

TRATAMIENTO DE UN TRANSTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

Salvador Alario Bataller

Resumen

El siguiente artículo versa sobre el tratamiento de un caso clínico diagnosticado como trastorno por ansiedad generalizada. El paciente, de 36 años de edad, tenía una larga y escandalosa historia de tratamientos psiquiátricos, de los cuales no obtuvo el menor beneficio. En nuestro centro recibió, en función de su compleja problemática, diversos tratamientos que condujeron a la feliz resolución del caso. Recibió tratamiento psicológico a base de desensibilización sistemática, entrenamiento en aserción y terapia cognitiva, siguiendo en este último caso los modelos de Beck y Ellis. El tratamiento se realizó a lo largo de 45 sesiones clínicas, en un período de 10 meses. Una vez dado de alta, se realizó un seguimiento a los 6 meses y al año, que indicó una completa remisión de los síntomas. El paciente llevaba una vida normal y, según su opinión, mucho mejor que previamente a sufrir el trastorno de ansiedad.

Summary

The following report deals with the treatment of a clinical case whose diagnosis was generalized anxiety disorder. The patient, thirty-six years old, had a long and outrageous history of psychiatric treatments, from which he had not profited in the least. In accordance with his complex whole of problems, he received several treatments in our clinical that led to a successful solving of the case. He got psychological treatment by means of systematic desensitization, assertive training and cognitive therapy. This therapy was carried out according to Beck and Ellis's patterns. The treatment was developed all through forty-five clinical sessions, in a period of ten months. Once the patient was discharged from the weekly session, we carried out two checks, once after six months and another one year after the cessation of the weekly treatment. They indicated a complete remission of the symptoms. The patient led a normal life, which he considered to be much better than the one he led when he suffered from his upset due to anxiety.

Introducción

El artículo que a continuación se presenta, apoya la idea de la idoneidad de un acercamiento multimodal al tratamiento de los problemas psicológicos. El autor piensa que es incorrecta la pretensión de querer solucionar con una técnica única los problemas que se contemplan en la psicopatología. Esta opinión ya fue expresada previamente en esta revista por un terapeuta (Caro, 1985) en relación con el tratamiento de un trastorno disgnóstico del mismo modo que el que presentamos a continuación. Además, un autor de prestigio incuestionable (Wolpe, 1969) señaló que resultaba infrecuente que un paciente recibiese un tratamiento único para solucionar su problema.

El resultado de la intervención terapéutica puede considerarse un éxito a todas luces, puesto que se solucionó el problema y se mantuvieron los beneficios conseguidos (se realizaron dos seguimientos, a los seis meses y al año una vez finalizada la terapia). Consideramos, por otro lado, que el tratamiento fue breve (10 meses), considerando la gravedad del trastorno y su antigüedad y, el hecho de que otras modalidades de terapéuticas poseen un marco temporal mucho mayor y, las más de las veces, con nulos o dudosos resultados.

Las técnicas que se utilizaron fueron tanto cognitivas como conductuales, bajo el supuesto de que toda técnica utilizada es susceptible de afectar beneficiosamente al paciente tanto psíquica como físicamente, en relación con sus problemas específicos y considerando que el organismo funciona como un todo (Korzybski, 1983).

Por último, deseáramos insistir en la correcta evaluación de los problemas psicológicos en vistas a un feliz desenlace terapéutico.

Descripción de un caso

El paciente, al que llamaremos J, es un hombre de 36 años, soltero y es catedrático de instituto en la ciudad de Valencia. Acudió a nosotros aconsejada por un amigo, quien había sido tratado previamente por determinados problemas. Durante la primera entrevista, el paciente comunicó encontrarse en un período constante de ansiedad, atravesar períodos de depresión y tener fuertes dolores musculares. Había sido tratado previamente por un psicólogo (de orientación psicodinámica); tres psiquiatras (también de la vena psicoanalítica) y hacía un mes que había abandonado la consulta de un neuropsiquiatra. En ningún caso obtuvo solución para su problema. Tomaba actualmente un ansiolítico que no le producía ningún efecto y expresó su deseo de no tomar ningún tipo de medicación.

Resultaba alentadora la buena fe de este hombre, quien incluso había sido perjudicado psicológicamente por alguno de los profesionales que le atendieron. Esta buena fe tenía, sin embargo, sus razones. J. dijo que tenía confianza en que pudiésemos hacer algo con él, si se consideraba que P. (el conocido que le dió nues-

tra dirección), quien estaba francamente mal, había obtenido resultados del tratamiento.

Llegados a este punto me parece pertinente comentar el curso terapéutico anterior que J. había seguido, indiferente de parecer excesivamente hostil a los próselitos de las distintas psicodinamias. Cuando, con las debidas reservas, comento este asunto con algún colega, suele reírse. Pero, personalmente no lo estimo asunto de risa; me parece dantesco. Tampoco lo considero un hecho aislado, puesto que he tenido casos similares.

Comenzaremos diciendo que, en este último curso de la universidad, nuestro hombre se encontraba especialmente ansioso, tanto que comprendió que necesitaba ayuda profesional. Conocía por referencias a una psicóloga (de orientación psicoanalista) que accedió a tener una entrevista con él. Llegado a "la seguramente improvisada consulta de un piso posiblemente compartido por varias elementas de no muy buen ver" (según palabras de J.), la psicóloga tuvo un breve intercambio verbal con él (al margen de su problema), después del cual le pasó un test de inteligencia, cuyo resultado J. todavía estaba esperando. Citado una segunda vez, la psicoanalista le dice a nuestro paciente que, dado que se conocían ligeramente de antaño, no resultaba conveniente seguir un psicoanálisis, pero que le enviaría al Dr. X, el único psiquiatra que, según nuestra ínclita amiga, podía solucionar un problema como el suyo. Ella se refirió al Dr. X de una manera tan vehemente que J. creyó llegado el término de su sufrimiento. Era algo así como "un maestro de maestros" (lo que en adelantese escriba entre comillas son palabras del propio paciente). J. es visto por el tal Dr. X, psiquiatra psicoanalista iberoamericano, quien le remite a una psicoanalista hispanoamericana de un centro de Barcelona, para que le diagnostique su trastorno. "Se trataba por lo visto de una eminencia, alguien que pesaba a nivel mundial". Así que J. y su madre viajan a Barcelona, donde tienen que pasar la noche, porque a las 9 de la mañana siguiente, les recibirá la Dra. Y, psiquiatra-psicoanalista. La Dra. Y, era "una anciana excéntrica que, según todas las apariencias, estaba bastante peor que yo". La Dra. Y era la encargada de diagnosticar su problema. "Simplemente me puso un montón de test delante y me dijo que los rellenase. Eran cosas muy raras, como manchas de tinta, grabados y dibujos absurdos. No veía en ella el menor interés en lo que yo hacía y su conducta me pareció ilógica en todo momento. Igual no te respondía a lo que le preguntabas, como te echaba un sermón ininteligible". Por fin, después de toda una mañana rellenando pruebas proyectivas, la Dra. Y dijo a J. que enviaría el informe al Dr. X, con quien J. tendría que entrevistarse. "La fiesta me costó 40.000 ptas, en aquel tiempo, más la estancia en Barcelona y los viajes".

Recibido nuevamente por el Dr. X, éste lee a J. el informe que la Dra. Y mandara desde Barcelona, "del cual sólo entendí que yo era psíquicamete inmaduro, con una desestructuración evidente de la personalidad. No entendí nada, por lo extraño del contenido y porque me fue leído tan rápido como un notario lee una escritura". Después, el Dr. X le dijo que no podía atender, puesto que tenía mucha clientela. Pero le puso en contacto con el Dr. Z, también psiquiatra-psicoana-

lista sudamericano. "Aquel doctor tan competente, resultó ser un saca-dinero como los demás y mi relación con él una tomadura de pelo y un hundirme más en el barro". Dijo J. que, "no hablábamos de lo mismo. Había sesiones de silencio total y muchos de sus consejos e interpretaciones me empeoraban". Después de un año y medio de tratamiento, a 4 visitas semanales, a precio de psicoanalista, J. decide desertar de la consulta del Dr. Z. Después de unos años sus síntomas empeoraron y, empujado por su madre, ve al Dr. A, neuropsiquiatra, "frente al cual yo era psicológicamente inmune. Era un hombre que, al menos, no me perjudicaba, en algunas cosas estábamos de acuerdo y hablaba con él, como se habla con cualquiera en la medida que lo necesitaba. Conocía a las personas tanto como yo. En el marco de mi experiencia, lo considero un personaje positivo, a quien contaba cosas que en un momento determinado necesitaba contar y, además, me daba pastillas para dormir que, en aquella época, me hacían mucha falta".

El resto de esta odisea fue que J. abandonó la consulta del Dr. A. Después de esto hubo un tiempo de relativa calma, al que sobrevino un empeoramiento. Habló confidencialmente con un amigo, quien le dió nuestras señas.

Por otro lado, en cuanto a los antecedentes, J. recuerda que desde niño tuvo mucho miedo a ser lesionado, herido, o agredido, miedo a la muerte. En fin a todo aquello que implicase algo trágico y violento. Recuerda -y él lo relaciona con ello- que le afectó mucho la muerte de una vecina (una niña). También se asustó sobremanera a la edad de 7 años, cuando presenció una pelea entre dos personas adultas. El se escondió en el portal de una casa, cerca de la cual los hombres se agredían y chillaban desafortadamente. Desde entonces, recuerda que le perturban los gritos y las peleas. Por lo demás, su padre era un hombre de vozarrón fuerte, muy enérgico y dominante. Gritaba por nada y, ante su presencia, J. se veía angustiado. Su madre era como una sombra; sumisa, nunca decía nada. Su padre criticaba constantemente su aire tímido y retraído y ninguna cosa que J. hacía era de su agrado. "Nunca me puso la mano encima, pero fue la persona más cruel del mundo para mí". "No le gustaba como corría, como jugaba al fútbol y, más tarde, le disgustaban los libros que leía e incluso la carrera que escogí". Su padre murió de accidente de circulación, cuando J. estaba en segundo de carrera, lo que supuso para nuestro paciente "una gran liberación". J. recuerda gran parte de su vida como una tragedia, un encontrarse continuamente ansioso, irritable y deprimido.

Académicamente fué siempre brillante y actualmente tanto socialmente de un modo general, como con sus colegas del instituto, se encontraba inhibido. Un profesor le causaba ansiedad y según J. , "tiene el mismo porte que mi padre y se parece incluso en el carácter". Sólo con tenerlo delante, J. experimentaba una considerable angustia. esta se incrementaba a límites casi intolerables cuando aquel profesor le criticaba en algún aspecto, personal o académico fundamentalmente. Por lo demás, la vida sexual de J. era escasa y no demostraba en el tema mucho interés.

Por otra parte, J. presentaba un variado conjunto sintomatológico. Según el

DSM-III (1980), los síntomas que J. manifestaba, pertenecen a los siguientes grupos:

A. - La ansiedad, generalizada y persistente, se manifestaba por los síntomas de las cuatro categorías siguientes:

1) *Tensión Motora*: presentaba temblor, dolores musculares, fatigabilidad, inquietud, intranquilidad y respuestas de alarma.

2) *Hiperactividad Vegetativa*: J. tenía sudoración, palpitaciones, taquicardia, manos sudorosas, boca seca, parestesias, malestar en el estómago, micción frecuente, dolor en la boca del estómago, nudo en la garganta, y pulso y respiración aumentada en reposo.

3) *Expectación Apreensiva*: Presentaba ansiedad, preocupación, miedo y teme que algo calamitoso pueda sucederle tanto a él como a su madre. Tiene además, otros miedos específicos que se comentarán posteriormente.

4) *Vigilancia Y Escrutinio*: Tiene insomnio, irritabilidad e impaciencia.

B. - El estado de ánimo ansioso se ha presentado continuamente desde hace 15 meses.

C. - Su problemática no es debida a ningún otro trastorno mental del tipo del trastorno depresivo o de la esquizofrenia.

E. - J. tiene 36 años (el paciente debe de tener, según este criterio diagnóstico, más de 18 años de edad).

Debe señalarse que el estado general de ansiedad de J. se intensificaba (exacerbación sintomática) en situaciones particulares, como cuando era censurado por su colega. Nos referiremos a estas experiencias perturbadoras como "crisis".

Además nuestro paciente presentaba sintomatología depresiva ligera asociada al cuadro de ansiedad que, en concreto, eran infrecuentes y fugaces momentos de ideación suicida, aumento de peso (8 kilos en los últimos 15 meses) tristeza y bajo nivel de actividad.

J. vive solo con su madre y ambos mantienen muy pocas relaciones sociales. Es un asiduo del cine, donde se siente muy a gusto y se evade temporalmente de sus problemas. Según dice esta distracción es un sedante para él. En su trabajo se desenvuelve bien, aunque tiene problemas específicos con algunos compañeros.

En función del espectro sintomatológico que presentaba el paciente, recibió el diagnóstico de TRANSTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA (DSM-III, 1980).

El registro de los resultados de una evaluación multiaxial del DSM-III, sería el siguiente;

EJE I: 300.02 Trastorno por ansiedad generalizada.

EJE II: No se evidencian trastornos de la personalidad ni trastornos específicos del desarrollo.

EJE III: Sin estados ni trastornos somáticos.

EJE IV: Estrés psicosocial: Puede considerarse aquí la soledad forzosa, por ansiedad interpersonal y falta de habilidades de interrelación.

Intensidad: 4-moderada.

EJE V: Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año: 4-medio.

Proceso Terapéutico

En la primera entrevista se recogió información sobre el problema motivo de consulta. Se realizó un diagnóstico diferencial y se motivó al paciente para la terapia, explicándosele las características de la misma. Pedimos su opinión al respecto. J. se mostró conforme, afirmando que estaba dispuesto a colaborar. Rehusó tomar fármacos, aduciendo que no le servían para nada. Debo indicar que, de una manera muy controlada, en nuestro centro suele suministrarse medicación durante el primer mes de tratamiento o para ayudar a sobrellevar, en algunos casos, crisis o momentos muy difíciles.

Asímismo tratamos de "desdramatizar" la situación ("despsiquiatrizar", si se prefiere), siguiendo, para ello, los consejos de Wolpe (1969). A saber:

1. - Presentar la probabilidad de que el problema se solucionase.
2. - Contrarrestar el temor del paciente a enloquecer, indicando y documentando, en este caso, las diferencias entre las psicosis y las neurosis.
3. - Señalando que su patología seguía unas constancias que, con el tiempo, se aclararían.

Discutimos estos puntos y le aconsejé que evitara, de momento y en el grado que pudiera, las situaciones específicas que le fuesen perturbadoras. Al final de esta sesión se le entregó para que los rellenara en su casa, El Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Personalidad de Willoughby, el Inventario de Miedos de Wolpe y Lang y la Escala SS de Bernreuter.

Recogida y analizada esta información, en entrevistas ulteriores, J. tuvo en el test de Beck una puntuación de 16, que consideramos como depresión leve. En cambio, su puntuación en el test de Willoughby fue de 58, lo cual indicaba una alta ansiedad de tipo interpersonal. Esta información, unida a la proporcionada por el test de Wolpe y Lang, evidenció, tras una investigación más exhaustiva, que sus principales respuestas de ansiedad eran provocadas por las siguientes situaciones específicas:

1. CRITICA Y RECHAZO (DEVALUACION PERSONAL).
2. PELEAS Y AGRESION FISICA.
3. AUTOAFIRMARSE.

Todo ello se comentó con el paciente, quien estuvo de acuerdo en que estas situaciones le provocaban ansiedad y que eran actualmente muy molestas. En esta misma sesión se investigó la historia de cada hábito neurótico y se buscaron los factores intensificadores y mitigadores de los mismos (ésto será comentado más adelante).

La puntuación de J. en la escala de autosuficiencia de Bernreuter, fue de 30, hecho indicativo de que, en teoría, el paciente podría desempeñarse bien en la terapia.

Se le dijo a J. que registrase para la siguiente entrevista los pensamientos que tenía cuando se encontraba mal y aquellas ideas (erróneas, distorsionadas o negativas) que le causaban las mismas emociones molestas.

En el curso de estas sesiones, se le explicó el tema de la ansiedad, ilustrándolo con ejemplos reales y con su propio caso y se le educó en el capítulo de la desensibilización sistemática y las terapias cognitivas. Además, se le sugirió la conveniencia de un entrenamiento asertivo, que el paciente consideró imposible de momento a causa de la gran ansiedad que experimentaba con la aserción. Por esta razón, decidimos desensibilizarlo frente a una jerarquía que involucrase escenas relativas al comportamiento de autoafirmación. También se le habló de la hipnosis, frente a la cual J. no puso ninguna objeción. Así que, acto seguido, se hicieron las pruebas de sugestionabilidad (caída hacia atrás, hacia delante, el péndulo de Chrevault y la prueba de la rigidez del brazo), con resultados positivos en todas ellas. Sometido a hipnosis, J. cayó sin ninguna dificultad en trance. Finalmente, le dimos para que se llevara a su casa el casete de hipnosis que utilizamos en esta clínica para combatir el insomnio, con la esperanza de que le fuera de utilidad (suele serlo en muchos casos).

De modo que, recogida la información y llevada a cabo la evaluación, concretamos las técnicas terapéuticas a aplicar, procediendo inmediatamente con los preparativos para las mismas. Así, en las siguientes sesiones le enseñamos a J. el método de relajación muscular profunda (Jacobson, 1938), en versión abreviada y un tanto diferente (Alario, 1982). Al igual que a la inducción hipnótica, J. respondió magníficamente a la relajación. Al tiempo que se hacía todo esto, se elaboraban las jerarquías de respuesta de ansiedad. I. e:

1. JRA: *Crítica y rechazo* (Devaluación). Las variables moduladoras eran el contenido de la crítica y las personas de las que ésta procediese. De acuerdo con ello, se confeccionaron las jerarquías pertinentes.

2. JRA: *Peleas y agresión física*. La ansiedad aumentaba con la intensidad de los gritos, con la presencia de sangre, a medida que aumentaba el número de personas que presenciaban el altercado y con la utilización de armas. Se desarrollaron las jerarquías correspondientes.

3. JRA: *Autoafirmarse*. La ansiedad se eleva en función del contenido del acto asertivo y de la persona frente a la cual se llevase a cabo el acto. Como en los dos casos anteriores, procedimos elaborando las jerarquías que creímos convenientes.

Se procedió, asimismo, con el entrenamiento en la visualización de escenas según una técnica estándar confeccionada por nosotros (Alario, 1982), de adiestramiento en imaginación. El paciente ya controlaba la noción de Escala Subjetiva de Ansiedad ó Termómetro del Miedo (Wolpe, 1969).

Hechos los preparativos procedimos con la aplicación de las técnicas terapéuticas particulares. El primer cometido terapéutico consistía en la desensibilización de ciertas reacciones neuróticas, lo cual redundaría beneficiosamente en su estado general. Evitaba, además, las situaciones perturbadoras y aplicaba otras técnicas conductuales como la relajación y programación de actividades, como complementarias a las técnicas cognitivas que se habían de utilizar un poco más adelante. En este punto, he de decir que, el casete y la relajación muscular consiguieron que el insomnio desapareciese apenas trascurridas dos semanas de tratamiento.

En todo momento, se le explicó a J. la complementariedad de las técnicas comportamentales y las cognitivas, ya que conceptualizábamos al hombre como una globalidad psicobiológica y nunca como un conjunto de sistemas separados. Así toda intervención bien programada y desarrollada influiría positivamente sobre "el sistema global". Dado el excelente nivel intelectual del paciente, comenzamos muy pronto con la técnica de comprobación de hipótesis de Beck (Beck, 1979; en Ellis, 1980). Como se hará patente, se estaba utilizando varias técnicas psicoterapéuticas al mismo tiempo.

Pensamos que el modo en que se trató cada problema específico de nuestro cliente puede ser más ilustrativo para comprender el conjunto de la terapias y procederemos presentando cada problema a continuación. Debe considerarse que, al tiempo, íbamos progresando positivamente en la desensibilización sistemática. J. hipnotizado, imaginaba vívidamente; Avanzábamos normalmente a lo largo de las diversas jerarquías ansiógenas, a la par que J. experimentaba, de modo gradual, una perturbación menor a medida que se ascendía en las jerarquías (me refiero evidentemente, que la ansiedad del paciente había disminuido en situaciones reales). Veamos seguidamente, cómo solucionamos los problemas relacionados con el nivel de actividad, los pensamientos negativos y las emociones con ellos asociados y la intervención durante "las crisis".

a) *Nivel de Actividad*. En las primeras sesiones, dado el nivel de actividad relativamente bajo que J. presentaba, comenzamos programando actividades que implicasen dominio y placer (Beck, 1976). Esto fue sencillo, ya que J. siguió este tratamiento sin mayores problemas, y según sus palabras "lo hubiese podido hacer antes, con haber dispuesto de un programa y con alguien que me empujase". Además cada vez confiaba más en el éxito de la terapia, por lo cual su problema influía menos en la libre elección de actividades gratificantes, "algo que antes me parecía negado".

b) *Pensamientos Distorsionados o Negativos*. Consciente ya del sentido de la terapia cognitiva, fundamentalmente la de Beck, J. (a partir de la 12ª sesión), comenzó a combatir los pensamientos negativos. Comprendía que, al menos en parte, sus síntomas se veían favorecidos por sus distorsiones cognoscitivas, de suerte

que comenzamos a utilizar con éxito técnicas cognitivas (principalmente la comprobación de hipótesis) en orden a combatir los síntomas. Los pensamientos negativos versaban, como es común en estos casos, sobre desgracias y catástrofes y se hacían peculiarmente intensos en los momentos en que su ansiedad era mayor y se sentía físicamente en peor estado. Este estado era provocado por situaciones particulares (como el sentirse rechazado, criticado y humillado) y responde a lo que anteriormente hemos denominado crisis. Tales pensamientos eran del tipo de “me voy a morir un día de estos”, “voy a estallar”, “esto es horrible, nunca me lo quitaré de encima”, “no aguento este horrible nudo en el estómago”, y similares.

Hacia la 23ª sesión comenzó a desenvolverse mejor en las situaciones problemáticas, habiendo disminuido su nivel de ansiedad. A este resultado beneficioso ayudó, sin duda, tanto la desensibilización sistemática, la relajación asidua y las técnicas cognitivas de tratamiento. La mayor entereza frente a sus miedos peculiares, unida a la experiencia de que era capaz de controlar sus síntomas en los momentos de crisis, significó para J. un descubrimiento único y sumamente incentiador. El tema de su actuación durante la crisis es el que abordamos seguidamente.

c) *Intervención en las Crisis.* Ya en la 8ª sesión, se le aconsejó a J. que empleara técnicas diversas para afrontar y controlar la intensificación de los síntomas (Vbgr. , desviar la atención de los pensamientos negativos y combatirlos activamente, relajarse con la ayuda del casete, utilizar la visualización de una escena máximamente agradable y tranquilizadora, etc).

A nuestro entender, la desensibilización sistemática resultó fundamental para la solución de este caso clínico. A medida que el proceso progresaba, el paciente comunicaba que no le importaba tanto la crítica de sus colegas y que, cierto día a la salida del instituto, presencié una pelea entre dos hombres. Sintió solamente una leve turbación, que controló inmediatamente con unas inspiraciones profundas y relajándose. Pudo ver el final del altercado sin sentirse ansioso. Ya no experimentaba mucha ansiedad frente al colega que se parecía a su padre, aunque reconocía que le resultaba muy difícil mostrarse asertivo frente a esta persona. Debo decir que, en ese momento, no habíamos recorrido todos los ítems de la jerarquía concerniente a la falta de asertividad. Al tiempo que progresábamos en ésta, fuimos instruyendo a nuestro paciente en el aprendizaje asertivo. Ahora estaba seguro de que podía hacerlo y, por ende, le apremiamos en este sentido, toda vez que le explicábamos algunas técnicas asertivas, como el disco rayado, asertividad negativa, banco de niebla, etc... para hacer frente a algunos comentarios de su colega y para que se negase a las peticiones que le resultasen molestas. Practicamos, a fin de facilitar el camino, el “rol-playing” y le dimos a leer los libros usuales sobre el entrenamiento en aserción.

El tratamiento en asertividad se realizó entre la sesión 30ª y la 45ª, a la par que finalizábamos todas las jerarquías de respuesta de ansiedad. En la entrevista 45, J. afirmó rotundamente sentirse como nunca, que su problema ya no era tal y que tiene los conocimientos psicológicos suficientes para utilizar si se presentase el ca-

so (he de añadir que J. leyó con interés y provecho, varias obras importantes como, como las de Wolpe, Beck, Ellis, etc). Sentía los pies en el suelo y con capacidad para luchar solo. Por ello, fue dado de alta.

A los seis mese fue recibido en consulta a fin de tener el primer contacto de seguimiento y reforzar lo conseguido. J. nos comunicó con euforia que no ha tenido problemas de ansiedad, ni crisis y las relaciones con sus colegas han mejorado muchísimo. Al año de la fecha del alta, tuvimos la entrevista de control y nos dijo nuevamente que se siente muy bien, aunque se observa y practica diariamente la relajación. Al final de esta entrevista, me dijo: "No creí que llegase ésto tan rápido, ni siquiera que llegase en verdad. Por primera vez he hablado con un terapeuta de lo mismo, de mis problemas. Creo que ha sido incluso fácil salir adelante, porque hemos trabajado en base a la realidad. Al principio, tenía mis dudas. Esto es lógico, habiendo sido manipulado como lo fuí por esos obisillos de la mentira". A éstos les llamaba, si bien de un modo irreverente, "los fieles seguidores de los dogmas del psicopapa, el barbado vienés".

Discusión

Como dijimos al principio, las 45 sesiones terapéuticas se efectuaron durante un período de diez meses. Una característica notable del caso fue su progreso uniforme. El programa psicoterapéutico procedió de entrevista a entrevista de un modo regular y predecible, i. e., con cambios comportamentales subsiguientes a la intervención psicológica, de una manera consistente con las expectativas teóricas.

Un punto que me interesaría destacar es la relevancia del diagnóstico. A la vista de la sintomatología que J. presentaba, se le diagnosticó un trastorno por ansiedad generalizada (DSM-III, 1980), ya que semiológicamente cuadraba en los criterios diagnósticos para este trastorno por ansiedad. La sintomatología depresiva vinculada al cuadro de ansiedad, era producida, sin ningún género de duda, por la preocupación del paciente por su salud y por las dificultades que, a causa de su problema, experimentaba dolorosamente. Además de un estado constante de ansiedad -muchas veces sin vínculo ninguno con hechos o situaciones concretos- había respuestas de ansiedad desadaptativa que fueron desensibilizadas pertinentemente y con eficacia. Es de reseñar que sus problemas presentaban una vieja historia.

En lo referente a la eficacia de la terapia empleada, creo que es muy difícil discriminar el peso terapéutico de cada una de las técnicas. Las técnicas fueron elegidas en función de los distintos problemas del paciente y su objetivo era, precisamente, acabar con ellos.

Lazarus y Rachman (1957) opinaron que, si bien el conocimiento del proceso etiológico y la génesis de las neurosis pueden tener un gran valor terapéutico, no obstante, también se consiguen beneficios sin dicha información (Rachman, 1958). Nadie negaría tampoco que descubrimiento de los factores implicados en la apa-

rición de un problema psicológico determinado provee datos valiosos para la prevención. El tema de la profilaxis constituye un capítulo de gran conspicuidad en la Psicopatología. En el caso que hemos presentado se pueden encontrar posibles factores determinantes para la génesis de algunos problemas neuróticos que J. presentaba. Nuestro paciente refirió que, siendo niño, se asustó sobremanera, a la vista de una pelea próxima, temiendo sufrir lesiones o incluso morir en aquellos momentos, para él, trágicos. Este hecho puede relacionarse con su ansiedad frente a gritos y peleas y a ser dañado o lastimado. A lo largo de nuestras conversaciones, se hizo evidente que su antiguo temor a la muerte, estaba asociado con el temor a ser lastimado. Y, efectivamente, aquel desapareció, cuando éste fue neutralizado por desensibilización sistemática. Por otra parte, la severidad del padre de J., constante durante la infancia y juventud de nuestro paciente, podría explicar, en gran medida, su temor a la crítica y rechazo (devaluación personal), a la aserción y, el que experimentase ansiedad frente a personas que, como su progenitor, tenía rasgos muy viriles, vozarrón fuerte y carácter dominante. Este es un claro proceso de generalización. Estos miedos neuróticos fueron tratados eficazmente por desensibilización sistemática, técnica muy valiosa en el tratamiento de respuestas de ansiedad específicas, como las fobias y otras (Wolpe, 1954, 1958, 1969; Rachman, 1959). Estos problemas de nuestro paciente pueden ilustrar, a la vez, los dos modos genéricos, por los cuales se generan y mantienen las respuestas ansiosas. El teórico actual del aprendizaje, considera que, en gran parte, los síntomas neuróticos son pautas de conducta aprendidas (Eysenck, 1959) y, en general, la fuerza de un hábito depende de la magnitud y número de reforzamientos para la respuesta. Puede acaecer un aprendizaje de proceso simple traumático, que es representativo de un caso en condiciones hiper-reforzantes. La noción de aprendizaje de proceso único se halla respaldada por considerable evidencia experimental (Hudson, 1950). De otro lado, como indicaron Solomon, Kamin y Wynne (1953), los hábitos neuróticos pueden condicionarse más lentamente. Según los psicólogos del aprendizaje, estas pautas de conducta desadaptativas no se extinguen con el tiempo, dado que de su realización se colige su propio reforzamiento. No hace falta mucha imaginación para ver involucrados ambos procesos de condicionamiento en las conductas patológicas del caso que hemos presentado.

Descarta dejar sentada mi convicción del gran papel desempeñado por la terapia cognitiva en la solución de este caso clínico, enfatizando a la par la adecuada combinación de diversas técnicas psicológicas para solucionar muchos problemas que se presentan en el campo de la psicopatología. Empero, el caso presentado y las declaraciones del autor no demuestran nada absolutamente sobre este particular, como nada puede decirse a ciencia cierta sobre la relevancia psicoterapéutica de cada técnica en la solución global del trastorno. El caso fue, efectivamente, mucho más complejo de lo que puede deducirse leyendo estas pocas páginas.

Finalmente, debo señalar la gran colaboración y tenacidad que J. demostró a lo largo de todo el curso de terapia.

Bibliografía

- ALARIO, S. ; ALARIO, V. (1982): *La relajación muscular: un ansiolítico natural. Aplicaciones clínicas y cotidianas.* (Manuscrito no publicado)
- BECK, A. (1964): Thinking and depression. Theory and Therapy. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 10, 561-571.
- BECK, A. (1979): *Cognitive Therapy of Depression.* Wiley and sons.
- BECK, A. (1978): *Depression Inventory.* Philadelphia. Center for Cognitive Therapy.
- BECK, A. ; EMERY, G. (1979): *Cognitive Therapy of anxiety and phobic disorders.* Philadelphia. Center for Cognitive Therapy.
- BECK, A. et al. (1979): *Cognitive Therapy of Depression.* The Guilford Press. New York.
- CARO, I. (1985): Diagnóstico y tratamiento de un trastorno de ansiedad generalizada. *Análisis y modificación de conducta*, 11, 23, 325-334.
- DSM-III (1980): *Diagnostic and statistical manual of Mental disorders.* A. P. A.
- ELLIS, A. (1975): *A new guide for rational living.* Wilshire Books.
- ELLIS, A. (1980): *Razón y emoción en psicoterapia.* DDB.
- ELLIS, A. (1981): *Manual de terapia racional emotiva.* DDB.
- EYSENCK, H. J. (1959): Learning Theory and Behavior Therapy. *J. Ment. Sci.* , 105, 61.
- FENSTERHEIM, H. ; BAER, J. (1975): *Don't say yes when you want to say no.* David McCay Company, Inc. , New York.
- HUDSON, B. B. (1950): *Genet. Psychol. Monogr.* , 41, 99.
- LAZARUS, A. A. ; RACHMAN, S. (1957): The use of sistematic desensitization in psychotherapy. *South African Med. J.* , 32, 934-937.
- RACHMAN, S. (1958): Objective psychotherapy: Some theoretical considerations. *South African Med. J.* , 33, 19-21.
- SMITH, M. J. (1980): *When I say no, I feel guilty.* Bantam Books.
- WILLOUGHBY, R. R. (1934): Norms for the Clarke-Thurstone Inventory. *J. Soc. Psychol.* , 5, 91-97.
- WOLPE, J. (1954): Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *A. M. A. Arch. Neurol. Psychia.* , 72, 205-226.
- WOLPE, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford University Press. Stanford, California.
- WOLPE, J. (1969): *The practice of behavior therapy.* Pergamon Press, Inc., . Oxford, England.
- WOLPE, J. ; LANG, P. J. (1969): *Fear Survey Schedule.* Educational and Industrial Testing Service. San Diego, California.