

Estudio de un caso de Ansiedad generalizada con conductas de escape encubiertas.

Losa Grau, Ana M^a

Psicóloga Clínica - PV 4854. Gabinete de Psicología Clínica. Tel. 96 389 02 84

RESUMEN

Este artículo muestra la evaluación y tratamiento de un problema de ansiedad generalizada con conductas de escape encubiertas, desde un enfoque cognitivo-conductual. Se describe el análisis funcional del problema, la hipótesis explicativa y el plan de tratamiento establecido para el caso. Asimismo, se presenta la aplicación paso a paso de las técnicas terapéuticas empleadas y los resultados obtenidos al finalizar la terapia.

PALABRAS CLAVE

Psicología clínica, terapia cognitiva, ansiedad

ABSTRACT

This article shows the evaluation and treatment of a generalized anxiety problem, with a covered escape behavior, from a behavior-cognitive point of view. It describes the functional analysis of the problem, the explanatory hypothesis and the established treatment plan. In the same way, it describes, step by step, the application of the therapeutic techniques and the final results obtained at the end of the therapy.

KEY WORDS

Clinical Psychology, Cognitive Therapy, Anxiety.

INTRODUCCION

El trastorno de ansiedad generalizada, también llamado ansiedad difusa o flotante, ha sido considerado tradicionalmente como un problema orgánico debido a la ausencia de estímulos desencadenantes claros. Actualmente se considera que sí que existen tales estímulos, solo que se trata de

estímulos internos cognitivos que se repiten continuamente en la mente del sujeto.

Según el DSM-III-R este trastorno consiste en ansiedad y/o preocupación no realista o excesiva en torno a dos o más circunstancias vitales (familia, trabajo, economía, salud, etc.), acompañada de síntomas de tensión muscular, hiperactividad vegetativa y/o hipervigilia. El trastorno debe durar como mínimo 6 meses, estando la persona preocupada por estos problemas la mayor parte de los días.

Entre el 2.5 y el 4% de la población clínica presenta este problema. No existen diferencias en cuanto al sexo, y la edad de comienzo, dándose habitualmente entre los 20 y 30 años, coincidiendo con el inicio de la vida adulta. En niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad y preocupación por el rendimiento académico, deportivo o social.

Las variables implicadas en el origen del problema son, por un lado los acontecimientos vitales estresantes propios de la etapa

adulta (entrar en el mundo laboral, primer hijo, matrimonio, etc.), y por otro lado, la vulnerabilidad previa del individuo, consistente en una mayor reactividad del sistema nervioso y una tendencia cognitiva a realizar sobreestimaciones negativas e interpretaciones catastróficas de la realidad.

Según el modelo explicativo de Pastor y Sevillá (1993) (Esquema I) el trastorno de ansiedad generalizada se mantendría por refuerzo negativo interno. Según este modelo, ante determinados estímulos (en su gran mayoría internos cognitivos), aparece la respuesta cognitiva que consiste en interpretaciones negativas repetitivas (posibles catástrofes de tipo profesional, familiar, social, de salud,...que podrían ocurrir). Inmediatamente se produce una activación del Sistema Nervioso Autónomo (S.N.A.); esta activación no es demasiado elevada pero produce una sensación continua de ansiedad. Aparecen entonces las respuestas de escape/evitación, que pueden ser tanto motoras (evitar situaciones, dejar de realizar actividades, hacer actividades diferentes) como encubiertas (rumiaciones sobre temas concretos, búsqueda de soluciones para el problema, distracción). Estas respuestas operantes producen un alivio de la ansiedad a muy corto plazo, pero a medio y largo plazo producen mayor preocupación y ansiedad.

(Ver Esquema I)

El perfil típico de una persona con este problema es el de un sujeto con mucha actividad, que suele tener dificultades para delegar responsabilidades y déficits en resolución de problemas. Su continuo estado de activación del S.N.A. puede acabar ocasionándole problemas físicos; alteraciones y trastornos gastrointestinales, cardiorespiratorios, musculares, migrañas, etc. Asimismo son muy habituales los trastornos del sueño.

La ansiedad generalizada suele darse junto con otros trastornos de ansiedad. Es muy común que personas que presentan este problema compartan síntomas de ansiedad social, hipocondría, pánico y obsesiones, desarrollan-

do en muchos casos alguno de estos problemas.

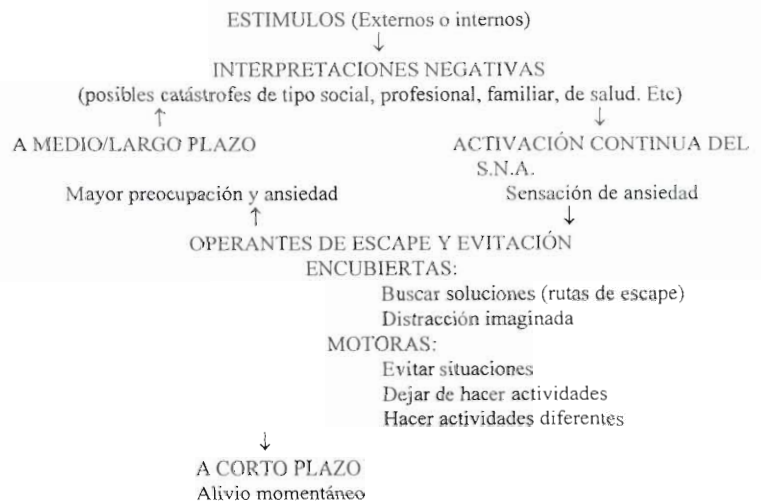
Las terapias que han demostrado mayor eficacia en el tratamiento de la ansiedad generalizada son las que han empleado una combinación de técnicas cognitivas y conductuales: Entrenamiento de manejo de ansiedad (Suinn, 1993), Terapia cognitiva para la ansiedad (Beck y Emery, 1985).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 25 años, licenciada en Psicología, soltera, que convive con sus padres y dos hermanos más, siendo ella la mayor de los tres. Trabaja en una actividad no relacionada con la Psicología. En el momento en que empezamos la terapia, Marzo de 1997, está realizando un curso de especialización en Psicología Clínica.

Esquema I. MODELO EXPLICATIVO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Pastor y Sevillá, 1993



TEMAS D'ESTUDI

NATURALEZA DEL PROBLEMA

Continuamente se encuentra preocupada por su eficacia en el área profesional y personal. Tiene un estado de activación continuo que se traduce en síntomas físicos de tensión muscular excesiva (cuello y hombros), sensaciones desagradables en el estómago (sensación de vacío) y aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio (ahogo). Esto se agudiza en situaciones en las que ella es la responsable de algún trabajo que los demás pueden valorar o es ella misma quien lo valora.

Empieza a anticipar negativamente su mala ejecución, lo que le lleva a pasar gran parte de su tiempo buscando soluciones para evitar que eso ocurra, estas soluciones consisten en planes de acción y rumiaciones sobre el tema que le preocupa, así como pasar muchas horas trabajando o por el contrario evitar tratar ese tema, con lo que justifica después su mala ejecución. Tiene dificultades para desconectarse de su trabajo en sus horas de ocio. Su trabajo se ve mermado en eficacia debido a la ansiedad con la que se enfrenta a estas situaciones: tartamudeos, bloqueos mentales, disminución de claridad en la exposición de sus ideas.

Presenta también ocasionales episodios bulímicos como consecuencia de su ansiedad: se da atracones de comida para aliviarla. Hace dos años que no vomita después del atracón, debido a que adquirió conciencia del problema y del peligro que podía suponer para su salud; en estos dos años ha engordado 17 kilos.

EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

El manejo de su ansiedad empieza a suponerle un problema hace cuatro años, coincidiendo con la ruptura de una relación de tres años. Su pareja estuvo acosándola con persecuciones y amenazas. Esto se convirtió en una gran fuente de preocupación, llegando

incluso a temer por su vida. Fue entonces cuando empezó con los atracones para aliviar su ansiedad, seguidos de vómitos al sentirse culpable por lo que había comido.

Tras normalizarse esta situación, empieza a sentir ansiedad al encontrarse en situaciones sociales. El hecho de tener que asistir sola a estas situaciones, empezó a producirle una fuerte ansiedad social, sin embargo no las evitó.

Actualmente la ansiedad social solo aparece antes de enfrentarse a una situación en la que figuras de autoridad puedan valorar su capacidad y su trabajo como psicóloga.

Es al terminar la carrera y empezar a tener contactos profesionales cuando empieza a tener ese continuo estado de alerta provocado por su necesidad de hacerlo bien, de ser buena profesional

ESTILO PERSONAL

Se define como muy exigente consigo misma y poco con los demás. No soporta haberse esforzado al máximo y que le salga un trabajo deficiente o normal. Suele participar en actividades sociales y pertenece o ha estado en distintas asociaciones de carácter social y altruista. Tiene un alto sentido de la responsabilidad.

ESTUDIOS/RENDIMIENTO

Menciona que en el colegio, pese a sacar notas brillantes, no sentía ninguna satisfacción por ello: "era mi obligación, no le veía ningún mérito". «Mis padres nunca me premiaban mis logros académicos».

VULNERABILIDAD PREVIA

El tema de la comida y el peso está sobrevalorado en su casa, su madre y sus tías continuamente están preocupadas por el exceso de peso y las dietas. Su hermana de 16 años ha empezado con episodios bulímicos, según ella, mucho más frecuentes e intensos que los suyos.

La relación con su madre la considera muy buena. A su padre lo define como distante y muy exigente consigo mismo y con los demás.

VARIABLES BIOLÓGICAS

Es asmática. De pequeña sufría fuertes ataques de asma. Esto le condicionó en gran medida en la relación con sus compañeros de colegio: no podía participar en la mayoría de juegos, se sentía diferente a los demás, acabando por ser rechazada. Actualmente toma medicación solo cuando la necesita: un inhalador para los ataques fuertes y otro para las molestias. No obstante, ya no sufre los ataques tan intensos.

AFRONTAMIENTO

Utiliza la discusión de pensamientos irracionales (criterios de racionalidad) para combatir algunos de estos, aunque hay algunos que no se los ha discutido nunca. Lo hace por escrito en el momento que lleva un rato sintiendo ansiedad. Consigue bajar su ansiedad, pero al momento vuelven a irrumpir los pensamientos.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Los datos que a continuación se exponen se obtuvieron en el proceso de evaluación mediante la entrevista personal durante las tres primeras sesiones, además del uso de autorregistros cuyo formato era el siguiente:

Día/ Situación/ Pensamiento/ Emoción/ Conducta

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL PROBLEMA

ESTIMULOS

Las situaciones en las que aparece el problema se pueden dividir en dos tipos:

- Situaciones en las que tiene que realizar una tarea en la que ella es la responsable y depende de su esfuerzo y

capacidad personal el resultado de esta. Por ejemplo: organizar un reparto, organizar su horario de actividades, preparar una sesión, seguir una dieta alimenticia.

- Situaciones en las que tiene que realizar una tarea en la que puedan valorar su capacidad (sobre todo como psicóloga), personas que sepan que es psicóloga, que tengan algún tipo de autoridad y que se muestren en actitud distante y fría.

Estos dos tipos de situaciones son los estímulos ante los que se disparan las respuestas de ansiedad. Pueden darse tanto como estímulos externos e internos. Es decir tener que enfrentarse a alguna de estas situaciones o simplemente pensar en ellas.

RESPUESTA COGNITIVA

Los pensamientos que se activan tras enfrentarse a los estímulos mencionados son:

«No me siento preparada», «No lo haré bien», «Es demasiado difícil para mí»,

«Tengo miedo de no saber»

«Tengo que ponerme en marcha», «Debo hacerlo bien, debo prepararme»

«No he preparado esto como debería», «Yo no debería tener estos problemas»

«Soy psicóloga y no debería cometer estos errores», «No soy una buena profesional»

«No debería comer», «No puedo controlarme», «No soy capaz de proponerme algo y cumplirlo», «Soy muy blanda conmigo misma», «Yo no debería ser así»

RESPUESTA EMOCIONAL Y FISIOLÓGICA

A nivel emocional aparece un aumento de las respuestas de ansiedad. Este aumento de la ansiedad se traduce a nivel fisiológico en: tensión muscular, calor, aceleración ritmo cardíaco, sensaciones en estómago, etc.

Otras de las emociones que también manifiesta son: preocupación, culpabilidad, tristeza y enfado.

RESPUESTAS OPERANTES

Aparecen dos tipos de respuestas que operan algún cambio en el problema

Por un lado aparecen respuestas motoras observables como son:

Dedicar sus horas de ocio a continuar trabajando

Posponer alguna tarea que prevé le resultará difícil

Ingerir alimentos (chocolatinas, galletas, etc.)

Además de estas conductas, directamente observables, existen otras respuestas que ella realiza para manejar su malestar: Se trata de conductas encubiertas consistentes en rumiaciones mentales sobre el problema:

Valorar una y otra vez el problema

Buscar posibles soluciones sin llegar nunca a tomar una decisión.

Estas conductas encubiertas sirven para reasegurarle que no ocurrirá lo que teme, que es: no hacerlo bien, no ser buena profesional, cometer errores. Es decir, el razonamiento sería el siguiente: "Si planifico, me agobio y trabajo...entonces...haré un buen trabajo, no cometeré errores", "Si no rumio, si no me agobio...entonces...haré un mal trabajo"

CONSECUENCIAS

Las consecuencias que obtiene al realizar estas conductas son tanto internas como externas:

Consecuencias internas: la consecuencia inmediata tras realizar las distintas respuestas operantes es el alivio o disminución de la ansiedad (refuerzo negativo). Es decir, este tipo de conductas se seguirán manteniendo porque están siendo reforzadas negativamente. No obstante, a medio-largo plazo la ansiedad vuelve a aparecer, pues no se permite oportunidades para comprobar que su creencia es errónea.

Existen también otras consecuencias tras la realización de estas conductas,

como son: el autorefuerzo y el autocastigo. Ambas provienen de su creencia irracional de perfeccionismo. El autorefuerzo se lo da cuando considera que ha actuado de un modo «responsable» (preocupándose y rumiando continuamente) y el autocastigo cuando considera que no ha actuado con «responsabilidad».

Consecuencias externas: generalmente al realizar estas conductas obtiene la aprobación de los demás a través de comentarios como «es una persona muy responsable y valiosa» (refuerzo positivo)

HIPÓTESIS EXPLICATIVA: ORIGEN Y MANTENIMIENTO DEL PROBLEMA

El origen del problema no se da a partir de un momento concreto, sino más bien a través de un largo proceso de aprendizaje de conductas e ideas perfeccionistas adquiridas en el seno familiar tanto por aprendizaje vicario (imitación de modelos paternos) como por aprendizaje instrumental (condicionamiento operante; refuerzo de conductas inadecuadas, y castigo y extinción de otras más adecuadas). Todo este proceso acaba formándole un estilo de pensamiento perfeccionista y exigente, sobre todo hacia sí misma.

Este factor de aprendizaje, junto con una posible predisposición biológica a una mayor reactividad, contribuyen a crearle una vulnerabilidad psicológica. De modo que al enfrentarse a las exigencias de la etapa adulta, estas actitudes disfuncionales se activan rápidamente produciendo así una fuerte ansiedad. Es entonces cuando empieza a dar una serie de respuestas para manejar esa emoción, contribuyendo con estas al mantenimiento del problema, pues aunque a corto plazo le sirven para reducir o aliviar su ansiedad y preocupación, a medio-largo plazo hacen que estas emociones se mantengan. Es decir, al emitir esas respuestas, no per-

TEMES D'ESTUDI

mite la habituación a los estímulos disparadores de ansiedad y además impide la posibilidad de romper la asociación «debo estar ansiosa y preocupada si quiero hacer un buen trabajo. Con esto, sus ideas de autoexigencia y autoperfección quedan todavía más reforzadas.

Por otra parte tiene dificultades con el control de su dieta alimenticia. Este problema está en relación directa con su ansiedad generalizada, pues en él están implicadas su autoexigencia y perfeccionismo respecto a alguna actividad que dependa exclusivamente de su esfuerzo y capacidad personal. De modo que cuando se siente ansiosa por cualquier motivo, el ingerir alimentos le sirve como respuesta de escape para aliviar su ansiedad. Asimismo, cuando no consigue llevar a cabo la dieta propuesta se le activan pensamientos perfeccionistas inadecuados que vuelven a generarle ansiedad.

PLAN DE INTERVENCIÓN

El tratamiento propuesto para intervenir en el problema está centrado en Técnicas Conductuales y Cognitivas. La

conducta a cambiar es la Respuesta Emocional y Fisiológica (sensación continua de ansiedad y sus sensaciones fisiológicas correspondientes). Para poder modificarla, el plan de intervención es el siguiente:

Actuar en la Respuesta Cognitiva; la respuesta de ansiedad viene determinada por los pensamientos previos, con lo que modificando esos pensamientos mediante Técnicas Cognitivas (Reestructuración Cognitiva de Ellis) se interviene en la ansiedad.

Actuar en las Consecuencias; impidiendo que realice las respuestas de escape y evitación se consigue evitar que obtenga el refuerzo negativo interno consistente en aliviar su ansiedad. Esto requiere el uso de Técnicas Conductuales (Prevención de Respuesta).

Actuar en la Respuesta motora; promover nuevas formas de organizar su tiempo, establecer un horario de trabajo, etc.

Actuar en la propia Respuesta emocional; se consideró innecesario usar la técnica de relajación por falta de tiempo y motivación del cliente hacia esta.

El problema del asma parece que le condiciona al intentar realizar la técnica de Relajación Muscular Profunda. Las sensaciones que nota al practicarla las asocia a las del ataque de asma. Además le aparecen pensamientos intrusivos de no poder relajarse.

Se supone que la ansiedad bajará al intervenir en los otros aspectos.

En el tema del control de la dieta se plantea una doble intervención:

Antes de decidir si va a realizar la dieta; utilizar autoinstrucciones dirigidas a intervenir en los pensamientos que pueden hacer que se salte la dieta.

Después de habérsela saltado; discusión de pensamientos perfeccionistas mediante Reestructuración Cognitiva.

PASOS DEL TRATAMIENTO

Tal y como se ha comentado en la hipótesis explicativa sobre el origen del problema, la idea o creencia de perfección es una de las variables que más peso tiene en la aparición de la ansiedad, junto con la vulnerabilidad biológica previa y los acontecimientos estresantes. Por este motivo, gran parte del tratamiento se basó en trabajo cognitivo. Las técnicas utilizadas para promover el cambio en sus pensamientos disfuncionales fueron la Reestructuración cognitiva de Ellis y el uso de autoinstrucciones ajustadas al manejo de las situaciones críticas con la comida.

Por otra parte, sus respuestas de escape encubiertas estaban manteniendo el problema por refuerzo negativo, por lo que se utilizó la técnica de Prevención de respuesta como primera estrategia a seguir.

En la 4ª sesión, tras explicar el análisis funcional, origen y mantenimiento del problema, se consiguió que tomase conciencia de que sus respuestas cognitivas (rumiaciones) actuaban como mantenedoras del problema. Conseguido esto fue el momento de establecer con ella en sesión un hora-

Tabla 1. DISCUSIÓN DE LAS IDEAS:
“No he preparado esto como debería. No lo podré hacer bien”
“ Debería hacerlo bien”

LÍNEAS DE DISCUSIÓN:	ERRORES COGNITIVOS
Por el hecho de que haya ocurrido en el pasado no significa que vaya a ocurrir ahora	Error del adivino
Asumiendo que ocurriese ¿cómo podríamos afirmar que todo será tan malo como crees?	Pensamiento de todo o nada
¿Cuándo podríamos decir que somos buenos en algo o que hemos hecho un buen o un mal trabajo?	Etiquetar, filtro mental, descalficar lo positivo, generalizar.
¿Cómo podemos afirmar que haber cometido ese error concreto es algo tan grave?	Magnificar
Asumiendo que cometemos errores ¿por qué lo hacemos? ¿Qué motivos tenemos para cometer errores?	Debería

PENSAMIENTO ALTERNATIVO

Tengo recursos para hacerlo bien, no tengo que hacerlo perfecto, lo haré lo mejor que pueda. Es normal cometer errores, puedo aprender de ellos, no soy perfecta

rio de trabajo donde podría planificar, preparar su trabajo, generar ideas, etc. Fuera de este horario no se permitiría «rumiar» soluciones.

En la siguiente sesión (5^a) se confirmó que su ansiedad subió al llevar a cabo esta estrategia. Sin embargo, pese al esfuerzo que le supuso impedirse el escape cognitivo, no se permitió la

rumiación. Cada vez que se sorprendía a sí misma pensando en algún tema relacionado con su trabajo, cortaba su hilo de pensamientos. Con esto, en un primer momento, aumentaba su ansiedad pues pensaba que si no se permitía trabajar más, iba a obtener un peor resultado. Pero inmediatamente reinterpretaba esa ansiedad como consecuencia de no estar dando el escape habitual, y de este modo era capaz de llevar a cabo la prevención de respuesta.

Destacar que durante esa semana tuvo la sensación de que las mejores ideas para su trabajo le surgían fuera del horario establecido. Y que dentro de este su eficacia era menor.

En la 5^a sesión se comenzó con la técnica de Reestructuración Cognitiva de Ellis. Dado que la cliente era Psicóloga y se estaba formando en Terapia de Conducta, se pudo introducir la explicación del Modelo ABC y la de los Criterios de Racionalidad en la misma sesión. Como tarea debía elaborar un listado de preguntas para someter un pensamiento cualquiera a los Criterios de Racionalidad.

En las siguientes tres sesiones (6^a, 7^a y 8^a), se realizó la discusión de la cadena de pensamientos disfuncionales: "No he preparado esto como debería. No lo podré hacer bien", "Debería hacerlo bien". Para ello se usaron las preguntas elaboradas por ella, algunas de las cuales eran: ¿Qué datos objetivos tengo de que eso sea así?, ¿Me sirve para lograr mi objetivo?, ¿Me hace sentir mal durante demasiado tiempo?, ¿Cómo está expresado?, etc.

Partiendo de su cuestionamiento se añadieron nuevos argumentos objetivos que debilitasen su creencia. Estos nuevos argumentos se basaron en detectar los errores de pensamiento que están implícitos en esas afirmaciones (Tabla 1). Como tarea debía realizar diariamente y por escrito la discusión de la cadena de pensamientos señala-

Tabla 2. DISCUSION DE LA CADENA DE PENSAMIENTOS: "No puedo controlarme, no soy capaz de proponerme algo y cumplirlo, soy blanda conmigo misma, no debería ser así"

"No puedo controlarme"

Datos a favor

Si me siento nerviosa es porque no tengo control
Ha habido situaciones en las que no he podido controlarme.

Datos en contra

Me siento nerviosa porque es algo importante para mí
He estado nerviosa en el pasado y he podido controlarme

Pensamiento alternativo

Ponerme nerviosa solo indica que es algo importante para mí, tengo recursos para controlarme, lo he hecho en el pasado

"No soy capaz de proponerme algo y cumplirlo"

Datos a favor

Muchas veces no cumplo lo que me propongo

Datos en contra

Otras muchas veces sí que he cumplido lo que me había propuesto, tengo capacidad para hacerlo

Pensamiento alternativo

Tengo capacidad de proponerme algo y cumplirlo, la mayoría de veces lo hago. Que en algún momento no lo consiga no significa que no sea capaz.

"Soy muy blanda conmigo misma"

Datos a favor

Siempre me convengo fácilmente para no hacer lo que me propongo
Me cuesta ser constante

Datos en contra

Hay muchas ocasiones en las que sí que he cumplido lo que me he propuesto
Una persona a la que le cuesta llevar a cabo lo que se propone pero en la mayoría de ocasiones lo lleva a cabo, en realidad se comporta de un modo disciplinado

Pensamiento alternativo

Hay situaciones en las que me dejo llevar por mis pensamientos y por la apatía, pero en otras muchas me comporto de un modo disciplinado

"Yo no debería ser así"

Datos a favor

Se que estoy actuando mal y aun así lo hago
Tengo bastantes conocimientos para actuar de otra manera

Datos en contra

Absolutamente todas las personas en algún momento actúan de forma inadecuada aun sabiendo que lo están haciendo mal o aun cuando tienen la capacidad de actuar de otra manera.
Está en nuestra naturaleza cometer errores
Es absurdo exigirnos ser perfectos

Pensamiento alternativo

No me gusta actuar mal cuando puedo hacerlo bien
Preferiría no haberme comportado de esta manera, pero no puedo exigirme ser perfecto. La próxima vez intentaré hacerlo mejor.

TEMES D'ESTUDI

Tabla 3. AUTOINSTRUCCIONES PARA AFRONTAR LA SITUACIÓN DIETA:**RECORDAR LOS MOTIVOS DE HACER LA DIETA**

¿Realmente esto es lo que deseo?...¿Cuales son los motivos por los que decidí hacer la dieta?

No, prefiero no comer. Yo lo he decidido.
Me sentiré mejor física y estéticamente, me ayudará con el asma

REINTERPRETAR LAS SENSACIONES FISICAS

Lo que estoy notando no es hambre. Es ansiedad
Lo he asociado a la situación. Hace un momento no notaba esta sensación.

RECORDAR LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE NO HACER LA DIETA UN DIA

Si me salgo de la dieta hoy no pasará nada.....Si es cierto pero.....

No pasaría nada realmente, disfrutaría en ese momento.
Pero después me sentiré mal conmigo misma.
Estoy haciendo algo que realmente no deseo para mi.

RECORDARTE LOS RECURSOS QUE TIENES

Puedo soportarlo perfectamente
Lo he hecho otras veces. Tengo capacidad para hacerlo
Puedo hacerlo

REFORZARTE PORQUE LO ESTAS CONSIGUIENDO

Lo estoy consiguiendo.
No era tan duro como creía
Es duro pero lo estoy haciendo muy bien

REFORZARTE POR HABERLO CONSEGUIDO

Lo he conseguido.
Muy bien
La próxima vez también podré hacerlo.

resultaban más difíciles. Estas situaciones estaban jerarquizadas en función de la dificultad que le suponía del siguiente modo (de menor a mayor dificultad).

Por la mañana, con sus padres, a la hora del almuerzo. (Situación 1)

Cuando su madre está preparando la comida (Situación 2)

Cuando su madre o su hermano están preparando la cena. (Situación 3)

Después de comer sentada en el sofá viendo la tele. (Situación 4)

Al salir de trabajar a las 19:30, de camino a casa. (Situación 5)

Que alguien haga algo que le parezca injusto. (Situación 6)

(Ver tabla 3)

Se empezó a usar las autoinstrucciones de forma progresiva con cada una de las situaciones, comenzando por la que menor dificultad le ofrecía, pasando a la siguiente una vez superada la anterior.

A partir de aquí el trabajo consistió en realizar un seguimiento cada 15 días de la puesta en práctica de las técnicas en situaciones reales (13^a y 14^a sesión). La terapia se dio por concluida en julio del 97 por considerar que se habían cumplido los objetivos terapéuticos: el cambio conductual y cognitivo de la cliente, así como el aprendizaje y puesta en práctica de las técnicas de intervención. Siete meses después se realizó un seguimiento.

MÉTODOS DE EVALUACION

La evaluación de los progresos se realizó mediante la información ofrecida por la paciente en consulta. Los cambios cognitivos se midieron con autoregistros en los que se reflejaba el nivel de credibilidad de los pensamientos inadecuados y de los pensamientos alternativos.

Pensamiento irracional^o de credibilidad/Discusión/^o de credibilidad.

da en la Tabla 1 y puntuar el porcentaje de credibilidad de estos antes de la discusión y el porcentaje de credibilidad del pensamiento alternativo después de la discusión.

(Ver tabla 1)

A lo largo de las sesiones 9^a a la 12^a, discutimos una nueva cadena de pensamientos: "no puedo controlarme, no soy capaz de proponerme algo y cumplirlo, soy blanda conmigo misma, no debería ser así". Estos pensamientos le asaltaban en el momento en que no había logrado llevar a cabo alguna tarea que se había propuesto, ya fuera esta cumplir un horario, prepararse algún trabajo o cumplir la dieta alimenticia.

Se procedió de forma similar que con el anterior pensamiento. Primero se elaboró la discusión de estos pensamientos en sesión, pasando después a discutirlo en casa diariamente y por escrito. Las argumentaciones para debilitar esta creencia se presentan en Tabla 2 que se le facilitó a la cliente.

(Ver tabla 2)

Durante las sesiones 10^a a 12^a se trabajó paralelamente su dificultad para controlar su dieta. Las estrategias usadas para afrontar el momento de antes de llevar a cabo la dieta, consistieron en autoinstrucciones elaboradas con ella (Tabla 3), que le permitieran superar una serie de situaciones que le

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras 14 sesiones de terapia indican que se produjo un cambio cognitivo, en concreto un cambio en la idea de perfeccionismo de la paciente.

Se observa también cambios físicos y conductuales.

En el seguimiento realizado 7 meses después, los cambios seguían manteniéndose, tanto a nivel cognitivo, fisiológico como de conducta.

Cambios cognitivos:

- Pérdida de credibilidad de los pensamientos negativos productores de ansiedad en situaciones en que tiene que hacer alguna tarea en la que ella es la responsable y los demás pueden evaluar su trabajo: los pensamientos de tipo «Tengo que hacerlo perfecto, seguro que no lo haré bien, debería hacerlo bien» no aparecen, o si lo hacen son sustituidos rápidamente por otros pensamientos más racionales: «Tengo recursos para hacerlo, no tengo que hacerlo perfecto».
- Pérdida de credibilidad de los pensamientos negativos que aparecían en situaciones en las que no había llevado a cabo su objetivo, ya fuera este no comer determinados alimentos, cumplir el horario que se había fijado el día anterior o terminar una tarea en un plazo de tiempo determinado. Estos pensamientos disfuncionales que eran: «no puedo controlarme, no soy capaz de proponerme algo y cumplirlo, soy blanda y no debería ser así» eran sustituidos rápidamente in situ por otros más racionales: «otras veces sí que lo consigo, no tengo que ser perfecta».
- Interiorización de las autoinstrucciones dirigidas a afrontar situaciones críticas para no saltarse la dieta que se había propuesto. De todas las que programamos en sesión solo dos ti-

pos de autoinstrucciones llegaron a serle eficaces en el sentido de que le permitían llevar a cabo la dieta un mayor número de veces y, lo más importante, con menor esfuerzo. Estas autoinstrucciones eran por un lado, las dirigidas a reinterpretar las sensaciones físicas como sensaciones de ansiedad y no de hambre: «lo que noto no es hambre, es ansiedad, lo he asociado». Y por otro lado las dirigidas a recordarle su objetivo y sus motivos para hacer la dieta. Con ellas conseguía recordarse que la dieta era una elección personal y no una obligación: «no, prefiero no comer».

Cambios fisiológicos y emocionales:

- Disminución de las respuestas de ansiedad: ausencia de sensación de ahogo, desaparición de rubor y de calor; desaparición de tensión muscular en cuello y hombros
- Desaparición de la sensación subjetiva de ansiedad antes de enfrentarse a las situaciones críticas para la paciente (tener que hacer alguna tarea en la que ella es la responsable del trabajo y que pueda ser evaluada como persona y como profesional)
- Estado general subjetivo de relajación

Cambios conductuales:

- Ausencia de conductas de escape; desaparecen las «rumiaciones» y el trabajar en tareas profesionales fuera del horario previsto.
- Fuera de su horario de trabajo, realiza actividades de ocio y consigue centrarse en ellas.
- Mayor claridad en su discurso al enfrentarse a las situaciones críticas; mejor exposición de sus ideas y menor nº de disfluencias verbales.
- Aumento del nº de veces que consigue hacer la dieta.
- Disminución del esfuerzo necesitado al hacer la dieta.

RESUMEN

El caso que se ha presentado muestra el perfil típico de una persona con un problema de Ansiedad Generalizada; un alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo, alto sentido de la responsabilidad y de exigencia consigo misma, dificultad en delegar tareas, etc. Esta vulnerabilidad previa se le activó al entrar en el mundo laboral.

El tratamiento de elección fue la prevención de respuesta para manejar las conductas de escape y la terapia cognitiva para sus pensamientos perfeccionistas, en concreto la Reestructuración Cognitiva de Ellis y el uso de Autoinstrucciones.

Se obtuvieron resultados exitosos tras 14 sesiones de tratamiento consistentes en una disminución de la sensación subjetiva de ansiedad, disminución de síntomas de ansiedad, reducción de conductas de escape, y una notable pérdida de credibilidad en los pensamientos disfuncionales de perfeccionismo. Estos mismos resultados seguían manteniéndose 7 meses después.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, T., Emery, G. y Greengerg, L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobia: A Cognitive Perspective*. Basic Books, New York.
- Caro, Y. (1985). Diagnóstico y tratamiento de un trastorno de ansiedad generalizada. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 325-339.
- Davis, M., Eshelman, E.R. y McKay, M. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Suinn, M. (1993). *Entrenamiento en manejo de ansiedad: Terapia de Conducta*. D.B.B.