

ESTUDIO DE CASOS

Evaluación y tratamiento de un caso de vómitos recurrentes en situaciones de interacción social heterosexual

Assesment and treatment in a case of recurrent vomiting in social heterosexual interactions

F.J. LABRADOR*,
M. ROSILLO,
O. FERNÁNDEZ SASTRÓN

RESUMEN

Se describe la evaluación y tratamiento de un varón de 24 años que acude a consulta por la aparición de vómitos ante situaciones en las que se ve forzado a salir a comer/cenar con personas que no sean de confianza (sobre todo mujeres) o en aquellas situaciones de interacción social con una mujer que pudieran dar lugar a una mayor intimidad heterosexual. El tratamiento se llevó a cabo en 36 sesiones en las que se combinaron varias técnicas orientadas en tres direcciones: 1) reducir la respuesta condicionada de ansiedad somática ante los diversos estímulos utilizando entrenamiento en respiración, desensibilización sistemática y exposición gradual «in vivo»; 2) modificar las ideas irracionales que se presentan ante las situaciones problema específicas y, más en general, las referidas a lo que debe ser una relación de pareja o «la pareja ideal», utilizando terapia racional sistemática y generación de auto-instrucciones positivas; 3) mejorar las habilidades interpersonales del sujeto a través del entrenamiento en negación asertiva y expresión de emociones. Tras la intervención se eliminó la respuesta

* Correspondencia: Francisco J. Labrador. Facultad de Psicología, U.C.M. Campus de Somosaguas s/n. Madrid 28223. Teléfono 91 394 28 59, Fax: 91 394 31 89. Correo-e. labrador@correo.cop.es

condicionada de vómito, se redujo notablemente el número de pensamientos negativos antes, durante y después de las situaciones problemáticas, y se produjo un incremento significativo en actividades de ocio e interacciones sociales (bien que pudieran dar lugar a comidas/cenas, bien a situaciones de intimidad con mujeres) y a un mayor disfrute de éstas. Los resultados se mantienen tras seis meses de seguimiento.

ABSTRACT

This article describes the assessment evaluation and treatment of a 24 years old man showing a recurrent vomiting pattern in situations which imply going out for lunch/dinner (especially if accompanied by women) and heterosexual interactions which could lead to greater intimacy.

The treatment took 36 sessions in which various techniques were combined and oriented in three different directions: 1) to eliminate the conditioned anxiety response, using Breathing Control Techniques, Systematic desensitization and gradual «in vivo» Exposure, 2) to modify irrational ideas about the fear-eliciting situations using systematic Rational Restructuring and Instructional training and 3) to improve interpersonal skills through assertion training. After the treatment the vomiting conditioned response was eliminated, and the number of negative thoughts before, during and after the problematic situations were considerably reduced, leading the subject to participate in more leisure activities and social interactions (involving lunch/dinner and heterosexual interactions) and actually being able to enjoy them. The results persist after a six-month follow-up.

PALABRAS CLAVE

Fobia social, Vómitos, Entrenamiento en respiración, Desensibilización Sistemática, Exposición Gradual «in vivo», Reestructuración Racional Sistemática, Auto-instrucciones Positivas, HH. Interpersonales.

KEY WORDS

Social phobia, Vomiting, Breathing control technique, Systematic Desensitization, Gradual exposure, Systematic Rational Restructuring, Auto-instructional verbal cues, Interpersonal skills.

1. INTRODUCCIÓN

La fobia social o trastorno de ansiedad social, se caracteriza por el miedo que generan situaciones sociales en las que la persona se considera expuesta a la evaluación por parte de los demás. Puede distinguirse de la ansiedad social o la vulgarmente denominada «timidez», por la evitación de un mayor número de situaciones interpersonales, ya que el sujeto intenta evitar aquellas ocasiones en las que podría mostrar síntomas de ansiedad o actuar de alguna forma que pudiera resultarle embarazosa (Echeburúa, 1993). El DSM-IV (A.P.A., 1994) reconoce dos tipos de fobia social: Discreta (cuando el individuo sólo teme a una o dos situaciones concretas) y generalizada (que se diagnostica cuando el individuo teme la mayoría de las situaciones sociales). Las situaciones sociales más frecuentemente temidas incluyen, entre otras, iniciar y/o mantener conversaciones, asistir a una fiesta, quedar/citarse con alguien, comportarse asertivamente (p. ej. expresar desacuerdo o negarse a una petición), hacer y recibir cumplidos, comer/beber en público, etc. (Hope, 1993). En general, la fobia social es un trastorno complejo que suele presentarse de forma multifóbica, es decir, que el sujeto presenta ansiedad generalizada a

la mayoría de las interacciones sociales (Salaberría y Echeburúa, 1998; Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer, 1994). Según Stein (1995), un aspecto común a éstas situaciones es el temor a la evaluación negativa por parte de los demás, diferencia de la mayoría de las fobias (entre ellas la agorafobia) en las que la persona siente amenazada su integridad física. Quizá por eso podría cuestionarse lo adecuado del término «fobia social» para describir este síndrome clínico, ya que lo que realmente provoca el temor en éstos sujetos es el ser evaluados negativamente y no las situaciones sociales en sí.

La fobia social es un trastorno muy común, ocupando el cuarto lugar dentro de los trastornos de ansiedad en cuanto a tasa de prevalencia después de la fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia. Se estima que afecta a entre el 2%-4% de la población general (Turner y Beidel, 1989; Davidson, Hughes, George y Blazer, 1993) y, a diferencia de otros trastornos de ansiedad (más frecuentes en las mujeres), se considera que su incidencia es similar en ambos sexos.

Un período crítico para la aparición de la fobia social suele ser la adolescencia, especialmente los

primeros años, cuando la conciencia social y la interacción con otras personas comienzan a cobrar mayor importancia para las personas. Sin embargo, los pacientes no suelen acudir a consulta hasta diez o incluso veinte años después de iniciado el trastorno, por lo que la muestra clínica oscila entre individuos de 27 a 34 años de edad (Persson y Norlund, 1985).

El origen del trastorno suele ser progresivo, aunque en algunos casos sea identificable su desarrollo tras una experiencia social negativa. El hecho de que la fobia social, debido a este desarrollo progresivo, inicialmente no sea muy invalidante, puede explicar en parte que en los primeros momentos, la persona afectada, no busque ayuda, requiriendo ésta cuando ya afecta más gravemente su vida cotidiana. Una vez desarrollado, el trastorno suele ser crónico y durar toda la vida si no hay ayuda profesional.

Se han considerado múltiples factores a la hora de explicar el desarrollo de la fobia social, entre ellos los relacionados con el ambiente familiar (grado de sociabilidad de los padres, relaciones paterno-filiales, etc.), factores evolutivos, factores de personalidad (rigidez, hipersensibilidad al rechazo, percepción exa-

gerada de síntomas somáticos, etc.) y factores de aprendizaje (fracaso social primario o secundario) así como la interacción entre todos ellos (Gil, 1992). Concluir que en ese tipo de trastornos juegan un papel muy importante la interacción entre la vulnerabilidad psicológica/biológica y los factores ambientales, como hacen Mattick y Newman (1991), es una generalización imprecisa que no aclara gran cosa.

Las conductas más características de la fobia social implican: a) conductas motoras, evitación y escape de las situaciones sociales, si bien a veces se llevan a cabo de forma sutil (por ejemplo, en lugar de evitar completamente la situación, estar presente pero no participar). b) conductas fisiológicas: los síntomas más frecuentes son taquicardias, sudoración, temblores, tensión muscular, rubor y mareos (Andrews, Crino, Hunt, Lampe y Page, 1994). c) conductas cognitivas, incluyen en especial distorsiones cognitivas, auto-verbalizaciones negativas, pensamientos de incapacidad social y general, focalización atencional excesiva por parte del sujeto a sus propias reacciones y pensamientos, errores atribucionales, que explican muchas respuestas emocionales condicionadas de ansiedad y en último término miedo a la evaluación

social. La ejecución de la conducta social en éstas circunstancias, puede ser muy deficiente y de éste modo realimentar el esquema cognitivo anticipado (Hope y cols., 1989).

Aunque el caso que nos ocupa cumple los criterios DSM-IV (A.P.A., 1994) para el diagnóstico de **Fobia Social (F40.1)**, puede considerarse atípico por varias razones. En primer lugar, el condicionamiento de la fobia no debe su origen a una experiencia directa de fracaso o rechazo en una interacción social, sino a una asociación casual de una situación interpersonal (separarse de su novia) con estímulos aversivos que han condicionado una respuesta de ansiedad.

En segundo lugar cabe destacar la disparidad de las situaciones temidas, agrupadas en torno a dos conjuntos de estímulos: a) situaciones de intimidad o «citas» con una mujer que le atraiga y, b) situaciones de comida/cena fuera de su casa. Las situaciones de intimidad o «citas» con mujeres tienen en común el factor «incertidumbre». Podrían considerarse, según Snyder e Ikes (1985), como situaciones «psicológicamente débiles», es decir, situaciones relativamente poco estructuradas y ambiguas que no ofrecen señales claras para orientar la conduc-

ta a seguir. La incertidumbre generada por estas situaciones, en el paciente, con respecto a la forma en que debería actuar, le provocan una elevada ansiedad. Esta respuesta no se da si, a pesar de estar con una mujer, tiene claro la forma de comportarse, por ejemplo, la interacción con una mujer en el ámbito laboral. Así, ante ese tipo de situaciones, el paciente tiene dudas con respecto a la forma de actuar, incluso respecto al objetivo a conseguir y las «responsabilidades» que acarrearía su consecución, lo que le lleva a una percepción de falta de control. El factor clave en las situaciones de comidas/cenas fuera de casa, es el temor a la evaluación negativa por parte de los demás (salvo personas de máxima confianza) agravada por la presencia de vómitos, o a lo aversivo de la respuesta de vómito en sí. Este miedo a la evaluación de otros no está presente en reuniones sociales, aun características similares, si no implican comidas/cenas.

Un tercer aspecto a destacar son las respuestas cognitivas en los dos tipos de situaciones problema. Aunque ya se ha mencionado que los factores cognitivos son considerados como de gran importancia en la fobia social, en este caso resultan decisivos (sobre todo a la hora de planificar

un tratamiento). Además del temor habitual en la fobia social a la evaluación de los demás, son de destacar, por un lado los pensamientos automáticos (presentes en ambas situaciones) con respecto a la respuesta de vómito, y por otro (exclusivamente en situaciones de interacción con mujeres) las ideas irracionales muy marcadas con respecto a lo que debería ser una relación de pareja, roles, expectativas, responsabilidades, etc. Producto de la educación del paciente.

Un cuarto aspecto es el tipo de síntoma fisiológico más importante y por el que se acude en busca de ayuda, los vómitos, poco habitual en los casos de fobia social.

A continuación se describe la evaluación y tratamiento de un caso de fobia social circunscrita a: a) situaciones que impliquen comidas/cenas fuera del hogar y b) situaciones de posible intimidad con una mujer que le atraiga.

2. MÉTODO:

2.1. Sujeto e historia del problema

El paciente (S.) es un varón de 24 años, soltero y que actualmente trabaja en una empresa de relaciones públicas. Acude a

consulta por primera vez en octubre de 1997 por «una especie de fobia» que le lleva a vomitar cuando sale a comer/cenar con personas que le resulten «de interés» (en especial mujeres).

El problema comenzó hace unos seis años, cuando S., al despedirse de su novia para volver a su pueblo, empieza a «sentirse mal» y acaba vomitando en los servicios de la estación de autobuses. S. recuerda que era un día caluroso, la estación olía mal y se tenía que ir a vendimiar, por lo que la situación era relativamente aversiva. Vomita por segunda vez, semanas después, estando con la misma chica en una discoteca. Señala haber comenzado a sentirse mal al comprobar que, aunque todo el mundo admiraba a su novia por su atractivo físico, la conversación que estaba manteniendo con ella le resultaba aburrida y el propio paciente creía estar actuando de una forma «artificial». En ambas ocasiones descritas, el paciente afirma haberse «cuestionado» la relación, llegando a dudar de sus sentimientos con respecto a esa mujer.

Tras romper su relación con ella, y aun habiendo mantenido relaciones con otras dos mujeres (relaciones que el paciente califica como «sin importancia»), el

problema no vuelve a manifestarse hasta aproximadamente un año después, cuando comienza un noviazgo (el más serio hasta el momento, según el propio S.) con una chica de estatus social elevado, muy «formal» y religiosa. A partir de éste momento el paciente toma conciencia de que tiene un problema, ya que vomita prácticamente siempre que ve a esta novia (los fines de semana). La relación llega a su fin, tras siete meses, debido a los vómitos constantes del paciente. Desde entonces, S. ha vomitado en numerosas ocasiones en que se encontraba a solas con una mujer siempre que éstas pudieran implicar cierto grado de «intimidad» con ella.

El paciente procede de una familia tradicional y estricta en cuanto a valores morales. Es el menor de cuatro hermanos (dos hermanas y un hermano), ha recibido, desde su infancia, una educación católica (estuvo cinco años en un seminario) llegando a plantearse la posibilidad de ser sacerdote. Describe a sus padres como figuras con roles masculino y femenino bien definidos (madre que realiza las tareas de la casa, preocupada por sus hijos, muy religiosa... Padre de carácter autoritario, estricto, muy trabajador, siendo la figura «inteligente» a quien acudir cuando tiene un pro-

blema...).

Sus opiniones respecto a la mujeres son de especial relevancia para el caso. S. las agrupa en dos categorías: «alternativas» y «religiosas». Las primeras serían aquellas que ejercen profesiones «liberales», que no se preocupan por su «comportamiento en sociedad», mujeres «interesantes e independientes» a quienes sin embargo, no presentaría a sus padres. Las mujeres «religiosas», por el contrario, serían aquellas que tanto sus padres como su círculo social «aprobarían». Define a éste segundo tipo como «La típica buena chica, educada, que ayudará a recoger la mesa, buena estudiante, alguien con quien se puede conversar...»

Sus creencias religiosas han sido muy influyentes en su comportamiento sexual. En la adolescencia afirma que llegaron a crearle conflictos ya que tenía muy arraigada la creencia de no mantener relaciones sexuales completas hasta el matrimonio. Aunque en su relación con alguna mujer ha llegado a niveles elevados de excitación (masturbación mutua) nunca ha realizado el coito «porque no quiere acostarse con una mujer de la que no esté enamorado». Aunque S. presenta un repertorio de habilidades sociales adecuado, se ha constatado, sin embargo, un

déficit en expresión de emociones y cierta dificultad a la hora de negarse a peticiones en contextos de interacción heterosocial.

El problema de vómitos recurrentes que presenta S., se ha generalizado con el tiempo a todo tipo de comidas/cenas percibidas como de alta demanda social, sin importar que éstas sean con miembros del sexo opuesto o no. Se han identificado asimismo en la evaluación numerosas variables que modulan la intensidad del problema en éstos contextos. Durante los últimos cuatro años, el paciente ha vomitado en casi todas las ocasiones en que se ha visto obligado a salir a comer o cenar, llevándole a evitar, en la medida de lo posible, cualquier situación de éste tipo. Tanto las relaciones íntimas con mujeres, como las relaciones sociales en general, se han visto afectadas por el miedo a vomitar y a «hacer el ridículo». La familia del paciente y sus amigos más íntimos conocen el problema. Parece interesante resaltar que aunque no hay antecedentes familiares de la respuesta de vómito en sí, los hermanos/as del paciente también señalan haber presentado en ocasiones altos niveles de ansiedad en situaciones de intimidad con mujeres y hombres respectivamente. El paciente no presenta ningún problema gástrico.

2.2. Evaluación conductual

La evaluación se llevó a cabo en cuatro sesiones, mediante:

- Cuatro entrevistas con el paciente.
- Listado de situaciones en las que ha ocurrido el problema.
- Auto registro de situaciones-problema (ver tabla 1).
- Imaginación en sesión de distintas situaciones generadoras de incertidumbre con mujeres y observación de las respuestas a los distintos niveles (Fisiológico, Cognitivo y Motor).
- Role-playing en sesión de situaciones de interacción con mujeres.

2.2.1. *Delimitación/ importancia del problema*

1. Estímulos desencadenantes: (A) Situaciones que impliquen estar a solas con una mujer por la que el paciente sienta cierto interés de tipo sexual y que generen incertidumbre con respecto a la forma en que S. debería comportarse con ella, (B) Comidas/cenas percibidas como de alta demanda social, en compañía o no de mujeres y (C) Situaciones en que S. perciba que hay una alta

TABLA 1
Auto-registro de situaciones problema

Fecha/hora de inicio y fin del suceso	SITUACIÓN ¿Dónde estás? ¿Qué estás haciendo? ¿Qué ocurre? ¿Con quién estás?	ANTES DEL SUCESO ¿Qué piensas? ¿Qué haces? ¿Qué sientes?	MOMENTO DEL SUCESO ¿Qué piensas? ¿Qué haces? ¿Qué sientes?	DESPUÉS DEL SUCESO ¿Qué piensas? ¿Qué haces? ¿Qué sientes?

TABLA 2
Variables que mejoran/agravan el problema

MEJORAN	AGRAVAN
<ul style="list-style-type: none"> • Restaurantes conocidos, de su agrado. • Sitios grandes, con mesas espaciadas entre sí, ambiente no cargado y luz tenue. • Estar cerca o de frente a una ventana. • Si la comida consiste en «tapas» o se trata de un «buffet» donde cada cual puede servirse lo que quiera. • Estar con su familia o amigos de mucha confianza. • Que sea un almuerzo en lugar de una cena. • Si al inspeccionar el servicio, éste es grande y está limpio. • Estar cerca del servicio y que éste tenga fácil acceso. • Que la decisión de ir a almorzar/cenar sea espontánea. • Que no sea un almuerzo/cena «formal». • Mantener una conversación que él considere interesante durante el almuerzo/cena en cuestión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurantes pequeños, desconocidos, con las mesas muy juntas entre sí, con mucha luz y ambiente cargado (humo, olor a comida...) • Cantidades de comida generosas y/o pesadas, o comida con la que no pueda «jugar» (por ejemplo una crema...). • Que sean cenas. • Que sean «formales». • Sentarse lejos del baño o que éste tenga difícil acceso. • Que al inspeccionar el servicio sea pequeño y esté sucio. • Estar con una chica por la que tenga interés o viceversa. • Estar con un grupo de gente (que no sea de confianza) que le incite a pasarlo bien. • Cenar en casa de su novia, con los padres de ésta. • Saber con anticipación que va a salir a cenar. • No tener tema de conversación con quien le rodea (silencios violentos) o que éste no le resulte interesante.

demanda social de aprobación a la pareja. Se han constatado numerosas variables que afectan a la percepción de «gravedad» de

las situaciones por parte del paciente. (ver tabla 2).

2. Respuestas: *Cognitiva*: Per-

cepción de la situación como de máxima auto-exigencia («Todo tiene que ser perfecto»), Pensamientos negativos sobre la posibilidad/inevitabilidad de vomitar y hacer el ridículo, o que los demás se percaten de que algo le ocurre y le interroguen al respecto. Miedo a vomitar y/o hacer el ridículo. (ver tabla 3) *Fisiológica*: sequedad de boca, «hormigueo» en los genitales, sudores, incapacidad para concentrarse en EE exter-

nos (sensación de alejamiento de la realidad), micción frecuente, tensión en el estómago, náuseas y vómitos. *Motoras*: Continuar realizando las actividades normales pero de forma «distráida», sin implicarse en la interacción social, abandonar el lugar o la situación, buscar señales de seguridad (dónde vomitar, etc.), beber mucha agua, jugar con la comida, etc.

TABLA 3

Listados de pensamientos, antes y después del tratamiento, en las dos principales área problemas

LISTADO DE PENSAMIENTOS EN INTERACCIONES CON MUJERES

AL INICIO DEL TRATAMIENTO	EN LA ACTUALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • No se si me rechazará... • No se si le gustaré... • Si intento «algo» puedo ofenderla. • Creo que quiere ligar conmigo... • Si digo NOse enfadará... • No voy a poder actuar «normal»... • Yo no ligo, me ligan... • Es mejor que llame ella, porque así se que quiere ligar de verdad... • Estoy tan nervioso que sobreactuo, no soy yo mismo. • Tengo que ser el hombre ideal, porque ella es la mujer de mi vida. • Si estuviera enamorado de ella me interesaría todo lo que ella dijera... • ¿Qué tal quedaría sentada a la mesa en casi de mis padres? • Seguro que ésta es de las que buscan un novio para casarse. • Tenemos que dar la imágen de «perfectos enamorados». • Las chicas se pueden clasificar en «alternativas» o «religiosas». • La conversación tiene que ser interesante en todo momento... • Si estoy con ella tengo que decirle que la quiero porque si no se enfadará... • Me vienen a la mente imágenes de boda. 	<ul style="list-style-type: none"> • No tengo que interpretar las señales rápidamente. • Vive el momento. • Rastrea las probabilidades. • No tengo que sacar conclusiones a la ligera, busca la evidencia. • Voy a disfrutar. • Voy a ver si realmente estoy a gusto con ella. • No todo de ella tiene que gustarme, voy a analizar lo que me gusta y lo que no... • Voy a darle tiempo. • Voy a conocerla de verdad. • El físico no es lo más importante. • Si algo de ella no me gusta, puedo decírselo.

LISTADO DE PENSAMIENTOS EN SITUACIONES DE COMIDAS/CENAS

AL INICIO DEL TRATAMIENTO	EN LA ACTUALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Tendré que buscar excusas para no ir. • Me voy a poner malo. • Voy a vomitar seguro. • Espero llegar al servicio. • Está empezando la crisis (ante los primeros síntomas). • Imágenes del momento en que le da la primera arcada. • Me tengo que ir de aquí. • Me van a notar que me pasa algo raro. • No me apetece dar explicaciones si me preguntan. • Tengo que fingir que estoy enterándome de la conversación. • Tengo que aparentar que no me pasa nada. 	<ul style="list-style-type: none"> • El hecho de tener algún síntoma no significa que me vaya a pasar... • Estoy algo nervioso pero tengo estrategias para controlarlo. • Puedo usar la respiración. • Puedo controlarlo. • Yuhuuu!!! • Ésto ya lo he hecho otras veces. • Es una prueba a superar y lo estoy haciendo bien. • Vamos por buen camino. • En otras ocasiones estaba más nervioso. • Lo he hecho bien. • Lo estoy logrando. • Comeré poco a poco, no tengo porqué forzarme. • Voy a disfrutar del momento. • Voy a pasarlo bien. • Se tú mismo.

3. Consecuencias: (A) reforzamiento negativo de éstas conductas a corto plazo, ya que bien reduce la ansiedad al evitar/escapar de la situaciones, o se reduce la activación por medio del vómito. (B) castigo negativo, a medio y largo plazo, por la privación de actividades que podrían resultar gratificantes.

2.2.2. Análisis de secuencias/parámetros

Se distinguirán dos tipos de situaciones para una mejor comprensión del problema: 1. situaciones de comidas/cenas en general y 2. situaciones de interacción con mujeres.

1. Situaciones de comidas/cenas

Primera vez: (En casa de su novia, hace cuatro años) Tras dar un paseo, decidieron ir a comer a casa de ella. Le sirvieron pescado y tortilla de patata, que según el paciente «estaba un poco cruda». Aunque le desagradaba la comida, no se atrevió a decir nada y comenzó a sentirse «muy incómodo». Aparecieron pensamientos del tipo: «¿Porqué me está contando esto?», «No hace más que contarme tonterías»; cuestionándose su relación afectiva («si de verdad estuviera enamorado, me interesaría todo lo que ella diga») y percibiendo que «no se estaba comportando de

forma natural». Comenzó a detectar síntomas fisiológicos (náuseas y «embotamiento») y un incremento del nivel de ansiedad al «tener que fingir que estaba prestando atención a la conversación». El paciente «tuvo que huir» de la situación, tras lo cual vomitó en la calle. Después de éste episodio S. comenzó a «temer» que volviera a ocurrirle algo similar.

Última vez (y vez más leve): 28-X-97 (justo antes de la primera entrevista terapéutica). Una compañera de trabajo le sugirió que almorzaran juntos. Aunque otros compañeros se unirían más tarde, ellos se adelantaron. De camino al restaurante, S. comenzó a sentirse «atontado», incapaz de concentrarse en la conversación. Empezó con un auto-diálogo recurrente («Vomitare...») «No tengo porqué vomitar, es una tontería...»), a la vez que identificaba síntomas de ansiedad como sequedad de boca, hormigueo en los genitales, cansancio (incluso bostezos), ganas de ir al servicio, etc. Inmediatamente después de llegar al restaurante, S. fue al baño, aunque no vomitó. Cuando regresó, se sentó al lado de su compañera, y pocos minutos después, llegaron los demás. Aunque afirma que tenía hambre, pidió sólo una ensalada.

Señala como problemática la situación por la presencia de los síntomas fisiológicos y los pensamientos negativos, a pesar de que no llegó a vomitar.

Más grave: cena de final de curso de post-grado. En el grupo estaba una mujer con la que había «salido». Le apetecía acudir a la cena, pero durante todo el día le venían pensamientos recurrentes con respecto a la posibilidad de vomitar. Se sentó en una esquina, rodeado de gente que apenas conocía. Casi no habló durante la cena, estando pendiente de los síntomas fisiológicos, y de qué pasaría si vomitaba. Pidieron tapas y se alegró «porque así nadie se daría cuenta de si comía o no» (teme que le pregunten porqué no come, y hacer el ridículo). A mitad de la cena los síntomas fisiológicos se habían disparado, sentía náuseas, pero continuaba haciendo esfuerzos por comer. Vomitó en el pasillo, antes de llegar al baño, aunque nadie de su mesa le vio. Cuando regresó estaban pidiendo el postre, y aunque seguía sintiéndose mal, él también pidió (para evitar que le preguntaran), pero no pudo acabárselo. Se sentía muy cansado, y decidió que después de la cena, se iría a casa. En ese momento comenzó a sentirse mejor.

2. Situaciones de interacción con mujeres

Primera vez: hace seis años, la situación en la estación de autobuses ya expuesta.

Última vez: septiembre, 1997. S. y un amigo habían citado en su casa a dos chicas, pero sólo acudió aquella por la que S. tenía interés, y su amigo les dejó a solas. S. estaba «nervioso» porque habían comentado sus posibilidades de tener una relación con ella. S. interpretó que la chica emitía continuas señales de atracción («se le veía el sujetador», «me miraba de forma sospechosa...»). Comenzaron a intensificarse las respuestas fisiológicas ya mencionadas, a nivel cognitivo, el paciente dudaba si dar el primer paso y tenía dificultades para concentrarse en la conversación, y a nivel motor continuaba «charlando» con la mujer en cuestión, hasta que finalmente tuvo que ir al servicio a vomitar. Cuando regresó afirma que estaba más «tranquilo» e intentó una aproximación. Ella se negó y los síntomas remitieron del todo. No hubo ningún otro episodio de vómito durante el resto de la velada.

Más grave: el paciente no identifica una sola vez más grave, pero si un periodo más grave,

coincidiendo con los siete meses de noviazgo con una chica muy «formal y religiosa» de la que afirma haber estado muy enamorado (su relación más relevante). Durante éste periodo, S. vomitaba casi siempre que se veía con su novia (sólo los fines de semana), y en circunstancias diversas (en el metro, el coche, la calle, restaurantes, bares, ...).

Más leve: octubre, 1997, en un viaje de negocios en avión, sentado junto a una compañera de la oficina. Había estado comentando previamente con unos compañeros la promiscuidad a la que solía dar pie ese tipo de viajes de fin de semana. Tras haber despegado, el paciente comenzó a notar algún síntoma fisiológico (sequedad de boca, hormigueo en los genitales...) ante la presencia de su compañera, que remitieron con relativa rapidez porque «la conversación estaba siendo interesante» y sintió que se relajaba.

2.2.3. Evolución/curso del problema

El problema comienza hace seis años cuando vomita al despedirse de su novia en la estación de autobuses. Semanas después, estando de nuevo con ella en una discoteca, vomita de

nuevo. El problema no vuelve a manifestarse hasta aproximadamente un año después, cuando entabla una relación seria con una «chica muy formal y religiosa». En éste momento S. toma conciencia de tener un problema, ya que vomita en todas las ocasiones en que está a solas con ella. Además, a partir de éste momento se generaliza a situaciones de comidas/cenas sociales. Las respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras permanecen prácticamente invariables a lo largo de los años, dando lugar a una evitación cada vez mayor de las situaciones-problema que impliquen salir a comer o cenar, aunque mantiene relaciones sentimentales con mujeres, y sólo vomita en compañía de algunas de ellas. En el momento de acudir a sesión, el paciente afirma no haber tenido compañera sentimental en el último año, y evita todo tipo de comidas/cenas sociales, reduciendo por tanto el abanico de actividades sociales del que podría disfrutar.

2.2.4. Motivación y expectativas

S. espera de la terapia poder salir a comer y cenar con amigos y/o mujeres de interés «normalmente», es decir, sin que las situaciones le produzcan gran

ansiedad, y sin presentar la respuesta de vómito. Además considera muy importante aprender a controlar la ansiedad que le produce el estar en una situación «de intimidación» con mujeres por las que siente algún interés de tipo sexual. Está muy motivado para la terapia y se muestra colaborador.

3. MODELO EXPLICATIVO

3.1. Hipótesis de origen

El problema de S. puede explicarse en su origen de acuerdo con el modelo bifactorial c. clásico /c. operante. a): C. Clásico: por casualidad asocia estar con su novia en la estación de autobuses con una serie de eventos o situaciones aversivas: calor y mal olor en la estación, estado de ánimo bajo por la despedida, ansiedad por la anticipación de un estímulo aversivo que representaba el irse a vendimiar... Junto a estos estímulos aparecen también una serie de pensamientos negativos referidos a su relación de pareja (estoy con ella por lo que dicen los demás», «no estoy enamorado»...). Estos estímulos provocan una respuesta de ansiedad con importante activación simpática que se manifiesta con síntomas como sequedad de boca, hormigueo en los

genitales, sudores, tensión en el estómago, náuseas y vómito. b) c. operante: como respuesta motora para hacer frente a esta situación aversiva (generadora de ansiedad), se aleja de su novia, va corriendo al baño a vomitar y se sube rápidamente al autobús. Al escapar de la situación comienzan a disminuir los síntomas reforzándose negativamente la respuesta de escape. A partir de este momento las señales asociadas a estar con su novia (o mujer que pueda serlo) comienzan a provocar respuestas similares.

Probablemente sea conveniente considerar algunos factores predisponentes que han facilitado este tipo de asociación: a) Ideas y expectativas irracionales sobre lo que debería ser una relación de pareja, b) valores morales muy tradicionales y rígidos c) déficit en habilidades de interacción con mujeres y, d) déficit en la expresión de emociones y respuestas asertivas.

3.2. Hipótesis de mantenimiento

Se constata, tras repetidas experiencias, una generalización de los estímulos capaces de elicitar esta respuesta de ansiedad, que pueden agruparse alrededor

de tres conjuntos estimulares: a) estar a solas con mujeres que le resultan atractivas (personal y sexualmente) y que generen incertidumbre con respecto a la forma en que debería actuar (en distintos contextos.); b) todo tipo de almuerzos/cenas percibidos como de alta demanda social (sea con personas del sexo opuesto o no...); c) situaciones en las que hay una alta demanda social de aprobación de la pareja. Así mismo se produce una generalización de respuestas, presentándose además de las respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras ya señaladas, respuestas de miedo a vomitar y pensamientos negativos relacionados con estas («voy a vomitar y haré el ridículo...» «notarán que me pasa algo y tendré que dar explicaciones...»)

El proceso de mantenimiento, aunque fundamentalmente se pueda explicar a partir del modelo bifactorial de Mowrer, debe incorporar algunos factores adicionales. La aparición de las situaciones señaladas en el párrafo anterior provocan la aparición de un intensa respuesta de ansiedad (con los componentes fisiológicos, cognitivos señalados). Los pensamientos anticipatorios y la falta de conductas de afrontamiento adecuadas para esta situación hace que, si es posible, emita la única respuesta que ha

sido reforzada (evitar la situación). Si esto no es posible, intentará reducir la intensidad de la situación ansiógena reduciendo su implicación (evitación cognitiva), y si, aún así, el valor ansiógeno de estas situaciones sigue siendo intenso, el incremento en la activación simpática llevará al vómito o al escape de la situación. En ambos casos los pensamientos anticipatorios del paciente con respecto al mismo se ven cumplidos, de modo que se mantiene la percepción de no-control para situaciones futuras y por tanto la respuesta emocional de miedo al vómito.

La evitación/escape de las situaciones se mantiene por reforzamiento negativo a corto plazo (reducción de respuestas de ansiedad presente o anticipada), si bien a largo plazo se convierte en un castigo negativo ya que suponen una limitación de actividades que potencialmente podrían resultar gratificantes. Por otro lado la respuesta de escape/evitación, así como las respuestas cognitivas al respecto mantienen la ansiedad (ver figura 1).

3.3. Pruebas de hipótesis

Las herramientas utilizadas para probar las hipótesis formuladas, fueron las siguientes:

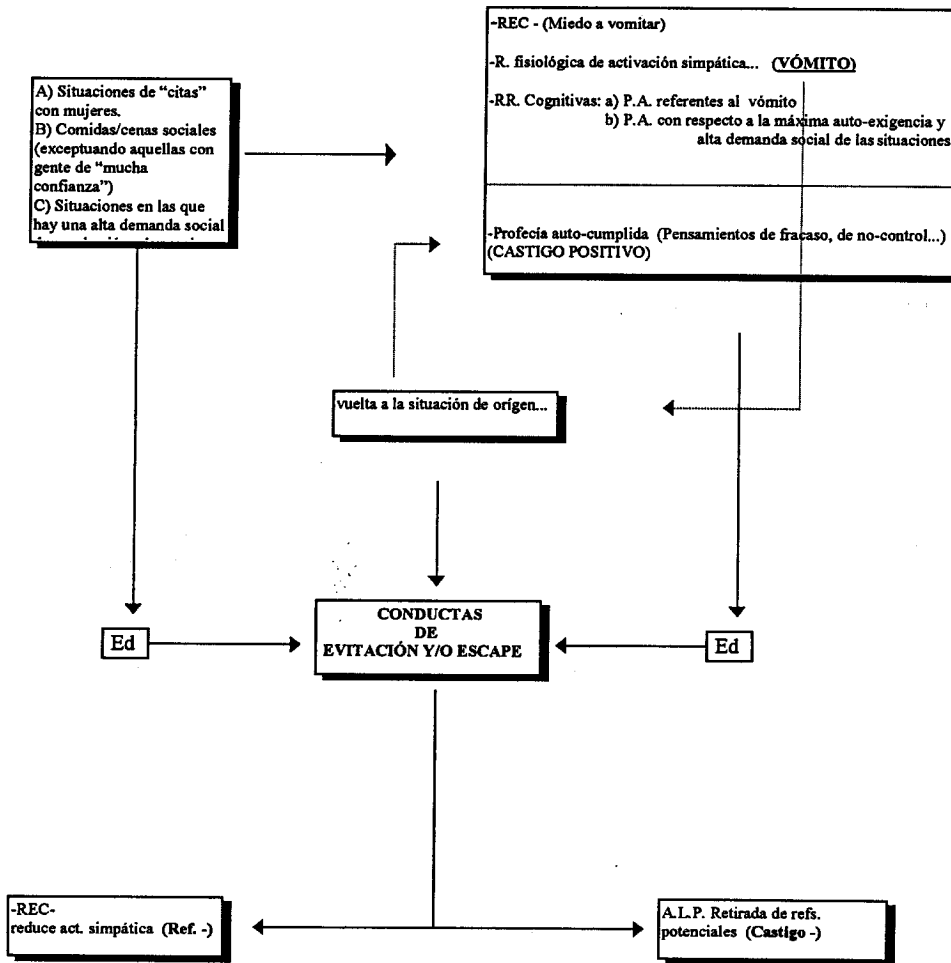
- Registro de pensamientos ante las situaciones problema.
- Imaginación en sesión de situaciones generadoras de incertidumbre registrando las respuestas a los distintos niveles (fisiológico, cognitivo y motor).
- El hecho mismo de acudir a consulta generó en el paciente algunos de los síntomas (hormigueo en genitales, sequedad de boca...) al ser una situación que se percibe como de relativa incertidumbre frente a dos mujeres.
- Role-playing en sesión de situaciones de interacción con miembros del sexo opuesto.

4. INTERVENCIÓN Y RESULTADOS

4.1. Objetivos del tratamiento y programa de intervención

Los objetivos del tratamiento, y las técnicas utilizadas para su consecución fueron los siguientes:

FIGURA 1
Hipótesis de mantenimiento



1. Control de las respuestas fisiológicas y cognitivas ante los estímulos.

(a) Reducción de la activación simpática: –control de la respiración.

(b) Control de los pensamientos negativos en las situaciones problema: –auto instrucciones positivas.

(c) Eliminación de la respuesta de vómito: desensibiliza-

ción sistemática y exposición gradual en vivo.

2. Modificación de ideas irracionales con respecto a la pareja: reestructuración racional sistemática.

3. Mejora de las HH. Interpersonales: entrenamiento en negación asertiva y expresión de emociones mediante role-playing y modelado.

Se consideró como objetivo prioritario inicial reducir la respuesta de ansiedad que provocaban los estímulos y eliminar la respuesta condicionada de vómito. Para ello se utilizaron las siguientes técnicas: entrenamiento en respiración, desensibilización sistemática de situaciones de almuerzos/cenas, exposiciones «in vivo» a situaciones de almuerzos/cenas y generación de auto-instrucciones positivas. Un segundo objetivo fue cambiar las ideas irracionales en las situaciones problema, así como las ideas con respecto a las mujeres y a la pareja ideal, para lo que se empleó el procedimiento de reestructuración Racional Sistemática propuesto por Goldfried (Goldfried et al., 1974; Goldfried y Goldfried, 1975; Goldfried, 1979, 1988). El tercer y último objetivo era mejorar las HH. Interpersonales (especialmente HH. heteroso-

ciales¹) del paciente, para lo que se llevó a cabo un entrenamiento en negación asertiva y expresión de emociones por medio de técnicas de modelado y role-playing.

4.2. Descripción del tratamiento por sesiones

Sesiones 1-5: evaluación y pruebas de hipótesis

Se dedicaron las sesiones 1-5 a evaluar el problema del paciente y a llevar a cabo las pruebas de hipótesis. Además de cuatro entrevistas, se pidió a S. que confeccionara un listado de todas las situaciones que pudiese recordar en que se hubiera manifestado el problema de vómitos (tanto en interacciones con mujeres, como durante comidas/cenas sociales). También se entregó al paciente un auto-registro de situaciones problema, que incluía una descripción de la situación y las RR. cognitivas, fisiológicas y motoras, antes, durante y después de la situación, no sólo para obtener información sobre situaciones pasadas, sino para que pudiera registrar de forma eficaz cual-

¹ Galassi y Galassi (1975). P. 131., definen HH. heterosociales como: «HH. relevantes para iniciar, mantener y terminar una relación social y/o sexual con un miembro del sexo opuesto».

quier situación problema que pudiera darse en el momento presente, y aprender a detectar los pensamientos involucrados en el proceso. Se dedicó una sesión a que el paciente imaginara una noche de viernes en su pueblo, y fuera narrando, detalladamente y paso por paso, qué haría si hubiera quedado en un bar en el que estaría una chica de su interés. Se pidió al paciente que comenzara desde horas antes de arreglarse, y fuera indicando pensamientos y niveles de ansiedad en todo momento. Se dedicó el final de la sesión a llevar a cabo role-playing de situaciones de interacción con mujeres (incluyendo situaciones que implicaran tanto expresión de emociones como negación asertiva entre otras) tanto para evaluar las HH. heterosociales del sujeto, como para confirmar varias de las hipótesis formuladas.

Sesión 6: devolución de información y entrenamiento en respiración

Durante la sesión 6ª se llevó a cabo la formulación y devolución de información al paciente, explicándole el porqué del origen y mantenimiento del mismo, los mecanismos de la respuesta de vómito, así como el programa de tratamiento previsto y resolviendo

cualquier duda que pudiera surgirle al respecto. Se entregó al paciente un esquema informativo de su problema.

También en ésta sesión, se entrenó al paciente en respiración, siguiendo las pautas de Labrador, Puente y Crespo (1993) indicándole como tareas para casa la realización de los ejercicios practicados en sesión 2-3 veces al día.

Sesión 7: guía de exposición y técnicas de afrontamiento

De cara a una próxima e inevitable exposición (la cena de Navidad de su empresa), se dedicó la 7ª sesión a preparar al paciente para que pudiera afrontarla lo mejor posible. Se le indicaron las posibilidades de acción y se le hizo entrega de una «Guía de Exposición», en la que se explicaban las estrategias de afrontamiento a utilizar durante la misma. Así mismo, se le facilitó una ficha de autorregistro (ver tabla 5), de cara a utilizar ésta exposición (no programada) como fuente de información para obtener una línea base más exacta de los niveles de ansiedad del sujeto en los distintos momentos de la exposición.

Sesiones 8-22:

Desensibilización sistemática

Las sesiones 8-10 se dedicaron a la construcción de una jerarquía de ansiedad para la desensibilización sistemáticas (D.S.) de situaciones de comidas/cenas sociales, pues su trabajo le obligaba a comer/cenar con frecuencia con gente de su oficina. La construcción de la jerarquía fue problemática debido al gran número de variables que influían en los niveles de ansie-

dad del paciente (tipo de restaurante, comida, compañía, presencia de síntomas, almuerzo o cena, programada o espontánea, etc.), así como el gran número de situaciones que elicitan la respuesta de vómito. La jerarquía final, en la que se incluyeron ítems relacionados con comidas/cenas en todas las condiciones (grupos, mujeres del trabajo, mujeres de interés, etc.) constaba de 17 ítems (ver tabla 4).

TABLA 4

Jerarquía de ansiedad, valor inicial de los ítems en U.S.A., y valor durante la aplicación de la D.S., en cada presentación del ítem indicado

ITEM	VALOR (EN U.S.A.)	VALORES (EN U.S.A.) EN LA APLICACIÓN DE LA D.S.
1. Estás sentado en la mesa de un restaurante conocido con unos amigos de mucha confianza. Te traen como primer plato una ensalada bastante pequeña	0	0/0
2. Estás sentado en la mesa de tu oficina a la hora de comer, y tus compañeros deciden llamar a telepizza	5	2/0/0
3. Es Noche Buena, y estás en el comedor de tu casa esperando para cenar. Toda tu familia está ahí. Aún no estais sentados, pero la mesa está puesta. Todos os habeis arreglado mucho para la ocasión.	15	5/0/0
4. Estás en la oficina e Isabel saca el tema de la cena que tendrá lugar dentro de un par de días; Comenta como ireis vestidos y lo bien que lo vais a pasar.	25	5/3/0/0
5. Te levantas de la cama y piensas que dentro de tres días tienes una cena con gente de tu oficina. Piensas que puedes vomitar, que tendrás que dar explicaciones a la gente...	35	5/0/0
6. Unas horas antes de haber quedado para cenar, te estás arreglando en casa; te pones unos vaqueros, botas y una camisa de cuadros...Estás en Madrid.	35	4/2/10/15/8

TABLA 4 (Continuación)
Jerarquía de ansiedad, valor inicial de los ítems en U.S.A., y valor durante la aplicación de la D.S., en cada presentación del ítem indicado

ITEM	VALOR (EN U.S.A.)	VALORES (EN U.S.A.) EN LA APLICACIÓN DE LA D.S.
6. Idem	35	4/2/0/0
7. Entrás a comer a un restaurante que no conoces: Miras a tu alrededor y no está muy lleno, el ambiente no está muy cargado, el sitio es amplio, con las mesas espaciadas entre sí, y la luz es tenue. Vas sólo con una chica que no te interesa.	45	3/1/0/0
8. Vuelves a la mesa después de vomitar. Estás con un grupo grande de gente conocida, y tu compañero de al lado te preguntan qué te ha pasado	55	2/4/2/2/0/0
8. Idem	55	2/1/6/1/2/0/0
9.- Vuelves a la mesa después de vomitar. Estás con un grupo grande de gente conocida, y tu compañero de al lado te preguntan qué te ha pasado	55	5/6/2/1/0/0
9. Idem	55	1/0/0
10. Estás en un restaurante con una chica a solas. Ella te interesa, pero la cena es tipo buffet, y puedes servarte las cantidades que quieras. Todavía no os habeis levantado a por la comida, y estáis sentados uno en frente del otro.	65	12/2/4/1/1/0/0
11. Has ido a cenar con un grupo de gente en el que se encuentra una chica que te interesa. Antes de sentarte a la mesa, entras en el servicio para supervisararlo: Está sucio, es pequeño y huele muy mal.	70	1/0/0
12. Estás sentado a la mesa con un grupo de gente, y enfrente está sentada una chica que te gusta. La gente está de muy buen humor, y te incitan a que lo pases bien, diciendo que estás muy serio y que tienes que animarte. Estás cerca del servicio.	70	6/1/0/0
13. Estás cenando en un restaurante que no conoces, con una chica que te interesa. Te traen una crema de aguacate de primero.	80	4/0/2/1/0/0
13. Idem	80	6/3/2/3/24/1/0/0
13. Idem	80	2/3/0/0
14. Estás en un restaurante desconocido con un grupo de gente no muy conocida; sentada en frente tuyo hay una chica que te interesa. Notas el estómago agarrotado, un nudo en la garganta, y el cerebro «embotado». La gente está de muy buen humor, la conversación a tu alrededor es «jocosa»... Comentan lo bien que lo estais pasando... Estás lejos del baño	90	10/7/3/2/1/2/1/0/0

TABLA 4 (Continuación)

Jerarquía de ansiedad, valor inicial de los ítems en U.S.A., y valor durante la aplicación de la D.S., en cada presentación del ítem indicado

ITEM	VALOR (EN U.S.A.)	VALORES (EN U.S.A.) EN LA APLICACIÓN DE LA D.S.
14. Idem	90	5/2/0/0
15. Estás yendo en metro hacia el restaurante donde vas a cenar con una chica que te gusta mucho. El metro está parado en una estación que huele muy mal, y ella está sentada a tu lado.	90	2/2/0/1/0/0
15. Idem	90	1/1/0/0
16. Estás cenando a solas con una chica que te interesa mucho. No estás a gusto en el sitio; el restaurante no te gusta y has empezado a encontrarte mal. Aún no has terminado el segundo plato. Te da una arcada, y te tapas la boca con la servilleta.	95	1/2/0/0
17. Estás andando rápido hacia el servicio para vomitar, tapándote la boca con la mano, e intentando aguantar hasta llegar allí.	100	1/1/1/0/0

Debido a sucesivas complicaciones, hicieron falta 8 sesiones hasta desensibilizar todos los ítems de la jerarquía. Así, en un primer momento el paciente no conseguía relajarse en presencia de las terapeutas, por lo que en las primeras sesiones se llevó a cabo una relajación guiada. Después imaginaba los ítems sin ajustarse a la imagen preestablecida, añadiendo muchos detalles o modificaciones, por lo que fue necesario volver a explicarle el objetivo y forma de proceder, así como entrenarle en imaginar con precisión las situaciones de cada ítem. Aun así volvió a aparecer alguna vez más el problema. Por

ejemplo, en el ítem 6, S. incluye en los últimos tres ensayos una persona diferente a la establecida en el ítem, por lo que la ansiedad aumenta de 2 U.S.A. (Unidades Subjetivas de Ansiedad) a 10, y posteriormente a 15. Algo similar sucede en los ítems 8 y 10, en los que añade detalles nuevos, si bien en este caso sólo en una de las presentaciones, pues el paciente ya se da cuenta y rectifica en la siguiente. Lo mismo sucede en los ítems 13 y 14. A pesar de las dificultades mencionadas, la jerarquía se completó con éxito, quedando todos los ítems desensibilizados (ver tabla 4).

Sesiones 16-36: Exposiciones en vivo

Debido a que el paciente vomitó durante la cena de Navidad de empresa, se tomó ésta situación como medida de línea base y se prescribió que evitara todo tipo de comidas/cenas hasta haber avanzado en la jerarquía de D.S. y mejorado sus estrategias de afrontamiento. A partir de la sesión 16, comenzaron las exposiciones en vivo, compaginando éstas con la D.S. Se entrenó al paciente a valorar (en U.S.A.) situaciones de comidas/cenas futuras no controladas por las terapeutas y se prescribió que se expusiera únicamente a aquellas que fueran valoradas con niveles de ansiedad menores que los items ya desensibilizados en la

D.S., pero dando cierta libertad al paciente para planificar las exposiciones. Se le indicó que registrara los niveles de ansiedad en seis momentos distintos durante las exposiciones (ver tabla 5) y que indicara de 0-10 tanto el grado de satisfacción después de éstas, como la probabilidad de volver a vomitar en una situación similar.

Las exposiciones se llevaron a cabo de forma gradual (teniendo en cuenta las variables que agravan/mejoran el problema como criterios de «dificultad») a lo largo de todo el tratamiento. Éstas incluyeron tanto comidas/cenas programadas y controladas por las terapeutas, como otras más espontáneas que iban surgiéndole al paciente durante los meses de terapia.

TABLA 5
Momentos a registrar durante las exposiciones

Momentos a registrar	Ansiedad percibida (de 0-10 USA)
1. Cuando te dan la noticia de una comida/cena	
2. De camino al restaurante	
3. Momento en que te sientas a la mesa	
4. Cuando te traen el primer plato	
5. Fin de la comida/cena	
6. Al salir del restaurante	
¿Probabilidad de vomitar en situación similar (de 0-10)?	
¿Grado de satisfacción tras la exposición (de 0-10)?	

También surgieron algunas dificultades presentaron a la hora de llevar a cabo las exposiciones: Por un lado, no todas las variables podían ser controladas por las terapeutas (el ambiente, la conversación, las reacciones de los interlocutores, la calidad de la comida, etc.) y por otro, se produjo en ocasiones un solapamiento entre las dos situaciones temidas por el paciente: comidas/cenas e interacción con mujeres (como podría ser el hecho de ir a cenar con una mujer por la que siente cierta atracción).

Las exposiciones se agruparon en cuatro categorías de cara a facilitar la organización, ya que éstas surgían de manera aleatoria (ver apartado de resultados). Una vez completadas con éxito un mínimo de tres exposiciones de cada categoría, las indicaciones que se dieron al paciente fue continuar exponiéndose (sin ningún criterio particular) a distintas situaciones que permitirían generalizar las distintas variables llevando a una habituación de la respuesta de ansiedad.

En éste momento comenzó a desarrollarse la intervención a través de técnicas cognitivas dirigidas a modificar los pensamientos negativos automáticos surgidos antes, durante y des-

pués de las situaciones problema. Para ello se entrenó al sujeto a generar auto-instrucciones positivas y a utilizarlas cuando surgieran pensamientos automáticos negativos, para evitar que centrara su atención de forma exclusiva en las sensaciones fisiológicas y en aspectos negativos de su conducta. Periódicamente se le mostraron gráficas con los resultados de las distintas exposiciones para enfatizar la eficacia de las mismas (habituación de la ansiedad) y dar «feedback» al paciente de los progresos obtenidos. De esta forma S. fue constatando cómo, con la exposiciones, la probabilidad subjetiva de vomitar en una situación similar disminuía mientras que el grado de satisfacción en esa situación aumentaba, a la vez que se dirigía su atención hacia los logros obtenidos y no en las experiencias negativas pasadas.

Sesiones 14, 16, 21 y de la 24-36: reestructuración racional sistemática

Siguiendo el modelo de reestructuración racional sistemática, se llevó a cabo una intervención para modificar las ideas irracionales del paciente en dos ámbitos fundamentales:

1) Modificar los pensamientos negativos que surgen en las situaciones problema (interpretación de los síntomas de ansiedad, atención excesiva a respuestas fisiológicas, máxima auto-exigencia, etc.) tanto en contextos de comidas/cenas, como en interacciones heterosociales y

2) modificar ideas irracionales con respecto a las relaciones de pareja (aprobación social de la pareja, categorización de las mujeres, roles, expectativas, responsabilidades, etc.). (ver tabla 3).

La intervención se compaginó con las exposiciones «in vivo» y se prolongó hasta el final del trata-

miento, pues, aunque el paciente aprendió rápidamente a identificar, rebatir y sustituir los pensamientos negativos, algunas ideas con respecto a las relaciones de pareja no eran fácilmente modificables y seguían generándole ansiedad al paciente. Se enfatizó en todo momento la importancia de poner en práctica lo aprendido en las sesiones, para lo que se asignaron continuamente tareas para casa en las que el paciente debía rebatir y sustituir pensamientos negativos que surgieran tanto en sesión como fuera de ella. Se entregó al paciente un auto-registro para éste tipo de tarea (ver tabla 6), de forma que tanto él mismo como las terapeutas pudie-

TABLA 6
Auto-registro de tareas de reestructuración cognitiva

Pensamiento (Valoración)	A:	B: Pensamiento Alternativo
Grado de creencia (Antes/Después)		
Emoción		
Evidencias		
Otras interpretaciones alternativas		
¿Qué error estoy cometiendo?		
Utilidad (Consecuencias)		

TABLA 7
Ejemplo de una sesión de reestructuración cognitiva

A SITUACIÓN	B PENSAMIENTO	C EMOCIÓN	D CONSEC.
Estar con chica que me interesa	<ul style="list-style-type: none"> - es la chica de mi vida - es la chica perfecta - tengo que ser el chico ideal para ella - imágenes de ella en la mesa, en casa de sus padres - imágenes de una posible boda 	<ul style="list-style-type: none"> - alegría - ilusión - INSEGURIDAD - tensión - temor a las responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> - actuar de forma que ella vaya pautando - no ser natural - evita quedar con ella porque aumenta la responsabilidad...
ERRORES: Etiquetar, Abstracción selectiva, Pensamiento Dicotómico, «Deberías»	REFU	TA	CIÓN
Estar con chica que me interesa	<ul style="list-style-type: none"> - tengo que observar - no debo anticipar... - voy a concentrarme en el momento - si algo no me gusta, puedo decirlo... - no tiene porqué ser la chica de mi vida, debo tomarme mi tiempo para conocerla 	<ul style="list-style-type: none"> - SEGURIDAD - control ante la situación - alegría - certeza 	<ul style="list-style-type: none"> - salgo con ella - soy yo mismo - expreso sentimientos - conocerla - pasarlo bien...

ran llevar un control sobre el progreso en éste aspecto. Un ejemplo de la aplicación puede verse en la tabla 7.

Sesiones 26-36: HH.SS.: negociación asertiva y expresión de emociones

Aunque en conjunto el repertorio de HH.SS. del paciente

era satisfactorio, presentaba sin embargo, una inhibición de expresión de emociones y de negación asertiva, sobre todo en las relaciones heterosociales. Se quejaba de tener dificultades (lo que fue constatado en sesión mediante las pruebas de hipótesis pertinentes) a la hora de negarse a las demandas de su pareja y le preocupaba, sobre todo no ser capaz de expresar

sus emociones, o al menos aquellas que no consideraba «adecuadas» (como realizar a su pareja una crítica específica o más general con respecto a la relación, expresar su aburrimiento en un momento concreto o su desinterés por un tema concreto de conversación, etc.) por temor a que su interlocutor o, sobretodo interlocutora, le «malinterpretase».

Para abordar éste tema, se utilizaron varios procedimientos: En un primer momento se le explicó brevemente el concepto de HH.SS. y más detalladamente aquellas en que presentaba déficits. A parte de la reestructuración racional sistemática ya mencionada (que también se aplicó para modificar sus ideas sobre las consecuencias de expresar sus emociones y negarse a peticiones) se discutieron diversas estrategias para abordar éstos temas de forma asertiva, y se ensayaron en sesión (utilizando tanto role-playing como técnicas de modelado). Se enfatizó la importancia de realizar tareas fuera de sesión para practicar las HH. en la vida real, utilizando informes verbales del paciente como medio de evaluación de los progresos y dando feedback continuo al paciente.

Sesiones 37-42: Seguimiento

Se han realizado 5 sesiones de seguimiento: las tres primeras con intervalos de quince días y las tres últimas con un período de tiempo de un mes, dos y seis meses respectivamente.

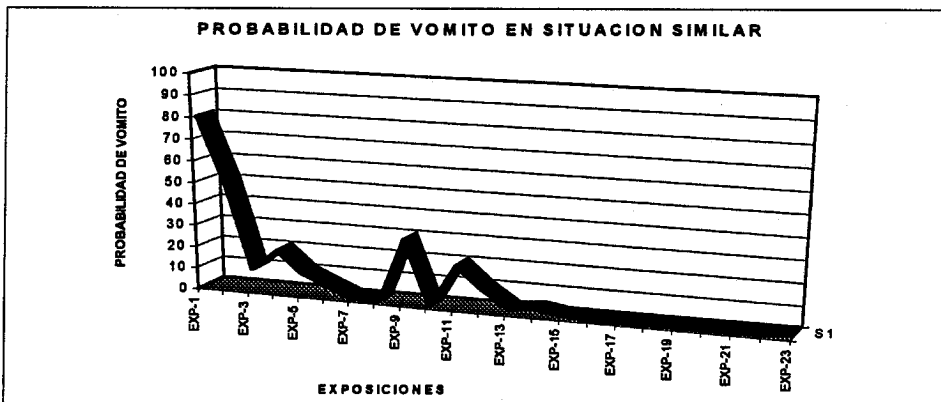
5. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Atendiendo al problema de vómitos ante comidas/cenas sociales que presentaba el paciente, una vez concluida la D.S. y las exposiciones en vivo, se ha eliminado la respuesta condicionada de vómito, y se ha reducido los pensamientos negativos ante, durante y después de dichas situaciones. Conjuntamente el paciente ha ido aumentando progresivamente tanto el grado de satisfacción percibido en estas situaciones (ver figura 2) como la percepción de autocontrol durante estas, disminuyendo de forma progresiva la probabilidad de vómito estimada (ver figura 3). Como consecuencia de estos cambios S. informa obtener una mayor gratificación de las comidas y cenas sociales, lo que le ha llevado a eliminar las conductas de evitación y a aumentar sus actividades de ocio e interacciones sociales en general.

FIGURA 2
Grado de satisfacción percibido tras las exposiciones



FIGURA 3
Probabilidad de vómito percibida en cada situación similar a la de las exposiciones



Ya se señaló anteriormente el desarrollo de la D.S., en la figura 4 puede verse la evolución de la ansiedad conforme avanzan las exposiciones. Las gráficas presentan las distintas sesiones de exposición agrupadas según el

tema de la exposición, en cuatro categorías:

- 1) comidas/cenas sociales en ámbito laboral
- 2) comidas/cenas sociales en ámbito no laboral con y sin mujeres

- 3) comidas/cenas de alta demanda social con personas del mismo sexo
- 4) comidas/cenas con mujeres que pudieran dar lugar a una mayor intimidad

Los niveles de ansiedad durante las exposiciones no han sido constantes, disparándose en momentos concretos durante las exposiciones, debido a la aparición de variables no controladas (p.ej.: calidad de la comida, sentarse al lado de una chica «interesantes», ...)

La agrupación de estímulos indicada facilitó a su vez la comprensión por parte del paciente de los logros conseguidos, teniendo en cuenta tanto habituación de la ansiedad, como grado de satisfac-

ción y autoeficacia percibida. Puede observarse cómo, a medida que el paciente se exponía a un mayor número de situaciones temidas, los niveles de ansiedad iban disminuyendo.

A pesar de este avance, las respuestas de máxima autoexigencia que este tipo de situaciones provocaban en el paciente, debido a sus ideas irracionales, facilitaban que siguiera mostrando altos niveles de ansiedad subjetiva a la hora de enfrentarse a ellas, aunque ya fuera capaz de controlar la respuesta de vómito. Las sesiones de terapia cognitiva destinadas a modificar dichas ideas irracionales, en combinación con las exposiciones han potenciado los resultados ya mencionados (ver figura 4).

FIGURA 4

Niveles de ansiedad en las 6 situaciones registradas, en Línea Base y en las exposiciones agrupadas en 5 condiciones según situaciones y personas presentes

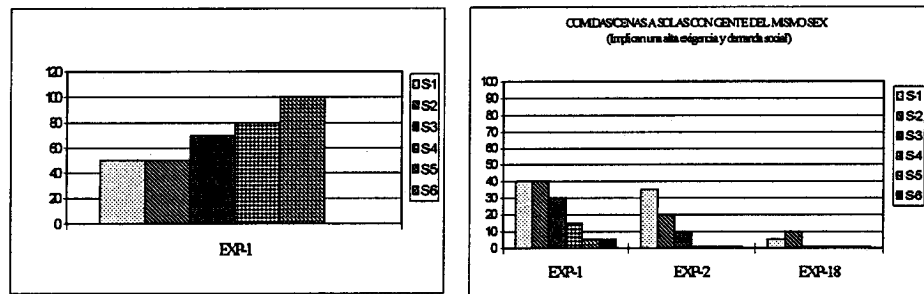
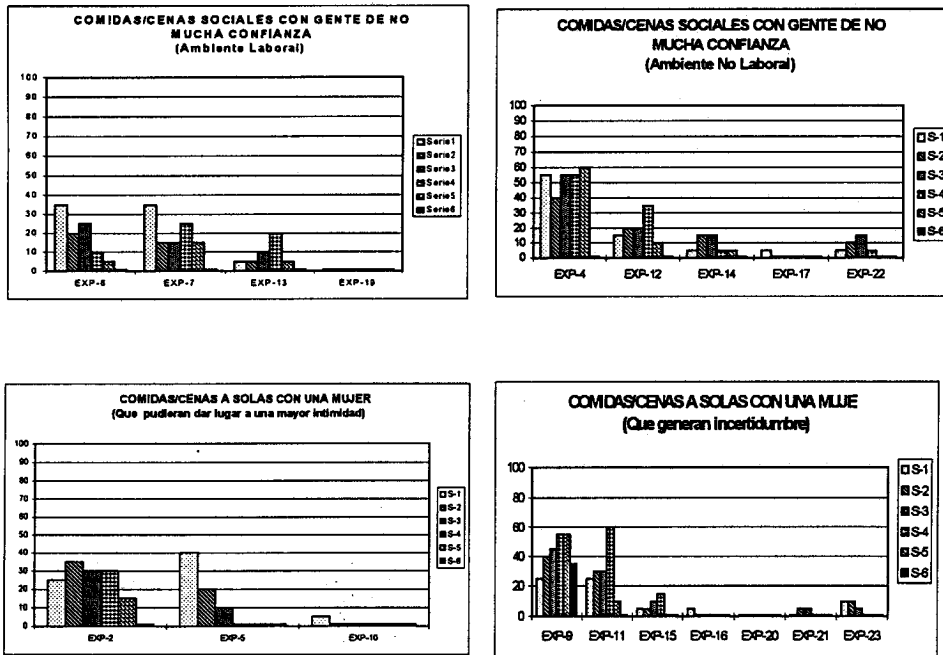


FIGURA 4 (Continuación)

Niveles de ansiedad en las 6 situaciones registradas en Línea Base y en las exposiciones agrupadas en 5 condiciones según situaciones y personas presentes



Leyenda:

- S-1.: Cuando te dan la noticia de una comida/cena.
- S-2.: De camino al restaurante.
- S-3.: Momento en que te sientas a la mesa.
- S-4.: Cuando te traen el primer plato.
- S-5.: Fin de la comida/cena.
- S-6.: Al salir del restaurante.

Algo similar pasaba con el problema de interacción con mujeres que le resultarían atractivas. Aunque S. ya era capaz de salir a comer y cenar con ellas controlando la respuesta de vómito, seguía percibiendo estas situaciones como de máxima autoexigencia debido a sus ideas irracio-

nales respecto a las mujeres y la pareja. Las sesiones de terapia cognitiva han conseguido que S. haya aprendido a detectar muchos de los pensamientos irracionales, modificarlos e identificar los cambios que esta modificación producen en sus respuestas fisiológicas y motoras. Esta parte

de la terapia también se llevó a cabo a la vez que las exposiciones a este tipo de situaciones, sirviendo éstas como pruebas de realidad para potenciar la instauración de los pensamientos más adaptados y realistas (ver figura 4). Se ha abordado asimismo mediante reestructuración racional sistemática las ideas irracionales en situaciones con mujeres, no ya en contextos de comidas/cenas, sino en situaciones de mayor intimidad (comunicar afecto, plantearse relaciones sexuales, ...), el paciente ha sustituido ya numerosas pensamientos por otros que le generan emociones positivas, y disminuyen los niveles de autoexigencia que se imponía en el pasado. Quizá hubiera sido útil llevar a cabo exposiciones a estas situaciones, pero dado que el paciente no tiene pareja sentimental resulta difícil.

6. SEGUIMIENTO

En el seguimiento, de seis meses, realizado hasta la fecha el paciente presentó un episodio de vómito ante situación de cena a solas con mujer de interés, que supo interpretar como una caída y no como una recaída. Atribuyó correctamente dicho episodios a la aparición de pensamientos de alta expectativa con respecto a la

mujer con la que se encontraba. Este episodio no ha restado percepción de autocontrol sino que ha aumentado su capacidad para detectar los pensamientos irracionales involucrados y llevar a cabo la reestructuración de los mismos.

No ha vuelto a repetirse durante el seguimiento ningún episodio de recaída. En la última sesión el paciente manifiesta encontrarse interesado en una mujer a la que define en términos objetivos sin utilizar sus categorías estándar de tipo de mujer (alternativas/religiosas). Señala que está llevando a cabo un afrontamiento normalizado de las situaciones de interacción heterosexual con dicha mujer (no manifiesta ansiedad, expresa sentimientos, no anticipa consecuencias negativas, muestra iniciativa y control en el manejo de situación y, por supuesto, ni anticipa vómitos ni vomita en situaciones de comidas/cenas con una mujer que le resulta atractiva).

7. DISCUSIÓN

Una de las primeras consideraciones es lo relativamente atípico del problema. Podría considerarse como una fobia social, de hecho cumple los criterios DSM-IV para el diagnóstico de la

misma, pero lo variado de la sintomatología, en especial la relevancia otorgada a los vómitos, así como lo curioso de los dos conjuntos de situaciones estimulantes que desencadenan los problemas (situaciones de comer/cenar fuera de casa y situaciones de interacción con mujeres), exige una caracterización algo diferente.

Una vez que se ha logrado un acuerdo importante en el diagnóstico con el DSM-IV quizá no sea lo más político cuestionar este sistema clasificatorio, pero es evidente que no es suficiente para orientar una intervención. Como se ha defendido en otros lugares (Labrador y Larroy, 1998) se hace necesario, tras diagnosticar al paciente de acuerdo con el DSM-IV, desarrollar una evaluación conductual que ponga de relieve, no sólo las conductas específicas más importantes, sino también sus determinantes y las relaciones funcionales que la están manteniendo.

Una característica especial de este caso es la relevancia de los pensamientos irracionales con respecto a las relaciones sociales (heterosociales) y en especial a las relaciones de pareja. Es verdad que como en toda fobia social está también presente el miedo a ser evaluado, más que el

miedo a la amenaza a la integridad, pero estos pensamientos irracionales, en cuanto que orientan, inadecuadamente, la actuación del cliente, son determinantes a la hora de generarse la ansiedad ante estas situaciones. El cliente ha de enfrentarse a situaciones que percibe de alta tensión y para las que la única predicción que realiza es que no tiene habilidades adecuadas y vomitará. El papel central de estos pensamientos, creencias y expectativas irracionales cuestiona la idoneidad de un diagnóstico como «fobia social».

Por otro lado es de señalar también la atípico del origen del problema, al menos tal como lo recuerda el cliente. Aunque como en muchas otras fobias (y también fobias sociales) se hace referencia a una experiencia de condicionamiento, lo anómalo es el tipo de experiencia. No está relacionada, como suele ser habitual en las fobias sociales, con algún tipo de fracaso en una situación de interacción social (p. ej: actuar de forma torpe o que genere risa en los demás, verse rechazado por una mujer al intentar una aproximación, etc.). Su experiencia de condicionamiento inicial se asocia a las sensaciones de malestar físico (calor, sudor, mal olor) y cognitivo (sentimientos de malestar por irse a

vendimiario), poco relacionados con situaciones de interacción social, salvo por el hecho de que se dan en una estación de autobuses.

Resulta así mismo chocante la generalización que posteriormente se hace a estímulos tan diferentes como comidas/cenas fuera de casa, o situaciones de interacción con mujeres que puedan resultar atractivas. Quizá la generalización a estos estímulos tan dispares pueda explicarse en parte por el hecho de que una de las experiencias que el sujeto califica como más intensas (o más graves) se da en casa de su novia, precisamente durante una comida, si bien cuando esto sucede ya se han dado experiencias de vómitos en situaciones de relaciones sociales (con su novia anterior). Quizá el hecho de verse «forzado» a comer, cuando siente náuseas (está en una situación familiar con su novia) incrementó las respuestas de ansiedad y los síntomas fisiológicos o de malestar percibidos por el sujeto. Quizá esto facilitó el condicionamiento de las situaciones de comida, aun con cierta independencia de la presencia de una mujer atractiva para él.

La aparición (¿generalización?) de la ansiedad ante situaciones de interacción con una mujer que

le resulte atractiva, es más fácil de entender si se tiene en cuenta el valor de los pensamientos irracionales del cliente referidos a las mujeres y la relación de pareja. Si el sujeto piensa y establece su forma de comportarse a partir de pensamientos como «tengo que ser el hombre ideal...», «la conversación debe ser interesante en todo momento...» y cosas de este estilo, es más fácil entender la aparición de niveles de ansiedad tan elevados en estas situaciones.

La importancia de estos pensamientos, puesta de relieve ya en la hipótesis de mantenimiento del problema, quizá podría señalar la conveniencia de haber comenzado el tratamiento con la modificación de estos pensamientos irracionales. Se consideró esta posibilidad, pero se optó por comenzar la intervención por disminuir la respuesta de ansiedad y vómitos ante comidas/cenas fuera de casa con personas diferentes a mujeres que le resultaran atractivas por varias razones: En primer lugar resultaba un problema más inmediato, por ser el problema percibido como más importante por el cliente y también el que en ese momento le resultaba más acuciante, pues no mantenía relaciones sentimentales con ninguna mujer ni tenía proyectos de mantenerlas, y sin embargo, se sentía

presionado continuamente para salir a comer y cenar tanto por su círculo social como laboral. En segundo lugar, resultaba más sencillo abordar los pensamientos automáticos con respecto a las situaciones de comidas/cenas que hacían referencia principalmente a la incontrolabilidad y consecuencias de la respuesta de vómito, que las ideas irracionales con respecto a las mujeres y la pareja, más complejas y variadas. En tercer lugar, las relaciones con mujeres requerirían entrenar las habilidades sociales del sujeto, mientras que sus habilidades en situaciones de comidas/cenas sociales resultaban más que satisfactorias, sólo que la aparición de intensas respuestas de ansiedad las bloqueaban.

Era de esperar, como así sucedió, que la intervención por medio de D.S. y exposición gradual a situaciones de comidas /cenas puedan reducir la conducta de ansiedad y vómito, pero este efecto no tenga por qué ser permanente mientras se mantengan los pensamientos irracionales. No obstante el hecho de con ambos procedimientos se consiguiera una cierta reducción de la ansiedad podría servirle al sujeto de prueba de realidad con respecto a la idoneidad de sus nuevos comportamientos y la necesidad de cambiar sus pensamientos.

Esto favorecería dos elementos claves en toda intervención terapéutica: percepción de mejorías o cambios conductuales y generación de expectativas de mejora futura (Emmelkamp, 1982; Labrador, 1993).

En esta dirección apunta el valor que se constató en la segunda fase de la terapia de compaginar el cambio en los pensamientos del cliente con la exposición como prueba de realidad, efecto al que se prestó especial importancia insistiéndose en el «feedabck» proporcionado al sujeto por su actuación a fin de que identificara los cambios en su forma de actuar y los efectos positivos conseguidos.

Un problema que surgió en el desarrollo de la intervención era el de hasta que punto era lícito o conveniente cambiar sus ideas irracionales, sin duda estrechamente ligadas a la biografía del sujeto. Por un lado cuestionar unas creencias arraigadas en temas considerados tan personales, como la relación de pareja, por un lado resultaría difícil y por otro lado podría ser cuestionable, al menos en parte. Por esta razón, se consideraron los pensamientos irracionales tan solo en la medida en que afectaran al su forma de comportarse facilitando los sentimientos de males-

tar personal. Se supone que esta modificación inicial, y el haber dotado al cliente de estrategias para modificar los pensamientos, posibilitarían el que una vez constatado el valor de este cambio de pensamiento, sea el propio paciente quien vaya aplicando esta forma de proceder de manera gradual, en su propio medio, a los restantes pensamientos irracionales que dificulten o alteren el desarrollo de conductas más adaptativas, en especial en el ámbito social. Por lo demás, la percepción de control que facilita el uso eficaz de estos procedimientos (tanto reestructuración racional sistemática, como las autoinstrucciones positivas, el control de la respiración o la propia exposición) qué duda cabe que ha tenido un valor innegable en la reducción de la ansiedad ante las situaciones problemas: el cliente percibe que dispone de recursos (conductas) para afrontarlas de forma adecuada.

Una última consideración hace

referencia a otras características específicas del cliente. Era un joven especialmente inteligente y motivado, que se implicó de forma intensa en el tratamiento. Es decir tiene todas las características del «paciente idóneo» (joven, alto nivel cultural, inteligente, acomodado...). Es probable estas características hayan influido en lograr una modificación tan importante de sus pensamientos irracionales. Pero también en parte han influido en hacer más largo el tratamiento. Constantemente S. reconsideraba todo tipo de información, o incluso en algunos casos trataba de «ayudar» al desarrollo de la terapia aportando nuevas «ideas» y cuestionando las propuestas terapéuticas, por eso en algunos momentos el avance se retrasó algo más de lo esperado. No obstante es de esperar, en contrapartida, que el cambio sea más consistente y permanente. Los datos obtenidos en el seguimiento así parecen señalarlo.

REFERENCIAS

- Andrews, G.; Crino, R.; Hunt, C.; Lampe, L. y Page, A. (1994). *The treatment of anxiety disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- A.P.A. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª Edic.) (DSM-IV)*. Washington: A.P.A. (Traducción española, Barcelona, Masson, 1995).
- Curran, J.P. y Gilbert, F.S. (1975). A test of the relative effectiveness of a systematic desensitization program and an interpersonal skills training program with date anxious subjects. *Behaviour Therapy*, 6: 510-521.
- Davidson, J.R.T.; Hughes, D.C.; George, L.K. y Blazer, D.G. (1993). The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23: 709-718.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: Un análisis crítico *Psicothema*. 3: 7-23.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). Anxiety and fear. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. N. York: Plenum.
- Galassi, J.P. y Galassi, M.D. (1979). Modification of heterosocial skills deficits. En A.S. Bellack y M. Hersen (eds.) *Research and practice in Social Skills Training*. N. York: Plenum Press.
- Gil (1992). Entrenamiento en habilidades sociales. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (eds.) *Manual práctico de Modificación de Conducta*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Goldfried, M.R.; Decenteceo, E.T. y Weinberg, L. (1974). Systematic rational restructuring as self control technique. *Behaviour Therapy*, 5: 247-254.
- Goldfried, M.R. y Goldfried, A.P. (1975). Cognitive change methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.) *Helping people change: A textbook of methods*. N.York: Pergamon Press.
- Goldfried, M.R. (1988). Application of rational restructuring to anxiety disorders. *The Counseling Psychologist*, 16: 50-68.
- Hope, D.A. (1993). Exposure and social phobia: assessment and treatment considerations. *The Behavior Therapist*, 16: 7-12.
- Hope, D.A.; Gansler, D.A. y Heimberg, R.G. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: Implications for social psychology. *Clinical Psychology Review*, 9: 49-60.
- Labrador, F.J. (1993). Técnicas de relajación y desensibilización sistemática. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.) *Manual Práctico de Modificación de Conducta*. Madrid: F.U.E.
- Labrador, F.J.; De la Puente, M.L. y Crespo, M. (1993). Técnicas de control de la activación. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz. (Eds.) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Mattick, R.P. y Newman, C.R. (1991). Social phobia and avoidance personality disorders. *International Review of Psychiatry*, 3: 163-173.
- Persson, G. y Nordlund, C.L. (1985). Agoraphobics and social phobics: differences in background factors, syndrome profiles and therapeutic response. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 71: 148-159.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1998). Fobia social. En M.A. Vallejo (ed.) *Manual de Terapia de Conducta I*. Madrid: Dykinson.
- Snyder, M. e Ikes, W. (1985). Personality and social behaviour En G. Lindzey y E. Aronson (comps.) *The handbook of social psychology vol. 2., special fields and applications. (3ª edición)* N.Y., Random Howe.
- Stein, M.B. (1995). *Social phobia. Clinical research and perspectives* Washington, D.C. American Psychiatric Press.
- Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1989). Social phobia: clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9: 3-18.