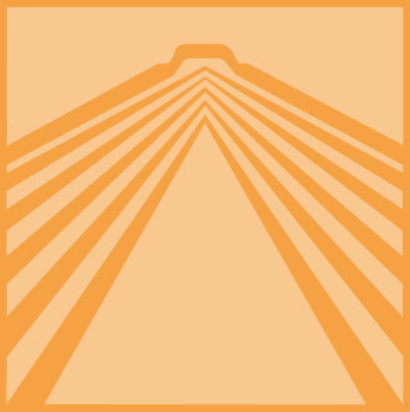
2.ª edición

TERAPIA PSICOLÓGICA

Casos prácticos

José Pedro Espada Sánchez
José Olivares Rodríguez
Francisco Xavier Méndez Carrillo
(Coordinadores)



PSICOLOGÍA PIRÁMIDE

2.ª edición

TERAPIA PSICOLÓGICA

Casos prácticos

Coordinadores

JOSÉ PEDRO ESPADA SÁNCHEZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

JOSÉ OLIVARES RODRÍGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL ÁREA DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ CARRILLO
CATEDRÁTICO DEL ÁREA DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

2.ª edición

TERAPIA PSICOLÓGICA

Casos prácticos

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© José Pedro Espada Sánchez, José Olivares Rodríguez y Francisco Xavier Méndez Carrillo, 2020
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2014
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN: 978-84-368-3175-7

Relación de autores

Arturo Bados
Universidad de Barcelona.

Rafael Ballester Arnal
Universitat Jaume I.

Antonio E. Castaños Monreal
Universidad Miguel Hernández de Elche.

María Isabel Comeche Moreno
Universidad Nacional de Educación a Distancia.

F. Javier Corbalán Berná
Universidad de Murcia.

Marc Coronas
Universidad de Barcelona.

Paz de Corral
Universidad del País Vasco.

Marta Isabel Díaz García
Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Enrique Echeburúa
Universidad del País Vasco.

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández de Elche.

Javier Fernández-Montalvo
Universidad Pública de Navarra.

Rocío Fernández-Velasco
Universidad Complutense de Madrid.

María Xesús Froján Parga
Universidad Autónoma de Madrid.

José Antonio García del Castillo
Universidad Miguel Hernández de Elche.

Luis Joaquín García-López
Universidad Miguel Hernández de Elche.

Aurora Gavino
Universidad de Málaga.

José Luis Graña
Universidad Complutense de Madrid.

Laura Hernangómez
Servicio de Salud Mental de Majadahonda.
Comunidad Autónoma de Madrid.

Gonzalo Hervás
Universidad Complutense de Madrid.

Francisco Javier Labrador
Universidad Complutense de Madrid.

Rosa María Limiñana Gras
Universidad de Murcia.

Luis Llavona Uribelarrea
Universidad Complutense de Madrid.

Daniel Lloret Irles
Universidad Miguel Hernández de Elche.

© Ediciones Pirámide

Iñaki Lorea Conde
Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Francisco Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia.

Rosa Montesinos Espí
Asociación Alicantina de Jugadores Recuperados.

Marina Muñoz-Rivas
Universidad Autónoma de Madrid.

Marta Nieto
Universidad Complutense de Madrid.

José Olivares Rodríguez
Universidad de Murcia.

Mireia Orgilés Amorós
Universidad de Murcia.

Carmen Pastor Gimeno
Centro de Terapia de Conducta. Valencia.

Javier Pérez Pareja
Universitat de les Illes Balears.

José Antonio Piqueras Rodríguez
Universidad de Murcia.

Maite Poveda Huertes
Universidad Miguel Hernández de Elche.

Rosa María Raich i Escursell
Universidad Autónoma de Barcelona.

David Sánchez Carracedo
Universidad Autónoma de Barcelona.

Paola Sandoval
Universidad Complutense de Madrid.

José Javier Santisteban Fernández
Unidad de Conductas Adictivas Área 16.
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Ángeles Sanz Yaque
Centro de Investigación y Terapia de Conducta.
Madrid.

Juan Sevillá Gascó
Centro de Terapia de Conducta. Valencia.

Andrés Sotoca
Universidad Complutense de Madrid.

Beatriz Terrassa Blázquez
Universitat de les Illes Balears.

Miguel Ángel Vallejo Pareja
Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Carlos J. van der Hofstadt Román
Universidad Miguel Hernández de Elche.

Carmelo Vázquez
Universidad Complutense de Madrid.

© Ediciones Pirámide

Índice

Presentación 19

Referencias bibliográficas 21

1. Habilidades del terapeuta *(Aurora Gavino)* 23

1.1. Las habilidades terapéuticas 24
1.1.1. Las variables del paciente 24
1.1.2. Las variables del terapeuta 24
1.2. Requisitos de las habilidades terapéuticas según la fase de la terapia 28
1.2.1. Fase de recogida de información 29
1.2.2. Fase de diagnóstico 34
1.2.3. Fase del tratamiento 36
1.3. Conclusiones y comentarios finales 41
Actividades prácticas 43
Referencias bibliográficas 44

2. Intervención en un caso de fobia a la sangre/inyecciones/heridas *(Arturo Bados y Marc Coronas)* 47

2.1. Descripción general del trastorno 47
2.1.1. Origen y mantenimiento de las fobias específicas 48
2.1.2. Evaluación y tratamiento de las fobias específicas 50
2.2. Presentación del caso clínico 51
2.2.1. Identificación de la paciente 51
2.2.2. Descripción del problema 51
2.2.3. Historia del problema 52
2.2.4. Repercusiones negativas 53
2.2.5. Selección de los instrumentos de evaluación 53
2.2.6. Análisis funcional 54
2.2.7. Aplicación de las técnicas de tratamiento 54
2.2.8. Resultados y discusión 61
Actividades prácticas 63
Referencias bibliográficas 65

© Ediciones Pirámide

3. Tratamiento de un joven con fobia social generalizada *(José Olivares Rodríguez, José A. Piqueras Rodríguez y Luis J. García-López)* 67

3.1. Introducción 67
3.2. Presentación del caso clínico 70
3.2.1. Identificación del paciente 70
3.2.2. Motivos por los que es adscrito al tratamiento 70
3.2.3. Historia del problema 70
3.2.4. Análisis topográfico 71
3.2.5. Análisis funcional 71
3.2.6. Repercusiones negativas 72
3.2.7. Selección de los instrumentos de evaluación 73
3.2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento 75
3.2.9. Resultados 78
3.2.10. Discusión y conclusiones 84
Actividades prácticas 86
Referencias bibliográficas 88

4. Tratamiento psicológico en un caso de trastorno por angustia *(Rafael Ballester Arnal)* 93

4.1. Descripción general del trastorno 93
4.1.1. Caracterización clínica 93
4.1.2. Etiología 95
4.1.3. Epidemiología 96
4.1.4. Tratamientos recomendados (Task Force) 96
4.2. Presentación del caso clínico 97
4.2.1. Identificación del paciente 97
4.2.2. Motivo de la consulta 97
4.2.3. Historia del problema 98
4.2.4. Análisis topográfico 98
4.2.5. Análisis funcional 99
4.2.6. Repercusiones negativas 99
4.2.7. Selección de los instrumentos de evaluación 99
4.2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento 101
4.3. Resultados 108
Actividades prácticas 110
Referencias bibliográficas 111

5. Aplicación del entrenamiento en manejo de ansiedad a un problema de ansiedad generalizada *(María Xesús Froján Parga)* 113

5.1. Trastorno de ansiedad generalizada 113
5.2. Caso clínico 114
Actividades prácticas 132
Referencias bibliográficas 134

6. Tratamiento de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo *(Marina Muñoz-Rivas y José Luis Graña)* 135

6.1. El trastorno obsesivo-compulsivo 135
6.1.1. Caracterización clínica 135

© Ediciones Pirámide

6.1.2. Epidemiología 136
6.1.3. Etiología 136
6.1.4. Evaluación clínica 137
6.1.5. Tratamiento 139
6.2. Caso clínico 139
6.2.1. Identificación del paciente 139
6.2.2. Motivo de consulta 140
6.2.3. Historia y curso del problema 140
6.2.4. Análisis topográfico 141
6.2.5. Otros datos de interés 141
6.2.6. Análisis funcional 142
6.2.7. Formulación clínica 144
6.2.8. Evaluación clínica 145
6.2.9. Objetivos terapéuticos y plan de intervención 147
6.2.10. Curso del tratamiento 147
6.2.11. Resultados de la intervención y seguimiento 153
Actividades prácticas 155
Referencias bibliográficas 156

7. Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima de terrorismo *(Enrique Echeburúa y Paz de Corral)* 159

7.1. Introducción 159
7.2. Trastorno de estrés postraumático y terrorismo 160
7.3. Tratamiento psicológico en víctimas de terrorismo 161
7.3.1. ¿Cuándo es necesario el tratamiento? 161
7.3.2. Enfoques terapéuticos 162
7.3.3. ¿Tratamiento farmacológico? 164
7.4. Caso clínico 164
7.4.1. Características del paciente 164
7.4.2. Motivo de la consulta 165
7.4.3. Factores antecedentes 165
7.4.4. Factores precipitantes 165
7.4.5. Instrumentos de evaluación utilizados 166
7.4.6. Diagnóstico clínico 167
7.4.7. Tratamiento 168
7.4.8. Resultados 172
7.4.9. Conclusiones 174
Actividades prácticas 174
Referencias bibliográficas 176

8. Tratamiento psicológico de un caso de hipocondría *(Carmen Pastor Gimeno y Juan Sevillá Gascó)* 179

8.1. Descripción general del trastorno 179
8.1.1. Teorías sobre la etiología del trastorno 180
8.1.2. Modelos de tratamiento y su eficacia experimental 180
8.1.3. Conclusiones sobre el tratamiento 183

© Ediciones Pirámide

8.2. Presentación de un caso de ansiedad por la salud 183
8.2.1. Identificación de la cliente 183
8.2.2. Motivo de la consulta 183
8.2.3. Historia del problema 184
8.2.4. Análisis topográfico 184
8.2.5. Análisis funcional 187
8.2.6. Hipótesis explicativa 190
8.2.7. Repercusiones negativas 190
8.2.8. Selección de los instrumentos de evaluación 190
8.2.9. Tratamiento 192
8.2.10. Resultados y seguimiento 196
Actividades prácticas 198
Referencias bibliográficas 198

9. Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor *(Carmelo Vázquez, Marta Nieto, Laura Hernangómez y Gonzalo Hervás)* 201

9.1. Aspectos clínicos y epidemiológicos de la depresión 201
9.1.1. Manejo clínico 201
9.1.2. Efectividad y eficacia terapéutica 205
9.2. Caso clínico 207
9.2.1. Datos biográficos 208
9.2.2. Motivo de consulta y exploración inicial 208
9.2.3. Evaluación inicial del problema 209
9.2.4. Historia del problema 210
9.2.5. Diagnóstico 210
9.2.6. Otras áreas de interés clínico 210
9.2.7. Análisis funcional 212
9.2.8. Objetivos terapéuticos 213
9.2.9. Programa de tratamiento 213
9.2.10. Resultados 222
Actividades prácticas 223
Referencias bibliográficas 227

10. Intervención en un caso de duelo y adaptación a la pérdida *(Rosa María Limiñana Gras y F. Javier Corbalán Berná)* 233

10.1. Concepto de duelo 233
10.2. El trabajo de duelo 234
10.3. Diagnóstico y tratamiento 236
10.4. Caso clínico 237
10.4.1. Sujeto 237
10.4.2. Motivo de consulta 237
10.4.3. Historia de la pérdida o perfil de duelo 237
10.4.4. Evaluación inicial 239
10.4.5. Análisis funcional 243
10.4.6. Tratamiento: objetivos y planificación 245
10.4.7. Tratamiento: procedimientos y técnicas de intervención 246
10.4.8. Resultados y conclusiones 247
Actividades prácticas 248
Referencias bibliográficas 248

© Ediciones Pirámide

11. Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con trastorno bipolar *(Juan Sevillá Gascó)* 251

11.1. Introducción 251
11.1.1. Psicopatología y aspectos clínicos del trastorno bipolar 251
11.1.2. Tratamiento farmacológico 252
11.1.3. Tratamiento psicológico 253
11.2. Caso clínico 254
11.2.1. Descripción del cliente 254
11.2.2. Evaluación 254
11.2.3. Tratamiento 257
11.2.4. Resultados y seguimiento 263
Actividades prácticas 265
Referencias bibliográficas 265
Apéndice 266

12. Intervención psicológica en un caso de esquizofrenia *(Javier Pérez Pareja y Beatriz Terrassa Blázquez)* 269

12.1. Introducción 269
12.2. Caso clínico 272
12.2.1. Identificación del paciente 272
12.2.2. Motivo de consulta 272
12.2.3. Historia del problema 273
12.2.4. Evaluación 275
12.2.5. Intervención 281
12.2.6. Resultados 292
Actividades prácticas 294
Referencias bibliográficas 297

13. Trastorno delirante (tipo persecutorio) *(Marta Nieto y Andrés Sotoca)* ... 299

13.1. Datos clínicos y epidemiología 299
13.1.1. Caracterización conceptual y clínica del trastorno delirante 299
13.1.2. Datos epidemiológicos 300
13.1.3. Etiología y modelos explicativos 301
13.1.4. Evaluación 303
13.1.5. Eficacia terapéutica 303
13.2. Presentación del caso clínico 304
13.2.1. Identificación de la paciente 305
13.2.2. Motivo de consulta y exploración inicial 305
13.2.3. Evaluación especial 306
13.2.4. Historia del problema 308
13.2.5. Formulación clínica del caso y modelo explicativo 309
13.2.6. Intervención 312
13.2.7. Fin de la terapia y sesiones de seguimiento 322
Actividades prácticas 323
Referencias bibliográficas 324

© Ediciones Pirámide

14. Intervención psicológica en un caso de fibromialgia *(María Isabel Comeche Moreno, Marta Isabel Díaz García y Miguel Ángel Vallejo Pareja)* 329

14.1. Descripción general del trastorno 329
14.1.1. ¿Qué es el síndrome de fibromialgia? 329
14.1.2. Mecanismos etiológicos y de mantenimiento de carácter biológico 330
14.1.3. El enfoque biopsicosocial de la fibromialgia 330
14.1.4. Evaluación y tratamiento de la fibromialgia desde la perspectiva cognitivo-conductual 331
14.2. Presentación del caso 333
14.2.1. Identificación de la paciente 333
14.2.2. Motivo de la consulta 334
14.2.3. Historia del problema 335
14.2.4. Evaluación 335
14.2.4.1. Instrumentos de evaluación 336
14.2.4.2. Análisis topográfico 337
14.2.4.3. Análisis funcional 338
14.2.4.4. Análisis de las repercusiones negativas, expectativas y motivación para el tratamiento 339
14.2.5. Tratamiento 340
14.2.5.1. Objetivos terapéuticos 340
14.2.5.2. Desarrollo de las sesiones terapéuticas 340
14.2.5.3. Conocimiento de la enfermedad y factores implicados. 340
14.2.5.4. La tensión muscular 341
14.2.5.5. Actividades diarias 342
14.2.5.6. Control emocional 344
14.2.5.7. Pensamientos negativos y preocupaciones sobre la enfermedad 345
14.2.5.8. Los problemas de sueño 346
14.2.5.9. Solución de problemas 348
14.2.5.10. Práctica de las estrategias y generalización de los resultados 349
14.2.6. Resultados 351
Actividades prácticas 354
Anexo 14.1. FIQ 358
Anexo 14.2. Lista personal de problemas 359
Referencias bibliográficas 360

15. Tratamiento psicológico de un caso de insomnio crónico *(Rosa María Raich i Escursell y David Sánchez Carracedo)* 361

15.1. Descripción general del problema 361
15.2. Presentación del caso clínico 364
15.2.1. Identificación del paciente 364
15.2.2. Motivo de la consulta 364
15.2.3. Historia del problema 364
15.2.4. Evaluación 364
15.2.5. Análisis topográfico 369
15.2.6. Análisis funcional 371
15.2.7. Tratamiento 371

© Ediciones Pirámide

15.2.8. Técnicas de tratamiento utilizadas 373
15.2.9. Resultados 374
Actividades prácticas 375
Referencias bibliográficas 376

16. Tratamiento de problemas conyugales combinados *(Luis Llavona Uribelarrea)* 379

16.1. Los problemas de la relación de pareja 379
16.2. Tratamiento de un caso de problemas conyugales combinados 380
16.2.1. Sujetos 380
16.2.2. Procedimiento 380
16.2.3. Fase I: Atención a un problema de supuesta obsesión sexual 381
16.2.3.1. Evaluación 381
16.2.3.2. Tratamiento 384
16.2.3.3. Resultados 389
16.2.4. Fase II: Atención a la crisis conyugal 390
16.2.4.1. Información al cliente del procedimiento de intervención 390
16.2.4.2. Captación del otro miembro de la pareja 390
16.2.4.3. Evaluación 391
16.2.4.4. Tratamiento 397
16.2.5. Resultados 405
Actividades prácticas 406
Referencias bibliográficas 407

17. Tratamiento de un caso de estrés postraumático asociado con un problema de pareja *(Francisco Javier Labrador, Rocío Fernández-Velasco y Paola Sandoval)* 409

17.1. Descripción general del trastorno 409
17.1.1. El tratamiento del TEPT 411
17.1.2. El tratamiento del problema de pareja 413
17.2. Presentación del caso 413
17.2.1. Sujetos 413
17.2.2. Historia del problema 414
17.2.3. Evaluación 415
17.2.3.1. Instrumentos 415
17.2.4. Hipótesis explicativas 417
17.2.5. Tratamiento 422
17.2.5.1. Objetivos de tratamiento y programa de intervención 422
17.2.5.2. Desarrollo de las sesiones 422
17.2.6. Resultados de la intervención 427
17.2.7. Discusión 429
Actividades prácticas 431
Referencias bibliográficas 432

18. Tratamiento psicológico en un caso de vaginismo *(Ángeles Sanz Yaque)* 433

18.1. Descripción general del trastorno de vaginismo 433
18.1.1. Vaginismo y dispareunia 434

© Ediciones Pirámide

18.1.2. El vaginismo como una fobia específica 434
18.1.3. Epidemiología 435
18.2. Presentación del caso clínico 435
18.2.1. Motivo de consulta 435
18.2.2. Historia del problema 436
18.2.3. Análisis topográfico 438
18.2.4. Análisis funcional del caso 441
18.2.5. Fase de evaluación 443
18.2.6. Fase de tratamiento 447
Actividades prácticas 462
Referencias bibliográficas 462
Apéndice 18.1 463

19. Tratamiento psicológico de un caso de disfunción orgásmica femenina *(José Pedro Espada Sánchez, Carlos J. van der Hofstadt, Francisco Xavier Méndez Carrillo y Mireia Orgilés Amorós)* 465

19.1. Introducción 465
19.1.1. Psicopatología de la disfunción orgásmica femenina 465
19.1.2. Epidemiología 466
19.1.3. Hipótesis explicativas 466
19.1.4. Aspectos clínicos 467
19.2. Presentación de un caso clínico 467
19.2.1. Sujeto 467
19.2.2. Historia del problema 468
19.2.3. Evaluación 468
19.2.3.1. Análisis topográfico 471
19.2.3.2. Análisis funcional 471
19.2.4. Tratamiento 471
19.2.5. Resultados del tratamiento y conclusiones 477
Actividades prácticas 479
Referencias bibliográficas 480
Apéndice 19.1 481
Apéndice 19.2 482

20. Tabaquismo: descripción de un caso clínico *(José Antonio García del Castillo, Maite Poveda Huertes y Daniel Lloret Irles)* 483

20.1. Introducción 483
20.2. Presentación del caso clínico 486
20.2.1. Identificación del paciente y motivo de consulta 486
20.2.2. Historia del problema 486
20.2.3. Análisis topográfico 486
20.2.4. Análisis funcional 486
20.2.5. Expectativas sobre el tratamiento 487
20.2.6. Instrumentos de evaluación empleados 487
20.2.7. Aplicación de las técnicas de tratamiento 490
20.2.8. Resultados del tratamiento 499
Actividades prácticas 500
Referencias bibliográficas 501

© Ediciones Pirámide

Apéndice 20.1 502
Apéndice 20.2 508
Apéndice 20.3 509
Apéndice 20.4 510
Apéndice 20.5 511

21. Tratamiento psicológico en un caso de alcoholismo *(Javier Fernández-Montalvo e Iñaki Lorea Conde)* 513

21.1. Descripción general del trastorno 513
21.1.1. Características básicas del alcoholismo 513
21.1.2. Evaluación clínica del alcoholismo 513
21.1.3. Tratamiento del alcoholismo 515
21.2. Caso clínico de alcoholismo 517
21.2.1. Identificación del paciente 517
21.2.2. Motivo de consulta 517
21.2.3. Historia del problema 518
21.2.4. Repercusiones negativas 518
21.2.5. Evaluación clínica del caso 519
21.2.6. Hipótesis explicativa y motivación para el tratamiento 521
21.2.7. Tratamiento 522
21.2.8. Resultados 527
21.2.9. Comentarios al tratamiento 527
Actividades prácticas 530
Referencias bibliográficas 530

22. Tratamiento psicológico de la adicción a la cocaína *(José Javier Santisteban Fernández, Daniel Lloret Irles y José Antonio García del Castillo)* 533

22.1. Descripción general del trastorno 533
22.1.1. Introducción 533
22.1.2. Epidemiología 534
22.1.3. Etiología 535
22.1.4. Caracterización clínica 536
22.2. Presentación del caso clínico 539
22.2.1. Motivo de la consulta 539
22.2.2. Descripción del paciente 539
22.2.3. Historia toxicológica 540
22.2.4. Análisis funcional 542
22.2.5. Repercusiones negativas 543
22.2.6. Estado de salud 544
22.2.7. Instrumentos de evaluación empleados 544
22.2.8. Diagnóstico 545
22.2.9. Tratamiento 546
Actividades prácticas 560
Referencias bibliográficas 561

© Ediciones Pirámide

23. Juego patológico. Un caso clínico *(Antonio E. Castaños Monreal y Rosa Montesinos Espí)* 563

23.1. Descripción general del trastorno 563
23.1.1. Características básicas del juego patológico 563
23.1.2. Características clínicas del jugador patológico 563
23.1.3. Variables predisponentes 564
23.1.4. Evaluación para la intervención clínica 565
23.1.5. Tratamiento 565
23.2. Presentación del caso clínico 566
23.2.1. Identificación del paciente 566
23.2.2. Motivo de la consulta 566
23.2.3. Historia del problema 567
23.2.4. Evaluación clínica 567
23.2.5. Resultados de la evaluación 570
23.2.6. Repercusiones negativas y motivación al cambio 571
23.2.7. Análisis funcional de las variables que mantenían el problema ... 572
23.2.8. Tratamiento 574
Actividades prácticas 580
Referencias bibliográficas 581
Apéndice 23.1 582

© Ediciones Pirámide

Presentación

En 1988 Ediciones Pirámide publicó por primera vez el libro *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: Estudio de casos*, en el que se describía la intervención llevada a cabo con dieciséis adultos que presentaban una amplia muestra de problemas. Desde entonces el tratamiento psicológico ha avanzado notablemente, por lo que la formación y la práctica terapéuticas actuales no son las mismas que las de finales de los ochenta. ¿Cómo ha progresado la psicología, en general, y el tratamiento psicológico, en particular?

En primer lugar, el *conocimiento* ha aumentado sustancialmente. En ciertos trastornos se tiene la impresión de haber dado con la clave terapéutica. Así, se puede afirmar que el principio activo del tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad es la interacción con los estímulos generadores de ansiedad. El terapeuta manipula variables de la interacción como duración (breve o prolongada), intensidad (baja o alta) o presentación (en imaginación, en audiovisual o en vivo). Puesto que la ansiedad excesiva se experimenta negativamente, con preocupación y malestar, la persona tiende a evitar la interacción con los estímulos ansiógenos. Por esta razón, el tratamiento incorpora ayudas para promover la interacción, tanto externas, como instigación verbal, guía física, demostración de modelos, retroalimentación, reforzamiento positivo, etc., como internas, como relajación, respiración, imaginación, autoinstrucción, reestructuración cognitiva, etc.

Para tratar los trastornos de ansiedad en terapia de conducta se postulan diferentes explicaciones: neoconductismo mediacional, análisis aplicado de la conducta, teoría del aprendizaje social, enfoque cognitivo; diferentes procesos: condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje social, aprendizaje cognitivo; diferentes mecanismos: inhibición recíproca, manejo de contingencias, extinción vicaria, control encubierto de respuestas manifiestas, y diferentes procedimientos: exposición, aproximación, imitación, afrontamiento. Pero en definitiva la intervención terapéutica consiste en la interacción con los estímulos ansiógenos. Recurriendo al símil farmacológico, el genérico interacción se comercializa como desensibilización sistemática (laboratorios «wolpianos»), aproximaciones sucesivas (laboratorios «skinnerianos»), modelado (laboratorios «bandurianos»), autoinstrucciones (laboratorios «meichenbaumianos»), etc. Con otras palabras, el denominador común de las técnicas de reducción de la ansiedad que han probado ser eficaces es la interacción con los estímulos ansiógenos.

En segundo lugar, el *apoyo empírico* ha crecido significativamente. Los ensayos controlados, incluyendo ensayos clínicos, para valorar el tratamiento psicológico se han incrementado. En este campo es encomiable la labor iniciada por la División 12 de la American Psychological Association, correspondiente a psicología clínica, que encargó a una comisión de expertos, presidida por

© Ediciones Pirámide

Dianne L. Chambless, un estudio sobre promoción y difusión de procedimientos psicológicos (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). En nuestro país Pirámide ha editado en tres volúmenes una guía de tratamientos psicológicos eficaces que es una referencia fundamental para los terapeutas (Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo, 2003).

Con respecto a este tema conviene aclarar una cuestión. Los requisitos establecidos por la Task Force constituyen un acuerdo de mínimos, es decir, para considerar eficaz un tratamiento bastan dos estudios bien efectuados, con diseños experimentales de comparación de grupos, llevados a cabo por investigadores o equipos de investigación independientes, que prueben que el tratamiento es superior a un tratamiento alternativo (farmacológico, psicológico, placebo) o equivalente a otro tratamiento bien establecido. Este criterio diferencia los tratamientos que están bien establecidos de los que no lo están, pero no permite distinguir entre tratamientos eficaces. Unos padres consultan a dos prestigiosos endocrinólogos debido a la corta estatura de su hijo. El endocrinólogo A recomienda el jarabe A y el endocrinólogo B prescribe el jarabe B, aduciendo idéntica razón, esto es, el tratamiento ha probado su eficacia en varios ensayos clínicos. Si el precio es parecido y no existe riesgo de efectos adversos en ningún caso, ¿qué jarabe administrar? Para los padres la decisión sería más fácil si se les informara de que, aunque ambos jarabes son eficaces para el crecimiento infantil, con el A se han realizado dos únicos ensayos clínicos con 120 pacientes pediátricos, mientras que con el B se han efectuado veinte ensayos clínicos en los que han participado 1.200 pacientes pediátricos. También les habría resultado muy útil conocer que con el jarabe A el aumento de talla medio es 5 cm, mientras que con el jarabe B es 10 cm.

Para valorar favorablemente la eficacia del tratamiento es necesario disponer de un grado mínimo de evidencia, pero no es suficiente. Los criterios de la Task Force son un impulso, no un freno, a la investigación terapéutica. Se cometería un error si una vez obtenidos resultados positivos en dos ensayos controlados cesaran los estudios sobre el tratamiento aplicado a un trastorno. El conocimiento científico es más sólido cuanto mayor sea la acumulación de datos, si bien la replicación de un experimento no tiene por qué ser literal, sino que puede ser constructiva, variando las características de la muestra, el entrenamiento de los terapeutas, el formato de la intervención, etc. Por otro lado conviene que las revisiones cualitativas sobre la eficacia del tratamiento, según los criterios de la Task Force o el juicio de terapeutas expertos, se complementen con revisiones cuantitativas que no sólo comprueben que el tratamiento produce una mejoría estadísticamente significativa, sino que además cuantifiquen la magnitud de la mejora lograda. En este sentido, técnicas estadísticas como el metaanálisis contribuyen a que el tratamiento psicológico se base en la evidencia.

En tercer lugar, la *formación* ha mejorado ostensiblemente. La psicología es una ciencia y una profesión en expansión. En respuesta a las demandas formativas han proliferado los centros, universitarios y no universitarios, públicos y privados, dedicados a formar futuros terapeutas y a poner al día a profesionales en ejercicio. Los coordinadores de este libro reflejan esta evolución. Son profesores de tratamiento psicológico, dos en la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, donde ya se han celebrado las bodas de plata de los estudios de psicología y se ha graduado la vigésimo quinta promoción, y uno en la Universidad Miguel Hernández de Elche, donde acaba de licenciarse la primera promoción.

Una de las carencias más acusadas de los antiguos planes de estudio universitarios era la ausencia de prácticas. La renovación de las enseñanzas regladas ha introducido créditos prácticos en las materias más la asignatura troncal Prácticum. Del mismo modo los cursos de posgrado, máster, especialista, experto, etc., suelen ofertar una amplia gama de prácticas profesionales.

En cuarto lugar, el *reconocimiento social* se ha ampliado considerablemente. Dos décadas atrás mucha gente ignoraba el papel del psicólogo. Hoy,

© Ediciones Pirámide

aunque algunas personas continúan desconociendo sus funciones, la opinión pública posee una idea del psicólogo y de las tareas para las que le considera el profesional de referencia, por ejemplo el apoyo en acontecimientos vitales negativos: víctimas de atentados terroristas, accidentes con elevada mortandad, catástrofes naturales, etc.

En el ámbito profesional la catalogación de la psicología clínica como especialidad sanitaria, a pesar de que la medida no ha estado exenta de polémica, supone un importante espaldarazo legal y la equiparación de estatus con otros profesionales del sistema público de salud.

La situación en su conjunto es más positiva que a finales de la década de los ochenta. No obstante, continúan pendientes interrogantes sobre el tratamiento psicológico. ¿Cómo mejorar la intervención en trastornos con pobres resultados, por ejemplo la anorexia nerviosa? ¿Por qué determinadas personas no se benefician de un tratamiento eficaz, por ejemplo la terapia cognitivo-conductual para la depresión? En resumen, siguen flotando en el aire las preguntas planteadas por Paul (1967): ¿qué tratamiento psicológico, aplicado por quién, a qué paciente, con qué trastorno, en qué circunstancias, es más eficaz?

Si se compara el presente libro de casos con el anterior de Macià y Méndez (1988), reeditado en sucesivas ocasiones, se aprecian varias diferencias fruto de los cambios operados: mayor número de casos, tratamiento de casos clínicos sobre los que la información es escasa, como el trastorno bipolar o la hipocondría, presentación de casos novedosos, como estrés postraumático por secuestro terrorista o fibromialgia, actividades prácticas basadas en los casos expuestos, guía de habilidades terapéuticas, etc. Todas estas novedades se aportan con el objetivo de que el libro sirva de texto de prácticas para estudiantes de psicología y de obra de consulta para la actualización de terapeutas.

Para finalizar queremos manifestar nuestra gratitud a los autores, terapeutas con experiencia clínica y docente, que han hecho un hueco en sus sobrecargadas agendas de trabajo posibilitando con su esfuerzo la edición del libro en breve tiempo. A todos ellos, gracias por su comprensión y amabilidad.

LOS COORDINADORES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Macià, D. y Méndez, F. X. (Eds.) (1988). *Aplicaciones clínicas de la evalución y modificación de conducta: Estudio de casos.* Madrid: Pirámide.

Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31,* 109-118.

Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo, I. (Eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (3 vols.). Madrid: Pirámide.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist, 48,* 3-23.

© Ediciones Pirámide

1 Habilidades del terapeuta

AURORA GAVINO

Cuando finalicé los estudios universitarios de psicología, tuve la oportunidad de formarme como terapeuta en una unidad de terapia conductual perteneciente a un hospital de día, al que acudían pacientes de consulta externa. Pacientes que pasaban el día allí realizando diferentes talleres y pacientes que estaban internos en un centro hospitalario y acudían para sus sesiones de tratamiento conductual.

Mis primeros contactos con pacientes fueron como coterapeuta. Me sentaba al lado del terapeuta y observaba cómo intervenía. Posteriormente, una vez finalizada la sesión, y sin el paciente delante, le formulaba las preguntas que me habían surgido y las dudas que tenía. En ese marco ocurrió en una ocasión una situación que nunca he olvidado y que me marcó en el trato con los pacientes. La terapeuta estaba escribiendo, en el informe del paciente que se acababa de ir, sus notas sobre la sesión realizada. Unos golpes en la puerta indicaron que la siguiente persona que consultaba pedía permiso para entrar.

—Adelante —dijo la terapeuta, con volumen suficientemente alto para que se oyera a través de la puerta, mientras seguía escribiendo.

En ese momento vi que entraba una mujer de unos cuarenta y tantos años, delgada, replegada en sí misma, con la mirada fija en el suelo.

—Siéntese, por favor —dijo la terapeuta todavía escribiendo y sin mirar a la paciente.

La mujer, obediente, se sentó en la silla confidente, justo en el borde y con el bolso fuertemente sujeto con las dos manos y apoyado en sus piernas. La mirada seguía fija hacia abajo.

En ese momento, la terapeuta cerró la carpeta, apoyó los brazos en la mesa y sonriendo miró a la mujer al tiempo que le decía con un tono de voz seguro y firme:

—Bueno, dígame, ¿qué le ocurre?

La mujer nos miró a la una y a la otra durante unos segundos. En su rostro se reflejó el pánico y el desconcierto. Se puso de pie sin decir nada y sin levantar la mirada del suelo salió corriendo del despacho. La terapeuta, perpleja, me miró y me dijo:

—¿Qué ha pasado?

La única cosa que se me ocurrió contestar, muy acorde con los años de estudiante, fue:

—No lo sé. Yo no he hecho nada.

Bien, esta breve introducción anecdótica sirve para el planteamiento que me gustaría que tuviera este capítulo. A saber, que las habilidades terapéuticas empiezan desde que el paciente está en la otra parte de la puerta.

Posiblemente, si la terapeuta en cuestión hubiera estado atenta a la mujer que entraba, habría visto que estaba asustada, que le costaba mirar y que posiblemente se estaba arrepintiendo ya de haber ido a la consulta. Seguro que sus observaciones le habrían llevado a una intervención acorde con la persona que tenía delante.

Quizá antes de conducir al lector en la inmersión de las habilidades que todo terapeuta debería incluir en su repertorio, sería necesario comentar el papel de éstas en la intervención terapéutica. ¿Qué sabemos y qué podemos afirmar respecto a su influencia en el «buen hacer»

© Ediciones Pirámide

del terapeuta? ¿Son necesarias? ¿También suficientes?

1.1. LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS

Decir que las habilidades terapéuticas desempeñan un papel importante en el proceso terapéutico no es noticia hoy en día. Esas habilidades están encaminadas a conseguir una relación con el paciente que permita ayudar a éste a conseguir las metas del tratamiento. Su importancia es innegable visto el volumen de investigaciones que se han realizado al respecto.

En efecto, prácticamente todos los clínicos, de todas las corrientes, admiten que la interacción terapeuta-paciente es relevante para el tratamiento. Posiblemente el interés mayor de todos estos estudios ha sido, y es, saber si se deben a ella los buenos resultados de un tratamiento.

Se ha estudiado el papel de las variables del paciente y el de las variables del terapeuta, siempre con el fin de saber si influyen de manera relevante en la susodicha interacción y, por tanto, en conseguir los tan deseados resultados. Por supuesto, la carga de responsabilidad en este objetivo recae en el terapeuta en la mayoría de los estudios, ya que se supone que éste es el que tiene que adaptarse al paciente, y el que ha de buscar la manera de interaccionar más satisfactoria y beneficiosa para la terapia.

Sin embargo, algunos autores discrepan en este sentido. *Que consiga buenos resultados* no significa que el terapeuta es el participante único que debe asumir los resultados finales.

1.1.1. Las variables del paciente

Bergin y Lambert (1978) se inclinan por atribuir a las variables del paciente la responsabilidad del éxito terapéutico. Variables son aquí la edad, el trastorno que padece, el grado de perturbación que sufre, sus expectativas de cambio, su nivel cultural, entre otras. Y una variable relevante en esta misión es la percepción que el paciente tiene sobre el terapeuta (Strong, 1978; Orlinsky y Howard, 1980).

De hecho, algunos autores (Gomes-Schwartz, 1978) consideran que los buenos resultados en la terapia están relacionados con la implicación del paciente en el tratamiento. Y ello significa, entre otras cosas, su deseo de comunicarse, la confianza que tiene con el terapeuta y la aceptación de su responsabilidad en la terapia. De hecho, aceptar la responsabilidad en la búsqueda de soluciones por parte del paciente parece ser una condición necesaria para el éxito terapéutico (véase Gavino, 1991, 2004).

No obstante, hay que reconocer que hasta estos mismos autores admiten que el terapeuta tiene algo que aportar incluso para conseguir esa implicación del paciente en el tratamiento. Y *ese algo* es significativamente importante.

1.1.2. Las variables del terapeuta

Las investigaciones respecto al papel del terapeuta también han sido, y son, numerosas, con las consiguientes polémicas.

Son por todos conocidas las variables propuestas por Rogers (1957) como características del terapeuta «necesarias y suficientes» para realizar una terapia eficaz: *empatía*, *visión positiva*, *calidez no posesiva* y *autenticidad o coherencia*. Actualmente hay consenso en la mayoría de las corrientes terapéuticas en aceptar que estas variables son necesarias, aunque es más polémica la aceptación de que son suficientes[1]. En realidad toda la polémica se ha centrado en aceptar o no el papel de las variables del terapeuta como las responsables de los resultados terapéuticos. Así, las revisiones de Beutler, Machado y Meufeldt (1994) apoyan el

[1] Sin embargo, algunos autores tienden a considerarlas como los factores comunes que favorecen el cambio en cualquier tipo de terapia y, por tanto, como variables pertenecientes no al terapeuta, sino a la propia terapia. De hecho, en estos casos, la terapia es (fundamentalmente) la propia relación terapéutica. Otros autores, por el contrario, las consideran como variables pertenecientes a la relación terapéutica, o a lo que actualmente muchos denominan «alianza terapéutica».

© Ediciones Pirámide

planteamiento de que dichas variables son las responsables del éxito en terapia. Según los datos de dichas revisiones, los autores concluyen que, de acuerdo con los análisis estadísticos, los resultados terapéuticos tienen más que ver con la actuación del clínico que aplica la terapia que con el tipo de tratamiento que utiliza. Por otra parte, estos autores encuentran que, en todas las corrientes hasta ahora investigadas, algunos terapeutas producen sistemáticamente mejores resultados que otros de la misma corriente. Lo contrario también ocurre, es decir, que algunos terapeutas sistemáticamente generan efectos negativos. Esto último lo encuentran también en sus investigaciones otros autores como Laferty, Beutler y Crago (1989) y Orlinsky y Howard (1980).

Las investigaciones que se han realizado a este respecto han comprendido tanto variables de actuación o comunicación como variables personales como la edad y el sexo del terapeuta.

Las conclusiones son pocas, contradictorias y dan poca información útil. Por ejemplo, algunos autores informan que las actitudes y los valores del terapeuta influyen en el tratamiento (Vervaeke y Emmelkamp, 1998; Frank y Frank, 1991), si bien no consiguen precisarlos con exactitud.

Quizá más interesantes son los datos que se han encontrado en las investigaciones sobre la edad y la experiencia del terapeuta. Ya en 1975 Sloane y colaboradores encontraron que la experiencia del terapeuta influye en el cambio, al margen del método terapéutico utilizado. Sin embargo, estos resultados no se han encontrado posteriormente de manera sistemática. Más bien al contrario. Las conclusiones de la mayoría de las investigaciones señalan que no existe relación entre experiencia del terapeuta y resultados terapéuticos. Así como entre edad y resultados conseguidos (Sexton y Whiston, 1991).

Algunas investigaciones han encontrado evidencia de que la semejanza de edad entre terapeuta y paciente favorece, en bastantes casos, la eficacia de la terapia (Beck, 1988; Dembo, Ikle y Ciarlo, 1983; Luborsky et al., 1980). No obstante, otros autores han aportado abundantes datos que señalan resultados eficaces con terapeutas y pacientes de diferentes edades (Beutler et al., 1987; Thompson y Gallagher, 1984; Weisz, Weiss, Alicke y Klotz, 1987).

Siguiendo el hilo de las investigaciones sobre la experiencia del terapeuta, se encuentra que las investigaciones han mostrado que si bien los terapeutas no se diferencian en sus resultados por la edad ni por la experiencia, sí que se diferencian por el número de pacientes que mejoran. A saber, los terapeutas de más edad no mejoran más al paciente que los de menos edad y experiencia, pero sí que mejoran a más pacientes (Mallinchrodt y Nelson, 1991).

Estos datos han planteado la posibilidad de que no sea exactamente la experiencia la que consigue tales resultados, sino las habilidades que ha ido aprendiendo el terapeuta a lo largo de sus años de trabajo clínico. Se empieza a cuestionar la necesidad de un entrenamiento, al menos general, en habilidades y estrategias a los terapeutas que empiezan para mejorar sus intervenciones. Sin embargo, cuando se investiga sobre el entrenamiento, tampoco se especifica qué tipo de entrenamiento ni qué habilidades terapéuticas están incluidas (Gavino, 2004).

Ante esta situación, algunos autores comienzan a centrar la atención en el entrenamiento específico. Así pues, el punto de mira en los años noventa y primeros de este siglo se ha centrado en el tipo de habilidades terapéuticas que permiten que el tratamiento tenga lugar, mejoran el proceso terapéutico y, consecuentemente, sus resultados.

No obstante, aquí también se mantiene la polémica sobre si su efecto en los resultados terapéuticos es suficiente, o necesario pero no suficiente. Posiblemente la confusión venga del deseo de demostrar qué variables, diferentes de las técnicas terapéuticas, son responsables de los resultados terapéuticos y por tanto «todas las terapias valen». Sin embargo, cuando se deja de lado este tipo de planteamiento, que, por otra parte, no deja de tener un interés que va más allá de las variables estudiadas y tiene que ver más con el deseo de validar las terapias que de valorar estas variables, las cosas cambian. Efectivamente, parece que recibe mayor consenso el valor de las varia-

© Ediciones Pirámide

bles del paciente, del terapeuta y, por supuesto, de la relación entre ambos, cuando se enfoca desde la perspectiva del seguimiento del tratamiento, es decir, de que el paciente no abandone, o siga de buen grado las instrucciones del terapeuta. O también relacionándolas, no tanto con el grado de mejoría en un paciente como con la frecuencia de pacientes mejorados.

Que el tratamiento pueda tener lugar quiere decir que el paciente no abandone y participe en él de manera activa y productiva.

Por supuesto, no todo recae en el «buen hacer» del terapeuta. Las características del paciente y del problema[2] que trae a consulta desempeñan un papel significativo (Gavino, 2004). Sin embargo, las investigaciones han cargado sus tintas principalmente en el terapeuta. De todas formas, hay que reconocer que ambos son protagonistas y lo que hace uno repercute en el otro, como se verá a continuación.

Desde esta perspectiva se ha encontrado que la habilidad de comunicación del terapeuta, su estilo cognitivo y el nivel conceptual empleado durante la terapia tienen un papel relevante en la *marcha de la terapia,* aunque *no siempre en sus resultados*[3].

Y aquí viene a colación de nuevo el papel del paciente, sus características personales y ambientales, ya que éstas influirán de manera notable en la relación con el terapeuta. De hecho, parece que la percepción que tiene el paciente sobre el valor del terapeuta es diferente de la que tiene éste. Ejemplos ya clásico son los estudios de Sloane et al. (1975) y de Murphy, Cramer y Lille (1984).

En el estudio de Sloane y colaboradores los pacientes estudiados pertenecían a dos grupos: un grupo había seguido psicoterapia de orientación psicodinámica, y otro, terapia conductual. Ambos grupos coincidían en atribuir la mejoría experimentada a los ítems siguientes y por este orden:

1. La personalidad de su terapeuta.
2. Su capacidad para escuchar su problema.
3. Animarlo gradualmente a practicar aquello que le molestaba.
4. Ser capaz de hablar de forma que se le entienda.
5. Ayudarle a comprenderse a sí mismo.

Por su parte, Murphy, Cramer y Lille encontraron que los factores a los que los pacientes atribuyen el cambio terapéutico, en un tratamiento con terapia cognitivo-conductual, son:

— Consejos recibidos (79 por 100 de los pacientes tratados).
— Hablar con alguien que se interesa por tus problemas (75 por 100).
— Dar ánimos y ayudar a autoafirmarse (67 por 100).
— Hablar con alguien que te comprende (58 por 100).
— Devolver la esperanza (58 por 100).

Más recientemente, Ackerman y Hilsenroth[4] (2003) han realizado una revisión sobre las características del terapeuta que favorecen la alianza terapéutica[5]. La revisión comprende las publicaciones realizadas entre los años 1988 y 2000.

La mayoría de los estudios revisados señalan como características principales las siguientes:

[2] No es tema de este capítulo comentar la importancia de los problemas y trastornos psicológicos, por lo que nos centraremos exclusivamente en las habilidades terapéuticas y en variables que influyen en ellas, tanto del paciente como del terapeuta.

[3] Véase Beutler, Machado y Meufeldt (1994).

[4] El lector puede leer un extracto del artículo en castellano, en el que se resumen los datos más importantes contenidos en él, en la página web «puesta al día», dirigida por el profesor Vallejo.

[5] El concepto de alianza terapéutica que se sigue en este capítulo y que ha sido aceptado como referencia de muchos trabajos es el de Bordin (1979). Este autor distingue tres aspectos importantes en la alianza terapéutica: *a*) la relación emocional entre terapeuta y cliente; *b*) la calidad de la implicación entre cliente y terapeuta en las tareas de la terapia, y *c*) el grado de concordancia entre cliente y terapeuta respecto a los objetivos del tratamiento.

© Ediciones Pirámide

— Flexible: acepta y adapta su forma de comunicar a la situación y al paciente que tiene delante.
— Experimentado: muestra experiencia clínica.
— Honesto: el paciente lo percibe sincero y honrado.
— Respetuoso: se muestra respetuoso con los valores y la forma de expresarse y comunicarse en general del paciente.
— Fiable: digno de confianza.
— Seguro de sí mismo: el paciente percibe que sabe lo que hace.
— Interesado: su interés por el paciente y el problema que presenta.
— Atento: está pendiente de lo que ocurre en la sesión. Es decir, de las manifestaciones, verbales y no verbales, del paciente.
— Amistoso: el paciente lo percibe cercano.
— Cálido: cariñoso y afectivo.
— Abierto: comprensivo con otros puntos de vista.

La importancia de conocer las características del terapeuta en la alianza terapéutica se debe fundamentalmente a que en estos momentos hay datos abundantes sobre el papel de ésta en los resultados (véase Gavino, 2004). Por lo tanto, parece imprescindible hoy en día que, si se quiere comprender por qué funcionan las psicoterapias, y cómo se puede conseguir que sean más exitosas, es necesario seguir investigando en los principales componentes de la alianza terapéutica[6].

Llegados aquí, parece evidente preguntarse: ¿pero cómo se consigue tener esas características de las que hablan los estudios?, ¿cómo se pregunta al paciente?, ¿cómo se responde a sus dudas?, ¿cómo se interviene ante situaciones que van surgiendo a lo largo de las sesiones? En una palabra, ¿cómo se hace frente a cada uno de los momentos de la relación con el paciente de manera adecuada?

1.1.2.1. *El entrenamiento en habilidades terapéuticas*

Se ha hablado más arriba del entrenamiento tanto general como específico. Eso supone dar claves al terapeuta para que sepa comunicarse de manera que beneficie a la terapia. Desde lo general se han estudiado variables como directividad/no directividad. Parece que los pacientes con poca autonomía personal tienen mejores resultados con terapeutas directivos[7]. Y, de acuerdo con algunas investigaciones, los pacientes con niveles culturales más bajos suelen recibir un enfoque directivo, mientras que con los más preparados culturalmente se utiliza un enfoque negociador y más recíproco.

Pero estos datos llevan a las mismas preguntas que se han formulado más arriba. Se necesita una información más precisa y fundamentalmente operativa. En definitiva, se requiere de un entrenamiento que enseñe al terapeuta que empieza y al que necesita renovar sus habilidades formas de comunicar concretas y coherentes con la situación puntual que en un momento determinado se da en una sesión. Hay comportamientos generales para el conjunto de las sesiones, pero hay comportamientos concretos para momentos también concretos.

La necesidad de poner en marcha cursos que enseñen habilidades terapéuticas ha generado no sólo estos cursos sino también todo un arsenal de investigaciones sobre qué hay que enseñar y cómo hay que enseñarlo (Briggs, Fournier y Hendrix, 1999; Cornille, 2002; Davenport y Ratliff, 2001; Nerdrum y Ronnestad, 2002). Diversos estudios han informado de la importancia de tales habilidades en la seguridad del terapeuta a la hora de tratar a un paciente (Wester y Vogel, 2002), en disminuir la ansiedad en terapeutas inexpertos (Williams et al., 1997) o en la realización de las tareas terapéuticas por parte del paciente (Bryant, Simons y Thase, 1999), tan importante en algunos métodos terapéuticos como la terapia cognitivo-conductual.

[6] No se trata aquí de defender la postura de que esas características son suficientes para conseguir la mejoría del paciente, sino que es necesaria para que los tratamientos que han demostrado que son eficaces puedan serlo realmente. Terapias eficaces comprobadas no consiguen los resultados terapéuticos adecuados cuando la alianza es deficiente o negativa (Castonguay et al., 1996).

[7] Vervaeke y Emmelkamp (1998).

© Ediciones Pirámide

Las habilidades terapéuticas se convierten así en un requisito muy conveniente para poder llevar a cabo una terapia. Estas habilidades requieren prestar atención al momento terapéutico en que se encuentran paciente y terapeuta, al comportamiento que presenta el paciente y al problema que plantea o, más precisamente, al problema que se diagnostica[8].

El objetivo de este capítulo no es exponer todas las situaciones comunes en terapia que requieren habilidades precisas, sino más bien exponer la necesidad de éstas y comentar su aplicación en las distintas fases en las que se puede dividir el proceso terapéutico.

1.2. REQUISITOS DE LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS SEGÚN LA FASE DE LA TERAPIA

De acuerdo con la anécdota que encabeza este capítulo podemos afirmar que las habilidades terapéuticas forman parte del profesional desde el momento mismo en que tiene contacto con un paciente. La primera vez que interacciona con él tiene poca o ninguna información; así pues, su despliegue de destrezas es cualitativamente diferente del que utiliza cuando ya lo conoce y sabe descifrar sus movimientos de manos, su forma de sentarse en el sillón y la manera de introducir el tema que le preocupa en el momento. Este capítulo no puede, por su extensión, desarrollar las estrategias posibles a todas las situaciones que surgen a lo largo de la terapia (véase Gavino, 2003). Tampoco se enfoca hacia las situaciones específicas que surgen con frecuencia en el tratamiento de personas que sufren trastornos concretos. Pero sí que comprende las grandes líneas de habilidades terapéuticas que todo terapeuta debería incluir en su labor clínica.

Sin embargo, es preciso señalar que las habilidades terapéuticas son formas de comportarse ante determinadas situaciones para conseguir también determinados objetivos. Ser cálido, abierto, flexible, sincero, por poner algunos ejemplos, puede quedar demasiado ambiguo para el lector porque desconoce «qué hacer» para conseguirlo. Las habilidades terapéuticas se pueden convertir de esa manera en objetivos a conseguir mediante actuaciones concretas, y éstas son las que demanda el terapeuta interesado en utilizar aquéllas. Así pues, las estrategias terapéuticas que permiten o ayudan a ser todo eso que los autores dicen que es necesario para ser un buen terapeuta son una herramienta fundamental a conocer. Posiblemente no se entienden las unas sin las otras. En los apartados que vienen a continuación se hace hincapié en ambas, en las estrategias y en las habilidades.

El objetivo de este capítulo es el de señalar la importancia de las habilidades terapéuticas. No es posible, en este espacio dedicado al tema, recoger todas las situaciones de terapia que requieren dichas habilidades y del uso de las estrategias que las facilitan. Así pues, el capítulo se ha estructurado desde las fases de todo tratamiento: evaluación, diagnóstico y método terapéutico. Se señalan aquellas situaciones más comunes que suelen ocurrir por las características de dichas fases.

El primer apartado se refiere, pues, a la fase de recogida de información que permite conocer el problema del paciente desde un punto de vista operativo. A su vez, éste se divide en dos subapartados: habilidades ante personas que no conocemos y habilidades ante las personas con las que ya hemos interaccionado y llevamos las sesiones suficientes como para conocer sus reacciones. El segundo apartado comprende esas sesiones dedicadas a explicar al paciente lo que le ocurre y cómo solucionarlo. Finalmente, el tercer apartado con-

[8] Saber cómo actuar en situaciones concretas que plantea el paciente debido al trastorno que padece es importante. Sin embargo, como señala Wilson (1998), se ha prestado poca atención a este apartado. Los manuales de tratamientos se centran en los pasos a seguir y las técnicas a aplicar, pero en ningún momento se paran a comentar las habilidades terapéuticas que precisan cada uno de estos pasos. A este propósito la editorial Pirámide publicará en 2005 una colección, «Recursos terapéuticos», dirigida a dar a conocer qué habilidades requiere el terapeuta para afrontar situaciones dependiendo del trastorno que sufra el paciente, qué estrategias debe aplicar y cómo hacerlo.

© Ediciones Pirámide

siste en la aplicación del tratamiento elegido como más conveniente. Veamos cada uno de ellos con cierto detalle a continuación.

1.2.1. Fase de recogida de información

Comprende dos apartados. El primero hace referencia a esas primeras sesiones en las que se establece el primer contacto físico y se inicia una exploración amplia sobre la vida de la persona que acude a consulta. El segundo comprende aquellas sesiones en las que terapeuta y paciente han interaccionado lo suficiente como para conocer el significado de ciertas reacciones, gestos o comentarios.

1.2.1.1. *Habilidades terapéuticas en las primeras sesiones clínicas*

El terapeuta, cualquier terapeuta, con experiencia o sin ella, se encuentra en una situación que bien se podría denominar «contactar con un desconocido». La información que tiene de esa persona puede ser desde simplemente «ninguna» hasta un «bastante» porque ha recibido un informe telefónico, personal o escrito de algún colega de la profesión o afín. Por ejemplo, un psiquiatra o un médico de medicina general. O bien porque alguna persona cercana al paciente se ha puesto en contacto previamente a la primera cita. Tanto en una situación como en otra, lo cierto es que desconoce muchas cosas de ella, cosas que van a influir en empezar «con buen pie» la sesión clínica.

Así pues, los primeros contactos han de ser generales, impersonales, en el sentido de que se traduzcan en movimientos, gestos y comentarios lo bastante neutros como para que no generen reacciones negativas por parte de los pacientes.

Estar atento a la puerta por la que entra al despacho, recibir de manera afectuosa y distendida y generar un ambiente relajado es la primera acción aconsejable. Ahora bien, ¿cómo se consigue?, ¿qué hay que hacer?

Hay distintas formas de intervención. Sin embargo, una bastante segura y fácil de asumir es levantarse y acercarse a la persona que entra. Darle la mano o dos besos de bienvenida va a depender del género de los dos protagonistas: terapeuta-paciente, y de la reacción que éste tiene al entrar. La mayoría de las veces adelantan la mano en un gesto convencional. Es el momento de estrecharla con calor y cercanía, por lo que una buena alternativa es coger su mano con las dos en señal de aceptación.

La invitación a sentarse y ponerse cómodo se hace al tiempo que el propio terapeuta se sienta e invita al paciente a hacer lo mismo.

La conversación puede ser diversa. Desde comentar el tiempo hasta preguntar si le ha resultado difícil llegar, si está cómodo, o cosas similares. Sólo cuando, pasados pocos minutos, el paciente se encuentra algo distendido, se inicia propiamente la sesión clínica.

Llegados aquí, es preciso volver a las dos posibles situaciones con las que un terapeuta se puede encontrar: no conoce absolutamente nada de la persona que tiene delante o, por el contrario, le han informado, por alguna de las vías comentadas más arriba, del problema que le lleva a él.

a) El terapeuta no tiene ninguna información sobre el paciente

Una forma sencilla de introducir el tema es mediante preguntas generales del tipo: Bueno, ya está aquí, ¿me puede contar lo que le preocupa? o ¿se siente animado a contarme lo que le trae aquí?

Diferentes autores (véase Wells, 1997) interesados en el tema aconsejan, de acuerdo con su experiencia investigadora y clínica, que las preguntas sean abiertas y que tengan comienzos del tipo *qué, dónde, cuándo, cómo,* evitando en lo posible preguntas de *¿por qué?,* ya que la respuesta más frecuente suele ser: «No lo sé». Respuesta que es muy diferente si en su lugar se pregunta *¿por qué razón?* o similares.

La información que se recoge puede anotarse inmediatamente a lo largo del discurso del paciente o bien cuando el terapeuta se queda solo una vez acabada la sesión. La primera fórmula parece que se da más en los terapeutas noveles que temen perder alguna información importante, y

© Ediciones Pirámide

la segunda, en los veteranos, que ya tienen práctica en la memoria selectiva y en recoger los datos relevantes.

Lo importante aquí es que el paciente se sienta cómodo para exponer el problema. Posiblemente éste es uno de los momentos más delicados de la terapia, ya que la persona se confía a un desconocido, contando cosas íntimas sin garantía segura de que el otro, el terapeuta, no le juzgue[9] y además pueda ayudarlo.

Por lo tanto, la tan conocida trilogía de Beck: «sinceridad, autenticidad y no juicio» (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979-1983), si bien no parece suficiente para el éxito terapéutico, sí que al menos se revela necesaria para el buen curso de la terapia.

Los gestos de atención, la expresión de comprender lo que se está contando, las preguntas puntuales y clave son modos de señalar no sólo que se está con el paciente sino que no le es extraño lo que cuenta y por lo tanto «sabe» de lo que se habla.

Estos primeros contactos son, pues, delicados por la incomodidad que le supone a la persona desvelar *su* problema. Pero no sólo por eso. Con frecuencia, el discurso está impregnado de emociones que traicionan las palabras y producen manifestaciones de tristeza, de ira o de lamento que se traducen en lloros, enfados o silencios salpicados de monosílabos.

El terapeuta «comprende» esas reacciones y las «acepta» sin que ello suponga convertirlas en protagonistas de la sesión, ya que, de momento, desconoce demasiados datos del paciente, por el poco tiempo transcurrido, que puedan aportarle información del valor de tales manifestaciones.

Cuando de lo que se trata es de respuestas con monosílabos, es necesario intervenir de manera que éstos se conviertan en frases. Para ello las preguntas abiertas, como ya se ha señalado más arriba, son adecuadas. Además, es conveniente hacerlas en un tono cercano, confidente. Sin embargo, debido al desconocimiento que se tiene del paciente, el problema está en saber si es la forma habitual de comunicarse el paciente, si está motivado por la situación particular de la terapia o sencillamente es que no sabe qué responder a las preguntas que se le formulan. Como el terapeuta no conoce a la persona que tiene delante, sus estrategias han de ser muy generales. El cuadro 1.1 presenta algunas estrategias para conseguir que las respuestas del paciente sean más extensas.

CUADRO 1.1

Estrategias terapéuticas para conseguir respuestas del paciente que no sean monosílabos (adaptado de Gavino, 2003)

1. El terapeuta utiliza la sesión para explicarle en qué consiste la terapia en general, qué fundamentos teóricos la sustentan, qué papel desempeña el terapeuta y cuál el paciente y qué se pretende con la intervención clínica.
2. Traer por escrito las respuestas a las preguntas formuladas por el terapeuta y comentarlas en sesión.
3. El terapeuta le propone una tarea a realizar durante las sesiones terapéuticas que consiste en que el paciente alargue las respuestas. Por ejemplo, ante la pregunta del terapeuta «¿saliste con tu madre la semana pasada?», el paciente ha de responder: «Sí, salí con mi madre la semana pasada». En el caso de que esta estrategia funcione, se pasa a solicitarle que hable de un tema, propuesto por el propio paciente o por el terapeuta, durante unos minutos.
4. Las primeras sesiones se dedican a temas no relacionados directamente con la demanda que el paciente debe comentar (su trabajo, su familia, sus aficiones, etc.), por si su forma de responder se debe a la dificultad de comentar el problema que tiene.

Por supuesto, para conseguir resultados con estas estrategias el terapeuta debe ser claro en sus explicaciones. Es decir, comentarle la necesidad de recoger información precisa y por lo tanto de que sus respuestas sean concretas pero más exten-

[9] La mayoría de las personas piensan que lo que les ocurre a ellas no le sucede a nadie más y temen parecer «un bicho raro» o «escandalizar» al terapeuta con sus comentarios.

© Ediciones Pirámide

sas que un simple *sí* o *no.* También es un requisito esencial que se adapte al nivel cultural del paciente. La forma de hablar, las expresiones que utilice y los ejemplos elegidos deben ser familiares para el paciente con el fin de que entienda lo que el terapeuta pretende transmitirle.

En el caso de que esos monosílabos se acompañen de un comportamiento inhibido, es decir, escaso contacto visual con el terapeuta, volumen de voz bajo, rigidez en la postura, movimiento nervioso de manos o cambios posturales continuos, por ejemplo, las estrategias serán diferentes, ya que el terapeuta puede presuponer que es la inquietud ante esa primera sesión terapéutica la que está generando la reacción del paciente, posiblemente por su manera de funcionar ante situaciones desconocidas. En este caso, se pueden utilizar alguna de las estrategias que aparecen en el cuadro 1.2.

CUADRO 1.2

Estrategias terapéuticas para conseguir respuestas del paciente cuando éste se muestra muy inhibido (adaptado de Gavino, 2003)

1. Dedicar la primera sesión a explicar el terapeuta en qué consiste la terapia en general, cuál es el papel del clínico y cuál el del paciente y la necesidad de colaboración y entendimiento por parte de ambos. Se le puede animar a exponer dudas que se le plantean tras recibir esta información y a preguntar todo aquello que le gustaría saber sobre la terapia. En un principio, pues, no se le preguntaría cuál es su demanda.
2. Entrevista general. Se sigue un formato estándar en el que las preguntas son abiertas y referidas a las distintas áreas de su vida cotidiana.

Por lo que se refiere a la manifestación de emociones, quizá una de las más frecuente es el llanto. Llorar suele ser una válvula de escape al malestar que tiene la persona. Una forma de «romper» lo que lleva tanto tiempo guardado. Pero también puede ser un modo de «boicotear» la sesión. Incluso sin la voluntad del paciente.

Efectivamente, en ocasiones el paciente llora por la pena que le produce lo que cuenta, por la desesperación o porque ha aprendido a hacerlo evitando seguir un discurso doloroso o sencillamente desagradable. Las estrategias que utilice el terapeuta han de depender del motivo del llanto, del momento de la sesión y del contenido del discurso. No es fácil cuando se acaba de iniciar una terapia saber todo eso, por lo que la actuación ha de ser cauta y discreta. Algunas estrategias posibles a utilizar en esta situación se pueden ver en el cuadro 1.3.

CUADRO 1.3

Estrategias terapéuticas cuando el paciente llora sin cesar en las primeras sesiones de la intervención psicológica (adaptado de Gavino, 2003)

1. Se espera unos minutos a que se calme y se retoma la conversación intentando suavizar aquellos aspectos más dolorosos o problemáticos hasta que se sienta con fuerzas para comentarlos o se desvía la conversación hacia otros puntos de interés para la terapia que no son tan conflictivos.
2. Es posible que la situación sea violenta para la persona, por lo que se le invita a salir un rato del despacho, ir al servicio y serenarse, o, si el terapeuta lo cree conveniente, se sale él y deja al paciente unos minutos solo.
3. Se indaga sobre su implicación emocional en tal contenido, advirtiéndole de que puede llorar siempre que quiera sin problema.

b) El terapeuta tiene información sobre la demanda del paciente

En ocasiones, los pacientes son remitidos por otro profesional o por un familiar que conoce al terapeuta o por alguien que le ha hablado de él. En estos casos es usual que el terapeuta reciba, antes de conocer al paciente, una información sobre el problema psicológico que padece éste.

Esta información es enriquecedora en muchos aspectos. Por ejemplo, permite concretar más la

© Ediciones Pirámide

entrevista terapéutica y recoger datos específicos con mayor facilidad; ayuda a elegir estrategias ante situaciones que ocurren en las sesiones, sabiendo ya qué hacer de acuerdo con el problema y los datos sobre la persona que ha recibido; se pasa con mayor rapidez a la intervención psicológica.

Sin embargo, también tiene sus inconvenientes. Éstos son el anverso de las ventajas. A saber, la información puede sesgar los datos que recoge el terapeuta dejando de lado algunos que son importantes; las estrategias que utiliza se basan en aspectos relacionados con el problema que «supuestamente» tiene el paciente y no se tiene en cuenta el posible error en el diagnóstico que se ha dado por válido; finalmente, es posible que algunos aspectos esenciales del paciente no se tengan en cuenta a la hora de interaccionar con él porque los desconocen las personas que han informado sobre su caso.

Así pues, las facilidades ofertadas al terapeuta con la información se pueden convertir en inconvenientes por estar sesgadas; inconvenientes por otra parte que afectan a la realización de una adecuada evaluación, un buen diagnóstico y un tratamiento conveniente. A lo largo de todo el proceso, las habilidades terapéuticas pueden estar marcadas por la información inicial y, en el caso de que ésta no sea correcta, la interpretación del comportamiento del paciente por parte del terapeuta puede llevar a malentendidos que entorpezcan la terapia.

Por otra parte, no hay que olvidar que el problema con el que acude el paciente a una consulta no es únicamente la referencia válida para saber cómo interaccionar con él y para intervenir convenientemente a las diferentes reacciones que tenga. Además, la relación que se establece con otro profesional o la que se tiene con personas cercanas no es la misma que la que se da en la interacción terapeuta-paciente.

En resumen, pues, es aconsejable que se coteje bien la información recibida antes de dar nada por sentado y procurar reaccionar con la misma cautela y prudencia que cuando no se tiene ninguna información.

Además, como se comenta más arriba, no es lo mismo que los datos ofertados provengan de otro terapeuta, un psiquiatra, un médico de otra especialidad o de personas cercanas al paciente. Si atendemos a Strupp y Binder (1989-1993), la terapia es una situación especial, diferente de cualquier otro tipo de relación entre dos personas. Y es especial porque lo que se habla es íntimo, porque las expectativas que se tienen de la terapia, y los resultados que se consigan, afectan directamente a la vida de una persona, el paciente, que se pone en manos de una persona, el terapeuta.

1.2.1.2. *Habilidades terapéuticas después de las primeras sesiones clínicas*

Si se ha conseguido pasar con éxito las primeras sesiones, si se conoce mejor al paciente, sus reacciones, sus miedos y su manera de comunicar, si, en definitiva, se ha establecido una buena línea de comunicación terapeuta-paciente, la recogida de información es mucho más fácil y fluida. Sin embargo, se pueden dar situaciones que tienen que ver específicamente con la etapa terapéutica. Lo mismo sucede con el período de tratamiento propiamente dicho. Así, por ejemplo, ocurre a veces que las técnicas terapéuticas son complicadas de llevar a cabo o que supone un gran esfuerzo ponerlas en marcha. La buena relación entre paciente y terapeuta ayuda a salvar estos y otros escollos tan frecuentes a lo largo del tratamiento.

Se puede decir, por lo tanto, que, pasadas las primeras sesiones de tanteo y de conocimiento de sus protagonistas, se requiere, por parte del terapeuta, el uso de habilidades que se centren en la etapa en la que se encuentran con el fin de facilitar sus objetivos terapéuticos. Veamos esto con un poco más de detenimiento.

No es raro ver al paciente inquieto porque la terapia no «entra de lleno» en resolver su problema. Se queja de que todo son preguntas y no encuentra alivio a lo que le ocurre. Por más que el terapeuta le explica que la fase de evaluación es muy importante y que cuanto mejor se haga, más corta será la terapia, el paciente insiste en «empezar». Quizá lo más aconsejable es evitar que ocu-

© Ediciones Pirámide

rra esta situación, y para ello nada mejor que ir dándole tareas que hacer a medida que se obtienen datos (Beck, Freeman et al., 1992-1995, 1979; Wells, 1997).

Estas tareas no sólo sirven para recoger información, sino para que el paciente participe también en la labor terapéutica. Su intervención activa le permite «darse cuenta» de cosas que antes le pasaban desapercibidas. Por ejemplo, que cada vez que tiene un tipo determinado de pensamientos siente ganas de llorar, o que cuando está distraído no tiene pensamientos negativos, o no se fija si le falta el aire o si nota una punzada en el corazón. Todo este tipo de información nueva lo vive como avances, puesto que antes de acudir a consulta no sabía que ocurría. De esta manera va encontrando sentido a la intervención del terapeuta.

Pero, en ocasiones, esta estrategia falla porque, a pesar de su impaciencia por «empezar», no realiza las tareas. Unas veces porque no sabe cómo hacerlas, otras porque se le olvidan, otras porque no «se sentía con humor», otras porque estaba con gente y no se atrevía a sacar lápiz y papel y apuntar.

Algunas de estas posibilidades las puede prever el terapeuta explicando con detenimiento y sencillez cómo hacer las tareas y qué hacer si se da alguna de estas situaciones. De esa manera, se consigue poner sobre aviso al paciente de los posibles inconvenientes que pueden surgir y la necesidad de que los evite y cumpla con el trabajo que le corresponda.

A pesar de lo anterior, es posible que el paciente no realice las tareas. Siempre queda el recurso de aplicar algunas de las estrategias que aparecen en el cuadro 1.4.

Puede ocurrir que, a pesar de las tareas, el paciente se muestre impaciente e insista en empezar *ya* lo que es propiamente el tratamiento. En esos casos es preciso hacer un inciso en la sesión y explicarle con detenimiento la importancia de la evaluación y la necesidad de que sea exhaustiva para que el tratamiento no sólo sea eficaz sino también lo más breve posible. Por otra parte, se le insiste en que la valoración del tratamiento es el tiempo total que el paciente acude a consulta y éste no es menor porque la evaluación ocupe parte del número de sesiones totales. Por último, se le recuerda que el objetivo de esta manera de proceder es asegurar el método terapéutico más efectivo.

Finalmente, no hay que olvidar que, a lo largo de la evaluación, hay muchos momentos difíciles, ya que la información que ofrece el paciente es dolorosa, confidencial y, en muchas ocasiones, nunca compartida. Así pues, ofrecer confianza es imprescindible para que la persona se abra y permita entender lo que le ocurre. De ello dependerá la elección del tratamiento. Por otra parte, saber responder a situaciones que suelen darse en esta

CUADRO 1.4

Estrategias terapéuticas para conseguir que el paciente realice las tareas terapéuticas (adaptado de Gavino, 2003)

1. Se le dan por escrito y se explica en sesión en qué consisten, procurando que haya feedback para asegurarse el terapeuta de que ha entendido la tarea. Si se considera necesario, se le dice que en caso de duda llame por teléfono durante la semana y no espere a la siguiente sesión para aclararla.
2. Se dedica la sesión a saber cuál es el motivo de la conducta del paciente: dificultad en su realización, complejidad de la tarea, falta de tiempo, vergüenza, olvido, no detección en el momento de lo que se solicita u otros motivos no especificados hasta ese momento.
3. Si no se detecta ningún problema, se plantea al sujeto su interés real por solucionar el problema. Se le insiste en la necesidad de las tareas y el papel que desempeñan éstas en la evolución de la terapia.
4. Se le enseña a definir el problema y a elegir las alternativas más adecuadas para conseguir los datos que el terapeuta precisa para el tratamiento.
5. Si las sesiones clínicas son motivantes para el sujeto, se le dice que vuelva a consulta cuando haya realizado las tareas.
6. Se intentan detectar los estímulos del entorno del paciente que dificultan o entorpecen la realización de las tareas.
7. El terapeuta se asegura de que las tareas que le pone al paciente son adecuadas.

© Ediciones Pirámide

fase, como por ejemplo ocultar datos, negarse a responder determinadas preguntas, cambiar frecuentemente de tema, hablar exhaustivamente, hablar de manera muy escueta, entre otros, es muy importante porque de ello depende que se obtenga toda la información necesaria con el menor sesgo posible y, además, es la evidencia de que el paciente se encuentra lo suficientemente cómodo y confía en la profesionalidad del terapeuta como para cambiar su comportamiento, ser más locuaz, más específico o más abierto.

1.2.2. Fase de diagnóstico

Otra situación que ocurre con una cierta frecuencia es la de pedir con insistencia el paciente un «nombre» que dé sentido a lo que le ocurre. Se podría decir que, en estos casos, desea dos cosas: tener un diagnóstico que justifique lo que le está ocurriendo, «tengo algo», y que ese diagnóstico no sea «locura».

Efectivamente, la mayoría de los terapeutas han tenido situaciones semejantes a las que se acaban de comentar. Se trata de ese paciente que de alguna manera tiene que justificar su asistencia a terapia y darle sentido a lo que le ocurre. Si tiene nombre significa que existe, que no lo está exagerando, que tiene una explicación lógica, que lo han estudiado y que está en los libros. De ahí que pregunte con insistencia: «¿pero qué es lo que tengo?», «¿le ocurre a otras personas?». En el caso en el que el terapeuta le dé un diagnóstico concreto, por ejemplo, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, la pregunta que suele formularse a continuación es: «¿y eso es grave?, «¿tiene solución?», «¿significa que me he vuelto loco?» o «¿me puedo volver loco?».

El terapeuta se encuentra con una serie de preguntas que ha de responder, y la forma de hacerlo es crucial para que el paciente entienda con claridad lo que le está transmitiendo, lo asimile y le sirva para responder a la terapia con la mayor actividad y energía posibles. Es decir, le permita plantear el tratamiento de acuerdo con el diagnóstico y de esa manera el paciente entienda en qué va a consistir, por qué, qué se le va a pedir y cómo lo ha de hacer.

En esta situación las habilidades terapéuticas van dirigidas a la información que se transmite, a la aclaración de dudas y al impulso para seguir el tratamiento en las mejores condiciones posibles. Todo esto combinado con emociones de ansiedad, de miedo y, en muchas ocasiones, con una gran porción de sufrimiento por parte del paciente.

1.2.2.1. *Ofrecer información*

Unas de las variables que más atención ha recibido, en las investigaciones sobre las habilidades del terapeuta, desde los primeros estudios, han sido las del lenguaje. Se podría decir que hay consenso entre los autores interesados en este tema en aceptar que el terapeuta ha de comunicarse con un lenguaje adaptado al paciente que tiene delante. Eso significa que las palabras, las expresiones, los ejemplos que utiliza han de ser cercanos al paciente con el fin de asegurarse de que entiende lo que se le está diciendo, asimila dicha información y le da la importancia que tiene.

Así pues, se le pide al terapeuta unos requisitos *clave* en este apartado que, por otra parte, han de extenderse a todas las fases de la terapia. Pero quizá aquí tienen una connotación diferente, porque lo que comunica tiene una gran importancia para el paciente y porque va a influir en las fases siguientes.

Efectivamente, cuando se le dice un término técnico, como por ejemplo trastorno de angustia, el paciente de alguna manera se relaja porque comprende que lo que le ocurre «es real», pero al mismo tiempo le asusta que signifique algo malo, y ese «algo» tiene connotaciones de locura.

Posiblemente uno de los mayores temores de gran parte de pacientes que acuden a tratamiento psiquiátrico y psicológico es el de «volverse loco». Muchos tienen la creencia de que uno puede volverse loco de la noche a la mañana, incluso que sin saberlo ya están en ese mundo de la locura y, por lo tanto, de la muerte, ya que es lo mismo que morirse. Además, no tiene solución, no hay marcha atrás. Los locos son locos y no tienen vuelta a la cordura.

Por otra parte, no se trata, por supuesto, de decir únicamente un nombre, sino de explicar en qué

© Ediciones Pirámide

consiste. Algunos autores han encontrado que estas explicaciones aumentan en los pacientes la comprensión de su problema y, además, la esperanza de que tiene solución (Chadwick, Williams y Mackenzie, 2003; Horowitz, 1997; Wilson, 1996).

Así pues, de acuerdo con los datos encontrados en las investigaciones, una parte importante de la labor del terapeuta es aclarar al paciente los conceptos, explicarle en qué consiste el problema que presenta y tranquilizarle respecto a lo que realmente significa locura. Además, si se considera oportuno, se le pueden comentar los avances en esa susodicha locura, tanto farmacológica como psicológicamente, aunque él no se encuentre en esa situación, con el fin de tranquilizarle.

Actualmente, en muchas de las terapias eficaces (Chambless y Hollon, 1998; Chandless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001; Gavino, 2004; Psicothema[10], 2001) que se utilizan para el tratamiento de determinados trastornos, se incluye una primera parte que consiste en explicar al paciente la manera en que se desarrolla ese trastorno (Beck, Freeman et al., 1992-1995; Eells, 1997). La forma de hacerlo es mediante dibujos y esquemas que facilitan la comprensión (Beck, Freeman et al., 1992-1995; Clark y Fairburn, 1997; Salkovskis y Warwick, 1988; Wells, 1997). Además, utilizan metáforas que ayudan a entenderlo y pequeños ejercicios o experimentos que vivifican lo que se explica. El paciente recibe así una información clara y precisa apoyada en elementos visuales y vivenciales. Al mismo tiempo, utilizan ejemplos de la propia experiencia del paciente para hacerle ver que lo que cree que es «volverse loco» en realidad forma parte de la patología que está sufriendo. En resumen, las estrategias que se utilizan son las que muestra el cuadro 1.5.

Para utilizar estas estrategias se precisa que el terapeuta utilice un lenguaje sencillo y adaptado al medio del paciente. Una forma de saber que lo ha entendido y comprende perfectamente lo que se comenta es pedirle alguna de las siguientes tareas (Wells, 1997):

CUADRO 1.5

Estrategias terapéuticas para informar al paciente del problema

1. Explicación exenta de tecnicismos.
2. Ejemplos.
3. Dibujos explicativos sencillos.
4. Metáforas.
5. Ejercicios de comprobación de lo que se explica.

— Retroalimentación de lo que le ha contado el terapeuta.
— Resumen de lo que ha entendido.
— Ejemplos propios relacionados con las explicaciones.
— Propuestas de ejercicios que corroboren la explicación.

La continuación de esta fase es justificar el tratamiento que se va a aplicar. El terapeuta explica al paciente, aprovechando los ejemplos y los pequeños ejercicios realizados, qué se va a hacer, es decir, en qué va a consistir el tratamiento, sobre qué variables se va a centrar y por qué y cómo se va a aplicar.

1.2.2.2. *Planteamiento terapéutico*

Cuando se le expone al paciente el tratamiento, caben distintas reacciones, entre las más frecuentes: que lo acepte, que ponga pegas porque piensa que es difícil de realizar o se niegue porque no está dispuesto a pasar por ello.

Excepto la primera posibilidad, que permite intervenir con la previsión de problemas que surgirán de acuerdo con la evolución de los acontecimientos, las demás pueden dar al traste con el tratamiento.

[10] El volumen 13, n.º 3, 2001, de la revista *Psicothema* está dedicado a la revisión de los tratamientos eficaces para los distintos trastornos clínicos.

© Ediciones Pirámide

Las habilidades del terapeuta para plantear el tratamiento y los motivos por los que considera que es el más adecuado están, como ya se ha comentado más arriba, estrechamente relacionados con las explicaciones del problema. Sin embargo, en algunas ocasiones, el paciente, a pesar de comprender las razones, no se ve con energía suficiente, o piensa que es un tratamiento demasiado duro y que es «peor el remedio que la enfermedad». Puede que acepte con reticencia o sencillamente que se niegue a ello.

Esta situación no es ajena a la terapia propuesta. Un caso evidente es la prevención de respuesta. Está considerada como terapia eficaz para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. De hecho su éxito con pacientes que sufren este trastorno está entre el 70 y el 60 por 100 (Foa et al., 1984). Se puede decir, por lo tanto, que su éxito es importante, y no se conoce otra que supere tales resultados. Sin embargo, no todos los pacientes con obsesiones aceptan someterse a la prevención de respuesta. De hecho, de cien personas con este trastorno, 25 se niegan a empezar un tratamiento de prevención de respuesta. Es decir, un 25 por 100 no inicia el tratamiento (Foa et al., 1984; Steketee, 1993; Thornicroft, Colson y Marks, 1991). Las razones que aducen los pacientes es la dureza de la terapia. Encontrarse expuestos a situaciones que están seguros de que les van a crear un estado de ansiedad tan alto lleva a que no estén dispuestos a vivirla.

En principio, llegados ya a esta fase, la relación de ambos es lo bastante fluida como para que se haya establecido un vínculo de confianza y haya desaparecido la tensión de las primeras sesiones. Por lo tanto, no se trata de que el paciente no confíe en el terapeuta y no se crea los planteamientos de éste. Se trata más bien de que *a pesar* de esa confianza y aceptación de su profesionalidad, *no se siente capaz* de hacer lo que le pide o le va a pedir cuando empiece el tratamiento.

El terapeuta ha de desplegar sus habilidades para que el paciente no se centre exclusivamente en los aspectos negativos, como es someterse a un alto grado de ansiedad, sino también en los positivos, la eliminación del problema, la seguridad de que en todo momento el terapeuta va a estar a su lado apoyándolo, desdramatizar la situación de exposición o presentarle elementos distractores, entre otros.

Así pues, las habilidades del terapeuta son fundamentales para ayudar al paciente a aceptar el tratamiento y seguir las técnicas elegidas (Wilson, 1998). Sin embargo, cuando se inicia la fase de tratamiento propiamente dicha, surgen algunos inconvenientes. Algunos de éstos son la consecuencia de esas reticencias que tenía el paciente y que no ha conseguido eliminar a pesar de aceptar el tratamiento. Otros se deben a la creencia de que la terapia que recibe va a conseguir acabar con su problema en muy poco tiempo.

1.2.3. Fase del tratamiento

La fase del tratamiento consiste en la aplicación de las técnicas que van a conseguir intervenir sobre las variables detectadas en la evaluación y que favorecen, desencadenan o mantienen el problema diagnosticado. En esta fase se pueden detectar seis situaciones problemáticas:

- Expectativas poco realistas hacia la terapia por parte del paciente.
- Escepticismo respecto a la eficacia del tratamiento.
- Confianza en una rápida eficacia de la terapia.
- Decaimiento o «venirse abajo» en algún momento del proceso terapéutico.
- Mala experiencia o abandono de una técnica cuando la está poniendo en práctica.
- Miedo al cambio.

Cada una de estas situaciones requiere el ejercicio de habilidades terapéuticas y estrategias que permitan solucionarlas y seguir con la terapia de la manera más óptima posible.

1.2.3.1. *Expectativas del paciente respecto a la terapia*

Las expectativas de los pacientes cara al tratamiento suelen extremarse en dos posturas: escepticismo y confianza en su rápida eficacia. En am-

© Ediciones Pirámide

bas se dan situaciones que precisan de habilidades terapéuticas.

1.2.3.2. *Escepticismo respecto a la eficacia del tratamiento*

El inicio del tratamiento se empaña en ocasiones debido a la forma de implicarse el paciente. El paciente sigue las instrucciones del terapeuta pero de una manera distante, sin implicarse por completo. Sus comentarios denotan un escepticismo que entorpece la labor terapéutica. Los motivos de tal postura son varios. Es posible que el paciente haya realizado anteriormente otras terapias y, llegados a este momento, ya no «crea» que haya nada que pueda eliminar su problema, si bien continúa insistiendo porque necesita una solución. Quizá la explicación del terapeuta no le resulta convincente, o no la entiende. También puede ser que la vea tan complicada que, a pesar de su éxito, no pueda funcionar con él porque considere que no tiene la capacidad que requiere esa terapia.

En un caso o en otro, la realidad es que se hace muy difícil conseguir los objetivos terapéuticos y la terapia tiene una alta posibilidad de fracasar y que el paciente abandone.

Es necesario que el terapeuta atienda a estos inconvenientes y les dé solución cuando pone en marcha las técnicas. Sus habilidades se dirigen a animar al paciente, reforzarlo cuando consigue algún objetivo, por más pequeño que sea, recordarle la eficacia de la terapia en el problema que se trata, tener gestos de seguridad en lo que se está haciendo, estar atento a los esfuerzos del paciente y mostrarse en todo momento cálido y amistoso.

Las estrategias que acompañan a estas habilidades son fundamentalmente de información. Se dirigen a que el paciente comprenda que si el terapeuta ha elegido determinada terapia es porque se trata de la más adecuada en su caso, tanto por el diagnóstico como por las características del paciente. Si presentara su ejecución dificultades insalvables para la capacidad del paciente, no la habría elegido. Esa explicación debe ser en todo momento clara y comprensible, pues de lo contrario se corre el riesgo de que acepte seguir pero sin estar convencido.

Por otra parte, el escepticismo motivado por años de terapias con pocos o nulos resultados pone al terapeuta en una situación difícil, ya que realmente lo que le pide al paciente es un acto de fe: «Crea lo que le estoy diciendo», podría ser la frase que lo resume. Las explicaciones lógicas o los comentarios de su demostración científica no tienen fuerza suficiente, porque anteriormente le han dicho cosas semejantes o, al menos, le parece que son semejantes.

Así pues, a las habilidades de confianza y de seguridad en la información que se está dando, se añaden estrategias que ayudan a animar al paciente a seguir adelante con cierta ilusión. Ejemplos de estas estrategias son las del cuadro 1.6.

CUADRO 1.6

Estrategias terapéuticas para motivar al paciente a seguir el tratamiento

1. Establecer con el paciente objetivos a corto, medio y largo plazo.
2. Fijar un número determinado de sesiones para conseguir los objetivos a corto plazo*.
3. Elegir un objetivo concreto.
4. Sellar un trato con el paciente que consiste en hacer todo lo que le pide el terapeuta durante esas sesiones establecidas y revisar lo conseguido en la última de esas sesiones.

* El terapeuta tiene que conocer muy bien el trabajo que va a suponer cada uno de esos objetivos para que el tiempo que establece sea real.

Si el paciente acepta esta propuesta, se le puede demostrar en poco tiempo que la terapia que realiza está consiguiendo resultados y, por lo tanto, su confianza en ella y su deseo de continuar aumenta.

1.2.3.3. *Confianza en una rápida eficacia de la terapia*

Esta postura puede suponer un cúmulo de problemas en algunas ocasiones. Efectivamente, las expectativas del paciente, a veces, son tan altas que

© Ediciones Pirámide

espera resultados pronto. Es decir, que en muy poco tiempo se sentirá mejor y esa mejoría será progresiva a lo largo de la terapia. Si algo está claro para todo terapeuta es que el tratamiento no es como una cinta deslizante que va de manera suave y constante hacia arriba y sólo hay que subirse a ella y esperar a que llegue al final. Craso error. La terapia se asemeja más a la escalera tradicional, la que tiene escalones y hay que subir uno a uno con esfuerzo. Y en esa subida, a veces, porque se está distraído, no se ha prestado atención o no se ha calibrado bien, se tropieza y se baja un escalón para recuperar el equilibrio.

De todas formas, establecer desde el principio de la terapia los objetivos y un tiempo prudencial para conseguir cada uno de ellos es una buena manera de evitar esta situación. En muchos de los tratamientos psicológicos el paciente es activo y realiza tareas y ejercicios, reflexiona sobre los temas de las sesiones y, en definitiva, sigue las instrucciones del terapeuta. Nada de ello es placentero, ya que se enfrenta a las variables que favorecen o generan el problema que presenta. Así pues, no basta con «dejarse llevar»: tiene que participar y afrontar. Además, la evolución no es continuada y progresiva. Hay altos y bajos, pequeñas caídas y retrocesos. Forma parte de la terapia.

A veces, el paciente llega a la sesión enojado porque tiene la sensación de que está peor que cuando empezó el tratamiento. Las tareas que hace y los ejercicios que le pide el terapeuta le generan un malestar que antes del tratamiento no tenía porque evitaba esas situaciones, esos pensamientos, esas personas.

Este enfrentamiento o muestra de enfado puede influir negativamente al terapeuta, que se siente cuestionado profesionalmente. El terapeuta debe entender que es una reacción posible en los pacientes. Por tanto, su comportamiento ha de ser relajado, y su intervención, comprensiva. Es imprescindible el uso de ciertas habilidades y de ciertas estrategias que permitan aclarar al paciente la situación (véase cuadro 1.7).

CUADRO 1.7

Estrategias terapéuticas para afrontar la creencia del paciente de que la terapia va a ser muy corta

1. Se le explica al paciente que es normal que tenga momentos difíciles, porque lo que se le ha pedido es afrontar o hacer cosas que durante mucho tiempo no ha hecho. Se le recuerda que ya se le explicó cuando se le comentó en qué consistía el tratamiento.
2. Se informa al paciente, con los datos que se han recogido en la evaluación de su estado emocional, cognitivo y conductual con el que llegó y cómo se encuentra en estos momentos.
3. Se le pide que durante la semana siguiente registre algunos datos de su problema que puedan dar información sobre esa apreciación que tiene de empeoramiento. En la sesión siguiente se revisa la información del registro. También se le puede pedir que pregunte a personas cercanas que saben su problema y su asistencia a terapia cómo lo encuentran últimamente.

Otra situación frecuente es la de cambiar las tareas. Esto suele darse cuando las expectativas del paciente, respecto al tratamiento, se tambalean por la dificultad de las tareas o por su estado emocional alterado. Es decir, insiste al terapeuta para reducir el número de tareas, la frecuencia de cada una de ellas, el tiempo de dedicación o bien, lo más usual, el contenido de las mismas.

La situación es delicada y requiere por parte del terapeuta habilidades de comprensión, seguridad en sí mismo, flexibilidad y constancia ante los intentos del paciente[11]. Todo ello acompañado de claridad en sus explicaciones, adaptación del lenguaje al nivel cultural del paciente y el uso de ejemplos que clarifiquen la necesidad de seguir el tratamiento tal y como se está llevando. La actuación del terapeuta en este caso concreto se apoya en estrategias que le permitan ser más claro de lo que ha sido anteriormente (véase cuadro 1.8).

[11] Se entiende que no hay error en la tarea que se ha dado, que es adecuada y que es necesario realizarla.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 1.8

Estrategias terapéuticas para seguir con el tratamiento sin las modificaciones que plantea el paciente y que el terapeuta considera que no son adecuadas

1. Se le indica amablemente que el planteamiento terapéutico no es azaroso y que responde a los resultados de la evaluación.
2. Se dedican una o más sesiones a tratar esta situación para conocer los motivos que llevan al sujeto a hacer tales planteamientos.

1.2.3.4. *Momentos de «venirse abajo»*

A lo largo de la terapia se producen acontecimientos ajenos a ella que pueden influir, positiva o negativamente, en el curso de aquélla. Acontecimientos que tienen que ver con el medio del paciente: medio familiar, social o laboral. No son previsibles y, cuando se dan, influyen en la evolución del tratamiento.

Pero también surgen acontecimientos en la propia terapia que la entorpecen o, por el contrario, la ayudan.

En el primer caso son varios los ejemplos que pueden ilustrarlo: la separación del cónyuge cuando se está en la terapia; el fallecimiento de alguien querido; el despido en el trabajo; la enfermedad de una persona significativa para el paciente. Todos ellos contribuyen a perder interés por los progresos que se están consiguiendo.

En el segundo caso, se trata más bien de momentos de cansancio cuando hay un paso atrás. A pesar de estar avisado de que ocurre y que está previsto en la terapia, la «vuelta atrás» se vive mal. El paciente no es capaz de valorarlo en su justa medida, sino que le da un valor desproporcionado y tiene la sensación de que está casi como al principio.

El terapeuta ha de estar preparado para ambos casos. El primero es más desconcertante porque no se sabe si ocurrirá, en qué consistirá y cómo influirá. El segundo, sin embargo, le es muy conocido. Suele darse con relativa frecuencia. La «bajada de escalón» es habitual en las terapias y forma parte de ellas. No obstante, el impacto que tiene en los pacientes hace necesaria la intervención puntual para mantener los resultados obtenidos hasta el momento y poder conseguir los restantes.

Las habilidades de comprensión, de aceptación del momento y del estado de ánimo de la persona y de flexibilidad (Ackerman y Hilsenroth, 2003) son fundamentales en ambos casos. Estas habilidades se acompañan de estrategias que permiten ayudar al paciente a remontar el ánimo y a seguir el proceso terapéutico (véanse cuadros 1.9 y 1.10).

CUADRO 1.9

Surgen acontecimientos en la vida del paciente que le desmotivan para seguir la terapia

1. Se centra la sesión en el acontecimiento que ha surgido. Paciente y terapeuta evalúan su relevancia y su implicación en la motivación del paciente para conseguir los objetivos terapéuticos. El terapeuta hace hincapié en los motivos que llevaron al paciente a pedir ayuda terapéutica y que no están relacionados con el acontecimiento que ha surgido.
2. Se dedica la sesión a valorar la importancia del acontecimiento que ha surgido, cómo afecta al paciente y qué implicaciones tiene en su vida. Si la situación es tan importante que los objetivos del tratamiento iniciado pierden relevancia, se centran las sesiones en la búsqueda de soluciones a la situación actual y se posponen los objetivos terapéuticos para más tarde.
3. Si los acontecimientos son graves (por ejemplo, la pérdida de un ser querido), se le brinda ayuda psicológica para el momento que está viviendo y, si el paciente no se siente animado a aceptar esa ayuda, se interrumpe la terapia para más adelante.
4. En el caso de que los acontecimientos no sean tan relevantes como el paciente considera, se centra la sesión en hacerle ver su importancia real. A continuación se sigue la terapia.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 1.10

Retrocesos en los objetivos conseguidos desmotivan al paciente para seguir el tratamiento

1. El terapeuta le recuerda que, en las sesiones dedicadas al planteamiento de qué terapia se iba a seguir, le explicó las dificultades de ésta y los pequeños «pasos hacia atrás» que suelen darse y que no son relevantes. Le comenta también que en esas mismas sesiones le insistió sobre la forma en que viviría esos retrocesos.
2. Terapeuta y paciente hacen una revisión de los objetivos conseguidos.
3. El terapeuta le enseña los datos que tiene recogidos de la evaluación y los que tiene en ese momento. Se comparan unos y otros para ver las diferencias y el estado actual de mejoría comparado con las primeras sesiones.

Estas y otras estrategias con objetivos similares permiten al terapeuta no sólo comprender el estado por el que pasa el paciente, sino ayudarle a superarlo y a luchar por conseguir los objetivos terapéuticos propuestos.

1.2.3.5. *Mala experiencia o abandono de una técnica cuando la está poniendo en práctica*

A pesar de todas las advertencias, a pesar de estar atento en todo momento a un posible rechazo a una técnica determinada, el terapeuta se encuentra, a veces, con que el paciente se resiste a seguir con una técnica porque lo pasa muy mal, porque le resulta muy desagradable o porque se siente ridículo utilizándola.

Sea por un motivo o por otro, el caso es que la negativa del paciente a seguir las instrucciones del terapeuta puede generar tensión en la relación de ambos. Este rechazo impide continuar la terapia y supone un riesgo de abandono de ésta. Quizá es conveniente insistir aquí en señalar que determinadas interpretaciones del terapeuta sobre la actitud del paciente pueden favorecer el abandono de la terapia. Es un error considerar que se cuestiona su profesionalidad, o que la negativa se debe exclusivamente a pocas ganas de trabajar. Estos planteamientos sólo favorecen la insistencia del terapeuta en la ejecución de la técnica y el debilitamiento de la alianza terapéutica.

Por el contrario, es mucho más beneficioso para el curso del tratamiento que, cuando ocurre, el terapeuta interrumpa la técnica y revise qué pasos de ésta producen el rechazo del paciente y por qué (véase cuadro 1.11). Además, es conveniente que el paciente perciba la atención sincera del terapeuta hacia esa reacción, aceptándola y manifestando un interés por solucionar el problema.

CUADRO 1.11

Estrategias para solucionar la negativa del paciente a seguir con una técnica terapéutica

1. Terapeuta y paciente repasan cada uno de los pasos de la técnica para detectar dónde se encuentra el problema y ver si se puede solucionar. En caso afirmativo, se le expone la solución y se prosigue con la técnica.
2. Se plantean modificaciones en la aplicación que no afecten a la técnica en sí, pero que favorezcan su uso. Por ejemplo, en el caso de la técnica de exposición, cambiar el lugar, la compañía o el momento en el que realiza la técnica.
3. Si se llega a la conclusión de que no es posible proseguir con la técnica en cuestión, se busca otra técnica que posea objetivos terapéuticos semejantes y que le resulte más fácil al paciente.

1.2.3.6. *Miedo al cambio*

En ocasiones, el terapeuta se enfrenta a una situación difícil de entender desde la razón. El paciente, avanzada la terapia y con bastantes objetivos conseguidos, empieza a poner problemas respecto a su mejoría, se queja y da un retroceso sin justificación aparente. Cuando el terapeuta profundiza para saber qué está ocurriendo, se encuentra con que el paciente tiene «miedo a los cambios» que se están produciendo.

© Ediciones Pirámide

Efectivamente, hay veces que solucionar el problema que lleva a terapia supone una serie de inconvenientes que impiden finalizar la terapia con éxito. Esos inconvenientes no siempre son evidentes, ni para el propio paciente, que no es capaz de entender su miedo. Los motivos pueden ser varios. Unas veces se trata de relacionar el avance terapéutico con una situación aversiva en su medio ambiente. Así, de no darle la familia ninguna responsabilidad cotidiana ni laboral, debido a su estado, pasa a exigirle unas normas y una acción muy poco atractivas. Otras veces, el problema que sufre le hace diferente de los demás y éstos le prestan una atención que no consigue cuando ya no tiene nada que contar respecto a aquél. También puede ocurrir que la expectativa que tiene de la terapia es que cuando consiga encontrarse bien «será feliz», es decir, que todo será diferente. Efectivamente todo cambia, pero eso no significa que aparezca una especie de aura de felicidad perpetua. La terapia le permite realizar una vida normal e integrarse a las actividades de la vida cotidiana. Y esto significa que adquiere responsabilidades, que tiene que hacer cosas que le apetecen poco y otras que son satisfactorias, *como todo el mundo,* que tiene que esforzarse para conseguir objetivos y que no por haber superado aquello que le impedía vivir con normalidad está inmune a las actividades cotidianas y a las exigencias de la sociedad a la que pertenece.

Es importante descubrir qué es lo que impide al paciente seguir progresando en la terapia cuando ya se ha avanzado tanto, aclarar sus expectativas y sus temores y prepararlo para «vivir». Se requieren, por parte del terapeuta, habilidades de comunicación, de flexibilidad ante la reacción del paciente y de apoyo para afrontar las consecuencias del cambio. Las estrategias son diversas, entre otras, sirven las que aparecen en el cuadro 1.12.

CUADRO 1.12

Estrategias para afrontar el miedo al cambio

1. Terapeuta y paciente revisan las situaciones a las que se tiene que enfrentar el paciente cuando se incorpore a la vida normal y se examinan cuáles son las dificultades. Se le enseña al paciente la manera de resolverlas.
2. Se le pide al paciente que realice la siguiente tarea: en una columna pone todas las ventajas que tiene conseguir los objetivos de la terapia. En otra columna, los inconvenientes. En la sesión siguiente se revisan ambas columnas, intentando que el paciente valore las ventajas, al mismo tiempo que se estudia el problema real de cada uno de los inconvenientes y la manera de abordarlos.
3. El paciente hace una lista de posibles situaciones desagradables o poco apetecibles con las que se va a encontrar al acabar el tratamiento. Se intenta buscar alternativas que permitan modificar unas y sustituir otras. En aquellas que no sea posible, se estudia la manera de realizarlas acompañándolas de elementos agradables. Por ejemplo, la vuelta al trabajo: tiene que incorporarse, pero no quiere. Se busca combinar el trabajo en sí, que no puede eludir, con la relación con los compañeros, planteamientos reales de posibles cambios a otros puestos más apetecibles, entre otros.

1.3. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES

El objetivo principal de este capítulo es señalar la importancia de las habilidades terapéuticas del terapeuta a la hora de llevar a cabo una terapia. Para ello se ha hecho un repaso rápido de la información más relevante que se tiene hoy en día sobre las variables de los integrantes de una terapia y de la relación terapeuta-paciente. Los datos que se tienen son unas veces contradictorios y otras escasos para afirmar con rotundidad que estas variables influyen en los resultados terapéuticos.

Sin embargo, todos los autores que se preocupan por la relación terapéutica están de acuerdo en afirmar que ésta tiene un papel importante en la consecución de los objetivos terapéuticos. Además, están de acuerdo en aceptar que el comportamiento del terapeuta, su forma de intervenir y de interactuar con el paciente influyen en que la terapia funcione. Así pues, si no se acepta que es sufi-

© Ediciones Pirámide

ciente para conseguir el éxito terapéutico, sí que es necesario para que la terapia pueda realizarse.

La importancia de las variables del terapeuta ha llevado a generar cursos de entrenamiento para los terapeutas que empiezan su labor clínica y a investigar qué habilidades son más adecuadas y cómo aprenderlas.

Estas habilidades permiten hacer frente a situaciones que surgen en la mayoría de las intervenciones terapéuticas. En este capítulo se han expuesto a grandes rasgos las más frecuentes, atendiendo a las fases del proceso del tratamiento, con el fin de dar una idea general de en qué consisten. Además, se han añadido las estrategias terapéuticas que favorecen las habilidades expuestas.

Son muchas las situaciones que surgen en los tratamientos, y no es objetivo de este capítulo detallarlas. Los cuadros 1.13 y 1.14 tienen como finalidad recoger esas situaciones y la intervención concreta que tiene el terapeuta ante ellas con el fin de aprender de su propia experiencia clínica cuáles son más eficaces y más útiles.

No se puede finalizar este capítulo sin matizar que las habilidades terapéuticas *favorecen* el tratamiento pero no *consiguen* sus objetivos. Es necesario un cuerpo de conocimientos científicos que justifiquen qué se está haciendo y por qué. Las técnicas terapéuticas no son meros acompañamientos de las habilidades del terapeuta. En estos momentos se está realizando un gran esfuerzo por investigar qué terapias son eficaces para qué trastorno. Atender a esta información es un requisito imprescindible para todo terapeuta, ya que tiene la obligación de ofrecer el mejor tratamiento posible en cada caso. Y éste no se elige de acuerdo con las preferencias personales del terapeuta, sino de acuerdo con criterios científicos. Porque el paciente tiene *derecho* a recibir el mejor tratamiento disponible, y el terapeuta, el *deber* de aplicarlo.

Finalmente, señalar que este manual se centra en los trastornos más representativos de la práctica clínica. Por ese motivo este capítulo se ha dirigido a los problemas y situaciones que suelen darse cuando el paciente sufre un trastorno clínico y se ha prestado menos atención a problemas psicológicos que no son considerados como trastornos y que el psicólogo también aborda en su intervención clínica.

CUADRO 1.13

Registro de problemas planteados durante la terapia

Situación .....

Aspectos problemáticos de la situación	Fase del tratamiento	N.º de sesión	Comentarios

© Ediciones Pirámide

CUADRO 1.14

Aprendiendo de la experiencia: habilidades y estrategias que utiliza el terapeuta en situaciones problemáticas y los resultados conseguidos

Situación .....

Habilidades utilizadas por el terapeuta	Estrategias aplicadas	Resultados	Comentarios

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Señala dos estrategias que se pueden utilizar cuando el paciente contesta con monosílabos y el terapeuta quiere conseguir respuestas más extensas.

Opción *a*) El terapeuta no conoce al paciente porque se encuentran en la primera sesión.

Opción *b*) El terapeuta ya ha tenido varias sesiones con el paciente.

Haz un pequeño diálogo en el que aplicas con tus propias palabras las estrategias.

2. Señala dos estrategias que se pueden utilizar cuando el paciente pide que el terapeuta le explique qué tiene.

Opción *a*) Se trata de una persona con buen nivel cultural.

Opción *b*) El paciente tiene escaso nivel cultural.

© Ediciones Pirámide

Haz un pequeño diálogo en el que aplicas con tus propias palabras las estrategias.

3. Señala dos estrategias que se pueden utilizar cuando el paciente se niega a utilizar una técnica terapéutica.

Opción *a*) El paciente se niega porque se siente ridículo al hacerla.

Opción *b*) El paciente se niega porque lo ha intentado una vez y lo ha pasado muy mal.

Haz un pequeño diálogo en el que aplicas con tus propias palabras las estrategias.

4. ¿Qué estrategias se pueden utilizar cuando el paciente se resiste al cambio terapéutico? Distribuye las estrategias de acuerdo con los posibles motivos que le llevan a resistirse al cambio. Haz un pequeño diálogo en el que aplicas con tus propias palabras las estrategias.

5. ¿Qué estrategias se pueden utilizar cuando el paciente tiene la expectativa de que la terapia va a ser corta? Distribuye las estrategias de acuerdo con los posibles motivos que le llevan a dicha expectativa. Haz un pequeño diálogo en el que aplicas con tus propias palabras las estrategias.

6. ¿Qué estrategias se pueden utilizar cuando el paciente pretende realizar ciertas modificaciones en el tratamiento (fundamentalmente en las tareas terapéuticas) y el terapeuta no las considera oportunas? Distribuye las estrategias de acuerdo con los posibles motivos que le llevan a plantear las modificaciones. Haz un pequeño diálogo en el que aplicas con tus propias palabras las estrategias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, S. J. y Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23,* 1-33.

Beck, A. T. (1988). *Counselor characteristics: How they affect outcomes.* Milwaukee, WI: Family Service America.

Beck, A. T. (1995). Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. En J. S. Beck (Ed.), *Cognitive therapy: Basics and beyond.* Londres: Guilford Press.

Beck, A. T., Freeman, A. et al. (1992-1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad.* Barcelona: Paidós.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979-1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bergin, A. E. y Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. En S. L. Garfiels y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.

Beutler, L. E., Machado, P. P. y Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. En A. E. Bergin y S. L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4.ª ed., pp. 229-269). Nueva York: Wiley.

Beutler, L. E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, M. A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C. R. y Levenson, A. I. (1987). Group cognitive therapy and alprazolan in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 550-556.

Briggs, K., Fournier, D. G. y Hendrix, C. C. (1999). Evaluating trainees' skill development: The family therapy skills checklist. *Contemporary Family Therapy, 21* (3), 353-371.

Bryant, M. J., Simons, A. D. y Thase, M. E. (1999). *Cognitive Therapy and Research, 23* (4), 381-399.

Clark, D. y Fairburn, C. (1997) (Eds.). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.

© Ediciones Pirámide

Cornille, T. A. (2002). How do experienced family therapists view their practice? An exploratory assessment of clinical skills and their relation to theories of family therapy. *Contemporary Family Therapy, 24* (2), 271-288.

Chadwick, P., Williams, C. y Mckenzie, J. (2003). Impact of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Behaviour Research and Therapy, 41,* 671-680.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoum, K. S., Crits-Cristoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51,* 3-16.

Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 3-18.

Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supportes psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-756.

Davenport, B. R. y Ratliff, D. (2001). Alliance ratings as a part of trainee evaluations within family therapy training. *Contemporary Family Therapy, 23* (4), 441-451.

Dembo, R., Ikle, D. N. y Ciarlo, J. A. (1983). The influence of client-clinician demographic match on client treatment outcomes. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 5,* 45-53.

Eells, T. (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation*. Nueva York: Guilford.

Foa, E. B., Steketee, G. S. y Ozarow, B. J. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives patients. En M. Mavisakalian, S. M. Turner y L. Michelson (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder* (pp. 49-129). Nueva York: Plenum.

Frank, J. D. y Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy* (3.ª ed.). Baltimore: The Johns Hopkins Press.

Gavino, A. (1991). Las variables del proceso terapéutico. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 2, pp. 145-160). Madrid: Siglo XXI.

Gavino, A. (2003). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual.* Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos.* Madrid: Pirámide.

Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 1023-1035.

Horowitz, M. J. (1997). *Formulation as a basis for planning psychotherapy treatment.* Londres: American Psychiatric Press.

Luborsky, L., Mintz, J., Auerbach, A., Christoph, P., Bachrach, H., Todd, T., Johnson, M., Cohen, M. y O'Brien, C. (1980). Predicting the outcome of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 37,* 471-481.

Mallinchrodt, B. y Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Consulting Psychology, 38,* 135-138.

Murphy, P. M., Cramer, D. y Lille, F. J. (1984). The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology, 57,* 187-192.

Nerdrum, P. y Ronnestad, M. H. (2002). The trainees' perspective: A qualitative study of learning empathic communication in Norway. *Counseling Psychologist, 30* (4), 609-629.

Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. En A. M. Brodsky y R. T. Hare-Mustin (Eds.), *Women and psychotherapy* (pp. 3-34). Nueva York: Guilford.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21,* 95-103.

Salkovskis, P. M. y Warwick, H. M. C. (1988). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. En C. Perris, I. M. Blackburn y H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy. Theory and practice* (pp. 376-395). Heidelberg: Springer-Verlag.

Sexton, T. L. y Whiston, S. C. (1991). A review of the empirical basis for counseling: Implications for practice and training. *Counselor Education and Supervision, 30,* 330-354.

Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J. y Whipple, K. (1975). *Psychology versus behavior therapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Steketee, G. S. (1993): *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder.* Nueva York: Guilford Press.

© Ediciones Pirámide

Strong, S. R. (1978). Social psychological approaches to psychotherapy research. En S. Garfield y A. Bergin (Comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* Nueva York: Wiley.

Strupp, H. H. y Binder, J. L. (1989-1993). *Una nueva perspectiva en psicoterapia. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Thompson, A. P. y Gallagher, D. (1984). Efficacy of psychotherapy in the treatment of late-life depression. *Advances in Behavioral Research and Therapy, 6,* 127.

Thornicroft, G., Colson, L. y Marks, I. M. (1991). An in-patient behavioural psychotherapy unit description and audit. *British Journal of Psychiatry, 158,* 362-367.

Vervaeke, G. A. C. y Emmelkamp, P. M. G. (1998). Treatment Selection: What Do We Know? *Psychological Assessment, 14,* 50-61.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide.* Chichester: Wiley.

Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. y Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 542-549.

Wester, S. R. y Vogel, D. L. (2002). Working with masculine mystique: Male gender role conflict, counseling self-efficacy, and the training of male psychologists. *Professional Psychology-Research and Practice, 33* (4), 370-376.

Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E. y Hoffman, M. A. (1997). Experiences of novice therapist in prepracticum: Trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology, 44* (4), 390-399.

Wilson, G. T. (1996). Manual based treatments: the clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 295-314.

Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology-Science, and Practice, 5* (3), 363-375.

© Ediciones Pirámide

Intervención en un caso de fobia a la sangre/inyecciones/heridas

2

ARTURO BADOS
MARC CORONAS

2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASTORNO

La fobia a la sangre/inyecciones/heridas (FSIH) y, en general, a las intervenciones médicas es el problema presentado en el caso expuesto en este capítulo y uno de los tipos de fobias específicas distinguidos en el DSM-IV. De acuerdo con este sistema diagnóstico (American Psychiatric Association, 1994/1995), en las fobias específicas se da un miedo intenso y persistente que es excesivo o irracional y es desencadenado por la presencia o anticipación de objetos o situaciones específicos. Al exponerse al estímulo fóbico, se produce una respuesta inmediata de ansiedad que puede llegar incluso a ataque de pánico. Los adultos, pero no necesariamente los niños, reconocen que su miedo es excesivo o irracional.

Las situaciones fóbicas son evitadas o se soportan con ansiedad o malestar intensos. La evitación, anticipación ansiosa o malestar en las situaciones fóbicas interfieren marcadamente en la vida de una persona o existe un malestar intenso por tener la fobia. Si se es menor de 18 años, la duración del problema debe ser de seis meses o más. Finalmente, la ansiedad/pánico o evitación asociados a las situaciones temidas no son explicados mejor por otros trastornos mentales.

El DSM-IV distingue los siguientes tipos de fobias: *a*) Animal. *b*) Ambiente natural: tormentas, viento, alturas, agua, oscuridad. *c*) Sangre/inyecciones/heridas. *d*) Situacional: transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, volar en avión, conducir o viajar en coche, lugares cerrados. *e*) Otro tipo: situaciones que pueden conducir al atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; fobia a los espacios; ruidos fuertes, personas disfrazadas, etc.

Los fóbicos específicos pueden temer un posible daño (accidente aéreo, mordedura, choque de automóviles, ahogarse), pero también pueden estar preocupados por perder el control, hacer el ridículo, marearse, desmayarse o tener un ataque de pánico. Los fóbicos a la sangre pueden temer el desmayo, perder el control, tener un ataque de pánico, el azoramiento o ridículo y un posible daño. Es también común la aprensión sobre las sensaciones físicas experimentadas (mareo, náuseas) y la sensación de asco o repugnancia; esta emoción parece ser más dominante que la de miedo. Los fóbicos a la sangre se caracterizan por una susceptibilidad específica al asco (centrada en sus estímulos fóbicos), aunque por el momento sólo hay un apoyo parcial a que se caractericen también por una susceptibilidad generalizada al asco (centrada en estímulos no relacionados con la fobia tales como ciertos animales, alimentos podridos, productos corporales, olores).

Al encontrarse en la situación temida, se produce una activación del sistema nervioso simpático: taquicardia, palpitaciones, aumento de la presión sanguínea, respiración acelerada, sudoración, menor actividad gastrointestinal. Ahora bien, en la FSIH son frecuentes el mareo, el sudor, la palidez, las náuseas (sin vómitos) y el desvanecimiento. A diferencia de las otras fobias, el patrón fisio-

© Ediciones Pirámide

lógico de respuesta que se da en la FSIH es muy distinto. En concreto, en las otras fobias se produce un incremento de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco ante el estímulo temido. En cambio en la FSIH se produce una respuesta difásica en la que el citado incremento es seguido en breve por una rápida caída de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco, lo cual puede conducir al desmayo caso de seguir en la situación fóbica sin hacer nada al respecto. No todos los fóbicos a la SIH presentan la respuesta difásica.

La frecuencia de las fobias específicas en adultos americanos —tomando como referencia el último mes, el último año o alguna vez en la vida— es respectivamente 5,5, 9 y 11 por 100. La fobia a la sangre/inyecciones/dentistas está presente en algún momento de la vida en el 3,5 por 100 de las personas (0,8, 1,6 y 2,7 por 100 para la fobia a la sangre, inyecciones y dentistas respectivamente). La mayoría de los fóbicos específicos son mujeres: 2-3 por cada varón, según el tipo de fobia.

A diferencia de otras fobias y trastornos de ansiedad, los problemas psicopatológicos asociados con las fobias específicas, consideradas como diagnóstico principal, son menos frecuentes. En un estudio con 110 pacientes con fobia específica (principalmente de tipo situacional), sólo el 34 por 100 presentaron algún trastorno comórbido actual del Eje I del DSM-IV; el diagnóstico comórbido más frecuente fue otra fobia específica.

2.1.1. Origen y mantenimiento de las fobias específicas

El origen de las fobias específicas puede ser explicado mediante la interacción de factores biológicos y psicológicos enumerados en el cuadro 2.1. Estos factores permiten explicar la adquisición de una expectativa ansiosa (expectativas de peligro y ansiedad, activación somática anticipatoria, afecto negativo), la cual implica una sobrestimación de la probabilidad y aversividad de lo que se teme. Esta expectativa ansiosa, junto con la percepción de carencia de recursos para afrontar la situación y el miedo, facilitan la evitación de las situaciones temidas. Esta evitación es reforzada negativamente, ya que previene o reduce la ansiedad e impide la supuesta ocurrencia de consecuencias aversivas; pero el precio que se paga es el mantenimiento de las expectativas de peligro y el no poder realizar ciertas actividades. Por otra parte, la fobia puede ser también reforzada positivamente (atención, cuidados, satisfacción de las necesidades de dependencia) en algunos casos.

CUADRO 2.1

Posibles factores involucrados en la génesis de las fobias específicas

- Contribución genética no específica (sistema nervioso autónomo lábil o inestable) y/o específica (mayor heredabilidad para desarrollar ciertas fobias). Este último factor parece especialmente importante en la fobia a la sangre/inyecciones.
- Preparación biológica: se adquiere más fácilmente el miedo a los estímulos que han representado filogenéticamente una amenaza a la supervivencia de la especie.
- Prepotencia biológica: existen muchos estímulos evolutivamente prepotentes que generan miedo en la mayoría de las personas al primer encuentro sin necesidad de ningún aprendizaje asociativo, ya sea directo o indirecto. La respuesta de miedo se debilita cuando hay exposiciones repetidas y no traumáticas a las situaciones temidas (habituación).
- Experiencias negativas directas o indirectas (observar a otros tener experiencias negativas o mostrar miedo en las situaciones fóbicas, transmisión de información amenazante) con estímulos fóbicos.
- Proceso de asociación errónea o condicionamiento supersticioso: se experimenta ansiedad/pánico en ciertas situaciones que pasan a suscitar miedo; pero la respuesta inicial ha sido provocada por acontecimientos estresantes o traumáticos o por otros factores (problemas médicos, cambios hormonales, hipoglucemia, fármacos/drogas).
- Estilo educativo sobreprotector y falta de habilidades de afrontamiento.

© Ediciones Pirámide

Si las situaciones temidas no se pueden evitar, aumentan las expectativas de peligro/ansiedad y la activación autónoma, con lo que se produce un incremento de la ansiedad. Esto facilita la aparición de conductas defensivas dentro de la situación (por ejemplo, agarrar fuertemente el volante al conducir, no mirar hacia abajo en sitios altos, distraerse), el escape de la misma o, incluso, la inmovilidad tónica. El nivel de ansiedad experimentado en la situación dependerá de las características del estímulo fóbico (por ejemplo, si un perro está suelto o atado), del grado en que el escape esté impedido, de la presencia de señales de seguridad (personas de confianza, por ejemplo) y de otros factores como el estado de ánimo de la persona (el humor deprimido suele agravar las fobias).

Al igual que las conductas de evitación, las conductas defensivas (incluido el escape) ayudan a mantener las expectativas de peligro. Nuevas experiencias negativas, directas o indirectas, con el estímulo temido ayudan asimismo a mantener las conductas fóbicas. También puede contribuir a esto último la ocurrencia de eventos estresantes. La figura 2.1 proporciona una representación esquemá-

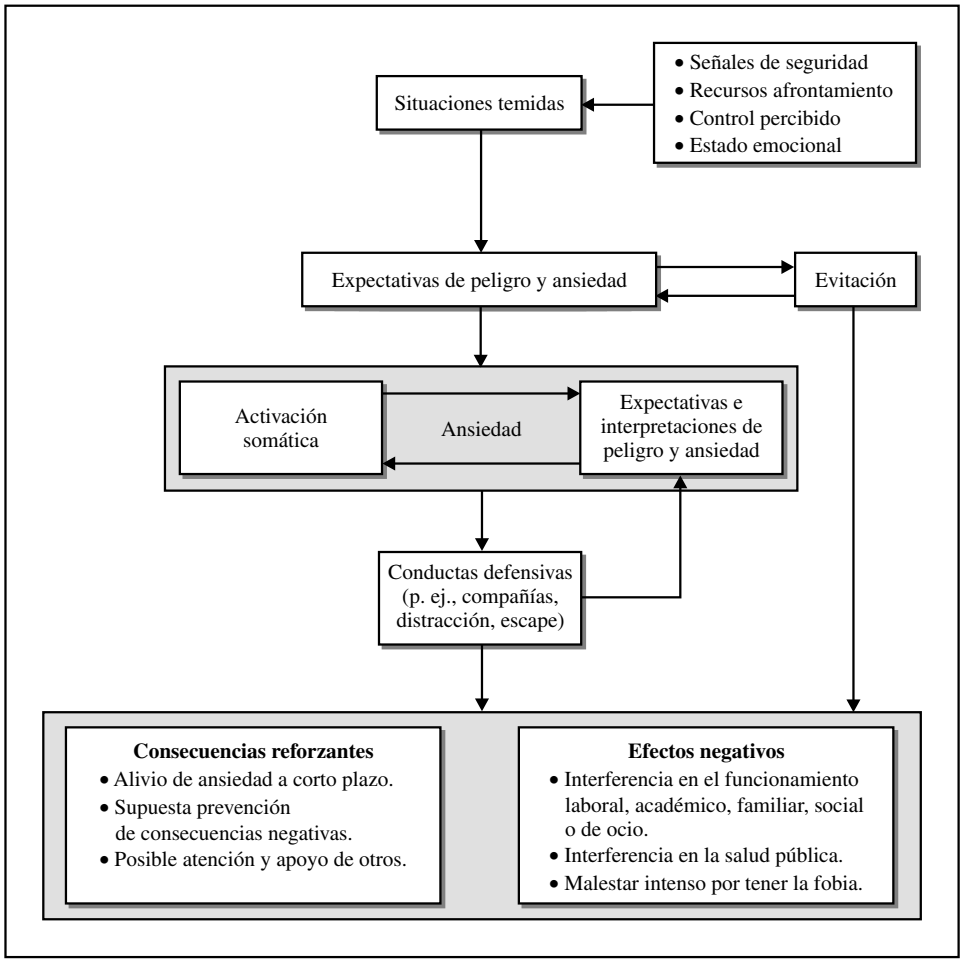


Figura 2.1.—Modelo explicativo del mantenimiento de las fobias específicas.

© Ediciones Pirámide

tica de un modelo explicativo del mantenimiento de las fobias específicas.

2.1.2. Evaluación y tratamiento de las fobias específicas

En cuanto a la evaluación de las fobias específicas, es aconsejable, además de llevar a cabo la entrevista correspondiente, aplicar algún tipo de cuestionarios. Por ejemplo, un cuestionario general de miedos, un cuestionario centrado en la fobia específica del cliente (si no existe, puede elaborarse un cuestionario individualizado según las situaciones que la persona teme y evita) y un cuestionario sobre la interferencia producida por la fobia. También puede ser útil emplear algún autorregistro y llevar a cabo algún test conductual que permita observar las respuestas del paciente y evaluar su nivel de miedo y evitación al exponerse a las situaciones temidas. Ejemplos de estos métodos e instrumentos pueden verse en Bados (1998) y Méndez y Macià (1994).

Los tratamientos más investigados y eficaces para las fobias específicas son la exposición en vivo (EV) a las situaciones temidas y el modelado participante (una combinación de modelado y EV). Ambos han resultado superiores al no tratamiento y al placebo y a otras intervenciones, como la relajación, la reestructuración cognitiva, la exposición interoceptiva y diversas técnicas de exposición en la imaginación. En general, el modelado no parece potenciar la EV, aunque es conveniente cuando hay que enseñar habilidades y, al menos en niños, puede contribuir a que se mantengan mejor los resultados conseguidos.

Se sabe muy poco sobre si el entrenamiento en estrategias de afrontamiento aumenta o no la eficacia de la EV. De todos modos, su empleo puede reducir el número de rechazos y abandonos del tratamiento y disminuir el tiempo necesario de exposición. Por el momento, los datos son contradictorios sobre que la EV sea potenciada por la relajación. Las técnicas de reevaluación cognitiva no parecen potenciar la EV en la mayoría de las fobias específicas con las posibles excepciones de la claustrofobia y la fobia a las alturas.

La exposición imaginal, la desensibilización sistemática, la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares, el modelado en vivo y el modelado simbólico también han resultado eficaces para las fobias específicas, aunque menos que la EV o el modelado participante. La exposición mediante realidad virtual puede ser un eficaz complemento de la EV, especialmente cuando ésta es difícil de realizar, pero no se sabe si, como alternativa, es igual de eficaz.

Un último tratamiento, la tensión aplicada, ha dado lugar a muy buenos resultados con personas con FSIH. La intervención consiste en aprender a tensar los músculos de todo el cuerpo para incrementar la presión sanguínea y prevenir el desmayo; posteriormente, el paciente debe aplicar la habilidad aprendida en las situaciones temidas. Es posible que la tensión aplicada sea más eficaz que la EV, aunque los datos han sido obtenidos por un único grupo de investigación.

Conviene enfatizar que aunque la EV es muy eficaz, puede tener que ser complementada por otros procedimientos, los cuales son enumerados en el cuadro 2.2. Guías específicas para el tratamiento de las fobias específicas pueden encontrarse en Antony y Barlow (1997), Bados (1998) y Craske, Antony y Barlow (1997); para niños, véase Méndez (1999).

Para pacientes muy motivados y con una única fobia de la que no deriven ningún beneficio, la EV, combinada cuando es preciso con modelado, puede llevarse a cabo en una sola sesión de hasta tres horas; posteriormente, el paciente debe seguir practicando por su cuenta. De todos modos, según datos de un estudio, en la práctica clínica real el tratamiento de las fobias específicas requiere de media 13 horas (11 horas para la FSIH) a lo largo de unos tres meses.

Con el tratamiento conductual mejoran de un modo clínicamente significativo el 75-90 por 100 de los fóbicos específicos tratados. Se consiguen reducciones notables en medidas de ansiedad, evitación y cogniciones negativas, aunque, cuando existen varias fobias, se da poca generalización a aquellas que no han sido tratadas. Alrededor del 8 por 100 de los clientes abandonan la intervención una vez iniciada. El porcentaje de pacientes mo-

© Ediciones Pirámide