

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA



TERAPIA CONDUCTUAL DE AMPLIO ESPECTRO EN  
EL TRATAMIENTO DE LA NEURODERMATITIS  
(UN ESTUDIO DE CASO)

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A

HERMAN EFRAIN BARTOLOME RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**



**TERAPIA CONDUCTUAL DE AMPLIO ESPECTRO EN  
EL TRATAMIENTO DE LA NEURODERMATITIS  
(UN ESTUDIO DE CASO)**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A**

**HERMAN EFRAIN BARTOLOME RODRIGUEZ**



TRABAJO DE GRADUACIÓN DE AMPLIO ESPECTRO EN  
EL TRATAMIENTO DE LA NEURODEGENERACIÓN

(UN ESTUDIO DE CASO)

M. - 23298

Jpe 681

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA

FRANCISCA BARTOLOME RODRIGUEZ

Para Silvia, mi amada esposa, por su reforzante, asertiva y racional presencia..

Para Balam, mi hijo, por entrenarme como buen padre y por ayudarme a descubrir la importancia de las cogniciones. Pero, ante todo, por su viva presencia.

Para Celinita, mi pequeña hija, cuyo único oficio hasta ahora, es abrir los ojos y alumbrar la casa.

Para Celina la Grande, mi madre, porque su amor no cabe en la galaxia; y por mostrarme con su vivo ejemplo que la ansiedad no sirve para nada.

Para Don Rodolfo, mi padre, modelo de respeto, amor, trabajo. Por enseñarme la importancia de la autodisciplina.

Para la Mapy, Fitín, Dorita, Aura y Edgar, mis queridos hermanos, por su definida individualidad.

Para Tío Rodrigo y Juan Gómez Demeza, por su fuerza de trabajo.

"Después de todo, son las técnicas y no las teorías las que se aplican al hombre".

Perry London.

"No hay que confundir la promesa del laboratorio con la realidad de la clínica"

L. P. Ullman  
L. Krasner

"La palabra, en virtud de toda la vida pasada del hombre adulto, esta relacionada con todos los estímulos externos e internos que llegan a los hemisferios cerebrales, substituyéndolos todos, señalizándolos, y es por esto que puede provocar las mismas acciones y reacciones del organismo que determinan aquellos estímulos".

I. P. Pavlov.

## INTRODUCCION

### LA TERAPIA CONDUCTUAL 5

Orígenes del Término - Los pioneros de la  
Terapia Conductual - Definición de la Te-  
rapia Conductual - Características de la  
Terapia Conductual

### TERAPIA CONDUCTUAL DE AMPLIO ESPECTRO

### LOS DESORDENES PSICOFISIOLOGICOS 16

Historia del Concepto - Teorías sobre el  
Origen de los Desordenes Psicofisiológi-  
cos

### LA NEURODERMATITIS 23

### TERAPIA CONDUCTUAL Y NEURODERMATITIS 23

## METODO

### SUJETO 32

Datos Generales - Datos Clínicos - Datos  
personales - Datos Laborales - Informa-  
ción Sexual - Datos Familiares - Inventa-  
rios Empleados

### ESTRUCTURACION COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL CASO

Diagnóstico - Secuencia de Intervención-  
Procedimiento - Automonitoreo y Línea Ba-  
se-Entrenamiento en Relajación Profunda-  
Relajación Diferencial - Terapia de An-  
siedad-alivio - Desensibilización

RESULTADOS

Conducta de Rascarse - Reporte Verbal -  
Seguimiento - Inventario de Autorrepor-  
te 81

DISCUSION 95

REFERENCIAS 99

APENDICE A: Gráficas 106

APENDICE B: Contenido de las tarjetas  
para facilitar el Análisis Racional 107

# INTRODUCCION

## LA TERAPIA CONDUCTUAL:

Para delimitar los antecedentes históricos y los rasgos característicos de la Terapia del comportamiento, dividiré el presente capítulo en cuatro secciones: la primera tratará de los orígenes del término; la segunda delimitará sus orígenes experimentales; esto es, los estudios pioneros que aplicaron los principios del condicionamiento al tratamiento de problemas clínicos de importancia; la tercera tratará de la definición de Terapia Conductual y, finalmente, en la cuarta sección, describiremos sus características básicas.

### a) Orígenes del Término:

De acuerdo con Lazarus (1971), los primeros en utilizar el término "terapia conductual", fueron Skinner, Lindsley & Solomón, en el trabajo que llevó por título "Studies in Behavior Therapy", que los tres investigadores condujeron bajo el patrocinio de la Oficina de Investigación Naval de la marina norteamericana, en 1953. Sin embargo, dado que los trabajos citados no se publicaron, la primera vez que los términos "behavior therapy" y "behavior Therapist" aparecieron en una revista científica, fué el año de 1958, en un artículo firmado por Lazarus, cuyo título fué "New Methods in Psychotherapy" (Lazarus, 1971).

Un año después, Eysenck (1959) publica un artículo en el que utiliza el término "Behavior Therapy" en un contexto y con un significado relativamente distinto a los dados por Skinner y Cols., (1953) y por Lazarus (1958). Volveré sobre esto en el apartado sobre Definición de la Terapia Conductual.

### b) Los pioneros de la Terapia Conductual:

La literatura ha consagrado el nombre de Mary Cover

Jones como el de quien inicia la aplicación sistemática de los principios del condicionamiento al tratamiento de problemas clínicos. En 1924, Mary Cover Jones publica un estudio que demuestra la aplicación de técnicas de condicionamiento para eliminar fobias en un niño. Este trabajo fué una secuela del de Watson y Rayner (1920), que había demostrado que era posible instaurar las fobias a través del condicionamiento.

Con estos trabajos, originados a la sombra de dos gigantes de la Psicología, Watson y Pavlov, germinaría, en una gestación larguísima y difícil, la moderna Terapia del Comportamiento.

No obstante, a pesar de los resultados notablemente fortalecedores de dichos trabajos, los practicantes de la psicoterapia de ese entonces permanecieron ciegos y sordos ante tan prometedor fenómeno que tuvo que mantenerse bajo el polvo del olvido, durante muchos años, en los purificados recintos de las universidades, casi como mera curiosidad experimental. La razón de este olvido o aislamiento, la encontramos con seguridad en el *zeitgeist* psicoanalítico, que dominó durante muchas décadas el campo de la psicoterapia.

De vez en cuando, sin embargo, en una recuperación espontánea de todas suertes notoria, aparecían trabajos importantes, la mayoría de las veces presentando resultados sorprendentes. Incursionemos, a vuelo de pájaro, sobre las décadas difíciles y observemos a la Terapia Conductual en gestación:

1930-1940:

Robert Ruhl (1935) publica los resultados de aplicar la técnica conocida como Práctica Negativa a la correc-

ción de errores mecanográficos.

Harold Fishman (1937) aplica la misma técnica (Práctica Negativa), a la corrección del tartamudeo.

Mowrer y Mowrer (1938) "causan un escándalo" en el ambiente de la psicoterapia al aplicar un procedimiento de condicionamiento clásico al tratamiento de la Enuresis. El procedimiento de Mowrer y Mowrer, con muy leves modificaciones, sigue estando en uso.

1940-1950:

Voegtlin (1940) propone y aplica un método de tratamiento del alcoholismo a través del establecimiento de una respuesta de vómito y náusea, condicionados clásicamente.

Spelt (1948) publica los primeros y exitosos resultados del condicionamiento de fetos humanos *in útero*.

1950-1960:

Joel Greenspoon (1955) da a conocer los efectos reforzantes de dos sonidos vocales en la conversación.

Raymond (1956) aplica técnicas de condicionamiento aversivo al tratamiento de un desorden sexual: el fetichismo.

Williams (1959), utilizando los principios de la extinción operante, elimina las conductas que conforman el "berlinche".

En esta misma década aparecieron los trabajos mencionados antes de Skinner y Cols. (1953), y Lazarus (1958); aparecieron además dos trabajos que abrían un amplio rango de

probabilidades de desarrollo. Me estoy refiriendo a los trabajos de Bandura, Ross & Ross (1961) sobre el aprendizaje vicario de comportamientos agresivos; y al de Ayllon (1963) en la modificación de conducta de psicóticos institucionalizados.

En la confluencia de las décadas de 1950 y 1960, aparecieron dos libros definitivos para el surgimiento de la Terapia del Comportamiento. Tales libros eran: *Psychoterapy by reciprocal inhibition*, de Joseph Wolpe, en 1958; y *Behavior Therapy and the Neuroses* de H. E. Eysenck, en 1960. Con estos textos, se desata una revolución en el area de la psicoterapia y comienzan a producirse cada vez más y más estudios y aplicaciones clínicas. Va naciendo una avalancha violenta de investigaciones que hacen necesaria la publicación de una revista especializada en Terapia Conductual: *Behaviour Research and Therapy*, que nace en 1962. Pero la avalanche crece incontenible y se hace necesaria la publicación de tres revistas más en los años inmediatos. Aparecen así el *Journal of Applied Behavior Analysis* en 1968, el *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psuchiatry*, en 1970; y *Behavior Therapy*, también en 1970.

Con la evolución madura, y olvidado el exagerado optimismo de los primeros años, los terapeutas del comportamiento han crecido lo necesario para dedicar tiempo a la investigación cada vez más rigurosa de aspectos tales como la evaluación diagnóstica, la evaluación de los resultados de la terapia, los principios subyacentes a las diversas técnicas, y, rasgo importantísimo, se avanza cada vez más en la investigación de los llamados "aspectos no específicos" del trabajo terapéutico. En 1976, se anunció el surgimiento de nuevas publicaciones: *Cognitive Therapy and Research*, *Biofeedback and Self-Regulation*, y *Behavior Modification*. La terapia del

comportamiento está ya, pues, firmemente establecida. El trabajo de los pioneros ha fructificado.

c) Definición de la Terapia Conductual:

Parecería, por momentos, que hay tantas definiciones como autores. Veamos algunas:

En el trabajo temprano de Skinner, Lindsley y Solomon (1953), consideraban que los "Studies in Behavior Therapy" tenían el propósito de "determinar la aplicabilidad de las técnicas de condicionamiento operante al análisis experimental de pacientes psicóticos" (Lazarus, 1971).

Lazarus (1958) toma a la Terapia Conductual como un adjunto psicoterapéutico, junto con técnicas tan tradicionales como el apoyo, la catarsis, la gufa, el insight, la interpretación, etc.; además de técnicas objetivas destinadas a inhibir patrones neuróticos específicos (Lazarus, 1971).

Eysenck, define a la terapia conductual como "el intento de alterar el comportamiento y la emoción humanos en una forma benéfica, de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje" (Eysenck, 1964).

Joseph Wolpe, mientras tanto, afirmaba: "La Terapia Conductual, en lo que concierne a los hábitos neuróticos, es principalmente, la aplicación de los principios del aprendizaje establecidos experi-

mentalmente, para vencer esos hábitos; pero algunas veces, el condicionamiento de nuevos hábitos positivos, es una meta principal". (Wolpe, 1969).

Yates dice: "La terapia del comportamiento es el intento de utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que han resultado de la aplicación del método experimental en psicología y sus disciplinas afines (fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de patrones anormales de comportamiento; y de aplicar dicho conocimiento al tratamiento o prevención de esas anormalidades por medio de estudios experimentales del caso individual, tanto descriptivos como correctivos". (Yates, 1973).

Franks, en su incisivo artículo Behavior Therapy and its Pavlovian origins (1969) define a la terapia conductual en los siguientes términos: "La terapia conductual, puede ser definida como la modificación benéfica de la conducta de acuerdo con principios experimentalmente establecidos basados sobre conceptos de aprendizaje SR y las propiedades biofísicas del organismo."

Dos autores más, Rimm y Masters, decían en 1974:

Se incluyen bajo el término Terapia conductual " a cualquiera de un gran número de técnicas específicas, que empleen principios psicológicos, especialmente del aprendizaje para tratar con la conducta humana desadaptada".

d) Características de la Terapia Conductual:

De acuerdo a Rimm y Masters (1974), la Terapia del Comportamiento se caracteriza por los siguientes supuestos fundamentales:

1.- En relación a la Psicoterapia, La terapia Conductual tiende a concentrarse en la conducta desaptada en si misma, más que en alguna supuesta causa subyacente. (Pág.6).

2.- La Terapia Conductual, supone que las conductas desadaptativas son, en grado considerable, adquiridas a través del aprendizaje, en la misma forma en que se aprenden cualquier otras conductas. (Págs.10).

3.- La terapia conductual supone que los principios psicológicos, especialmente los principios del aprendizaje, pueden ser extremadamente efectivos en la modificación de la conducta desadaptativa. (Pág.11).

4.- La terapia Conductual incluye el establecimiento de metas de tratamiento específicas y claramente definidas. (Págs.11)

5.- El terapeuta conductual adapta su método de tratamiento al problema del cliente. (Pág. 13).

6) La Terapia Conductual se concentra en el Aquí y Ahora, para

la explicación de la conducta desadaptativa y su modificación. (Pág. 15).

7.- Se supone que cualquier técnica incluida bajo la etiqueta Terapia Conductual ha sido sujeta a prueba empírica y se ha hallado que es relativamente efectiva. (Págs. 16).

Habiendo establecido los orígenes, y las características, de la Terapia Conductual en general, podemos pasar ahora al análisis de uno de los desarrollos relativamente nuevos dentro de las terapias conductuales y que es conocido como Terapia Conductual de Amplio Espectro.

## TERAPIA CONDUCTUAL DE AMPLIO ESPECTRO:

La Terapia Conductual de Amplio Espectro es una modalidad dentro de la Terapia del Comportamiento que, a medida que pasa el tiempo, cuenta cada día con un número cada vez mayor de "adeptos" entre los clínicos del comportamiento.

Su nacimiento y desarrollo han estado ligados al nombre de Arnold Lazarus, psicólogo sudafricano residente en los E.E. U.U., afiliado a la Rutgers University, cuyas aportaciones al desarrollo de la Terapia conductual son, por todos conceptos, valiosísimas.

La terapia Conductual de Amplio Espectro, en resumen, presenta las siguientes características:

a) Supone que "es autoevidente que cuando el tratamiento es incompleto, es probable que los pacientes recaigan y/o adquieran nuevos patrones de conductas aberrantes" (Lazarus, 1965).

b) "Si se pretende lograr una mejoría perdurable, el tratamiento debe eliminar las respuestas condicionadas primarias que frecuentemente subyacen a las respuestas desadaptadas de orden superior, de las cuales pueden quejarse los pacientes" (Lazarus, 1964).

c) "Los méritos de la Terapia conductual, serán juzgados sobre los resultados de programas de tratamiento concienzudos y completos y no a través de exámenes retrospectivos en los cuales un número limitado de técnicas fueron aplicados a áreas circunscritas de la conducta neurótica" (Lazarus, 1966).

d) La terapia conductual de Amplio Espectro presupone una combinación apropiada de técnicas de condicionamiento dirigidas a todas las dimensiones básicas de la conducta desviada. (Lazarus, 1966).

e) La Terapia conductual de Amplio Espectro, surgió para ampliar el legítimo alcance de la terapia conductual, incluyendo una serie de técnicas para modificar eventos privados, procesos cubiertos o cogniciones (Lazarus, 1971).

f) La Terapia Conductual de amplio espectro se fundamenta en el principio del eclecticismo técnico, que sostiene que una técnica puede funcionar por razones diferentes a la que su autor propone, por lo cual el clínico practicante haría bien en recurrir a técnicas que demuestren efectividad clínica y no limitarse a los contados procedimientos derivados de los principios del aprendizaje operante o de la teoría de la inhibición recíproca.

Es opinión del autor que gracias al énfasis de Lazarus

y de la Terapia Conductual de Amplio Espectro, el concepto de Terapia conductual ha evolucionado de su primitiva posición doctrinaria, a la definición actual, que a la letra dice:

"La terapia conductual incluye primariamente la aplicación de los principios derivados de la investigación en la psicología social y experimental para el alivio del sufrimiento humano y el fortalecimiento del funcionamiento humano. La terapia conductual enfatiza la evaluación sistemática de la efectividad de estas aplicaciones. La Terapia conductual incluye el cambio ambiental y la interacción social más que la alteración directa de procesos corporales a través de procedimientos biológicos. El propósito es principalmente educativo. Las técnicas facilitan el autocontrol mejorado. En la conducción de la terapia conductual, se lleva a cabo usualmente un acuerdo contractual en el que se especifican metas y procedimientos mutuamente acordados. Los practicantes responsables que usan principios conductuales se guían por principios éticos aceptados generalmente".

El hecho de que esta definición haya sido adoptada tentativamente por la Association for Advancement of Behavior Therapy (Franks & Wilson, 1975), constituye una evidencia de mi afirmación anterior de que la Terapia Conductual de Amplio Espectro encuentra cada vez más adeptos entre los clínicos del comportamiento.

## LOS DESORDENES PSICOFISIOLOGICOS:

La Asociación Psiquiátrica Americana, en la edición de 1968 del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, define los desórdenes psicofisiológicos como "síntomas físicos que son causados por desórdenes emocionales y que incluyen un sólo órgano del sistema, inervado usualmente por el sistema nervioso autónomo. Los cambios fisiológicos involucrados son los que normalmente acompañan a ciertos estados emocionales, sólo que en los desórdenes fisiológicos los cambios son más intensos y más sostenidos. El individuo puede no estar consciente de su estado emocional".

Los desórdenes psicofisiológicos incluyen nueve subcategorías que dependen del órgano en el cual esté ocurriendo el desorden. Dichas subcategorías son:

- a) Piel: neurodermatitis, prurito.
- b) Sistema Músculo-esquelético: dolores de espalda, calambres, jaqueca por tensión.
- c) Sistema Respiratorio: asma bronquial, suspiros, hipo.
- d) Sistema Cardiovascular: taquicardia paroxísmica, hipertensión, espasmos vasculares y migraña.
- e) Sistema Gastrointestinal: úlcera péptica, gastritis crónica, colitis ulcerosa, colitis mucosa, estreñimiento, hiperacidez, acedías, colon irritable.
- f) Sistema circulatorio: trastornos hémicos y linfáticos.

- g) Sistema genito-urinario: perturbaciones en la menstruación y micción, impotencia.
- h) Sistema endócrino
- i) Organos de Sentido especial.

#### Historia del Concepto:

Durante el siglo XIX el fenómeno de la relación entre "pensamiento" y "enfermedad" llamó la atención de muchos investigadores. Se intentaba unir la Psicología con la Medicina. Los "estados de la Mente", se decía, podían influir en el desarrollo de muchas enfermedades. Esta creencia tenía cierto apoyo en una serie de datos de naturaleza anecdótica.

Ya en nuestro siglo, hubo una década, la comprendida entre 1940 y 1950 en que el término "Psicosomático" se hizo extremadamente popular, abarcando una cantidad tal de desórdenes que casi perdió su significado.

En nuestros días, el interés por el desorden psicofisiológico ha resurgido gracias al surgimiento de trabajos que nos hablan de la posibilidad de utilizar los conceptos y técnicas del aprendizaje instrumental en el entendimiento de la etiología, el mantenimiento y la modificación de tales desórdenes.

La investigación contemporánea nos señala una larga lista de funciones que pueden ser modificadas a través de las técnicas del feedback operante. Entre estas funciones se cuentan la actividad electrodérmica, la aceleración, desceleración y estabilización

de la tasa cardíaca y la actividad vascular periférica (Katkin y Murray, 1968); la presión sanguínea sistólica y diastólica (Elder y Ruiz, 1973), los ritmos alpha, beta y theta en la actividad electroencefalográfica (Karlins y Andrews, 1973; Brown, 1974); temperatura de la piel y actividad electromiográfica (Budzynski y Stoyva, 1972).

De toda esta línea de investigación, surge la posibilidad de aliviar los "síntomas psicósomáticos" con un reentrenamiento visceral directo, a través de lo que Shapiro y Schwartz (1972) han denominado "una especie de terapia conductual autónoma".

#### Teorías Sobre el Origen de los Desórdenes Psicofisiológicos:

Las teorías más importantes se resumen a continuación:

a) El Desorden psicofisiológico es HEREDITARIO: Rosen y Gregory (1965) nos ofrecen "pruebas" como la de que los hermanos de pacientes con úlcera son 12 veces más propensos a la úlcera que otros. Esta teoría adolece de los mismos defectos que tiene en otras áreas donde la herencia se considera importante: es muy difícil de demostrar. ¿Las úlceras se desarrollan en hermanos porque hay factores hereditarios o porque tienen experiencias de aprendizaje similares?

b) Teoría de la Debilidad Somática: El desorden psicofisiológico, según Rees (1964) surge porque el órgano del cuerpo en que se presenta, es débil en comparación con otros; ya sea por pobre dotación genética o por enfermedad previa. Esto conlleva el peligro lógico del razonamiento ex post facto: "El órgano está dañado: luego, era débil".

### c) Teoría del Stress:

Según Selye (1956) el cuerpo reacciona ante una situación amenazante con una movilización completa de recursos fisiológicos. Si la situación amenazante persiste aparece el síntoma fisiológico: Esta teoría no predice porqué un individuo desarrolla un síndrome de adaptación y otro no.

d) Teoría de los Patrones Autónomos: Esta teoría afirma que hay una diferencia básica, heredada o adquirida, en la reactividad autónoma de los individuos. Si el patrón característico de reacción al stress de un individuo incluye elevación en la presión sanguínea, es probable que sea repetida esta respuesta de stress en stress independientemente de la situación específica en que se dé. Se ha encontrado que pacientes con síntomas cardiovasculares responden al stress con respuestas cardiovasculares y no con tensión muscular; los pacientes con dolores de cabeza responden al stress con tensión muscular y no con respuestas cardiovasculares (Lacey, Bateman y Van Lehn, 1953; Malmö y Shagass, 1949)

e) Teorías Psicoanalíticas: los psicoanalistas nos dicen que existen patrones específicos de personalidad como causales de desórdenes psicofisiológicos específicos. Se interpretan estos desórdenes como: simbólicos o como regresión a un nivel temprano de funcionamiento psicosexual. Por ejemplo: los pacientes hipertensos, se presume, tienen furia reprimida debido a madres dominantes; la migraña y el dolor de cabeza se deben a rasgos de ambición, hostilidad y perfeccionismo; el asma se debe al llanto reprimido por la madre, etc. (Ullman y Krasner, 1975).

f) Otras teorías psicológicas: Ciertos estudios hallaron que la furia y la hostilidad producían movilidad estomacal excesiva y

formación de úlceras. De aquí se siguió que la experiencia prolongada en cualquier rol que evoque furia y frustración continúa conducirá al daño físico.

g) Punto de vista del Condicionamiento: Una enorme cantidad de estudios han demostrado que el funcionamiento fisiológico puede ser respondiente o clasicamente condicionado (Gantt, 1964). Los trabajos de Katkin y Murray (1968), Shapiro y Schwartz (1972), Karlins y Andrews (1973), Brown (1974) y Budzynski y Stoyva (1972) confirman cada día con mayor fuerza la posibilidad del control de las respuestas mediadas autonomamente a través del condicionamiento operante.

Los importantísimos trabajos de los investigadores rusos en esta area nos han llevado a la conclusión de que las palabras debido a su largo proceso de apareamiento con estímulos reales pueden servir como estímulos evocadores de cambios fisiológicos (Platonov, 1958). Un rasgo de gran interés en esta area ha sido la demostración de que es el "significado" de la palabra y no su sonido lo que adquiere propiedades evocadoras a través del condicionamiento. Así, "si la respuesta condicionada es evocada por la palabra Hare (liebre), también será evocada por la palabra Rabbit (conejo) y no por la palabra Hair (pelo)" (Mahoney, 1974).

Otra area de gran atracción en relación al desorden psicofisiológico es la del condicionamiento interoceptivo, en el cual los estímulos

verbales internos (pensamientos) adquieren el poder de provocar respuestas condicionadas por su apareamiento temporal con estímulos incondicionados externos. (Maltzman, 1968). En los últimos años se ha incrementado el estudio y la investigación de como el diálogo interno, lo que el sujeto se dice a sí; mismo afecta su estado de ánimo (Velten, 1968) y modifica sus emociones (Meichenbaum, 1974).

De todo lo anterior podemos desprender que hay una relación interdependiente entre la conducta de una persona y sus respuestas autónomas. ¿Cómo es posible que las funciones internas, supuestamente involuntarias sean influenciadas por las experiencias de la vida tales como el condicionamiento? Para responder a esto recurrimos necesariamente a los aspectos motores observables y sus componentes fisiológicos. Cuando un sujeto desempeña un papel hostil, agresivo, calmado o amoroso hay concomitantes fisiológicos medibles, tales como cambios en la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el reflejo psicogalvánico y la tasa respiratoria. De esta manera, si el sujeto emite respuestas externas que son condicionadas externamente, el ambiente externo está condicionando al ambiente interno (Ullman y Krasner, 1975). Las respuestas autónomas pueden resultar del condicionamiento clásico directo o de las acciones que la persona ha emitido (respuestas operantes). Además, tales respuestas pueden servir como estímulos para posteriores respuestas operantes. El ambiente social de la

persona puede tener a veces la principal influencia sobre el ambiente físico interno y contribuir de manera importante a la desviación física de la normalidad.

Las interconexiones de conducta operante y respondiente y el condicionamiento de tipo simbólico, son cruciales en el desarrollo de los desórdenes psicofisiológicos.

Considerando lo anterior, revisaremos ahora un desorden psicofisiológico específico (la neurodermatitis) y los pocos casos que han aparecido en la literatura utilizando una aproximación conductual para su tratamiento.

## NEURODERMATITIS:

La neurodermatitis consiste de cualquier erupción cutánea, debida a estimulación emocional, (Ratliff y Stein, 1968).

La piel, es un órgano sujeto a las influencias directas del sistema nervioso autónomo y al efecto de la actividad endócrina; y por estar en la superficie corporal, también está sujeta al contacto compulsivo o al daño autoinfligido, (Noyes y Kolb, 1966).

La importancia de los factores psicológicos en la producción y desarrollo de los problemas cutáneos ha sido reconocida desde hace mucho tiempo, al grado que algunas clínicas dermatológicas han informado que tales factores tienen importancia en más del 75% de sus pacientes, (Noyes y Kolb, 1966, Pág. 477).

Además del componente somático, frecuentemente surge el problema de irritar la erupción de la piel a través del rascarse compulsivo. Así pues, la medicación prescrita para tratar ya sea la erupción o bien el problema emocional, puede ser ineficaz, a causa de la deterioración progresiva causada por el rascarse. (Ratliff y Stein, 1968, Pág. 397).

La neurodermatitis ha sido interpretada por los psicoanalistas en formas muy diversas. A manera de ejem-

plo, véase la siguiente cita de Noyes y Kolb, (1966):  
En la neurodermatitis de tipo seco, se arguye la existencia de "una relación hostil dependiente respecto a la madre; el prurito y el rascado simbolizan la ira contra la figura materna, y el manejo masoquista de la misma debido a sentimientos de culpa".

En la neurodermatitis de tipo exudativo de los niños, "se han encontrado hechos que demuestran rechazo proveniente de la madre....." "...las lesiones son precipitadas por situaciones que producen resentimiento o frustración, a consecuencia de una amenaza a determinada relación importante de dependencia..." (Noyes y Kolb, 1966, Pág. 478).

Algunos de los procedimientos que se han seguido para la eliminación de la neurodermatitis en la psicoterapia tradicional incluyen el sacar al sujeto de la constelación familiar. En algunas ocasiones eso ha servido para eliminar la neurodermatitis, pero el problema reaparece al regresar el sujeto al seno familiar. (Noyes y Kolb, 1966).

## TERAPIA CONDUCTUAL Y NEURODERMATITIS:

### Las Precauciones del Terapeuta Conductual:

Los terapeutas de la conducta se han opuesto generalmente al uso de marbetes o etiquetas diagnósticas (Ferster, 1965; Kanfer y Saslow, 1969). Aparte de las razones existentes para esta oposición, existen en el caso de los desórdenes psicofisiológicos otras razones más. Entre éstas hallamos las siguientes:

a) Decir que a veces los factores conductuales desempeñan un papel importante en el desarrollo o mantenimiento de los problemas físicos, es muy diferente a decir que siempre lo hacen.

b) Las dificultades físicas también pueden conducir a problemas conductuales lo cual dificulta una interpretación en términos de causa-efecto.

c) El daño a los tejidos del paciente, es genuino, es real. Tal vez en ningún otro caso sea más recomendable trabajar en comunión con un médico. Etiquetar un desorden como "psicosomático" y eliminar por ello la atención médica, no presta ningún servicio al paciente.

d) En otros problemas de conducta anormal, el modelo conductual parece ser el más parsimonioso. En el caso del desorden psicofisiológico no ocurre lo mismo: aquí el modelo biofísico parece ser el más apropiado. SOLO DESPUES DE UN CUIDADOSO EXAMEN DEBERIA INTENTARSE EL MODELO CONDUCTUAL.

Probablemente debido a la situación anterior, los terapeutas conductuales, notoriamente, han prestado muy poca atención a los problemas de neurodermatitis. El número de reportes aparecidos en los medios de difusión especializados es sorprendentemente escaso. La referencia más antigua, al parecer, es el estudio de Walton (1960) que aparece en el libro *Behaviour Therapy and the Neuroses*, que Eysenck editó en 1960. En la revisión de Paul y Bernstein (1973) aparecen citados dos trabajos más aparte del de Walton; y en la exhaustiva revisión de Ullmann y Krasner en 1975, se cita un trabajo más aparte de los anteriores. Esto significa un total de CUATRO trabajos distribuidos en DIECISFIS años.

Analicémoslos:

Walton (1960), basó su intervención en los postulados de la teoría hulliana del aprendizaje. La paciente, una mujer de 20 años, se quejaba de una neurodermatitis que de acuerdo a Walton, estaba siendo agudizada por el ras-carse. La historia de la paciente, había revelado una situación familiar en la que el centro de la atención social y económica era el hermano de la paciente. A raíz de la aparición de la neurodermatitis las cosas habían cambiado radicalmente y ahora era la paciente quien recibía la mayor atención en la familia. Walton supuso que la neurodermatitis estaba siendo mantenida por la atención que la familia y

el novio de la paciente le proporcionaban y decidió eliminarla basado en el "...Corolario No. 15 de Hull, que afirma: 'Si dos o más secuencias conductuales, cada una incluyendo diferentes cantidades de energía o trabajo, han sido igualmente bien reforzadas un número igual de veces, el organismo gradualmente aprenderá a elegir la secuencia conductual menos laboriosa que conduzca al alcance del estado de cosas reforzante". (Walton, 1960, Pág. 275).

Así las cosas, Walton instruyó a la familia a no discutir con la paciente el estado de su piel, y al novio de la paciente a suspender la "aplicación de pomada sobre el cuello de su prometida", actividad que había venido realizando con fidelidad y perseverancia dignas de mejor causa.

Con este procedimiento, el rascarse decrementó hasta desaparecer. La piel cicatrizó algún tiempo después. Un seguimiento de cuatro años reveló que no hubieron recaídas ni nada que pudiera llamarse "sustitución de síntomas".

Allen y Harris (1966), entrenaron a una madre en el manejo de técnicas de modificación de conducta y la instruyeron a reforzar conducta apropiada y a ignorar la conducta

inadecuada de su hija de cinco años, la cual estaba casi siempre "desfigurada" por su forma compulsiva de rascarse. La madre inició la aplicación de los procedimientos con algunas dificultades al principio. Al inicio del procedimiento, incrementó el rascarse, lo cual ocurre en todos los procesos de extinción operante; pero después de un período de siete semanas, el rascarse se debilitó notoriamente. Un seguimiento de cuatro meses indicó la ausencia de recaídas.

Ratliff y Stein (1958) reportaron el uso de terapia aver-siva para controlar el rascarse. En nueve sesiones de una hora el paciente recibió choques eléctricos tan pronto como comenzaba a rascarse. El choque cesaba en el momento en que el paciente gritaba " No rascarse ", y dejaba de hacerlo. También se entrenó al sujeto en Relajación Muscular Profunda utilizando una adaptación de la técnica de Jacobson (1938) y se le instruyó a relajarse cuando sintiera la urgencia de rascarse. Después de cinco semanas de tratamiento el rascarse desapareció y seis meses después no había reaparecido.

Finalmente, en 1972, Watson, Tharp y Krisberg, instruyeron a una mujer de 22 años en un proceso de automodifi-

cación que resulta muy ingenioso: primero sustituyeron el rascarse violento por palmadas fuertes y posteriormente por "tocamientos" o presiones hechas con los dedos sobre la parte del cuerpo en que surgiera la urgencia de rascarse. El novio de la paciente proveía constante refuerzo para el progreso y la paciente misma establecía autocontratos para avanzar en la eliminación del rascarse. Por ejemplo, se sometió a sí misma a un programa de puntos. Si cumplía con los requisitos del programa se autoadministraba cierta cantidad de puntos con los cuales "compraba" su baño diario.

Con estas contingencias en función, el programa redujo el rascarse a una frecuencia de cero en veinte días. Un seguimiento de 8 meses reveló dos recaídas breves que se controlaron reinstaurando el programa.

A lo largo de los cuatro estudios que hemos resumido encontramos que todas las intervenciones han sido dirigidas a eliminar el rascarse a través del control de sus consecuencias. Con excepción del estudio de Ratliff y Stein (1968), que es el único que manipula los antecedentes de la conducta de rascarse a través del entrenamiento en Relajación Muscular Profunda.

En resumen, si la interconexión de elementos operantes, respondientes y simbólicos (cognoscitivos) es crucial para el desarrollo de los desórdenes psicofisiológicos, se hace evidente que la Terapia Conductual de Amplio Espectro que incorpora técnicas cognoscitivas además de las técnicas conductuales usuales, es el tratamiento de elección para un desorden psicofisiológico de primera importancia como la neurodermatitis.

Con el presente trabajo, el autor se propone:

- a) Presentar una alternativa surgida del modelo sociopsicológico para el tratamiento de la neurodermatitis, tradicionalmente tratada con aproximaciones psicodinámicas o médicas.
- b) Establecer un programa coherente de intervención basado en los postulados de la Terapia Conductual de Amplio Espectro.
- c) Contribuye a la validación clínica del modelo sociopsicológico sobre el origen, desarrollo y tratamiento del desorden psicofisiológico, ya que como acertadamente observaron Ullmann y Krasner (1975):

"EN POCAS OTRAS AREAS HAY TANTA TEORIA NUEVA, DATOS, EXCITACION Y ESPERANZA. EL ESTUDIOSO, SIN EMBARGO, NO DEBE CONFUNDIR LA PROMESA DEL LABORATORIO CON LA REALIDAD DE LA CLINICA. LA SIGUIENTE DECADA DEBERA ESTAR DESTINADA A ESTA TAREA".

# METODO

SUJETO: P.M.L., estudiante de 23 años de edad, fué referida a una clínica privada de Terapia Conductual por un profesor de su Facultad con el cual tomaba un curso de Modificación de Conducta.

La recolección de información para la evaluación del problema se llevó a cabo en tres sesiones de aproximadamente sesenta minutos cada una. Realizada la entrevista conductual se aplicaron los siguientes instrumentos de autoreporte: El inventario de Temores de Wolpe y Lang (1969), el Cuestionario de Personalidad de Willoughby en su versión para autoadministración (Wolpe, 1969) y el inventario de Asertividad de Lazarus (1971). Se utilizó también, para determinar los aspectos históricos más importantes del problema el Cuestionario de Historia del Paciente (Lazarus, 1971).

A continuación se señalan los aspectos más importantes del caso:

**DATOS GENERALES:** La paciente, de 23 años, sexo femenino, es estudiante de los últimos semestres de la carrera Licenciado en Psicología. Vive con sus padres en una casa que la familia ha habilitado como casa de huéspedes en la que viven también su hermana, cuñado y sobrina aparte de siete huéspedes y tres sirvientes.

**DATOS CLINICOS:** La paciente presenta una afección en la piel etiquetada por los dos últimos dermatólogos que ha visitado como Neurodermatitis. Esta afección tiene una duración de 19 años y se inició cuando la paciente tenía cuatro años de edad. En sus inicios surgió en la región de las articulaciones de los brazos y alcanzaba

magnitudes tales "que era imposible doblarlos". En una ocasión hubo necesidad de internarla de emergencia debido al extremo de laceración cutánea a que había llegado: todo el cuerpo lastimado, imposibilidad de movimiento y de roce con la ropa, el cuerpo forrado materialmente con pomadas y algodón. El problema se mantenía en forma permanente durante las épocas no críticas: siempre había alguna región lastimada. Aparentemente no había un ciclo regular aunque el problema se agudizaba por temporadas. En sus inicios comenzó a surgir en el cuello, la cara, la piel de las articulaciones de brazos y piernas, la espalda, los muslos.

La neurodermatitis fué diagnosticada por exclusión: al principio la familia consultó médicos generales, después dermatólogos, en un par de ocasiones homeópatas; hasta que finalmente, ante la ineficacia de la medicación dermatológica, los especialistas diagnosticaron Neurodermatitis. Acudió a tratamiento psicoterapéutico al Servicio de Salud Mental de la UNAM y posteriormente estuvo con un psicoterapeuta privado bajo terapia psicoanalíticamente orientada, bajo la cual permaneció durante dos años sin ningún indicio de mejoría.

El análisis reveló el siguiente patrón para el surgimiento de una crisis de neurodermatitis: a) Surge ansiedad superior a la "normal" en el sujeto (que ya de por sí era muy alta) b) La ansiedad evoca prurito c) La paciente se rasca d) El prurito disminuye temporalmente pero e) El rascarse irrita la piel con lo cual f) surge un prurito más intenso g) que se disminuye temporalmente con rascarse más; el círculo continúa pues la paciente alivia temporalmente la comezón pero irrita la piel aún más, lo cual aumenta el prurito que surge en forma cada vez más molesta incrementando a su vez la intensidad del rascarse. Ante la aumentada iri

tación comenzaban a surgir "ronchitas, de las que después con más rascarse, brotaba una especie de agüita o sangre" (sic). Cuando llegaba al extremo de la piel casi totalmente lacerada se detenía el rascarse y al secarse las heridas, culminaba la cadena con el enorme placer que le producía el retirar parte por parte las costras que la crisis había dejado.

#### DATOS PERSONALES:

P.M.L. fué producto de un embarazo problemático. La madre había abortado varios de sus productos y fué necesario un continuo cuidado médico y la administración constante de medicamentos hasta el octavo mes. Evaluaba su infancia como "infeliz", transcurrida en un ambiente de tensión constante en el hogar y cierto "sentimiento de inferioridad" ante las compañeras de colegio, todas de un status económico superior al suyo. Recordaba haber presentado la conducta de morderse las uñas con alta frecuencia. Su salud en la niñez fué buena, padeciendo sarampión, varicela. En la adolescencia le perturbaban trastornos menstruales en forma de cólicos intensos que culminaron con la extirpación a los 22 años de un tumor en la matriz. En la misma ocasión se le practicó la apendicectomía. Anteriormente, a los 15 años se le extirparon las amígdalas. Todas las intervenciones quirúrgicas fueron llevadas a cabo sin problemas mayores.

El inventario de <sup>tem</sup>ores reveló la existencia de fobias ante cuarenta y nueve eventos diferentes, señalando como los cinco principales, sus temores a: a) nunca poder eliminar su neuroderma-

titis; b) las peleas c) los compromisos escolares, primordialmente presentar trabajos d) salir a la calle sola, y e) manejar automóviles. Los otros estímulos evocadores de altos niveles de ansiedad se presentan en la reproducción de sus respuestas al Inventario de Temores.

La presencia constante de ansiedad se revelaba además en su reporte de constante sentimiento de tensión, incapacidad para relajarse, presencia de fatiga, sentir pánico con frecuencia, dificultad para concentrarse y su constante ingestión de sedantes.

La paciente reportó también frecuentes períodos de depresión, incapacidad para hacer amigos y para permanecer en un trabajo, "sentimiento de inferioridad", timidez y malas condiciones en la casa.

La paciente se describía a sí misma como inadecuada, ansiosa, no afirmativa, agitada, insegura. Su única cualidad positiva autoseñalada fué: considerada.

Sus intereses principales se centraban en terminar su tesis, jugar "squash" y volivol, practicar natación. Sin embargo, inmediatamente señaló que "casi nunca lo hacía". Su fuerte académico era; estudiar, pero era absolutamente incapaz de presentar trabajos ante su grupo.

Recordaba haber sido severamente importunada y fastidiada en su infancia, principalmente por sus padres y compañeras de escuela, como antes se indicó.

#### DATOS LABORALES:

Al iniciarse el tratamiento la paciente participaba en un curso de formación de profesores universitarios con una beca otorgada por una institución gubernamental. Aunque reportó lo pesado del trabajo señaló igualmente su alta satisfacción por estar ya en pos de la meta laboral que siempre deseó. En este aspecto su actividad y sus metas eran realistas y en concordancia.

#### INFORMACION SEXUAL:

La paciente no tuvo información o discusión acerca del sexo proveniente de sus padres. Su primer conocimiento acerca del sexo lo obtuvo a la edad de 9 años por una prima y evidentemente la información estaba distorsionada. Fué conciente de sus propios impulsos sexuales a los 14 años. Practicó la masturbación esporádicamente, padeciendo severos sentimientos de culpa fortalecidos por su instrucción religiosa y las críticas de su confesor.

Había tenido relaciones sexuales originadas no por un deseo personal sino por el miedo a perder a su novio. La relación no fué como la esperaba y no experimentó placer sino hasta conocer a su novio actual con quien tiene relación sexual en forma muy esporádica.

Sus períodos menstruales están plagados de tensión o ligeros dolores, por lo cual toma sedantes.

DATOS FAMILIARES: P.M.L. es la segunda de tres hermanos, el mayor de 31 y la menor de 21. Sus relaciones con ellos son buenas en la actualidad aunque no fué así en el pasado con la hermana menor. Sus padres viven. El es profesionista y ella se dedica al hogar. Los dos padecen alcoholismo.

La paciente describe a su padre como "un hombre con temperamento fuerte, con altibajos de ánimo bastante severos, impulsivo, dominante, amargado y constantemente angustiado. Exagerado. Anteriormente solo nos comunicábamos para cuestiones económicas; nunca se preocupó directamente por nosotros: pensaba que con proporcionarnos todo era suficiente. Actualmente está resentido conmigo porque le replicó y según él, le faltó al respeto".

De su madre, dice: "Amargada, frustrada, pasiva, sumisa cuando no toma, con sentimientos de víctima, insegura". Y agrega: "Antes se llevaba muy bien conmigo pues decía que éramos las débiles de la familia. Actualmente creo que está más que resentida conmigo pues yo manejo las finanzas de la casa, la critico en su presencia y le hablo fuertemente".

Recuerda haber sido castigada con golpes por sus padres o "hincada en un tapete que picaba". Alguna vez su padre le pegó con el cinturón.

La paciente describe la atmósfera de casa de la manera siguiente : "Siempre mi padre, hasta en la actualidad, llega a pelear, pero antes los pleitos llegaban a las manos y nosotros siempre defendíamos a mi

mamá y sentíamos odio hacia mi papá. Mi mamá siempre quejándose con nosotros de lo que mi papá le ha hecho".

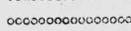
P.M.L. nunca pudo confiar en sus padres. Fué educada en escuelas de monjas con un entrenamiento religioso muy rígido. Suspendió sus prácticas religiosas hasta los 21 años.

Mantiene un noviazgo pleno de constantes tensiones con un novio que "se pelea con los otros automovilistas constantemente" y al que le disgustan las actividades sociales. No obstante su novio es "la persona más importante en su vida".

Como ya se indicó, puntuó con 49 fobias en el inventario de Temores. (Véase su reproducción en la página siguiente).

Obtuvo un puntaje de 78 en el Cuestionario de Personalidad de Willoughby, puntuación que a decir de Wolpe revela un índice muy severo de patología; y en el Inventario de Asertividad de Lazarus, tuvo también una puntuación revelando un déficit notorio de Asertividad. Las reproducciones de estos instrumentos y las respuestas del sujeto se muestran a continuación.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE WILLOUGHBY



INSTRUCCIONES: Las preguntas de este cuestionario intentan indicar varias características emocionales de la personalidad. No es un Test en ningún sentido puesto que no existen respuestas correctas o equivocadas. Después de cada pregunta encontrará una lista de números cuyo significado se indica dos líneas abajo. Todo lo que usted tiene que hacer, es encerrar en un círculo el número que MEJOR describa sus características personales.

- 0 SIGNIFICA "NO", "NUNCA", "DE NINGUNA MANERA", ETC.
- 1 SIGNIFICA "UN POCO", "ALGUNAS VECES", "ALGO", ETC.
- 2 SIGNIFICA "CASI LA MITAD DE LAS VECES SI, Y LA OTRA NO".
- 3 SIGNIFICA "USUALMENTE", "BASTANTE", "A MENUDO", ETC.
- 4 SIGNIFICA "PRACTICAMENTE SIEMPRE", "DEL TODO", ETC.

- 1.- ¿Se pone ansioso si tiene que hablar o hacer cualquier cosa frente a un grupo de extraños? 0 1 2 ③ 4
- 2.- ¿Se preocupa si hace el ridículo o si siente que ha parecido bobo? 0 1 2 3 ④
- 4.- ¿Le lastima fácilmente lo que alguna gente le haga o le diga? 0 1 2 3 ④
- 5.- ¿Permanece aislado en las situaciones sociales? 0 1 2 ③ 4
- 6.- ¿Tiene cambios de humor que no puede explicar? 0 1 ② 3 4
- 7.- ¿Se siente incómodo cuando conoce gente nueva? 0 1 ② 3 4
- 8.- ¿Sueña despierto frecuentemente? 0 1 2 ③ 4
- 9.- ¿Se desanima fácilmente, por fracaso o crítica? 0 1 2 3 ④
- 10.- ¿Dice cosas de prisa y después se arrepiente? 0 1 ② 3 4
- 11.- ¿Constantemente se siente perturbado por la mera presencia de otra gente? 0 1 2 ③ 4
- 12.- ¿Llora fácilmente? 0 1 2 3 ④
- 13.- ¿Le molesta que haya gente observando su trabajo aunque lo esté haciendo bien? 0 1 2 3 ④
- 14.- ¿La crítica lo hiere mucho? 0 1 2 3 ④
- 15.- ¿Cruza la calle para evitar encontrarse con alguien? 0 1 2 3 ④
- 16.- ¿En una recepción se aparta para encontrarse con el personaje importante? 0 1 2 ③ 4
- 17.- ¿A menudo se siente completamente miserable? 0 1 2 ③ 4
- 18.- ¿Duda en intervenir en una discusión o debate con un grupo de gente a quien usted más o menos conoce? 0 1 2 ③ 4
- 19.- ¿Tiene sensación de aislamiento estando o no con otra gente? 0 1 2 ③ 4
- 20.- ¿Se cohibe frente a sus superiores (maestros, jefes, autoridades)? 0 1 2 3 ④
- 21.- ¿Carece de confianza en su habilidad para hacer cosas y enfrentarse a nuevas situaciones? 0 1 2 3 ④
- 22.- ¿Se siente cohibido con respecto a su apariencia aun cuando esté bien vestido y arreglado? 0 1 ② 3 4
- 23.- ¿Se atemoriza ante la vista de sangre, heridas y destrucción, aún cuando no haya peligro para usted? 0 1 2 ③ 4
- 24.- ¿Siente que otras personas son mejores que usted? 0 1 2 ③ 4
- 25.- ¿Es difícil para usted decidirse? 0 1 2 3 ④

CALIFICACION TOTAL: 78

## INVENTARIO DE TEMORES

A continuación encontrará usted una serie de cosas y experiencias que pueden causar miedo u otras sensaciones desagradables. Imagínese frente a cada una de esas situaciones y coloque el número de cada ítem en alguna de las cinco columnas de la derecha: LA QUE MEJOR DESCRIBA QUE TANTO LE PERTURBA DICHA SITUACION EN SU VIDA ACTUAL.

	Nunca	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
1.- Ruido de aspiradoras		1			
2.- Heridas abiertas				2	
3.- Estar solo (a)		3			
4.- Estar en un lugar extraño					4
5.- Voces altas				5	
6.- Personas muertas					6
7.- Hablar en público					7
8.- Cruzar las calles		8			
9.- Gente que parece loca					9
10.- Caer					10
11.- Automóviles					11
12.- Ser embromado o importunado			12		
13.- Dentistas			13		
14.- El Trueno.			13		
15.- Sirenas		15			
16.- Fracaso					16
17.- Entrar en un lugar donde otros ya están sentados					17
18.- Lugares altos					18
19.- Mirar hacia abajo desde edificios altos.		20			19
20.- Gusanos.					
21.- Criaturas imaginarias					21
22.- Desconocidos					22
23.- Recibir inyecciones					23
24.- Murciélagos					24
25.- Viajes en tren	25				25
26.- Viajes en autobús					26
27.- Viajes en automóvil					27
28.- Sentir cólera o furia				28	
29.- Gente de autoridad					29
30.- Insectos voladores			30		
31.- Ver inyectar a otra persona				31	
32.- Ruidos repentinos					32
33.- Tiempo nublado			33		
34.- Multitudes				34	
35.- Espacios largos y abiertos				35	
36.- Gatos	36				
37.- Una persona amenazando a otra					37
38.- Gente con apariencia de maleante	38				
39.- Pájaros					38

	Nunca	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo.
40.- Ver aguas profundas					40
41.- Ser observado al trabajar		42			41 - E.H.
42.- Animales muertos					43
43.- Armas			44		45
44.- Suciedad					46
45.- Insectos que se arrastran					47
46.- Gente fea					48
47.- Ver pelear					49
48.- Fuego		49			50
49.- Gente enferma		50			51
50.- Perros					52
51.- Ser criticado					53
52.- Figuras extrañas				54	55
53.- Estar en un elevador					56
54.- Presenciar operaciones					57
55.- Gente enojada					58
56.- Ratones		56			59
57.- Sangre humana					60
58.- Sangre animal					61
59.- Partida de amigos					62
60.- Lugares cerrados			60		63
61.- Perspectiva de una operación					64
62.- Sentirse rechazado por otros					65
63.- Aviones	63				66
64.- Olores a medicina	64				67
65.- Sentirse desaprobado					68
66.- Serpientes inofensivas					69
67.- Cementerios					70
68.- Ser ignorado					71
69.- Oscuridad					72
70.- Perderse un latido cardíaco.					73
71.- Hombre desnudo	71				74
72.- Mujer desnuda	72				75
73.- Relámpago					76
74.- Doctores					77
75.- Personas deformes					78
76.- Cometer errores					79
77.- Parecer bobo (a)					80
78.- Tener náuseas					81
79.- Perder el control					82
80.- Desmayarse					83
81.- Arañas					84
82.- Ser responsabilizado para tomar decisiones.					85
83.- Vista de cuchillos u objetos cortantes					86
84.- Convertirse en enfermo mental					87
85.- Estar con un hombre			85		88
86.- Estar con una mujer			86		89
87.- Tomar exámenes escritos					90
88.- Ser tocado por otros		88			
89.- Sentirse diferente de otros					
100.- Silencios en la conversación					

# CUESTIONARIO DE ASERTIVIDAD DE LAZARUS

Este cuestionario nos permitirá un conocimiento más preciso y profundo de su problema, lo cual nos permitirá ayudarle de una manera más eficaz. Trate, por lo tanto, de responder con la mayor sinceridad posible. Muchas Gracias.

RELLENE EL CIRCULO QUE DESCRIBA SU SITUACION CON MAYOR EXACTITUD.

	SI	NO
1.- Cuando se encuentra con una persona visiblemente falsa, ¿es usted capaz de decirle algo acerca de este defecto?	0	●
2.- ¿Se está cuidando siempre de no tener problemas con la gente?	●	0
3.- ¿Frecuentemente evita contactos sociales por temor a hacer o decir algo incorrecto?	●	0
4.- Si un amigo revela las confidencias que usted le ha hecho ¿podría decirle lo que realmente ha sentido?	●	0
5.- En el caso de que tuviera un compañero (a) de cuarto, ¿insistiría en que hiciera la parte de quehacer que le corresponde?	0	●
6.- Si el dependiente de una tienda atendiera primeramente a alguien que llegó después de usted, ¿le reclamaría su actitud?	0	●
7.- ¿Le parece que hay muy poca gente con la cual se siente tranquilo y pase ratos agradables?	0	●
8.- ¿Dudaría usted al tener que solicitar a un buen amigo el préstamo de unos cuantos pesos?	●	0
9.- ¿Si le ha prestado cincuenta pesos a alguien que parece haberlo olvidado, se lo recordaría?	0	●
10.- Si una persona le juega bromas constantemente ¿se le hace difícil expresarle su molestia o desagrado?	0	●

	SI	NO
11. - ¿Permanecería parado en la parte posterior de un auditorio lleno de gente en lugar de buscar un asiento en la parte delantera?	0	0
12. - Si alguien patea constantemente la parte posterior de su asiento en un cine, ¿le pediría usted que dejara de hacerlo?	0	0
13. - ¿Si un amigo le llama por teléfono a horas avanzadas durante todas las noches, ¿le pediría que no llamara después de ciertas horas?	0	0
14. - ¿Si su interlocutor se pone a hablar con otra persona justo en la mitad de su conversación con usted ¿le expresaría su molestia?	0	0
15. - Si usted ordena una carne a medio asar en un restaurante lujoso, y se la sirven casi cruda, ¿le pediría al mesero que se la cociera un poco más?	0	0
16. - Si su casero no cumple con ciertas reparaciones que ha prometido hacer, ¿insistiría en que las hiciera?	0	0
17. - ¿Devolvería una prenda de vestir defectuosa que hubiese comprado días antes?	0	0
18. - Si una persona a la que respeta manifiesta puntos de vista con los cuales usted está en franco desacuerdo, ¿expresaría su propia opinión?	0	0
19. - ¿Es usted capaz de decir "NO" cuando la gente le hace peticiones irrazonables?	0	0
20. - ¿Piensa usted que la gente debería hacer valer sus propios derechos?	0	0

CALIFICACION TOTAL:

5.0

En resumen, los problemas de la paciente habían interrumpido todas las áreas de su funcionamiento en mayor o menor medida. Por ejemplo, su actividad social estaba seriamente disminuída por la ansiedad que le causaba a la paciente la realización de actividades como salir a la calle sola, ir a fiestas, enfrentarse a situaciones nuevas, ir a comprar ropa, etc.. Algunos de estos déficits redundaban en su economía, por ejemplo su imposibilidad de viajar en camiones o en taxis colectivos sola; cuando era menester que saliera sola, inevitablemente debía hacerlo en taxi, lo cual implicaba desde luego un gasto mayor.

En cuanto a su actividad académica, la ansiedad se presentaba ante la perspectiva de un trabajo, cuando tenía que presentar un trabajo ante un grupo, o al ser observada por compañeros o superiores cuando desarrollaba su trabajo, aunque lo estuviera haciendo bien. Esto repercutía en conductas de evitación o escape, tales como la no participación en discusiones y, en grado menor, el faltar a su trabajo.

En el aspecto de relaciones familiares, éstas se habían vuelto casi exclusivamente agresivas. Nuestra paciente culpaba de sus problemas a sus padres y los culpaba también de los problemas que entre ellos existían. Esta visión de las cosas la mantenían en constante tensión y se desataban disputas con alta frecuencia, mismas que a su vez incrementaban o mantenían la tensión.

La paciente declaró que los beneficios que esperaba de la Terapia eran los siguientes: "Vivir más tranquila, para poder ser una mujer equilibrada, no ver el futuro tan incierto y con miedo y poder atravesarse a hacer todo lo que no he podido por mi timidez e inseguridad". En un punto posterior veremos como se especificaron finalmente las metas terapéuticas entre paciente y terapeuta.

#### ESTRUCTURACION COGNITIVO-CONDUCTUAL del CASO:

##### Diagnóstico:

El diagnóstico conductual, a diferencia de los diagnósticos tradicionales, no se propone hacer una descripción de la personalidad de los sujetos ni asignar al paciente a tipos especiales de personalidad. En lugar de esto, el diagnóstico conductual sirve para varios propósitos, a saber: a) identificación de las respuestas a modificar y los estímulos que las mantienen; b) Evaluación de relaciones funcionales entre estímulos discriminativos, clases de respuesta y reforzadores; c) determinación de los recursos sociales, ventajas y habilidades de la persona que puedan ser usados en el programa terapéutico, así como limitaciones y obstáculos que puedan ser hallados tanto en la propia persona como en su ambiente, y d) Disponibilidad de estrategias terapéuticas específicas o técnicas conductuales que puedan ser utilizadas, de acuerdo con la situación personal y ambiental

tal del sujeto. (Kanfer y Saslow, 1969; Kanfer y Phillips, 1970; Ferster, 1965).

En concordancia con esta línea de pensamiento los problemas conductuales de nuestro sujeto se clasificaron en las categorías que líneas abajo se reportan. Junto con cada categoría y derivada directamente de esta, se presenta la estrategia de modificación conductual o cognitiva dependiendo de si la conducta ocurre en forma abierta o en forma cubierta. (Véanse Tablas 1, 2, 3, y 4).

CATEGORIA	TIPO	PROBLEMA ESPECIFICO	Estrategia de Tratamiento
DEFICIT CONDUCTUAL	<p>1) De Autocontrol (incapacidad para alterar respuestas en situaciones de conflicto: en el presente caso el conflicto se da entre un refuerzo negativo inmediato y un estímulo aversivo a largo plazo).</p>	<p>La paciente se rasca con altísima frecuencia porque esto le trae alivio inmediato para el prurito o comezón, pero las consecuencias a largo plazo de esta actividad son sumamente problemáticas, ya que la cadena continúa hasta lesionar la piel (Véase, páginas atrás, la sección de Datos Clínicos).</p>	<p>Autocontrol a través del automonitoreo; relajación muscular profunda y relajación diferencial, autoestimulación aversiva y RDO para la respuesta de rascarse.</p>
	<p>2) De Interacción Interpersonal: incapacidad para involucrarse en conductas sociales adecuadas debido a falta de habilidades.</p>	<p>Incapacidad para expresar sentimientos, defender derechos, expresar opiniones o creencias. La paciente experimentaba gran ansiedad al viajar en camión o taxi colectivo sola ya que entonces tenía que "pedir la parada o pedir permiso a los otros pasajeros para bajar del taxi. Permanece aislado en situaciones sociales, experimenta dificultad al conocer gente nueva o hacer amigos.</p>	<p>Entrenamiento Asertivo</p>

TABLA I

CATEGORIA	TIPO	PROBLEMA ESPECIFICO	Estrategia de Tratamiento
EXCESO CONDUCTUAL	1) Ansiedad Condicionada inapropiada a objetos o Eventos; ansiedad excesiva ante configuraciones de estímulo que no representan un peligro objetivo o real (miedos irrealistas o fobias).	<p>En vista del número excesivo de estímulos controladores de ansiedad inapropiada, Paciente y Terapeuta determinaron que se trabajaría sobre las fobias que de modo principal afectaban el funcionamiento social, familiar, y laboral de la paciente. Estas fobias podían dividirse en 4 grupos:</p> <p>a) Temor a desconocidos, gente fea, personas deformes y "gente con apariencia de maleante". Salir a la calle sola era muy atemorizante.</p> <p>b) Acrofobia: Fobia a las alturas, a ver hacia abajo desde edificios altos. La paciente tenía que trabajar en un cuarto piso; no podía acercarse al muro de protección y el pasillo le causaba ansiedad.</p> <p>c) Temor a Ver Pelear, a las voces altas, a la gente enojada, a ver una persona amenazando a otra: Sus padres discutían casi diariamente, ebrios o no; y su novio lo hacía con ella; o con otros automovilistas, en la calle.</p> <p>d) A manejar automóviles: a raíz de un accidente.</p>	<p>a) Terapia Implosiva</p> <p>b) Desensibilización Sistemática, in vivo.</p> <p>c) Desensibilización sistemática a componentes auditivos y visuales.</p> <p>d) Desensibilización Sistemática.</p>

TABLA 2

CATEGORIA	TIPO	PROBLEMA ESPECIFICO	Estrategia de Tratamiento
INAPROPIADO CONTROL DE ESTIMULOS AUTOGENERADOS	1.- Autodescripciones funcionando como estímulos generadores de conductas conducentes a resultados negativos.	La paciente se describe a sí misma como Tímida, Insegura e INFERIOR.	Recondicionamiento de actitudes hacia sí misma a través del cambio de sus autodeclaraciones. Esto se logrará a través de la Reestructuración Cognitiva con Terapia Racional Emotiva.
	2.- Actividad Verbal/Simbólica funcionando como generadora de conductas inapropiadas.	Una gran cantidad de los miedos irrealistas de la paciente parecen estar respondiendo a este tipo de conducta cubierta, predictor de catástrofes: sus miedos a ser observada por sus jefes, a participar en grupos, a los exámenes, a los compromisos escolares, a hablar en público, al fracaso, a ser criticada, rechazada o desaprobada, a parecer boba, a tener que tomar decisiones.	Cambio de la conducta verbal cubierta, reestructuración cognitiva lograda con Terapia Racional Emotiva.

TABLA 3

CATEGORIA	TIPO	PROBLEMA ESPECIFICO	Estrategia de Tratamiento
<p>INAPROPIADO ARREGLO DE CONTINGENCIAS.</p>	<p>1. - Mantenimiento ambiental de la conducta inadecuada.</p>	<p>La paciente parece estar recibiendo reforzamiento en forma de atención social por su neurodermatitis, proveniente de sus padres y su novio.</p>	<p>Extinción a la conducta de rascarse que mantiene el problema y Reforzamiento social de incompatibles.</p>

Secuencia:

Se determinó realizar la aplicación de las técnicas en el orden siguiente:

- a) Automonitoreo de la conducta de rascarse.
- b) Línea Base de la conducta de rascarse.
- c) Entrenamiento en Relajación Muscular Profunda
- d) Entrenamiento en Relajación Muscular Diferencial
- e) Terapia de Ansiedad-Alivio a los componentes visuales del temor a ver pelear.
- f) Desensibilización Sistemática a los componentes auditivos del temor a ver pelear.
- g) Terapia de "inundación" (Flooding Therapy)
- h) Desensibilización Sistemática in vivo para la Acrofobia
- i) Terapia Racional Emotiva
- j) Entrenamiento Asertivo. (Como se verá después, esta Técnica ya no se aplicó, debido a que la paciente después de la Terapia racional emotiva comenzó, en forma sorprendentemente satisfactoria, a emitir comportamiento asertivo).
- k) Autoestimulación aversiva para el rascarse
- l) Rearreglo de las contingencias de refuerzo social para eliminar reforzamiento al rascarse y fortalecer incompatibles.

Se decidió emplear la secuencia anterior por varias razones:

a) El entrenamiento en Relajación Muscular debería servir como técnica para manejar la ansiedad libremente flotante y como base de sustentación para implementar posteriormente la Desensibilización sistemática y el flooding.

b) La eliminación de las fobias a ver pelear, la acrofobia y los temores en relación a la gente permitían un cambio inmediato en el funcionamiento de la paciente en su ambiente familiar, laboral, y social respectivamente.

c) La Terapia Racional Emotiva fué dejada para las etapas finales debido a que el terapeuta consideró que podría cumplir funciones preventivas y promover efectos mayores de generalización al permitir al sujeto una serie de habilidades de enfrentamiento que, por su naturaleza cognoscitiva, contribuirían al desarrollo psicológico de la paciente. Resumen: Las técnicas iniciales fueron consideradas "curativas", las últimas "preventivas".

## PROCEDIMIENTO:

### Automonitoreo y Línea Base:

La autoobservación o automonitoreo es una de las principales estrategias dentro de las llamadas Técnicas de Autocontrol. Se pretende con el automonitoreo que la persona no solamente observe su propia conducta sino que al mismo tiempo la registre con el propósito de que los registros le proporcionen al mismo tiempo retroalimentación y evaluación. Mahoney y Thoresen (1974) (Pág. 23) han indicado que "el individuo que registra su propia conducta, se vuelve más conciente de sí mismo, y además, recibe una retroalimentación INMEDIATA y ACUMULATIVA sobre lo que está (o no está) haciendo". Por otro lado los datos objetivos que puede proveer el automonitoreo tienen importancia definitiva en la forma que el individuo se autoevalúa: si sus registros indican que su conducta está cambiando en la dirección deseada el sujeto tiene una base objetiva para experimentar mayor satisfacción consigo mismo.

Otra de las grandes ventajas de la observación de la propia conducta tiene que ver con los cambios en las conductas deseadas; en este sentido, la evidencia experimental demuestra que dichas conductas a menudo incrementan con el solo hecho de ser registradas (Mahoney and Thoresen, 1974; Thoresen & Mahoney, 1974; Broden, Hall & Mitts, 1971; Mahoney, Moore, Wade & Moura, 1973; Johnson & White, 1971). Sin embargo, en el caso de las conductas indeseables el papel de esta técnica no es claro.

En el presente trabajo se estableció el automonitoreo y se mantuvo a lo largo del tratamiento. El sujeto tenía conocimiento y entrenamiento en las técnicas de registro conductual, de manera que la forma de registro se determinó con su ayuda. Se registró la ocurrencia del rascarse con un Registro de Ocurrencia continua, que se iniciaba a las 7 de la mañana y finalizaba a las 10 de la noche. Este período de vigilia se dividió a su vez en cinco etapas, a saber: de las 7 a las 10 de la mañana; de las 10 a las 13 horas; de las 13 a las 16; de las 16 a las 19 y de las 19 a las 22 horas. Se registró la ocurrencia en 7 regiones del cuerpo: cara, cuello, brazos, espalda, torso, piernas y manos. La hoja de registro que la paciente llevaba siempre consigo se ilustra en la página siguiente. Al mismo tiempo se le instruyó a la paciente para que registrará también en forma continua las ocasiones en que experimentara Ansiedad, mencionándole los componentes observables de ésta: sudoración, boca seca, respiración agitada, tensión en el pecho, ritmo cardíaco acelerado, tensión muscular, temblores, etc. Se tomaron 5 sesiones de registro que sirvieron como Línea Base, antes de iniciar el entrenamiento en Relajación.

#### Entrenamiento en Relajación Muscular Profunda:

La ansiedad condicionada inapropiada se ha señalado en la literatura como un factor que ocupa un rol central en múltiples desórdenes, entre éstos se encuentran principalmente

MODELO DE HOJA PARA AUTOMONITOREO

Horas	Cara	Cuello	Brazos	Espalda	Piernas	Manos	Torso
7-10							
10-13							
13-16							
16-19							
19-22							
22-							
F e c h a :				T o t a l :			

los desórdenes psicossomáticos (Paul y Bernstein, 1973; Lazarus, 1971). Los componentes fisiológicos del estado psicológico llamado ansiedad, así como sus componentes cognitivos y afectivos los podemos encontrar magníficamente representados en la tabla que a continuación aparece y que Cotler y Guerra (1976) adaptaron de Buss (1966).

### SINTOMAS DE LA ANSIEDAD

#### Síntomas Somáticos y Motores:

"Ponerse colorado"	Sentirse Débil
Sudoración	Malestares intestinales
Boca seca	Tensión Muscular
Respiración agitada	Temblores
Tensión en el pecho	Sobresalto
Taquicardia	Falta de coordinación
Pulso acelerado	Quedarse "frío"
Dolor de cabeza	"Helarse la sangre".

#### Síntomas Afectivos y cognitivos:

Pánico	Pavor
Depresión	Falta de atención
Irritabilidad	Olvidos
Agitación	Distracción
Preocupación	Pesadillas
Insomnio	

De todos los síntomas de la ansiedad anteriormente reportados, se considera que el rasgo más sobresaliente es la Tensión Muscular, ya que no sólo es síntoma sino que si se provoca "voluntariamente" puede hacer aparecer los otros componentes físicos y consecuentemente el estado

psicológico de la ansiedad. A partir de este descubrimiento de Jacobson (1938), muchos autores comenzaron a utilizar los descubrimientos del mismo autor para lograr el estado opuesto a la tensión muscular y a la ansiedad entrenando a sus sujetos ansiosos en la Relajación Muscular Profunda. De esto ha dicho Lazarus (1971, Pág. 233) lo siguiente: "Muchos individuos tensos o agitados con quejas somáticas o de las llamadas 'psicosomáticas' derivan un inmenso beneficio del entrenamiento en relajación."

En el presente trabajo el entrenamiento en relajación muscular profunda tenía un doble propósito: a) servir como una técnica terapéutica en sí misma, en el sentido descrito arriba y b) servir como primera parte de los procedimientos de desensibilización sistemática que más adelante se emplearían.

El entrenamiento en Relajación Muscular profunda se llevó a cabo en 6 sesiones, siguiendo la adaptación que Wolpe (1969) hizo de la técnica de Jacobson (1938). De esta manera en la primera sesión se trabajó con las manos, brazos y antebrazos, estructurando cada ejercicio de la siguiente manera: de 8 a 10 segundos de tensión, 8 a 10 de relajación y 15 segundos en los que el sujeto debería alcanzar el nivel de relajación profunda con el auxilio verbal del terapeuta. En un segundo ensayo se repetía la secuencia pero se eliminaba la intervención del terapeuta para permitir que el sujeto alcanzara solo el nivel de relajación profunda.

La segunda sesión del entrenamiento trató con los grupos musculares de la cara y la cabeza: frontal, orbiculares de los ojos, musculos de la nariz, orbiculares de los labios.

La tercera sesión de relajación sirvió para entrenar los maseteros y los temporales, los músculos de la lengua, los músculos faríngeos y los infrahioideos.

En la cuarta sesión la paciente aprendió a relajar los músculos laterales y posteriores del cuello y los músculos de los hombros(deltoides, posthumerales, escapulo-espinales).

La quinta sesión trata con los músculos de la espalda, abdomen y tórax, mientras que la sexta y última sesión de relajación trata con los músculos de los pies, piernas, muslos y glúteos.

La paciente fué instruída para practicar la relajación diariamente durante dos veces al día, al principio sólo de los músculos que había aprendido a relajar en la sesión anterior y sumando a su relajación los que fuese aprendiendo en las sesiones subsecuentes. Al finalizar la sexta sesión, se entregó a la paciente una grabación con instrucciones completas de relajación, mismas que se reproducen en el Apéndice de este trabajo. Tanto las instrucciones grabadas como las sesiones de entrenamiento fueron auxiliadas con el sonido de un metrónomo. La paciente recibió ahora la instrucción de relajarse con la cinta un mínimo de dos

veces diarias.

### Relajación Diferencial:

La relajación diferencial es la habilidad para relajar los músculos que no están en uso durante la realización de varias actividades, por ejemplo: cuando un sujeto escribe en un pizarrón, generalmente lo hace con la mano derecha, no obstante el brazo izquierdo presenta cierto nivel de tensión; cuando un sujeto maneja un automóvil, los músculos del abdomen y tórax así como los de la espalda, no tienen porque estar tensos. De la misma manera, cuando caminamos no es necesario mantener en tensión los músculos superiores de la espalda, cuello o brazos, ni es necesario mantener las extremidades inferiores con un nivel de tensión mayor que el que realmente se necesita.

En este trabajo se utilizaron dos sesiones para el entrenamiento en relajación diferencial. El procedimiento ~~que se~~ consistió en lo siguiente: partiendo de un estado de relajación Muscular profunda, después de tener al paciente relajándose con la cinta grabada, se le instruyó para ejecutar determinadas actividades mientras mantenía un buen nivel de relajación. Cuando el sujeto iniciaba la actividad se le solicitaba que relajase al máximo los músculos que no estuvieran en uso y que notase que tal actividad podía ejecutarse adecuadamente. Después de la segunda sesión de relajación diferencial, se instruyó a la paciente para ejecutar diversas actividades en su casa manteniendo relajados los músculos no utiliza-

dos.

#### Terapia de Ansiedad-Alivio:

El temor a ver pelear, como antes se indicó, perturbaba seriamente la vida de la paciente principalmente debido a que casi diariamente ocurrían discusiones entre sus padres, los cuales, como se señaló previamente, padecen alcoholismo. Los dos padres se negaban definitivamente a participar en Terapia, de manera que no podía utilizarse un procedimiento que los incluyera para ayudar en el caso. Lo mismo ocurría con el novio de la paciente, cuyos desplantes agresivos durante el tiempo en que manejaba eran constantes, evocando con sus discusiones, altos estados de ansiedad en nuestra paciente. Así pues, se decidió emplear un método de contracondicionamiento que le permitiera mantener un estado de calma y tranquilidad para de ésta manera comportarse en forma más racional implementando procedimientos adecuados de intervención cuando la ocasión lo ameritase. Por otro lado, las peleas continuas entre sus padres (en el pasado habían sido peleas físicas sumamente violentas) habían condicionado estímulos como voces altas y discusiones de otra naturaleza, también como estímulos evocadores de ansiedad. Con todo esto, la implementación de un método de contracondicionamiento de la ansiedad a las peleas parecía justificado. Se decidió proceder a dicha tarea en dos formas: eliminando el temor tanto a los componentes visuales, como a los componentes auditivos.

El primer paso en el procedimiento de Ansiedad-Alivio (en su implementación), consistió en entrenar a la paciente en el manejo adecuado de la Escala Subjetiva de Ansiedad (Wolpe, 1969). Para esto, se pide al paciente que imagine una situación que haya experimentado o que pudiera experimentar en la cual su ansiedad alcance el más alto nivel posible, la peor y más molesta de las ansiedades. "Bien — decimos cuando nos ha reportado la situación— califique esta situación con 100 USPs (Unidades Subjetivas de Perturbación). Ahora imagínese estando en un estado de calma y tranquilidad absolutas..... Califique dicho estado con 0 USPs.... Muy bien: tenemos ahora una escala que podemos usar para evaluar nuestra ansiedad en el futuro. ¿En que punto de esa escala que va de 0 a 100 se ubicaría usted en este momento, en que está aquí, hablando conmigo". Cuando la paciente ha comprendido bien en que consiste la Escala, se le pide que evalúe todas las situaciones que le evoquen ansiedad, ubicándolas en algún punto de la escala. La paciente debe identificar situaciones en su ambiente natural y calificarlas presentando un reporte escrito en la sesión siguiente.

Cuando el sujeto hubo adquirido cierta facilidad en el manejo de la Escala, se le pidió evaluar una serie de diapositivas representando varias escenas de agresión entre hombres y mujeres. Se le presentaron 40 diapositivas diferentes de las que, después de ser evaluadas, se sacaron 15 que

sirvieron para construir una Jerarquía de Ansiedad (Wolpe, 1958, 1969; Lazarus & Serber, 1968;); las 40 diapositivas utilizadas pertenecen a las series de Diapositivas Terapéuticas de Farrall Instruments (Electronic Medical Instruments, Grand Island, Nebraska, U.S.A.) diseñadas para la construcción de Jerarquías en el área de Agresión. La jerarquía que fué construída con el material de Farrall Instruments estaba constituída por 15 diapositivas que puntuaban entre 5 y 80 USPs; fué necesario crear dos diapositivas más para los puntajes de 90 y 100 USPs; la paciente reportó que las escenas que producirían estos puntajes eran algunas en las que intervinieran ella y su novio, éste peleando en la calle con alguna persona y ella interviniendo para evitar el pleito. Se obtuvo la colaboración del novio para la fotografía de estas escenas, lo cual representó una variable importante cuyo efecto se reportará en la Sección de Resultados.

La jerarquía así obtenida, compuesta de 17 items se presenta en la página siguiente. Se presenta a la izquierda la descripción del contenido de la escena y a la derecha el nivel de USPs que evocaba.

Jerarquía utilizada en la Terapia de Ansiedad-Alivio  
(Descripción de las diapositivas<sup>1</sup>)

SITUACION	USPs
1.- Un hombre sentado en un sofá, con una mujer de bruces sobre sus piernas. El hombre dándole nalgadas.	0
2.- Una mujer de perfil descubriéndose una parte del cuello para mostrar dos hematomas impresionantes	5
3.- Un hombre tirado en el suelo cubriéndose la cara con un brazo y a su lado, arrodillada, una mujer con un florero en alto a punto de golpearlo.	10
4.- Un hombre detrás de una mujer, apretando sus brazos de manera que no pueda moverlos. Ella con expresión de dolor.	15
5.- Una mujer frente a un hombre, en la cocina. Los dos con expresión amenazadora. Ella sostiene una sartén en alto.	20
6.- En primer plano un hombre de espaldas con el puño en alto, a punto de descargar un golpe sobre una mujer que aparece en el plano medio con una expresión de furia y espanto.	25
7.- Un hombre de pié, sin camisa, inclinándose para descargar un golpe sobre una mujer que, semirecostada en la cama intenta protegerse la cara con los brazos.	30
8.- Una mujer y un hombre de pie, tirándose mutuamente del cabello. La mujer con un puñal en la mano.	35
9.- Una mujer tirada en el suelo. Un hombre arrodillado junto a ella le sujeta una mano contra el suelo, mientras con la mano libre intenta alcanzar su cuello. La mujer, que a su vez tiene un brazo libre intenta rechazarlo.	40
10.- Una mujer tirada en el suelo, propinando un fuerte golpe con un cuadro en el cuello de un hombre que de rodillas, a su lado, pretende herirla con un puñal	45

(Continúa...)

11.- Un hombre y una mujer forcejeando, la mujer con un cuchillo dirigido al estómago del hombre.	50
12.- Un hombre y una mujer de pie. El hombre detrás de la mujer sujetando a ésta por una mano y manteniendo un cuchillo en alto. La mujer con expresión aterrorizada.	60
13.- Una mujer y un hombre de pie, separados por una puerta entreabierta. El hombre pretende entrar mientras la mujer se opone intentando cerrar la puerta.	70
14.- Una mujer y un hombre enfurecidos amenazándose mutuamente. El con una pistola y ella con un cuchillo.	75
15.- Una mujer y un hombre forcejeando violentamente. El la sujeta por el cuello, mientras ella acerca un cuchillo al cuerpo de él.	80
16.- El novio de la paciente bajándose de su automóvil para iniciar un pleito con un automovilista que lo espera listo para iniciar el pleito. La paciente jala a su novio del brazo.	90
17.- El novio de la paciente frente a un automovilista: los dos en actitud amenazadora. La paciente entre los dos, intentando con rostro angustiado retirar a su novio.	100

Cualquier estímulo que es apareado repetidamente con las sensaciones positivas que acompañan a la terminación del castigo, se convertirá a través de un proceso de condicionamiento clásico, en un evocador de las mismas sensaciones positivas, aún en situaciones diferentes (Mowrer, 1960). Así, Rimm & Masters (1974), señalan que "un estímulo que tenga valencia negativa (Por ejemplo la figura de una mujer desnuda para un homosexual) adquirirá valencia positiva si es apareado repetidamente con los poderosos sentimientos de alivio que acompañan a la terminación de un estímulo aversivo intenso".

Estos son los principios que subyacen a la Terapia de Ansiedad- Alivio (Wolpe, 1969; Rimm & Masters, 1974). Así, instauramos el procedimiento de la siguiente manera:

a) Comenzando con la escena menos evocadora de ansiedad de la jerarquía:

- a1) Se mantiene la escena No. 1 durante 30 segundos, pidiéndole al sujeto que vea la escena y que no desvíe la mirada de la pantalla ni cierre los ojos.
- a2) Se pide al sujeto que evalúe su nivel de USPs.
- a3) Se presenta la pantalla en blanco durante 30 segundos
- a4) Se inicia un choque eléctrico a partir de 2 miliamperes, que aumenta lentamente de intensidad hasta que:
- a5) El sujeto dice en voz alta "Calma" y presiona el control remoto del proyector de diapositivas para que la escena de Agresión No. 1 de la jerarquía aparezca nuevamente.
- a6) La escena de Agresión No. 1, dura un minuto. Se evalúa el nivel de USPs.

a7) Si el nivel de Usps es superior a 5, se vuelve a A3 y se repite el ciclo el número de veces necesario para que el nivel de USPs sea 0 ante la escena de agresión

Cuando se ha obtenido 0 USPs ante una determinada escena por 3 veces consecutivas, se procede con el mismo procedimiento para la siguiente escena de la jerarquía.

Aparato: En esta fase se utilizó un equipo complejo de Terapia Aversiva: El AV-6 Visually Keyed Shocker de Farrall Instruments Company.

En las Escenas finales de la Jerarquía, se corroboró el reporte verbal de USPs de la paciente utilizando el PM-4 (Patient Monitor: Farrall Instruments Company), equipo para el biofeedback y la autoregulación de la Respuesta Galvánica de la Piel. Se observó una sorprendente correlación entre los registros del aparato y el reporte de nuestra paciente.

Los 17 ítems de la jerarquía se cubieron en 4 sesiones.

#### Desensibilización Sistemática:

El componente auditivo del temor a las peleas fué atacado a través de la técnica de Desensibilización Sistemática (Wolpe, 1958, 1969; Lazarus & Serber, 1968). Brevemente, la técnica supone que determinada configuración de estímulos evocadora de ansiedad HA ADQUIRIDO esa capacidad y por lo tanto es susceptible de perderla. Así, el estímulo evocador de ansie-

dad es dividido en varias escenas de una jerarquía con capacidades gradualmente mayores para producir tensión o ansiedad. El procedimiento evoluciona a través de tres etapas principales:

a) Entrenamiento del sujeto en Relajación muscular profunda.

b) Construcción de una jerarquía de ansiedad

c) Desensibilización Sistemática propiamente dicha. En esta etapa, el sujeto es relajado completamente y mientras se encuentra en ese estado de calma absoluta se le presenta el ítem con menor capacidad evocadora de ansiedad de la jerarquía. De acuerdo a la suposición de Wolpe (1958, 1969), corroborada experimentalmente por Paul (1968) y Davison (1968), cuando se lleva a cabo este procedimiento se desarrolla el proceso de inhibición recíproca, consistente en que el ítem menor de la jerarquía sólo evocará una mínima ansiedad, la cual será inhibida a los pocos segundos o minutos por el estado general de relajación del sujeto. Así, los ítems más bajos en la jerarquía se van atacando gradualmente y se avanza sobre ellos cuando han perdido su poder evocador de ansiedad. Así se va ascendiendo con los demás puntos de la jerarquía.

Ahora bien, la presentación de las escenas puede hacerse en imaginación (solicitando al paciente que se imagine vívidamente las escenas que el terapeuta le describe), a través de la visualización lograda con un proyector de diapositivas o ante la presentación gradual del objeto temido real (Desensibilización en vivo).

En el caso presente, considerando que se trataba de un componente auditivo, se procedió de la siguiente manera.

- a) El terapeuta hipotetizó: En el caso de la agresión verbal, el estímulo (voces altas) podía generar ansiedad de dos maneras: a través de su Volumen y a través de su contenido. Presentando grabaciones de la agresión a un volumen muy bajo, el sujeto estaría imposibilitado para percibir el contenido. Es decir: volumen y contenido correlacionaban.
- b) Se realizó la grabación de Agresión Verbal en diversas circunstancias: entre esposos, entre hombres peleando, de peleas familiares con múltiples participantes, etc.
- c) Se le presentaron a la paciente a un volumen que le evocara una ansiedad mínima. De aquí se seleccionaron las dos escenas más perturbadoras.
- d) Se graduó el volumen de la grabadora en diez puntos.
- e) Se colocó la grabadora en un cuarto adjunto al de terapia.
- f) Se pidió al sujeto que se relajara profundamente.
- g) Se avanzó gradualmente empezando con el volumen menor.
- h) Se evaluaba el nivel de Usps y se incrementaba el volumen cuando el sujeto reportaba entre 0 y 5 Usps. (Cada presentación del estímulo duraba cinco minutos).

Se realizaron dos sesiones de aproximadamente 80 minutos cada una, para cubrir los episodios elegidos.

La sesión final se realizó teniendo al sujeto escuchando la grabación al volumen más alto en el cuarto en que la terapia se realizó.

Aparato: Se utilizó una grabadora de dos canales de un laboratorio de Idiomas y el cassette realizado ex-profeso para esta actividad. (Clínica Mexicana de Conducterapia, 1976).

#### Desensibilización Sistemática En Vivo para la Acrofobia:

El problema de acrofobia fué atacado con la técnica de Desensibilización Sistemática, enfrentando al sujeto con aspectos cada vez más atemorizantes y evocadores de ansiedad del estímulo real. Para realizar esto, se eligió un edificio de 14 pisos con una terraza en los pisos 3°, 6°, 9° y 12°, la cual tenía un muro de protección de 1:30 metros de altura.

Se realizó una evaluación conductual previa: subir caminando hasta el piso 12° y solicitar en cada paso al sujeto que se acercara a la celosía en los pisos que no tenían terraza y al muro de protección en los pisos que sí la tenían. El sujeto pudo acercarse a la celosía e intentar ver hacia abajo en todos los pisos; pero en el piso tercero, cuando se le pidió que se acercara al muro de protección, se resistió al principio y cuando se disponía a hacerlo sufrió un mareo. Lo mismo ocurrió en el piso 6°; en los pisos 9° y 12°, sencillamente no pudo acercarse.

Así las cosas, el entrenamiento se inició desde abajo: pidiendo al sujeto que evaluara su nivel de USPs mientras miraba hacia

partes progresivamente más altas del edificio.

Posteriormente, se inició el trabajo en el tercer piso: Se pedía al sujeto que se relajara lo más posible hasta que su nivel de ansiedad estuviera entre 0 y 10 USPs. Cuando este nivel se alcanzaba, se pedía a la paciente que avanzara un paso hacia el muro de protección. Si en este avance la ansiedad no aumentaba, se aumentaba aún más el acercamiento. En caso de que la ansiedad aumentara, el terapeuta proveía instrucciones de relajación o ponía a funcionar un metrónomo que siempre había sido utilizado en la práctica de la relajación y cuyo sonido de fondo acompañaba la grabación de las instrucciones que la paciente seguía diariamente en su casa. (Esto, representa por sí solo una técnica aparte: La relajación bajo señal (Brady, 1973), pero se incluye aquí como una parte de un procedimiento más general. Los fundamentos que subyacen a esta técnica es que el sonido por su apareamiento con la relajación, adquiere por un procedimiento de condicionamiento clásico la capacidad para controlar un estado de relajación en situaciones en que es utilizado sólo). Cuando la paciente podía mantenerse cerca del muro, tocándolo y reclinándose sobre él, se le pedía que hiciera un recorrido con las manos sobre el muro, desplazándose lateralmente y viendo hacia abajo. Cuando la paciente podía realizar esta actividad con una ansiedad de entre 0 y 10 USPs, se iniciaba el mismo

procedimiento en el piso sexto, luego el noveno y finalmente el doceavo.

Se realizaron dos sesiones de aproximadamente 90 minutos cada una.

#### Terapia de Inundación (Flooding Therapy):

Cuando un individuo que presenta una ansiedad condicionada a un estímulo es enfrentado repetidamente a dicho estímulo sin posibilidad de emitir conductas de evitación o escape, la conducta de miedo que es evocada por el estímulo condicionado, sufrirá extinción. A partir de este principio Stampfl y Levis, (1967 a y 1967 b; Levis & Carrera, (1967), establecieron la técnica de la Terapia Implosiva cuyo desarrollo tenía estrechos nexos con la Terapia psicoanalítica. El mismo principio sustenta la técnica de Inundación que Malleon (1959) reportó, basándose en los descubrimientos de Solomon, Kamin y Wynne (1953).

La literatura de la terapia conductual, generalmente ha conducido al establecimiento de la creencia de que Terapia Implosiva y Terapia de Inundación son dos términos para el mismo proceso (Yates, 1970; McCutcheon & Adams, 1975). Sin embargo, (Rimm & Masters, 1974, establecen dos diferencias básicas entre las dos técnicas: La terapia implosiva generalmente es un proceso que se desarrolla en imaginación en tanto que la Inundación se lleva a cabo en vivo; La terapia Implosiva al presentar en imaginación los estímulos aversivos condicio-

nados incluye una serie de símbolos derivados de interpretaciones psicodinámicas de los sujetos; ésto no ocurre en la inundación. Finalmente, derivado de lo anterior la terapia implosiva utiliza una gran dramatización de las imágenes presentadas originada en el hecho de combinar los símbolos psicoanalíticos.

En el presente trabajo se utilizó la técnica de Inundación, para eliminar los temores a un conjunto de estímulos relacionados con la gente: desconocidos, "gente fea", "gente con apariencia de maleante", gente sucia, etc. Tras la interrogación verbal para aclarar las características de los estímulos, se hizo claro que la descripción de "gente fea" o "gente con apariencia de maleante" se relacionaba con "personas morenas, labios gruesos, nariz ancha, pelo lacio, grasoso, ropa barata," etc. Es obvio que un conjunto de temores como el descrito impedirían el adecuado funcionamiento social de cualquier persona en nuestro país.

Se decidió buscar un lugar que reuniera el tipo de estímulos como los señalados y que no ofreciera ningún peligro real, para lo cual se decidió emplear el Mercado de Tepito y sus alrededores. El terapeuta recorrió primeramente el lugar y trazó un mapa que debería seguirse posteriormente en compañía de la paciente.

La terapia de inundación supone que cuando se presenta sólo el estímulo condicionado evocador del temor (sin la presencia del estímulo incondicionado), se presenta un estado de ansiedad que aumenta gradualmente hasta alcanzar un máximo, desde el cual comienza a descender hasta desaparecer completamente.

Se le explicaron las bases de la técnica a la paciente y se le pidió presentarse a la sesión siguiente con ropa sport, zapatos tenis y sin bolso.

Se inició el recorrido según el plan trazado previamente por el terapeuta y el cual estaba basado en la presencia de estímulos cada vez más atemorizantes o mayor cantidad de ellos. Se evaluaba el nivel de USPs cada 5 minutos. La paciente fué instruída a caminar cerca del terapeuta siguiendo su ritmo de avance y sin acercarse a él, a menos que fuese incontrolable su temor. Cuando se llegó al lugar de mayor capacidad atemorizante (según la evaluación del terapeuta), ocurrieron dos hechos que ayudaron notoriamente: se desató una riña entre dos mujeres y sorpresivamente, un vendedor que anunciaba pistolas de juguete que producían un ruido similar al de las verdaderas, la hizo funcionar, precisamente en el momento en que la paciente pasaba frente a él. Se produjo un estado muy alto de ansiedad, la paciente lloró y pidió que abandonáramos el lugar. Se le negó la petición y se explicó brevemente por segunda ocasión que "éso era parte del procedimiento".

La sesión duró aproximadamente dos horas.

#### Psicoterapia Racional Emotiva:

Uno de los métodos cognitivos de control conductual que ha causado mayor impacto entre los terapeutas de la conducta de los últimos años, ha sido la Terapia Racional Emotiva (TRE). Al principio, su adopción ocurrió únicamente por su eficacia clínica, pero después, fué uno de los pilares sobre los cuales se inició la investigación sistemática de los fenómenos cognitivos.

Esta técnica terapéutica fundada por Ellis (1957, 1962) se caracteriza por los siguientes rasgos:

a) En primer lugar, sostiene que los desórdenes psicológicos surgen de patrones defectuosos o irracionales de pensamiento; es decir: lo que un individuo se dice a sí mismo es un aspecto fundamental para determinar la forma en que dicho individuo se sienta o actúe.

b) De lo anterior se desprende el siguiente corolario: el papel del terapeuta racional emotivo será el intento directo de modificar dichas autoverbalizaciones.

c) El estilo de exposición tanto de la teoría como de la práctica de la Terapia Racional Emotiva, es claro y directo.

Para ilustrar más adecuadamente lo anterior, analicemos la esencia de la TRE a través de su esquema ABC:

C: Es un estado emocional; por ejemplo "Estoy profundamente herido....". El sujeto que piensa irracionalmente atribuye su emoción del punto C a lo que ocurrió en el punto A:

A:: Es un acontecimiento ambiental; por ejemplo: "Jerónimo dijo que soy un estúpido.... lo cual me hirió profundamente".

El terapeuta interviene aquí para señalar que no es lo sucedido en A lo que causa la emoción en C, sino lo que el sujeto se dice a sí mismo en el punto B:

B: Los patrones de pensamiento del sujeto, lo que se dice a sí mismo, por ejemplo: "Es terrible que Jerónimo me llame estúpido. Yo no soy estúpido y él no debería decir que lo soy. Pero Oh, que horrible, quizás soy realmente estúpido y él lo ve. Realmente sería insoportable que yo fuese estúpido o que el creyera que lo soy".

El terapeuta enfatiza el hecho de que las palabras realmente no pueden herirle: no pueden cortarle la piel, causarle hematomas ni romperle los huesos. Luego entonces, su posibilidad de causar daño "Psicológico" significa solamente que los estímulos llegarán a nosotros y nosotros podremos derivar a partir de aquí un pensamiento irracional como en el esquema anterior ABC o podremos derivar un pensamiento racional. Así pues, el terapeuta interviene en D:

D: Intervención del terapeuta intentando cambiar lo que el sujeto se dice en B por algo como lo siguiente: "Jerónimo CREE que soy un estúpido. O se equivoca, en cuyo caso debe sufrir una grave falta de discriminación o un serio problema emocional; o acierta relativamente en el sentido de que el acto que él está juzgando pude haberlo realizado **más inteligentemente**, por lo cual intentaré mejorar mi ejecución en el futuro".

E: Un estado emocional diferente a consecuencia de lo ocurrido en D.

Resumamos, Con Rimm y Masters (1974) (Pág. 418): "el evento A( una ocurrencia objetiva) incide sobre el individuo, dando lugar a las autoverbalizaciones en B, algunas de las cuales son irracionales y autoderrotistas y conducen a emociones negativas y conductas relacionadas en C. El Terapeuta Racional, en el punto D, ayuda al cliente a analizar la relación lógica entre las autoverbalizaciones del punto B, lo cual resulta en la eliminación del pensamiento irracional y una disminución del sufrimiento en el punto E."

De acuerdo a Ellis (1962, 1975), todas las autoverbalizaciones irracionales tienen su raíz en cualquiera de las 10 ideas irracionales básicas que a continuación se señalan:

1.- Es esencial para un ser humano adulto que virtualmente todas las personas significativas de su comunidad lo quieran y lo aprueben.

Idea Irracional No. 2: Se debe ser enteramente competente, adecuado y hábil en todos los aspectos posibles para poder considerarse a sí mismo como una persona valiosa.

Idea irracional No. 3: Ciertas personas son malas malvadas o inferiores y se les debe culpar y castigar severamente por ello.

Idea Irracional No. 4: Es terrible y catastrófico que las cosas no ocurran de la manera que uno quisiera.

Idea Irracional No. 5: La felicidad humana tiene causas externas, y la gente posee poca o ninguna habilidad para controlar sus penas y aflicciones.

Idea Irracional No. 6: Si algo es o puede ser peligroso, uno debe preocuparse por ello y pensar continuamente acerca de la posibilidad de que suceda lo que tememos.

Idea Irracional No. 7: Es más fácil evitar ciertas responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.

Idea Irracional No. 8: El pasado es de toda importancia en la vida de la gente: si algo afectó profundamente nuestra vida en el pasado, seguirá haciéndolo indefinidamente.

Idea Irracional No. 9: Las personas y las cosas TENDRIAN QUE ser diferentes de como son y es catastrófico no encontrar soluciones perfectas a las desagradables realidades de la vida.

Idea Irracional No. 10: Puede lograrse el máximo de felicidad humana por medio de la inercia y la inacción y del goce pasivo y sin compromiso.

Como se ha señalado anteriormente, en el trabajo que se está reportando, ciertas creencias irracionales fueron consideradas por el terapeuta como la base de muchos comportamientos inadecuados de la paciente. Se procedió de la siguiente manera:

a) Se presentaba la idea Irracional: generalmente la paciente se negaba al principio a tomarla como Irracional.

b) Se presentaban todos los argumentos lógicos para fundamentar la irracionalidad de la idea en cuestión.

c) Se señalaban toda una serie de ejemplos en la vida de la paciente en donde se identificaba claramente la presencia de la idea irracional en discusión.

d) Se presentaban formas más racionales de pensamiento y

un procedimiento para combatir las ideas irracionales en el momento en que se presentaran.

El procedimiento consistía en lo siguiente: a) El sujeto debería identificar una emoción inadecuada. b) Partiendo del esquema ABC, dicha emoción debería estar causada por un pensamiento irracional. c) El sujeto debería buscar dicho pensamiento irracional y combatirlo lógicamente. Para esto, el terapeuta proveyó al sujeto de tarjetas que podría llevar siempre consigo y que debería consultar en cualquier momento en que la emoción negativa ocurriera. Podría decirse que el procedimiento se dividía en dos partes:

a) La paciente fué instruída a servir como su propio Sujeto: debería describir la emoción experimentada y los eventos que habían desatado la emoción.

b) La paciente como su propio Observador: Debería señalar los pensamientos irracionales, combatirlos y sustituirlos por pensamientos racionales y, posteriormente, reportar el cambio en el estado emocional.

Las tarjetas con los pensamientos racionales tenían la función de ayudar a la paciente a realizar su propio autoanálisis racional en las situaciones naturales, de manera que el control logrado en el cuarto de consulta comenzara a generalizarse. El contenido de las tarjetas, se presenta en el apartado de Apéndices de este trabajo. (Apéndice B).

Se utilizaron 12 sesiones en esta etapa, trabajándose sobre una idea irracional por sesión y analizándose los reportes que la propia paciente ejecutaba.

Para facilitar el manejo racional de su novio, sus padres y ella misma, se recurrió también a un recurso biblioterapéutico: la lectura del texto de Albert Ellis: *Cómo vivir con un neurótico*, traducción del libro de Ellis (1957).

Estimulación Aversiva para la Conducta de Rascarse:

Se instruyó a la paciente para castigarse a sí misma la conducta de rascarse. Para esto se utilizó el Minishocker portátil de Farrall Instruments Company.

Este procedimiento se utilizó debido a que se había trabajado ya con los componentes respondientes y cognitivos de esta conducta pero aún persistía, (como se observará en las gráficas en la sección de Resultados), aunque a una tasa muy baja, tanto que ya no tenía capacidad de producir irritaciones en la piel.

La paciente llevaba su minishocker en su bolso y se aplicaba un choque en el antebrazo cada vez que emitía la conducta indeseable.

Rearreglo de las contingencias de refuerzo social: La paciente instruyó a su madre y demás personas con las que vivía para que le señalaran los momentos en que no se rascaba y aque no prestaran atención a sus instancias de rascarse. Posteriormente, su sobrina comenzó a estimularla aversivamente administrando una palmada violenta y repentina en el brazo de la paciente siempre que ésta se estaba rascando.

# RESULTADOS

Se presentan los resultados de la Terapia bajo tres encabezados principales: a) Resultados sobre la Conducta de Rascarse, b) Resultados sobre los Inventarios de Autoreporte, c) Resultados obtenidos a través de reporte verbal.

#### CONDUCTA DE RASCARSE:

La Gráfica No. 1 presenta los resultados de las diferentes intervenciones sobre la conducta de rascarse. Cada fase se presenta encerrada en línea discontinua. Los días encerrados en un cuadro en la abscisa, representan los días en que hubo sesión terapéutica.

Línea Base: Como puede observarse en la Línea Base, se nota un descenso dramático en la conducta a partir del primer día. Es necesario recordar al lector que los datos fueron obtenidos por Automonitoreo. La conducta disminuye los primeros tres días y parece comenzar a estabilizarse a partir del cuarto día.

Entrenamiento en Relajación Muscular: La conducta presenta un incremento el primer día y comienza a mostrar después un patrón irregular y accidentado pero con clara tendencia al descenso.

Terapia de Aversión-Alivio: La conducta muestra un incremento notorio a partir de la primera sesión, pero a partir de la segunda muestra un claro patrón descendente que continúa durante las sesiones 3 y 4. La conducta se mantiene más o menos al mismo nivel durante los 13 días posteriores del mes de Julio, en que no se trabajó.

Desensibilización Sistemática: En la D. S. a, los componentes auditivos de la agresión (gritos, discusión, sonido de golpes, insultos) se produjo una nueva disminución en la conducta. Un aspecto notorio e indicador de lo anterior, es que los picos más altos en la gráfica, son siempre inferiores a los picos más altos de las fases anteriores.

Flooding: El día en que se aplicó la Terapia de Inundación, la frecuencia de la conducta fué baja.

Desensibilización Sistemática in vivo: La D.S. in Vivo para la acrofobia correlacionó con un aumento en la conducta de rascarse que comenzó a disminuir muy pronto. Se mantiene el mismo patrón establecido anteriormente: los picos más altos no alcanzan a los de la fase anterior.

Terapia Racional Emotiva: Al iniciarse esta fase, la conducta comienza a mostrar un patrón ascendente. Se estabiliza después y a continuación parece comenzar a descender. Sin embargo, hay un aumento notorio el día 3 de septiembre, razón por la cual el terapeuta decide iniciar a partir de ese momento un procedimiento de autocastigo de acuerdo al cual la paciente se administra una descarga eléctrica en el brazo después de cada instancia de rascarse. Esto se indica en la gráfica con una flecha. A partir de este momento la conducta comienza a descender aún más. Cabe mencionar que antes de este procedimiento la conducta de rascarse había disminuido lo suficiente como para ya no tener poder de lesionar la piel.

La terapia termina en los primeros días del mes de octubre. Se suspenden los choques, pero se pide a la paciente que continúe registrando su conducta por un tiempo más. Este período de

automonitoreo tenía la función de producir efectos de generalización. Los datos indican que la conducta se mantuvo a niveles bajos aunque parece estar presente una ligera tendencia al incremento.

Seguimiento: Un seguimiento automonitoreado llevado a cabo 21 meses después, en dos días determinados al azar por el terapeuta y señalados por teléfono a la paciente, revelaron que la conducta se mantenía a niveles bajos. Estos datos se encuentran también en la gráfica No. 1.

Los datos de la figura No. 1 constituyen la suma diaria de todas las regiones corporales. Estos mismos datos, pero en promedios de cinco días se presentan en la gráfica acumulativa No. 2.

Las gráficas acumulativas 3, 4, 5, 6, 7, 8, y 9 presentan los datos en promedios de cinco días para cada una de las diferentes regiones corporales. En todas las gráficas acumulativas se presenta la tendencia de la respuesta durante la línea base, con una línea punteada. Puede notarse en todas el dramático cambio en la pendiente que se hace notar a partir de la introducción de los procedimientos. La pendiente se hace levemente pronunciada cuando se introduce la T.R.E. pero al final disminuye nuevamente.

## INVENTARIOS DE AUTOREPORTE:

### Cuestionario de Personalidad de Willoughby:

Como se indicó en la sección de Datos Clínicos, el Inventario de Personalidad de Willoughby aplicado antes del tratamiento arrojó una puntuación de 78. Este elevado puntaje de neuroticismo disminuyó dramáticamente a una puntuación de 12 después del tratamiento, en tanto que en el Seguimiento 21 meses después, la puntuación alcanzada fué de solamente 6. Estos datos se presentan en la Gráfica No. 12.

### Inventario de Temores de Wolpe:

En el inventario de Temores de Wolpe, se presentan 90 estímulos que pueden causar miedo u otras experiencias desagradables. El sujeto clasifica estos estímulos según el grado de ansiedad que le causen en 5 columnas: Nada o ninguna ansiedad, Poca ansiedad, Regular ansiedad, Mucha ansiedad y Muchísima ansiedad. Nuestra paciente presentó los siguientes datos:

Antes del tratamiento colocó 7 estímulos en la columna de Nada, 10 en la columna de poco, 9 en Regular, 15 en Mucha y 49 en Muchísima ansiedad.

Después del tratamiento: 45 estímulos en Ninguna ansiedad, 29 en poca, 7 en regular, 3 en Mucha y 6 en Muchísima ansiedad.

Seguimiento a los 21 meses: 70 estímulos en Ninguna ansiedad, 13 en Poca ansiedad, 2 en regular ansiedad, 1 en Mucha y 4 en Muchísima ansiedad. Los datos se presentan graficados en la figura No. 13 (a, b, c, d, e).

### Cuestionario de Asertividad de Lazarus:

En este instrumento de medición, el puntaje máximo que puede obtenerse es 20. Mientras mayor sea el puntaje mayor es el grado de asertividad. Nuestra paciente obtuvo un puntaje de 5 en la evaluación previa al tratamiento. Su asertividad aumentó a 16 después del tratamiento y aumentó un punto más, a 17, en el seguimiento 21 meses después. Estos datos se presentan en la gráfica No. 14.

## REPORTE VERBAL:

Presentaremos en esta sección una serie de comentarios que la paciente presentó en forma oral o escrita a medida que la terapia progresaba.

Automonitoreo: 31 de Mayo: "Oye, he notado que a veces, cuando me voy a rascar, pienso como se va a ver en la gráfica y ya mejor no me rasco".

Entrenamiento en Relajación:

19 de Junio: "Ya no me angustié porque iba a llegar tarde. Me estoy volviendo muy conchuda".

Terapia de Aversión-Alivio:

26 de Junio: "Desde que se inició la relajación ya he podido hacer muchas cosas. Ya hasta quiero agarrar el coche... pero me voy a esperar tantito".

El procedimiento de Aversión-Alivio se terminó exitosamente pudiendo la paciente presenciar las escenas agresivas sin experimentar ansiedad. Como se indicó en el Procedimiento, para pasar de un estímulo de la jerarquía a otro, era necesario que la paciente reportara 0 USPs en tres presentaciones seguidas de cada estímulo. En la gráfica No. 10 se presentan los reportes de Unidades subjetivas de perturbación para los 4 estímulos más altos de la jerarquía. En L.B. se presenta la evaluación que hizo antes del tratamiento. En el Seguimiento, 21 meses después, la paciente evaluó las escenas citadas con una puntuación de: 0 USPs.

Terapia de Inundación:

La Ansiedad reportada en USPs fué incrementando sistemáticamente hasta alcanzar un punto máximo en que la paciente, llorando, solicitó abandonar el lugar. Su petición fué rechazada. La paciente continuó llorando abrazando al terapeuta. Poco a poco la ansiedad fué disminuyendo hasta niveles muy bajos. La gráfica No. 11 representa con meridiana claridad lo anterior.

A la siguiente sesión, la paciente reportó al terapeuta que un día antes había vuelto al lugar "a comprar cassettes" en compañía de su novio.

En el seguimiento reporta haber vuelto innumerables veces sin experimentar ninguna ansiedad.

DESENSIBILIZACION Sistemática "In Vivo" para la Acrofobia:

El procedimiento avanzó sin problemas durante la desensibilización a ver cada uno de los pisos desde abajo. Tan pronto como indicaba la existencia de tensión, se ponía a funcionar un métronomo y la paciente se relajaba con los ojos cerrados. Cuando la paciente pudo ver hacia el último piso del edificio se inició el trabajo en el tercer piso. No hubo problemas. Tampoco los hubo en los pisos sexto y noveno. Al trabajar en el piso doce la paciente experimentó una especie de mareo cuando se le pidió acercarse a la barda de protección. Se le pidió que se relajara y necesitó 17 minutos con cinco segundos para lograr relajarse. Después de esto pudo permanecer cinco minutos en la barda, recargada, y después de esto iniciar el paseo lateral a lo largo de la terraza, con las manos apoyadas en la barda de protección.

En el seguimiento la paciente reportó haber mantenido el cambio y presentó al terapeuta pruebas definitivas del mismo: una serie de fotografías en que se veía a la paciente en un paracaídas, remolcado por una lancha, que le habían sido tomadas en su viaje, dos semanas antes, a una playa. Es importante recordar que uno de los miedos fuertes de la paciente, al inicio del tratamiento, habían sido las aguas profundas, aparte de la altura.

Cuando la paciente estaba recibiendo el tratamiento para la acrofobia, el día 26 de julio, presentó el reporte siguiente: "Anoche desperté a las 3:30. Me despertaron la comezón y la sed. Me relajé y me dormí inmediatamente".

Desensibilización Sistemática a los componentes Auditivos de la Agresión:

El procedimiento avanzó tranquilamente. La paciente pudo, al final de la segunda sesión, escuchar las cintas de agresión verbal a todo volumen sin experimentar ansiedad.

El día 11 de agosto, casi un mes después, la paciente reportaba: "Mi hermano me invitó a Bellas Artes y pasó por mí junto con su esposa, pero llegaron tarde y todo el camino iban discutiendo. ~~Antes me ponía nerviosa oírlos discutir, ahora sólo me dan risa~~".

En el seguimiento reporta ya no sentirse ansiosa ante este tipo de situaciones y poder tomar decisiones racionales ante ellas.

## Terapia Racional Emotiva:

Se presentan a continuación una serie de afirmaciones de la paciente, tomadas de los autoanálisis que la paciente realizaba:

7 de Septiembre: "En la mañana salí con X (novio) y Y (Amigo) a ver si ya nos iban a pagar. Como salimos temprano y teníamos que ir a Z (lugar de trabajo) X decidió que fuéramos a su casa. De momento no me atreví a contrariar su decisión, pero segundos más tarde reflexioné y decidí que yo deseaba hacer otra cosa: ir a mi casa, arreglarme e ir a recoger a mi sobrina a la escuela. Decidí pedirle que me llevara a mi casa porque tenía cosas pendientes y que luego pasara por mí." Autoanálisis: "Creo que mi actitud fué totalmente racional ya que tuve un momento para darme cuenta que no iba a hacer algo que no deseaba; decidí tomar mi propia decisión respetando la que mi novio había tomado. Pensé que si se incomodaba porque yo tomaba mi propia decisión el problema era de él".

9 de Septiembre: "Este día ví a mi mamá muy decaída y decidí hablar con ella para preguntarle que tenía. Para esto al principio no me decidía, pero después de analizar cuales podían ser las consecuencias de mi plática con ella llegué a la conclusión de que todas serían positivas, como en realidad sucedió. Creo que nunca había hablado así con ella. Además esto sirvió para hacerle ver que no estaba sola sino que yo la apoyaba, que toda su desesperación y angustias tenían remedio. Al parecer terminó confiando en mí y en que hay posibilidad para solucionar sus problemas". Autoanálisis: "Me comporté en forma totalmente racional al vencer mi miedo a platicar con mi mamá. Esto lo logré analizando las posibilidades

de un posible altercado con ella. Creo que pensar en esta posibilidad era catastrofizar inútilmente. Por otro lado no me desesperé por las excusas que mi mamá ponía. Las acepté tal cual, sin molestarme ni angustiarme porque ella no podía analizar sus problemas como yo".

10 de Septiembre: "X me invitó a comer a casa de su prima y yo acepté ir. Estuvimos bastante contentos, pero de repente él empezó a molestarse por lo que decían sus parientes; le empezó a parecer aburrida la reunión, en suma: empezó a molestarse. Sin embargo, a Diferencia de otras veces me puse a pensar que él era el que estaba mal y por eso reaccionaba así y decidí que no tenía porque importunarme a mí, que yo podía aceptarlo como era". Autoanálisis: " Me mostré muy racional ya que no me molesté ni angustié por la actitud tomada por X, ni empecé a disgustarme porque él es así, ni a decirme que "debería" ser como los demás. Tan sólo lo acepté y lo sobrellevé sin mayor problema".

13 de septiembre: "Al llegar a mi casa en la noche me encontré que mi casa estaba llena de goteras por todos lados y me sentí increíblemente preocupada. Me empecé a lamentar, pero cuando llovía más fuerte, me empecé a preocupar al grado de ponerme nerviosa y casi con ganas de llorar. Pero de momento me di cuenta que yo no podía hacer nada para que dejara de llover o para que ya no hubiera goteras en ese momento. Entonces decidí que lo que si podía hacer era localizar las goteras y poner cubetas o hule en

donde fuera necesario y que me iba a dormir eliminando de mi pensamiento las predicciones catastróficas". Autoanálisis: "Tuve tiempo para reflexionar y pasé claramente de una actitud irracional a una racional cuando analicé la situación y ví que no podía hacer nada por cambiarla en ese momento y que lamentándome o angustiándome no iba a lograr componer la situación; además de analizar fría y objetivamente los posibles peligros que esa situación entrañaba tanto para la casa como para los habitantes de ella".

19 de Septiembre: "Al salir de mi consulta me dirigí a tomar el pesero. Al llegar a la base de los peseros ví muchos muchachos y de momento me dio miedo acercarme y lo analicé rápidamente y me di cuenta que no eran peligrosos ni tenía por qué temerles y me decidí a ir hacia ellos. Entonces uno de ellos se me quedó viendo y decidí que no iba a esquivar su mirada pues no me iba a hacer daño; entonces me abrió la puerta del coche y al arrancar me dijo adios con la mano y yo le contesté. Ya en el coche el chofer y otro pasajero se pusieron a platicar de la situación actual del país y entonces pensé que sería una buena oportunidad de exponerme a una nueva experiencia si yo participaba en la conversación aunque no me lo pidieran y así lo hice y nos fuimos platicando el resto del camino" Autoanálisis: .. "Creo me comporté muy bien ya que deseché las ideas que había tenido con respecto a las personas. Creo que en realidad las personas no son temibles como me parecía. Por otro lado dada mi actitud racional, me pude exponer a una nueva experiencia, diferente a la que siempre había tenido con la agradable

sensación de suficiencia y confianza en mí misma; primero me comporté hasta cierto punto coqueta, cosa que no había hecho nunca y que pude hacer; además de sentirme bien, deseché la idea de que mi persona es desagradable y reconocí en cambio que son mis actitudes las que verdaderamente pueden hacerme agradable o desagradable; y en segundo lugar me permitió sentirme segura de mí misma al platicar cómodamente con gente desconocida, de la cual me formé una imagen inadecuada en el pasado. Cada día elimino más la idea de que la gente fea o con facha de mala, no lo es en la realidad".

Es importante recordar en este punto que la paciente nunca viajaba en transporte colectivo, entre otras cosas porque le generaba gran ansiedad tener que solicitar la parada o pedir permiso para que la dejaran bajar.

Aparte de los cambios anteriores es importante reportar que para cuando la terapia se terminó, la paciente había iniciado por su cuenta el manejo de automóviles. Al finalizar la terapia estaba manejando un período de 30 minutos cuando tomaba el coche de su novio.

#### SEGUIMIENTO:

La paciente reporta a los 21 meses una serie de cambios importantes: se ha recibido, ha comprado automóvil y ha hecho viajes por carretera, ha sido ascendida en el trabajo. En sus propias

palabras: "He notado muchísimas mejoras significativas. Principalmente en la actitud que ahora tengo frente a la vida en general; considero que se debe fundamentalmente al hecho de que mi estructura cognitiva ha cambiado radicalmente". Ante la pregunta: ¿Ha habido algún cambio favorable en su vida, como por ejemplo nuevos amigos, cambio de empleo, avances académicos, etc.? responde: "Soy yo, y eso es muy importante, me siento feliz, veo un futuro prometedor, soy más sociable, rindo más en mi trabajo, reconozco mis limitaciones sin sentirme frustrada y al mismo tiempo me sirven como metas para sobrepasar. Por otro lado he funcionado, aunque en forma indirecta, como un modelo positivo en mi medio. Obviamente todo esto ha traído consigo una gran cantidad de reforzamiento que confirman mis nuevas sensaciones acerca de mí misma: bonita, agradable, inteligente, comprensiva, tolerante, "buena onda"".

Ante la pregunta no 14 del cuestionario de Seguimiento que solicita una estimación de su situación después de la terapia en los términos: empeoró, está igual, mejoró levemente, mejoró bastante y mejoró notablemente, la paciente respondió que su situación MEJORO NOTABLEMENTE.

Reporta también dos recaídas aparentemente no significativas: una a raíz de la terminación de sus relaciones de noviazgo, que ella misma pudo controlar en menos de 10 días y otra, un año después en un estado de euforia, en vacaciones, que ella explica como producto de la euforia misma y de la exposición de su piel a situaciones adversas: sol excesivo, etc. En ocasiones hay pequeños brotes que controla rápidamente tan pronto como comienzan a aparecer.

# DISCUSSION

En el presente trabajo se ha presentado una alternativa para el tratamiento de la neurodermatitis que surge del modelo sociopsicológico de la conducta humana.

La aproximación de amplio espectro ha mostrado ser eficaz para producir cambios en el sujeto del presente estudio. Sin embargo, dadas las limitaciones metodológicas del estudio de caso, es imposible pretender generalizar los resultados. Entre las limitaciones más notorias podemos señalar la reducida duración de la línea base y su aparente tendencia al descenso. Esta aparente tendencia descendente podría explicarse por la naturaleza reactiva del automonitoreo, cuyos efectos hasta donde se sabe son variables y de corta vida (Mahoney & Thoresen, 1974). De hecho, la conducta parecía tender a la estabilización en los últimos dos días de línea base.

Es de esperarse desde luego, que otros terapeutas tuvieran presente la aproximación conductual de amplio espectro para futuras aplicaciones. Por lo pronto y en respuesta a la advertencia rectora de Ullmann y Krasner (1975), apuntada en la introducción, creo que el presente trabajo contribuye a la validación clínica del modelo sociopsicológico al tratamiento del desorden psicofisiológico.

Aunque es mi propio prejuicio de terapeuta multimodal el creer que los problemas clínicos son mejor tratados a partir de una aproximación de amplio espectro, afirmo la conveniencia de intentar estudios de componentes con el propósito de determinar los ingredientes terapéuticos responsables del cambio.

Por otro lado creo importante que, con el fin de tener mediciones más objetivas de la reestructuración cognoscitiva y las interconexiones entre conducta operante y respondiente, los terapeutas del comportamiento tengan siempre una conducta observable que refleje los posibles cambios. Esta conducta observable, de ninguna manera constituiría la única variable dependiente como pretenden algunos sectores dentro de la tradición conductista (Baer, Wolf y Risley, 1968), sino una variable más entre otras no directamente observables pero igualmente importantes, tales como cambios en la autoestima y otras medidas de autoreporte. En el presente reporte, la conducta observable (Rascarse) presentó cambios cuando se introdujo un procedimiento tendiente a disminuir los correlatos fisiológicos de la ansiedad, que presumiblemente generaban el prurito o comezón, que a su vez incrementaba la probabilidad de rascarse.

Otro punto interesante con respecto al interjuego entre los componentes fisiológicos, operantes y cognoscitivos radica en el incremento leve pero evidente que la conducta de rascarse mostró en la primera fase de la Terapia Racional Emotiva y el decremento subsecuente a medida que la T.R.E. avanzaba. Esto probablemente pueda ser explicado en términos de las tareas y riesgos que acompañan al desafío y combate de filosofías irracionales que se originó en la primera parte de la T.R.E. Sin embargo, a medida que la terapia avanzaba y la paciente tenía más poder racional para controlar sus

emociones, era de esperarse que el rascarse disminuyera, lo cual, en efecto, ocurrió. Hubiera sido interesante esperar hasta donde disminuía la conducta solamente con la T.R.E., sin haber introducido el procedimiento de Autocastigo, pero nuevamente, las limitaciones profesionales del estudio impidieron hacer esto. Desde luego, éste es otro punto que sin duda merece una respuesta experimental futura.

Consideremos ahora otro aspecto sorprendente: el hecho de que la técnica del entrenamiento asertivo fué innecesaria. A medida que la ansiedad disminuía y aumentaba el pensamiento racional del sujeto, se fueron presentando, una tras otra, respuestas asertivas muy importantes, tales como participación en reuniones de grupo, aceptación de elogios, respuestas de rechazo a la manipulación, etc. Este hallazgo, apoya conclusiones de otros autores (Lange y Jakubowsky, 1976) en el sentido de que los aspectos cognitivos juegan un rol importantísimo en los déficits de comportamiento asertivo.

Para finalizar, es mi personal opinión que el modelo sociopsicológico, y específicamente la Terapia Conductual de Amplio Espectro, ofrece un rico y atractivo arsenal de técnicas y procedimientos que puede llenar de esperanza al clínico de cualquier orientación que enfrenta los desórdenes psicofisiológicos en su práctica cotidiana.

# REFERENCIAS

- ALLEN, K.E. & HARRIS, F.R. Elimination of a child's excessive scratching by training the mother in reinforcement procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 1966, 4, 79-84.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Segunda Edición. Washington, D. C. American Psychiatric Association, 1968.
- AYLLON, T. Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement. *Behavior Research and Therapy*, 1963, 1, 53-61.
- BANDURA, A., ROSS, D., & ROSS, S. Transmission of Aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1961, 63, 575-582.
- BRADY, J. P. Metronome-conditioned Relaxation: a new behavioral procedure. *British Journal of Psychiatry*, 1973, 122, 729-730.
- BRODEN, M., HALL, R.V., & MITTS, B. The effect of self-recording on the classroom behavior of two eight grade students. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 1971, 4, 3, 191-199.
- BROWN, B.: *New Mind, New Body. Biofeedback: New directions for the Mind.*- Bantam Books. U.S.A. 1974.
- BUDZYNSKY, T. H. & STOYVA, J. Biofeedback techniques in Behavior Therapy. En D. Shapiro y Cols.: *Biofeedback and Self-Control.* Aldine Publishing Company: Chicago, 1972, Capítulo 33.
- COTLER, S. B. & GUERRA, J.J. *Assertion Training: A humanistic-behavioral guide to self-dignity.* IL. Research Press, 1976.
- CLINICA MEXICANA DE CONDUCTERAPIA: *Entrenamiento en Relajación Muscular Profunda. Instrucciones grabadas para el sujeto.* CMC: Edificio Guanajuato B-105, Tlatelolco. 1976.
- DAVISON, G. Systematic Desensitization as a counterconditioning process. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, 73, 2, 91-99.
- ELLIS, A. *How to live with a neurotic.* New York: Crown, 1957.  
Traducción al Español: *Cómo Vivir con un neurótico.* Central, 1973.
- ELLIS, A. *Reason and Emotion in Psychotherapy.* New Jersey: Lyle Stuart, 1962.

- ELDER, S. T., RUIZ, Z. R., DEABLER, H.L. & DILLENKOFFER, R. L. Instrumental Conditioning of diastolic blood pressure in essential hypertensive patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1973, 6, 377-382.
- ELLIS, A. & HARPER, R.A.: A new guide to rational living. New Jersey, Prentice-Hall, 1975.
- EYSENCK, H. J. Learning Theory and Behavior Therapy. *Journal of Mental Science*, 1959, 105, 61-75.
- EYSENCK, H. J. Behavior Therapy and the neuroses. New York, Pergamon Press, 1960.
- EYSENCK, H. J. The Nature of Behavior Therapy. En H. J. Eysenck Experiments in Behavior Therapy. New York, Pergamon Press, 1-15.
- FERSTER, C. B. Classification of Behavioral Pathology. En Krasner y L.P. Ullman (Eds): *Research in Behavior Modification*. New York, Holt Rinehart & Winston, 1965, pág. 6-26.
- FISHMAN, H. A study of the Efficacy of negative practice in the elimination of typing errors. *Journal of General Psychology*, 1935, 13, 203-211.
- FRANKS, C. M. Behavior therapy and its pavlovian origins. En C. M. Franks: *Behavior Therapy: Appraisal and status*. McGraw Hill, 1969.
- Franks, C.M. and Wilson, T.G.: *Annual Review of Behavior Therapy, Theory and Practice*. Brunror/Mazel Publishers, 1975.
- GANTT, W. H. Autonomic Conditioning. En J. Wolpe, A. Salter y L.J. Reyna: *The conditioning therapies*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1964. Pág. 115-124.
- GREENSPOON, J. The reinforcing effects of two spoken sounds on the frequency of two responses. *American Journal of Psychology*, 1955, 50, pág. 409-416.
- JACOBSON, E. *Progressive Relaxation*, Chicago, University of Chicago Press, 1938.
- JOHNSON, S. M. & WHITE, G. Self-Observation as an agent of behavioral change. *Behavior Therapy*, 1971, 2, 488-497.
- JONES, M. C. The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 1924, 7, 382-390.

- KANFER, F. H. & Saslow, G. Behavioral Diagnosis. En C. M. Franks Behavior Therapy, Status and Appraisal. New York, Mc Graw Hill, 1969, 417-444.
- KANFER, F.H. & PHILLIPS, J. S. Learning Foundations of Behavior Therapy. New York: John Wiley and Sons. 1970.
- KATKIN, E. S. & MURRAY, E. N. Instrumental Conditioning of automatically mediated behavior: Theoretical and methodological issues. Psychological Bulletin, 1968, 70, 52-68.
- KARLINS, M. & ANDREWS, L. M. Bioinformación (BIOFEEDBACK) Abriendo el poder de la Mente. Editorial Diana, México, 1973.
- Lacey, J.J. Bateman, D.E. and Van Lehn, R.: Autonomic Response specificity. Psychosomatic Medicine, 1953, 15, 8-21.
- Lange, A.J. & Jakubowsky, P.: Responsable Assertive Behavior.- Reserch Press, 1976.
- LAZARUS, A. A. New Methods in Psychotherapy: a case study. South African Medical Journal, 1958, 32, 660-663.
- LAZARUS, A. A. Behavior Therapy with identical twins. Behavior Research And Therapy, 1, 313, 319.
- LAZARUS, A. A. Behavior Therapy, incomplete treatment and symptom substitution. Journal of Nervous and Mental Disease, 1965, 140, 80-86.
- LAZARUS, A. A. Broad-Spectrum Behavior Therapy and the treatment of agoraphobia. Behavior Research and Therapy. 1966, 4, 95-97.
- LAZARUS, A. A. Behavior Therapy and Beyond. New York: Mc Graw Hill, 1971.
- LAZARUS, A. A. & SERBER, M. Is systematic desensitization being misapplied? Psychological Reports, 1968, 23, 215-218.
- LEVIS, D. J. & CARRERA, R. The effects of ten hours of implosive therapy in the treatment of outpatients: a preliminary report. Journal of Abnormal Psychology. 1967. 72. 504.
- Malmo, R.B. and Shagass, C. Physiological Study of symptom mechanisms in Psychiatric patients under stress. Psychosomatic Medicine, 1949, 11, 25-29

- MAHONEY, M. J., MOORE, B. S. & Wade, T. C. and MOURA, N.G.M. The effects of continuous and intermittent self-monitoring on academic behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 41 65-69.
- MAHONEY, M.J. *Cognition and Behavior Modification*, Ballinger, 1974.
- MAHONEY, M. J. & THORESEN, C. E. *Self-Control: Power to the person*. Brooks/Cole Publishing Company, California, 1974.
- MALLESON, N. Panic and Phobia. *Lancet*, 1959, 1, 225.
- MALTZMAN, I. Theoretical conceptions of semantic conditioning and generalization. En T. R. Dixon & D. L. Horton (Eds). *Verbal behavior and general behavior theory*. Prentice Hall, 1968. 291-339.
- McCUTCHEON, B. A. & ADAMS, H. E. The physiological basis of Implosive Therapy. *Behavior Research and Therapy*, 1975, 13, 2/3 93-100.
- MEICHENBAUM, D. H. *Cognitive-Behavior Modification*. New Jersey, General Learning Press, 1974.
- MOWRER, O. H. & MOWRER, W. M. Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1938, 8, 436-359.
- MOWRER, O. H. *Learning Theory and Behavior*. New York, Wiley, 1960.
- NOYES, A. P. & KOLB, L. C. *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa Médica Mexicana, 1966.
- PAUL, G. L. Two year follow-up of systematic desensitization in therapy groups. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, 73, 119-130.
- PAUL, G. L. & BERNSTEIN, D. A. *Anxiety and clinical problems: systematic desensitization and related techniques*. New Jersey: General Learning Press, 1973.
- PLATONOV, K. *La palabra como factor psicoterapéutico*. Ediciones en Lenguas Extranjeras. Moscú, 1958.
- RATTLIFF, R. G. & STEIN, N. H. Treatment of Neurodermatitis by behavior therapy: a case study, 397-399. *Behavior Research and Therapy*. 1968, Vol. 6.
- RAYMOND, M. J. Case of Fetishism treated by aversion therapy. *British Medical Journal*, 1956, 2, 854-857.

- Rees, L.: The importance of Psychological Allergic and Infective factors in Childhood Asthma. *Journal of Psychosomatic Reserch*, 1964, 7, 253-262.
- RIMM, D. C. & MASTERS, J. C. *Behavior Therapy: Techniques and Empirical Findings*. New York. Academic Press, 1974.
- Rosen, E. and Gregory, I.: *Abnormal Psychology*. Saunders C., 1972.
- RUHL, R. Negative Practice versus Positive Practice in the elimination of typing errors. *Journal of General Psychology*, 1935, 13, 203-211.
- Seiye, H.: *The Strees of Life*. Mc. Graw Hill, 1956.
- SKINNER, B. F., SOLOMON, R. L., LINDSLEY, O. R. & RICHARDS, M. E. *Citado en Lazarus (1971): Behavior Therapy and Beyond*. MCGraw Hill.
- SKINNER, B. F. *Science and Human Behavior*.- Traducción al Español: Editorial Fontañella, 1970.
- SOLOMON, R. L., KAMIN, L. J. & WYNNE, L. C. Traumatic avoidance learning: the outcomes of several extinction procedures with dogs. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1953, 48, 291-302.
- SPELT, D. The conditioning of the human fetus in utero. *Journal of Experimental Psychology*, 1948, 38, 338-346.
- STAMPFL, T. G. & LEVIS, D. J. Phobic Patients: treatment of the learning theory approach of Implosive Therapy. *Voices: the art and science of psychotherapy*, 1967 (a) 6, 23-27.
- STAMPFL, T. G. & LEVIS, D. J. The essentials of implosive therapy: a learning theory based on psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 1967 (b) 72, 496-503.
- SHAPIRO, D. & SCHWARTZ, G. E. Biofeedback and visceral learning: clinical aplicaciones. *Seminars in Psychiatry*, 1972, 4, 171-184.
- THORESEN, C. E. & MAHONEY, M. J. *Behavioral Self-Control*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1974.
- ULLMAN, L. P. & KRASNER, L. *A psychological approach to abnormal behavior*. Second Edition. New York, Prentice Hall, 1975.
- VOEGLIN, W. The treatment of Alcoholism by stablishing a conditioned reflex. *American Journal of Medical Science*, 1940, 199, 802-809.
- VELTEN, E. A.: A laboratory task for induction of mood states. *Behavior Research and Therapy*, 1968, 6, 473-482.

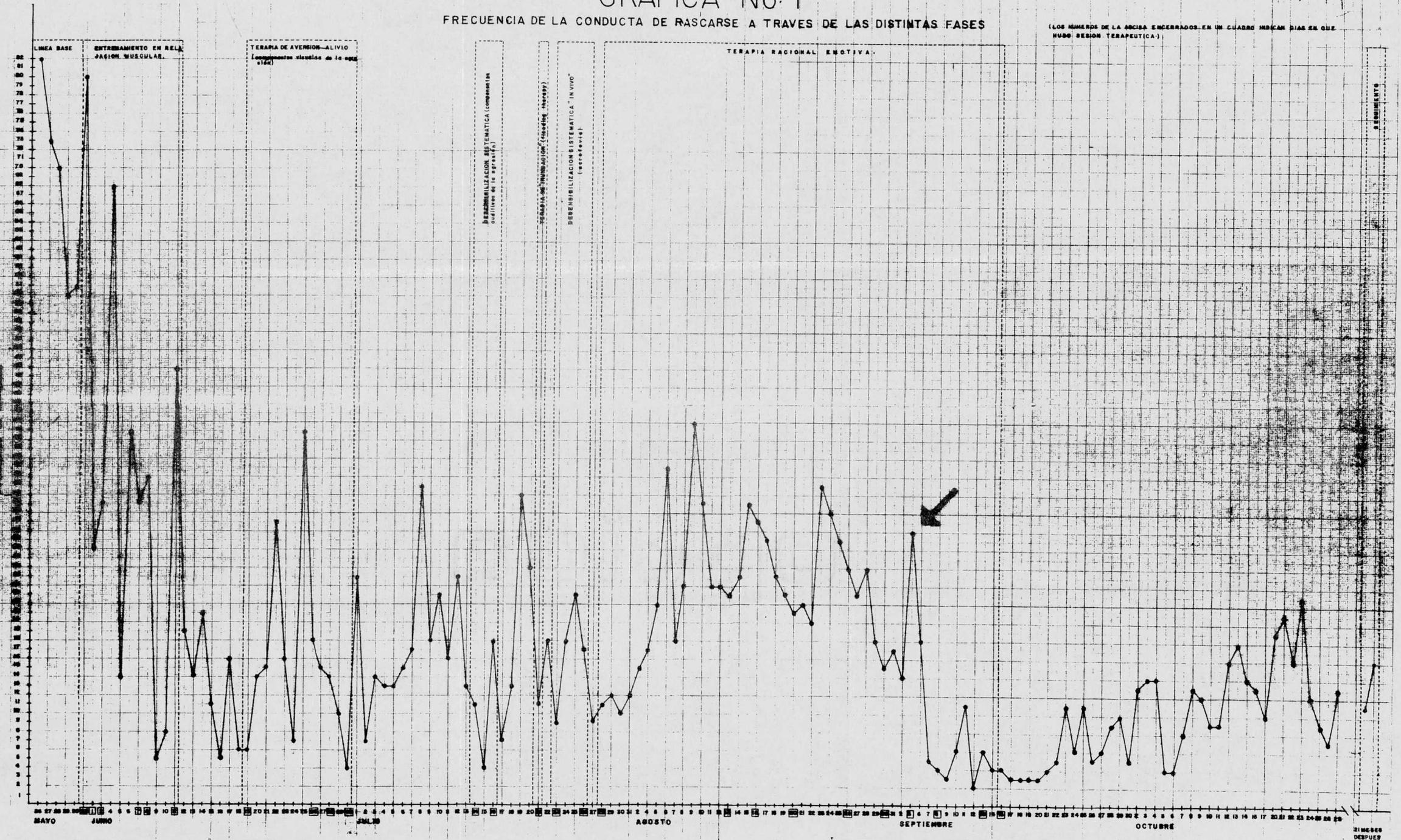
- WATSON, J. B. & RAYNER, R. Conditioned Emotional Reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 1920, 3, 1-14.
- WATSON, D. L., THARP, R. G. & KRISBERG, J. Case study in self-modification. Suppression of inflammatory scratching while awake and asleep. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1972, 3, 213-215.
- WALTON, D. The application of learning theory to the treatment of neurodermatitis. En H. J. Eysenck (1960), 272-274.
- WILLIAMS, C. D. The elimination of tantrum behavior by extinction procedures. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1959, 59, 269.
- WOLPE, J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, 1958.
- WOLPE, J. *The practice of Behavior Therapy*. New York, Pergamon Press, 1969.
- WOLPE, J. & LANG, P. J.: Fear Survey Schedule. En Wolpe (1969).
- YATES, A. J. *Behavior Therapy*. New York: Wiley and Sons, 1970.  
Traducción Al Español: *Terapia del Comportamiento*. Ed. Trillas, México, 1973.

APENDICE A

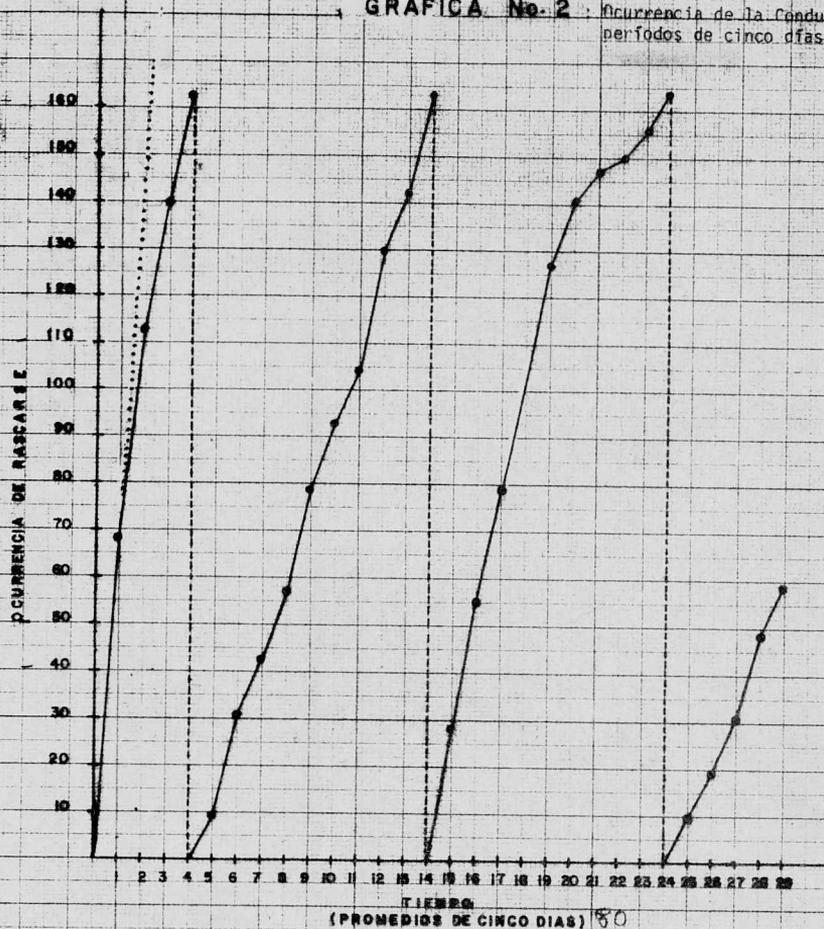
# GRAFICA No. 1

FRECUENCIA DE LA CONDUCTA DE RASCARSE A TRAVES DE LAS DISTINTAS FASES

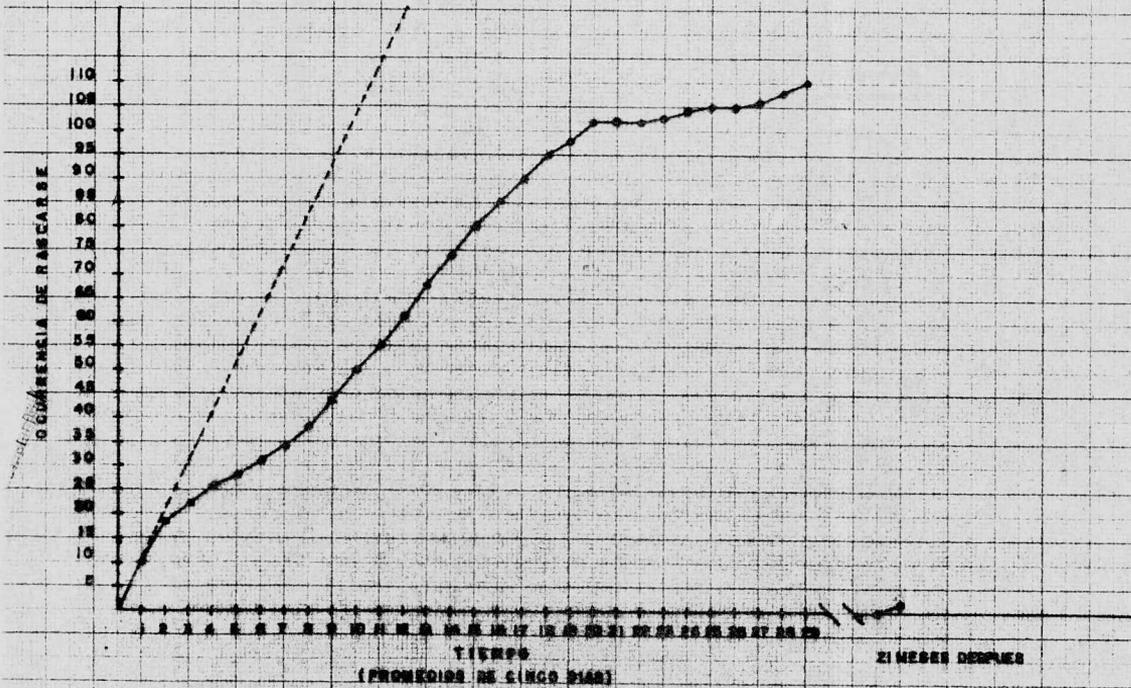
(LOS NUMEROS DE LA ESCALA ENCERRADOS EN UN CUADRO INDICAN DIAS EN QUE HUBO SESION TERAPEUTICA)



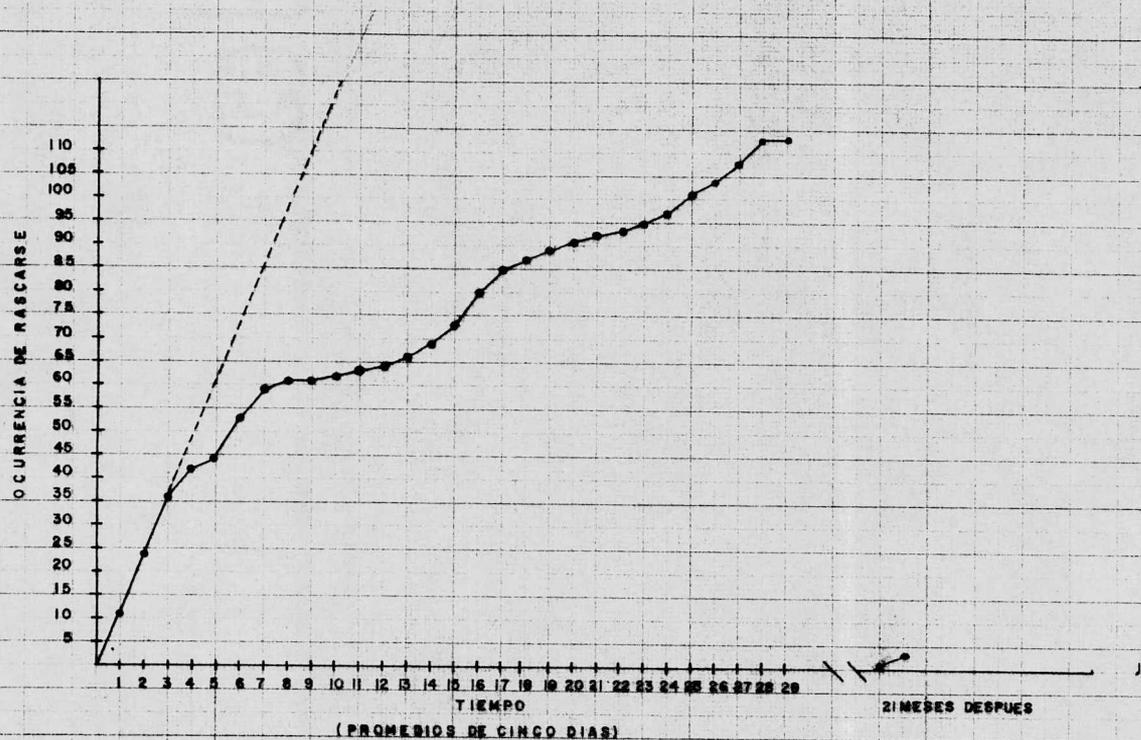
GRAFICA No. 2. Ocurrencia de la Conducta de Rasarse. Datos acumulativos en periodos de cinco días.



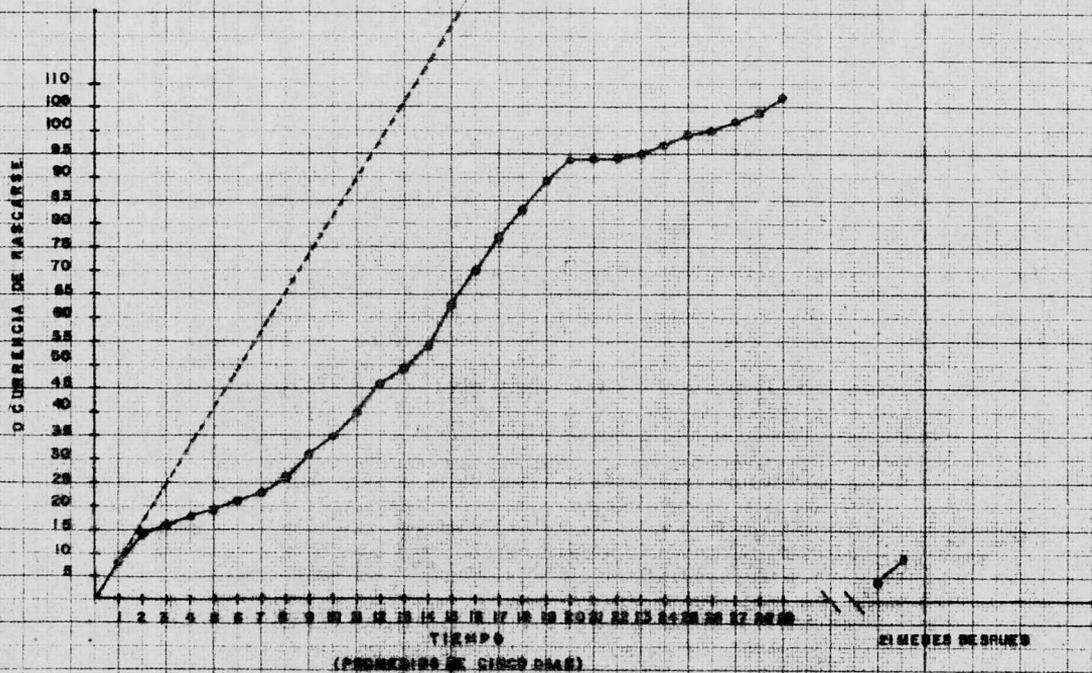
GRAFICA No. 3. CARA



GRAFICA No 4: BRAZOS

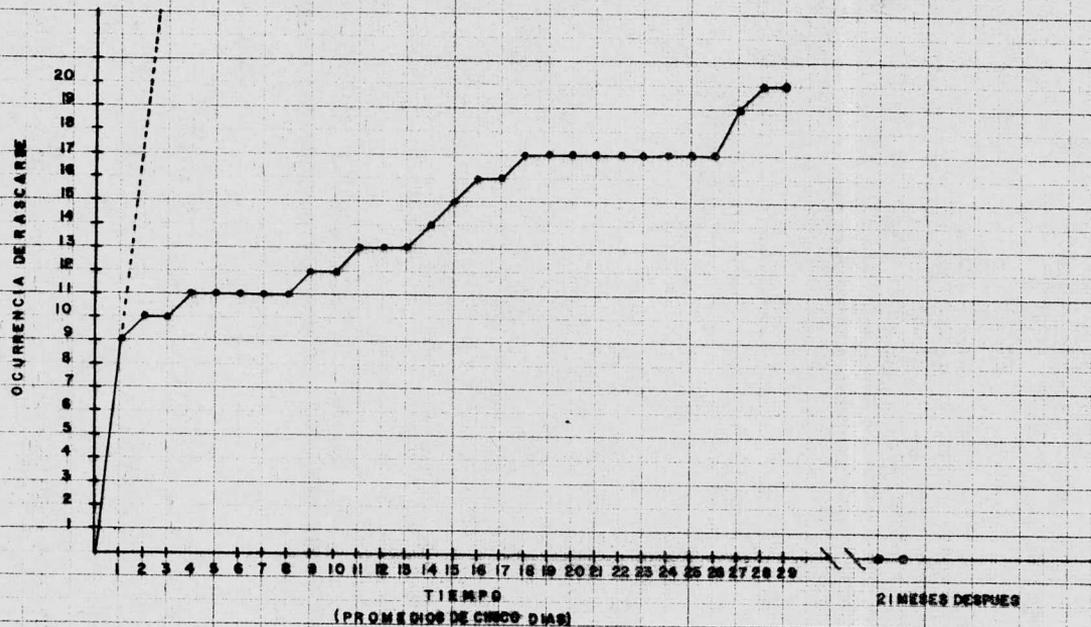


# GRAFICA No. 5: CUELLO



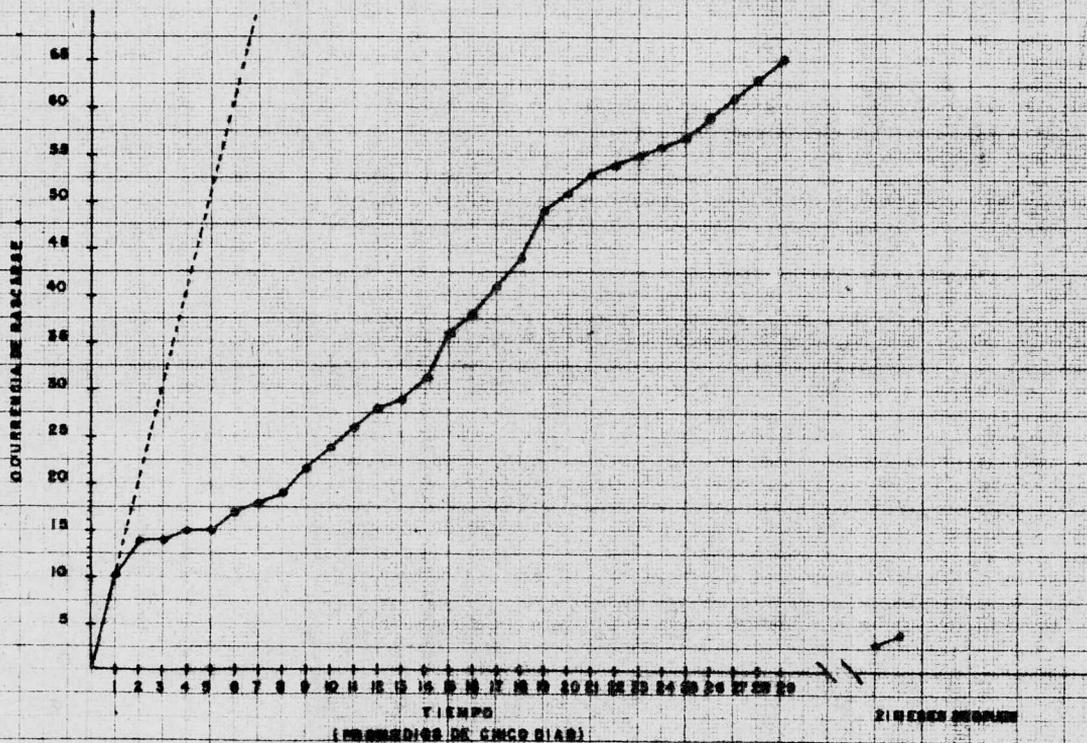
65

GRAFICA No. 6 MANOS



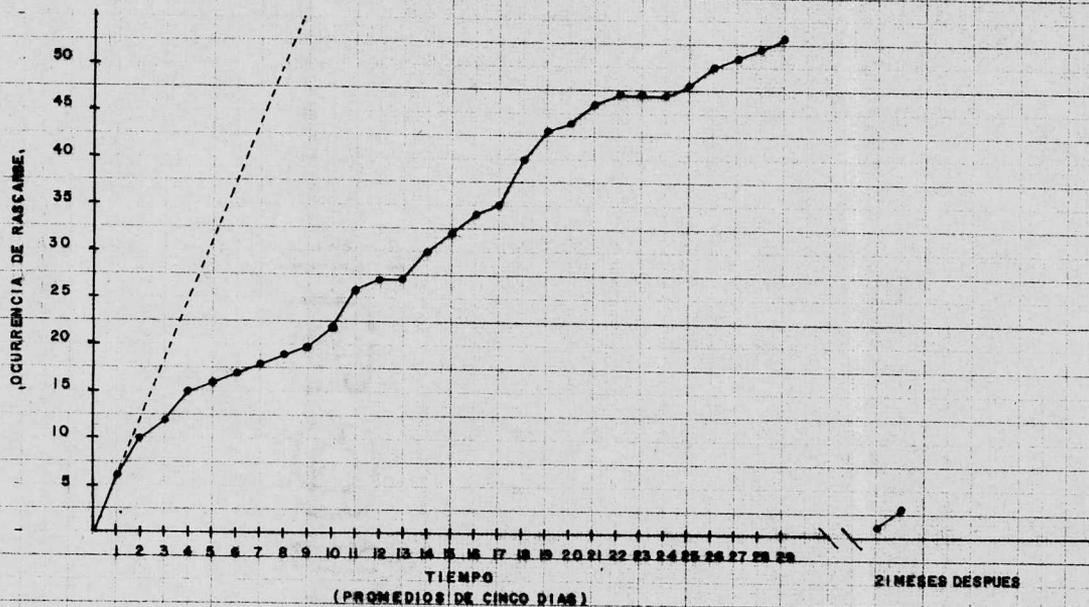
EV.

GRAFICA No. 7. TORSO

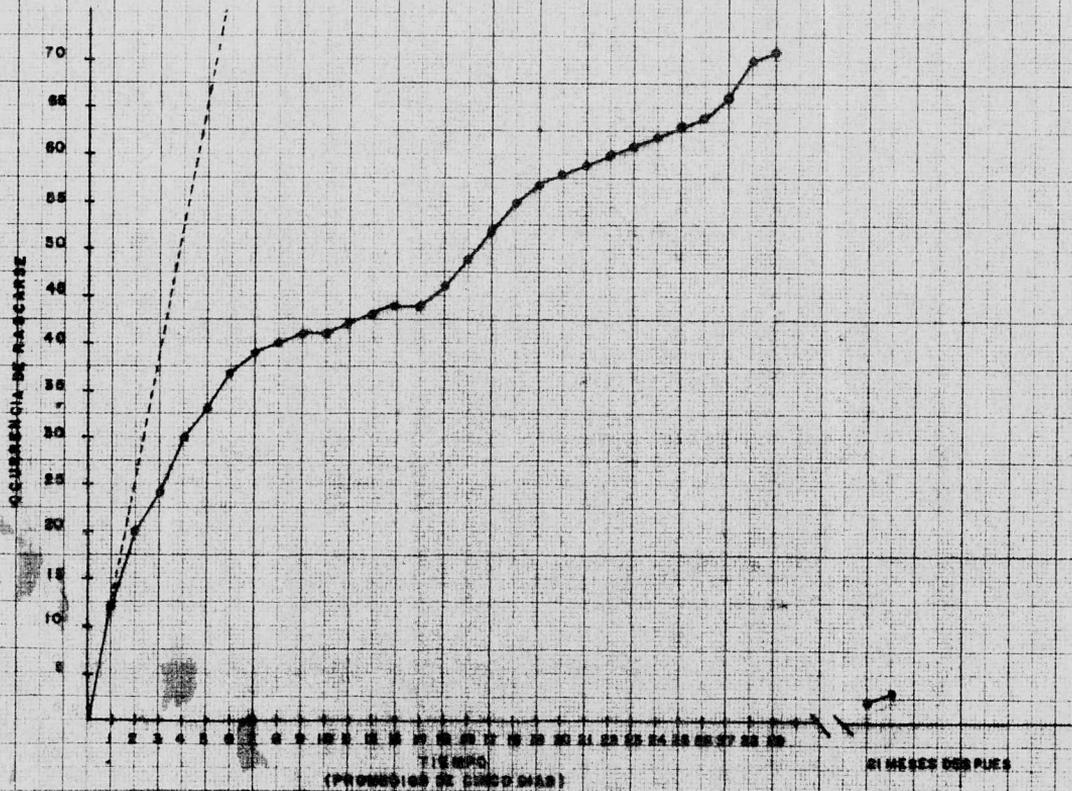


*[Handwritten signature]*

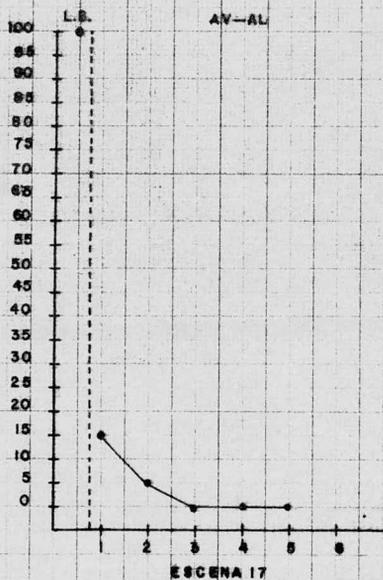
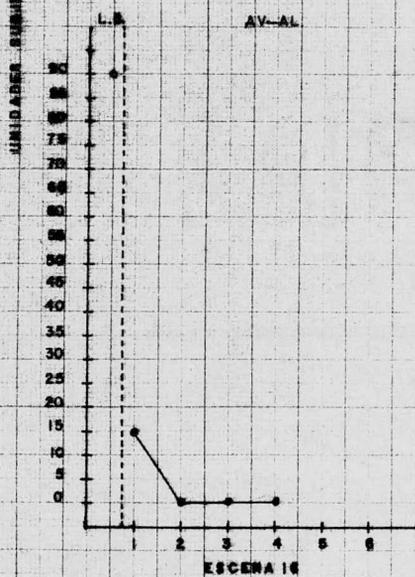
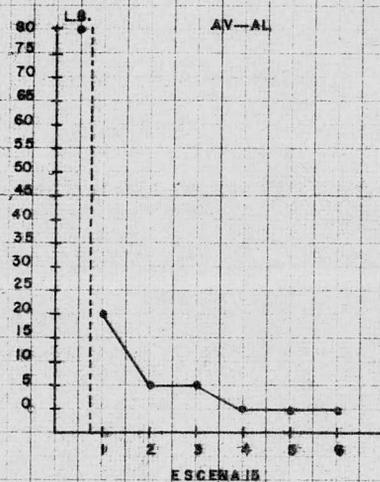
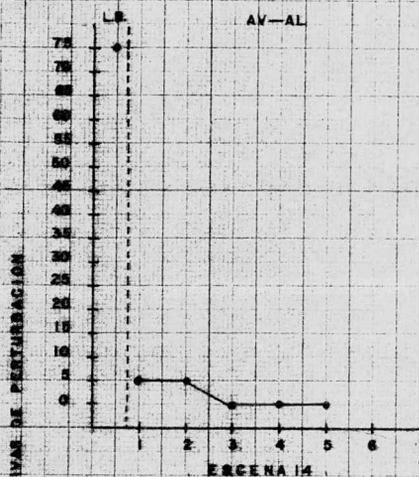
GRAFICA No. 8 : ESPALDA



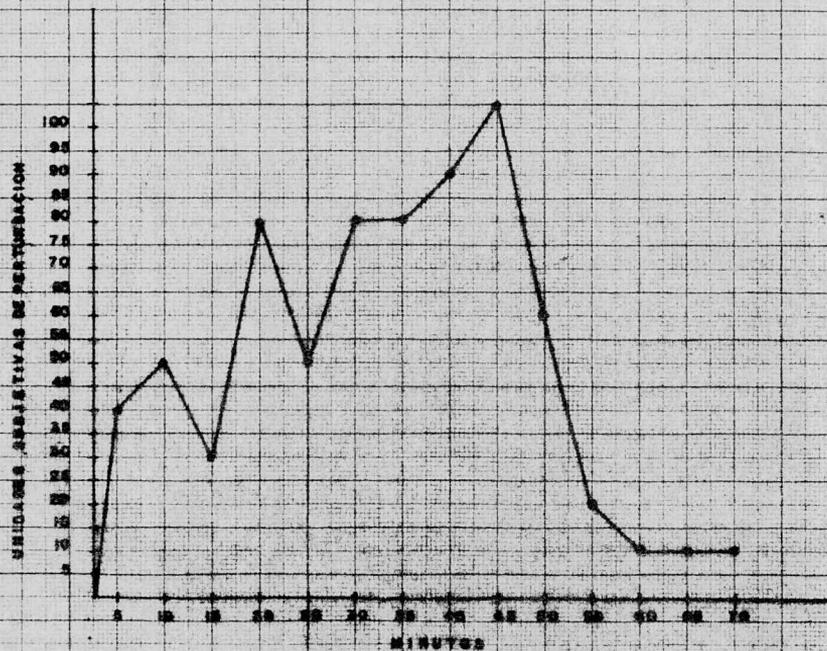
GRAFICA No. 9 PIERNAS



GRAFICA No.10: TERAPIA DE AVERSION-ALIVIO(últimas 4 escenas)

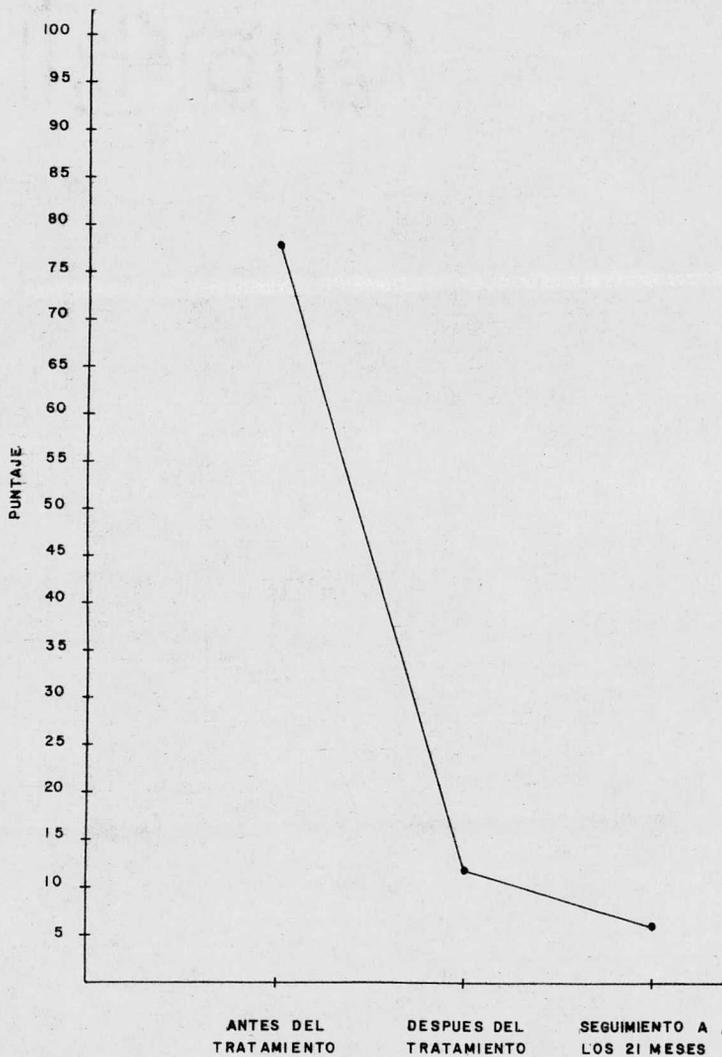


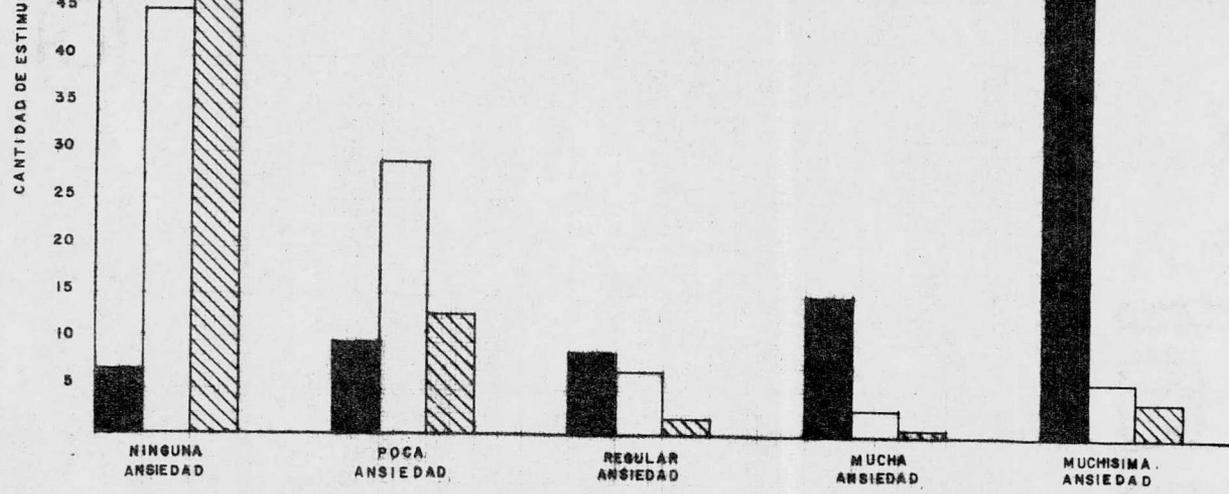
GRAFICA No. 11: TERAPIA DE INUNDACION (flooding therapy)



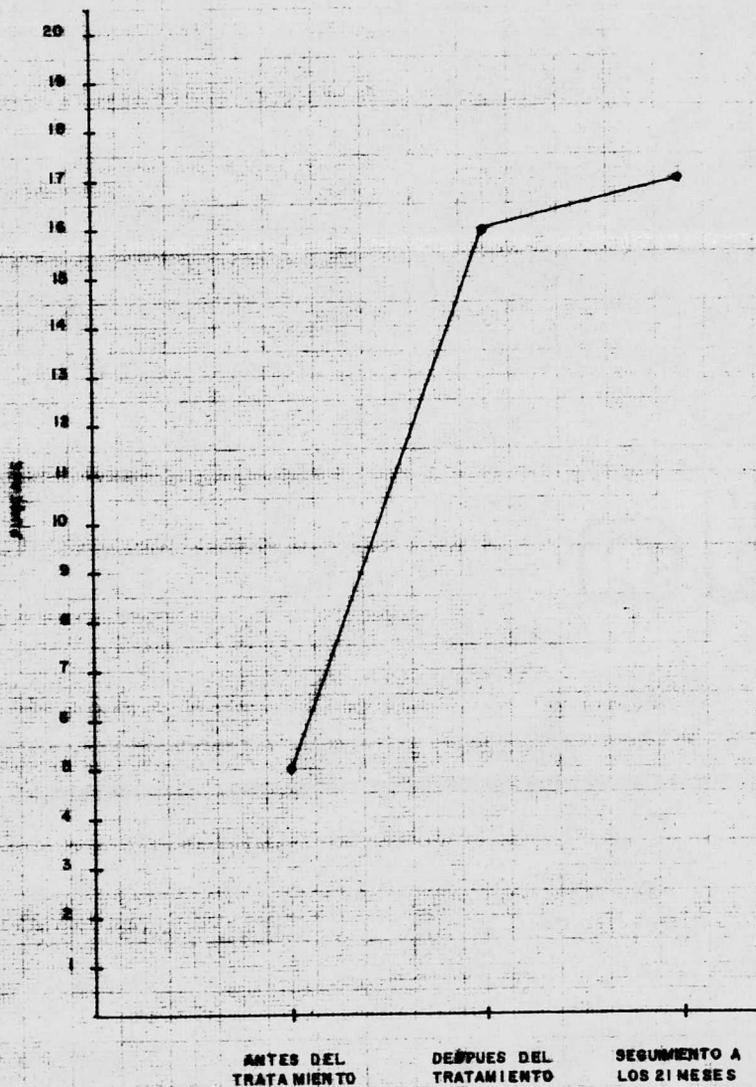
100  
/

GRAFICA No. 12: INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE WILLOUGHBY.





GRAFICA No.14· INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE LAZARUS.



# APENDICE B

CONTENIDO DE LAS TARJETAS PARA FACILITAR EL  
ANALISIS RACIONAL.

(Tomado de Ellis, A.: A guide to a Rational Living,  
1961, Prentice-Hall: Cap. 20: Living Rationally in  
an irrational world).

1.- Debe combatir la creencia de que le es absolutamente necesario ser amado o ~~ap~~probado por casi todo el mundo en casi todo lo que hace. En lugar de esto, debe procurar sostenerse sobre sus propios pies, considerar la aprobación de los demás como un objetivo deseable pero no necesario, tener en cuenta las críticas de los demás seriamente y con ánimo correctivo, sin herirse cruelmente por las ajenas opiniones negativas y, principalmente y de modo continuo, esforzarse por hacer lo que realmente le guste y no lo que los demás creen que debería hacer en la vida.

2.- Abandonar la idea de procurar ser del todo competente, apto y victorioso en todos los aspectos posibles. Trate de HACER más que de hacer CON PERFECCION. Procure mejorar sus propias realizaciones y no las de los demás. Esfuércese, si quiere por ser mejor como artista, jugador de pelota o comerciante, de lo que es actualmente, pero no se engañe creyendo que será una persona mejor si alcanza su meta. Debe desear intensamente y trabajar por el éxito en el campo elegido, pero dispóngase a aceptar los fracasos como indeseables, no terribles, como algo que no tiene nada que ver en absoluto con su valor intrínseco como ser humano.

3.- Despréndase de la idea de que ciertas personas son malas, malvadas o viles y que deberían ser severamente condenadas o castigadas por sus pecados. Acepte objetivamente y sin moralizar

los errores propios y ajenos, como acciones equivocadas de las que debe aprender y que ha de corregir en el futuro. Reconozca plenamente la falibilidad propia y ajena y admita la posibilidad, más bien la práctica certeza, de que usted y los demás sigan cometiendo numerosos errores y faltas. Aprenda a distinguir entre que un individuo sea Responsable de sus acciones (lo cual es y debe ser casi siempre) y que sea Culpable (lo que nunca debe ser). Comprenda que cuando se acusa a sí mismo o acusa a los demás es perfeccionista y soberbio y que con ello invariablemente contribuye a perpetuar y no a corregir las faltas. No confunda nunca a un individuo con sus actos, a una persona que obra mal con una MALA PERSONA.

4.- Hay que combatir la idea de que resulta horrendo, terrible y catastrófico que las cosas no marchen de acuerdo con los deseos de uno. Cuando las condiciones no sean como usted preferiría que fuesen, tranquilamente y con determinación procure mejorarlas, y si, de momento, no es posible cambiarlas, la única cosa sensata que puede hacer es aceptarlas tranquilamente y esperar y hacer planes para cuando, por fin, llegue el momento en que pueda cambiarlas. Cuanto mayor sea la pérdida o la frustración, más filosófico debe ser con respecto a ella, más debe aceptar el hecho de que es mala e indeseable, pero no catastrófica ni insoportable.

5.- Debe rechazar la hipótesis de que la desdicha humana tiene causas externas y que el individuo posee poca o ninguna capacidad para dominar sus penas o librarse de sus sentimientos negativos. Al contrario, debe comprender que la mayor parte de su desdicha es creada por su propio pensamiento irracional, su autopropaganda, y que puede eliminar casi toda su desesperación o cólera cambiando su modo de pensar o de hablarse. Si suprime todos sus ilógicos DEBERIA y TENDRIA que, y substituye sus exigencias pueriles por preferencias realistas, rara vez se verá angustiado o trastornado.

6.- Debe desprenderse de la idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible, usted debe estar terriblemente preocupado o trastornado por ello. Debe examinar seriamente los verdaderos peligros que presentan las cosas que teme y ver cuáles son realmente las probabilidades de que ocurran o de que, si ocurren, produzcan consecuencias terriblemente espantosas. Si quiere una vida plena y creadora, simplemente tiene que aceptar ciertos peligros y riesgos que acompañan a la existencia contemporánea. La mayoría de sus preocupaciones es indudablemente definidor, proviene de sus propias frases internalizadas que predicen catástrofes y puede eliminarse observando y discutiendo sus afirmaciones definidoras, especialmente las que se refieren a su obligación de complacer siempre a los demás y de lograr realizaciones excelentes.

7.- Debe dejar de huir de muchas dificultades y responsabilidades de la vida. El hedonismo de poco alcance, o la insistencia en la satisfacción inmediata, es una filosofía insensata en la mayoría

de los casos y debe substituirse por una persecución del goce o el placer más tenaz y de mayor alcance. Debe determinar cuáles son las actividades vitales verdaderamente necesarias, y luego, por muy desagradables que sean, entregarse a ellas prontamente y sin rebeldía. Aunque la adquisición de un grado considerable de autodisciplina puede parecer demasiado difícil, a la larga el camino "facil" y sin disciplina es el más duro y menos satisfactorio además de claramente autoderrrotista.

8.- Debe abandonar la idea de que el pasado tiene toda la importancia y que si algo una vez afectó profundamente su vida ha de seguir haciéndolo indefinidamente. Aunque considerando seriamente su historia pasada y haciendo lo posible para sacar de ella lecciones valiosas, debe comprender que su presente es su pasado de mañana y que el esfuerzo por cambiar el presente puede permitirle lograr un futuro radicalmente mejor. La renovación continua de sus antiguas afirmaciones y de sus pasados hábitos puede ayudarle a desarraigar la mayoría de influencias perniciosas de su infancia y adolescencia.

9.- Debe renunciar a la idea de que las personas y las cosas tendrían que ser diferentes de como son y que es catastrófico no encontrar inmediatamente soluciones perfectas a las desagradables realidades de la vida. Le guste o no le guste, la realidad ES la realidad y, simplemente, tiene usted que aceptarla tal como es antes de ponerse a trabajar por cambiarla. A veces hay que aceptar muchas componendas y soluciones razonables para los problemas de la vida, en lugar de soluciones perfectas y seguras.

10. - Hay que combatir la idea de que puede lograrse el máximo de felicidad humana por medio de la inercia y la inacción o del goce pasivo y sin compromiso. Haga un intento decidido para absorberse vitalmente en algunas personas o cosas en las que pueda sinceramente absorberse por ELLAS MISMAS y no para ser socialmente aceptado o aprobado. Al dedicarse a cualquier empresa, procure elegir un proyecto o área de trabajo incitante y de gran alcance. Oblíguese, por medio de actos de valor específicos, a correr riesgos, a obrar contra su propia inercia, a ser activamente VIVO.

