

ANSIEDAD GENERALIZADA. UN ESTUDIO DE CASO

Francisca Huerta Romero*
Serafín Gómez Martín**
Antonio M. Molina Moreno**
M. Carmen Luciano Soriano**

* Cedhu. (Centro de desarrollo humano). Almería.

** Dpto. Ciencias de la Salud y Psicología Clínica. Facultad de Humanidades.

UNIVERSIDAD DE ALMERJA

RESUMEN

Este artículo describe la intervención en un caso de "ansiedad generalizada" tratado en un contexto clínico. La cliente era un mujer soltera de 26 años que trabajaba como vendedora en un comercio. Estuvo sometida a tratamiento farmacológico durante un año antes de comenzar la intervención sin resultados positivos. Algunas de las características más relevantes de la intervención llevada a cabo fueron: (1) el uso de entrenamiento en relajación con una función diferente a la utilizada en la desensibilización sistemática, (2) el moldeamiento de la conducta verbal de la cliente propiciando su implicación en la búsqueda de soluciones y selección de objetivos, (3) algunas estrategias de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 1994). El tratamiento se completó en 18 sesiones de una hora aproximadamente con una frecuencia de dos sesiones semanales. Los resultados obtenidos fueron positivos considerando diferentes criterios de evaluación y se mantuvieron como muestran los seguimientos realizados al mes y al año de haber finalizado la intervención.

Palabras clave: ANSIEDAD GENERALIZADA, RELAJACIÓN, CONDUCTA VERBAL, TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

SUMMARY

The present paper describes a case-study of "generalized anxiety" treated in a clinical context. The client was an unmarried woman -26 years old- who worked as seller in a shop. She was under pharmacological treatment during one year without good results before coming to this therapy. Some of the more relevant features of the intervention were: (1) the use of relaxation training with a different function than in traditional systematic desensitization (2) the shaping of the client's verbal behaviour about her problem and solutions (3) some strategies of Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, 1994). The treatment lasted 18 sessions of one hour approximately twice per week showing positive results on the basis of different evaluation criteria. Maintenance occurred in one and twelve months follow-up.

Key words: GENERALIZED ANXIETY, RELAXATION, VERBAL BEHAVIOUR, ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY.

INTRODUCCIÓN

Los problemas que cursan con ansiedad implican respuestas emocionales y fisiológicas condicionadas, unidas a respuestas de evitación o escape a estímulos aversivos condicionados y a verbalizaciones que pueden resultar desadaptativas. Este tipo de respuestas conlleva un deterioro o disminución en las actividades del cliente que puede llegar a generar serios problemas cuando interfieren con sus quehaceres y obligaciones diarias.

Watson y Rayner (1920) realizaron los primeros análogos respecto a la adquisición de ciertos miedos o fobias a través de condicionamiento clásico. Posteriormente Wolpe (1958) desarrolló un procedimiento, la desensibilización sistemática, en el que se utilizan respuestas incompatibles con las de ansiedad (por ejemplo, relajación) durante exposiciones graduadas a una jerarquía de estímulos con propiedades aversivas condicionadas crecientes. Este procedimiento parece haber sido altamente eficaz (Turner, Di Tomasso y

Deluty, 1985) y se han generado múltiples variaciones que implican la exposición a estímulos reales, imaginados, diapositivas, fotografías ya sea de manera individual o en grupo.

Otras técnicas llamadas de exposición prolongada están basadas en la teoría de los dos factores (Mowrer, 1939) e implican exponer al cliente a la situación temida en toda su intensidad durante un largo periodo de tiempo de forma que las propiedades aversivas condicionadas de la situación lleguen a extinguirse. Respecto a esta técnica general han surgido igualmente variaciones como la inundación o implosión que aunque presentan matices diferenciales están basadas en la lógica ya descrita (Levis, 1985).

Otro grupo de técnicas están basadas en el modelo de condicionamiento vicario (Bandura, 1969), en el manejo de contingencias (como si este aspecto no estuviese incluido en todas las técnicas anteriores) o en tratamientos cognitivo conductuales (Borkovec y Costello, 1993; Bados y Bach, 1997).

Todos estos tratamientos parecen focalizarse en aspectos parciales de los problemas que cursan con ansiedad. Este tipo de trastornos, como cualquier otro problema, implican complejas interacciones entre respuestas fisiológicas, respuestas verbales y respuestas no verbales. Su adquisición puede ser causada de manera directa (a través de exposición a situaciones aversivas) o indirecta mediante modelado y/o implicación del comportamiento verbal (Luciano, 1989; Fernández Parra, 1990) y puede expandirse a través de las descripciones haciendo que estímulos que no comparten características físicas comunes produzcan las mismas respuestas condicionadas y de evitación o escape (Dougher y colbs. 1994; Friman, y colbs. 1998).

La intervención que se describe a continuación implicó la utilización de procedimientos mínimamente intrusivos acordes a las características del repertorio y condiciones de vida de la cliente (Luciano, 1997). Los diferentes componentes de la intervención fueron incorporados según las demandas específicas del caso, no siguiendo un "paquete" o procedimiento "estándar". Se utilizó relajación progresiva (Bernstein y Borkovec, 1973), moldeamiento descriptivo sobre qué hacer y sobre lo hecho, de tal manera que se rompiesen relaciones verbales incorrectas generando otras más adaptativas (Gómez, 1998), reforzamiento de relaciones decir-hacer-decir (Luciano, 1992; 1997) y ciertas estrategias basadas en la *Terapia de aceptación y compromiso* (Hayes, 1994).

METODO

Sujeto

La cliente es una mujer soltera de 26 años Diplomada en Biblioteconomía que trabaja como vendedora en un comercio. Nunca le ha gustado este trabajo pero desde hace unos meses la situación se ha hecho insostenible porque le han planteado la renovación del contrato y no dispone del tiempo suficiente como para preparar oposiciones ni cuenta con otra fuente de ingresos. Está muy preocupada por su situación actual y su futuro, tiene dolores en el cuello, pérdidas de equilibrio constantes, palpitaciones y sensaciones de ahogo, lo que le impide concentrarse en la actividad que está realizando. La cliente informa que su problema parece extenderse, ya que no puede controlar los "ataques" que son cada vez más frecuentes (3 ó 4 veces al día); y le ocurren en cualquier sitio (en el trabajo, en la bañera, cafeterías, supermercados, por la calle), por lo que evita acudir a las tiendas, las salidas con amigos y cada vez le resulta más difícil ir a su trabajo. Tiene dificultades para conciliar el sueño ocasionadas por la sensación de rigidez o tensión muscular acumulada del día. Todo esto confluye en un deterioro de su vida social y laboral.

El inicio del problema podría ser situado aproximadamente un año antes de acudir a consulta, cuando la cliente fue despedida de su trabajo "ideal", sin previo aviso y seis meses antes de lo previsto en el contrato. Esta circunstancia vino a sumarse a la ocurrencia de ciertas dificultades personales que se estaban produciendo en aquel momento de su vida. A los pocos días del despido fue a una playa con amigos y empezó a sentirse mal ("se caía"...) por lo que fue trasladada a urgencias donde se le indicó que había tenido un "ataque de vértigo". Desde entonces empezó a sentir mareos, "pinzamientos" en el cuello y pérdidas de equilibrio esporádicas que se producían en lugares ruidosos o espacios abiertos (como las cafeterías, mercados, jardines...).

A lo largo de un año la cliente estuvo visitando distintos especialistas médicos para descartar posibles anomalías relacionadas con su problema (como problemas cervicales, neurológicos...) pero finalmente su médico de cabecera le recomendó acudir a un psicólogo además de prescribirle un tratamiento farmacológico (Tranquimazín) con el que no encontró ninguna mejora pero no se atrevió a suprimir. Actualmente, comparte piso con unos antiguos compañeros (ellos le hacen la compra) con los que no ha comentado nada acerca de su problema. La cliente comenta también que no entiende por qué le está ocurriendo todo esto, ya que siempre ha sido capaz de superar las

situaciones difíciles que se le habían planteado a lo largo de la vida sin ningún tipo de ayuda.

Considerando los criterios diagnósticos del manual DSM-IV (1994), los problemas descritos podrían ser englobados en las categoría de Trastorno de Ansiedad Generalizada con crisis de angustia (esta etiqueta tiene un valor puramente descriptivo, no explicativo, en ningún momento se mencionó dicho nombre en presencia de la cliente por los efectos yatrogénicos, que entendemos, generan dichas etiquetas en la valoración y posterior remisión de los problemas).

Objetivos

Los objetivos planteados por la cliente incluían según sus propias palabras “volver a llevar una vida normal, como lo hacía antes, poder ir a sitios o hacer cosas sin sentir miedo o palpitaciones en cualquier momento”, también planteó su preocupación por su futuro laboral y un acusado malestar físico que le impedía desenvolverse adecuadamente en sus quehaceres diarios. Teniendo lo anterior en cuenta y considerando la información obtenida en la entrevista inicial, los objetivos planteados por los terapeutas fueron: (1) la eliminación de los episodios de evitación y escape; (2) que la cliente dejase de tomar la medicación; (3) incrementar su bienestar físico a través del aprendizaje de técnicas de relajación y; (4) que la cliente tomase decisiones respecto a su actividad laboral y curso de vida.

Procedimiento

Se realizaron dieciocho sesiones con una duración de una hora, dos veces por semana, completándose la intervención en dos meses y medio. Las sesiones eran llevadas a cabo por dos terapeutas, actuando uno de ellos sólo para registrar lo que allí acontecía. La primera sesión de seguimiento se realizó al mes y la segunda al año de concluir el tratamiento.

Los procedimientos generales a lo largo de toda la intervención fueron:

Entrenamiento en relajación progresiva, (Berstein y Borkovec, 1973) para reducir rápidamente los niveles de tensión acumulada y poder descansar, ya que ésta era una condición relacionada con la aparición de ansiedad impidiéndole enfrentarse a la jornada laboral en condiciones optimas. Las

estrategias de relajación se entrenaban en el contexto clínico y se indicaba la importancia de su práctica en casa (normalmente dos veces al día).

Moldeamiento de las descripciones acerca de los diferentes problemas y soluciones. En lugar de instruir a la cliente sobre lo que era adecuado hacer, se propiciaban interacciones en las que la solución a los problemas surgía paulatinamente como resultado de interacciones verbales cliente-terapeuta en las que el terapeuta iba proporcionando claves para llegar a una solución determinada y a la vez proporcionaba feedback positivo a las aproximaciones de la cliente hacia dicha solución. Actuando de esta forma se pretendía incrementar la probabilidad de que la cliente “hiciese suyas” las pautas al ser ella quien llegaba a las soluciones. En este caso, este tipo de intervención fue especialmente aconsejable ya que la cliente era una persona a la que le encantaba preguntar y “entender” lo que hacía.

Reforzamiento de relaciones Decir-Hacer. El terapeuta mostraba su valoración positiva por la coherencia entre las acciones propuestas por la cliente y la realización de las mismas. Por ejemplo, al decir que iría a un sitio determinado o realizaría una actividad “temida” y luego la realizaba, (p.e. en la sesión anterior dijiste que irías a comprar y dices que lo has hecho, te has demostrado que puedes hacerlo...!).

Estrategias de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Se enfatizó que la ansiedad era una respuesta natural en ciertas circunstancias y el hecho de intentar controlarla o “luchar” contra ella probablemente la incrementara. En la misma línea se sugirió a la cliente exponerse a las situaciones y pensamientos relacionados con ansiedad, a pesar de que esto fuese molesto. Por último se valoró con la cliente su proyecto de vida.

Empleo de Autorregistros. Estos fueron variando a lo largo de la intervención. El autorregistro de la primera sesión fue planteado con el fin de obtener información acerca de las características funcionales y topográficas del problema (crisis de angustia y escape a situaciones). Así, se tomaron datos del número de ocurrencias al día, duración de los episodios, intensidad, lugares donde ocurren, tipo de consecuencias, expansión a través de contextos y nivel de afectación en la vida de la cliente... A partir de la sesión tercera los autorregistros fueron planificados conforme a los objetivos propuestos en cada sesión. Generalmente la cliente tenía que anotar lugares a los que había acudido a pesar de experimentar determinadas respuestas de activación (como las palpitaciones... etc). En este caso, el autorregistro cumplía una función motivacional, obligaba a la cliente a describir situaciones en las que

había permanecido a pesar de “sentirse mal” y a comprobar que no había ocurrido nada al enfrentarse a la situación “temida”.

A continuación se describen los aspectos más relevantes de la intervención en cada sesión

Sesiones 1 y 2

Sirvieron para **obtener información** acerca del problema así como otros datos de la vida de la cliente, sus habilidades, motivaciones y repertorio general. Esto se hizo a través de dos entrevistas y un autorregistro planteado en la primera sesión.

Uno de los objetivos iniciales, y en general durante toda la intervención, fue el **cambio de las creencias** de la cliente referidas a la naturaleza de su problema. Se generaron ejercicios en los que ella misma llegase a describir que lo que ocurría era la consecuencia de los acontecimientos que había vivido en el último año, proporcionando una breve explicación (en términos coloquiales) sobre la adquisición y expansión de este tipo de problemas.

En la segunda sesión la cliente solicitó que le prescribiésemos una receta del fármaco que estaba tomando debido a que se le había terminado y le resultaba muy difícil trabajar sin la medicación. Esta circunstancia fue aprovechada para cuestionar el valor de los fármacos como solución a su problema. La lógica para resolver su problema implicaba enfrentarse a un número cada vez mayor de situaciones y de esta manera se iría sintiendo “más segura” (utilizando sus propias palabras). Se indicó que “intentase” realizar sus actividades diarias sin medicación y que continuase con el autorregistro.

Sesión 3

Se revisaron los datos del autorregistro, comprobando que la cliente había estado una semana sin tomar medicación. El terapeuta valoró positivamente el esfuerzo que le había supuesto continuar con sus actividades cotidianas (incluso sintiéndose muy mal) sin acudir a los fármacos.

La tarea propuesta implicó acudir al mayor número de situaciones de su vida laboral y social que podían generar ansiedad. Como única pauta para este tipo de situaciones se sugirió que sin abandonar la situación, respirase lentamente y no comentase con nadie lo que le ocurría, dejando la

situación cuando se notase bien. Se le indicó que anotase lo que ocurriese cuando pudiera.

En esta sesión comenzó el entrenamiento en relajación progresiva (Berstein y Borkovec, 1973), sin embargo, éste no fue planteado como respuesta incompatible para hacer frente a las situaciones de ansiedad. El objetivo era disminuir la tensión corporal general que impedía a la cliente conciliar el sueño, rompiendo de este modo una cadena que implicaba (no dormir bien, levantarse cansada y afrontar el día con una mala predisposición).

Sesión 4

Tras revisar los datos del autorregistro, se informó a la cliente acerca de las soluciones de este tipo de problemas, indicándole que algunas implicaban procedimientos largos y muy estructurados. No obstante, dadas sus características personales (ella misma se había definido como una mujer fuerte,...) utilizaríamos estrategias más simples al considerar que podría superar este problema sin necesidad de utilizar procedimientos más elaborados. Desde esta sesión en adelante, los elementos utilizados fueron los siguientes:

- (1) Revisión de los datos del autorregistro,
- (2) especificar la importancia para ella misma por la correspondencia mostrada entre los compromisos adquiridos y su realización (ej. decir que iría a un determinado sitio e ir),
- (3) propuesta fundamentalmente moldeada de nuevas tareas en relación a enfrentarse a actividades o ir a sitios "temidos" a pesar de sentir ansiedad,
- (4) entrenamiento en relajación.

Estos elementos son comunes a las sesiones restantes, por lo que sólo se resaltarán lo más destacado de cada sesión.

Sesiones 5, 6 y 7

En la *sesión cinco* se proporcionó feedback positivo por haber acudido a tres grandes almacenes.

En la *sesión seis* la cliente indicó que estaba preocupada porque la ansiedad no desaparecía. Al hilo de estos comentarios se enfatizó que el objetivo no era "vivir sin ansiedad". Se puntualizó que la ansiedad es una respuesta

adaptativa en ciertas condiciones y en las condiciones en las que no lo es no sirve de nada “luchar” contra ella, hay que exponerse de manera continuada para que disminuya.

En la *sesión siete* la cliente informó que no había hecho el autorregistro, ya que se había encontrado bien y no había tenido ningún episodio. A partir de este momento se suprimió el autorregistro (dada la baja frecuencia de episodios). No obstante, se informó a la cliente sobre la probabilidad de nuevos episodios, debiendo de estar preparada para no entender esta posibilidad como un retroceso.

Sesión 8

La cliente informó que había tenido varios “ataques” al volver a la playa donde habían ocurrido los episodios iniciales. Se le recordó lo comentado en la sesión anterior (que el problema aún no estaba resuelto). Además se intentó establecer la diferencia entre dolor físico (por cansancio u otras causas) y ansiedad, debido a que en ocasiones la cliente interpretaba los síntomas de “mareo” debido a cansancio físico como síntomas de una “crisis”. Para facilitar la discriminación se analizaron las condiciones asociadas a cada tipo de sensación. Así, la cliente relató diferentes episodios ocurridos y se analizaron en cada caso las “causas” o factores que los habían producido.

Sesión 9

Se valoraron las distintas opciones que tenía a nivel laboral, bien renovar el contrato o bien conseguir otro empleo.

La tarea asignada implicaba seleccionar una opción y llevarla a la práctica.

Sesión 10 y 11

Se comentó la opción que había tomado respecto a su situación laboral. Así, se valoró que dado que en ese momento no cabía la posibilidad de reducir su implicación laboral, continuar quejándose no servía para cambiar la situación y lo más funcional en estas circunstancias (necesitaba el dinero que conseguía con ese trabajo) era continuar hasta que finalizase el contra-

to e ir valorando y planificando las distintas posibilidades para cuando llegase ese momento.

Se resaltó el hecho de haber asistido a varios sitios “problemáticos” a pesar de sentir ansiedad, es decir, los terapeutas hicieron explícitas las consecuencias positivas de este tipo de comportamientos para superar los “problemas de ansiedad”.

Sesiones 12 y 13

A través del moldeamiento verbal, se llevó a la cliente a discriminar las diferencias entre los síntomas de una bajada de glucosa y las sensaciones relacionadas con “activación”, en términos de las circunstancias que llevaban a una u otra circunstancia (igual que se había hecho en sesiones previas). Se valoró positivamente la actuación de la cliente (ir a un supermercado) a pesar de sentir “ansiedad”.

En la sesión 13 finalizó el entrenamiento en relajación, aunque se indicó que vendría bien que siguiese practicando en casa.

Sesiones 14 y 15

Se indicó la pauta de no “luchar” contra los pensamientos, dejarlos fluir y observarlos, experimentarlos, aunque esto pudiera quizá ser molesto. Podría sentirse mal, pero sentirse mal era todo lo que le podía ocurrir. Desde ahí, y para que pudiera tomar algo más de perspectiva se le sugirió que intentase imaginarse situaciones molestas y experimentase todas las sensaciones que éstas pudiesen generar. Se señaló que era muy importante que en tal situación se fijase en todos los detalles para comentarlo en la próxima sesión.

Se valoró el lenguaje que empleaba la cliente al referirse a su problema a fin de romper relaciones, generando otras. Se valoró con ella el efecto de utilizar expresiones como “controlar la ansiedad”, “intentar pensar en otra cosa” (cuando sentía temor), “no sé si iré a tal sitio porque tengo miedo”. Se propuso sustituir estas expresiones por otras como “voy a sentir la ansiedad, aunque me encuentre mal”, “voy a concentrarme en las sensaciones que genera la ansiedad”, “iré a tal sitio con miedo”.

Sesiones 16 y 17

Se resaltaron como positivas para su vida ciertas descripciones que surgían espontáneamente durante estas sesiones, tales como “Sin ansiedad estaríamos muertos”, “en la vida tiene que haber de todo”, “estar cansado es diferente de tener ansiedad”, “voy a ir al supermercado con tiempo de sobra para disfrutar”.

Sesión 18

La cliente comentó por primera vez que se sentía “segura” y que no tenía “miedo al miedo”. Informó que había acudido a los lugares más temidos sin plantearse temores o sentir ansiedad. Comentó además que se estaba preparando unas oposiciones para intentar conseguir el trabajo que más le motivaba.

RESULTADOS

En la Figura 1, parte superior, se pueden observar los resultados referidos al número de “crisis de angustia” y de episodios de evitación o escape producidos durante toda la intervención. La frecuencia de crisis de angustia se redujo a partir de la tercera sesión, desapareciendo totalmente a partir de la sesión catorce. Los episodios de evitación o escape, desaparecieron en la sexta sesión. Estos resultados se mantuvieron en los seguimientos realizados al mes y al año.

En la figura 1, parte inferior, se señala el tipo de verbalizaciones espontáneas que la cliente mostraba en las sesiones. Se distinguen verbalizaciones “positivas” (por ejemplo, ¡me siento muy segura!, ¡confío en mí misma!, ¡sin miedo la vida no sería igual, sería como estar muertos!...) y “negativas” (por ejemplo, ¡tengo miedo de tener un “ataque” y no poder controlarlo!, ¡no puedo controlar mis pensamientos!, ¡estoy empeorando!...). A este nivel, el tipo de verbalizaciones coincide con la ocurrencia de “crisis de angustia”. Por ejemplo se observan verbalizaciones “negativas” en las sesiones 1, 2, 3, 6, 8, 12, 13, 14 y 15, sesiones en las que la cliente informó haber tenido “crisis de angustia” en los días previos a la sesión y viceversa, verbalizaciones “positivas” en las sesiones 4, 5, 7, 9, 10, 11, 16, 17 y 18 en

las que no se informó de "crisis de angustia. En las últimas sesiones las verbalizaciones "positivas" incluían aspectos relacionados con el trabajo y con su proyecto de vida en general (ej, ¡me siento mejor ahora que ya se lo que quiero!, ...).

Respecto a la medicación, la cliente dejó de tomarla a partir de la segunda sesión, manteniéndose este aspecto hasta el final de la intervención y también en los seguimientos realizados al mes y al año.

Por último, en la sesión de seguimiento realizada al año, la cliente indicó que había reducido su implicación laboral a cuatro horas. Esto le permitía preparar oposiciones y se había presentado ya a varias, estando en una de ellas muy cerca de superarla. Informó tener "ideas claras" respecto a su futuro laboral y sentir que su vida estaba bien "organizada" en términos generales.

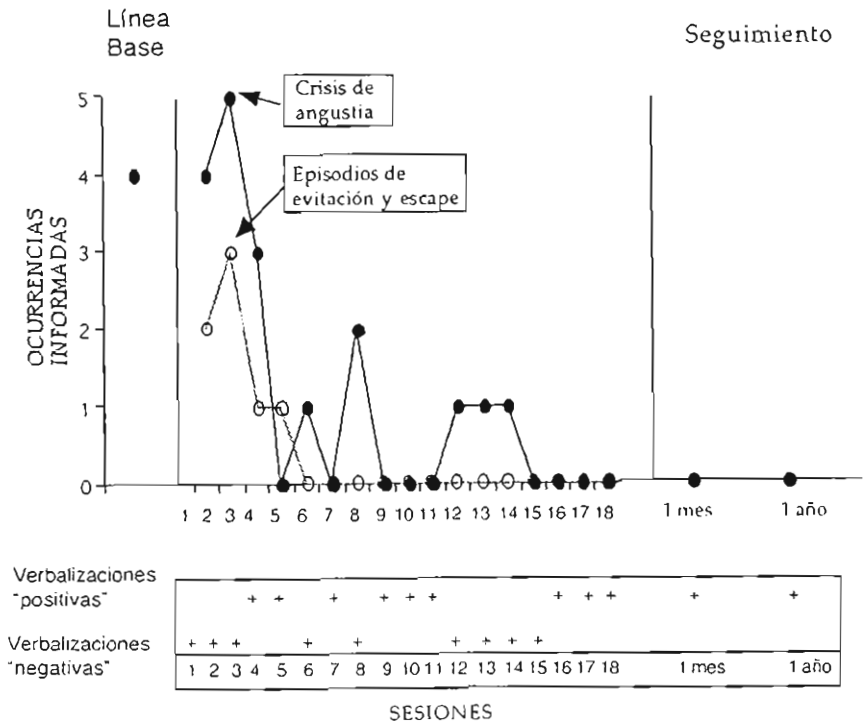


Figura 1.- Datos referidos a las "crisis de angustia" y episodios de evitación y escape (parte superior) y presencia de verbalizaciones "positivas" y "negativas" de manera espontánea durante las sesiones (parte Inferior)

DISCUSION

La intervención realizada mostró una alta efectividad a diferentes niveles. El problema de “ansiedad generalizada” se resolvió en dos meses y medio. La cliente dejó de tomar medicación y de escapar o evitar situaciones o actividades. Finalmente reorganizó sus objetivos laborales adaptándolos a sus intereses y motivaciones profesionales en mayor medida. Se trató de realizar una intervención mínimamente intrusiva, sin introducir un “paquete” sistematizado de tratamiento. No se realizó una evaluación sistemática (sobre tests y cuestionarios de ansiedad...) ya que se consideró que la información aportada sería redundante y quizás yatrogénica para la cliente. Dadas las características de la cliente, (ella misma se había definido como una mujer fuerte, capaz de superar situaciones difíciles...), en un principio se situó su problema en un contexto diferente, esto es, se le indicó la lógica que está a la base de los problemas que cursan con ansiedad, cómo se extienden y cuál es el procedimiento para dejar de sentirse mal. Adicionalmente se moldearon verbalizaciones y comportamientos dirigidos a la exposición a situaciones “de ansiedad”. La única pauta sugerida para esas situaciones fue la respiración lenta y no abandonar el lugar o la actividad en curso hasta sentirse mejor. Actuando de esta manera se pretendía comprobar el efecto de una intervención sencilla, sin demasiados elementos, si los resultados eran negativos se incorporarían elementos adicionales siempre ajustados a las demandas específicas de cada momento. Con estas pautas iniciales las “crisis de angustia” se redujeron en su totalidad en la quinta sesión. Sin embargo, en la sexta sesión, dados los comentarios de la cliente (preocupación porque la ansiedad no desaparecía), se comenzó a trabajar en la dirección indicada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 1994). Como ya ha sido comentado, esta terapia enfatiza que el hecho de intentar *controlar* la ansiedad produce, paradójicamente, mayor ansiedad. Cuando los niveles de ansiedad son bajos, estrategias como pensar en otra cosa, realizar respuestas incompatibles (por ejemplo emitir verbalizaciones positivas del tipo “no pasa nada, me siento bien”...) pueden ser efectivas. Sin embargo cuando los niveles de ansiedad son elevados, este tipo de estrategias que implican un intento de “luchar” contra la ansiedad generan probablemente mayor ansiedad. Por tanto, para producir una extinción completa (de todas las respuestas condicionadas) se propone no sólo la exposición a las situaciones temidas, como ocurre en las técnicas de exposición prolongada, sino también la exposición a los propios pensamientos y sensaciones o eventos privados (en una terminología más

técnica) sin intentar controlarlos y considerando que están ahí, y no constituyen algo “intrínsecamente” negativo. Las pautas en esta dirección se mantuvieron hasta el final del tratamiento. No obstante, es necesario resaltar que en modo alguno se aplicó la Terapia de Aceptación y Compromiso de manera sistemática, tal y como viene definida por Hayes (1994) o Hayes, Strosahl y Wilson (en prensa), simplemente se utilizaron algunos de sus elementos.

Otro aspecto a destacar en esta intervención hace referencia al uso del entrenamiento en relajación. En la línea de lo indicado anteriormente, la relajación no fue utilizada como respuesta incompatible para *enfrentarse* a situaciones problemáticas. Por contra, su función fue reducir la tensión corporal general que la cliente presentaba y valorar si con ello se facilitaría el sueño creando de esta manera una condición motivacional general más positiva.

En las sesiones 8, 12 y 13 se trabajó la discriminación de sensaciones a nivel fisiológico producidas por alguna alteración física (por ejemplo una bajada de glucosa, o ciertos síntomas de cansancio) y las sensaciones relacionadas con la ansiedad ya que para la cliente, uno de los estímulos discriminativos que a menudo desencadenaba las respuestas relacionadas con un “ataque de pánico” era sentir algún tipo de malestar físico. Para facilitar la discriminación entre ambos tipos de circunstancias se diferenciaron las condiciones que estaban asociadas a cada una de ellas. De esta manera, se pretendía que cierto tipo de sensaciones a nivel físico cumplieren una función diferente para la cliente o dicho de otro modo “fuesen interpretadas correctamente”.

La preocupación y malestar generado por su trabajo, era una de las circunstancias a resolver. El hecho de tomar ciertas decisiones a este nivel probablemente contribuyó en la mejora observada. Es decir no sólo se redujeron las “crisis de angustia” y episodios de evitación, sino que la cliente optó por un proyecto o compromiso ante su vida.

Así, se consiguieron resultados altamente positivos en un breve periodo de tiempo y con estrategias adaptadas al tipo de cliente y problemática presentada. Los datos obtenidos en este estudio señalan, por tanto, que no siempre es necesario trabajar con técnicas o “paquetes” sistematizados e igualmente no siempre es necesario realizar evaluaciones exhaustivas, aunque ambas cuestiones puedan ser útiles en ciertos casos.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Masson. (Original de 1994).
- Bados, A. y Bach, L (1997). Intervención psicológica con una paciente con trastorno de ansiedad generalizada, *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 85-107.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*, New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1973). *Progressive relaxation training: a manual for the helping professions*, Champaign: Research Press.
- Borkovec, T.D. y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder, *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Dougher, M. J., Auguston, E., Markham, M.R., Greenway, D.E. y Wulfert, E. (1994). The transfer of respondent eliciting and extinction functions through stimulus equivalence classes, *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 62, 331-351.
- Fernández Parra, A. (1990). Comportamiento fóbico: estudio analítico de ciertas interacciones responsables de su desarrollo inicial. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Friman, P.C., Hayes, S.C. y Wilson, K.B. (1998). Why behavior analyst should study emotion: The example of anxiety, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.
- Gómez, S. (1998). Ruptura de relaciones de equivalencia: un análisis de las variables implicadas. Tesis doctoral. Universidad de Almería.
- Hayes, S.C. (1994). Content, context and the types of psychological acceptance. En Hayes, S.C., Jacobson, N.S., Follete, V.M. y Dougher, M.J. (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*, Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., y Wilson, K.G. (en prensa). Acceptance and commitment therapy: Understanding the treating human suffering. New York: Guilford Press.
- Levis, D.J. (1985). Implosive theory: a comprehensive extension of conditioning theory of fear/anxiety to psychopathology. En S. Reiss y R.R. Bootzin (comps.), *Theoretical issues in behavior therapy*, Nueva York, Academic Press.
- Luciano, M.C (1989). Una aproximación Conductual y Metodológica a las Alteraciones Conductuales en la Infancia, Granada: Servicio de Publicaciones.
- Luciano, M.C (1992). Algunos significados aplicados de los tópicos de investigación básica conocidos como relaciones de equivalencia, decir y hacer, y sensibilidad e insensibilidad a las contingencias, *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 805-879.
- Luciano, M.C (1997). Intervención psicológica en una perspectiva conductual analítico funcional. En Luciano, M.C. (Dir.). 2ª Edición, *Manual de Psicología Clínica: Infancia y Adolescencia*, (pp.225-277), Valencia, Promolibro.

- Mowrer, O. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent, *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Turner, R. Turner, R.M., DiTomasso, R.A. y Deluty, M. (1985). Sistemática desensitización. En R. M. Turner y L.M. Ascher (comps.), *Evaluating behavior therapy outcome*, Nueva York, Springer.
- Watson, J.B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions, *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford University Press.

