar al paciente.
- Reforzar y sostener los avances terapéuticos; modelar la conducta del paciente.
- Utilizar el humor, es decir, desdramatizar las situaciones conflictivas para el paciente.
- Y, por supuesto, aplicar correctamente la técnica.

Dentro de esta técnica podemos distinguir diferentes tipos, cuyas diferencias se basan en la mayor o menor participación del terapeuta en las distintas exposiciones y en la posibilidad de que éstas se hagan de forma gradual, permitiendo, por tanto, que el paciente se enfrente en un primer momento a situaciones de ansiedad no muy elevadas.

En el caso de la exposición directa a las situaciones u objetos temidos, pero de forma gradual, algunos autores denominan a este procedimiento *desensibilización sistemática (DS) en vivo*.

Si bien cabe señalar aquí que, atendiendo tanto a la literatura científica sobre el tema como a la experiencia clínica, la utilidad de la inundación es máxima en casos de fobias específicas y problemas obsesivo-compulsivos.

Otra de las técnicas de exposición directa es la denominada *modelado participante* basado en el refuerzo vicario y en las estrategias de afrontamiento centradas en los efectos de la ejecución.

El modelado es útil cuando se requieren habilidades conductuales que la persona no posee para afrontar la situación. Igualmente, el modelado parece especialmente útil en niños debido a que la exposición de un modelo al objeto fóbico puede servir de gran ayuda. En el caso, por ejemplo, de adquirir habilidades de interacción con un objeto fóbico:

El niño tiene que sacar un gato de la cocina y si para ello le da una patada, el gato puede arañarle. Ahora bien, si el niño ve cómo se coge al gato, aprenderá a cogerlo aprendiendo las habilidades que le permitan interactuar con el gato y eliminar las conductas de evitación ante el animal.

Asimismo, algunos autores recomiendan su uso en el entrenamiento de habilidades y estrategias de interacción social en niños y adolescentes.

Podríamos señalar a modo de ejemplo el aprender a interactuar en las colas de espera y no evitarlas. *Con mucha frecuencia encontramos, sobre todo en jóvenes y adolescentes, personas que no reclaman sus derechos y que inhiben su comportamiento cuando encontrándose en una cola de espera (cine, tienda, oficina, etc.), se les "cuela" otra u otras personas. Con cierta frecuencia, esta situación puede llevar a la evitación de la conducta de "ponerse a la cola".* En estos casos, resulta de gran utilidad la exposición a un modelo que permita al observador aprender distintas estrategias de afrontamiento a la situación.

En un primer momento, el modelo es expuesto en situación de "laboratorio" a través de un procedimiento de "role-playing", dramatización o ensayo conductual, destacándose y reforzándose las estrategias adecuadas del modelo. A continuación, el observador realiza la tarea y se refuerzan sus logros y avances, y, por último, se programan situaciones y estrategias para que el paciente se autoexponga.

Durante la aplicación de la técnica se pueden introducir ayudas para inducir la respuesta, como, por ejemplo, efectuar alteraciones en la situación para que el paciente logre enfrentarse a ellas. Sin embargo, no parece conveniente abusar de estas ayudas ya que éste podría llegar a atribuir sus éxitos a estos factores externos y discriminar entre las situaciones en las que se siente seguro y las que no, impidiéndose el proceso de generalización.

El modelado participante, en general, utiliza una exposición más gradual que la inundación y durante su aplicación se procura que los niveles de ansiedad no sean excesivos. Para ello se construye una jerarquía de situaciones fóbicas. Esta técnica, en todo caso, es más lenta que la inundación.

Otras variantes de este modelo incluyen el modelado simbólico (películas) o encubierto donde el sujeto se imagina un modelo ejecutando la acción.

Basados en los principios del condicionamiento operante y derivados de su aplicación a los trastornos fóbicos se encuentran los llamados *métodos mediante refuerzo*. A diferencia de los métodos citados en los apartados anteriores, dirigidos

principalmente a prevenir las respuestas de evitación, estos métodos tratan de moldear poco a poco las conductas de aproximación y de enfrentamiento del paciente a las situaciones u objetos temidos sin que éste llegue a experimentar ansiedad. Dentro de estos métodos podemos distinguir:

- *Práctica reforzada*, basada en el moldeamiento progresivo de las respuestas apropiadas.
- *Aproximaciones sucesivas*, derivada de la anterior y consistente en la administración de un refuerzo verbal al paciente después de cada ensayo. El criterio establecido para la administración del refuerzo se va ajustando después de cada ensayo, de modo que el paciente tenga que ir mejorando su ejecución para poder ser reforzado al final de cada exposición a la que se somete.
- *Autoobservación*, en este caso no se refuerza verbalmente al paciente, sino que éste realiza un autorregistro en el que va anotando las variaciones que se producen en la variable dependiente elegida como criterio de mejora en la ejecución. Este autorregistro sirve como autorrefuerzo y suministra el "feedback" adecuado para ir avanzando en los objetivos terapéuticos. Este procedimiento resulta especialmente adecuado en el tratamiento de niños.

En algunos casos, durante el proceso de tratamiento, se suministra al paciente un manual de instrucciones donde se le indica cómo enfrentarse a sus miedos de manera progresiva a través de una serie de ejercicios y tareas que tiene que ir realizando sin la supervisión directa del terapeuta. Este método, en realidad, se corresponde con la técnica denominada *autoexposición instruida o guiada*.

Por último indicar que muy frecuentemente los pacientes con trastornos de ansiedad suelen encontrarse medicados. Como se ha señalado en otro lugar, el uso de fármacos no sólo no contribuye a la mejora de los efectos de las técnicas de exposición sobre el cambio de comportamiento, sino que más bien al contrario, pueden generar que los pacientes atribuyan su mejoría al uso de los mismos en lugar de a su propia acción. Se ha comprobado, en este sentido, que los pacientes tratados con imipramina –utilizada en pacientes con ataques de pánico– tienen una tasa de recaída más alta, aunque estas mayores tasas pueden evitarse incrementando la duración del tratamiento de exposición. En todo caso, los llamados métodos combinados terapia-fármacos, y tal como se señalaba en otros apartados, no parecen los más adecuados en el tratamiento de estos trastornos.

1.4.2. Tratamientos por exposición indirecta (exposición encubierta)

En este caso el enfrentamiento a la situación ansiógena se realiza a través de variables mediadoras simbólicas o de imaginación. Estas técnicas son las más

recomendables para eliminar la ansiedad cuando no es posible un acercamiento a la situación real. Suelen usarse como técnica terapéutica principal o como paso previo a una exposición a la situación real, aunque en este caso cabe recordar que no parece que la exposición encubierta mejore los resultados de la exposición en vivo por sí misma.

Entre los distintos métodos de exposición encubierta cabe destacar los siguientes:

- *Inundación en imágenes o "flooding"*. En el "flooding" se sustituye la situación real por una situación imaginaria y el terapeuta debe describir con detalle una escena de alta intensidad para que el paciente la imagine vivamente sin intentar evitarla.
- *Implosión*. En este caso las escenas descritas son hipotéticas, no reales, donde el terapeuta tiende a exagerar haciendo las situaciones aún más espantosas que aquellas que el paciente temía en un principio.
- *Desensibilización Sistemática (DS)*. Dado que esta técnica es tratada de manera específica en otro volumen de esta colección, sólo nos limitaremos a indicar algunos aspectos de la misma. En este sentido, sus componentes esenciales son: relajación, construcción de escalas jerárquicas para las distintas situaciones ansiógenas y apareamiento de la relajación con la presentación en imágenes de los distintos ítems de la jerarquía.

En relación a los distintos tipos de DS que vienen siendo descritos en la literatura científica, podemos señalar los siguientes: DS con distintos tipos de relajación o sin relajación alguna, DS iniciada a mitad de la escala jerárquica, DS con uso de jerarquías estándar, DS en grupo, DS automatizada, DS autoadministrada, DS vicaria, y DS con autoinstrucciones.

- *Métodos encubiertos*. Se basan en la presentación de estímulos antecedentes encubiertos que provocan respuestas encubiertas mantenidas por respuestas encubiertas. El proceso se realiza en imágenes y se supone que se rige por las mismas leyes que gobiernan los procesos manifiestos (condicionamiento operante). Se han descrito, al menos, tres tipos:
 - a) Refuerzo más encubierto. El paciente debe aprender a imaginar una escena en la que se vea a sí mismo haciendo algo agradable. El terapeuta narra escenas en las que el paciente se acerca o se enfrenta a situaciones temidas, intercalando, repetidas veces, después de cada paso importante, el refuerzo encubierto. El paciente va imaginando las escenas que el terapeuta narra y a una orden de éste (por ejemplo: "¡refuerzo!"), el paciente ha de imaginarse la escena agradable.
 - b) Refuerzo menos encubierto. El paciente debe visualizar una escena aversiva y su progresivo acercamiento en imágenes al objeto fóbico.

- c) Extinción encubierta. El paciente se ha de imaginar una escena conflictiva para él y en función de las narraciones y descripciones del terapeuta. A esta escena no le siguen ningún tipo de consecuencias positivas ni negativas.

Cuadro 1.5. Principales aplicaciones

<i>Exposición en vivo</i>	<i>Exposición encubierta</i>
Inundación	"Flooding"
DS en vivo	Implosión
Modelado participante	DS en distintas variantes
Métodos mediante refuerzo	Métodos encubiertos
Autoexposición guiada	

1.4.3. Exposición interoceptiva o exposición a las sensaciones temidas

Capítulo aparte merece este tipo de exposición que podríamos considerar como una técnica derivada de enfoques cognitivos, de modo que desde el punto de vista conceptual no podría enmarcarse en las técnicas de exposición propiamente dichas. Sin embargo, debemos señalar que a pesar de su distinto origen conceptual, desde el punto de vista metodológico, tanto el procedimiento de aplicación como los recursos utilizados no difieren mucho de las técnicas de exposición clásicas, basándose su diferencia en la consideración de distintas conductas diana.

En este sentido, la exposición interoceptiva tiene como objeto reducir el temor de los pacientes a las sensaciones físicas mediante la evocación deliberada de la sintomatología de pánico junto con la utilización de habilidades de manejo de ansiedad (Beck y Zebb, 1994).

Barlow (1988) propone que la exposición interoceptiva puede ser beneficiosa en el tratamiento de fobias específicas cuyo origen tuvo lugar tras una falsa alarma o un ataque de pánico inesperado.

El procedimiento de aplicación consiste en exponer sistemáticamente al paciente a los estímulos interoceptivos temidos instruyéndoles para que presten atención a estas sensaciones y a los pensamientos y niveles de ansiedad asociados con las mismas hasta lograr que los síntomas sean experimentados como menos peligrosos y la ansiedad se

reduzca a niveles manejables.

Para incrementar las sensaciones temidas se han utilizados distintos métodos en función de los síntomas presentados por cada persona así, por ejemplo, se han utilizado estrategias de realización de ejercicio físico para provocar los síntomas cardíacos temidos (taquicardia, respiración agitada, etc.) (Orwing, 1973), inhalación repetida de CO₂ / O₂ (Haslam, 1974) o soluciones de lactato para provocar síntomas de hiperventilación (Bonn, Harrison y Rees, 1971).

En cuanto a la efectividad de estos procedimientos, y aunque los datos son escasos, McNally (1994) señala que los distintos estudios sugieren la utilidad de estos procedimientos en la reducción de ataques de pánico, especialmente cuando la exposición interoceptiva se realiza junto a estrategias de modificación de creencias sobre la activación fisiológica.

Cuadro resumen

A modo de resumen de lo dicho en el presente capítulo cabe destacar los siguientes aspectos:

1. La exposición está ligada a las técnicas derivadas del condicionamiento clásico.
2. El procedimiento de la técnica consiste en la exposición repetida de una persona a los estímulos evocadores sin la presencia del estímulo incondicionado, de esta manera se espera que desaparezca la respuesta condicionada.
3. La técnica de exposición parece efectiva independientemente del patrón de conducta dominante.
4. En su aplicación influyen:
 - La duración de la exposición y los intervalos entre sesiones.
 - El gradiente de exposición.
 - El grado de activación y el nivel atencional.
 - El uso de estrategias de afrontamiento.
 - Las conductas de escape durante y después de la exposición.
5. La técnica se puede aplicar en vivo o de manera encubierta.
6. La exposición en vivo posee efectos terapéuticos superiores a la exposición en imaginación. De ahí se deriva que, actualmente, la mayoría de autores y terapeutas, en caso de utilizar la exposición encubierta, recomiendan, bien simultáneamente bien en una fase posterior, el uso de la exposición en vivo, generalmente a través de técnicas de autoexposición.
7. La eficacia de las técnicas se cifra entre un 75 y un 85%, siendo especialmente eficaces en el tratamiento de los trastornos por ansiedad.

<i>Técnicas de cambio</i>	<i>Emocionales</i>	<i>Intelectuales</i>	<i>En estado de relajación</i>
Modalidad	En vivo	Encubierta	En vivo
Agente de exposición	Autoexposición	Con terapeuta	Autoexposición
Intensidad	Brusca	Gradual	Tan brusca como tolere el paciente/cliente
Intervalo entre exposiciones	Corto	Largo	Corto (varias exposiciones diarias)
Duración de la exposición	Corta	Larga	Larga
Activación durante la exposición	Alta	Baja	—
Implicación atencional	Atención en la tarea	Distracción atencional	Atención en la tarea
Ayudas	Manuales de autoayuda	Coterapeuta	Ambas
Estrategias de afrontamiento	Relajación	Autoinstrucciones	Depende del paciente/cliente concreto
Psicofármacos	Ansiolíticos	Antidepresivos	Ninguno

Exposición de un caso clínico: presentación

Guillermo, de 32 años de edad, empleado de una empresa de mantenimiento de instalaciones industriales, acude a consulta, remitido por el médico de empresa, en un estado de gran agitación. Al ser preguntado acerca de su problema, señala, literalmente, que se está volviendo loco y que su vida es un auténtico desastre, debido a las palancas, enchufes, puertas, arquetas, llaves, válvulas, agujeros y todo aquello que, según él, pueda causar un desastre. Aunque piensa que éste podría evitarse si interviene adoptando las medidas oportunas.

Por otra parte, Guillermo dice haberlo intentado todo para solucionar su problema, así como haber recibido otros tratamientos y haber estado de baja en varias ocasiones a lo largo del último año, pero en vez de mejorar ha llegado a un punto en que su problema ocupa toda su vida, de modo que prevé peligro en cualquier lugar y circunstancia. Yendo por la calle, por ejemplo, si ve la portezuela de una farola abierta siente una necesidad irremediable de cerrarla o tomar alguna medida similar, porque, según él, podría pasar un niño, tocarlo y electrocutarse.

Igualmente manifiesta que si ve una arqueta mal cerrada tiene que cerrarla correctamente –tarea que en ocasiones se le complica bastante porque no siempre la tapa encaja bien– porque de lo contrario alguien podría tropezar y romperse "la crisma". Guillermo, sobre este particular, comenta que en los inicios del problema tales "hallazgos" eran casuales, pero que poco a poco los "buscaba", adoptando una actitud vigilante, dándose cuenta de que no podía hacer absolutamente nada sin supervisar los posibles riesgos de cualquier lugar. Señala, por ejemplo, que cuando salía con los amigos –cosa que ya no hace debido a su problema–, al entrar en un bar, lo primero que hacía era fijarse en las medidas de seguridad del local, pero también enchufes, posibles colillas mal apagadas, etc., de tal forma que era incapaz de seguir una conversación con sus amigos ni de disfrutar mínimamente de lo que se suponía tiempo de ocio y entretenimiento.

Indica, igualmente, que ahora se encuentra muy cansado, que esto de estar permanentemente preocupado y vigilando le resulta agotador, así como que cree haber perdido la ilusión por la vida porque, según él mismo dice: *"Como es obvio, ésta no es vida y estoy cansado de pasarlo mal"*.

Por otra parte, como datos más destacables obtenidos durante la entrevista inicial, cabe señalar los siguientes:

1. Los primeros episodios aparecieron hace poco más de tres años en su lugar de trabajo, cuando tras ejecutar maniobras con las distintas llaves de paso del agua comienza a tener dudas de haber ejecutado bien la tarea. Estas dudas vienen acompañadas de taquicardia, sensación de ahogo y gran malestar general.
2. Poco a poco estas dudas acerca de la corrección de la tarea realizada derivaron en pensamientos intrusivos acerca de la posibilidad de provocar un desastre: una inundación, un cortocircuito, un incendio o una explosión. Sobre este particular; Guillermo señala estar especialmente sensibilizado hacia todo aquello que tenga que ver con el fuego, pues una de sus hermanas murió hace cinco años debido a las quemaduras sufridas en un accidente.
3. Las sensaciones de malestar antes descritas le generaron una gran necesidad de comprobación de las maniobras realizadas por miedo a provocar un desastre. En consecuencia, debido a las múltiples comprobaciones, el tiempo que dedicaba a la realización de una sola tarea podía incrementarse significativamente, pero que le calmaba bastante, aunque de forma momentánea, por lo que al poco rato debía ir a comprobar otra vez. Según Guillermo, en esa época, el único problema derivado de sus comprobaciones era que sus superiores ya le habían llamado la atención porque había bajado mucho su rendimiento y uno de sus jefes le "hacía la vida imposible" encomendándole tarea tras tarea, exigiéndole más rapidez, y, según Guillermo indica, *"incluso vigilándome constantemente como intentando pillarme de forma ociosa en mi horario laboral"*.
4. Tras los primeros episodios, las sensaciones de malestar, los pensamientos catastrofistas y las conductas de comprobación se van incrementando y generalizando a otros estímulos propios del trabajo, tales como arquetas, enchufes, válvulas, etc., llegando al punto de que el simple

hecho de llegar al trabajo ya hacía que apareciera la sensación de ahogo, taquicardia, dificultades para respirar y, por supuesto, pensar en lo peor; de modo que nada más llegar ya estaba comprobando.

5. A medida que las respuestas de ansiedad se generalizan a un mayor número de estímulos en el ámbito laboral, empiezan a surgir los primeros episodios de generalización en el hogar (como, por ejemplo, su preocupación por el gas y sus rituales de comprobación del estado de la llave del mismo), y, un poco más tarde, también en la calle y demás sitios públicos –lugares de ocio, parques, etc.– (por ejemplo, si paseando por la calle veía una arqueta del alumbrado público mal cerrada, "se sentía obligado a cerrarla correctamente", ya que sólo pensar en la posibilidad de que alguna persona sufriera un accidente le producía un estado de ansiedad que describe como insoportable).
6. El grado de interferencia de estos comportamientos llegó a ser de tal magnitud que su novia dio por finalizada su relación, y su propia madre, con quien convivía, le rogó que se fuera a vivir a otro lugar porque ya no podía soportar esa situación.
7. En el momento actual y coincidiendo con su primera visita, Guillermo dice encontrarse al límite y se pudo comprobar que su problema presentaba una gran generalización, apareciendo numerosos episodios de ansiedad seguidos de repetidas conductas de comprobación, llegando, en algunos casos, a más de cuarenta comprobaciones ante un mismo estímulo, o levantarse por la noche y tener que conducir durante más de treinta kilómetros sólo para comprobar que una válvula estaba en la posición correcta y ello tras haber realizado numerosas comprobaciones antes de abandonar el lugar de trabajo.

Por otra parte, Guillermo nos informa de que su malestar llegó a ser tan intenso que llevaba una libreta para ir anotando las posiciones en las que había encontrado las llaves, válvulas, etc., y la posición en la que él las había dejado, estrategia que tampoco le ayudó, sino todo lo contrario, pues tras realizar sus apuntes y esquemas le asaltaban dudas sobre la corrección de sus observaciones e iba a comprobarlo nuevamente.

8. El grado de interferencia de sus "cortocircuitos"–término con el cual Guillermo se refiere a sus problemas– es tal que sus compañeros de trabajo le evitan, sus preocupaciones y comprobaciones le ocupan, prácticamente, todo su tiempo; ha abandonado sus estudios por falta de tiempo y porque dice no poder concentrarse, e, igualmente, ha abandonado todas sus actividades de ocio.
9. Guillermo ha estado de baja laboral en varias ocasiones debido a su problema, dice haber tomado ansiolíticos y antidepresivos por prescripción médica, pero que de nada le sirvieron y que incluso le complicó bastante el tema porque, según él, hizo que al sentirse "mentalmente" embotado la posibilidad de que ocurriera un desastre por su culpa parecía más cierta que nunca. Señala que por consejo de un amigo se apuntó a yoga, pero que tampoco le fue nada bien porque, al padecer de una irritación crónica de las fosas nasales producida por la inhalación de productos químicos, las respiraciones profundas se convertían en un calvario que en lugar de tranquilizarle, precisamente, hacían que aparecieran todos aquellos síntomas que él creía relacionados con sus "cortocircuitos".

Preguntas de autoevaluación

- I. Desde el punto de vista de la extinción las técnicas de exposición consisten en:

- a) La exposición repetida a los estímulos condicionados sin la presencia de estímulos

incondicionados.

☐

b) La exposición repetida de estímulos incondicionados con la presencia de estímulos condicionados.

☐

c) La exposición repetida de estímulos condicionados con la presencia de estímulos incondicionados.

☐

d) La exposición repetida de estímulos incondicionados sin la presencia de estímulos condicionados.

☐

e) La exposición repetida a los estímulos evocadores internos.

☐

2. Los términos implosión e inundación:

a) Son sinónimos.

☐

b) El primero fue acuñado por Baum (1968) y el segundo por Stampfl (1961).

☐

c) Presentan diferencias teóricas y de contenido.

☐

d) El primero deriva de formulaciones exclusivamente experimentales mientras que el segundo de formulaciones tanto experimentales como psicoanalíticas.

☐

e) La inundación se refiere a la exposición en imaginación y siempre sin respuesta de escape mientras que la implosión se puede realizar en vivo o en imaginación y con escape o sin él.

☐

3. Respecto a las variables que inciden en la exposición:

a) La duración de la misma no parece relevante para su eficacia.

☐

b) El gradiente de exposición depende de la decisión exclusiva del terapeuta.

☐

c) El grado atencional y de activación previo a la misma son irrelevantes.

☐

d) El implementar estrategias de afrontamiento no influyen en los resultados de la técnica.

☐

e) La determinación del gradiente de exposición constituye uno de los factores más relevantes en la eficacia de la técnica.

☐

4. Atendiendo a la eficacia de las modalidades de la exposición:

a) La aplicación de la exposición en vivo siempre es preferible a la exposición encubierta.

- b) La exposición encubierta es preferible a la grupal aunque el paciente carezca de habilidades de interacción personal. ☐
- c) La exposición en vivo siempre debe ser breve. ☐
- d) Con la exposición denominada "virtual" se consiguen resultados equivalentes a los obtenidos mediante la exposición en vivo. ☐
- e) En la mayoría de procedimientos de aplicación de la exposición la fase de autoexposición no resulta necesaria. ☐

5. Las técnicas de exposición:

- a) Presentan las mismas dificultades de aplicación en cualquier tipo de fobias. ☐
 - b) Disminuyen su eficacia si no son aplicadas junto a psicofármacos en los trastornos agorafóbicos. ☐
 - c) No resultan recomendables en el tratamiento de trastornos obsesivo-compulsivos. ☐
 - d) En los trastornos de ansiedad generalizada suelen ser utilizadas junto a otras técnicas cognitivo-conductuales. ☐
 - e) No parecen ser eficaces en el tratamiento de trastornos por ansiedad. ☐
-

Protocolo de aplicación de las técnicas de exposición: guía para el terapeuta

Como es obvio, la aplicación de cualquier técnica terapéutica se deriva de una evaluación previa. Por tanto, hemos de volver a recordar que en evaluación y modificación de conducta la aplicación de las técnicas y procedimientos de intervención se derivan de la evaluación ideográfica del comportamiento de las personas, es decir, de su análisis funcional y no de un diagnóstico cuya finalidad sea el aplicar recetas más o menos estandarizadas.

Por tanto, en las páginas que siguen no pretendemos ofrecer una fórmula a modo de "pildora" de aplicación o de "comodín", sino una guía orientativa cuya aplicación, en todo caso, dependerá del paciente al que nos estemos refiriendo, así como de sus características personales y de su entorno.

2.1. Objetivos y criterios de aplicación

El objetivo fundamental de aplicación de cualquier técnica de exposición se basa en la reducción/eliminación de trastornos cuyo principal componente es la ansiedad, y cuya principal estrategia para afrontar el problema utilizada por la persona se sustenta en la evitación o escape de aquellos estímulos que le generan ansiedad. Por lo tanto, cualquier criterio que se pueda establecer para inferir la necesidad de utilizar una técnica de exposición como técnica fundamental para eliminar o reducir un determinado trastorno debe de cumplir los siguientes criterios:

1. Que la principal conducta problema sea la ansiedad, se manifieste ésta de forma

- cognitiva, fisiológica o motora, o todas ellas a la vez.
2. Que la respuesta de ansiedad mantenga una relación funcional con los estímulos, situaciones, personas y/o pensamientos que la preceden y eliciten.
 3. Y más definitiva, que la consecuencia de la ansiedad sean respuestas de escape/evitación a los estímulos elicitadores de la misma.
 4. En la mayoría de las ocasiones la conducta de escape/evitación está relacionada con un intenso malestar provocado por una activación de naturaleza fisiológica: taquicardia, disnea, sensación de ahogo, etc.
 5. En general, la evitación viene acompañada por pensamientos que anticipan el malestar fisiológico por exponerse a la situación temida.

En conclusión, el análisis funcional de la conducta o conductas-problema nos debe proporcionar una relación de causalidad entre unos estímulos antecedentes que eliciten respuestas de ansiedad y unos consecuentes de la ansiedad que implican escape/evitación, determinándose en todo caso que la conducta problema sean las respuestas de ansiedad.

En cuanto a los criterios de aplicación de las técnicas de exposición, cabe señalar que éstos hacen referencia a los elementos que nos van a permitir contestar a las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo aplicar la técnica, en vivo o encubierta, de manera súbita o por aproximaciones sucesivas?
2. ¿Es preferible comenzar con una exposición en imaginación para luego pasar a una en vivo?

Para poder contestar estas preguntas se deben seguir los siguientes pasos:

1. Atender a los resultados obtenidos en el análisis funcional, ya que de él se derivan las variables relevantes a manipular.
2. Determinar cuál es el procedimiento de aplicación de la técnica más adecuado, partiendo de la idea de que la exposición en vivo siempre es preferible a la encubierta.
3. Determinar, en función de la disponibilidad de tiempo, de las características del paciente y de la accesibilidad al estímulo, la posibilidad de realizar la intervención en una única sesión intensiva. Este supuesto es especialmente adecuado en los casos de fobias simples.
4. Informar adecuadamente al paciente en qué consisten las técnicas de exposición y cuál es el procedimiento de aplicación.

La información veraz y adecuada a la persona nos va a permitir garantizar su adherencia, así como evitar posibles reacciones.

5. Comprobar que los efectos previstos se están cumpliendo y, en caso contrario,

analizar dónde están los problemas con el objeto de modificar el procedimiento.

2.2. Técnicas de evaluación

• Entrevista

La entrevista inicial constituye no sólo la primera toma de contacto con el paciente, sino también el primer paso, y fundamental, para determinar la conducta problema del mismo, así como para realizar el análisis funcional y establecer la hipótesis explicativa de ésta.

En función de la temporalidad, podríamos establecer tres fases en su desarrollo. Primera, fase inicial, de carácter abierto y destinada a facilitar la interacción y empatía entre el terapeuta y el paciente. Segunda, o fase media, donde se trataría de especificar y clarificar la conducta problema, las variables que la definen, los elementos que la anteceden, las consecuencias que le siguen; es decir, definir operativamente dicha conducta, y, por último, la fase final, cuyas tareas estarían centradas en la confrontación de los hechos con el paciente y en la síntesis de todo el proceso. En esta fase, además, se deberían empezar a fijar objetivos terapéuticos; y, si es el caso, introducir nuevos elementos de evaluación.

En cuanto a los objetivos, la entrevista debería servirnos para:

- a) Explicar el propósito de la evaluación: *"Para poner solución a su problema, ante todo tenemos que saber qué le sucede exactamente, de modo que voy a hacerle una serie de preguntas"*.
- b) Identificar el tipo o tipos de problema: *"¿Qué es lo que más le preocupa actualmente? ¿Qué aspectos de su vida considera que no funcionan como quisiera? ¿Hay alguna otra cosa que le preocupe en este momento? ¿Me puede describir alguna de las cosas que más le preocupan ahora mismo?"*.
- c) Priorizar y seleccionar problemas o distintos aspectos del mismo: *"¿Qué aspecto le resulta más molesto? Sitúe de mayor a menor la importancia o necesidad de resolver estos problemas"*.
- d) Operativizar y definir el problema: *"¿A qué se refiere exactamente cuando dice que...?"*:
 - Afecto o estados de ánimo: *"¿Qué tipo de sentimientos tiene cuando le ocurre?"*.
 - Respuestas fisiológicas: *"¿Cuando le pasa esto, siente náuseas, taquicardia, sudoración, sensación de ahogo, dificultades para respirar, opresión en el pecho o en el estómago...?"*.

- Conductas manifiestas o respuestas motoras: "*¿Qué hace? Una persona externa, ¿qué vería de usted?*".
- Cogniciones, creencias y diálogo interno: "*¿Qué se dice a sí mismo cuando aparece el problema? ¿Qué piensa? ¿Qué siente?*".
- Contexto: lugar, tiempo y acontecimientos concurrentes: "*¿Cuándo ocurre? ¿Dónde? ¿Cuánto tiempo dura?*", etcétera.
- Relaciones y otros hechos significativos: "*¿Sobre quién o quiénes repercute el problema?*".

Esta serie de preguntas nos deben de permitir responder a cuestiones relativas a la frecuencia, intensidad, duración y grado de interferencia de la conducta problema en la vida del paciente.

- e) Identificar antecedentes tanto internos como externos: "*¿Dónde le suele ocurrir? ¿Hay alguien presente? ¿Qué pasa inmediatamente antes? ¿Qué estaba usted haciendo antes de que apareciera la conducta problema?*".
- f) Identificar las consecuencias: "*¿Cómo se siente después? ¿Qué hacen los demás? ¿Qué hace usted inmediatamente después? ¿Cuánto tiempo tardan en desaparecer las sensaciones y pensamientos desagradables?*".
- g) Interrogar sobre los distintos intentos que el paciente ha podido realizar previamente para solucionar el problema: "*¿Qué ha venido haciendo hasta ahora para solucionar su problema?*".
- h) Identificar y evaluar las habilidades y recursos del paciente para afrontar y resolver el problema: "*Describa una situación en la que no le aparezca este problema*".
- i) Identificar la percepción que tiene el paciente sobre su problema: "*¿Cómo cree que influye en su vida? ¿Qué significa este problema para usted?*".
- j) Establecer metas.

En cuanto a la estructura de la entrevista, si bien en la fase inicial y debido a las características de la misma, ésta puede ser abierta, en general; debemos tender a mantener entrevistas lo más estructuradas posible, con preguntas concretas y buscando la máxima especificidad y claridad en las respuestas, aunque eso no nos debe hacer olvidar las exigencias empáticas que el propio proceso conlleva, así como las necesidades emocionales del paciente. Aspectos que, en mayor o menor medida, pueden influir en la mayor o menor estructuración de la entrevista, aunque en ningún caso debemos perder de vista los objetivos finales de la misma.

En resumen, la entrevista nos va a permitir obtener información sobre el problema planteado por el paciente, así como sobre posibles problemas relacionados con el mismo, identificar las variables determinantes asociadas al problema, obtener datos de línea base, determinar expectativas del cliente sobre la intervención, educar y motivar al paciente y, por último, utilizar la información para planificar las estrategias de intervención.

Finalmente, no podemos obviar que a lo largo de todo el proceso de evaluación e

intervención cualquier sesión con el paciente va a ir precedida, acompañada o finalizada por una entrevista.

- *Entrevista a personas allegadas*

Si bien este tipo de entrevista no siempre es necesario, su uso resulta muy recomendable para verificar la información facilitada por el paciente. En tal caso, los objetivos fundamentales de la entrevista deben centrarse en la verificación de los parámetros que definen la conducta problema; es decir, situaciones en las que ésta se da, frecuencia de aparición, duración e intensidad de las conductas, síntomas, etc. Evidentemente, dicha entrevista debe versar sobre comportamientos que puedan ser directamente observables –conductas motoras y hábitos (fumar, morderse las uñas, etc.), reacciones fisiológicas como sudoración, enrojecimiento de la piel, y manifestaciones verbales.

A modo orientativo, las preguntas irían en la siguiente línea:

- *¿Podría describirme qué hace su... (marido, esposa, hijo/a, novio/a, amigo/a, compañero/a, etc.) cuando dice que no se encuentra bien?*
- *¿Podría describirme qué hace su... (marido, esposa, hijo/a, novio/a, amigo/a, compañero/a, etc.) en tales situaciones (describirlas)?*
- *¿Durante cuánto tiempo?*
- *¿En qué situaciones le sucede?*
- *¿Cómo afecta a sus relaciones?*
- *¿Qué repercusión tiene en las actividades cotidianas (familiares, laborales, ocio, etc.)?*

Por otra parte, cabe comentar que el término "personas allegadas" hace referencia no sólo a las personas con vínculos familiares o afectivos, sino que también puede incluir otros vínculos de relación social como pueden ser compañeros de trabajo, y, en el caso de niños, sus maestros.

- *Observación*

Evidentemente, durante la entrevista podemos observar las conductas manifiestas del paciente de manera que los correlatos motores y algunos fisiológicos de los comportamientos ansiosos pueden ser constatados. Sin embargo, para validar los datos obtenidos a través de la entrevista, el procedimiento más objetivo sería el derivado de la observación de la conducta del paciente expuesto a la situación ansiógena. No obstante,

no siempre los estímulos y las situaciones generadoras de ansiedad son materiales fácilmente accesibles en situación de consulta, e, igualmente, las resistencias del propio paciente a exponerse a la situación problema pueden desaconsejar el uso de la observación en condiciones naturales.

Por tales cuestiones, en ocasiones podemos exponer al paciente a situaciones de laboratorio. Tal sería el caso de los tests situacionales o de los ensayos conductuales, dramatización o "rol playing", condiciones en las cuales la observación aun perdiendo validez ecológica permite obtener información relevante, sobre todo en trastornos relacionados con la ansiedad interpersonal, constituyéndose además en elementos imprescindibles para el tratamiento de los mismos.

En esta línea, los avances tecnológicos permiten la presentación virtual de situaciones generales y estandarizadas, por lo que la evaluación a través de estos procedimientos y en situación de laboratorio incrementan la validez ecológica manteniendo una alta validez interna. Dicho en otras palabras, procedimientos como los de Bornas y cols. (2001) para evaluar e intervenir en la fobia a volar permiten realizar una observación sistemática de las distintas respuestas de ansiedad ante las distintas situaciones asociadas a volar, sin necesidad de abandonar las condiciones de laboratorio y, por tanto, obtener datos objetivos fiables y contrastados.

Asimismo, las dificultades que presenta la observación en situación natural hacen aconsejable, en algunas ocasiones, el recurso a la observación por allegados. En estos casos, el instruir a las personas allegadas al paciente en los aspectos concretos y específicos a observar pueden resultar de gran utilidad para verificar aspectos pertinentes del comportamiento del paciente y que resultan de difícil acceso para el terapeuta.

Finalmente hay que destacar que en los procedimientos de evaluación asociados al posible uso de técnicas de exposición y/o autoexposición, el uso de la observación como técnica de evaluación, sin duda alguna, ya constituiría parte de la intervención, puesto que la observación no tiene sentido sin la presentación de los estímulos que generan la conducta problema, lo cual constituye en sí mismo el principio central de las técnicas de exposición. En este punto debemos recordar uno de los elementos básicos fundamentales de la psicología aplicada que se refiere a la indisolubilidad del binomio evaluación-intervención, intervención-evaluación.

• *Autoobservación y autorregistro*

Para el terapeuta, entre los objetivos fundamentales de los autorregistros cabe destacarse especialmente la confirmación de los aspectos relativos a la definición operativa de la/s conducta/s problema, así como de la hipótesis explicativa de la misma. En consecuencia, los autorregistros propuestos a los pacientes deben ser pertinentes para la observación y registro de los parámetros que permitan alcanzar dicho objetivo.

Sin olvidar que los autorregistros pueden generar problemas de reactancia en el

paciente y, por tanto, como paso previo a su construcción y aplicación, debemos garantizarnos que la persona está suficientemente motivada para llevarlo a cabo. Ello requiere una fase de información y entrenamiento en autoobservación y autorregistro, así como acordar las categorías a observar, el tiempo de observación y la forma de registro. Es decir, una fase de entrenamiento y confrontación terapeuta-paciente, fase que podríamos denominar psicoeducativa.

Tal cuestión implica que sin descartar el uso de protocolos de autorregistro, más o menos estandarizados, en muchas ocasiones resulta más conveniente acordar un protocolo ideográfico, es decir, adaptado a las condiciones específicas del paciente.

• *Autoinformes*

Para completar la información y/o para verificar hipótesis, en ocasiones, resulta de gran interés el uso de cuestionarios, inventarios o escalas. Como es sabido, las técnicas de exposición están íntimamente unidas a los trastornos por ansiedad, siendo muy abundante el material disponible en el mercado para evaluar tales trastornos.

En este sentido, a pesar de que otros volúmenes de esta misma colección inciden de manera más extensa sobre este particular, parece pertinente hacer una breve referencia a este tipo de instrumentos.

De cualquier modo, el uso de este tipo de instrumentos queda sujeto al criterio discrecional del terapeuta y, en ningún caso, debe entenderse como un paso obligado en un protocolo de evaluación, dado que el uso de otras técnicas tales como la entrevista, la observación y el autorregistro pueden proporcionar la información suficiente para responder a los objetivos del proceso de evaluación e intervención.

En definitiva, el uso de autoinformes vendrá determinado por la pertinencia para la realización del análisis funcional y para la obtención y verificación de hipótesis de la información obtenida por otras técnicas de evaluación.

En otro orden de cosas, los autoinformes que evalúan ansiedad pueden ser clasificados en función del tipo de información que proporcionan, pudiendo así distinguir entre instrumentos generales y específicos.

Autoinformes generales

El uso de este tipo de instrumentos, como por ejemplo el STAI de Spielberger y cols. (1970), La Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (Cattell y Scheier, 1971) o el FSS de Wolpe y Lang (1964) pueden resultar útiles debido a que:

- a) En algunos casos constituyen el primer acercamiento al problema y/o pueden ayudar a identificar miedos relacionados con el problema principal.
- b) Permiten determinar la supuesta forma típica de responder de manera

inespecífica ayudando a establecer un nivel total de ansiedad (ansiedad rasgo).

- c) Proporcionan información relevante sobre los resultados terapéuticos.

No obstante, no podemos olvidar las limitaciones que se derivan de su uso, entre las que podemos destacar:

- a) La mayoría de este tipo de autoinformes son inespecíficos y están orientados a los síntomas sin considerar las diferencias individuales.
- b) No contemplan una evaluación equilibrada atendiendo al triple sistema de respuesta (Lang, 1968, 1971).
- c) No especifican claramente ni los estímulos, ni las respuestas, ni la relación funcional entre ambas.

En cualquier caso, es importante hacer notar que estas críticas no son extensibles a todos los autoinformes generales sobre ansiedad, ni en el mismo grado. Éste sería el caso del ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988) que, aun siendo un instrumento de evaluación general de la ansiedad, atiende al triple sistema de respuesta y responde a criterios de especificidad situacional y de respuesta así como al establecimiento de relaciones funcionales entre las mismas.

Cuadro 2.1. Autoinformes. Cuestionarios, inventarios y escalas

A) Fobias específicas	
• <i>Inventario de Temores (Fear Survey Schedule) FSS-III</i> (J.Wolpe y P.J.Lang, 1964)	
– Incluye 72 ítems referidos a seis situaciones estimulares ante las cuales resulta inadecuado o inadaptativo presentar ansiedad de forma persistente e intensa. – Las situaciones contempladas son: - Situaciones sociales o interpersonales - Daño, enfermedad o muerte - Otras fobias clásicas - Animales - Ruidos - Varios – Existen distintas versiones de este instrumento, tales como la versión ampliada de Fernández Ballesteros y Carrobes (1987) que consta de 122 ítems. – Se pide a la persona que valore el grado en el que actualmente le alteran cada una de las situaciones descritas en los distintos ítems según una escala de 0 a 5, donde 0 = en absoluto y 5 = muchísimo). – Su principal utilidad es a nivel individual con pacientes fóbicos, permitiendo valorar el	

agrupamiento de los estímulos fóbicos en cada persona en concreto, así como la eficacia de la intervención.

• *Cuestionario de Miedos (Fears Questionnaire) (FQ)* (Marks y Mathews, 1979)

- La persona debe valorar, según una escala de 0 a 8, el grado en que evitan la situación o elemento fóbico más importante para ella, así como 15 situaciones específicas.
 - Incluye la evaluación de:
 - Miedo a las heridas
 - Ansiedad y depresión de forma conjunta
 - La incapacitación derivada de la fobia
 - Fobia social
 - Agorafobia
 - El contenido de los ítems, únicamente, se refiere al sistema de respuesta motor
 - Proporciona información muy limitada para planificar la intervención terapéutica.
-

• *"Fear of Flying Questionnaire II" (FFQ II)* (X. Bornas y cols. 1999)

- Versión revisada del "Fear of Flying Questionnaire" (FFQ) (X. Bomas y M.Tortella, 1995).
- Mide la severidad del miedo a volar
- Consta de 30 ítems, cada uno de los cuales debe ser valorado por el paciente según una escala de I a 9, donde I = baja ansiedad y 9 = ansiedad alta).
- Presenta tres subescalas que evalúan:
 - Ansiedad durante el vuelo.
 - Ansiedad experimentada antes de entrar en el avión.
- Ansiedad producida por la observación de situaciones neutrales o displacenteras relacionadas con volar
- Existe versión en castellano, catalán, inglés y alemán.

B) Ansiedad social

• *Escala de Evitación y Angustia Social (Social Avoidance and Distress Scale) (SAD)* (D.Watson y R. Friend, 1969)

- Consta de 28 ítems que deben ser contestados, "verdadero" o falso", según piense la persona que reflejan o no sus reacciones, si bien algunos autores han propuesto una valoración según una escala de 0 a 5.
- Incluye dos subescalas:
 - "Subescala de Evitación", que mide la respuesta conductual de evitación
 - "Subescala de Ansiedad Social", que mide el malestar subjetivo de ansiedad
- Útil para determinar la eficacia de las intervenciones clínicas.
- Algunos autores recomiendan completar la información obtenida mediante esta prueba con la

"Escala de Temor a la Evaluación Negativa" (FNE), ya que de este modo se obtiene una evaluación completa de los aspectos ansiógenos derivados del miedo a la evaluación negativa de otras personas.

-
- *Escala de temor a la evaluación negativa (Fear of Negative Evaluation Scale) (FNE)* (D. Watson y R. Friend, 1969)
-

- Construida para evaluar el grado en que las personas se preocupan por las evaluaciones negativas que los demás puedan hacer sobre ellas.
- Además de la versión original que consta de 30 ítems a valorar como "verdadero" o "falso", según la aplicabilidad autopercebida, existe una versión reducida (M. R. Leary, 1983) compuesta por 12 ítems que deben ser valorados según una escala de 5 puntos, donde 1 = en absoluto es característico en mí y 5 = extremadamente característico en mí
- Los resultados obtenidos mediante esta prueba pueden considerarse un índice de los aspectos cognitivos centrales de la ansiedad social.

C) Habilidades sociales

-
- *Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule) (RAS)* (Rathus, 1973)
-

- Consta de 30 ítems, cada uno de los cuales la persona debe evaluar según una escala de +3 a -3 (donde +3 = muy característico en mí, extremadamente descriptivo, y -3 = muy poco característico en mí, extremadamente no descriptivo).
 - Fue desarrollado como instrumento autoadministrado para medir los cambios conductuales operados a partir de la aplicación de programas de entrenamiento en asertividad.
 - Su principal utilidad en el ámbito clínico se refiere al establecimiento de medidas pre y postratamiento y evaluar los resultados obtenidos mediante la intervención.
-

- *Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (Gambrill-Richey Assertion Inventory – GRAI)* (E. D. Gambrill y C. A. Richey, 1975)
-

- Con relación a la conducta asertiva evalúa:
 - El grado de malestar provocado por diferentes situaciones.
 - La probabilidad de que la persona realice determinadas conductas.
 - Las situaciones específicas en las que la persona desearía ser más asertiva.
- Consta de 40 situaciones, las cuales se agrupan en las 8 categorías siguientes:

- Rechazar peticiones	- Expresar limitaciones personales
- Iniciar contactos sociales	- Expresar sentimientos positivos
- Encajar críticas	- Manifestar desacuerdo con otras personas
- Ser asertivo con las personas que ofrecen un servicio	- Hacer críticas a los otros

- La persona que contesta debe valorar dos veces las 40 situaciones que componen la prueba:
- La primera atendiendo al grado de malestar que cree que sentiría en cada una de las situaciones, según una escala de I a 5 (donde I = ningún malestar o ansiedad, y 5 = muchísimo).
- Una vez contestada esta parte, se ocultan las puntuaciones referidas al grado de malestar producido por cada una de las situaciones presentadas. Posteriormente, se vuelven a puntuar las 40 situaciones según la probabilidad de que la persona, dada la situación, realice la conducta que se describe atendiendo, igualmente a una escala de I a 5 (donde I = siempre lo hago, y 5 = nunca lo hago).
- La persona debe señalar con un círculo aquellas situaciones en las que le gustaría ser más asertivo. Información de especial interés para identificar distintas áreas de intervención.

D) Agorafobia

• *Inventario de Agorafobia* (E. Echeburúa y P. de Corral, 1992)

- Desarrollado a partir de otros instrumentos tales como el Cuestionario de Miedos y el Inventario de Movilidad para la Agorafobia, entre otros.
 - Consta de 68 ítems, cada uno de los cuales deben ser valorados según una escala de 0 a 5 según su frecuencia de aparición.
 - Evalúa, por una parte, la evitación, solo o acompañado, de 33 situaciones, la frecuencia de 20 sensaciones corporales y el grado de temor generado por éstas, y la frecuencia de 13 cogniciones que pueden aparecer cuando la persona se siente nerviosa o asustada, y, por otra, aquellos factores que contribuyen a incrementar o reducir la ansiedad experimentada.
-

• *Cuestionario de Movilidad para la Agorafobia (The Mobility Inventory for Agoraphobia) (MI)* (D. L. Chambless y col. 1985)

- Evalúa la conducta de evitación de las personas agorafóbicas así como la frecuencia de los ataques de pánico.
- Consta de 26 ítems que la persona debe valorar según su grado de evitación en una escala de I a 5, donde I = nunca evito, y 5 = evito siempre, más dos ítems finales que la persona puede describir y valorar otras situaciones relacionadas con su fobia, así como indicar la frecuencia de los ataques de pánico que haya experimentado en la última semana.
- Discrimina de forma adecuada entre agorafóbicos, fóbicos sociales y personas sin trastornos de significación clínica o "normales".
- La definición de ataque de pánico utilizada en este cuestionario no coincide con las clasificaciones DSM.
- Útil en la planificación del tratamiento y en la evaluación de la eficacia del mismo.

E) Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

• *Inventario Obsesivo Compulsivo de Maudsley (Maudsley Obsesional Compulsive Inventory (MOCI)* (R.J. Hodgson y S. Rachman, 1977)

- Si bien el fin perseguido en su elaboración no fue el diagnóstico, resulta de gran ayuda para el clínico en la objetivización de distintos tipos de rituales de forma rápida y sencilla.
- Su aplicación requiere entre 5 y 30 minutos.
- Consta de 30 ítems, cada uno de los cuales el paciente debe valorar como "verdadero" o "falso".
- Evalúa los siguientes elementos del trastorno, además de proporcionar una puntuación global:

- Comprobación - Limpieza
- Enlentecimiento - Duda

- Existe una versión en castellano (A. Avila, 1986).

- *Yale –Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)* (W. K. Goodman, S. A. Rasmussen y L H. Price, 1989)

- Escala de evaluación clínica.
- Evalúa la intensidad o gravedad de los síntomas obsesivos-compulsivos atendiendo a la clasificación DSM.
- Consta de 10 ítems: 5 referidos a las obsesiones y 5 referidos a las compulsiones, los cuales deben ser valorados según una escala de 0 a 4.
- Con relación al trastorno, evalúa las siguientes variables:
 - Tiempo malgastado
 - Resistencia
 - Interferencia
 - Control
 - Distrés

E) Ansiedad generalizada

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel, 1988)

- Evalúa la respuesta general (RBC) de ansiedad autopercebida según el triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) manifestada ante 23 situaciones. Contempla, asimismo, cuatro áreas situacionales potencialmente generadoras de ansiedad para la persona (FI: Ansiedad ante la evaluación; FII: Ansiedad interpersonal; FIII: Ansiedad fóbica y FIV: Ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana).
- Sin ser un instrumento específico para la evaluación de la ansiedad generalizada permite identificarla así como orientar el tratamiento.
- La persona que contesta debe valorar cada una de las posibles respuestas indicadas ante las distintas situaciones descritas según una escala de 0 a 4, donde 0 = nunca o casi nunca, y 4 = siempre o casi siempre.
- Debido a su estructura y contenidos, el ISRA igualmente puede ser utilizado de manera específica para la evaluación de otros trastornos de ansiedad, sobre todo los relacionados con los factores situacionales que evalúa.

• *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Inventory) (STAI)* (Spielberger y col. 1979)

- Consta de 40 ítems, 20 en cada escala (ansiedad-rasgo y ansiedadestado).
 - La escala de ansiedad-estado es la que supone mayor interés para la evaluación de la ansiedad generalizada.
 - Presenta cierto solapamiento con la depresión, de modo que ansiedad y depresión no quedan claramente diferenciados.
 - Una de sus mayores ventajas en la clínica viene determinada por su sensibilidad al cambio terapéutico.
-

• *Escola de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale) (HARS)* (Hamilton, 1959).

- Permite evaluar el grado de ansiedad generalizada que se presenta.
- Presenta un formato de entrevista semiestructurada, en la que el terapeuta, sobre la base de la información facilitada por el paciente, debe valorar según una escala de 0 a 4 (donde 0 = ausente, y 4 = intensidad máxima) distintas respuestas o síntomas atendiendo a la frecuencia e intensidad de cada uno de ellos.
- La sintomatología contemplada se refiere a:
 - Humor ansioso
 - Miedo
 - Depresión
 - Síntomas musculares
 - Síntomas cardiovasculares
 - Síntomas gastrointestinales
 - Síntomas vegetativos
 - Tensión
 - Insomnio
 - Dificultades intelectuales
 - Síntomas sensoriales
 - Síntomas respiratorios
 - Síntomas genitourinarios

G) Otros instrumentos de interés

• *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Específico (ISRA-E)* (J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel, 1988)

- Consta de 24 ítems, los cuales se refieren a respuestas de ansiedad manifestadas en el sistema cognitivo, fisiológico y motor, los cuales deben ser valorados según una escala de 0 a 4 (donde 0 = nada o casi nada, y 4 = muchísimo).
 - La valoración de cada una de las respuestas de ansiedad se realiza en función de una situación concreta y específica que determina previamente el propio terapeuta o investigador
-

• *Termómetro de miedo*

- Técnica subjetiva que permite conocer la percepción de miedo experimentado en cada momento por parte del paciente.
- Presenta distintos diseños gráficos que incluyen reproducciones de los clásicos termómetros de

mercurio para medir la temperatura hasta reglas milimetradas.

- Utilizado básicamente en investigación, igualmente presenta aplicaciones clínicas, tal sería el caso en la aplicación de las técnicas de exposición para valorar la ansiedad experimentada antes y después de la presentación de la situación o estímulo temido.
 - Consiste en una escala milimetrada o gradada, normalmente de 0 a 100 o de' 0 a 10, sobre la cual la persona sitúa la cantidad de temor que experimenta en ese momento.
-

Autoinformes específicos

Se caracterizan por presentar ítems centrados en un mismo tema, por lo que permiten obtener mejores predicciones en ansiedad ante situaciones específicas.

Normalmente recogen información relevante para establecer relaciones funcionales.

Su uso está especialmente recomendado en personas a las que les resulta difícil autoobservar y describir sus propios comportamientos, puesto que este tipo de autoinformes suelen realizar una descripción exhaustiva de los índices conductuales asociados a los problemas concretos que evalúan, ofreciendo así la posibilidad de obtener una muestra representativa del universo posible de conductas del paciente que presenta dichas dificultades de introspección.

Algunos ejemplos de este tipo de autoinformes son la Escala de Ansiedad para Hablar en Público (Lamb, 1973), el Cuestionario de Miedo a las Serpientes (Suedfeld y Hare, 1977) o el Sport Competition Anxiety Test (Martens y cols., 1977).

Capítulo aparte, aunque dentro de los autoinformes, cabe hacer alusión a las *escalas subjetivas* como instrumentos para medir la ansiedad situacional. Éstas han sido elaboradas para evaluar la percepción subjetiva de la ansiedad que experimenta la persona ante la situación estimular generadora de dicha ansiedad, preguntando directamente al paciente sobre *cómo se siente en esa situación*, o *cómo se siente inmediatamente antes y/o después* de estar expuesto a la misma. Un ejemplo paradigmático de este tipo de instrumentos lo constituye *el termómetro de miedo*.

Con independencia de la pertinencia del uso de autoinformes para la obtención de información y verificación de hipótesis, no cabe duda de que su mayor utilidad radica en que al ser instrumentos estandarizados los valores obtenidos a través de los mismos permiten comparaciones intrasujeto que posibilitan su comparación a lo largo del tiempo. Es decir, permiten establecer criterios de bondad de la intervención terapéutica a través de diseños experimentales de caso único, especialmente diseños A-B-A.

• *Registros psicofisiológicos*

Los trastornos por ansiedad, como es bien sabido, recurren con una alta activación fisiológica, por ello parece necesaria la evaluación de dichos correlatos.

En la mayoría de las ocasiones, la entrevista, el autorregistro o la observación directa

resultan técnicas suficientes para identificar las respuestas fisiológicas que aparecen ante los estímulos ansiógenos. Respuestas tales como cambios en la coloración de la piel (enrojecimiento, palidez) o la sudoración resultan fácilmente observables y pueden ser identificados bien a través de observación directa bien a través de entrevista. Sin embargo, otras como la tasa cardiaca, los cambios en la conductancia y resistencia de la piel, la presión arterial, etc., no pueden ser observados directamente y, en consecuencia, resulta imprescindible inferir que los informes del paciente sobre esta reactancia son ciertos. De tal modo que, a veces, y en función del tipo de problema y del propio paciente, para validar dicha información podemos recurrir a los aparatos de medida pertinentes.

Como principales ventajas del uso de los registros psicofisiológicos podemos destacar:

- a) Su independencia de las verbalizaciones de la persona.
- b) La evaluación continuada durante todo el proceso.
- c) No distrae la ejecución motora.
- d) Su objetividad como medida de activación.

Sin embargo, frente a estas ventajas, los registros psicofisiológicos presentan algunos problemas, entre los que cabe señalar:

- a) La reactancia producida por los propios aparatos de registro.
- b) Las diferencias en la latencia de las distintas respuestas psicofisiológicas.
- c) La especificidad de cada una de las respuestas fisiológicas.
- d) Los niveles de activación previa a la propia situación de evaluación (Ley de valores iniciales).
- e) Los derivados de la falta de validez ecológica.

Con todo, reconociendo que a través de otros procedimientos podemos obtener datos suficientes sobre las respuestas fisiológicas del paciente, y, por tanto, asumiendo la prescindibilidad de la medida objetiva a través de registros psicofisiológicos de las respuestas fisiológicas ante los estímulos ansiógenos, creemos que, desde el punto de vista experimental, la garantía última de que, en el proceso de evaluación y modificación de conducta de los trastornos por ansiedad, los resultados terapéuticos son los esperados y responden a los objetivos marcados viene determinada por la constatación objetiva de dichos cambios a través de los registros psicofisiológicos pertinentes.

Puede resultar paradójico que admitiendo que la activación fisiológica es el problema fundamental en los trastornos por ansiedad y que la aplicación de las técnicas de exposición tienen como objetivo fundamental la reducción de la misma, no hayamos propuesto que en el proceso de evaluación (e intervención) los registros psicofisiológicos sean el método de evaluación, si no único, sí obligado. En este sentido debemos hacer

referencia al ya clásico problema multirrespuesta-multimétodo de evaluación.

Es cierto que tradicionalmente se ha equiparado evaluación de respuestas motoras con observación; evaluación de respuestas cognitivas con autoinformes, y evaluación de respuestas psicofisiológicas con registros psicofisiológicos. Sin embargo, desde los postulados más serios, siempre se ha planteado que esta equivalencia suponía un problema metodológico debido a que, en principio y tal vez con algunas precauciones en el caso de las respuestas cognitivas, cualquier método de evaluación podría ser utilizado en la evaluación de cualquiera de los sistemas de respuesta. En esta línea, y como ya queda dicho, si bien desde el punto de vista experimental, lo ideal sería el uso de técnicas lo más objetivas posible; desde una perspectiva clínica los problemas de orden metodológico y económico pueden contrarrestar la bondad de dichas técnicas que, por otra parte, no invalidan la bondad de las otras a pesar de su menor exactitud.

2.3. Pasos en su aplicación: procedimiento básico y variaciones

El objetivo fundamental y último de la aplicación de las técnicas de exposición consiste en que el paciente, ante los estímulos o situaciones temidos, pueda permanecer frente a ellos sin la aparición de respuestas disruptivas y sin la necesidad de realizar conductas de escape/evitación para huir de dicha situación o estímulo debido al malestar que le produce.

En sentido estricto, por tanto, el objetivo de cualquier técnica de exposición radica en la exposición directa y en vivo ante los estímulos temidos, por lo que podríamos concluir que la técnica por antonomasia de exposición es la inundación, es decir, la exposición en vivo de manera súbita ante los estímulos temidos.

Desde este planteamiento, la inundación sería entendida como el procedimiento básico de aplicación de las técnicas de exposición. Sin embargo, por los motivos que hemos venido comentando en párrafos anteriores, este procedimiento básico adquiere características peculiares en función de si lo hacemos de manera encubierta y/o progresiva. Aspectos que pasamos a tratar a continuación.

2.3.1. Procedimiento básico: la inundación

• *Identificación de los estímulos*

Como paso previo a la aplicación de la técnica, en la fase de evaluación se deben determinar los estímulos aversivos que eliciten en el paciente la sintomatología o conducta problema.

A tal efecto, puede ser de gran ayuda atender a las categorías de los estímulos de evitación. Si bien existen diversas clasificaciones propuestas por distintos autores,

atendiendo a los fines terapéuticos de la intervención psicológica, parece que la categorización propuesta por Stampfl (1970) resulta suficiente (Levis y Rourke, 1991) al proporcionar información adecuada sin ser especialmente exhaustiva, de modo que constituye una guía útil y ágil para la conceptualización del caso.

Desde este enfoque los estímulos aversivos se consideran situados en un *continuum* que va desde estímulos físicos y muy concretos en un extremo hasta estímulos más hipotéticos y dinámicos en el otro. Sin embargo, no se trata de una relación lineal, ya que la alta complejidad de las historias de aprendizaje puede imposibilitar identificar claras cadenas de condicionamiento y hace probable que los estímulos pertenezcan a dos o mas categorías de forma simultánea. Con todo, en este *continuum* se puede distinguir (Stampfl, 1970):

- a) Estímulos contingentes a los síntomas. Aquellos estímulos ambientales que poseen la potencia suficiente para elicitare unos síntomas o respuestas determinados. Esta categoría incluye estímulos tales como entrar en un ascensor, el olor de una sala de curas, ver un perro, sentir el contacto de una pluma, etc. Este tipo de estímulos suelen ser los que presentan una complejidad menor, así como los más accesibles tanto para el paciente como para el terapeuta.
- b) Estímulos informables provocados interiormente. Aquellos estímulos que se refieren a sentimientos, pensamientos y/o sensaciones físicas que el paciente indica experimentar cuando aparece la conducta problema. Acordémonos aquí de Antonio, que al acudir a consulta informaba acerca de su malestar y sensación de mareo ante la visión de la sangre desde que se cortara con la cuchilla del cortacésped de su abuela cuando era niño. En este caso, ver sangre actúa como estímulo elicitador de la sensación de malestar y del mareo que, de manera contingente, produce la respuesta de evitación.
- c) Estímulos no informables hipotéticamente relacionados con estímulos internos. Cuando a partir de la información facilitada por el paciente el terapeuta se plantea la posibilidad de que aparezcan otras respuestas relacionadas. Así, en el caso de Antonio, que informa experimentar malestar y mareos ante la visión de la sangre, podríamos hipotetizar que igualmente presenta sentimientos de pérdida de control, sensación de ahogo y/o temor a la muerte.
- d) Estímulos dinámicos hipotetizados. Planteados por el terapeuta a partir de la información obtenida en la historia clínica (infancia del paciente, su relación con cada uno de los integrantes de su estructura familiar, etc.) y puestos en relación con la información obtenida acerca de su conducta problema.

Al considerar los estímulos hipotetizados se debe atender igualmente al proceso de condicionamiento, dado que los eventos condicionados requieren, originariamente, de la presencia de un estímulo incondicionado; se asume que los estímulos asociados con el dolor y el daño de tejidos (castigo físico, cortes, etc.) se codifican como un recuerdo y

que funcionan como activadores del estímulo condicionado. De tal modo, se asume que los estímulos inmediatamente asociados a lesiones corporales (por ejemplo la visión de la sangre) son elementos integrales del complejo estimular aversivo, aunque no sean informados por el paciente.

La validez de los estímulos hipotetizados se determina por el grado de reactividad emocional y fisiológica del paciente ante las distintas escenas.

• *Plan de tratamiento*

Una vez realizada la evaluación pertinente y la integración de resultados, el terapeuta debe poder responder de forma satisfactoria a cuestiones tales como:

- a) ¿Cuál es el problema actual?
- b) ¿Existen problemas asociados y/o concomitantes?
- c) ¿Se han descartado todas las condiciones biomédicas que podrían dar explicación del cuadro sintomático que presenta el paciente?
- d) ¿Qué grado de interferencia supone el problema en la vida cotidiana y funcionamiento del paciente?
- e) ¿En qué situaciones aparece el problema?
- f) ¿Qué estímulos provocan la aparición de respuestas/síntomas en el paciente?
- g) ¿Qué condiciones estímulares son las responsables del mantenimiento del problema?

Por otra parte, en la medida en que estemos trabajando con hipótesis, evidentemente, debemos ponerlas a prueba, para lo cual puede resultar útil recurrir a las denominadas "escenas de prueba" o "role playing" o "ensayo conductual", sobre todo en aquellos casos en los cuales los estímulos hipotetizados no estén claros, así como en aquellos en que se han identificado estímulos contingentes a los síntomas, pero es preciso identificar otros estímulos informales para poder construir una escena.

Las escenas de prueba suelen ser de corta duración y su finalidad es llegar a desarrollar escenas más completas, para cuya consecución se recomienda el uso de la retroalimentación, información o "feed-back" de las escenas.

De cualquier modo hay que recordar una vez más la necesidad de comprobar y revisar las hipótesis planteadas a lo largo del curso de la intervención en función de la nueva información obtenida. Huelga decir en este sentido que la insistencia en los aspectos evaluativos se justifica por el hecho de que el éxito de la intervención viene determinado, en gran medida, por la corrección de la evaluación realizada.

En la medida que el terapeuta tenga respuesta a las distintas cuestiones antes señaladas en relación con el caso que le ocupa, podrá determinar la pertinencia del uso de técnicas de exposición, así como qué modalidad resulta más recomendable en función de

los objetivos marcados en términos de eficacia, tiempo de terapia requerido, condiciones concretas del caso en particular, modificaciones esperadas, etc.

- *Preparación de la primera sesión*

Antes de la primera sesión de intervención propiamente dicha es recomendable que el terapeuta informe al paciente acerca de los resultados obtenidos en la evaluación, presentándole una conceptualización adecuada de los problemas que presenta así como las sugerencias de tratamiento. Con ello podremos valorar las actitudes del paciente hacia el proceso terapéutico, y, al discutirlo de manera conjunta, incrementar la implicación y adherencia del paciente en la intervención.

Asimismo, sobre la base de los resultados obtenidos en la evaluación realizada se debe discutir con el paciente la modalidad de aplicación de la técnica: en vivo o encubierta, súbita o gradual, así como la posibilidad de una única sesión, exponiendo de forma clara en qué consiste la técnica así como cada una de las modalidades de aplicación de la misma, haciendo referencia tanto a las ventajas como a las desventajas de cada una de ellas.

Al explicar la técnica de inundación al paciente resulta de gran utilidad enfatizar que la técnica está de acuerdo con el tipo de estrategias que las personas generalmente utilizan para afrontar situaciones que les producen malestar. Para ello, por su carácter clarificador, se puede recurrir a ejemplos ilustrativos tales como *si un niño se cae de la bicicleta, lo mejor es que vuelva a montar inmediatamente*. Adicionalmente, con frecuencia resulta de interés hacer explícita la conveniencia de afrontar los propios miedos y aprender a reducirlos y/o eliminarlos en vez de que los miedos determinen la vida de la persona impidiéndole hacer cosas que necesita o que desearía.

Asimismo, en esta misma fase es importante explicar la técnica. Si bien se puede prescindir de la exposición de los fundamentos científico-teóricos, puesto que la sesión, en ningún caso, debe convertirse en una lección magistral para impresionar al paciente con nuestros conocimientos, sí parece de gran importancia explicar cuál es el procedimiento que se va a seguir y qué se espera conseguir con el mismo.

En definitiva, los aspectos a tener en cuenta en esta fase responden a cuatro objetivos básicos:

- Explicar el programa de exposición.
- Exponer con exactitud lo que se va a hacer.
- Implicar activamente al paciente.
- Centrar la atención en el programa, no en el problema.

Para ello, en esta fase, el terapeuta debe:

- Plantear y explicar la/s hipótesis del problema/s.
- Explicar la necesidad, en términos terapéuticos, de interrumpir las conductas de evitación.
- Explicar la importancia de que el paciente participe de forma activa en el tratamiento.
- Describir la exposición en función de las conductas objetivo.
- En caso de utilizarlos, comentar los manuales de autoayuda (cómo y cuándo usarlos).
- Entrenar en autoobservación y autorregistro haciendo especial hincapié en la necesidad de completarlo.
- Entrenar, en su caso y en función del modo de aplicación de la técnica, al paciente en el manejo del control de la ansiedad, mediante, por ejemplo, el entrenamiento en relajación, autodeclaraciones positivas y/o autoinstrucciones.
- Precisar detalladamente el papel que va a desempeñar el terapeuta.
- En caso de contar con un coterapeuta, enfatizar su papel como modelo.
- Indicar el uso del refuerzo y del autorrefuerzo de forma adecuada.
- Preparar las tareas a realizar entre ésta y la próxima sesión. Sobre este particular es importante atender a la pertinencia comprobada de trabajar un mínimo de objetivos por semana.

Por otra parte, dada la importancia de la implicación y participación del paciente en el éxito terapéutico, en esta fase resulta necesario explicitar cuáles van a ser sus tareas fundamentales, las cuales, en esencia, son:

- Seguir estrictamente las instrucciones del terapeuta.
- Exponerse a las situaciones necesarias –y que ahora evita– en cada una de las conductas objetivo.
- Reforzarse al comprobar que es capaz de enfrentarse a dichas situaciones y que no le ocurre nada malo por hacerlo.

En caso de contar con un coterapeuta, se deberá indicar detalladamente al mismo cuáles van a ser sus funciones y cómo llevarlas a cabo.

En síntesis, al coterapeuta hay que indicarle que:

- Actuará como apoyo y modelo del paciente.
- Debe reforzar al paciente de forma contingente ante la extinción de conductas de evitación.
- Debe acompañar al paciente según la siguiente programación, estando localizable el resto del tiempo:

- Primera semana: 100% del tiempo de las exposiciones.
- Segunda semana: 80% del tiempo de las exposiciones.
- Tercera semana: 60% del tiempo de las exposiciones.
- Cuarta semana: 40% del tiempo de las exposiciones.
- Quinta semana: 20% del tiempo de las exposiciones.
- Sexta semana: 0% del tiempo de las exposiciones.

Finalmente, cabe señalar que, en ocasiones, dado el número de tareas a llevar a cabo en esta fase, no siempre será aconsejable realizarlas en una única sesión, entre otros motivos para no cansar al paciente y que, como resultado, éste magnifique su problema, se vea comprometida su implicación al percibir que la terapia resulta excesivamente compleja o inalcanzable, o simplemente que, debido a un exceso de información, esta sesión, en lugar de ser clarificadora, resulte confusa.

De tal modo, cuando así lo indique el caso concreto, sus características y/o las del propio paciente, es recomendable fragmentar las tareas a realizar en distintas sesiones pero siempre garantizando coherencia y sin cortes bruscos. Así, por ejemplo, como paso intermedio entre la preparación de la primera sesión de exposición y la exposición misma, podríamos dedicar una sesión a entrenamientos específicos: relajación, prevención de respuesta, autoinstrucciones, etc.

• *Sesión de exposición*

En caso de haber determinado que los estímulos aversivos son contingentes a los síntomas, que son fácilmente accesibles y que el paciente está de acuerdo en el uso de una exposición en vivo y de forma súbita, sin una preparación previa, la tarea del terapeuta consiste en:

- Presentar al paciente tantos estímulos temidos (la situación temida de forma completa) como sea posible con el objeto de provocar una intensa respuesta de ansiedad. En otro capítulo ya se ha tratado el tema de la duración de las exposiciones pero parece interesante recordar aquí que se puede realizar una única exposición de larga duración –entre 30 y 50 minutos–, la cual, en términos de eficacia, resulta superior a las exposiciones cortas, aunque en función de las características del paciente, limitaciones prácticas, etc., las exposiciones cortas constituyen una buena alternativa.
- Mantener al paciente en este nivel hasta que aparezca algún índice claro de reducción espontánea en el valor elicitor de ansiedad de los estímulos.

Independientemente de la duración de la exposición, es fundamental que la

exposición se mantenga hasta que las respuestas emocionales negativas del paciente empiecen a disminuir. No se debe dar por finalizada una exposición mientras el paciente esté experimentando una emoción intensa.

- Reforzar al paciente, y en su caso al coterapeuta, por la exposición realizada.
- Tratar las dificultades surgidas durante la exposición.
- Preparar las tareas de la próxima semana.

• *Las tareas para casa*

Uno de los componentes básicos de la exposición a los estímulos temidos es la necesidad de repeticiones. El objetivo de las "tareas para casa" es facilitar la intervención entrenando al paciente en la técnica, y consisten en que el paciente se exponga a distintas situaciones ya tratadas en la sesión previa. Se recomienda que las exposiciones tengan una duración de, al menos, entre 20 y 30 minutos diarios.

En la realización de estas tareas programadas es donde se concentra la importancia de la labor desempeñada por el coterapeuta, tanto como modelo a imitar como administrador de refuerzos.

Asimismo, es de especial utilidad el uso de registros por parte del paciente y, en caso de contar con él, por parte del coterapeuta.

Las tareas para casa sirven, fundamentalmente, para:

- a) Proporcionar muestras adicionales de extinción y, por ende, acelerar así la intervención.
- b) Animar al paciente.
- c) Facilitar que el paciente adquiera control tanto sobre el proceso terapéutico como sobre las situaciones temidas.
- d) Iniciar y facilitar el proceso de generalización.

• *Sesiones de seguimiento*

En aquellos casos en los que se realice la intervención en una única sesión, y habiendo indicado al paciente la necesidad e importancia de que se autoexponga repetidamente a la/s situación/es temida/s –para lo cual se programan las denominadas tareas para casa–, igualmente es necesario realizar sesiones de seguimiento con el objeto de evaluar el mantenimiento del éxito terapéutico.

A tal efecto, se proponen cinco sesiones –si bien, evidentemente, el número podrá

variar en función de las características del caso, la significación de las posibles dificultades surgidas, del aprendizaje por parte del paciente en el manejo de distintas estrategias de afrontamiento, etc.–, en las cuales el terapeuta debe:

1.^a Sesión de seguimiento:

- Revisar los registros de autoexposición del paciente.
- Reforzar al paciente y, en su caso, al coterapeuta, por las tareas realizadas.
- Tratar las posibles dificultades surgidas en las tareas de exposición.
- Comprobar el manejo de ansiedad por parte del paciente.
- Analizar las conductas adaptativas reforzantes (relaciones sociales, actividades cotidianas, tiempo libre, etc.).
- Preparar y detallar las tareas para la próxima semana.

2.^a Sesión de seguimiento:

- Revisar los registros del paciente.
- Reforzar al paciente y, en su caso, al coterapeuta por las
- Tratar posibles dificultades surgidas en las tareas de exposición.
- Explicar el proceso de generalización y estrategias para facilitarlos.
- Proponer tareas para la próxima semana.

3.^a Sesión de seguimiento:

- Revisar los registros del paciente.
- Reforzar al paciente y, en su caso, al coterapeuta por las tareas realizadas.
- Tratar posibles dificultades surgidas en las tareas de exposición.
- Exponer planes a largo plazo:
 - Exposición continuada.
 - Establecimiento de nuevos objetivos.
 - Incremento de actividades.
 - Anticipación de recaídas.
 - Recurrir a los manuales de autoayuda para la resolución de problemas puntuales que puedan surgir.
- Proponer tareas para la próxima semana.

4.^a Sesión de seguimiento:

- Revisar los registros del paciente.
- Reforzar al paciente y, en su caso, al coterapeuta por las tareas realizadas.
- Tratar posibles dificultades surgidas en las tareas de exposición.
- Animar, en su caso, al paciente a establecer objetivos que estén más allá de la rutina diaria.
- Explicar la prevención de recaídas: índices tempranos de recaídas, estrategias inmediatas de prevención, sesiones de recondicionamiento, etc.
- Proponer tareas para la próxima semana.

5.ª Sesión de seguimiento:

- Revisar los registros del paciente.
- Reforzar al paciente y, en su caso, al coterapeuta por las
- Tratar posibles dificultades surgidas en las tareas de exposición.
- Realizar un balance global de las tareas realizadas a lo largo del tratamiento.
- Realizar una valoración del programa en función de las conductas objetivo.
- En su caso, recordar la pertinencia de releer el manual de autoayuda.
- Insistir en que el mantenimiento de las exposiciones constituye la clave para el éxito.
- Preparar el programa de seguimiento a medio-largo plazo.
- Agradecer al paciente, y, en su caso, también al coterapeuta, su participación.
- Manifestar su disponibilidad en caso de que aparezca algún contratiempo en el futuro.

2.3.2. Variantes de la técnica

• *Exposición gradual en vivo*

Como principal variante de la exposición en vivo de forma súbita hay que señalar la exposición gradual en vivo.

En tal caso, los pasos en la aplicación de la técnica son:

a) Comunes al procedimiento básico.

1. Analizar e integrar los datos obtenidos en la evaluación.

2. Confeccionar el plan de tratamiento.
 3. Preparación de la primera sesión.
- b) Propias de la exposición gradual en vivo y como paso previo a la aplicación de la técnica.
1. Realizar, de forma conjunta con el paciente, una jerarquía de estímulos aversivos relacionados con el problema que presenta.
 2. Entrenamiento del paciente en técnicas de manejo de ansiedad.
- c) Aplicación de la técnica.
- Exposición del paciente al estímulo relacionado con su miedo que implique la menor ansiedad según la jerarquía elaborada, según los mismos requisitos antes descritos.
 - Refuerzo de la conducta de exposición.
 - Tratar las posibles dificultades surgidas durante la exposición.
 - Presentación del estímulo siguiente según la jerarquía determinada.
 - Refuerzo de la conducta de exposición y comentar posibles dificultades surgidas durante la exposición.

El número de estímulos a presentar en cada sesión vendrá determinado por los resultados obtenidos en cada exposición. Es decir, dependerá del tiempo de exposición necesario para que aparezcan en el paciente muestras significativas de reducción de su malestar, así como de la conveniencia o no de dedicar unos minutos a la práctica de la relajación y del tiempo dedicado a la administración de refuerzos. De cualquier modo, se deben presentar cuantos estímulos sean posibles atendiendo a que el último presentado no elicite en el paciente respuestas de ansiedad cuya intensidad valore como superior a 3 en una escala de 0 a 10.

- Preparar las tareas a realizar por el paciente hasta la próxima sesión: autoexposición solo o, en su caso, con el coterapeuta, a aquellos estímulos ya tratados en la sesión.

En las próximas sesiones, básicamente, las tareas a llevar a cabo son:

- Revisar los registros de autoexposición del paciente.
- Reforzar al paciente y, en caso de contar con él, al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo.

- Tratar posibles dificultades surgidas en las tareas de exposición.
- Comprobar el manejo de la ansiedad por parte del paciente.
- Exposición a nuevos estímulos ansiógenos de la jerarquía.
- Reforzar al paciente por exponerse a tales estímulos.
- Programar las tareas para casa.

Se estima que seis sesiones de este tipo, de 45 minutos de duración, son suficientes para alcanzar los objetivos propuestos. Asimismo, una vez cubiertos los objetivos marcados, es recomendable dedicar una última sesión a:

- Revisar los registros del paciente.
- Reforzar al paciente y, en su caso, al coterapeuta por las tareas realizadas.
- Tratar posibles dificultades surgidas en las tareas de exposición.
- Realizar una valoración global de las tareas realizadas a lo largo de la terapia.
- Realizar una valoración del programa en relación con las conductas objetivo.
- Enfatizar que el mantenimiento de la práctica de la autoexposición es requisito imprescindible para que el éxito terapéutico se mantenga en el futuro.
- Preparar un programa de seguimiento.
- Agradecer al paciente y, en su caso, al coterapeuta su participación.
- Mostrarse disponible en caso de que puedan surgir problemas o contratiempos.

• *Exposición encubierta*

Pese a la demostrada superioridad de la inundación en vivo, en aquellos casos en los cuales bien el paciente no aceptara someterse a ella, bien en aquellos en los cuales los estímulos o situaciones temidas son difícilmente accesibles, se puede recurrir a la inundación en imaginación o implosión.

Los pasos a seguir en la aplicación de esta modalidad de la técnica son:

1. Analizar e integrar los resultados obtenidos en la evaluación.
2. Elaborar el plan de tratamiento.
3. Preparar la primera sesión.
4. Entrenamiento en imágenes neutras.

Tras exponer los resultados obtenidos, así como el plan de tratamiento

a seguir al paciente, en la medida en que éste lo haya aceptado, en las modalidades de exposición encubierta, antes de proceder a la presentación de escenas ansiógenas es recomendable constatar la habilidad imaginativa del paciente. Para ello resulta de gran utilidad recurrir, en primer lugar, a escenas carentes de carga emocional alguna para el paciente –neutras –, tales como actividades cotidianas (desayunar, asearse, pasear, etc.); y, en segundo lugar, a imágenes positivas que presenten algún componente fantasioso, sobre todo en aquellos casos en los que se haya determinado la probable existencia de estímulos dinámicos hipotetizados, los cuales casi con toda seguridad no encontraremos representados en las situaciones de la vida cotidiana.

De cualquier modo, en ambos casos el terapeuta debe proporcionar las instrucciones necesarias para que el paciente preste atención a los elementos visuales, olfativos, auditivos y gustativos, así como a los referidos al tacto y se los imagine con la máxima claridad posible.

Para lograr este objetivo se pueden utilizar instrucciones tales como: *"Cierre los ojos y concéntrese en mi voz"; "Se acaba de levantar y, sintiendo el frío suelo bajo sus pies desnudos, aún adormilado –le cuesta mantener los ojos abiertos, su caminar es lento– se dirige a la cocina"; "Ya por el pasillo percibe el penetrante y agradable olor del café recién hecho a la vez que oye el sonido característico de la cafetera"...*

A medida que se van exponiendo las distintas escenas se alienta al paciente para que describa las sensaciones que experimenta atendiendo a todos los detalles posibles con el fin de poder comprobar que las imágenes:

- Reproducen la situación "real".
- Generan las respuestas emocionales esperadas.

5. Elaborar un calendario de sesiones.
6. Presentación de las escenas.

Ésta constituye claramente parte de la intervención y su duración dependerá de aspectos tales como las características del propio paciente, de la complejidad del problema a tratar, etc., pero, en todo caso, en esta fase el terapeuta debe:

- Pedir al paciente que se siente cómodamente, cerrando los ojos pero sin relajarse.
- Describir, con la máxima claridad posible, la situación temida.
- Presentar al paciente tantos estímulos temidos como sea posible con el objeto de provocar la aparición de intensas respuestas de ansiedad,

intentando alcanzar el nivel máximo de las mismas. Al respecto hay que recordar que la eficacia de las exposiciones es mayor cuanto más brusca sea ésta –lo máximo soportable por paciente–, aunque, con frecuencia, las personas prefieren una exposición gradual y, en otras ocasiones, ésta puede resultar más recomendable. Casos en los que, previamente, se habrá confeccionado una jerarquía de estímulos/situaciones aversivas relacionados con el problema.

- Necesariamente, cada ensayo deberá prolongarse hasta que desaparezcan las respuestas de ansiedad, o bien éstas presenten una reducción del 25-30% respecto a los niveles presentados al inicio de la intervención. Lo cual implica mantener al paciente en cada una de las escenas hasta que aparezcan claros índices de una importante reducción de la ansiedad.
- Presentación repetida de los estímulos temidos.

Cabe recordar aquí que las exposiciones largas son más eficaces que las cortas y que los intervalos entre exposiciones cortos resultan de mayor eficacia que los largos.

- Describir los estímulos y/o situaciones temidas con realismo e incluso dramatismo con el objeto de facilitar que el paciente se imagine la escena con la máxima claridad posible y se implique en la misma. Sobre este particular, y con el objeto de asegurarse de que el paciente se imagina correctamente la situación o estímulo así como de que no ha introducido ningún elemento que no se encuentre bajo el control del terapeuta, es recomendable ir preguntado de vez en cuando sobre algún aspecto de la situación imaginada.
 - Reforzar al paciente por la tarea realizada.
 - Después de la presentación de cada escena, atender a la posible aparición de pensamientos o imágenes intrusivos que el paciente haya podido experimentar durante la presentación de la escena.
7. Entregar y explicar el registro de autoexposición al paciente enfatizando la necesidad de completarlo.
 8. En su caso, explicar detalladamente las tareas a desempeñar por el coterapeuta.
 9. Instruir en el manejo de refuerzos y autorrefuerzos.
 10. Detallar las tareas de exposición a realizar hasta la próxima sesión de forma clara y concisa.

Al respecto es importante tener presente:

- a) Trabajar, como mínimo, dos objetivos por semana.

- b) La necesidad de que el paciente practique escenas trabajadas en la última sesión de manera regular a lo largo de la semana.
- c) En caso de ser accesibles, que el paciente se exponga a los estímulos ambientales generadores de ansiedad ya trabajados.

En las siguientes sesiones, de acuerdo con el calendario y objetivos planteados, se debe:

- Revisar el registro del paciente.
- Reforzar las tareas de exposición realizadas.
- Tratar las dificultades que hayan podido surgir en las distintas exposiciones realizadas.
- Presentación de nuevas escenas, en los términos antes descritos.
- Preparar las tareas de exposición a realizar hasta la próxima sesión.

Una vez alcanzados los objetivos propuestos, debemos:

- Reforzar al paciente y, en su caso, al coterapeuta por las tareas realizadas.
- Realizar una valoración global de las tareas realizadas.
- Valorar el programa aplicado en relación con las conductas objetivo.
- Enfatizar la importancia de la práctica como garantía para mantener el éxito terapéutico.
- Elaborar un programa de seguimiento.
- Agradecer su participación al paciente y, en su caso, al coterapeuta.
- Mostrarse disponible en caso de que aparezcan posibles contratiempos.

• *El "stop thinking" o "parada de pensamiento"*

Tal como señalan autores como Olivares, Méndez y García (1999), la parada de pensamiento se puede considerar como una variante de la técnica de inundación al constituir un procedimiento de prevención encubierto. La finalidad de esta técnica es que el paciente aprenda a interrumpir pensamientos y/o imágenes intrusivos o no deseados.

El procedimiento de aplicación consiste en:

- Dar las instrucciones necesarias para que el paciente se concentre en un pensamiento o imagen no deseado. Es decir, este primer paso constituye una inundación en imaginación (implosión).
- Impedir que se produzcan conductas de escape mediante el uso de la prevención de respuesta.

- El terapeuta, de forma repentina, poniendo gran énfasis, dice: "*¡stop!*" o "*¡alto!*" (EC) a la vez que da un fuerte golpe en la mesa (EI), de modo que interrumpe los pensamientos negativos (RC).
- Realizar varios ensayos.
- Dar instrucciones al paciente para que sea él mismo quien diga "*¡stop!*" o alguna otra palabra de significado equivalente mientras aparece el pensamiento no deseado o intrusivo.
- Ensayar la secuencia hasta que el paciente haya aprendido el procedimiento.
- Pedir al paciente que practique lo aprendido varias veces al día (entre 2 y 3 secuencias de entre 10-20 minutos cada una) además de aquellas ocasiones en las que aparezcan los pensamientos o imágenes no deseados o intrusivos.
- En la aplicación de la técnica:
 - a) Al principio, el paciente debe parar los pensamientos negativos justo cuando aparezcan.
 - b) Una vez que el paciente haya adquirido habilidad y agilidad en el uso de la técnica, en los ensayos posteriores el pensamiento puede ser interrumpido en diferentes momentos de la secuencia.
- Progresivamente ir desvaneciendo la pronunciación de la palabra elegida para detener el pensamiento, utilizándola, únicamente, de modo subvocal.

• *Otras variantes*

Así como en las líneas anteriores se ha hecho referencia a las posibles variantes en la aplicación de la técnica de inundación, autores como Echeburúa y Corral (1992) se refieren a las posibles variantes en función de su aplicación clínica, distinguiendo entre procedimiento básico y variantes clínicas. Distinción que coincidiría con lo señalado en el apartado de este mismo libro relativo a las ventajas y desventajas de la técnica, en el cual señalábamos la aplicabilidad de la técnica a distintos trastornos de ansiedad.

A) Fobias

La aplicación de la técnica, en términos generales, incluye:

1. Evaluación cuidadosa de los estímulos temidos.
2. Determinar de forma detallada los pasos a seguir para que el paciente deje de temer y evitar dichos estímulos.

3. Informar y educar al paciente en los principios de la exposición.
4. En su caso, entrenar al coterapeuta.
5. Marcar conductas objetivo.
6. Practicar la exposición.
7. Pautar las autoexposiciones entre cada sesión.
8. Enseñarle el manejo del registro de autoexposición, señalando la importancia de su realización.

B) Fobia social

Como se ha señalado en otro apartado, la fobia social constituye un problema complejo que suele incluir otros aspectos deficitarios tales como la falta de habilidades sociales –a veces referidas a situaciones muy concretas y de baja frecuencia–, o errores significativos en la evaluación de la situación, de la actuación de la persona en la misma, o sobre ambos, de modo que el trastorno difícilmente puede resolverse recurriendo, únicamente, a la exposición. Con todo, con la aplicación de la técnica se persigue:

- Romper la asociación entre las situaciones temidas y las respuestas de ansiedad.
- Que el paciente aprenda a responder de forma adecuada ante tales situaciones.
- La consecución de datos que demuestren que las consecuencias negativas anticipadas no tienen lugar y, por ende, que el miedo experimentado carece de base.
- Que el paciente compruebe que las técnicas de afrontamiento aprendidas le permiten controlar las respuestas de ansiedad experimentadas.

Sobre el uso de las técnicas de exposición en el tratamiento de la fobia social cabe señalar que los datos obtenidos indican que los principales efectos de la misma se refieren a la reducción/eliminación de:

- Las respuestas de evitación.
- La activación fisiológica.
- La ansiedad subjetiva.

Por otra parte, la aplicación de la técnica –la cual preferiblemente se realizará de forma grupal–, en general, debe incluir:

1. Simular la situación (exposición simulada o ensayo de conducta).
2. Describir las conductas objetivo.
3. Exponer al paciente a un nivel realista de su propia experiencia de ansiedad.
4. Ayudar al paciente, proporcionándole los medios y habilidades necesarias, a que permanezca en la situación.

Finalmente, señalar sobre este particular que si bien las tareas de autoexposición entre sesiones constituyen un elemento de gran importancia en la consecución del éxito terapéutico, dada la complejidad del trastorno, parece aconsejable que las mismas sean posteriores a la exposición simulada, a la exposición en vivo en presencia del terapeuta y a la exposición en vivo en compañía de un coterapeuta.

C) Agorafobia

Constituye el trastorno fóbico más severo y, con frecuencia, se ve acompañada de otros problemas tales como depresión, fobia social, abuso de sustancias, etc. Además, parece ser uno de los trastornos que presenta mayor prevalencia. Dada su complejidad, su tratamiento requiere, igualmente, un abordaje complejo.

Con todo y en cuanto a los procedimientos de exposición utilizados en el tratamiento de la agorafobia hay que señalar que se han utilizado tanto procedimientos encubiertos (desensibilización encubierta e inundación en imaginación) como procedimientos de exposición en vivo, siendo los más utilizados la exposición prolongada en vivo, la práctica reforzada gradual, la exposición autocontrolada con autoobservación y la práctica programada. En este sentido cabe indicar que aunque parece haberse encontrado buenos resultados con el uso de procedimientos encubiertos, está demostrada la superioridad de los procedimientos en vivo en el tratamiento de este trastorno.

Como principales aspectos comunes en los distintos procedimientos de exposición en vivo destacan:

- Se debe explicar claramente al paciente la justificación de la exposición en vivo, señalando que se trata de un programa sistemático y estructurado que exige un esfuerzo continuado durante unos meses y que supone tener que soportar ciertos niveles de ansiedad.
- Una reeducación acerca de la naturaleza de la ansiedad.
- Se deben especificar de forma concreta los objetivos que se pretenden conseguir mediante la exposición.
- La exposición debe practicarse tanto en los días "buenos" como en los días "malos", sin prisas.
- La explicación de que el progreso no es lineal, sino que, por el contrario, lo habitual es que se produzcan altibajos.
- Se deben programar tareas de exposición que impliquen un claro efecto positivo en la vida cotidiana de la persona.
- El paciente debe exponerse a tantos aspectos de las situaciones temidas como sea posible.

Asimismo, en el tratamiento de la agorafobia se pueden diferenciar dos objetivos

fundamentales: las conductas de evitación y, en su caso, los ataques de pánico.

El tratamiento de las conductas de evitación debe incluir:

- a) Exposición y autoexposición graduada en vivo a las situaciones temidas. Exposición que puede realizarse bien recurriendo a la presencia de un coterapeuta o del terapeuta mismo.
- b) Aprendizaje de estrategias de afrontamiento de la anticipación y de la experimentación de ansiedad –o pánico– durante la exposición en vivo: relajación, respiración, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, etc.
- c) Eliminación gradual de las señales de seguridad.
- d) En su caso, implicación de una persona significativa para el paciente en la solución de posibles problemas relacionados con la agorafobia.

Por otra parte, el tratamiento de los ataques de pánico incluye:

- a) Exposición guiada por el terapeuta a los estímulos interoceptivos temidos.
- b) Autoexposición a los estímulos interoceptivos temidos.
- c) Entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

Si con estos pasos se obtienen los resultados esperados, se debe introducir un programa de mantenimiento que contemple la exposición continuada y, asimismo, se deben programar las sesiones de seguimiento. Por el contrario, si la intervención no resulta exitosa es necesario evaluar detalladamente la posible existencia de otros trastornos que estén interfiriendo en el tratamiento y en función de los resultados obtenidos tomar las decisiones pertinentes.

Por otra parte, es importante hacer notar que dadas las características de este trastorno, el tratamiento del mismo requiere más tiempo que cualquier otro trastorno fóbico, estimándose una duración media de unos cinco meses para la aplicación de los pasos antes señalados, así como la necesidad de llevar a término un programa de seguimiento de una duración, igualmente, de cinco meses (Janson, Jerremalm y Öst, 1984), que incluya:

- a) La explicación del programa de seguimiento y mantenimiento, revisando los fundamentos del tratamiento, sus metas y los resultados obtenidos.
- b) El compromiso explícito del paciente de realizar exposiciones continuadas a las situaciones temidas.
- c) El uso de autorregistros diarios de tareas de autoexposición, los cuales serán comentados periódicamente con el terapeuta.
- d) La elaboración de un listado individualizado de estrategias de afrontamiento con el objeto de poner solución a los posibles contratiempos.
- e) Informar acerca de las situaciones de alto riesgo y cómo aplicar en ellas las estrategias de afrontamiento adquiridas para evitar recaídas.

D) Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) parece ser uno de los trastornos mejor descritos, posiblemente debido a la claridad que presenta su topografía. Sin embargo, no ocurre lo mismo acerca de la explicación de su instauración y mantenimiento. Sus componentes principales son:

- a) *Las obsesiones*. Entendidas éstas como ideas, pensamientos, imágenes intrusivas que aparecen de forma repetitiva y no deseada para la persona.
- b) *Las compulsiones*. Constituidas por conductas repetitivas, finalistas e intencionadas que se efectúan, al menos al principio, como respuesta a una obsesión y de acuerdo a unas reglas y cuyo objetivo es neutralizar o impedir el malestar producido, bien por la obsesión, bien para evitar el acontecimiento temido. Tales conductas no suelen ser realistas o son claramente excesivas.

En el TOC se produce afectación del sistema de respuesta cognitivo –obsesiones, rumiaciones, rituales cognitivos, etc.–, afectación del sistema motor (rituales compulsivos –cadenas de conducta que se asocian a tareas cotidianas–), así como una clara afectación fisiológica, sobre todo al inicio del problema, cuando aparece un marcado nivel de activación como resultado de los esfuerzos de la persona para soportar la obsesión. Sin embargo, cuando el trastorno se cronifica, la persona, en la mayoría de los casos, se abandona a la compulsión y el componente ansioso pasa a un segundo plano.

En este trastorno se pueden observar distintas variantes: obsesiones puras, compulsiones, obsesiones con comportamientos compulsivos reductores de la ansiedad, y obsesiones con compulsiones no reductoras de la ansiedad. En consecuencia, se pueden distinguir diferentes intervenciones básicas para cada una de ellas.

En el tratamiento de las compulsiones motoras la exposición con prevención de respuesta ha demostrado su eficacia en el 75% de los casos, mientras que la parada de pensamiento resulta una técnica eficaz en el tratamiento de las obsesiones. Igualmente, la parada de pensamiento ha sido tradicionalmente utilizada en el tratamiento de las obsesiones puras. Por su parte, cuando aparecen tanto obsesiones como compulsiones, la técnica más eficaz parece ser la exposición con prevención de respuesta, la cual, en ocasiones, se tiende a combinar con la parada de pensamiento.

Asimismo, en el tratamiento de este trastorno es importante tener presente que la exposición en vivo ha demostrado ser muy superior a la exposición en imaginación, así como que el uso de la desensibilización sistemática resulta muy poco eficaz, de modo que los resultados conseguidos con la misma, en el mejor de los casos, son puramente anecdóticos.

De cualquier forma y a modo de resumen, cabe señalar que en el tratamiento del TOC se recomienda:

- La exposición a los estímulos temidos.

- Si bien no se han encontrado diferencias entre la exposición súbita y la gradual, parece ser más aconsejable el uso de la exposición gradual ya que suele producir menos ansiedad y menor aversión al tratamiento.
- Control de la exposición, tanto en la modalidad autodirigida como controlada por el terapeuta.
- Tal como ocurre en otros casos, las exposiciones largas son más efectivas que las cortas.
- La prevención de respuesta constituye un elemento imprescindible para la extinción de la respuesta compulsiva.

En este sentido, resulta de interés señalar que en la aplicación de la prevención de respuesta la velocidad no parece constituir una variable relevante, sino que ésta relevancia recae en la supervisión de su uso, la cual parece ser un determinante de su éxito. No obstante, la eficacia del uso de la prevención de respuesta es mayor cuando ésta se realice de manera prolongada.

Igualmente, para el cumplimiento de la prevención de respuesta resulta muy eficaz recurrir a la ayuda de amigos y familiares del paciente, si bien es importante que en la fase de entrenamiento de éstos quede claramente establecido que su tarea consiste en animar al paciente a cumplir las tareas señaladas e informar al terapeuta, pero que, en ningún caso, su intervención debe consistir en la participación en la inhibición o interrupción de las compulsiones.

Respecto a la prevención de respuesta, finalmente, cabe indicar que la mayoría de los pacientes, a los 14-21 días de su uso, presentan una marcada mejoría.

E) Ansiedad generalizada

Como se ha señalado con anterioridad, en el tratamiento de los trastornos de ansiedad generalizada las técnicas de exposición aparecen como un elemento, si no el fundamental, sí entre los más importantes de los que constituyen los paquetes multicomponentes de su tratamiento. En este sentido, cabe hacer hincapié en que la exposición, en cualquiera de sus variantes, viene siendo utilizada en todas las modalidades de dichos paquetes terapéuticos. Por tanto, en este caso resulta difícil señalar un procedimiento general de aplicación de las técnicas de exposición y autoexposición, puesto que ello dependerá del tipo de paquete utilizado, si bien generalmente se vienen utilizando grupos de técnicas en los que la relajación y la exposición encubierta por aproximaciones sucesivas y la autoexposición suelen ser los elementos centrales de tales procedimientos. En la mayoría de las ocasiones, la secuencia suele ser: entrenamiento en relajación, exposición encubierta y autoexposición, introduciéndose, sin reglas fijas y atendiendo más al criterio del propio terapeuta, el resto de las técnicas que conforman el paquete terapéutico.

2.4. Posibles problemas en su aplicación y recomendaciones para su solución

Como regla general, en la medida en que la evaluación de la/s conducta/s-problema sea precisa y que los objetivos propuestos, así como la técnica de modificación de conducta, sean determinados sobre la base de los resultados obtenidos en la misma, la aplicación de la exposición en sus distintas modalidades no presenta dificultad. Sin embargo, pueden aparecer algunos problemas de cuya pronta resolución puede depender que la intervención sea exitosa o que, por el contrario, ésta fracase.

Estos problemas se refieren a cuestiones tales como:

- El gran número de abandonos descritos.
- El hecho de que la mayoría de los pacientes esperen obtener resultados ya en las primeras sesiones de intervención.

En ocasiones, el primero es consecuencia del segundo, pero en cualquier caso los recursos que han demostrado mayor utilidad no sólo para solucionar, sino sobre todo para prevenir los problemas derivados de las mismas son:

- *Motivar e implicar al paciente en la terapia.* En este sentido se ha comprobado que se consigue mejorar el grado de motivación del paciente si:
 - Comprende que se trata de un programa estructurado que requiere un esfuerzo continuado durante un tiempo.
 - Se le explica con claridad, exactitud, y en términos concretos qué puede obtener con el tratamiento.
- *Pautar adecuadamente las distintas sesiones.*
- *Nunca dar por terminada una sesión de exposición –sea ésta en vivo o encubierta– si no se ha alcanzado un éxito ciertamente significativo en las distintas tareas realizadas.*
- *Fijar objetivos realistas,* pero sobre todo que tengan repercusión en la vida cotidiana y funcionamiento general del paciente.

Por otra parte, y en relación con la presentación de las escenas ansiógenas, hay que hacer notar que la aplicación de la técnica puede dar lugar a elevados niveles de activación emocional y fisiológica en el paciente. En tal caso, hay que recordar:

- En términos generales, diez minutos, aproximadamente, tras abrir los ojos al finalizar las tareas de exposición, constituye un tiempo suficiente para que dicha activación se reduzca a niveles fácilmente manejables por el paciente.
- En caso contrario, resulta de gran utilidad pedirle al paciente que respire

profunda y lentamente echando el aire por la boca unas cuantas veces. En este sentido, parece incrementarse la eficacia si el terapeuta va dando las instrucciones pertinentes al respecto.

Con la práctica de la respiración se consigue:

- a) Que el paciente preste atención a algo concreto sin carga emocional.
- b) Una disminución de la activación fisiológica.
 - Si se diera el caso de que el paciente aún presentara altos niveles de activación, se repite la última escena hasta obtener una mayor extinción.
 - Nunca dar por finalizada una sesión de exposición si el paciente presenta altos niveles de activación.

En cualquier caso, dada su importancia, quisiéramos volver a incidir en algunos aspectos a tener en cuenta en la aplicación de la técnica:

- a) No está del todo probado que la jerarquización de escenas y/o la graduación de las tareas de exposición sea más eficaz, pero sí resultan útiles para mantener la motivación del paciente (Echeburúa y Corral, 1991).
- b) La eficacia pasa, necesariamente, por la exposición del paciente a los estímulos que le generan ansiedad.
- c) Para garantizar el éxito de la autoexposición se debe:
 - Fijar metas realistas.
 - Determinar cada una de las conductas-problema.
 - Practicar la exposición de forma regular con relación a cada una de las conductas-problema identificadas.
 - Evaluar la reducción de los niveles de ansiedad.
 - Prever la resolución de contratiempos.
 - La práctica entre sesiones es requisito indispensable para el éxito.
 - Usar registros de exposición, que cumplirían una doble función:
 - Complementar la intervención.
 - Constituir una medida de resultados.

Asimismo, no hay que olvidar que las distintas variantes de la técnica de inundación (desensibilización sistemática, inundación encubierta o la intención paradójica), así como la presencia del terapeuta o de un coterapeuta, el uso de manuales de autoayuda o el uso de psicofármacos, única y exclusivamente serán útiles y eficaces en la medida que contribuyan a que el paciente se exponga solo a las situaciones o estímulos temidos.

Finalmente, y en referencia a la aparición de posibles problemas en la aplicación de

la técnica de modo encubierto, cabe señalar que gran parte de éstos se derivan, principalmente, de las dificultades que puede presentar el paciente para imaginarse las distintas escenas o estímulos.

Tal como se ha señalado, por tanto, resulta necesario realizar una evaluación previa relativa a esta habilidad, así como un entrenamiento en la misma. Para garantizarnos el éxito en esta fase:

- Dar instrucciones previas claras, por ejemplo:
 - *"Imagine con la máxima claridad posible la situación que se le va a describir a continuación."*
 - *"Métase en la escena como si realmente la estuviera viviendo no como un mero espectador."*
- Acordar con el paciente el modo en que informará acerca de haber logrado una imagen nítida de la escena descrita. Como por ejemplo levantar el dedo índice de la mano dominante.

Aun así es posible que aparezcan algunos problemas tales como:

- a) Lentitud. Para su solución se puede recurrir a:
 - Incrementar los detalles de la descripción.
 - Prolongar el tiempo de la formación de la imagen.
- b) No elaborar imágenes vividas para cuya resolución deberemos incrementar los detalles en la descripción de la escena.
- c) Dificultad para discriminar entre imágenes placenteras e imágenes aversivas. En tal caso, es recomendable iniciar el entrenamiento con imaginación emotiva.
- d) Dificultades para elaborar algún tipo de imagen sensorial relacionada con movimiento, variables físicas y/o psicológicas. Con el fin de salvar estas cuestiones se puede recurrir a:
 - Incrementar los detalles en la descripción relacionados con la respuesta concreta a imaginar.
 - Apoyarse en otras categorías en las cuales el paciente no tenga dificultad.

2.5. Material para el terapeuta

Cuadro 2.2. *Guía de entrevista clínica*

1. Contacto inicial
 - 1.1. Crear un clima cálido y empático que favorezca la confianza (presentación y saludo).
 - 1.2. Explicar el propósito de la evaluación y cómo se va a llevar a cabo.

2. Identificación del problema
 - 2.1. Descripción y operativización del problema.
 - 2.2. Momento de aparición.
 - 2.3. Identificar posibles problemas asociados y/o independientes.
 - 2.4. Priorización de los problemas o distintos aspectos del mismo.
 - 2.5. Identificación de antecedentes de la conducta problema.
 - 2.6. Identificación y operativización de las respuestas de ansiedad experimentadas.
 - 2.7. Identificación de los consecuentes de la conducta problema.
 - 2.8. Frecuencia, intensidad y duración de las situaciones generadoras de ansiedad.
 - 2.9. Frecuencia, intensidad y duración de las distintas respuestas de ansiedad experimentada.
 - 2.10. Grado de interferencia en la vida cotidiana (trabajo, familia, relaciones sociales, etc.).

3. Otras variables de interés
 - 3.1. Atribuciones causales acerca del problema.
 - 3.2. Motivación y expectativas sobre el tratamiento.
 - 3.3. Intentos de solución llevados a cabo hasta el momento y resultados obtenidos.

4. Síntesis y cierre
 - 4.1. Recapitular y devolver la información al paciente.
 - 4.2. Explicar en qué consiste el problema y los procesos mediante los cuales se mantiene.
 - 4.3. En su caso, plantear la necesidad de completar la información obtenida en la entrevista con otras técnicas y programar su aplicación. En este sentido, explicar los objetivos que se persiguen mediante el uso de cada una de las técnicas que van a ser utilizadas suele incrementar la implicación del paciente.
 - 4.4. Aclarar posibles dudas.

Cuadro 2.3. Explicación de la técnica. Ficha para el terapeuta. Guía para la explicación de la técnica

1. Breve explicación del porqué del trastorno de ansiedad que presenta el paciente
 - 1.1. En la línea de la teoría bifactorial de Mowrer insistir en los aspectos que hacen referencia a la adquisición de los problemas de ansiedad así como a su mantenimiento.
 - 1.2. Recordar que las emociones son necesarias y adaptativas, y que las reacciones que el paciente ha podido sentir no son extrañas, sino que por el contrario nos ocurren a todos los humanos.
 - 1.3. Enfatizar que los comportamientos de evitación son, en definitiva, los que

están manteniendo el problema.

-
2. Breve justificación de la pertinencia de la aplicación de la técnica
 - 2.1. A partir de la explicación anterior (1.3.), explicar que uno de los objetivos de la exposición consiste, precisamente, en eliminar la conducta de evitación.
 - 2.2. Introducir los rudimentos de los principios del aprendizaje.
 - 2.3. Explicar en qué consiste la exposición y decidir, junto al paciente, la modalidad de la misma que va a ser utilizada.
-
3. Explicación del procedimiento a aplicar
 - 3.1. Una vez decidida la técnica, explicar el procedimiento que se va a aplicar
 - 3.2. Señalar la necesidad de exposiciones repetidas y prolongadas.
-
4. Exposición de los resultados esperados
 - 4.1. Insistir en el objetivo general de eliminar el miedo, la ansiedad y la evitación.
 - 4.2. Aclarar que los avances en el tratamiento no van a ser lineales, sino que, por el contrario, lo habitual es que se produzcan altibajos.
 - 4.3. Explicar la utilidad de "las tareas para casa" (autoexposición) en la generalización de los avances conseguidos en las sesiones de intervención en consulta.
-
5. Indicaciones sobre los problemas que pueden surgir
 - 5.1. Comentar la probabilidad de aparición de la ansiedad durante las sesiones de exposición, indicando, asimismo, las técnicas que pueden ser utilizadas para superar esa situación.
 - 5.2. En caso de que se utilice un procedimiento por aproximaciones sucesivas, explicar claramente que los pasos posteriores pueden elicitar, nuevamente, los problemas de ansiedad.
-

Cuadro 2.4. Modelos de registro de tareas de exposición

Nombre

Semana

[illegible]

Nombre

.....

Semana

[illegible]

Cuadro 2.5. Uso del autorregistro. Ficha para el terapeuta

Ficha de instrucciones para el uso del autorregistro.
Cómo puede explicar el terapeuta al paciente la utilidad y el uso del mismo

- I. El autorregistro como instrumento para definir operativamente la conducta o las conductas problema.

Ejemplos:

"Para saber con exactitud qué es lo que le ocurre, dónde, en qué situaciones, cuándo y con qué frecuencia, así como las personas que están presentes, el grado de malestar que experimenta y qué respuestas concretas de malestar tiene, es muy importante que usted anote todas estas cuestiones en esta hoja cuando aparezca el problema."

"Es importante que lo anote de forma inmediata para no perder ningún detalle y para evitar que puedan aparecer distorsiones en el recuerdo. Si ello no fuera posible, hágalo en cuanto pueda, intentando que transcurra el menor tiempo posible."

2. El autorregistro como instrumento para la obtención de la línea base de la conducta o de las conductas problema.

Ejemplo:

"El registro diario de su conducta problema nos va a permitir a ambos calibrar la magnitud del mismo, así como su estado actual."

3. El autorregistro como instrumento que permite medir y comparar los cambios operados durante el tratamiento.

Ejemplos:

"El seguir realizando los registros a lo largo de todo el proceso terapéutico nos va a permitir constatar los avances obtenidos en la aplicación de la técnica."

"La utilización continuada de los registros nos permitirá identificar los posibles problemas que puedan surgir durante el tratamiento."

"El uso de los autorregistros de forma continuada nos permitirá identificar los aspectos de la conducta problema que pueden ser más difíciles de eliminar"

Cuadro 2.6. Ejemplos de registro para persona

Ejemplo I: Centrado en la realización del análisis funcional de la conducta

Día 1.....

Hora	Dónde	Con quién	Qué ha pasado antes	Qué ha hecho	Qué ha dicho	Qué ha pasado después

Ejemplo 2: Centrado en la frecuencia de una conducta

Día 1.....

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana (8-13h)							
Mediodía (13-16h)							
Tarde (16-20h)							
Noche (20-24h)							

Cuadro 2.7. Requisitos para la construcción de jerarquías

-
- A) Los estímulos que componen la jerarquía deben ser:
- Realistas.
 - Concretos, de forma que cuando se pida a la persona que imagine el contenido de la escena los detalles de la misma que debe imaginar estén claramente especificados.
-
- B) La jerarquía debe incluir estímulos relevantes en el problema en cuestión, hayan sido o no experimentados por la persona pero que le generan ansiedad.
-
- C) Los elementos de la jerarquía deben ser aportados y valorados por el paciente/cliente con la ayuda del terapeuta.
-
- D) Los elementos de la jerarquía deben ser cuantificados, para lo cual se utilizan las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA), cuyo uso igualmente proporciona información sobre las posibles fluctuaciones de la ansiedad en distintas situaciones, así como valorar el nivel de relajación. Su rango es 0-100.
-

Cuadro 2.8. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento

-
1. Mostrar una actitud amistosa y empática, así como una imagen de seguridad en sí mismo.
 2. Mantener una relación de colaboración con el paciente/cliente.
 3. Establecer acuerdos con el paciente/cliente acerca de la conceptualización de su problema y sobre los objetivos terapéuticos, así como acerca del tratamiento y procedimiento a seguir
 4. Proporcionar material escrito o audiovisual acerca del modelo explicativo de su problema, así como acerca del tratamiento a seguir
 5. Conseguir que el paciente/cliente valore las consecuencias a corto y a largo plazo de llevar a cabo o no el tratamiento.
 6. Adaptar la información al nivel del paciente/cliente y comprobar que la entiende.
 7. Evaluar las expectativas de mejora del paciente/cliente y, en caso de que éstas sean bajas, incrementarlas.
 8. Dar instrucciones claras y concretas por escrito, acompañadas de una explicación verbal
-

- previa.
9. Plantear un avance progresivo que contemple objetivos específicos.
 10. Señalar claramente que el progreso no será lineal ni inmediato.
 - I I. Presentar las recaídas como una oportunidad para aplicar lo aprendido.
 12. Presentar el tratamiento de forma sencilla, en caso de presentar una elevada complejidad ir introduciendo los distintos componentes del mismo de forma progresiva.
 13. Establecer plazos concretos para la consecución de objetivos.
 14. Utilizar estrategias que recuerden y faciliten la aplicación del tratamiento.
 15. Utilizar el reforzamiento ante los esfuerzos y logros del paciente/ cliente.
 16. Atribuir los logros conseguidos al esfuerzo del paciente/cliente, no al terapeuta.
 17. Establecer contratos específicos con el paciente/cliente.
 18. Utilizar diarios conductuales y registros de las tareas realizadas.
 19. Proporcionar al paciente/cliente información clara acerca de la evolución de su problema de forma regular

Cuadro resumen

A modo de resumen de lo señalado en este capítulo, cabe destacar las siguientes cuestiones:

1. El objetivo fundamental de aplicación de cualquier técnica de exposición es la eliminación de trastornos cuyo principal componente es la ansiedad y cuya principal estrategia del paciente para afrontarla es la evitación.
2. La correcta aplicación de la técnica depende de un correcto análisis funcional de la conducta problema que, a su vez, depende de una correcta evaluación previa del caso. Para ello podemos utilizar técnicas tales como: entrevista, entrevista a personas allegadas, observación, autoobservación y autorregistro, autoinformes y registros psicofisiológicos.
3. El procedimiento básico de aplicación de la técnica incluye los siguientes pasos:
 - a) Identificación de los estímulos.
 - b) Elaboración del plan de tratamiento.
 - c) Preparación de la primera sesión.
 - d) Realización de la sesión de exposición.
 - e) Planificación de las "tareas para casa".
 - f) Realización de sesiones de seguimiento.
4. Las variantes fundamentales de la técnica básica de exposición son la exposición gradual en vivo y la exposición encubierta.
5. Algunos autores proponen otras variantes como la parada de pensamiento o variantes referidas a la aplicación de la técnica en los distintos trastornos por ansiedad.
6. Durante la aplicación de la técnica pueden aparecer problemas derivados del propio paciente, del terapeuta y de la situación.

Exposición de un caso clínico: evaluación e intervención

- *Evaluación*

Para la consecución de una adecuada evaluación durante el proceso de la misma se deben realizar los siguientes pasos:

- a) Identificar la conducta o conductas problema y las variables que la mantienen y definen de forma operativa. Por ejemplo, en el caso de Guillermo, en lugar de limitarnos a señalar que presenta un trastorno obsesivo-compulsivo, se trataría de identificar qué le pasa, dónde le ocurre, cuándo, cuánto le dura, con qué frecuencia le ocurre, qué grado de inadaptación o malestar le produce, qué pasa inmediatamente antes de la aparición de las respuestas de ansiedad, qué personas están presentes, qué hacen antes, qué pasa inmediatamente después, qué hacen los demás, y qué hace él.
- b) Realizar el análisis funcional de la/s conducta/s problema. La definición operativa de la conducta problema y la identificación de sus antecedentes y consecuentes nos permitirá realizar el análisis funcional de dicha conducta y establecer la línea base de la misma. Como es obvio, el problema del que estamos hablando se refiere a una conducta compleja y múltiple por lo que se trataría de identificar en términos funcionales no sólo la secuencia funcional relativa a las respuestas de ansiedad, sino también a los pensamientos catastrofistas y a las conductas de comprobación.

Por ejemplo, en el caso que nos ocupa se trata de una línea base de conducta múltiple en la que tendríamos que identificar:

Respuestas

- Cómo es la respuesta de ansiedad, sus componentes (por ejemplo, ya hemos visto que Guillermo presenta taquicardia, disnea, sensación de ahogo y malestar generalizado).
- Cómo son los pensamientos catastrofistas (volviendo a nuestro ejemplo, Guillermo dice que le "asalta una fuerte convicción de que algo terrible puede pasar si él no interviene").

En cada una de las conductas señaladas y tal como indicábamos en párrafos anteriores, se debe completar el análisis atendiendo a los parámetros que definen la conducta, es decir, a su intensidad, su frecuencia, su duración y su grado de interferencia.

El conocimiento y control de tales parámetros nos va a permitir la cuantificación de las conductas problema y, en su caso, la representación, gráfica de las mismas.

Antecedentes

En este punto resulta especialmente relevante la identificación de las situaciones y lugares en los que aparece la conducta problema. Como ya se ha visto, Guillermo, cuando acude a consulta, ha generalizado la conducta problema prácticamente a todos los lugares y situaciones posibles. Igualmente, lo ha llegado a hacer ante casi todas las personas de su entorno (compañeros de trabajo, su madre, su novia, etc.).

Así como es importante identificar las situaciones, igualmente lo es identificar las

personas presentes en las mismas, pero mucho más importante es identificar los elementos del campo que elicitaban la conducta problema. Cabe recordar aquí que Guillermo realiza la conducta problema ante múltiples estímulos tales como válvulas, enchufes, arquetas, palancas, llaves de paso, cerraduras, y en general todo elemento relacionado con el funcionamiento y la seguridad de la infraestructura.

Ahora bien, por el propio proceso de generalización, Guillermo relata cómo en los comienzos del problema eran los objetos físicos los que elicitaban el malestar, pero desde hace aproximadamente medio año, sin quererlo, se sorprendía pensando en tales estímulos. Estas sensaciones le producían ansiedad y la necesidad imperiosa de ir a comprobar el estado de cada uno de los elementos. Llegando a realizar conductas de comprobación repetidas (en ocasiones más de cuarenta) y a recorrer distancias desde su casa al trabajo con el objeto de comprobar la situación.

Consecuentes

Éstos se refieren a aquellos acontecimientos que tienen lugar inmediatamente después de la aparición de la conducta problema:

- ¿Qué hace Guillermo tras la experimentación de las respuestas de ansiedad?
Guillermo comprueba, lo que inicialmente va a reducir sus respuestas de ansiedad.
- ¿Qué hacen sus compañeros de trabajo? *Evitan trabajar con él.*
- ¿Qué hace su novia, qué hace su madre? *Tras la reiteración de sus comportamientos problemáticos, tanto su madre como su novia "lo han despedido".*
- En general, ¿qué cosas suceden en el entorno de Guillermo inmediatamente después de la aparición de la conducta problema?

Una vez identificados la conducta, los antecedentes y los consecuentes, vendría el momento de realizar el análisis funcional de la misma que se corresponde con la hipótesis explicativa de lo que le está sucediendo a Guillermo. En este sentido, y para realizar el análisis funcional, resulta evidente que los estímulos como llaves, válvulas, etc., sea cual sea la situación y el lugar en que aparezcan, así como los pensamientos intrusivos sobre los mismos actúan como antecedentes de las respuestas de ansiedad de Guillermo. Por otra parte, la conducta problema, es decir, la conducta ansiosa, se caracteriza por episodios de taquicardia, sensación de ahogo, malestar generalizado y pensamientos catastrofistas y, como consecuencia de tales respuestas, Guillermo realiza una conducta de comprobación con la que conseguía reducir la ansiedad.

En consecuencia, el primer objetivo fue identificar la conducta problema así como las variables que la definían y la mantenían con el fin de realizar el análisis funcional y obtener la línea base de la conducta o conductas problema.

Simultáneamente a la obtención de la línea base se estableció una hipótesis explicativa de la/s conducta/s problema y se realizaron las deducciones pertinentes a la/s misma/s. Cuestión que conduce a la contrastación y validación de las hipótesis planteadas, tras lo cual se planteó la aplicación de las técnicas adecuadas para modificar la conducta problema.

- c) Formulación de hipótesis explicativas contrastables de la conducta problema y deducción de predicciones verificables.

Se trata aquí de explicar teniendo en cuenta la relación funcional de los elementos que constituyen el análisis, el posible origen y mantenimiento en términos experimentales de la conducta problema. En nuestro caso, se puede hipotetizar que las respuestas de ansiedad han aparecido elicitadas por los estímulos ya señalados, y que las conductas de comprobación han reforzado la reducción de la ansiedad, es decir, la ansiedad ante los estímulos se ha visto reforzada a través de un proceso de reforzamiento negativo resultante de las conductas de

comprobación.

Igualmente, se puede deducir que si se solicita a Guillermo que compruebe cómo está la instalación de gas y después se le pregunta sobre la misma, esto le generará ansiedad y la necesidad de comprobar cómo ha dejado la instalación. Asimismo, si se le impidiera la realización de la conducta de comprobación, cabría esperar un importante incremento de su ansiedad.

- d) Variables relevantes a manipular. En conclusión y tras la formulación de las hipótesis explicativas señaladas, se puede fácilmente inferir que las variables a manipular hacen referencia a la relación existente entre los estímulos ambientales (internos y externos) elicitadores de la ansiedad y las propias respuestas de ansiedad, así como la relación entre éstas y las conductas de escape de la misma concretadas en los rituales de comprobación. Atendiendo a estas relaciones, se establece el plan de intervención, que lógicamente, en el caso de Guillermo, consistió en la exposición a las situaciones propias de su actividad laboral (manipulación de llaves, válvulas, arquetas, etc.) impidiendo, simultáneamente, las respuestas de escape.

- *Plan de intervención*

En primer lugar; cabe señalar que, tal como se estableció en páginas precedentes, el caso de Guillermo responde a los cinco criterios mencionados por los que resulta pertinente el recurso terapéutico a las técnicas de exposición.

Por otra parte, y en cuanto a los criterios de aplicación de la propia técnica y siguiendo las indicaciones previas y para el caso que nos ocupa, la elección de una técnica encubierta por aproximaciones sucesivas vendría determinada por los siguientes aspectos:

- El difícil acceso a las distintas condiciones estímulares con un marcado carácter industrial (llaves, arquetas, válvulas, interruptores, etc.) determina la pertinencia del uso de un procedimiento encubierto.
- La gran generalización a las distintas condiciones estímulares generadoras de ansiedad, asimismo, apoya el uso del procedimiento encubierto.
- Los altos niveles de ansiedad y el gran malestar subjetivo producido por las distintas situaciones estímulares que experimentaba Guillermo determinan la necesidad del uso de un procedimiento por aproximaciones sucesivas.
- El hecho de que la imposibilidad de realizar las conductas de escape o rituales de comprobación generara en Guillermo un gran malestar también apuntaba a la necesidad de un procedimiento por aproximaciones sucesivas.
- Cabe señalar aquí que se determinó, igualmente, la posibilidad de realizar exposiciones en vivo en condiciones naturales de fácil acceso y en función de los resultados que se fueran obteniendo en los pasos previos.
- Igualmente, se estableció la necesidad de un programa de tareas para casa en función de los avances obtenidos en el procedimiento de primera elección (exposición encubierta por aproximaciones sucesivas).
- Finalmente es importante recordar que en el caso de Guillermo –tal como ocurre en los trastornos obsesivo-compulsivos en general– la aplicación de la técnica de exposición se acompañó de un procedimiento de prevención de respuesta de las conductas rituales.

Procedimiento de aplicación

A) *Identificación de estímulos.* En la evaluación se identificaron dos tipos fundamentales de estímulos:

- a) Estímulos de naturaleza externa contingentes a las respuestas de ansiedad tales como enchufes, palancas, puertas, arquetas, llaves, grifos, etc.
- b) Estímulos internos informados por el propio Guillermo tales como sentimientos y pensamientos catastróficos así como culpabilidad.

B) *Plan de tratamiento: Preparación de la primera sesión:*

- 1.º Como paso previo se informó a Guillermo de los resultados de la evaluación con especial referencia a la explicación del procedimiento a seguir y de los objetivos a cubrir. En este momento, Guillermo manifestó sus temores acerca de la eficacia del mismo debido a sus experiencias previas de tratamiento fallidas, de modo que se le informó detalladamente del proceso a seguir y de cada una de las alternativas con las que se podía contar en caso de la aparición de problemas.
- 2.º Se valoró la posibilidad de contar con la ayuda de un familiar u otra persona allegada que pudiera actuar como coterapeuta. Sin embargo, tal como recordó el paciente, el grado de interferencia del trastorno eliminaba esta posibilidad dado que todos sus allegados habían acabado por "escapar" de su presencia.
- 3.º Se comenzó a trabajar en la valoración subjetiva de los distintos estímulos y situaciones elicitoras de ansiedad, así como en la jerarquización de los mismos.
 - Es importante hacer notar que la construcción y valoración de esta jerarquía permitió disminuir los temores previos de Guillermo relativos a las posibilidades de fracaso, así como incrementar su motivación para implicarse en el proceso.
- 4.º Con la participación del propio Guillermo se construyó un autoregistro cuyo objetivo era la verificación y cuantificación de las distintas conductas problema previamente identificadas durante el proceso de evaluación. Obviamente, este paso incluyó:

- Explicación de los objetivos perseguidos con su uso.
- Entrenamiento en autoobservación y autorregistro.

- 5.º Puesto que el procedimiento de aplicación de la técnica era básicamente encubierto y dados los pobres resultados en la evaluación de las habilidades de imaginación de Guillermo, se procedió a un entrenamiento previo en dichas habilidades.
- 6.º Como Guillermo presentaba una elevada activación anticipatoria, pareció oportuno proceder a entrenarle en estrategias de afrontamiento tales como la respiración y la relajación. Sin embargo, como Guillermo presentaba una irritación crónica de las pituitarias, no se pudo utilizar el procedimiento clásico de la respiración, diseñándose en su caso un procedimiento especial consistente en una única inhalación profunda y abdominal con retención durante pocos segundos y una exhalación lenta por la boca.

C) *Plan de tratamiento: Primera sesión de exposición.* Tras la supervisión y evaluación del autorregistro realizado por el paciente se procedió a aplicar la técnica. Dicha aplicación se inició con la presentación de los estímulos y situaciones que en la jerarquía previamente elaborada generaban menor grado de activación. En este sentido, la primera situación a la que Guillermo fue expuesto fue "la visión de los grifos de la

empresa durante el turno de la mañana". Asimismo, se acordó con Guillermo una seña indicativa de que su estado de ansiedad se estaba incrementando de manera importante. La instrucción estándar seguida en esta ocasión y a lo largo de toda la jerarquía consistió básicamente en lo siguiente: "Cierra los ojos, ponte cómodo, procura no pensar en nada, y atiende únicamente a las descripciones que te voy a ir haciendo procurando imaginártelas de la forma más vivida posible".

Siguiendo con el primer elemento de la jerarquía las descripciones fueron del estilo: *"Imagínate, es por la mañana, acabas de comenzar tu turno de trabajo, te diriges a la piscina, abres la puerta y ves el grifo de la llave de paso y observas que está abierto. Sales y te diriges a las pistas de tenis. Sigues caminando hacia las pistas, mientras lo haces, te imaginas el grifo de la piscina".* Con este tipo de instrucciones se pretendía, por una parte, someter a Guillermo a las situaciones temidas y, por otra, a la visualización posterior de la situación ya vivida. De esta manera se perseguía eliminar no sólo la ansiedad experimentada ante las situaciones, sino también ante los recuerdos de las ya experimentadas.

En esta primera sesión de exposición, así como en la mayoría de las sesiones posteriores, se trabajaron cuatro situaciones, siendo veinticinco el número total de las trabajadas. Cabe indicar que cada una de las sesiones de exposición posteriores se iniciaba con la presentación de la última situación presentada en la sesión precedente.

Acabada la sesión de exposición se comentaban los problemas surgidos durante la sesión proponiendo alternativas a los mismos. Posteriormente se procedía a planificar "las tareas para casa". Siguiendo con el ejemplo, la tarea propuesta fue: *"Al día siguiente, aprovechando que tienes turno de mañana, ve directamente a observar el grifo de la piscina, comprueba que está en la posición correcta y dirígete a las pistas de tenis, reforzándote con instrucciones del estilo 'lo estoy haciendo muy bien', 'ánimo, no pasa nada', 'estoy tranquilo'. Si se diera el caso de un incremento de la ansiedad por la incertidumbre acerca del grifo y/o la necesidad de comprobaciones, elimina cualquier conducta de comprobación y utiliza recursos tales como la respiración profunda, e instrucciones tales como 'voy a las pistas de tenis que es mi próximo cometido' o cualquier otra relacionada con conductas incompatibles con la comprobación".*

- D) *Plan de intervención: Siguientes sesiones.* En las cinco siguientes sesiones de tratamiento, el procedimiento utilizado fue idéntico al ya expuesto en el punto anterior, continuándose la aplicación del mismo a los restantes elementos de la jerarquía construida al efecto.

Cabe destacar la aparición de una serie de incidencias ocurridas en algunas sesiones que parece interesante comentar, así como las soluciones utilizadas, dada la frecuencia con que dicho tipo de problemas surge en la aplicación de las técnicas de exposición:

- "Tareas para casa": Debido a la situación personal de Guillermo –vivir solo, escaso apoyo social, mala experiencia con tratamientos previos–, uno de los problemas fundamentales que surgieron en la aplicación de la técnica se refería a las dificultades en el cumplimiento de las "tareas para casa" atribuibles, al menos en parte, al menor control a través de allegados sobre la ejecución de dichas tareas.

Con el fin de solventar estas dificultades se prestó especial atención a aquellos aspectos relacionados con el incremento de la motivación y el autorrefuerzo. Para ello, se recurrió a trabajar en consulta aspectos de manejo de contingencias y entrenamiento en autorrefuerzo. Igualmente, se trabajó con especial cuidado las pautas a seguir en cada una de las "tareas para casa", de manera que se pudo establecer un "manual de

instrucciones" específico para cada una de ellas.

- Problemas surgidos con los rituales de comprobación: Ante todo hay que hacer notar que este tipo de problemas no es propio de la aplicación de las técnicas de exposición, sino que pertenecen a los problemas habituales de los trastornos obsesivo-compulsivos y que, por tanto, han de considerarse dentro de dicho ámbito. En este sentido, cabe recordar que para su tratamiento las técnicas de intervención recomendadas incluyen la exposición con prevención de respuesta, siendo esta última la técnica utilizada específicamente en el tratamiento de los rituales.

En el caso de Guillermo, se siguió el procedimiento habitual en la aplicación de la prevención de respuesta. Sin embargo, pensamos que tanto su aplicación como los problemas surgidos durante la misma exceden los objetivos del presente trabajo, por ello remitimos al lector a la correspondiente obra de esta misma colección.

- Introducción de exposiciones en vivo: En primer lugar y desde nuestro punto de vista, cabe señalar que la introducción de exposición en vivo a situaciones todavía no expuestas en imaginación pero que contengan un nivel ansiógeno similar a los estímulos ya trabajados o un poco superior puede constituirse en un elemento muy eficaz para incrementar la generalización. En efecto, aprovechando situaciones de la vida cotidiana y/o de fácil acceso en situación de consulta se puede lograr introducir situaciones reales que, por una parte, permitan comprobar la bondad de los avances realizados y, por otra, garantizar la generalización de los mismos. Igualmente, y en segundo lugar la introducción de exposiciones en vivo puede resultar un buen recurso para eliminar posibles problemas asociados a las dificultades surgidas en la exposición en imaginación de determinadas situaciones, así como ante problemas de autoeficacia que puedan presentar los pacientes.

En el caso particular de Guillermo, la introducción de algunos episodios de exposición en vivo permitió solucionar:

- a) Problemas para imaginar determinados estímulos. Concretamente Guillermo presentó problemas para imaginarse a él mismo ante la visión de un tipo de llave de paso. Por tal motivo, en la segunda sesión, aprovechando el cuarto de baño de la propia consulta se le expuso a la situación real. A partir de ese momento no volvió a presentar problemas para imaginarse en este tipo de situaciones.
- b) Problemas relacionados con la eficacia percibida. Siguiendo con el caso, Guillermo si bien fue capaz de imaginarse claramente toda la jerarquía de situaciones previamente establecidas, ante alguna de ellas como las arquetas públicas de agua y electricidad, informaba que a pesar de haber superado la situación de forma encubierta estaba convencido de no poderla superar en situación real, por lo cual se recurrió a la exposición en vivo acompañado por el terapeuta.

E) Seguimiento. Dada la complejidad del caso y la aparición de algunos episodios que podrían considerarse como pequeñas recaídas, la fase de seguimiento se prolongó durante cinco sesiones, siendo las dos primeras semanales, las dos siguientes quincenales y la última al mes. De cualquier modo, se enfatizó la disponibilidad del terapeuta en caso de que surgiera algún problema.

Los problemas que surgieron fueron, por una parte, relativos a pequeños episodios de comprobación y, por otra, a algunos incrementos de ansiedad ante situaciones muy concretas. En ambos casos se recurrió a una sesión de refuerzo donde se volvieron a trabajar aspectos de prevención de respuesta y de control de ansiedad.

Finalmente, y al margen de las técnicas de exposición aplicadas, no se puede

obviar la necesidad de una atención integral a los pacientes, por lo cual, en el caso concreto de Guillermo, hay que recordar que sus problemas por ansiedad le habían conducido a un importante aislamiento social y por este motivo uno de los objetivos de la intervención también tuvo en cuenta la recuperación de su red de apoyo social que aunque no constituya parte de la presente obra se ha de señalar la importancia de su consideración.

Preguntas de autoevaluación

I. Los criterios para la aplicación de las técnicas de exposición son:

a) Que la principal conducta problema sea la ansiedad, que tal respuesta mantenga una relación funcional con los estímulos antecedentes, que la consecuencia de la misma sea una conducta de escape/evitación, que esta evitación esté provocada por una activación fisiológica y que esté acompañada por pensamientos que anticipan el malestar fisiológico.

☐

b) Que la principal conducta problema sea la ansiedad, que la misma tenga una relación funcional con estímulos cognitivos antecedentes, que la consecuencia de la ansiedad sea una conducta de escape/evitación y que ésta esté acompañada por pensamientos que anticipan el malestar fisiológico.

☐

c) Que la principal conducta problema sea la ansiedad, que la misma tenga una relación funcional con los estímulos antecedentes, que la consecuencia de la misma sea una conducta de rumiación seguida de otra de evitación, que la evitación esté provocada por una activación fisiológica y que esté acompañada por pensamientos que anticipan el malestar fisiológico.

☐

d) Que la principal conducta problema sea la evitación, que ésta tenga una relación funcional con la ansiedad y que su consecuencia sea la ansiedad anticipatoria que provoca respuestas de activación fisiológica.

☐

e) Que la principal conducta problema sea la ansiedad anticipatoria, que ésta tenga una relación funcional con estímulos ansiógenos, que la consecuencia de la misma sea una conducta de evitación y una anticipación cognitiva que esté acompañada por una alta activación fisiológica.

☐

2. La aplicación de las técnicas de exposición:

a) No requiere una evaluación previa siempre que se trate de un trastorno por ansiedad.

☐

b) Siempre incluye un procedimiento encubierto.

☐

c) Sólo es pertinente si la activación fisiológica no es excesiva.

☐

d) Se deriva del análisis funcional de la conducta problema.

☐

e) Está sujeta a un único protocolo de aplicación.

.

3. Las principales ventajas del uso de registros psicofisiológicos para la evaluación de los trastornos por ansiedad radican en:

a) Su independencia de las verbalizaciones y de la ejecución motora.

☐

b) Su independencia de las verbalizaciones y de la ejecución motora y su objetividad como medida de activación.

☐

c) Su independencia de las verbalizaciones, la alta validez interna y la especificidad de cada una de las respuestas fisiológicas.

☐

d) Su independencia de las verbalizaciones, la alta validez ecológica y su objetividad como medida de activación.

☐

e) Su independencia de las verbalizaciones y de la ejecución motora y la alta validez ecológica.

☐

4. Los pasos del procedimiento básico de la exposición son:

a) Identificación de los estímulos, plan de tratamiento, preparación de la primera sesión, sesiones de exposición, tareas para casa y sesiones de seguimiento.

☐

b) Identificación de los síntomas, plan de tratamiento, sesiones de exposición, tareas para casa y sesiones de seguimiento.

☐

c) Identificación de los estímulos, confección de jerarquías, sesiones de exposición y sesiones de seguimiento.

☐

d) Identificación de los estímulos, entrenamiento en relajación, sesiones de exposición, tareas para casa y sesiones de seguimiento.

☐

e) Identificación de los estímulos, plan de tratamiento, exposición en vivo con presencia de allegados, tareas para casa y sesiones de seguimiento.

☐

5. El uso de la autoobservación y autorregistro durante la aplicación de las técnicas de exposición se justifica porque:

a) Constituye un instrumento para definir operativamente la conducta problema.

- b) Constituye un instrumento para definir operativamente la conducta problema y permite obtener la línea base de la misma. ☐
 - c) Constituye un instrumento para definir operativamente la conducta problema, permite obtener la línea base de la misma, así como constatar los cambios operados durante el tratamiento. ☐
 - d) Constituye un instrumento que permite medir y constatar los cambios operados durante el tratamiento. ☐
 - e) Constituye un instrumento cuya única función es incrementar la motivación del paciente. ☐
☐
-

Protocolo de aplicación de las técnicas de autoexposición: guía para el paciente

3.1. Objetivos y criterios de aplicación

Las tareas de exposición llevadas a cabo por el paciente son indispensables para lograr el éxito terapéutico. Asimismo, éstas constituyen muestras de extinción de la conducta-problema y permiten que el paciente adquiera control tanto sobre las situaciones o estímulos temidos como en el proceso terapéutico, de modo que suelen poseer el valor suficiente para animar y motivar al paciente a futuras exposiciones, por tanto, prevenir el posible abandono.

Por otra parte, y como objetivos fundamentales, destacan:

- Reducir la dependencia del paciente al terapeuta.
- Reducir el tiempo de la terapia.
- Incrementar la generalización.

En cuanto a los criterios de aplicación, decir que éstos se resumen en uno: la autoexposición se debe utilizar siempre, sea cual sea el trastorno de ansiedad, y sea cual sea la naturaleza de las respuestas emocionales experimentadas.

Por otra parte, en la autoexposición se pueden distinguir dos momentos de aplicación específicos:

1. Como "tarea para casa" cuya finalidad es la generalización de los resultados obtenidos en situación de consulta. En este sentido y sobre todo cuando utilizamos la técnica de exposición encubierta o la exposición por

aproximaciones sucesivas es necesario que el paciente se someta a las situaciones reales ansiógenas que hayan sido previamente desensibilizadas. De esta manera, garantizamos que los avances logrados en la consulta también sean alcanzados en situación real.

2. Los procedimientos en los que la técnica de autoexposición es la técnica fundamental, si no la única. En este caso, la mayoría de las ocasiones su aplicación es realizada tras la aplicación de un procedimiento de exposición en cualquiera de sus variantes.

Asimismo, las tareas de autoexposición pueden realizarse de forma asistida –bien por el terapeuta, bien por una persona allegada– o de manera autónoma. El primer caso, es decir, la autoexposición asistida, está especialmente recomendada cuando se inician las tareas de autoexposición y su finalidad reside en habituar al paciente a dichas tareas, así como en evaluar las estrategias y dificultades que puedan aparecer. Igualmente, se recomienda su uso cuando el paciente presenta resistencia a autoexponerse a las situaciones temidas, en tal caso el objetivo de la exposición asistida consiste en garantizar la autoexposición del paciente y la adquisición por parte del mismo de estrategias que le permitan seguir exponiéndose de manera autónoma.

Igualmente, resulta muy recomendable acompañar las técnicas de autoexposición con guías o pequeños manuales de autoayuda que permitan al paciente recordar la sistemática de las instrucciones y de las pautas a seguir en las tareas de autoexposición previamente programadas con el terapeuta. Este tipo de autoexposición recibe el nombre de autoexposición instruida o guiada.

La construcción y aplicación de este tipo de guías permite, además, que el paciente conserve una información y unos procedimientos de autoayuda que pueden trascender todo el proceso terapéutico y a los que puede recurrir una vez finalizada la terapia y en caso de pequeñas recaídas.

En cualquier caso, la decisión sobre el tipo de autoexposición o sobre el momento de aplicación de la misma debe fundamentarse en el propio proceso terapéutico, es decir, que el terapeuta tiene que tener en cuenta criterios que se sustenten en la evolución del proceso, así a la hora de programar autoexposiciones como "tareas para casa" el criterio fundamental debe centrarse en la gradación de las situaciones –de menor a mayor poder ansiógeno– y en el éxito de las exposiciones previas. Igualmente, el paso de la autoexposición como tarea para casa a la autoexposición como tarea fundamental de la terapia debe basarse en criterios de éxito de la exposición en todos los objetivos previamente marcados, siendo en este caso fundamental el que hayan desaparecido las conductas de evitación.

3.2. Técnicas de evaluación: autorregistros

En el caso de la autoexposición resulta imprescindible que el paciente realice un

autorregistro o diario estructurado de las tareas de exposición realizadas. Los objetivos de este tipo de autorregistros pueden ser resumidos en los siguientes puntos:

1. La evaluación de la conducta a modificar.
2. Posibilitar la discusión con el terapeuta de los avances y problemas encontrados en la realización de las distintas tareas programadas.
3. Proporcionar una información inmediata al paciente sobre las tareas realizadas, lo cual contribuirá a reforzar su motivación.

3.3. Posibles problemas en su aplicación y recomendaciones para su solución

Tal como se ha señalado con anterioridad, en la aplicación de la autoexposición deberían de tenerse en cuenta los siguientes requisitos:

- a) Establecer metas realistas.
- b) Identificar y operativizar cada una de las conductas problemáticas.
- c) Sistematizar la práctica regular de la autoexposición con cada una de las conductas problema.
- d) Evaluar la reducción de la ansiedad en cada ensayo.
- e) Planificar y buscar alternativas adecuadas a la posible aparición de contratiempos.

El logro de estos objetivos y, por tanto, el éxito de la autoexposición sólo se puede garantizar si:

- a) El terapeuta ha explicado de forma correcta, adecuada y comprensible el procedimiento a seguir.
- b) Las instrucciones y pautas a seguir por parte del paciente están perfectamente sistematizadas.

De esta manera se podrá conseguir una autoexposición prolongada a las situaciones temidas y, en consecuencia, la probabilidad de aparición de problemas en la aplicación de la técnica es muy baja. Aun así, pueden surgir algunos contratiempos derivados de:

- a) El propio paciente.
- b) La situación.
- c) El terapeuta.

A) Posibles problemas derivados del paciente

El problema más frecuente parece relacionado con el olvido o problemas de recuerdo de las instrucciones y pasos a seguir para la correcta aplicación de la técnica. Aspecto que resulta fácilmente superable mediante el uso de guías, fichas, o documentos de autoayuda.

Estos documentos, asimismo, para que resulten útiles deberían reunir los siguientes requisitos:

- Estar sistematizados y pautados, es decir, que esté perfectamente identificado *qué hay que hacer y en qué momento*.
- Que el lenguaje utilizado sea comprensible y adecuado para la persona en concreto a la que va dirigida.
- Que cada uno de los documentos se refiera a un objetivo concreto del proceso y no a todo el proceso en sí. Es decir, en cada sesión el terapeuta debe proporcionar el material necesario para la consecución de los distintos objetivos planteados.
- Discutir y explicar previamente el material que se entrega. Este punto resulta de especial importancia puesto que va a permitir al terapeuta constatar que el paciente ha entendido correctamente cada uno de los pasos que tiene que realizar.

Otro tipo de problemas vendrían derivados de la ansiedad experimentada por el paciente. Dicha ansiedad, en algunos casos, puede ser debida a que el paciente todavía no ha alcanzado niveles significativos de reducción de la ansiedad a través de otros procedimientos de exposición. Para que este problema no aparezca resulta imprescindible la evaluación de los niveles de ansiedad durante las distintas sesiones de intervención. De esta manera no se aplicará la autoexposición de forma precipitada. Asimismo, una adecuada evaluación por parte del terapeuta garantiza que las sesiones de autoexposición sean programadas de acuerdo con aquellas situaciones que previamente han sido desensibilizadas.

Por otra parte, es posible que exista una adecuada reducción de la ansiedad en situaciones de exposición encubierta pero la autoexposición a la situación real produzca un incremento en dichas respuestas. Dado el caso no sólo se puede prolongar la exposición, sino que también se puede recurrir a la exposición dirigida por el terapeuta o que una persona allegada al paciente acompañe al mismo en las primeras sesiones de autoexposición.

Por último, en algunos casos, ante la aparición de problemas de ansiedad podemos entrenar al paciente en técnicas y estrategias para afrontar la situación temida, tales como la relajación, la respiración, distracción cognitiva y autoverbalizaciones.

Finalmente, y respecto a los problemas derivados del propio paciente, es importante señalar la aparición de posibles contratiempos relacionados con la pérdida o ausencia de motivación. En este sentido cabe recordar que tanto los refuerzos proporcionados por el terapeuta como los autorrefuerzos derivados de la constatación de los avances logrados

que se derivan del uso de autorregistros y/o de diarios estructurados de autoexposición constituyen buenos recursos para mantener e incrementar la motivación del paciente.

B) Problemas derivados de la situación

En función del problema, el tipo y rango de situaciones ansiógenas puede ser más o menos amplio. En este sentido, es evidente que las instrucciones y alternativas a la aparición de problemas no pueden ser iguales ante situaciones altamente previsibles, por ejemplo en la fobia a las plumas, que ante situaciones más cambiantes, como por ejemplo situaciones en las que aparece la ansiedad social. Por ello, la anticipación a los problemas de la autoexposición no puede ser igual en todas las situaciones.

Igualmente, la duración de las situaciones temidas es una variable que puede determinar la aparición de problemas. Por ejemplo, en el miedo a volar, todo el proceso que supone volar incrementa la probabilidad de que aparezcan estímulos elicitors de las respuestas de ansiedad, desde la compra del billete hasta el aterrizaje y la recogida de maletas.

En consecuencia, la autoexposición debe contemplar todas las secuencias conductuales que pueden verse asociadas al trastorno por ansiedad. Frente a este tipo de situaciones, igualmente, podemos encontrarnos con estímulos ansiógenos de breve duración pero cuya aparición puede ser menos previsible, como por ejemplo en una fobia a los animales. En estos casos, es evidente que una exposición bien realizada no tiene por qué plantear ningún problema en la autoexposición.

C) Problemas derivados del terapeuta

Como principales problemas derivados de la actuación del propio terapeuta destacan:

- Errores de apreciación o de evaluación.
- Aplicación del procedimiento de forma excesivamente rápida o excesivamente lenta.
- Inadecuaciones en la aplicación de la técnica.

3.4. Material para la autoaplicación

Cuadro 3.1. Ficha para la autoexposición

Antes de afrontar el miedo y malestar debe:

1. Recordar que las sensaciones de malestar que experimenta no son más que una exageración de las reacciones normales al estrés.
2. Recordar que las sensaciones que experimenta no son, en absoluto, perjudiciales ni peligrosas, sólo desagradables. No ocurrirá nada peor
3. Dejar de aumentar el miedo y el malestar con pensamientos atemorizadores sobre lo que está sucediendo y a qué le podría conducir
4. Prestar atención a lo que está sucediendo realmente en su cuerpo justo ahora, no a lo que usted teme que pueda suceder
5. Esperar y dejar tiempo al miedo para que éste desaparezca. No huya de él.
6. Darse cuenta de que si deja de aumentarlo con pensamientos catastróficos el miedo va desapareciendo.
7. Recordar que el objetivo de esta práctica es aprender a afrontar el miedo, no evitarlo. Por tanto, es una oportunidad de progresar
8. Prestar atención a los progresos conseguidos hasta el momento a pesar de las dificultades. Pensar en lo satisfecho que se sentirá cuando lo consiga esta vez.
9. Cuando comience a sentirse mejor, mire a su alrededor y empiece a planear qué va a hacer a continuación.
10. Cuando esté preparado para continuar; empezar de forma tranquila, sin prisas.

Tomado de Mathews, Gelder y Johnston (1981) (modificado).

Cuadro 3.2. Ficha para la exposición II

Guía de ayuda a la exposición

- Tener siempre presente que:
 - Cuando mayor es el miedo a algo, con más frecuencia hay que exponerse a ello.
 - El éxito se consigue con la exposición regular y prolongada a las situaciones previamente planteadas.
- Para planificar mejor el tipo de exposición más adecuado puede ser útil:
 - Hacer una lista con las situaciones o cosas que evita o que le producen ansiedad, miedo o malestar Referirse a las situaciones o cosas de forma clara y precisa.
 - Marcar objetivos claros y realistas: Por ejemplo: En lugar de "voy a solucionar el problema", marcar objetivos tales como "voy a ir al quiosco de la esquina a comprar el periódico".
 - Ordenarlas según el grado de dificultad que implica exponerse a ellas.
 - Practicar de forma repetida la exposición a la situación todas las veces necesarias hasta poder manejar el malestar sin dificultad.
 - Pasar a la siguiente situación de la lista y hacer lo mismo con cada una de ellas.
 - Atender a los logros conseguidos por pequeños que parezcan. No valorar los éxitos hace que nos sintamos mal y dificulta que sigamos intentándolo. Disfrute de las tareas bien

hechas.

– Vá a facilitar la autoexposición:

- Planificar las distintas tareas de exposición sin prisas en momentos en los que no existan problemas o urgencias añadidos (cansancio, dolor de cabeza, apetito, enfermedad, etc.).
- Realizar respiraciones lentas y profundas antes y durante las actividades de exposición.
 - Inspirar hondo, retener la respiración (contando hasta 3) y soltar el aire por la boca lentamente.
- Si durante la exposición se encuentra muy mal, la mejor forma de eliminar este malestar es mantenerse en la situación hasta que éste desaparezca. Asimismo, puede:
 - Respirar de forma lenta y profunda.
 - Hacer uso de las autodeclaraciones positivas y de autoinstrucciones. Por ejemplo, "tranquilo, lo estás haciendo muy bien".
- Si aun así se encuentra muy mal, abandone la tarea por un momento y cuando se encuentre un poco mejor vuelva a ella.
- Si en la tarea de exposición ha experimentado mucha ansiedad, no se trata de un fracaso, sólo indica que requiere más trabajo y que hay que continuar con las tareas de forma constante.

Cuadro 3.3. Procedimiento para la práctica de la relajación muscular

-
1. Siéntese cómodamente con la espalda bien pegada a la silla, ambos pies bien plantados en el suelo y ligeramente separados. Los brazos deben descansar sobre el regazo. Mantenga la cabeza erguida, con la barbilla paralela al suelo. Respire suave y lentamente. Cierre los ojos y vaya dirigiendo su atención a cada grupo de músculos según se describen a continuación.

-
2. Eleve los hombros en dirección a los oídos, súbalos cuanto pueda, sienta la tensión en los hombros y en el cuello. Manténgase así durante unos cinco segundos. Ahora relájese, note cómo se relajan los músculos, concéntrese en la sensación de relajación. Note cómo ha desaparecido la tensión, siga en esta posición al menos diez segundos.

-
3. Doble el brazo derecho y muestre el bíceps todo lo que pueda, tense el músculo, manténgase así durante unos cinco segundos, ahora baje el brazo y relájelo. Coloque la palma de la mano derecha boca arriba, ciérrela y apriete el puño con todas sus fuerzas, concéntrese en la tensión que le produce. Ahora abra lentamente el puño, note los músculos de la mano relajados, note cómo sus dedos se doblan suavemente hacia dentro. Manténgase así durante diez segundos.

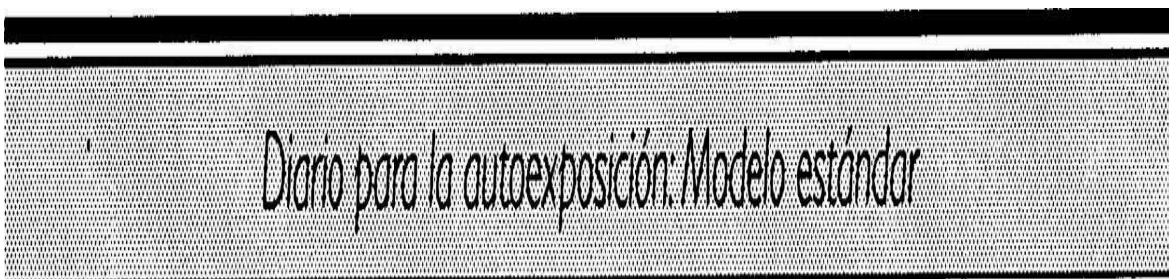
-
4. Haga lo mismo con el brazo izquierdo.

-
5. Concéntrese en las piernas. Estire la pierna derecha y empuje con el pie hacia fuera. Sienta la tensión en los músculos del muslo. Estire los dedos del pie todo lo que pueda y doble el pie

hacia el tobillo, sienta la tensión que le produce en la pantorrilla. Mantenga esta posición durante cinco segundos. Ahora, relájase, y disfrute de esta nueva sensación al menos durante diez segundos.

6. Ahora, elévese tensando los músculos de las nalgas. Más arriba, más arriba. Manténgase así..., ahora relaje los músculos lentamente.
7. Contraiga los abdominales. Intente estrechar su cintura todo lo que pueda. Sienta la tensión que le produce. Mantenga esta relajación..., y ahora relájese.
8. Ahora dirija su atención a la cabeza. Muévela suavemente hacia fuera hasta que se tensen los músculos del cuello y la espalda. Mantenga esta posición y después vuelva a colocar la cabeza en la posición original y relájese. Inclíne la cabeza hacia la derecha y sienta la tensión que le produce. Ponga nuevamente la cabeza en el centro y relájese. Ahora inclínela hacia la izquierda y haga lo mismo.
9. Apriete los dientes con fuerza, sienta la tensión en la mandíbula. Deje que la mandíbula se relaje suavemente y note cómo la boca se abre lentamente. Manténgase así durante diez segundos y después cierre la boca y empuje la lengua contra el paladar y sienta la tensión que le produce... ahora, suelte y disfrute de la sensación de relajación.
10. Concéntrese en la respiración: al inspirar el abdomen se mueve hacia fuera y hacia arriba, al espirar, hacia abajo y hacia dentro. Respire suave y lentamente.
11. Ahora deje fluir los pensamientos, imagínese un paseo por la orilla del mar; las olas, el agua tibia que baña sus pies mientras se hunden en la arena, los rayos del sol reflejados en el agua, sienta su calor sobre su cuerpo; imagínese con la máxima claridad posible los colores, los sonidos. Disfrute de esta imagen.
12. Después abra los ojos lentamente, y antes de levantarse estire su cuerpo suavemente y respire profundamente dos o tres veces.

Cuadro 3.4. Diario para la autoexposición



- ENSAYO CONDUCTUAL EN CASA (después de cada ensayo y tras cada una de las conductas que a continuación se especifican, puntúe de 0 a 4 el grado de adecuación de las mismas, correspondiéndose el 0 a muy inadecuada, 1 = inadecuada, 2 = regular o neutra, 3 = adecuada y 4 = muy adecuada).

Conductas no verbales:

• tono de voz	0	1	2	3	4
• expresión facial	0	1	2	3	4
• contacto ocular	0	1	2	3	4
• postura	0	1	2	3	4
• movimiento manos	0	1	2	3	4

Ahora indique su grado de satisfacción con la conducta no verbal realizada según una escala de 0 a 4, donde 0 = totalmente insatisfactorio, 1 = insatisfactorio, 2 = regular, neutro, 3 = satisfactorio y 4 = totalmente satisfactorio.

Grado de satisfacción general
de mi conducta no verbal

0 1 2 3 4

Comentarios

.....

.....

Verbalizaciones. Indique el grado de adecuación de las verbalizaciones durante el ensayo conductual realizado en casa.

Grado de satisfacción
con mis verbalizaciones

0 1 2 3 4

Comentarios

.....

.....

Ansiedad o malestar experimentado

Indique el grado de ansiedad experimentado en cada uno de los siguientes momentos (0 = ninguna ansiedad, 1 = poca ansiedad, 2 = alguna ansiedad, 3 = bastante ansiedad y 4 = mucha ansiedad):

• Antes del ensayo	0	1	2	3	4
• Durante el ensayo	0	1	2	3	4
• Después del ensayo	0	1	2	3	4

Apreciaciones y comentarios generales sobre el ensayo realizado en casa

.....
.....
.....
Dificultades y problemas durante el ensayo

.....
.....
- AUTOEXPOSICIÓN

Grado de ansiedad o malestar
antes de la autoexposición 0 1 2 3 4

Dificultades y comentarios

Conductas no verbales:

• tono de voz	0	1	2	3	4
• expresión facial	0	1	2	3	4
• contacto ocular	0	1	2	3	4
• postura	0	1	2	3	4
• movimiento manos	0	1	2	3	4

Ahora indique su grado de satisfacción con la conducta no verbal realizada según una escala de 0 a 4, donde 0 = totalmente insatisfactorio, 1 = insatisfactorio, 2 = regular, neutro, 3 = satisfactorio y 4 = totalmente satisfactorio.

Grado de satisfacción general
de mi conducta no verbal 0 1 2 3 4

Comentarios

Verbalizaciones. Indique el grado de adecuación de las verbalizaciones durante la autoexposición.

Grado de satisfacción
con mis verbalizaciones

0 1 2 3 4

Comentarios

.....

.....

Ansiedad o malestar experimentado

Indique el grado de ansiedad experimentado en cada uno de los siguientes momentos (0 = ninguna ansiedad, 1 = poca ansiedad, 2 = alguna ansiedad, 3 = bastante ansiedad y 4 = mucha ansiedad):

- | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|
| • Antes de la exposición | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| • Durante la exposición | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| • Después de la exposición | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Apreciaciones y comentarios generales sobre la exposición

.....

.....

.....

Dificultades y problemas durante el ensayo

.....

.....

Cuadro resumen

De este capítulo y a modo de resumen cabe señalar:

1. La autoexposición es indispensable para lograr el éxito terapéutico.
2. Los objetivos fundamentales de la autoexposición son reducir la dependencia del paciente hacia el terapeuta, reducir el tiempo de terapia e incrementar la generalización.
3. Cualquier tratamiento que implique exposición debe de contemplar una fase de autoexposición.
4. En la autoexposición se pueden distinguir dos momentos de aplicación: como tarea para casa y como procedimiento en sí mismo.
5. Las tareas de autoexposición pueden realizarse de forma asistida (con presencia del terapeuta o de una persona allegada) o de manera autónoma.
6. Es muy recomendable acompañar las técnicas de autoexposición con guías o manuales de autoayuda (autoexposición instruida o guiada).

Exposición de un caso clínico: evaluación y tratamiento

- *Evaluación*

La evaluación se realizó tomando como base la entrevista inicial con el paciente, el autorregistro y algunos autoinformes tales como el ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de Miguel Tobal y Cano Vindel, 1988).

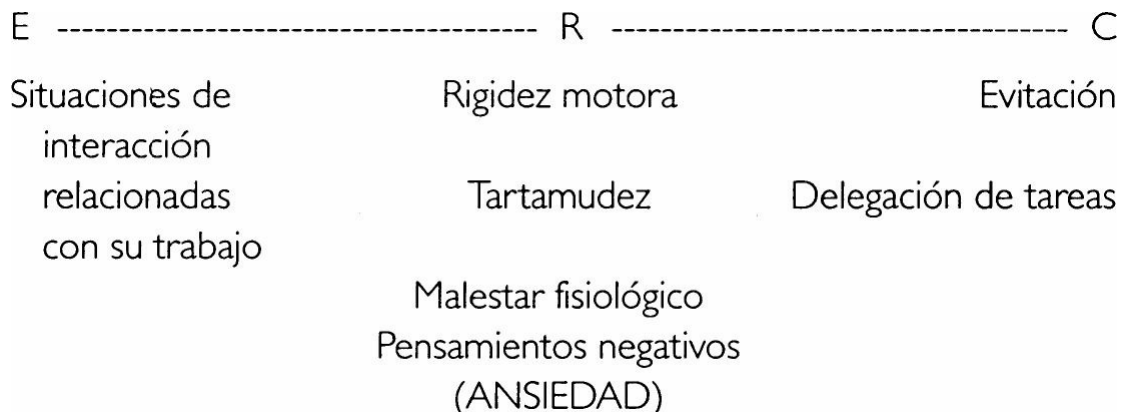
La primera entrevista con la paciente se mantuvo según un formato semiestructurado, cuyos datos más relevantes se exponen a continuación.

María, abogado de 33 años de edad, acude a consulta remitida por su psiquiatra de la Seguridad Social debido a los problemas de ansiedad que experimenta relacionados con su trabajo. Durante la entrevista, María manifiesta que su problema comenzó cuando tras dos años de pasantía en el "bufete" de su hermana, empezó a llevar sus propios casos. Sobre este particular informa que cuando tenía que acudir a los juzgados para realizar algún acto como vistas y juicios donde tenía que realizar actuaciones públicas (informar realizar alegaciones, etc.) experimentaba una gran agitación y malestar, presentaba problemas de expresión verbal como tartamudez y dificultades para mantener el tono y el volumen, inhibición verbal, lapsus mentales, falta de contacto ocular, rigidez muscular y torpeza motora, así como pensamientos de inutilidad, de dar mala imagen personal y profesional y de ser evaluada negativamente. Igualmente, señala que con el tiempo el malestar se fue anticipando de modo que el simple hecho de ir al juzgado aun no teniendo que realizar ninguna actuación pública o bien, simplemente, pensar que tenía que ir al juzgado le aparecía el mismo malestar. En el momento que acude a consulta, según manifestó María, siempre que resultaba posible, pedía ser sustituida por algún miembro del "bufete" cuando tenía que acudir a los juzgados e, incluso, había llegado al punto de que ante sus propios representados empezaba a tener dificultades.

Dados los datos obtenidos a través de la entrevista que hacían referencia a la adquisición, mantenimiento y generalización de su problema de conducta, se decidió aplicar el ISRA para obtener una información más precisa sobre la conducta ansiosa que aparecía como principal problema de María.

En este sentido, los resultados obtenidos indicaron que María presentaba una ansiedad general marcada, con un componente de ansiedad extrema en el sistema cognitivo y con una ansiedad de moderada a marcada tanto en el sistema fisiológico como en el motor. Asimismo y atendiendo a los datos relativos a las áreas situacionales contempladas en el ISRA, los resultados pusieron de manifiesto que María presentaba una ansiedad severa ante situaciones de evaluación, ante situaciones de interacción personal y ante situaciones de la vida cotidiana.

Por otra parte, los autorregistros realizados por María confirmaron los datos relativos al análisis funcional que aparece en el siguiente esquema:



Como resultado de la evaluación se puede concluir que María presentaba un problema de ansiedad que cumplía los requisitos que recomiendan la aplicación de un tratamiento de exposición.

Asimismo, como cuestiones más relevantes cabe señalar que los problemas de María aparecían en situaciones muy específicas y limitadas al ámbito profesional. Durante el proceso de generalización los problemas se fueron extendiendo a situaciones, igualmente relacionadas con el ámbito laboral, aunque si bien en un principio todas ellas implicaban interacción personal, en el momento que acude a consulta la experimentación de ansiedad no se encuentra vinculada a situaciones de interacción, sino que el lugar –los juzgados– elicitaban el problema. Por último, señalar que, igualmente, desarrolló una gran anticipación.

- *Planificación del tratamiento*

A partir de la evaluación previa, se consideró que el tratamiento más adecuado para eliminar los problemas de ansiedad de María era la autoexposición. Los motivos en los que se sustentó esta decisión se centraron en:

- a) La alta especificidad situacional de las respuestas de María.
- b) Que dichos problemas se remitieran, en exclusiva, al ámbito laboral.
- c) La complejidad de realizar ensayos en situación de consulta dada la baja validez ecológica de los mismos.
- d) La amplia variedad de respuestas e interacciones que se podían dar en situación real y que imposibilitaban un adecuado entrenamiento a través de procedimientos encubiertos.
- e) La urgencia en resolver el problema.

Igualmente, se fijaron objetivos de exposición que incluyeran desde situaciones menos comprometidas –o ansiógenas– a más comprometidas. Concretamente, sobre este particular los objetivos se planificaron en tres etapas:

- a) Presentación de escritos, recursos, etc. Es decir, interacciones muy estructuradas, habitualmente cortas, y con subalternos tales como oficiales y agentes judiciales.
- b) Asistencia a vistas y juicios como público. Es decir, exponerse a situaciones temidas pero que no implicaban interacción profesional.
- c) Realización de actuaciones profesionales que implicaran interacción con jueces, fiscales y abogados.

El procedimiento de autoexposición seguido se estructuró en tres pasos:

- a) Planificación en consulta de las actuaciones a realizar y construcción de fichas de autoayuda para la autoexposición programada al efecto.
- b) Ensayo conductual que implicaba:
 - Un entrenamiento en consulta sobre aspectos de comunicación no verbal tales como tono de voz, volumen, contacto ocular; postura, movimientos corporales, etc., relativos a la situación específica que se estaba trabajando, a través de modelado, instrucciones, "feedback" y aproximaciones sucesivas.
 - Una serie de ensayos previos, en su casa o en su despacho, a la exposición real sobre la base de lo ya trabajado en consulta.

- c) Autoexposición a las distintas situaciones programadas en función de la jerarquía previamente establecida. En este sentido es importante hacer notar que no se pasaba de un grupo de situaciones al siguiente hasta que María lograba desenvolverse adecuadamente y sin experimentar ansiedad.

Durante todo el proceso, María cumplimentó un autorregistro tipo diario donde registraba todas las incidencias ocurridas tanto en los ensayos previos como en la autoexposición a la situación programada.

Igualmente, en previsión de la aparición de incrementos importantes de la ansiedad que pudieran ir acompañados de conductas de evitación, así como para facilitar la exposición, María fue entrenada en técnicas de relajación, autoinstrucciones y parada de pensamiento. Es importante hacer notar aquí que si bien en el caso de María no quedó clara la eficacia de estas técnicas en sí mismas, María manifestó que la posibilidad de poder acudir a distintas estrategias en caso de que aparecieran problemas le ayudaba a afrontar la situación y le facilitaba la exposición.

- *Sesiones de intervención y seguimiento*

Todo lo anteriormente expuesto se estructuró en siete sesiones, las dos primeras referidas a la situación de presentar escritos, las dos siguientes a la asistencia a vistas como oyente y, finalmente, las tres últimas referidas a su propia actuación pública como profesional. Cada una de estas sesiones, básicamente, incluyó:

- Revisión y discusión de los diarios de autoexposición.
- Planificación de la situación.
- Ensayo conductual en consulta.
- Refuerzo.
- Tratamiento de las posibles dificultades surgidas.
- Sugerencias de mejora.
- Instrucciones y construcción de la ficha para la autoexposición (en el cuadro 3.5 aparecen ejemplos de las fichas utilizadas y que se corresponden al estándar de todas las demás).
- Entrenamiento en respiración, autoinstrucciones y parada de pensamiento.
- Ensayo conductual en casa. Sobre este particular hay que precisar que en los ensayos conductuales en casa, María los realizó delante del espejo, siguiendo las instrucciones previamente establecidas en consulta y, en algunos casos, recurrió a la grabación de su propia voz.
- Autoexposición en situación real.

Tras la consecución de los objetivos marcados y con el fin de garantizar la generalización temporal de los resultados se acordó con María realizar tres sesiones de seguimiento, una de ellas a los quince días, y las otras dos mensuales. Durante las mismas se evaluaron, y en su caso se intervino, los siguientes aspectos:

- Aparición de episodios de ansiedad y/o evitación. Debiendo precisar que si bien en algunas ocasiones María presentó cierta ansiedad y algunos episodios de anticipación, en ningún caso escapó o evitó la situación y que en todos ellos recurrió a las técnicas previamente aprendidas.
- El cumplimiento de sus tareas profesionales. En este sentido hay que señalar que éste había sido óptimo, lo cual llevó a María a manifestar el incremento en su consideración y autoestima

- profesional.
- Las ejecuciones profesionales y posibles dificultades surgidas durante el desempeño de las mismas con el fin de realizar las sugerencias de mejora pertinentes.

Preguntas de autoevaluación

1. Entre los objetivos fundamentales de la autoexposición destacan
 - a) Reducir la dependencia del paciente hacia el terapeuta e incrementar la generalización. ☐
 - b) Reducir la dependencia del paciente hacia el terapeuta y reducir el tiempo de terapia. ☐
 - c) Incrementar la generalización y reducir el tiempo de terapia. ☐
 - d) Reducir la dependencia del paciente hacia el terapeuta, reducir el tiempo de terapia e incrementar la generalización. ☐
 - e) Reducir la dependencia del paciente hacia el terapeuta, incrementar la generalización y prevenir los abandonos. ☐

2. El uso de la autoexposición está recomendado:
 - a) Sólo en trastornos de fobia social y en problemas por ansiedad interpersonal. ☐
 - b) Siempre, sea cual sea el trastorno de ansiedad, y sea cual sea la naturaleza de las respuestas emocionales experimentadas. ☐
 - c) Únicamente como complemento de la inundación. ☐
 - d) Sólo si es apoyado por manuales de autoayuda. ☐
 - e) Siempre que el trastorno a tratar no implique respuestas encubiertas. ☐

3. En la aplicación de la autoexposición pueden distinguirse los siguientes momentos de aplicación específicos:
 - a) Como tarea para casa y como procedimiento en sí mismo. ☐
 - b) Antes, durante y después. ☐
 - c) Como tarea para casa, autoexposición guiada y autoexposición asistida. ☐
 - d) Autoexposición guiada y autoexposición autónoma. ☐
 - e) Autoexposición guiada, autoexposición asistida y autoexposición autónoma. ☐

4. Los principales problemas en la aplicación de la técnica de autoexposición y que aparecen como

derivados del terapeuta se refieren:

- a) Al sexo, edad y estatus del paciente. ☐
- b) A la incorrección en la aplicación de la técnica y a errores de evaluación. ☐
- c) A la aplicación del procedimiento de forma excesivamente rápida o excesivamente lenta. ☐
- d) A errores de evaluación, a la aplicación del procedimiento de forma muy rápida o muy lenta y a errores en la aplicación de la técnica. ☐
- e) Exclusivamente a errores en la decisión sobre la técnica de intervención a aplicar ☐

5. Las guías de autoayuda y/o fichas para la autoexposición son útiles:

- a) Siempre. ☐
 - b) Sólo si están sistematizadas, utilizan un lenguaje comprensible, se refieren a objetivos concretos y han sido previamente comentadas con el paciente. ☐
 - c) Sólo si están sistematizadas y han sido previamente comentadas con el paciente. ☐
 - d) Sólo si están sistematizadas, se refieren a objetivos concretos y han sido previamente comentadas con el paciente. ☐
 - e) Sólo en el caso de la autoexposición asistida por una persona allegada. ☐
-

Clave de respuestas

Capítulo 1

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☒
4.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
5.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐

Capítulo 2

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
3.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
5.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐

Capítulo 3

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
2.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
5.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

Echeburúa Odriozola, E. y De Corral Gargallo, P. (1993). Técnicas de exposición: Variantes y aplicaciones. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Dir.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Este capítulo aborda lo que los autores consideran las insuficiencias de los modelos de condicionamiento para explicar los trastornos por ansiedad. En este sentido es un buen texto para recordar y profundizar en los aspectos conceptuales que tienen que ver con las técnicas de exposición. Igualmente, ofrece un resumen sobre las distintas técnicas de exposición, siendo de especial interés el apartado relativo a la exposición en grupo. Por último, en este capítulo también se recogen algunas aplicaciones en trastornos por ansiedad específicos, como es el caso de la fobia social y las fobias simples.

Levis, D. J. y Rourke, P. A. (1991). La terapia implosiva (inundación): Una técnica conductual para la extinción de la reactivación de la memoria. En V. E. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Nuevamente se trata de un trabajo donde se contemplan los aspectos metodológicos, conceptuales y de aplicación de las técnicas de exposición. Sin embargo, frente a los otros capítulos generalistas señalados en este apartado, la aportación fundamental de éste tiene que ver con los aspectos de adquisición y mantenimiento de los trastornos por ansiedad. Asimismo, merece señalar el pormenorizado procedimiento de aplicación de la terapia implosiva (inundación).

Olivares Rodríguez, J.; Méndez Carrillo, F. X. y García-López, L. J. (1999). Técnicas de exposición: La inundación. En J. Olivares Rodríguez y F. X. Méndez Carrillo (Dir.).

Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca Nueva.

Se trata de un capítulo breve y que en tan sólo trece páginas ofrece una clara y completa visión de los principales aspectos conceptuales, metodológicos y de aplicación de las técnicas de exposición.

Dadas sus características, sin duda, constituye un instrumento de gran ayuda para aquellas personas en formación o recientemente incorporadas al ejercicio profesional. Igualmente, resulta de utilidad para aclarar los posibles problemas derivados del uso indiscriminado de los términos propios de las técnicas de exposición.

Por último, señalar que a lo largo del capítulo aparece una breve y concisa guía para la aplicación estándar de los procedimientos de exposición.

Vallejo Pareja, M. A. (Dir.) (1988). *Manual de Terapia de Conducta*. Volumen I. Madrid: Dyckinson.

En este manual, bajo el epígrafe general de "Trastornos Emocionales" aparecen sendos capítulos dedicados a la caracterización, evaluación y tratamiento de los distintos trastornos por ansiedad, a saber: Fobias específicas (A. Bados), Trastorno de ansiedad generalizada (A. Bados), Fobia social (K. Salaberría y E. Echeburúa), Agorafobia y trastorno de pánico (A. M. Bueno y J. M. Buceta) y trastorno obsesivo-compulsivo (J. A. Cruzado).

A lo largo de estos capítulos, las personas interesadas en ampliar o en conocer la aplicación concreta de las técnicas de exposición a cada uno de los trastornos por ansiedad pueden encontrar aspectos específicos de las mismas.

Bibliografía

- Bados (1998). Fobias específicas. En M. A. Vallejo (Ed.). *Manual de terapia de conducta*, vol. I. Madrid: Dyckinson.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Baum, M. (1968). Efficacy of response prevention (flooding) in facilitation the extinction of an avoidance response in rhesus: the effect of overtraining the response: *Behavior Research and Therapy*, 6, 197-203.
- Beck, J. G. y Zebb, B. J. (1994). Behavioral assessment and treatment of panic disorder, current status, future directions: *Behavior Therapy*, 25, 581-611.
- Bonn, J. A.; Harrison, J. y Rees, W. L. (1971). Lactate-induced anxiety: Therapeutic implications. *British Journal of Psychiatry*, 119, 468-470.
- Bornas, X.; Tortella, M.; Llabrés, J. y Fullana, M. A. (2001). Computer –asisted exposure treatment for flight phobia: a controlled study: *Psychotherapy Research*, 11(3), 259-273
- Brown, T. A.; O'Leary, T. A. y Barlow, D. H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (dir.): *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Butler (1985). *Managing anxiety*. Oxford: The University of Oxford.
- Cruzado, J. A. (1998). Trastorno obsesivo-compulsivo. En M. A. Vallejo (ed.): *Manual de terapia de conducta*, vol. I. Madrid: Dyckinson.
- Echeburúa, E. y De Corral, Paz (1993). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F. J. Labrador,

- J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.): *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Haslam, M. T. (1974). The relationship between of lactate infusion on anxiety states, and their amelioration by carbon dioxide inhalation. *British Journal of Psychiatry*, 125, 88-90.
- Jansson, L.; Jerrelmalm, A. y Öst, L. G. (1984). Maintenance procedures in the behavioral treatment of agoraphobia: A program and some data: *Behavioral Psychotherapy*, 12, 109-116.
- Levis, D. J. y Rourke, P. (1991). La terapia implosiva (inundación): una técnica conductual para la extinción de la reactivación de la memoria. En V. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia de modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marshall, W. L.; Gautier, J. y Gordon, A. (1979). Decurrent status of flooding therapy, en M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification*, vol. 7. Nueva York. Academic Press.
- Mathews, A. M.; Gelder, M. G. y Johnston, D. W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- McNally, R. J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. Nueva York: Guilford Press.
- Mower, O. H. (1947). On the dual nature of learning –A re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving". *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Olivares, J.; Méndez, F. X. y García López L. J. (1999). Técnicas de exposición. En J. Olivares y F. X. Méndez (Eds). *Técnicas de modificación de conducta*. (2.^a ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Orwing, A. (1973). The running treatment: A preliminary communication on a new use for an old therapy (physical activity) in the agoraphobic syndrome: *British Journal of Psychiatry*, 122, 175-179.
- Page, H. A. (1955). The facilitation of experimental extinction by response prevention as a function in the acquisition of a new response: *Journal of Comparative and Psychological Psychology*, 48, 14-16.
- Rimm, D. C. y Masters, J. C. (1974). *Behavior therapy: techniques and empirical findings*. Nueva York: Academic Press.
- Seligman, M. E. P. y Johnson, J. A. (1973). Cognitive therapy of avoidance learning. En F. J. McGuigan y D. B. Lumsden (Eds.). *Contemporary approaches to conditioning and learning*. Nueva York: Wiley.
- Stampfl, T. G. (1961). Implosive therapy: a learning theory derived psychodynamic therapeutic technique. En Lebarda y Dent (Dirs.). *Critical issues in clinical psychology*. Nueva York: Academic Press.
- Watts, F. N. (1979). Habituation model of systematic desensitization: *Psychological Bulletin*, 86, 627-637.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

• GUÍAS DE INTERVENCIÓN

I Heroína, cocaína y drogas de diseño

Becoña Iglesias, E/Uno Vázquez González, F.

2 Fobia social

Bados, Arturo

3 Disfunciones sexuales femeninas

Carrasco, M.º José

4 Rehabilitación neuropsicológica

Muñoz Céspedes, J.M./Tirapu Ustárriz, J.

5 Esquizofrenia

Rodríguez, Abelardo (editor)

6 Parafilias y violación

Cáceres, José

7 Abuso de alcohol

Echeburúa, Enrique

8 Trastornos del sueño

Buela-Casal, G./Sánchez, A.J.

9 Trastornos de la personalidad

Belloch Fuster, A./Fernández-Álvarez, H.

10 Juego patológico

Fernández-Alba, A./Labrador, F.J.

11 Alucinaciones y delirios

Valiente, Carmen

12 Intervención psicológica en las catástrofes

Robles, J. J.I./Medina, J. L.

13 Estrés

Crespo, María/Labrador, Francisco].

• GUÍAS TÉCNICAS

I Técnicas de relajación y respiración

Vázquez, M.º Isabel

2 Hipnosis

Capafons Bonet, Antonio

3 La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes

Ezpeleta, Lourdes

4 Entrenamiento en inoculación de estrés

Muñoz, Manuel/Bermejo, Marta

5 Habilidades sociales

Ballester, R.IGil Llarío, M.^a D.

6 Exploración psicopatológica

Baños Rivera, R. M.^a/Perpiná Tordera, C.

7 Intervención en crisis

Fernández Liria, A./Rodríguez Vega, B.

8 Psicofarmacología para psicólogos

Bravo Ortiz, M.^a Fe

9 Entrevista diagnóstica en Salud Mental

Vázquez, Carmelo/Muñoz, Manuel

11 Técnicas cognitivas de intervención clínica

Vázquez, Carmelo

12 Consejo psicológico

Costa Cabanillas, Miguel/López Méndez, Ernesto

Índice

Portada	2
Créditos	6
Índice	7
Capítulo I. Aspectos generales	9
1.1. Presentación de las técnicas	9
1.2. Concepto y definición. Mecanismos explicativos de las técnicas	11
1.3. Características generales. Ventajas y desventajas de las técnicas	12
1.3.1. Variables que inciden en la exposición	13
1.3.2. Modalidades de la exposición	18
1.3.3. Ventajas y desventajas	22
1.3.4. Predictores de éxito terapéutico en la terapia de exposición	27
1.4. Principales aplicaciones. Exposición en vivo y exposición encubierta	27
1.4.1. Tratamientos por exposición directa (exposición en vivo)	28
1.4.2. Tratamientos por exposición indirecta (exposición encubierta)	30
1.4.3. Exposición interoceptiva o exposición a las sensaciones temidas	32
Cuadro resumen	34
Exposición de un caso clínico	36
Preguntas de autoevaluación	37
Capítulo 2. Protocolo de aplicación de las técnicas de exposición: guía para el terapeuta	40
2.1. Objetivos y criterios de aplicación	40
2.2. Técnicas de evaluación	42
2.3. Pasos en su aplicación: procedimiento básico y variaciones	55
2.3.1. Procedimiento básico: la inundación	55
2.3.2. Variantes de la técnica	63
2.4. Posibles problemas en su aplicación y recomendaciones para su solución	75
2.5. Material para el terapeuta	78
Cuadro resumen	89
Exposición de un caso clínico	90
Preguntas de autoevaluación	96
Capítulo 3. Protocolo de aplicación de las técnicas de autoexposición: guía para el paciente	99

3.1. Objetivos y criterios de aplicación	99
3.2. Técnicas de evaluación: autorregistros	100
3.3. Posibles problemas en su aplicación y recomendaciones para su solución	101
3.4. Material para la autoaplicación	103
Cuadro resumen	110
Exposición de un caso clínico	111
Preguntas de autoevaluación	115
Clave de respuestas	117
Lecturas recomendadas y bibliografía	118