



Facultat de Psicologia.
Departament de Personalitat, Avaluació
i Tractament Psicològics.

TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN

Arturo Bados López y Eugeni García Grau

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona

15 de junio de 2011

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
I - EXPOSICIÓN EN VIVO	6
EXPOSICIÓN EN VIVO EN LA ANSIEDAD	6
Algunos tipos de exposición en vivo.....	7
Exposición prolongada en vivo (asistida por el terapeuta)	7
Práctica programada.....	8
Guías de aplicación de la exposición en vivo.....	9
Justificación de la técnica	9
Graduación de la exposición	9
Jerarquía de exposición	10
Duración de la exposición.....	12
Velocidad de la exposición (criterio para dar por superado un paso)	14
Periodicidad de la exposición	15
Implicación en la exposición.....	16
Nivel de ansiedad durante la exposición	18
Ataques de pánico durante la exposición	19
La participación del terapeuta	20
La relación terapéutica	21
La colaboración del compañero o de personas allegadas.....	22
La importancia de la autoexposición.....	23
El empleo de medicación	24
Otros aspectos a tener en cuenta antes de comenzar la exposición.....	24
Autorregistro y revisión de las autoexposiciones.....	25
La exposición en grupo	26
EXPOSICIÓN SIMULADA EN LA FOBIA SOCIAL	27
EXPOSICIÓN MÁS PREVENCIÓN DE RESPUESTA EN EL TRASTORNO	
OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC).....	29
EXPOSICIÓN EN LA BULIMIA NERVIOSA Y OTROS TRASTORNOS DE	
ALIMENTACIÓN	35
EXPOSICIÓN EN EL JUEGO PATOLÓGICO	36
EXPOSICIÓN EN EL ALCOHOLISMO	38
II - EXPOSICIÓN EN LA IMAGINACIÓN	39
CONCEPTO Y EFICACIA.....	40

EVALUACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE IMAGINACIÓN	41
ELABORACIÓN DE UNA JERARQUÍA	43
TIPOS DE EXPOSICION EN LA IMAGINACIÓN.....	44
Exposición breve	45
Exposición prolongada.....	46
Exposición prolongada sin estrategias de afrontamiento	48
Exposición prolongada con estrategias de afrontamiento tras la exposición	51
Exposición prolongada con estrategias de afrontamiento durante la exposición.....	53
LA EXPOSICIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS PESADILLAS Y LA PENA MÓRBIDA.....	55
Pesadillas.....	55
Pena mórbida o duelo.....	56
III. EXPOSICIÓN MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL Y REALIDAD AUMENTADA	57
IV - EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA	58
CONCEPTO Y EFICACIA.....	58
EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA EN LA CONSULTA.....	60
Elaboración de la jerarquía para la exposición interoceptiva.....	60
Guías para la exposición interoceptiva.....	63
EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	66
TABLAS	68
REFERENCIAS	79

INTRODUCCIÓN

Las **técnicas de exposición consisten en afrontar, de forma sistemática y deliberada, situaciones** (p.ej., coger el metro, hablar en público, recibir críticas, comer alimentos “prohibidos”, ver, tocar y oler la bebida alcohólica preferida) **o estímulos internos** (p.ej., sensación de desmayarse, miedo a tener una enfermedad, preocupaciones, obsesiones) **que generan ansiedad u otras emociones negativas (asco, ira) y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada** (p.ej., lavarse las manos compulsivamente, vomitar, beber). La persona debe mantenerse en la situación o bien afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente y/o hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren.

En el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo es frecuente hablar de exposición con **prevención de respuesta**, ya que el cliente debe exponerse a una situación que genera ansiedad (p.ej., tocar el pomo de la puerta de un lavabo) y, además, controlar el impulso a realizar una acción (p.ej., lavarse las manos). De todos modos, lo normal a la hora de aplicar la exposición en diverso problemas es que haya una prevención más o menos gradual de acciones que se consideran inadecuadas (rituales, conductas defensivas, vomitar, beber, conductas agresivas). Existen **varios tipos de exposición**:

- a) **Exposición en vivo (EV)**. Implica exponerse sistemática y deliberadamente a situaciones temidas reales en la vida diaria; por ejemplo, sitios altos, transportes públicos, hablar con figuras de autoridad, extraerse sangre, etc.
- b) **Exposición en imaginación**. Implica imaginar que se están afrontando las situaciones problemáticas y/o que se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos. Esto supone, recordar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas. La exposición en imaginación puede consistir, por ejemplo, en recordar con detalle una experiencia traumática, revivir una pesadilla o reproducir preocupaciones o pensamientos obsesivos.

- c) **Exposición interoceptiva.** Consiste en exponerse a las sensaciones corporales que se temen (p.ej., mareo, taquicardia) y que son inducidas a través de diversos medios; por ejemplo, hiperventilar, retener la respiración, correr sin desplazarse del sitio, tensar los músculos de todo el cuerpo y/o mirar fijamente una luz.
- d) **Exposición mediante ayudas audiovisuales.** Estos recursos se utilizan habitualmente para complementar las otras modalidades de exposición. Pueden utilizarse diapositivas, sonido, vídeos o presentaciones mediante ordenador. Por ejemplo, una persona con fobia a la sangre podría ver un **vídeo** sobre una extracción o una persona con fobia a los petardos **escuchar un CD** con sonidos grabados y, a la vez, imaginarse que está en la situación real. Asimismo, un paciente puede grabar sus obsesiones en un CD y escuchar la pista repetidamente a través de auriculares.
- e) **Exposición utilizando la escritura o los juegos.** Consiste en **escribir** sobre los sucesos que generan ansiedad (p.ej., acontecimientos traumáticos como una violación, pesadillas, obsesiones) y **leerlo** para sí mismo y/o delante del terapeuta. En el caso de los niños, pueden utilizarse los **dibujos o los juegos**.
- f) **Exposición mediante realidad virtual.** Esta permite, por medio de ordenadores y un casco o gafas especiales o un ambiente virtual automático computerizado, crear estímulos y situaciones que simulan una amplia variedad de experiencias reales de un modo vívido y presencial, al tiempo que se logra que lo que el cliente ve y oye (entorno virtual) sea influido por lo que hace; en ocasiones se añaden también estímulos táctiles. De este modo, suscita emociones similares a las experimentadas en las situaciones reales. Krijn et al. (2004) describen las dos principales técnicas para sumergir a los pacientes en el entorno virtual: casco montado en la cabeza (un solo usuario) y ambiente virtual automático computerizado (multiusuario). Por otra parte, en la exposición mediante **realidad aumentada** se superponen imágenes virtuales (p.ej., de arañas) a imágenes reales obtenidas mediante una cámara que permite ver el entorno a través del visor del casco.
- f) **Exposición simulada.** También conocida como ensayo conductual o *role playing*, consiste en la exposición a situaciones sociales problemáticas que son simuladas o reproducidas en la sesión terapéutica. Un ejemplo sería solicitar la devolución del dinero de un artículo al dependiente de una tienda representado por el terapeuta o un colaborador de este. Las situaciones sociales simuladas pueden ser situaciones temidas, pero también situaciones desencadenantes de ira.

Es frecuente en la práctica clínica entrenar a los clientes, antes de empezar las exposiciones, en estrategias que les aporten recursos para afrontar las situaciones de forma más adaptativa. Por ejemplo, técnicas de **respiración** y/o **relajación, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva o entrenamiento en habilidades sociales**. El empleo de estas estrategias facilita la aceptación de la intervención y reduce el porcentaje de abandonos cuando se compara con la EV sola.

Los estudios disponibles indican que la exposición es **eficaz en los trastornos de ansiedad**. La EV, junto con la prevención de conductas defensivas durante la misma, ha demostrado sobradamente su eficacia en el caso de los trastornos fóbicos y del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En las **fobias específicas**, la EV ha sido más eficaz que el no tratamiento y que otras intervenciones como la relajación, la reestructuración cognitiva o diversos procedimientos de exposición en la imaginación, aunque puede tener que ser complementada con otros procedimientos en algunos casos. Las técnicas cognitivas no parecen potenciar la EV en la mayoría de las fobias específicas con las posibles excepciones de la claustrofobia, la fobia a las alturas y la fobia a volar. En la **fobia social**, la exposición ha sido superior a la lista de espera en varios estudios. La

exposición ha sido superior al placebo farmacológico y al atenolol en un estudio, y a la autorrelajación en otro. Los resultados han sido contradictorios sobre que los efectos de la exposición puedan ser potenciados mediante la combinación con reestructuración cognitiva. Los metaanálisis realizados no indican que dicho tratamiento combinado sea superior a la exposición ni a corto ni a medio plazo.

Por lo que se refiere a la **agorafobia**, la EV ha resultado superior a la lista de espera y a otros tratamientos como exposición imaginal, técnicas cognitivas aplicadas sin EV (reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, terapia racional-emotiva, resolución de problemas), entrenamiento asertivo, autorrelajación y alprazolam. Las medidas en que ha resultado más eficaz han sido la ansiedad y evitación fóbicas, miedo al miedo e interferencia en la vida; en frecuencia de pánico la EV ha sido más eficaz que la lista de espera en un par de estudios. No ha habido diferencias en depresión y hay datos contradictorios en ansiedad general. En el **TOC**, la EV con prevención de respuesta ha resultado más eficaz que la lista de espera, la relajación, el placebo farmacológico, la clomipramina y el entrenamiento en control de la ansiedad. Parece mejorar más el componente compulsivo que el obsesivo; la ansiedad y, en menor grado, la depresión también mejoran, así como el funcionamiento general (laboral, social, etc.). En un metaanálisis, la combinación de EV e imaginal ha sido mejor que la EV sola en medidas de ansiedad general. En un estudio, la exposición ha sido tan eficaz como la terapia cognitivo-conductual para la **hipocondría**.

Aunque la EV es un tratamiento eficaz para los trastornos fóbicos y el TOC, tiene sus **limitaciones**. Hasta un 25% de los pacientes rechazan o abandonan el tratamiento, aunque el porcentaje es más bajo cuando se emplean estrategias de afrontamiento. Un 25% de los que completan el tratamiento mejoran poco o nada. Normalmente se busca potenciar la eficacia de la exposición con la **adición de estrategias** tales como el entrenamiento en respiración, las técnicas de relajación y/o la reestructuración cognitiva. Otros procedimientos como el entrenamiento en habilidades sociales, la tensión aplicada y el modelado pueden ser adiciones útiles en el caso de la fobia social, la fobia a la sangre y la fobia a los animales respectivamente.

Existen **otras aplicaciones** de la exposición que se emplean en el marco de tratamientos más amplios y que son abordadas en otros apartados de este tema. Una es la exposición interoceptiva a las **sensaciones temidas**, muy empleada en el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia. Otras aplicaciones se basan en gran medida en la exposición imaginal, la cual se combina también con EV y otros procedimientos; entre dichas aplicaciones están la exposición a las **preocupaciones** en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG); a los **recuerdos traumáticos, flashbacks y pesadillas** en el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y trastorno de estrés agudo; a las **obsesiones** en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); y a las **pesadillas recurrentes** y a la **pena mórbida (duelo)**.

La exposición ha sido aplicada asimismo para el manejo de la **ira**. Kassinove y Tafrate (2002/2005) ofrecen unas guías para aplicar la exposición (simulada, imaginal y en vivo) a situaciones y comentarios desencadenantes de ira y agresividad. La exposición puede ser pura o combinada con estrategias de afrontamiento tales como la relajación y la reestructuración cognitiva.

La exposición también ha sido aplicada en los trastornos adictivos (alcohol, otras drogas, juego patológico) y en la bulimia como parte de programas de tratamiento más amplios. En el caso de los **trastornos adictivos**, la exposición es a las señales y situaciones que favorecen el consumo o el juego con el objetivo de reducir el impulso de consumir o de jugar. Los pocos estudios existentes sugieren que la exposición puede ser útil.

En el caso de la **bulimia**, se han empleado **dos tipos de exposición** prolongada más prevención de respuesta: a) presentar estímulos asociados con los atracones, pero no comer y aguantar el

tiempo necesario hasta que se reduzca el impulso a comer, y b) comer alimentos que provoquen deseos de vomitar, pero sin poder hacer esto último durante 2,5 horas. El **primer tipo de exposición** ha sido poco investigado, aunque ha sido algo más eficaz o eficiente que el segundo tipo en un par de estudios y, con bulímicas obesas, ha resultado más eficaz en el seguimiento a 1 año que evitar o escapar de los estímulos asociados a los atracones mediante realización de actividades alternativas. En comparación a añadir relajación a una terapia cognitivo-conductual (TCC) sin exposición, añadir el primer tipo de exposición, pero no el segundo, ha sido más eficaz en algunas medidas en el postratamiento. No hubo diferencias a 1 y 3 años, pero a los 5 años hubo un menor porcentaje de personas con atracones entre los que tuvieron uno de los dos tipos de exposición; también se observó una tendencia en el caso de las conductas purgativas.

El **segundo tipo de exposición**, que incluye también reestructuración cognitiva, es eficaz, pero no más que la TCC; esto no es extraño si se considera que la TCC incluye autoexposición gradual a los alimentos evitados e instrucciones para no vomitar. Cuando se aplica sin sus elementos cognitivos, la combinación de los dos tipos de exposición es igual de eficaz a corto plazo que la TCC sin técnicas explícitas de exposición, pero a diferencia de esta terapia se caracteriza por un gran porcentaje de recaídas en el seguimiento al año.

Todavía **no está claro por qué la exposición es eficaz**. Entre las explicaciones propuestas, las cuales no son necesariamente incompatibles, se encuentran las siguientes (Antony y Barlow, 1997; Barlow, 1988; Stewart y Watt, 2008; Tryon, 2005): a) **Extinción** de las respuestas condicionadas de ansiedad al presentarse repetidamente los estímulos temidos sin ir seguidos de consecuencias aversivas. Según parece, no se borran las asociaciones originales, sino que se aprenden nuevas asociaciones inhibitorias (estímulo temido-ausencia de consecuencias) en los contextos en que se realiza la exposición; de este modo, la activación de una asociación u otra depende del contexto en el que se encuentra el estímulo temido.¹ b) **Habitación** o reducción de la activación fisiológica y emocional tras la presentación repetida del estímulo temido. Esta habitación se produce tanto dentro de cada sesión (intra-sesión) como entre sesiones y puede incluso darse ante presentaciones repetidas de estímulos temidos fuera de la conciencia (Siegel y Weinberger, 2009). c) Aumento de las expectativas de **autoeficacia** (confianza en la propia habilidad para afrontar algo). d) Aumento de las **expectativas de mejora**. e) Disminución de las **interpretaciones amenazantes** al comprobar que lo que se teme no ocurre. f) **Procesamiento emocional**. Esta explicación combina los conceptos de habitación y cambio cognitivo y hace referencia a la activación de las estructuras de miedo y a la incorporación de información incongruente con el miedo dentro de las mismas.² g) **Aceptación emocional**. Es decir, aceptar y tolerar los estados emocionales

¹ La retención de la asociación original (y, por tanto, el resurgimiento del miedo) es puesta de manifiesto por diversos procedimientos: cambio de contexto en que se encuentra el estímulo temido (renovación), presentación del estímulo incondicionado aversivo de forma no señalada (restitución), readquisición de las asociaciones originales y paso del tiempo (recuperación espontánea) (Craske et al., 2008).

² Según la teoría del **procesamiento emocional**, la habitación produce una reducción de la activación fisiológica que facilita la integración de información incongruente con la estructura de miedo (cambio cognitivo), lo cual da lugar a una reducción duradera del miedo. Las exposiciones repetidas activan por un lado la estructura de miedo almacenada en la memoria: una representación de los estímulos (el contexto de la acción; p.ej., viajar en metro), las respuestas (verbales, motoras, emocionales y autónomas; p.ej., ansiedad, palpitations) y el significado que se atribuye a ambos (amenaza; p.ej., ataque de pánico, infarto). Al mismo tiempo, la persona aprende que la situación no está necesariamente asociada con la ansiedad y que la probabilidad e intensidad de las consecuencias temidas son menores de lo esperado; esto proporciona información incompatible con la estructura de miedo. En consecuencia, se establece una nueva red asociativa en la memoria (metro, latidos normales, ausencia de peligro) que compite con la anterior y que se va consolidando a medida que las exposiciones se repiten. Se propusieron inicialmente tres indicadores del procesamiento emocional: la activación inicial del miedo, la habitación intra-sesión de las reacciones emocionales de miedo y la habitación entre sesiones. Sin embargo, los datos sobre la importancia del primero son inconsistentes, el segundo no predice mejores resultados ni parece ser un prerrequisito para el tercero, y los datos favorables a este último son limitados (Craske et al., 2008). Quizá la eficacia de la exposición pueda explicarse simplemente por la discrepancia entre la expectativa del evento aver-

negativos y las sensaciones somáticas y cogniciones asociadas sin escapar de ellos o intentar controlarlos.

En definitiva, la exposición **permite**: a) Aprender a **romper o reducir la asociación** entre los estímulos internos/situaciones y las reacciones emocionales negativas o impulsos, y a responder de modo diferente ante dichos estímulos/situaciones. b) Aprender que las **consecuencias negativas anticipadas no ocurren** y que, por tanto, no hay base para el miedo. c) Aprender que uno puede llegar a **manejar o tolerar las reacciones emocionales** (p.ej., la ansiedad y el pánico) y **controlar los propios impulsos**, ya sea mediante los propios recursos o con las técnicas de afrontamiento enseñadas durante el tratamiento (respiración, relajación, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones). Desde un **punto de vista biológico**, se ha dicho que la exposición puede disminuir la transmisión noradrenérgica en el cerebro (Barlow, 1988) o aumentar la regulación emocional a través de ajustes de los procesos inhibitorios sobre la amígdala y cambios estructurales en el hipocampo (Hariri et al., 2000. citado en Parsons y Rizzo, 2008).

A continuación se expondrán los principales tipos de exposición: exposición en vivo (incluida la exposición simulada), exposición imaginal, exposición mediante realidad virtual y exposición interoceptiva.

I - EXPOSICIÓN EN VIVO

Se verá en primer lugar cómo se aplica la EV en distintos trastornos de ansiedad, se estudiarán las variables que afectan a la EV y se ofrecerán guías para la misma. Luego, se verá también la aplicación de la EV a otros trastornos tales como la bulimia nerviosa, el juego patológico y el alcoholismo.

EXPOSICIÓN EN VIVO EN LA ANSIEDAD

La evitación es una **variable clave en el mantenimiento** de la ansiedad y puede llevarse a cabo evitando totalmente aquello que se teme o mediante conductas defensivas (p.ej., sentarse cerca de la salida de un sitio temido) que persiguen prevenir las supuestas amenazas. La evitación es reforzada negativamente (la persona no experimenta los síntomas aversivos y siente alivio cuando evita de una situación que le genera ansiedad o escapa de ella), lo que aumenta las probabilidades de que se continúe utilizando. En definitiva, **la evitación genera evitación** e impide que la persona aprenda que la ansiedad terminaría por reducirse igualmente sin evitación y que la situación no es peligrosa: es muy poco o nada probable que sus predicciones negativas sean ciertas. Las técnicas de exposición pretenden romper el círculo que mantiene la evitación induciendo al cliente a afrontar las situaciones o estímulos internos temidos. Esto permite al paciente **comprobar vivencialmente que su ansiedad se reduce y que sus predicciones negativas son erróneas**.

Existen **muchas versiones** de EV (más o menos graduadas, con terapeuta acompañante o no, con o sin posibilidad de escape temporal). Sea cual sea el procedimiento de EV empleado, es importante **explicar la naturaleza del trastorno y la fisiología y psicología de la ansiedad**. De este modo, se aporta información objetiva que sirve para modificar algunas de las creencias erróneas del paciente. Por ejemplo, sentir algún grado de ansiedad es normal e incluso adaptativo; la ansiedad y los ataques de pánico pueden ser muy desagradables, pero no son peligrosos; es muy improbable, por no decir imposible, que ocurran las consecuencias catastróficas temidas. Informa-

sivo y su falta de ocurrencia.

ción para el paciente sobre la fisiología y psicología de la ansiedad puede verse en Bados (2000, págs. 318-324), Barlow y Craske (2000), Craske y Barlow (2000, 2007), Roca (2005) y Roca y Roca (2000); y sobre los mitos acerca de las consecuencias de los ataques de pánico en Bados (2000, págs. 331-333), Barlow y Craske (2000, 2007), Botella y Ballester (1997, págs. 68-72), Pastor y Sevillá (2000, cap. 5) y Roca (2005).

ALGUNOS TIPOS DE EXPOSICIÓN EN VIVO

Como ejemplificación de cómo se lleva a cabo la EV, se considerarán a continuación **dos procedimientos** de EV frecuentemente utilizados en el tratamiento de la **agorafobia**: a) exposición prolongada en vivo y b) práctica programada.

Exposición prolongada en vivo (asistida por el terapeuta)

Los clientes se exponen a las situaciones temidas durante **periodos prolongados** de tiempo que pueden durar **1 hora o más**. Los clientes tienen instrucciones de **permanecer en la situación**, incluso si su ansiedad alcanza valores máximos, **hasta que la ansiedad desaparezca o se reduzca**; esto último puede operacionalizarse como una disminución hasta la mitad por lo menos o hasta 2 o menos en una escala de 0 a 8. **En el caso de experimentar un ataque de pánico** durante la exposición, el cliente debe sentarse lo más cerca posible de donde ocurrió el pánico, esperar a que pase, sin prestar demasiada atención a las sensaciones corporales, y afrontar de nuevo la situación fóbica. Si el terapeuta o alguna otra persona acompañan al cliente, es conveniente que se sienta a su lado, pero que no hable con él sobre las sensaciones que está experimentando, ya que esto tiende a empeorar las cosas.

La exposición prolongada en vivo puede ser **graduada** en cuanto a la dificultad de las situaciones o bien el cliente puede exponerse ya de entrada a situaciones muy temidas (**inundación en vivo**). El terapeuta está presente durante las primeras sesiones de exposición prolongada en vivo, pero luego va dejando de acompañar al cliente o grupo de clientes durante la exposición y sólo está presente para discutir las prácticas de exposición. **El terapeuta se retira gradualmente de los periodos de exposición** para hacer la práctica en vivo más difícil y para favorecer la independencia del cliente. **Por tanto, siempre hay una cierta gradación** en la exposición prolongada en vivo: en la presencia del terapeuta que se va atenuando y/o en la dificultad de las situaciones intentadas.

Los clientes tienen que realizar **actividades de autoexposición** prolongada en vivo entre las sesiones formales de tratamiento. La dificultad de estas actividades es similar a la de los ejercicios realizados en la última sesión. Las actividades de autoexposición en vivo (AEV) deben ser específicas y **los clientes deben colaborar todo lo posible en su formulación**. Debe hacerse un gran hincapié en la AEV o práctica autodirigida para evitar la dependencia del cliente respecto del terapeuta o de otros miembros del grupo, si el tratamiento es grupal.

Dentro de una misma sesión de exposición prolongada en vivo el cliente **puede exponerse a varias situaciones temidas**. Estas situaciones deben ser **del mismo nivel subjetivo de ansiedad**. Además, no debe cambiarse de una situación a otra antes de que la ansiedad en la primera haya declinado. **En situaciones de corta duración**, tales como hacer cola en un supermercado, el cliente debe **ir repitiendo** el hacer cola en distintos supermercados. Por otra parte, hay que estar atento para que la exposición real no sea evitada a través de conductas defensivas manifiestas (p.ej., llevar un amuleto) o encubiertas (p.ej., mediante pensamientos tranquilizadores o distractores o concentrándose en planes de escape).

La exposición prolongada en vivo poco o no graduada presenta varias desventajas. No todos los clientes la aceptan y unos pocos pueden llegar a orinarse o defecarse cuando se ponen muy ansiosos durante la exposición. Hay indicios de que a los clientes particularmente perturbados por depresión, ataques frecuentes de pánico o elevada ansiedad general les va mejor con exposición gradual en vivo que con exposición prolongada en vivo en la que haya que soportar la ansiedad. Otro problema es que la mejora alcanzada, la cual no es con frecuencia lo suficientemente grande, no suele ir a más una vez finalizado el tratamiento.

Por último, algunos clientes que rehúsan la exposición prolongada no graduada en vivo (inundación) y otros que abandonan el tratamiento pueden tolerar mejor la **exposición gradual** en vivo. Esta es también **preferible para clientes con problemas médicos importantes** tales como angina de pecho, enfermedad coronaria, asma, enfisema, úlcera péptica y colitis. Hoy en día **no se tiende a utilizar la inundación en vivo**, sino la exposición graduada en vivo, prolongada o no.

Práctica programada

Es un procedimiento propuesto por Mathews, Gelder y Johnston (1981). La responsabilidad principal para llevar a cabo el programa de tratamiento es del cliente con la **ayuda de un compañero** (un **familiar** –generalmente el cónyuge– o un **amigo**). Al cliente y a la persona que le va a ayudar (compañero) se les dan unos manuales detallados de tratamiento. El **manual del paciente** explica la naturaleza, génesis y mantenimiento de la agorafobia y proporciona instrucciones para practicar la exposición gradual en vivo a las situaciones temidas y para hacer frente a la ansiedad y al pánico. El **manual del compañero** explica por qué se necesita su ayuda, el papel que pueden jugar las personas allegadas en mantener el problema y cómo el compañero puede ayudar al cliente en la planificación, realización y aliento de las prácticas de AEV. Aunque el compañero puede acompañar al cliente en algunas de estas prácticas, otras debe hacerlas el cliente solo; gradualmente el cliente debe aprender a valerse por sí solo y el compañero debe alentar esto.

La práctica programada implica la **AEV diaria** a situaciones temidas **graduadas** en dificultad. Siempre que sea posible, el cliente debe **permanecer** en la situación hasta que la ansiedad decline; si en algún caso escapa de la situación, debe volver a ella tan pronto pueda. Cada ítem de la jerarquía debe repetirse varias veces hasta que esté dominado.

El cliente debe llevar un **diario de sus prácticas** de AEV apuntando la duración, destino y condiciones de las salidas, la distancia recorrida y el nivel de ansiedad experimentada; esto le permitirá comprobar sus progresos. Además, debe **discutir con su compañero lo que ha conseguido realizar cada día** y el **compañero debe reforzar** socialmente y también con pequeños detalles los esfuerzos realizados, los progresos hechos y la práctica regular.

Se proporciona a los clientes **10 reglas que pueden emplear para hacer frente a la ansiedad y al pánico** (véase la **tabla 1**) y se les anima a recordarlas y utilizarlas en forma abreviada y a añadir a la lista otras que se les ocurran. (En la **tabla 2** se presentan ejemplos de autoinstrucciones que pueden emplearse en otro problema: miedo a hablar en público.)

El terapeuta se presenta a sí mismo como un consejero o educador y no asume ningún papel activo en la práctica de exposición. Normalmente, el **terapeuta visita al cliente en la casa de este cinco veces a lo largo de un mes; después, las visitas se aplazan cada vez más tiempo**, mientras el cliente y su compañero continúan el tratamiento. Durante la **primera visita**, el terapeuta discute el programa y los manuales de tratamiento, los cuales han tenido que ser leídos previamente por el cliente y su compañero, y ayuda a la pareja a seleccionar los objetivos iniciales de la

práctica. Durante la **2ª visita** el terapeuta acompaña al cliente y compañero durante la exposición, pero su papel es sólo el de un observador que ofrece indicaciones y consejos cuando es necesario.

Durante las **tres visitas siguientes**, el terapeuta revisa con la pareja los diarios y discute las dificultades encontradas y los planes para las prácticas futuras. Las **visitas de seguimiento** se programan a intervalos cada vez mayores después del final del contacto regular; por ejemplo, **a las 2 semanas, y a los 1, 3 y 6 meses**. El objetivo principal de estas visitas de seguimiento es asegurar que el programa de prácticas está siendo realizado en la forma prevista.

GUÍAS DE APLICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN EN VIVO

A continuación se ofrecen unas guías para aplicar la EV que se basan en los resultados de los estudios que han investigado las variables que afectan a la EV y en la experiencia clínica. Estas guías implican la combinación de la EV **con estrategias de afrontamiento** (respiración, relajación, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones). Por otra parte, cabe señalar que Bados (2006) aborda las dificultades que pueden surgir en la aplicación de la exposición en vivo y ofrece guías para manejarlas.

Justificación de la técnica

Hay que **explicar los fundamentos, los objetivos y el procedimiento** de la exposición. Esta es presentada como un programa sistemático y estructurado que requiere un esfuerzo continuado y que implica tolerar cierta cantidad de ansiedad y malestar (un ejemplo puede verse en Scholing, Emmelkamp y van Oppen, 1996, pág. 149). Este malestar y ansiedad ocurren durante las sesiones de exposición, pero pueden darse también al comienzo del tratamiento otros **efectos secundarios negativos**: aumento de los pensamientos negativos e imágenes relativos a las situaciones temidas, aparición de pesadillas y cansancio tras la sesión de exposición; también puede aparecer transitoriamente un aumento de la irritabilidad y de la tendencia a sobresaltarse. Debe remarcarse que todos estos efectos, caso de aparecer, son temporales.

Además de todo lo anterior, debe **decirse al cliente que**: a) la exposición será gradual (es decir, procederá de lo más fácil a lo más difícil), b) la velocidad con que se progresa se decidirá conjuntamente en función de sus circunstancias y progresos, c) no se verá obligado a hacer cosas que no desee y d) las situaciones que ahora le parecen más difíciles no lo serán tanto una vez que vaya dominando otras situaciones menos difíciles. Asimismo, si se va a enseñar alguna estrategia de afrontamiento, conviene señalar al paciente que esto le permitirá manejar más fácilmente las situaciones a las que se exponga.

Graduación de la exposición

La exposición puede ser **más o menos graduada**; puede comenzar por situaciones poco, moderadamente o muy temidas y el salto en el nivel de ansiedad de una situación a la siguiente puede ser más o menos grande. **Un enfoque poco graduado** conduce a una **menor aceptación** y a un mayor número de **abandonos**, y parece **menos indicado con** niños y con aquellas personas que no pueden tolerar niveles intensos de activación, presentan un deterioro psicológico marcado (por psicosis, depresión, riesgo de suicidio, mal funcionamiento cognitivo), están muy perturbadas por ataques frecuentes de pánico o ansiedad general elevada, están poco motivadas, presentan **problemas médicos importantes** (hipertensión, angina de pecho, enfermedad coronaria, arritmias, asma, enfisema, úlcera péptica, colitis, trastornos metabólicos u hormonales, epilepsia, convulsio-

nes) o se encuentran embarazadas. Sin embargo, con un enfoque poco graduado se consiguen resultados más rápidos y en el caso de la agorafobia existe un estudio según el cual **puede ser más eficaz** a largo plazo que un enfoque graduado para los clientes que lo aceptan (Fiegenbaum, 1988); además, la inundación aplicada con personas con agorafobia durante varias horas al día a lo largo de 2-3 semanas ha dado lugar a buenos resultados en contextos clínicos habituales (Hahlweg et al., 2001). Por otra parte, si la exposición es demasiado graduada, el progreso será muy lento y el cliente se puede desanimar. Una buena pauta es **proceder en la graduación tan rápidamente como el cliente pueda tolerar**.

En general, se aconseja que la EV sea **gradual**, ya que esto aumenta la motivación del paciente y reduce la probabilidad de abandono. El enfoque gradual implica comenzar por situaciones que produzcan un nivel de ansiedad bajo o medio e ir avanzando lo más rápido que se pueda hacia situaciones muy ansiógenas y totalmente evitadas, pero sin abrumar al cliente con ansiedad o pánico inmanejables. El **nivel de gradación elegido depende de** lo que el cliente esté dispuesto a tolerar, de sus condiciones médicas y psicológicas, del tiempo disponible y de la rapidez de la habituación. Cuando la exposición es muy gradual, suele comenzarse por pasos que produzcan una ansiedad de 20 sobre 100 y se llega al nivel más alto pasando por los niveles intermedios; con un enfoque menos gradual, puede empezarse con un nivel de 50, pero entonces la exposición suele ser más prolongada.

Hay que tener en cuenta que la **exposición graduada es perfectamente compatible con la exposición prolongada**. Así, una persona con miedo a viajar en metro, podría comenzar haciendo un par de estaciones y repetir este paso las veces necesarias hasta que su ansiedad se redujera significativamente.

Jerarquía de exposición

Utilizar un enfoque gradual de exposición implica elaborar una o más jerarquías ordenando de mayor a menor ansiedad las **situaciones problemáticas** para el paciente. Es posible construir **una sola jerarquía multitemática** (p.ej., en el caso de una persona con fobia social podría elaborarse una jerarquía que incluyera diversos tipos de situaciones sociales temidas; véase la **tabla 4**) o **diversas jerarquías**, una para cada tipo o categoría de situación temida (p.ej., en el caso de una persona con agorafobia podría realizarse una jerarquía para los transportes públicos y una jerarquía para tiendas y grandes superficies; véase la **tabla 5**).

El primer paso para construir una jerarquía es que cliente y terapeuta identifiquen las posibles situaciones que la integrarán, aunque hay que favorecer la máxima **iniciativa** por parte del **cliente**. Deben incluirse todas aquellas situaciones temidas/evitadas o, si son muchas, una **muestra representativa** de las mismas; lo preferible, por razones motivacionales, es que estas situaciones sean **pertinentes y significativas** para el cliente; es decir, situaciones reales que debe afrontar en su vida o que es probable que encuentre o tema encontrar (siempre que no sean realmente peligrosas). **De todos modos**, puede haber situaciones que el cliente rechace porque dice que no las va a querer hacer en su vida diaria, pero que pueden ser muy útiles para provocar las sensaciones y pensamientos temidos y aprender a manejarlos (Huppert y Baker-Morissette, 2003). Antony y Barlow (1997) y Kozak y Foa (1997) aconsejan que los pacientes lleguen a hacer en la situación temida más de lo que la mayoría de la gente estaría dispuesta a hacer (**sobreaprendizaje**), a condición de que no sea peligroso; por ejemplo, permanecer largo tiempo encerrado en un armario pequeño, subir al edificio más alto que se pueda encontrar, dejar que una araña camine por el antebrazo o tocar con un dedo un papel con gotas de la propia orina y pasárselo por la cara, pelo y ropa. Se supone que de este modo se experimentará menos miedo en situaciones menos extremas de la vida diaria, aumenta la confianza para manejarlas y se reduce la probabilidad de recaída.

Finalmente, parece importante **incluir situaciones en las que han ocurrido reacciones fóbicas intensas o ataques de pánico previos** o donde se sospeche que pueden ocurrir; de este modo, se aprende a manejarlos y se reduce la probabilidad de recaída.

Las situaciones a incluir en la jerarquía deben ser descritas con la suficiente **especificidad para poder ordenarlas** y, por tanto, para tener control sobre el nivel de ansiedad que generan al cliente. En este sentido, el ítem “subir en un ascensor hasta el tercer piso” es poco concreto, puesto que hay variables importantes que pueden incidir en el nivel de ansiedad y que no se contemplan tales como el tipo de ascensor o la cantidad de gente que hay en la cabina. Así pues, es fundamental tener en cuenta los **factores que influyen en el miedo/evitación** del cliente; por ejemplo, distancia que uno se aleja de casa, número de personas en el metro, distintas líneas de autobús, tamaño del espacio cerrado, tipo de carretera para conducir, condiciones atmosféricas, ir o no acompañado, empleo de conductas defensivas, etc. La exposición deberá llevarse a cabo en una **diversidad de lugares y contextos y con diversos estímulos temidos** (p.ej., distintos perros o lugares cerrados, diferentes enfermeras que extraen sangre, diversas líneas de metro). Esto facilita la generalización y previene el retorno del miedo.

Por otra parte, **cuando el miedo a los estímulos fóbicos esté acompañado por el miedo a las sensaciones corporales experimentadas** (p.ej., miedo a la dificultad para respirar en un ascensor porque se piensa que uno puede ahogarse), la jerarquía puede incluir la inducción de las sensaciones temidas (p.ej., reteniendo la respiración en el ascensor) para que el cliente se habitúe a las mismas y/o aprenda que puede manejar la ansiedad y que lo que teme no ocurre. Otros posibles medios de inducir sensaciones temidas son conducir con la calefacción puesta y las ventanillas subidas, girar la cabeza rápidamente cuando se está en un balcón, hiperventilar en un sitio cerrado o beber una taza de café antes de una situación fóbica.

El número de situaciones o pasos a incluir en una jerarquía es muy variable, aunque suele oscilar **entre 10 y 20**, en función, entre otras cosas, de si se trabaja con una sola jerarquía multisituacional o con varias jerarquías, una para cada tipo de situación temida.

Una vez identificadas y escritas en un papel o en tarjetas las situaciones problemáticas, el cliente pasa a **ordenarlas** empleando alguno de los siguientes métodos:

- **Ordenamiento por rangos.** Hay más de una forma de hacerlo:
 - # **Identificar a partir de las tarjetas confeccionadas una situación que casi no produce ansiedad y una que produce una ansiedad máxima.** Luego, hay que **situar entre estas dos** la siguiente tarjeta y proseguir situando el resto de situaciones una a una entre las anteriores en función del nivel de ansiedad que generan. Es un método sencillo que puede emplearse incluso con niños pequeños.
 - # Elegir primero la **situación que menos miedo da, luego la siguiente** que da un poco más de miedo y así sucesivamente.
- **Ordenamiento por USAs (unidades subjetivas de ansiedad).** Es el método más frecuente. Las situaciones se ordenan en función de una puntuación de 0 a 100 USAs que les asigna el cliente, donde 0 representa ausencia de ansiedad y 100 una ansiedad extrema. La escala suele emplearse de 5 en 5 unidades en vez de 1 en 1. Si faltan situaciones de determinados niveles de ansiedad, habrá que crear nuevas situaciones o modificar las ya existentes.
- **Ordenamiento mediante análogos visuales.** Es muy útil con niños y personas con retraso mental. Implica el empleo de diagramas de barras, caras o colores para poder hacer los

juicios de intensidad. Pueden utilizarse diez barras verticales progresivamente más grandes, dibujos de caras que van de la indiferencia al terror o colores verdes y azules para los valores mínimos y medios de ansiedad y diversos tonos de rojo para los niveles superiores.

Una vez ordenadas las situaciones, **se revisa la jerarquía** para descubrir si hay una gran diferencia de ansiedad entre una situación y la siguiente; si es así, habrá que crear nuevas situaciones o modificar las ya existentes. Por otra parte, en caso de que se detecten situaciones con niveles similares de ansiedad, pueden mantenerse en la jerarquía si su contenido es diferente, con el fin de favorecer la generalización (véase la tabla 4).

Algunos pacientes adjudican el valor máximo de ansiedad a diversas situaciones y no son capaces de discriminar entre el nivel de ansiedad que producen. En este caso, se les pide que ordenen las situaciones considerando cuáles querría abordar primero si tuvieran que hacerlo en este momento. Si el cliente no es capaz de hacerlo, el terapeuta puede proponer el orden a seguir.

Es necesario señalar que la ordenación que *a priori* puede parecer lógica no siempre coincide con la que hace el cliente (los trastornos de ansiedad están enraizados en lo que cada persona ha vivido y en sus experiencias emocionales). El terapeuta, en caso necesario, puede pedir aclaraciones sobre la ordenación, pero debe prevalecer siempre el criterio del cliente.

Según lo explicado hasta aquí, la **jerarquía o jerarquías pueden elaborarse enteras ya desde el principio, aunque serán probablemente provisionales**. Una alternativa es **elaborar la jerarquía o jerarquías por partes, conforme avanza la intervención**. Esto último puede ser preferible por varias razones: a) es probable que una jerarquía completa tenga que ser modificada más adelante, b) puede ser muy difícil para un cliente elaborar los ítems de la jerarquía que le provocan más ansiedad, y c) el hecho de que el terapeuta mencione al principio los pasos finales de la jerarquía puede conducir al cliente a rechazar la intervención o a pensar en las *cosas terribles* que vendrán en vez de concentrarse en el tratamiento.

Cuando se utilizan varias jerarquías, lo más usual es que el cliente afronte paralelamente situaciones de distintas jerarquías que tengan un nivel de ansiedad similar. Si hay alguna jerarquía que corresponde a un tipo de situación más difícil, puede comenzar a trabajarse más tarde. Los datos sugieren que trabajar **pasos de distintas jerarquías a la vez**, si su nivel de ansiedad es similar, acelera el progreso del cliente. Por otra parte, también es posible, aunque menos habitual, trabajar cada jerarquía por separado antes de pasar a la siguiente.

Ejemplos de jerarquías pueden verse en las **tablas 3** (trastorno de aversión sexual), **4** (fobia social generalizada), **5** (agorafobia) y **6** (trastorno obsesivo-compulsivo). **Sin embargo**, hay que tener en cuenta que muchos de los ítems de estas jerarquías no están presentados de un modo lo bastante específico. Por ejemplo, el ítem de la tabla 4 “escribir en la pizarra” ¿se refiere a escribir al dictado o a escribir sobre algo que hay que pensar sobre la marcha? La ansiedad en ambos casos puede ser muy diferente. Y el ítem de la misma tabla “hablar con un adulto y dar información sobre sí mismo” no especifica ni el tiempo de la conversación ni el tipo de información a proporcionar. Por otra parte, el ítem “Presentarse a un compañero *popular*” puede ser realizable en un ensayo conductual en la consulta, pero en la vida real es prácticamente imposible limitarse a presentarse sin que siga algún tipo más de interacción.

Duración de la exposición

Stern y Marks (1973) compararon dos sesiones de inundación en vivo **prolongada** (2 horas)

con dos sesiones de inundación en vivo breve en la que cada sesión constaba de cuatro ensayos de 30 minutos separados por intervalos de descanso de 30 minutos. La inundación en vivo prolongada fue superior a la **intermitente** según medidas de ansiedad subjetiva y tasa cardíaca a pesar de que el tiempo total de exposición fue el mismo en las dos condiciones. La habituación de la ansiedad subjetiva y de la activación fisiológica ocurrió cuando la duración de la sesión de exposición fue lo bastante larga (más de 1 hora). De acuerdo con estos resultados y con los de estudios similares realizados en pacientes con fobia a las alturas (Marshall, 1985) o TOC, suele aconsejarse permanecer en la situación temida **hasta que la ansiedad se reduzca significativamente**.

Una **reducción sustancial o significativa de la ansiedad puede definirse como**: a) la disminución de al menos el 50% de la ansiedad máxima experimentada durante la situación, o b) la reducción de la ansiedad hasta que sea nula o leve (2 o menos en una escala 0-8). Aunque a primera vista este criterio puede parecer mejor que el primero, este puede ser suficiente, ya que existen algunos estudios que indican que es la habituación entre sesiones y no la habituación intra-sesiones la que predice resultados positivos (Craske y Mystkowski, 2006). Asimismo, una prolongación de la exposición bastante más allá de que la ansiedad haya desaparecido no parece muy útil (Marshall, 1985).

Desde el punto de vista de la **habituación de la ansiedad**, se aconseja que el cliente intente **permanecer en la situación hasta que experimente una reducción sustancial de la ansiedad y desaparezca el posible deseo de escapar**. Esta regla básica puede combinarse con otros criterios: a) permanecer un mínimo de tiempo en la situación temida, aunque la ansiedad ya se haya reducido, para evitar así el abandono prematuro; y b) en el caso de ir acompañado, que el acompañante no observe signos manifiestos de ansiedad. **Cuando las situaciones** que debe afrontar el cliente tienen una **duración corta** (p.ej., saludar a una persona o subir en ascensor) debe **repetir la exposición (preferiblemente a continuación o, si no, lo más pronto posible) el número de veces necesario para que la ansiedad disminuya significativamente**. Siempre que sea posible se aconseja que el cliente dedique **1-2 horas diarias a afrontar las situaciones temidas**, por lo que si logra reducir significativamente su ansiedad en una de estas situaciones en menos de este tiempo, debe pasar a exponerse a otra situación.

Cuando no pueden utilizarse sesiones largas o frecuentemente repetidas de EV –ya sea porque la situación no lo permite (p.ej., extraerse sangre, hablar en público) o por motivos atribuibles al paciente–, se establece una **jerarquía de exposición en función de logros progresivos** en la ejecución e independientemente de la mayor o menor reducción del nivel de ansiedad. Por ejemplo, una persona con fobia a la sangre se extrae cada vez más cantidad, una con fobia a conducir conduce durante periodos progresivamente más largos o una persona con fobia a hablar en público expone ante un número progresivamente más grande de personas y va abandonando conductas defensivas. El criterio para finalizar la exposición en este caso no es la reducción de la ansiedad, sino lograr los objetivos propuestos, los cuales pueden incluir la aceptación de la ansiedad y el poner a prueba si es cierto o no lo que se teme. A medida que se van consiguiendo los objetivos, se incrementan gradualmente las exigencias.

Otra perspectiva diferente de la anterior tiene en cuenta que la habituación fisiológica o el grado en que la ansiedad se reduce durante una sesión de exposición no son signos de aprendizaje y no predicen el miedo que se experimentará en la próxima sesión; como se ha dicho antes, es la habituación entre sesiones y no la habituación intra-sesiones la que predice resultados positivos. En consonancia con esto, desde esta perspectiva del **aprendizaje correctivo** se pide al paciente que permanezca en la situación el tiempo suficiente o la repita no hasta que la ansiedad disminuya, sino **hasta que aprenda que las consecuencias que teme no ocurren o lo hacen raramente o que puede afrontar el estímulo temido y tolerar la ansiedad** (Craske, Anthony y Barlow, 2006). De este modo, aunque la ansiedad puede mantenerse en mayor o menor grado durante una sesión, terminará por disminuir en sesiones posteriores. Se considera que hacer demasiado énfasis

en la reducción de la ansiedad dentro de una sesión no es adecuado, ya que apoya los rígidos intentos de los pacientes para evitar la ansiedad, intentos que contribuyen a mantenerla. Siguiendo el criterio propuesto por esta perspectiva, una sesión de exposición suele durar 60 minutos o más durante los cuales se lleva a cabo una exposición prolongada o repetida a la situación temida. Antes de cada exposición, el paciente debe identificar lo más específicamente que pueda aquello que le preocupa que pueda suceder y, tras la misma, debe anotar si ha ocurrido realmente lo que le preocupaba (y, en caso afirmativo, en qué grado).

Salkovskis (1991) ha señalado que una exposición repetida y prolongada puede no ser necesaria siempre. Se trataría entonces de combinar exposición y técnicas cognitivas de modo que las sesiones de exposición serían planificadas como experimentos conductuales dirigidos a invalidar las interpretaciones amenazantes de los clientes. Así pues, los **experimentos conductuales implican exposición, pero esta difiere de la exposición estándar** tanto en la explicación que se da a los pacientes como en la forma de llevarla a cabo: la finalidad no es permanecer en la situación temida hasta que la ansiedad se reduzca, sino que el paciente pueda someter a prueba determinadas predicciones. Por lo tanto, la frecuencia, duración o graduación de la exposición no son tan importantes como el que se activen los miedos de los pacientes y estos puedan comprobar a través de sus acciones o de la eliminación de conductas defensivas si sus creencias son ciertas o no. Existen algunos datos de que la eficacia de la EV aumenta cuando se utiliza para someter a prueba las cogniciones de los pacientes (McMillan y Lee, 2010). De todos modos, conviene señalar que la exposición frecuente y prolongada puede ser el mejor medio la mayoría de las veces para invalidar creencias. Asimismo, puede argüirse que un tratamiento eficaz requiere no solamente la invalidación de creencias, sino también aprender a romper la asociación entre las situaciones temidas y las reacciones de ansiedad y a responder de modo diferente ante dichas situaciones.

Desde una tercera perspectiva (la de la **autoeficacia**) el criterio de duración de la EV es que el cliente permanezca en la situación o la repita hasta que **sienta que tiene suficiente control**.

Velocidad de la exposición (criterio para dar por superado un paso)

La velocidad de la exposición hace referencia a si debe repetirse un paso de la jerarquía hasta que no produzca más que un nivel de ansiedad leve o bien si sería suficiente con una menor reducción de la ansiedad. Yucksel et al. (1984) no hallaron diferencias en eficacia entre la exposición **rápida** (se **pasaba al siguiente ítem** cuando la **ansiedad** había **disminuido dos puntos** en una escala de 0-8) y la exposición **lenta** (la reducción tenía que ser de **cuatro puntos**). Según estos resultados, no sería necesario esperar a que se produzca una habituación máxima a un ítem de la jerarquía antes de pasar al siguiente. En cambio, en un estudio sobre inundación con personas con fobia a las alturas, Marshall (1985) halló que la exposición a una situación hasta la desaparición de la ansiedad fue más eficaz que la exposición hasta que el miedo comenzaba justo a reducirse o que la exposición hasta que el miedo se reducía en un 75%. La cuestión abordada en estos estudios es importante y merece ser más investigada.

Una cuestión importante en el estudio de Yuksel es que una **reducción de dos puntos sobre ocho no parece la misma cuando el nivel inicial es siete que cuando es cinco**. En el primer caso, el cliente sigue estando por encima de la media de la escala y uno puede preguntarse si el progreso será comparable a cuando la disminución sitúa el nivel de ansiedad por debajo del nivel medio de la escala de 0-8.

Hasta que no se realicen nuevos estudios, existen varias opciones para decidir cuándo se puede proceder con el siguiente paso de la jerarquía: a) Desde la perspectiva de habituación de la ansiedad, el cliente repite cada paso de la jerarquía (el mismo día o lo antes posible), hasta lograr que en **dos exposiciones consecutivas la ansiedad sea nula o leve** (p.ej., 2 o menos en la escala

0-8) o hasta conseguir **reducir la ansiedad rápidamente**. b) Desde la perspectiva del aprendizaje correctivo, se repite un paso de la jerarquía hasta que **el paciente aprende verdaderamente que las consecuencias que teme no ocurren nunca o lo hacen raramente y su nivel de ansiedad es leve** (2 o menos sobre 10) (Barlow y Craske, 2007; Craske, Anthony y Barlow, 2006). c) Desde la perspectiva de la autoeficacia, el cliente repite un paso hasta que **siente suficiente confianza para afrontar el siguiente paso**. Lo importante aquí no es la habituación de la ansiedad, sino la adquisición de un sentido de control.

Con frecuencia, los clientes **consideran que es suficiente haber manejado bien un tipo de situación una sola vez** y piensan que no hay necesidad de repetirla. Sin embargo, es normal que esta actitud enmascare el miedo de los clientes a cómo puedan ir las cosas la próxima vez, por lo que conviene que sigan afrontando la situación. Si realmente no tienen miedo, no pasará nada por repetir la exposición, pero lo habitual es que se requieran exposiciones repetidas a la misma situación para que la ansiedad disminuya y aumente la confianza en uno mismo. Afrontar con éxito la situación una sola vez comporta un riesgo elevado de que el paciente atribuya el resultado a la suerte en vez de a su propia habilidad.

Periodicidad de la exposición

En la práctica clínica suele ser normal la asignación de actividades diarias de AEV ya sea por sí solas o combinadas con sesiones espaciadas o concentradas de EV en las que el terapeuta acompaña al paciente. Todos estos casos representan ejemplos de **(auto)exposición masiva**. Sin embargo, no está claro que esta exposición tan frecuente sea necesaria. El estudio de Chambless (1990), llevado a cabo con personas con **agorafobia o fobias específicas**, indica que el espaciamiento de las sesiones de EV (asistidas por el terapeuta y sin AEV), dentro de los límites estudiados (**diarias, semanales**), **no parece ser importante**, ni en el postratamiento ni en el seguimiento a los 6 meses, al menos cuando se combina la EV con estrategias de afrontamiento. Por otra parte, los **pacientes que más y mejor cumplen con las actividades diarias de AEV tienden a mejorar más** (Fava et al., 1997; Park et al., 2001).

Otros estudios realizados con **pacientes con TOC** no han hallado que la EV intensiva (5 sesiones a la semana) asistida por el terapeuta sea más eficaz, aunque quizá sí más eficiente, que la EV aplicada dos veces por semana; en todos los casos hubo AEV. En uno de los estudios, Abramowitz, Foa y Franklin (2003) hallaron que la EPR con cinco sesiones por semana fue algo más eficaz en el postratamiento que la EPR con dos sesiones por semana, pero las diferencias desaparecieron en el seguimiento a los 3 meses debido a un cierto deterioro en la EPR intensiva. Según Foa (2004) y Kozak y Foa (1997), es posible que una sesión por semana sea suficiente para los casos más leves y que la mayoría de pacientes necesiten al menos 2 sesiones por semana. Una exposición intensiva, que permita una supervisión más estrecha por parte del terapeuta, puede ser más apropiada para aquellos pacientes con síntomas más graves y mayor deterioro, que están menos motivados, que tienen dificultades para completar sus actividades entre sesiones o que viven lejos y han tenido que desplazarse para recibir tratamiento.

El grupo de Öst ha comprobado que, al menos con ciertas **fobias específicas** (animales, sangre, inyecciones, volar y claustrofobia), una **exposición masiva en una sola sesión** funciona tan bien como cinco sesiones de exposición espaciada en el postratamiento y en seguimientos de 1 año o más de duración.

Por otra parte, la exposición uniformemente espaciada y la exposición intensiva (realizada en el mismo día o en un corto periodo de tiempo: 2-3 semanas) pueden ser comparadas con la **exposición progresivamente espaciada**; en esta última va aumentando poco a poco el intervalo tem-

poral entre sesiones y se supone que facilita la retención del aprendizaje y previene el retorno del miedo. Los escasos estudios existentes han sido realizados con poblaciones análogas y los resultados son contradictorios sobre que la exposición progresivamente espaciada produzca un menor retorno del miedo que la exposición intensiva realizada en el mismo día.

Se ha señalado que si la EV es administrada en un corto periodo de tiempo (2-3 semanas), parecen producirse un mayor número de abandonos del tratamiento y un mayor porcentaje de recaídas que cuando la administración se alarga durante más tiempo. Esto no ha sido confirmado, ni con la EV sola (Bohni et al., 2009) ni con la EV combinada con estrategias de afrontamiento (Chambless, 1990); sin embargo, en este último estudio algunos pacientes no quisieron participar de entrada en el tratamiento de exposición intensiva. También se ha dicho en el caso de la agorafobia que las mejoras amplias y rápidas producidas por la **exposición intensiva** pueden tener efectos perjudiciales en el ámbito interpersonal del cliente; así, los cónyuges pueden tener problemas importantes para adaptarse a los nuevos comportamientos de los pacientes. Esto puede ser cierto, por ejemplo, para problemas como la agorafobia y la fobia social, aunque no para otros como el TOC. La ventaja de la exposición intensiva es que se consiguen mejoras más rápidamente.

En la práctica clínica habitual, independientemente de la frecuencia de veces que el terapeuta acompañe al cliente durante la EV, se aconseja a los pacientes que hagan exposiciones **5-6 días a la semana**, aunque el promedio de práctica suele ser 3-4 días a la semana. La exposición debe llevarse a cabo **incluso en los días “malos”** (p.ej., aquellos en que uno se siente menos animado o más nervioso). Practicar en los días malos es importante, ya que el cliente aprende a afrontar el malestar experimentado y aumenta la confianza en sí mismo.

Implicación en la exposición

Se piensa que los clientes mejoran más cuando se implican y comprometen en la exposición **atendiendo y procesando emocionalmente las señales de miedo** (externas e internas) que cuando las desatienden consistentemente por medio de evitación cognitiva u otras conductas defensivas (p.ej., llevar objetos tranquilizadores, ir acompañado, tomar ansiolíticos o alcohol). Los resultados de los estudios sobre los **efectos de la distracción son contradictorios** (véanse Rodríguez y Craske, 1993; Parrish, Radomsky y Dugas, 2008; Schmitd-Leuz et al., 2007), aunque el retorno del miedo podría verse favorecido por el empleo de estrategias distractoras (Kamphuis y Telch, 2000). Por otro lado, en tres estudios con muestras análogas (estudiantes con miedo a la sangre/inyecciones, universitarios con fobia a las arañas) se ha visto que en comparación con la exposición focalizada, el empleo de la **distracción parcial** (conversar sobre temas no relacionados con el estímulo temido mientras se mantiene la atención visual en este) dio lugar a una mayor reducción del miedo subjetivo intra y entre sesiones, una mayor autoeficacia y control percibido y una ejecución de un mayor número de pasos en un test conductual; los resultados se mantuvieron en general en el seguimiento al mes (Johnstone y Page, 2004; Oliver y Page, 2003, 2008). Habría que replicar estos resultados con pacientes con fobias, con tratamientos más largos y con diversos tipos de estímulos temidos.

Los efectos de la distracción **pueden depender de variables como** mayor o menor consistencia en su empleo, fase del tratamiento en que se aplica (al principio puede ser útil con el fin de manejar una ansiedad muy intensa), foco de la distracción (no atender a los estímulos externos, a las sensaciones físicas o a las cogniciones negativas), intensidad de la distracción (una atención moderada a los síntomas somáticos y pensamientos negativos puede facilitar el afrontamiento y control de estos, pero una atención excesiva puede perturbar este control), intensidad del miedo (cuanto mayor es este, más útil puede ser la distracción), recursos atencionales requeridos (si la tarea distractora exige muchos, se reduce el procesamiento emocional) y estilo de afrontamiento

del cliente (búsqueda o evitación de información amenazante).

La distracción es un ejemplo de las llamadas **conductas defensivas**, aquellas dirigidas a prevenir o minimizar las supuestas amenazas. Otros ejemplos de dichas conductas son, en el caso de la agorafobia, ir acompañado, llevar encima algún objeto que dé confianza (fármacos, amuletos), sentarse cerca de la salida, caminar cerca de la pared, conducir lentamente o siempre por el carril de la derecha, ir al váter a la más mínima sensación, etc. Hay datos de que el **empleo continuado de las conductas defensivas es negativo** (Powers, Smit y Telch, 2004; Salkovskis et al., 1999), mientras que su eliminación más o menos gradual aumenta la eficacia del tratamiento (Morgan y Raffle, 1999; Telch, Sloan y Smits, 2000, citado en Powers, Smits y Telch, 2004; Wells et al., 1995). Trabajando con niños con trastornos de ansiedad, Hedtke, Kendall y Tiwari (2009) hallaron que el empleo de conductas defensivas, pero no el de conductas de afrontamiento, estuvo asociado con peores resultados del tratamiento.

Algunos autores (Huppert y Baker-Morissette, 2003; Salkovskis, 1991) han señalado que las **estrategias de afrontamiento** (p.ej., respiración, reestructuración verbal) pueden **convertirse en conductas defensivas** cuando se utilizan para prevenir o minimizar las supuestas consecuencias catastróficas. Las conductas de afrontamiento van dirigidas a manejar la ansiedad, no a prevenir una amenaza que no es tal y, por tanto, no interfieren ni con la invalidación de las expectativas catastróficas ni con la conducta de aproximación a la situación temida. En cambio, las conductas defensivas pretenden prevenir o minimizar las supuestas consecuencias amenazantes, impiden de este modo la invalidación de las amenazas anticipadas y ayudan a mantener la ansiedad (Thwaites y Freeston, 2005).

Por otra parte, aunque está claro que el escape prolongado de las situaciones temidas es perjudicial, existen estudios que han mostrado que el **escape temporal de una situación temida** antes de ponerse excesivamente ansioso (p.ej., 70-75 sobre 100), junto con el retorno a la misma una vez tranquilizado el paciente (p.ej., cuando la ansiedad baja a 25), no aumenta el miedo y la evitación y tiene efectos positivos comparables a los de permanecer en la situación hasta que la ansiedad se reduzca (de Silva y Rachman, 1984; Rachman et al., 1986). Que la EV con posibilidad de escape temporal sea tan eficaz como la EV prolongada puede explicarse si se supone que el mecanismo de acción de la EV consiste en invalidar las expectativas negativas de los clientes y proporcionar una sensación de control sobre las respuestas emocionales. Para que la EV funcione lo fundamental es que el escape no se convierta en una señal de seguridad que indique ausencia de ansiedad y de peligro, que es lo que ocurriría en el caso del escape sin retorno. Así pues, **caso de experimentar una ansiedad excesiva**, el cliente puede retirarse de la situación temporalmente, tranquilizarse y volver a la situación lo más pronto que pueda (**escape temporal**). Permanecer en la situación temida o repetirla hasta que la ansiedad se reduzca significativamente es especialmente útil para aquellos pacientes que creen que su ansiedad nunca disminuirá y que las consecuencias catastróficas ocurrirán si no escapan de la situación.

Visto lo anterior, puede concluirse que el empleo de **estrategias defensivas puede no ser perjudicial siempre que se haga de forma ocasional o en las primeras fases del tratamiento para manejar la ansiedad o el pánico y afrontar las situaciones temidas**. Existen estudios que indican que el empleo temporal de conductas defensivas no interfiere en la exposición cuando facilitan una sensación de control, la conducta de aproximación y la invalidación de las creencias erróneas (Milosevic y Radomsky, 2008; Parrish, Radomsky y Dugas, 2008).

En definitiva, durante la EV, el cliente no debe pasar por alto las sensaciones de ansiedad (lo que no significa estar continuamente pendiente de ellas) ni retirar su atención de la actividad que está realizando. El cliente tiene que ser capaz de **reconocer los síntomas de ansiedad**, pero en vez de interpretarlos catastróficamente, debe **aceptarlos o aplicar sus estrategias de afrontamiento**. Como recomiendan Craske y Barlow (2000), el paciente **debe atender objetivamente a**

la situación y a las propias reacciones ante la misma. Un ejemplo sería: “Estoy en el ascensor, noto cómo se mueve, veo las puertas y el techo, mi corazón palpita, mi ansiedad es moderada”. En contraste, un foco subjetivo de atención sería: “Me siento terrible, sufriré un colapso, no puedo hacerlo, tengo que salir de aquí”.

Si en algún momento, el cliente se siente **desbordado por la ansiedad**, puede emplear estrategias distractoras o defensivas, pero hay que vigilar que su uso sea ocasional. Por otra parte, **si en una situación un cliente no experimenta ansiedad**, debe cambiar las condiciones de la situación o buscar una nueva situación, de modo que sí ocurra algo de ansiedad. Practicar sin sentir ansiedad no suele ser útil, es mejor sentir algo de ansiedad y aprender a tolerarla o a hacerle frente.

Para que el cliente progrese, **debe ir eliminando más o menos gradualmente las conductas defensivas**. Es cierto que estas **pueden facilitar el afrontamiento** en las primeras fases del tratamiento y cuando surgen obstáculos más tarde y son especialmente útiles en personas que presentan un nivel de ansiedad muy elevado; sin embargo, debe pedirse al cliente que las vaya abandonando para no interferir con el éxito de la intervención. El uso sensato de estas conductas (empleo temporal de las mismas) aumenta la sensación de control, hace que el tratamiento sea más tolerable (reduce los rechazos y abandonos), ayuda a superar obstáculos durante el mismo, facilita las actividades entre sesiones y no impide las experiencias de invalidación (Rachman, Radomsky y Shafran, 2008). **Ahora bien, si las conductas defensivas no terminan por abandonarse**, los resultados son peores y aumenta la probabilidad de recaída. Por tanto, es muy importante evaluar su posible ocurrencia; para ello se puede: a) **ir preguntando al cliente** para comprobar si las utiliza o no, b) introducir un apartado al respecto en el **autorregistro**, y c) **preguntar a personas que le conozcan**. Esto último es importante cuando se sospecha que el cliente puede ser poco consciente de algunas estrategias defensivas o tener vergüenza de informar de las mismas.

Finalmente, en los casos en que las **estrategias de afrontamiento se hayan convertido en conductas defensivas**, los pacientes deben llegar lo más pronto que puedan a **realizar la EV sin emplear las estrategias para comprobar** que, incluso sin aplicar dichas estrategias, no se cumplen sus expectativas negativas.

Nivel de ansiedad durante la exposición

Algunos autores han afirmado que el nivel de ansiedad durante la exposición debe ser mantenido a un nivel bajo. En cambio, según otros, debe producirse un elevado nivel de ansiedad durante la exposición para que esta sea más eficaz. Según diversos trabajos, el **nivel de ansiedad durante la EV no parece afectar a la mejora conseguida**; aunque, claro está, el nivel de rechazo y abandono del tratamiento puede ser mayor cuando la ansiedad es muy alta.

Por otra parte, Michelson et al. (1986) y Murphy et al. (1998) encontraron que niveles más bajos de ansiedad durante la AEV estuvieron asociados con un alto estado final de funcionamiento en el postratamiento o con una menor gravedad del trastorno en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses. Además, **añadir a la EV ciertas estrategias de afrontamiento o medicación reductora de ansiedad puede dar lugar a mejores resultados**. Esto podría interpretarse como que un nivel bajo de ansiedad durante la exposición parece ser más beneficioso.

Una interpretación alternativa tiene en cuenta que los efectos potenciadores de la medicación lo son sólo a corto plazo, mientras que hay indicios de que los de las estrategias de afrontamiento eficaces se mantienen en el seguimiento; de aquí se derivaría que **lo importante es experimentar al menos cierta ansiedad durante la exposición con el fin de aprender a hacerle frente**. Otra interpretación es que el papel de la medicación ansiolítica y de las estrategias de afrontamiento se

da fundamentalmente no durante la exposición, sino antes de la misma, impidiendo las conductas de evitación. Hasta el momento, no hay todavía datos claros sobre esta cuestión. Sea como sea, Watts (1989) ha señalado que **puede no ser necesario minimizar la ansiedad, sino que lo esencial es que la ansiedad no alcance un nivel tal que interfiera con el procesamiento emocional de las señales de miedo** (véase el punto de *Implicación en la exposición*).

En definitiva, debe decirse al paciente que es normal que experimente **ansiedad durante la exposición** y que además esto es útil ya que le permitirá aprender a tolerarla: la idea es aceptar los síntomas de ansiedad, no luchar contra ellos. Sin embargo, la ansiedad no debe alcanzar un nivel tal que interfiera con el procesamiento emocional de las señales de miedo o con las actividades a realizar, lo cual puede ocurrir especialmente si la persona se concentra en sus pensamientos atemorizantes o intenta eliminar la ansiedad a toda costa. **Si la ansiedad comienza a ser excesiva**, el cliente puede emplear las estrategias de afrontamiento **para manejarla, pero no para intentar eliminarla**.

El cliente puede recordarse también que los **episodios de ansiedad tienen una duración limitada**, incluso aunque no haga nada para controlarla, debido a procesos automáticos tales como la habituación, la fatiga, los mecanismos homeostáticos autolimitadores de la hiperventilación y de otras respuestas fisiológicas, y el darse cuenta después de un rato de que las consecuencias temidas no ocurren. Por otra parte, si el paciente experimenta **ansiedad anticipatoria** en un grado suficiente como para evitar la práctica, puede utilizar las estrategias de afrontamiento para manejar la ansiedad y poder iniciar la actividad de exposición. O bien, puede empezar por una actividad más fácil.

Ataques de pánico durante la exposición

Los episodios intensos de ansiedad o **ataques de pánico** son mucho menos probables cuando se aplica la exposición gradual. Sin embargo, pueden ocurrir, especialmente si el cliente interpreta catastróficamente las sensaciones somáticas experimentadas. Varias cosas son importantes aquí y el cliente puede llevarlas apuntadas en una **tarjeta** para leerlas en los momentos de mayor ansiedad, cuando resulta difícil pensar con claridad:

- En primer lugar, **no hay que alimentar las sensaciones desagradables con pensamientos atemorizantes**. Las sensaciones no son más que una exageración de las reacciones corporales normales al estrés; no son, en absoluto, perjudiciales ni peligrosas, solamente desagradables. Hay que aceptarlas o, si son muy molestas, se puede intentar manejarlas mediante estrategias de afrontamiento (al inicio de la terapia). En cambio, **intentar controlar las sensaciones a toda costa incrementa la tensión** y ayuda a que las sensaciones se mantengan o incluso aumenten. Uno debe recordarse que las sensaciones y el miedo irán disminuyendo si no se centra en los síntomas ni en los pensamientos atemorizantes, que los episodios o ataques tienen una duración limitada y que se sentirá muy satisfecho al conseguir manejar la situación.

Es muy útil que el paciente haya elaborado una serie de **reglas personales** para afrontar el pánico en la línea de las presentadas en el párrafo anterior y en la tabla 1. Estas reglas pueden expresarse mediante frases breves o incluso imágenes que sean significativas para el paciente y que le permitan interiorizarlas.

- En segundo lugar, si se experimenta una gran ansiedad o se tiene un ataque de pánico, hay que **procurar, si es posible, permanecer en la situación** hasta que disminuya. Pueden utilizarse las estrategias de afrontamiento (respiración, reatribución de los síntomas,

autoinstrucciones e incluso distracción) con la finalidad de manejar la ansiedad, no de eliminarla. Una vez que la ansiedad/pánico se haya reducido, conviene seguir practicando un rato, lo cual hará que aumente la confianza en sí mismo.

- **Si resulta imposible permanecer en la situación** hasta que el ataque de pánico desaparezca, es aconsejable: a) **abandonar** la situación, pero **intentar quedarse lo más cerca posible**, b) **tranquilizarse** (con los propios recursos o con las estrategias de afrontamiento entrenadas), c) **pensar en los factores** que han generado el problema **y en las soluciones** que se pueden utilizar, y d) **volver a afrontar la situación**, preferiblemente a continuación o, si no, lo más pronto que se pueda (p.ej., en el mismo día o al día siguiente). Si la situación abandonada era más difícil de lo esperado, se puede comenzar por una algo más fácil.

[Se ha dicho que una vez que un ataque ha desaparecido, no es probable que se repita durante un tiempo al volver a exponerse a la situación (periodo refractario o de seguridad); de todos modos, los datos de Radomsky, Rachman y Hammond (2002) indican que este no es el caso, al menos en ausencia de tratamiento.]

No es una buena idea acudir a **urgencias**, primero porque los ataques no son peligrosos y segundo, porque cuando se llegue, los síntomas se habrán ya reducido en gran medida. Por estas mismas razones, tampoco es conveniente **llamar a alguien para que venga** a ayudar. Acudir a urgencias y llamar a alguien son conductas defensivas que contribuyen a mantener el problema. De todos modos, y como recurso temporal, si se está muy asustado y no logra manejarse la situación por sí mismo, puede llamarse a alguien para hablar con él y poder tranquilizarse. Finalmente, tampoco es aconsejable **tomarse una pastilla** para detener una crisis, ya que está suele terminar antes de que el principio activo comience a hacer efecto. Por lo tanto, salvo en crisis de larga duración, la mejora va a producirse independientemente del fármaco, pero la persona va a atribuir el efecto al mismo y va a crear una dependencia.

- Finalmente, una vez terminada la experiencia, debe pensarse en **lo que se ha aprendido** de la misma.

La participación del terapeuta

Los procedimientos de EV que exigen una **menor participación del terapeuta son eficaces** y parecen al menos tan eficaces como la EV dirigida por el terapeuta. En ambos casos se hace un gran hincapié en la AEV o práctica autodirigida para evitar la dependencia del cliente respecto del terapeuta. En cuanto a la cuestión de si es conveniente que el terapeuta acompañe al paciente durante la EV, esto es algo muy debatido y los estudios son contradictorios. La conclusión que puede extraerse en el tratamiento de la agorafobia es que la **adición de EV asistida por el terapeuta a la AEV** puede representar un **beneficio a corto plazo**, pero a medio y largo plazo no se constata ninguna ganancia adicional. En cambio, en la fobia social, parecen conseguirse mayores beneficios si la AEV es complementada por EV o exposición simulada (ensayos conductuales durante las sesiones). Similarmente, en las fobias a animales y a las alturas y en el TOC la exposición asistida por el terapeuta es más eficaz que la autoexposición (Abramowitz, 1996; Antony y Barlow, 1997). También es posible que encontrarse con el terapeuta justo antes y/o después de la autoexposición sea más eficaz y prevenga más los abandonos que el no hacerlo.

Se han desarrollado **programas de ordenador que permiten reducir el tiempo de contacto directo con el cliente**. El ordenador se encarga de tareas más rutinarias como justificar el trata-

miento, ayudar a identificar los antecedentes del miedo, ayudar a elaborar objetivos y dar retroalimentación sobre el progreso. El terapeuta, en sesiones muy breves que totalizan 1,5-2 horas, supervisa cómo le ha ido al cliente durante la AEV. Este tipo de programas puede ser tan eficaz como la AEV guiada totalmente por el terapeuta (6-7 horas) y más que la autorrelajación, aunque el número de abandonos puede ser mayor (Kenwright, Liness y Marks, 2001; Marks et al., 2004). Estos estudios se han realizado mezclando distintos tipos de fobias; además, haría falta investigar qué pasaría si la intervención fuera más larga.

En general, los **programas de autoayuda** que se basan en manuales y/u otro material de apoyo (vídeos, CDs, programas de ordenador, internet) y un **contacto mínimo** con el terapeuta – ya sea directo o no presencial (unas 0,5-4 horas mediante teléfono o correo postal o electrónico)– se han mostrado **moderadamente más eficaces que los grupos control** y sus resultados se mantienen a medio plazo; son especialmente útiles si el trastorno no es muy grave, no hay una depresión grave y los clientes están muy motivados y no pueden acceder a un tratamiento presencial con un terapeuta por razones geográficas, económicas o personales. Sin embargo, su eficacia puede ser menor que la de las intervenciones presenciales (Hirai y Clum, 2006; Mitte, 2005). El metaanálisis de Mitte (2005) indica además que no todos los programas de autoayuda son igualmente eficaces. Por otra parte, con los programas de autoayuda puede **augmentar el número de los que no aceptan o abandonan el tratamiento**, aunque esto no ha sido confirmado en el metaanálisis de Hirai y Clum (2006) por lo que a los abandonos se refiere. Finalmente, **los programas de autoayuda puros funcionan peor** o no funcionan en comparación a aquellos con un contacto mínimo con el terapeuta (Hirai y Clum, 2006; Newman et al., 2003).

En la práctica clínica habitual conviene que el **terapeuta acompañe ocasionalmente al cliente durante la EV cuando**: a) presente ciertos trastornos (p.ej., fobia social, fobias a animales, TOC), b) no se atreva a comenzar la AEV, c) se quede estancado en un momento dado del tratamiento y deja de mejorar, o d) cumpla regularmente con la AEV, pero su ansiedad no se reduzca. También es aconsejable que el terapeuta o una persona allegada acompañe a los niños durante las primeras sesiones de exposición. La observación del cliente durante la exposición permite evaluar en directo los principales miedos del cliente, comprobar si utiliza conductas defensivas y/o valorar cómo y cuándo utiliza las estrategias de afrontamiento. Además, el terapeuta puede modelar conductas de afrontamiento, dar información para eliminar conductas defensivas y servir como conducta temporal de seguridad. Tanto por cuestiones de coste/beneficio como para evitar la dependencia, es aconsejable que el terapeuta acompañe pocas veces al cliente y que este practique por su cuenta hasta la próxima sesión. En caso necesario, la presencia del terapeuta puede desvanecerse gradualmente mediante el empleo de llamadas telefónicas.

La relación terapéutica

Que los terapeutas sean percibidos por los clientes como empáticos, alentadores, respetuosos y con confianza en sí mismos ha estado asociado a mejores resultados; en el polo opuesto, comportamientos negativos han sido una actitud autoritaria, una excesiva permisividad (ceder demasiado a los deseos del paciente a la hora de la EV) y recordarle demasiado al cliente las consecuencias negativas de su problema.

El terapeuta debe ser **cordial, empático, acogedor** y proporcionar un clima de confianza para que el cliente pueda hablar libremente de los problemas que le preocupan. El terapeuta debe ser **firme, pero no autoritario**, en la conducción del tratamiento acordado, aunque este resulte difícil como en el caso de la EV prolongada. Esto implica por una parte que no hay que estar interesado sólo en los logros del cliente, sino también en sus sentimientos. Y por otra, que no hay que ceder fácilmente ante las objeciones más o menos *racionales* del paciente para llevar a cabo ciertas acti-

vidades [p.ej., “¿por qué voy a decirle a mi amigo que no le dejo más dinero? (a pesar de que no me ha devuelto nada de lo que le he prestado otras veces y esto me hace sentir mal con él); en realidad, no necesito el dinero”]. Estas objeciones suelen obedecer frecuentemente al miedo; por ello, conviene señalar al paciente que una vez superado dicho miedo, podrá tomar decisiones más libremente y, probablemente, de modo más adecuado. Por último, el terapeuta debe **alentar la independencia** del cliente a partir de un cierto momento para que este sea capaz por sí mismo de mantener la mejora conseguida.

La colaboración del compañero o de personas allegadas

En el caso de la agorafobia, que el compañero u otra persona allegada ayude al paciente **durante la EV** no da lugar a mejores resultados, aunque puede **reducir el número de abandonos** y es necesario en el caso de los **niños**. Por otra parte, se ha sugerido la conveniencia de que el compañero de la persona con agorafobia colabore en la terapia de modo que se incrementen las habilidades de comunicación de la pareja respecto a los problemas agorafóbicos. El compañero puede ofrecer su ayuda, **apoyo y aliento** al cliente en la aplicación del programa de intervención y **evitar ciertas pautas de interacción** tales como no comprender y no hacer caso de los problemas agorafóbicos, obligar al paciente a intentar actividades difíciles por medio de amenazas o ridículo y reforzar positiva y/o negativamente los problemas agorafóbicos. Además, contar con la participación del compañero puede evitar interferencias por parte de este en el tratamiento.

Así, Arnow et al. (1985) encontraron que era más eficaz añadir entrenamiento en habilidades de comunicación y negociación que entrenamiento en relajación a la EV; el primer entrenamiento estuvo dirigido a **identificar, discutir y cambiar los patrones de interacción de la pareja que pudieran estar impidiendo la superación de los problemas agorafóbicos**. Considerando los pocos estudios existentes, este segundo modo de implicar al compañero en la terapia (que puede incluir también ayuda durante la EV) puede no aportar beneficios adicionales en el postratamiento, pero sí en el seguimiento (Bados, 1995; Carter, Turovsky y Barlow, 1994; Daiuto et al., 1998); además, parece haber menos abandonos del tratamiento. En el caso de los adolescentes, los padres pueden ser incluidos en el tratamiento de un modo similar al descrito para el compañero.

Chambless et al. (1982) encontraron que el entrenamiento en comunicación para saber manejar conflictos con personas allegadas no produjo cambios en los problemas agorafóbicos al ser aplicado después de la exposición imaginal graduada prolongada. La conclusión de estos últimos autores es que en vez de añadir entrenamiento en comunicación a la terapia de exposición, lo que puede resultar útil es una intervención más focalizada, tal como **ayudar a los cónyuges a encontrar modos benéficos de interactuar con el fin de manejar los problemas agorafóbicos**. En este sentido, Chambless y Steketee (1999) hallaron que la hostilidad por parte de cónyuges o padres que convivían con los clientes llevó a un mayor abandono del tratamiento de EV y a peores resultados de este en los que lo completaron. En contraposición, los comentarios críticos no hostiles (aquellos centrados en conductas concretas y que no implican descalificaciones globales) predijeron un mejor resultado en el test de evitación conductual. De aquí la importancia de incluir en la intervención la **modificación de dicha hostilidad o la respuesta del cliente a la misma**.

Algunas parejas se resistirán a que la persona con agorafobia cambie. Ciertas parejas pueden pensar que serán menos importantes para el cliente o que este les dejará cuando se haga más independiente como resultado del tratamiento; otras parejas pueden ver como muy deseable que el cónyuge con agorafobia se dedique exclusivamente a las tareas domésticas. Cuando haya resistencia por parte de la pareja, **debe intentarse implicarla en el tratamiento**.

Por lo que se refiere a los **clientes con TOC**, aquellos cuya **pareja o familiares participan**

en el tratamiento pueden mejorar más que los tratados solos, aunque los resultados no han sido consistentes. Grunes, Neziroglu y McKay (2001) han mostrado que pacientes que no habían terminado de responder a la exposición más prevención de respuesta (EPR) mejoraron más cuando un miembro de la familia colaboró en el tratamiento que cuando siguieron con la EPR individual. Los familiares fueron vistos en grupo y los pacientes individualmente. La colaboración de la familia y el empleo del reforzamiento positivo parecen especialmente importantes en el caso de los niños.

En resumen, es aconsejable que el cliente **practique solo siempre que sea posible**, pero en caso necesario puede ayudarle un compañero (familiar o amigo que no presente el mismo problema). Ahora bien, el cliente debe afrontar como mínimo dos veces él solo la misma situación. **En las prácticas en que el cliente sea acompañado por un compañero este deberá** animar al cliente a comportarse con naturalidad (con las menos conductas defensivas posibles), alentarle a centrar su atención en la actividad a la que se está exponiendo, no hablar continuamente sobre cómo se siente, tranquilizarle en caso de que experimente una gran ansiedad (en vez de hablar sobre las sensaciones experimentadas o mostrar signos de preocupación o irritación), recordarle el empleo de estrategias de afrontamiento, reconfortarle mediante contacto físico, permitirle abandonar temporalmente la situación si experimenta una ansiedad excesiva, animarle a seguir adelante y elogiarle por sus progresos.

Para que la persona allegada pueda **colaborar de una forma adecuada**, es necesario que comprenda los fundamentos, los objetivos y el procedimiento de exposición, que **reciba un entrenamiento específico** y que tenga una buena relación con el cliente. No basta con dar instrucciones escritas, y mucho menos verbales, a estas personas, sino que deben ser cuidadosamente entrenadas (añadiendo modelado, ensayos, retroalimentación) y reforzadas por su colaboración. Lo ideal es que estas personas observen alguna exposición asistida por el terapeuta y posteriormente reciban el apoyo y la retroalimentación necesarios por parte de este durante una o más sesiones de exposición.

El **compañero** debe **preguntar** al cliente por la exposición que ha llevado a cabo y mostrar su **satisfacción** por el esfuerzo realizado y los logros conseguidos, aunque sean pequeños. Al principio, el compañero debe hacer esto cada día y luego, conforme el cliente vaya sintiéndose más seguro, con menos frecuencia. Por otra parte, el compañero no debe quejarse o mostrar impaciencia si el progreso es lento o variable. **Tampoco debe criticar** o prestar atención especial a los fracasos, a excepción de animar al paciente a que lo intente de nuevo, quizá de una forma algo diferente. Finalmente, debe ser capaz de tolerar el malestar que el cliente mostrará durante la exposición. Unas guías para el compañero en el tratamiento de la agorafobia aparecen en la **tabla 7**. Más información puede verse en Bados (2000, apéndice 3) y Craske y Barlow (2000, 2007).

Cuando los **familiares** participan, reciben información sobre el trastorno y sobre cómo ayudar al paciente en la aplicación de la EV. Se busca que los familiares sepan evitar tanto un estilo antagonista como acomodaticio ante el trastorno y que sepan manejar sus emociones de culpa y enfado. De todos modos, debido a los problemas intensos que pueden existir entre el paciente y su pareja o familiares, hay que ser cuidadoso a la hora de contar con su colaboración en la terapia.

La importancia de la autoexposición

Los **pacientes que más y mejor cumplen con las actividades diarias de AEV tienden a mejorar más** (Fava et al., 1997; Park et al., 2001). Las actividades de AEV son una parte fundamental de la EV, pero resultan más ansiógenas que aquellas realizadas con compañía. Para incrementar las probabilidades de que el cliente realice las tareas resulta esencial que a) **entienda los**

beneficios que le van a reportar y por qué, y b) que las exposiciones se **acuerden conjuntamente**, en vez de ser simplemente asignadas.

Es importante **acordar en detalle** en qué consistirán las actividades (lugar, personas implicadas, conductas a realizar, cuándo se llevarán a cabo). Por ejemplo, si la exposición implica ir al cine deberán especificarse aspectos como: la posibilidad o no de realizar conductas defensivas (sentarse cerca de la salida o colocarse cerca del pasillo) o la cantidad de gente que, a priori, se estima que puede haber en el local, en función de la película que irá a ver, el día y la hora. Asimismo, conviene **preguntar al cliente por posibles dificultades que anticipa** en la realización de las actividades y buscar posibles soluciones. Para aumentar la probabilidad de que el paciente lleve a cabo las actividades, conviene preguntarle por el **grado en que se considera capaz de realizarlas y acordar aquellas con valores de 80% o más**. Especialmente al comienzo del tratamiento puede ser conveniente pedir a los clientes que anoten lo que tienen que hacer y que lo describan para comprobar que no haya malentendidos. Por otra parte, y especialmente conforme avanza el tratamiento, hay que favorecer la **máxima iniciativa por parte del cliente** en la elección de las situaciones a practicar.

El empleo de medicación

Las investigaciones realizadas en distintos trastornos de ansiedad indican que la medicación es tan eficaz como la exposición a corto plazo; sin embargo, esta última es superior a medio y largo plazo, debido a que el porcentaje de recaídas es mucho menor. Además, la medicación puede crear dependencia. La combinación de ambos tratamientos puede ser necesaria en algunos casos y en ocasiones ha potenciado los resultados de la EV en el postratamiento, aunque no en los seguimientos.

Así pues, es aconsejable que los clientes tomen fármacos **sólo cuando existan razones específicas que lo justifiquen**. Si embargo, en la práctica clínica es habitual que los clientes acudan primero al médico de familia o al psiquiatra antes de solicitar un tratamiento psicológico. Esto conlleva que **un porcentaje importante de pacientes ya tomen medicación** cuando acuden a la consulta. En este caso, es necesario mantener la medicación hasta que aprendan los recursos suficientes para manejar la ansiedad de forma satisfactoria y, a partir de este momento, recomendar que abandonen progresivamente los fármacos, siempre bajo la supervisión del médico correspondiente.

Si un paciente toma una **medicación** no de forma regular, sino **sólo en aquellas situaciones temidas en que cree que la necesita**, se le aconseja **que deje de hacerlo**, ya que es una conducta defensiva. Es útil en este caso, preguntarle cuánto tiempo tarda en reducirse la ansiedad tras tomar la medicación. Muchos pacientes dicen que unos minutos, pero desde luego la medicación tarda más en hacer efecto. Por lo tanto, puede decirse al paciente que la acción de los fármacos no es inmediata y que, probablemente, cuando producen el efecto deseado, la ansiedad ya se ha reducido por sí sola gracias a los mecanismos de autorregulación; en definitiva, debe transmitirse el mensaje de que es la persona y no el fármaco quien controla la ansiedad. Asimismo, es conveniente indicar al cliente que el consumo de **caféina** y de otros **estimulantes** potencia la ansiedad y que el abuso de **alcohol y de fármacos ansiolíticos** interfiere en el éxito del tratamiento.

Otros aspectos a tener en cuenta antes de comenzar la exposición

La eficacia de la EV aumenta cuando los pacientes reciben instrucciones tendentes a inducir expectativas de mejora. Por lo tanto, conviene **comunicar expectativas de mejora**, aunque de

modo realista. No es adecuado exagerar, ya que entonces es probable que los resultados sean contraproducentes.

Antes de comenzar cada exposición, el cliente debe pensar en los **beneficios** que le supondrá poder realizarla. Asimismo, el cliente debe fijarse en los avances que va consiguiendo, por pequeños que sean y **elogiarse** por ellos; lo importante es recompensarse, por ejemplo, por haber conseguido conducir 5 km en la autopista en vez de criticarse por no haber conducido más kilómetros o por haber sentido miedo. Formas de recompensarse son felicitarse a sí mismo por el progreso, contar los logros a personas de confianza y decidir hacerse pequeños regalos o concesiones cuando se consigan ciertos objetivos. Conviene insistir en que, al menos inicialmente, una exposición exitosa es aquella en que se afronta la situación temida **a pesar del miedo**, ya que las conductas cambian antes que la emociones.

El cliente debe tener cuidado en **no menospreciar o minimizar los logros conseguidos**, aunque estos sean lentos o pequeños; hay personas que sólo se fijan en lo que no pueden hacer todavía y no en lo que van consiguiendo. En este sentido, es importante entrenar al cliente a valorar los logros tomando como criterio su estado actual y no lo que hacía antes o lo que hacen las personas que no tienen el problema. Por ejemplo, cuando un cliente afirma “Cualquiera podría hacer esto”, el terapeuta le debe hacer reflexionar para que objetive la situación y asuma que “No, si se sintieran tan ansiosos como yo”. Otro ejemplo sería “Debería haberlo hecho mejor.” (“Con el tiempo lo conseguiré; ahora haré lo que pueda.”). Es importante recalcar al paciente los logros que va consiguiendo. Si no se hace así, no es raro que los pasen por alto o los minimicen.

Hay que avisar al paciente de que el progreso no será lineal. Aunque irá avanzando, es normal que haya altibajos y contratiempos. Lo que se logró ayer, puede parecer difícil o imposible hoy y se puede perder temporalmente parte de lo que se había ganado. Sin embargo, esto es inevitable y no hay que preocuparse por ello. Lo importante es identificar y analizar los factores que han provocado los contratiempos, buscar soluciones y seguir con la exposición. Posibles **razones que pueden generar altibajos y contratiempos** son elegir una actividad de exposición demasiado difícil, periodos de estrés (laboral, familiar, conyugal), acontecimientos vitales negativos (p.ej., muerte de un ser querido, enfermedad grave, cese de una relación, accidentes), ataques de pánico inesperados, desarreglos hormonales, consumo de drogas, reacciones producidas por fármacos, dejar de exponerse a las situaciones temidas o hacerlo con poca frecuencia, volver a sentir dudas a la hora de entrar en las situaciones temidas, sentirse *aliviado* cuando se cancelan o posponen las situaciones temidas, etc.

Autorregistro y revisión de las autoexposiciones

Para poder revisar las actividades de AEV, conviene que el cliente complete, al menos para algunas situaciones, un **autorregistro** en el que consten, por ejemplo: a) fecha y actividad de exposición, b) duración, c) compañía (sí/no), d) ansiedad experimentada (0-100) (y ansiedad al final de la exposición si se sigue la perspectiva de la habituación), e) acciones realizadas para manejar la ansiedad (incluyendo posibles conductas defensivas) y f) satisfacción con la propia actuación (0-100), conclusiones extraídas y, si es el caso, acciones a emprender. Si se sigue la perspectiva del aprendizaje correctivo, el paciente apunta también lo que más le preocupa que suceda y si ha ocurrido o no. Las experiencias de AEV son **discutidas** al comienzo de la siguiente sesión, **individualmente** con el terapeuta **o en grupo**, y el paciente recibe la retroalimentación y reforzamiento correspondientes.

La **retroalimentación** dada por el terapeuta o autorregistrada por el cliente sobre el desempeño de este parece ser un factor importante en la EV. En cuanto al **reforzamiento social** de las

mejoras del cliente por parte del terapeuta, su papel es menos importante que el de la retroalimentación, al menos en el tratamiento de la agorafobia. Sin embargo, no se ha estudiado la importancia de reforzar otros aspectos –tales como los esfuerzos del cliente– y la importancia del reforzamiento social dado por otras personas allegadas para el cliente. Por otra parte, el reforzamiento social y material por parte de los padres, y quizá del terapeuta, parece especialmente importante en el caso de los niños.

El autorregistro permite **comentar con el paciente las conclusiones que va extrayendo** de sus actividades de exposición. De hecho, estas pueden plantearse no sólo con el fin de lograr la habituación de la ansiedad, sino como un modo de **someter a prueba las predicciones** acerca de las consecuencias temidas. Así, antes de cada exposición, el paciente predice las consecuencias negativas que ocurrirán y su gravedad; tras la exposición, anota las consecuencias realmente ocurridas y su gravedad, compara estos resultados con los predichos y extrae una conclusión. El estudio de Salkovskis et al. (2007) sugiere que la EV (3 horas) puede ser más eficaz cuando se planea para invalidar las anticipaciones negativas que cuando se basa en la habituación de la ansiedad. Sin embargo, los dos grupos comparados difirieron no sólo en la justificación recibida para la EV, sino también en las instrucciones respecto a las conductas defensivas: reducirlas en el primer caso para ver lo que pasaba y mantenerlas en el segundo para manejar la ansiedad. Así pues, las diferencias pudieron ser debidas a cualquiera de estos dos aspectos. Soechting et al. (1998) no hallaron que hubiera diferencias según se empleara una justificación cognitiva o conductual (descondicionamiento) de la EV (20 horas).

Una vez realizadas las exposiciones, **se revisan los diarios y las prácticas de exposición**. El plan puede ser el siguiente, suponiendo una aplicación en grupo:

- **Cada cliente comenta** las actividades de exposición realizadas durante la semana; la ocurrencia o no de las consecuencias temidas; los progresos logrados; las dificultades encontradas; los medios o estrategias de afrontamiento utilizados para superar esas dificultades; la eficacia de dichas estrategias; en qué medida aplicó correctamente las estrategias; qué es lo que podía haber hecho y no hizo.
- El grupo y los terapeutas proporcionan **reforzamiento** sincero por los esfuerzos y progresos. Además, el grupo ofrece ideas y **sugerencias** específicas encaminadas a facilitar la práctica y a resolver los problemas encontrados por el cliente, caso de que este necesite ayuda. Los **terapeutas** están atentos para corregir cualquier retroalimentación o proposición incorrecta o negativa y para dar o completar aquella información que no ha surgido y consideran necesaria. Los terapeutas deben también controlar si la AEV ha seguido las pautas adecuadas.

Acabada la revisión de las exposiciones realizadas, se revisan las **jerarquías** de exposición y se acuerda con cada cliente las actividades a intentar durante la semana. Como **actividades entre sesiones** los clientes deben practicar las actividades acordadas de AEV y anotarlas en el diario de actividades de exposición junto con cualesquiera otras actividades de exposición diferentes de aquellas que se ha acordado practicar.

LA EXPOSICIÓN EN GRUPO

La EV en grupo es **tan eficaz como la individual**. Estos resultados son comprensibles si tenemos en cuenta que la mayoría de actividades de exposición se hacen individualmente. En muchas ocasiones, las sesiones de grupo se limitan únicamente a comentar las exposiciones que cada cliente ha realizado durante la semana. En algunos casos las sesiones de tratamiento se aprove-

chan también para hacer exposiciones de grupo, pero los clientes deben hacer también actividades de autoexposición entre sesiones.

El tamaño del grupo no debe ser demasiado grande. **Un terapeuta** puede llevar bien un grupo de alrededor de **5 personas**; para grupos más grandes conviene contar con un **coterapeuta**. La **cohesión social del grupo** podría ser un factor importante. Según un estudio, los grupos de alta cohesión (aquellos en los que los clientes discutían en grupo las actividades de EV y problemas relacionados antes, durante y después de la exposición; y se apoyaban mutuamente además durante la exposición) mejoraron más que los grupos de baja cohesión (la discusión se hacía individualmente con el terapeuta y durante la EV los clientes eran separados tanto como era posible y se les pedía que no hablasen entre ellos sobre sus fobias u otros problemas); sin embargo, otro estudio no pudo replicar estos resultados.

El empleo de grupos tiene diversas ventajas: a) Permite a las personas con fobias comprobar, con el consecuente alivio, que sus problemas no son únicos. b) Facilita la EV, quizá por presión o reforzamiento social o modelado de afrontamiento. c) Puede producir menos abandonos. d) Hace que el reforzamiento por parte del grupo pueda tener un mayor impacto que el proveniente del terapeuta. e) Puede hacer surgir una competitividad amistosa que estimula la ejecución de tareas más difíciles. f) Puede dar lugar a algunas mejoras sociales adicionales en los clientes. g) Ahorra tiempo al terapeuta. h) Es posible ofrecer tratamiento a más clientes y a un menor costo.

El empleo de grupos también tiene desventajas: a) Puede haber modelado negativo por parte de algún cliente. b) Otro problema es que un cliente puede estar celoso del progreso de los otros –hay que explicar que los problemas de los clientes no pueden ser comparados– o puede desmotivarse al comparar sus avances con los de los otros. c) Puede perderse la flexibilidad necesaria para solucionar problemas individuales. d) Un problema adicional es que la situación de grupo puede poner ansiosos a algunos clientes, especialmente a aquellos con fobia social grave.

EXPOSICIÓN SIMULADA EN LA FOBIA SOCIAL

Los programas de exposición para la fobia social implican como recurso esencial del tratamiento la AEV, la cual es básica de cara a la generalización del cambio. Además, suelen incluir la práctica simulada de situaciones problemáticas (exposición simulada o ensayo de conducta). Hay datos de que la **AEV puede ser más eficaz cuando se combina con exposición simulada o en vivo** asistida por el terapeuta o por otras personas allegadas (Yang, Yang y Liu, 1999).

En general, se aconseja que, como mínimo al inicio del tratamiento y también en las situaciones que el cliente encuentre más difíciles, **la AEV sea precedida por la exposición simulada, por la EV asistida** por el terapeuta o por otras personas debidamente preparadas, **o por la exposición imaginal**. Esta última puede ser especialmente útil para pacientes muy evitadores o extremadamente ansiosos y para aquellas situaciones temidas que son poco frecuentes en la vida real o difíciles de simular con realismo en la consulta; también, como se explicará más tarde, puede ser provechosa para abordar las peores consecuencias temidas.

La exposición simulada, también conocida como ensayo conductual, consiste en la **exposición a situaciones sociales temidas que son simuladas o reproducidas en la sesión** terapéutica. De este modo el terapeuta tiene mucho **más control** sobre lo que sucede durante la exposición, incluyendo su duración y el comportamiento del cliente y de los otros participantes. **Por lo general, las situaciones se simulan**, pero en otras ocasiones las situaciones son reales, aunque **artificiales** (p.ej., ir haciendo cumplidos a los distintos miembros del grupo, pedirles favores, compartir con ellos la opinión sobre algo). En el caso de situaciones simuladas y para facilitar una activa-

ción emocional significativa, debe procurarse que sean **lo más realistas posible**; esto conlleva la redistribución del mobiliario, la introducción de los elementos materiales necesarios (p.ej., objetos, bebidas) y dar instrucciones a los compañeros de simulación para que se comporten del modo esperado.

La exposición simulada es **más fácil de conducir si el tratamiento es en grupo**, ya que los miembros pueden colaborar en la representación de los distintos roles que requiere cada situación. Conviene tener en cuenta que incluso en el tratamiento grupal los pasos de la jerarquía son **individualizados** para cada cliente. En caso de que el **tratamiento no sea en grupo**, es aconsejable buscar la colaboración de otras personas bajo compromiso de confidencialidad y con el permiso del paciente. Esto permite crear situaciones más realistas, favorece la generalización y permite que el terapeuta pueda dedicar su atención a observar la actuación y anotar los datos que le permitirán conducir la retroalimentación. Sin embargo, el psicólogo puede participar como interlocutor cuando: a) no se dispone de personas que puedan colaborar o b) el cliente manifiesta que la interacción con los posibles colaboradores le genera un nivel muy elevado de ansiedad; en este caso, el psicólogo sólo representaría el papel de interlocutor en las primeras simulaciones. Por otra parte, la colaboración de personas desconocidas también puede ser útil en un formato de grupo, especialmente tras las primeras 6-9 sesiones, ya que se habrá producido habituación al grupo.

Por cuestiones de tiempo, especialmente en el tratamiento en grupo, **es posible que sólo puedan trabajarse algunas de las situaciones de la jerarquía mediante exposición simulada**. Terapeuta y cliente seleccionan estas situaciones y el resto las practica el paciente mediante autoexposiciones, las cuales son revisadas en sesiones posteriores.

La **primera situación que se trabaja** mediante la exposición simulada debe ser una que el paciente pueda completar y en la que actúe con al menos un nivel moderado de competencia. Sin embargo, es frecuente, si se dispone de poco tiempo y las características del cliente lo permiten, comenzar por una situación calificada con 50 en la escala 0-100 de unidades subjetivas de ansiedad (USAs).

Las **metas de cada exposición deben ser realistas** y adecuadas a cada fase del tratamiento. Así, una persona con ansiedad heterosexual no debería proponerse en sus primeras interacciones con una persona del otro sexo no sentirse ansioso o no tartamudear nada en absoluto, sino, por ejemplo, ser capaz de hablar con el otro durante un tiempo determinado. **Al final del ensayo se revisa** en qué medida se ha conseguido la/s meta/s junto con las oscilaciones del nivel de ansiedad a lo largo de distintos momentos.

Algunos autores aconsejan obtener **calificaciones periódicas de la ansiedad subjetiva** a lo largo de la exposición simulada, incluso cada minuto. Esto sirve para controlar la habituación intra- y entre-sesiones e identificar los factores asociados a cambios en el nivel de ansiedad. Para que la obtención de las calificaciones perturbe lo menos posible la interacción social en curso, se utilizan dos estrategias: que el cliente tenga que decir sólo un número en la escala de unidades subjetivas de ansiedad (0-100) u otra similar y que los otros participantes ayuden al cliente a recuperar el hilo caso de que se pierda (“me estabas diciendo que...”). **De todos modos**, dado que la habituación intra-sesión parece mucho menos importante que la habituación entre sesiones, puede que no sea necesario obtener calificaciones tan frecuentes de la ansiedad dentro de una exposición.

En la exposición simulada, los ensayos pueden ocurrir sin retroalimentación específica sobre la actuación; el énfasis está entonces en la exposición prolongada o repetida a una situación. Sin embargo, lo usual es que los ensayos se combinen con **retroalimentación y reforzamiento**, primero por parte del propio cliente y luego del interlocutor, de otros miembros del grupo (si es el caso) y del terapeuta. La retroalimentación por parte de otras personas suele ser más realista que

la del paciente y no implica infravaloración. **Cuando se detecten claros déficits de habilidades** en una situación, la exposición simulada debe ser integrada con el entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, conviene tener en cuenta que los fallos claros de ejecución no implican necesariamente déficits de habilidades, sino que pueden ser debidos a ansiedad. Por ello, no conviene precipitarse al introducir el entrenamiento en habilidades; más vale esperar un poco y ver si con la repetición de las exposiciones y una retroalimentación mínima reduce la ansiedad del cliente y mejora su actuación.

La **grabación en vídeo** de alguna o algunas de las exposiciones simuladas y el visionado conjunto de las grabaciones facilita la retroalimentación y es fundamental para ayudar al paciente a modificar la imagen distorsionada que tiene de sí mismo. Antes de ver el vídeo, se pide al cliente que:

- a) Prediga el tipo e intensidad de los síntomas y conductas que mostrará; la intensidad puede operacionalizarse a través de calificaciones tipo Likert o modos más gráficos (muéstreme cuánto temblará, elija en esta carta de colores el rojo que corresponde a su rubor).
- b) Cierre los ojos e imagine claramente cómo cree que aparecerá (vídeo mental).
- c) Se mire a sí mismo como miraría a un extraño, fijándose sólo en lo que ve y oye en la grabación, e ignorando explícitamente lo que siente.

Posteriormente, cliente y terapeuta (y el resto del grupo si lo hay) revisan la grabación y el primero puede comprobar generalmente lo distinta que es la imagen que tiene de sí mismo de la que realmente ofrece, lo cual contribuye en gran modo a reducir su ansiedad. **No es necesario pasar toda la grabación**, sino las partes que se consideren necesarias para que el cliente vea las diferencias entre sus percepciones subjetivas y su comportamiento. Por otra parte, conviene tener en cuenta que la retroalimentación audiovisual no será adecuada al comienzo del tratamiento para aquellos clientes que tengan una actuación muy deficiente. En estos casos, hay que posponer dicha retroalimentación hasta que mejoren los aspectos problemáticos mediante la exposición repetida y/o el entrenamiento en habilidades.

En los ensayos conductuales deben tenerse en cuenta las **posibles dificultades que pueden surgir en la situación** social considerada (p.ej., rechazo de una solicitud, reacciones de estar dolido o de culpabilización por parte de un amigo cuando se le niega una petición). De este modo, el cliente se prepara para lo que puede ocurrir en la situación real, aumenta su confianza y reduce su ansiedad anticipatoria.

Algunos clientes no informan ansiedad en las exposiciones simuladas. Posibles razones son: a) La exposición no incluye aquello que teme realmente el paciente o lo hace de modo poco destacado; habrá que identificar estos miedos e incluirlos en las situaciones de exposición. b) Los interlocutores no representan adecuadamente su papel; esto requiere instruirlos mejor o seleccionar otros miembros de dentro o fuera del grupo que sean más capaces de conseguir el efecto deseado. Otra posibilidad es que sea el propio paciente el que represente también el papel de la otra parte. c) El cliente no cree en el procedimiento y no se implica en el mismo; si esto no se resuelve, puede probarse con la exposición imaginal y/o en vivo. d) Las exposiciones son muy ansiógenas y el cliente esté haciendo evitación cognitiva; habrá que empezar por situaciones más fáciles y discutir el papel negativo de la evitación.

EXPOSICIÓN MÁS PREVENCIÓN DE RESPUESTA EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

Para entender el concepto de exposición más prevención de respuesta vamos a imaginar un

cliente que presenta un TOC relacionado con el miedo a contaminarse. Al cliente le asalta la idea (**obsesión**) de poderse haber contaminado al tocar o haber podido tocar a personas u objetos que piensa que pueden estar sucios. Esta obsesión genera ansiedad, la cual es afrontada de dos modos: a) **evitar**, si es posible, tocar los objetos ansiógenos y b) lavarse las manos repetidamente (**compulsión**) en caso de tocar los objetos o ante la duda de haberlos tocado. Las conductas de evitar tocar los objetos y de lavarse permiten prevenir la ansiedad o reducirla a corto plazo y, por tanto, son reforzadas negativamente; sin embargo, contribuyen a mantener el problema. Por ello, en el tratamiento del TOC se utiliza la exposición (p.ej., tocar los objetos ansiógenos) más la prevención de respuesta (no realizar la compulsión, por ejemplo, lavarse las manos repetidamente después de tocar un objeto ansiógeno). Las técnicas de exposición pretenden **romper el círculo** que mantiene el problema induciendo al cliente a afrontar las situaciones o estímulos internos temidos y conseguir, entre otras cosas, una habituación de la ansiedad y la comprobación de que las **predicciones negativas son erróneas**.

Los **contenidos más frecuentes de las obsesiones** tienen que ver con la **contaminación** (p.ej., al dar la mano o tocar ciertas cosas o sustancias), **dudas repetidas** (p.ej., sobre si se ha cerrado el gas o la puerta o si se ha atropellado a alguien) e **impulsos de carácter agresivo u honorando** (p.ej., hacer daño o matar a un hijo o proferir obscenidades en una iglesia). La aplicación de la prevención de respuesta suele ser más compleja cuando las compulsiones son de carácter mental (p.ej., rezar, contar, repetir palabras o pensamientos en silencio, repasar mentalmente acciones previas, formar contraimágenes). Por ejemplo, un cliente al que le asaltan pensamientos blasfemos indeseados (obsesión) y que cuenta de 7 en 7 hasta 1.000 por cada pensamiento (compulsión).

Siguiendo a Foa (Foa y Franklin, 2001; Kozak y Foa, 1997) y Steketee (1999), la exposición más prevención de respuesta (EPR) implica una **exposición repetida y prolongada** (mínimo de 45 minutos) a las situaciones y pensamientos que producen malestar; al mismo tiempo el cliente debe abstenerse de llevar a cabo las compulsiones a pesar del fuerte deseo experimentado.

Terapeuta y cliente eligen de **10 a 20 situaciones para cada miedo obsesivo** y estas se jerarquizan empleando la escala USAs. **La primera situación a trabajar es una moderadamente difícil (40-50 USAs)**; luego se va procediendo gradualmente hasta el ítem final (100 USAs). Comenzar por situaciones de sólo 10-20 USAs tiene el inconveniente de que al paciente le resulta difícil observar el proceso de habituación, aunque puede ser necesario con clientes que toleran mal la ansiedad.

La **EPR** puede llevarse a cabo **diariamente** los días laborables a lo largo de 3 semanas o de modo **menos intensivo** (1-2 sesiones por semana). Es posible que una sesión por semana sea suficiente para los casos más leves y que la mayoría de pacientes necesiten al menos 2 sesiones por semana. Algunos miedos obsesivos (p.ej., a contaminarse) pueden trabajarse fácilmente en la consulta porque los elementos temidos están presentes en esta o pueden traerse a la misma. Sin embargo, **en la mayoría de los casos la exposición tendrá lugar en el entorno natural**: casa del paciente, lugar de trabajo, tiendas, lugares públicos. Es importante que el **terapeuta o una persona entrenada estén presentes durante las primeras exposiciones** para prevenir las conductas defensivas del paciente y asegurar que la EPR se lleva a cabo correctamente.

Antes y/o tras la exposición es habitual que terapeuta y paciente discutan de manera informal aspectos como los riesgos implicados (p.ej., en el caso de dejarse la TV encendida), **la sobrestimación de su probabilidad** (p.ej., probabilidad real de que se produzca un incendio al dejar la TV encendida) y **otros errores cognitivos** como la responsabilidad exagerada e igualar pensamiento con acción (p.ej., no diferenciar entre pensar que se va a hacer daño a alguien y hacerlo).

Al menos en las primeras sesiones o en los ítems más difíciles, es usual que el terapeuta **modele** la actividad de exposición antes de que la lleve a cabo el cliente. **Durante la exposición, la conversación se centra** en las reacciones del cliente a la misma (sentimientos, sensaciones, preocupaciones, interpretaciones, creencias, imágenes, posibles compulsiones) para facilitar el procesamiento emocional de todos aquellos elementos que provocan malestar; sin embargo, para evitar distracciones, no se intentan reestructurar las cogniciones negativas. El terapeuta debe estar preparado para afrontar fuertes reacciones emocionales del cliente (lagrimas, silencios tensos, enfado); cuando estas ocurren, se habla sobre lo que ha ocurrido, pero no se para la exposición a no ser que esto parezca esencial.

Cada paso de la jerarquía se trabaja en una sesión (dentro o fuera de la consulta) hasta que la ansiedad se reduce considerablemente (40-50%). También puede añadirse como criterio para dar por terminado un paso que las reacciones observables del paciente indiquen cierta habituación y que el deseo de llevar a cabo el ritual sea relativamente bajo. El **nivel de USAs** experimentado (y, en ocasiones, el deseo de ejecutar el ritual) se valora cada 5-10 minutos. **Si un ítem es superado y aún queda bastante tiempo** de sesión, se introduce uno nuevo; pero si queda poco tiempo, es mejor no hacer esto, ya que el paciente no se habituará, acabará la sesión con un malestar elevado y terminará por ejecutar sus rituales. Conviene **representar gráficamente la evolución de los niveles USAs** a lo largo de la sesión y entre sesiones para enseñársela al paciente. **Si por cualquier motivo, debe terminarse una sesión antes de que la ansiedad se haya reducido notablemente**, no se enseña el gráfico y se pide al paciente que continúe con la EPR por su cuenta y llame al terapeuta dentro de 1-2 horas para informar cómo ha ido.

A la hora de llevar a cabo las exposiciones, conviene **estar al tanto de las conductas sutiles de evitación**. Por ejemplo, un paciente que toca con la mano un objeto temido, evita hacerlo con ciertos dedos. Un cliente que no iba al cine para no contaminarse con el contacto con otra gente, comienza a ir, pero se sienta sólo en la fila de asientos que él considera más limpios o espera a salir el último para no rozarse con la gente. Otro paciente puede colocar en el armario la ropa que ya ha llevado, pero vigilando para que no toque a la ropa limpia. Estas conductas de evitación y la realización de rituales internos o externos impiden la habituación durante la exposición.

Se introducen **variaciones** en los ítems cuando se consideran necesarias para conseguir los fines de la exposición. Por ejemplo, tras tocar con su mano algo “contaminante”, el cliente se toca con la misma su cara, pelo y ropa y repite esto frecuentemente (p.ej., cada 5 minutos); o bien practica en sentarse en váteres de distintos lugares. Por otra parte, si se identifican nuevos ítems perturbadores, deben ser incorporados en las sesiones posteriores. **Un ítem se da por superado** cuando sólo produce un malestar bajo durante 2 días seguidos.

Al menos en las sesiones iniciales, es útil repetir la exposición al último ítem de la sesión anterior para determinar en qué grado persiste la reducción del malestar. Lo usual es que el nivel de ansiedad haya aumentado algo respecto al fin de la exposición previa, pero que no sea tan elevado como el del comienzo de la exposición anterior. Cuando se alcanza un nivel de 20-25 USAs, se introduce el siguiente ítem de la jerarquía.

Con pacientes que presentan más de un tipo de obsesión, suele ser mejor comenzar sólo con un tema obsesivo y progresar hasta que el paciente sea capaz de continuar por sí mismo con poca ayuda. Luego se pasa al segundo tema obsesivo y se procede del mismo modo antes de seguir con el tercero, caso de que exista (Steketee, 1999). Puede ser conveniente avisar a los pacientes que conforme progresa el tratamiento de una obsesión-compulsión (p.ej., contaminación), **puede intensificarse algún otro síntoma obsesivo que estuvo presente en el pasado** (p.ej., hacer daño a otros). Hay que explicar que esto es normal y que los “nuevos” miedos serán también tratados mediante exposición (Steketee, 1999).

En la **tabla 8**, siguiendo a Kozak y Foa (1997), se presenta un **ejemplo de cómo aplicar un plan de exposición** en un paciente con rituales de comprobación. Otros ejemplos pueden verse en Cruzado (1993, apéndice 6). En pacientes con miedos de contaminarse, no basta con tocar los objetos temidos una sola vez, sino que la exposición implica repetir cada pocos minutos tocar los objetos y tocarse la ropa, manos, cara, etc.

Con relación a las personas que presentan rituales de comprobación, conviene tener en cuenta que, tras realizar la correspondiente exposición a la situación temida (p.ej., encender y apagar la cocina, abrir y cerrar una puerta, pasar por un sitio conduciendo), no conviene que permanezcan en la situación, ya que esto les permitiría realizar comprobaciones automáticas o implícitas (“no ocurre nada, debo haber apagado bien la cocina”). Por lo tanto, una sesión incluye una serie de tareas en las que el paciente **se expone a lo que teme y luego abandona rápidamente la situación sin volver a la misma durante un prolongado periodo** de tiempo, si es que vuelve. Además, **se le recuerdan o se le pide que recuerde repetidamente los riesgos implicados** en las situaciones de exposición y el hecho de no haber realizado ninguna comprobación; esto prolonga el periodo de exposición sin necesidad de tener que volver a la situación. En tercer lugar, el cliente debe **repetir la exposición sin el terapeuta** para que no pueda inferir que no ha provocado ningún daño a partir del comportamiento del terapeuta.

Por último, **cuando las acciones temidas son de bajo riesgo, pueden ser realizadas a propósito como actividades de autoexposición**. Ejemplos son: a) encender el horno y salir de casa durante una hora, b) dejar encendidos televisores, radios y luces durante largos periodos de tiempo sin comprobar, c) poner un plato roto en el fondo del lavavajillas y lavar los platos, d) rellenar un cheque sin la firma, y e) decir a propósito palabras equivocadas durante la conversación o cometer pequeñas “imperfecciones” en las cosas que hace.

La EV debe incluir la **prevención de los rituales o compulsiones**. Las formas de llevar a cabo esta prevención pueden ser muy distintas. Por ejemplo, pueden ir desde un lavado normal sin supervisión hasta, en el caso de pacientes hospitalizados, una abstinencia total de lavarse durante varios días bajo supervisión del personal sanitario. El **grado de supervisión no parece afectar a los resultados, pero sí el rigor de las reglas**. Los clientes siguen más fácilmente las instrucciones estrictas que minimizan tener que decidir si una acción es un ritual o algo normal en comparación a las instrucciones vagas que requieren juicios sutiles por parte del cliente o que le permiten hacer compulsiones parciales. Por otra parte, para poder prevenir los rituales internos, es imprescindible que el paciente distinga estos de las obsesiones.

Algunos autores (p.ej., Kozak y Foa, 1997) recomiendan **reglas estrictas para la prevención de respuesta**, especialmente cuando el tratamiento se aplica de modo intensivo; por ejemplo, durante 3 semanas y con contacto diario con el terapeuta. Un ejemplo para **personas con rituales de lavado** pueden verse en la **tabla 9** [Cruzado (1993) presenta también reglas para personas con rituales de comprobación en el apéndice 7]. Hacia el final del tratamiento, una vez finalizado el periodo de reglas estrictas de prevención de respuesta, Kozak y Foa (1997, pág. 180) y Steketee (1999) proporcionan **guías para la conducta “normal” de lavado** (véase la **tabla 10**).

Otros autores siguen una aproximación más gradual en la prevención de respuesta:

- a) Steketee (1999) **previene los rituales relacionados con situaciones que se han trabajado** en sesiones previas (p.ej., tocar el pomo de las puertas) pero permite realizar las compulsiones en situaciones que aún no se han trabajado (p.ej., apoyar la mano en el suelo). Sin embargo, en estas situaciones se acuerda, si es posible, una reducción de los rituales (p.ej., lavarse las manos 2 minutos en vez de 5). Un peligro de la opción de Steketee es que si tras exponerse a una situación de menor ansiedad (tocar el zapato), surge una

situación más ansiógena (tocar la tapa del váter) y se ejecuta el ritual (lavarse las manos), este servirá también de tranquilización para la primera situación. La solución es volver a exponerse inmediatamente a la situación que se está trabajando.

- b) Otros clínicos indican al cliente que no haga los rituales **durante un periodo de 2 horas después de haber realizado la exposición, pero permiten la conducta normal** (p.ej., de lavado y comprobación) **durante el resto del día**.
- c) Finalmente, otros han **prevenido** la realización de los rituales **por periodos de tiempo progresivamente más largos** (media hora, una hora, etc.) tras terminar la exposición.

La **prevención de respuesta total** (no necesariamente desde el principio) es más eficaz que la prevención parcial o ausente. Sin embargo, esta prevención no debe conseguirse mediante imposición o restricción física por parte de otros. Al contrario, el terapeuta debe **convencer al paciente** de la necesidad de abstenerse de las compulsiones explicándole las razones de esto y acordando **actividades alternativas** que puede llevar a cabo cuando el deseo de realizar los rituales sea muy fuerte. Estas actividades deben ser incompatibles con el ritual y pueden incluir pasear, hacer ejercicio, hacer trabajos manuales, escuchar música y hacer cosas con otros. La actividad debe proseguirse hasta que el impulso para realizar el ritual se haya reducido notablemente. Asimismo, un familiar o amigo puede alentar al cliente a resistir los rituales recordándole la justificación para ello y la importancia de la resistencia. Si a pesar de todo, el paciente ve que no va poder refrenar la compulsión, puede llamar al familiar que le ayuda o al terapeuta.

Es **raro que los pacientes consigan eliminar de modo rápido y consistente sus rituales**. Por tanto, conviene anticiparles la posibilidad de que esto ocurra y pedirles que lleven un **auto-registro** donde anoten tanto los deseos de realizar las compulsiones como las violaciones de las reglas de prevención; en este caso tiene que describir el ritual y la duración del mismo. Estos datos son comentados con el terapeuta y pueden ser cruciales para encontrar formas de resistir los rituales. El terapeuta debe reaccionar sin enfado ni frustración y alentar a los clientes para que sigan trabajando de cara a la eliminación de los rituales, pero sin desanimarse por fallos ocasionales. También debe indicarles que una vez realizado el ritual, la mejor estrategia para contrarrestarlo y luchar contra el desaliento, es **practicar de nuevo la autoexposición** a la situación o pensamiento que ha disparado el ritual, sin llevar a cabo este y hasta que se reduzca marcadamente el malestar.

Por otra parte, de Silva, Menzies y Shafran (2003) proponen que cuando un paciente tiene **dificultades para prevenir las compulsiones mentales**, se busque una **actividad mental atractiva** que la persona pueda llevar a cabo en lugar de hacer el ritual. Posibles ejemplos de actividades son resolver problemas de aritmética mental, hacer crucigramas o puzles o leer un texto absorbente. Si esta nueva actividad puede convertirse en una compulsión o cumplir la misma función que esta, es una cuestión que está por dilucidar.

Si un paciente no informa de sus rituales al terapeuta, ya sea deliberadamente o por no ser consciente de los mismos, existen tres alternativas: a) Pedir a una persona allegada, con el consentimiento previo del paciente, que informe al terapeuta. b) Pedir a la persona allegada que avise de modo adecuado al paciente cuando viola las reglas. c) Reunirse el terapeuta con el cliente y la persona allegada para discutir los progresos y las dificultades surgidas. Hay que enseñarles a ambos cómo pueden discutir las violaciones de las reglas –violaciones de las que el paciente puede no darse cuenta al no considerar ciertas conductas como rituales– y cómo la persona allegada puede ayudar al paciente. Esta **persona de apoyo** puede señalar al paciente lo que está haciendo o evitando y preguntarle si cree que es algo de tipo obsesivo-compulsivo; si la respuesta es afirmativa, le pregunta si es algo que ya está trabajando en terapia. De ser así, le recuerda que es importante seguir el programa para poder mejorar y le pregunta si puede ayudarle de algún modo para superar la conducta de evitación o no hacer el ritual. También le sugiere que comente lo ocurrido

con el terapeuta. Es importante que la persona de apoyo se muestre **calmada, emplee un tono de voz suave y haga sugerencias en vez de dar órdenes**. En caso necesario, la persona de apoyo debe intentar parar las violaciones de las reglas mediante una firme insistencia verbal, pero sin discutir ni emplear la fuerza. No debe impedir físicamente hacer el ritual a no ser que el paciente haya dado su consentimiento previo a cómo hacerlo.

No es raro que al eliminar los rituales aparezcan otros rituales o conductas sutiles de evitación. Por ejemplo, emplear alcohol o colonia en vez de lejía para esterilizar las cosas; escuchar las noticias o atender a lo que dicen los pasajeros en vez de mirar por el espejo retrovisor para comprobar si se ha atropellado a alguien. Es conveniente preguntar específicamente al paciente si ha pasado a realizar otras cosas para aliviar la ansiedad. De ser así, hay que identificarlas, recordar al cliente de qué modo estos nuevos rituales contribuyen a mantener el problema y pedirle que deje de hacerlos.

Según Foa (2004), **en ocasiones, una vez que el paciente ha dejado de hacer un ritual, ocurre aquello que teme** (p.ej., que enferme o muera un familiar). Curiosamente, la respuesta habitual en estos casos es que el paciente atribuya la consecuencia temida a factores externos (“a mi hijo le han contagiado el virus que corre por el colegio”, “mi padre tenía el corazón muy dañado”) y no a haber dejado de realizar el ritual.

Un tipo frecuente de ritual es la **búsqueda repetida de tranquilización** por parte de otros para reducir el malestar obsesivo (p.ej., pedir confirmación a la pareja de si se ha cerrado el gas). El terapeuta debe mostrar al paciente que el alivio producido por la tranquilización es transitorio, indicarle que la búsqueda de tranquilización es un tipo de ritual y decirle que deje de buscar tranquilización; la regla es abstenerse de confirmar las propias impresiones preguntando a los demás, ya que la meta es confiar en el propio juicio, salvo las excepciones acordadas con el terapeuta. Por tanto, cuando un paciente pregunta si es totalmente seguro hacer algo, no se le da seguridad absoluta, sino que se le comenta que la probabilidad de que suceda lo que teme es muy baja; el terapeuta también puede añadir que él haría dicha actividad (y puede, de hecho, modelarla) y que se la dejaría hacer a sus hijos.

Asimismo, se pide a las **personas del entorno del cliente que dejen de proporcionarle tranquilización**. Aunque esta medida es terapéutica, suele producir ansiedad y/o ira en el paciente. Por ello, conviene preparar a todas las partes. Un medio útil es que ante las demandas de tranquilización, un familiar le pida al cliente que recuerde lo que ha discutido previamente con el terapeuta. Si a pesar de esto, insiste, el familiar puede responder diciendo: “sé lo mal que te sientes, pero como acordamos todos con el terapeuta, no es conveniente que te responda a lo que me pides”; luego, podría pasar a hablar de otro tema. Si el cliente insistiera, el familiar podría recordarle la justificación de su negativa (el cliente debe confiar en su propio juicio, la tranquilización sólo produce un alivio transitorio) y si siguiera insistiendo, decirle que hablara con el terapeuta.

El papel de los familiares y amigos del paciente es importante en el tratamiento del TOC. Muchas veces, las personas allegadas se acomodan a las conductas de evitación y a los rituales del paciente. Por ejemplo, pueden lavarse más de lo necesario o evitar tocar ciertas cosas ante la petición del cliente con miedo a contaminarse, pueden comprobar por el cliente si la cocina está apagada o pueden ayudarle a tomar decisiones sencillas. Las **conductas de acomodación de familiares y amigos deben ir siendo eliminadas** como parte de las actividades de EPR. **En otros casos los conflictos surgen por las reacciones negativas de las personas allegadas ante el TOC y su tratamiento;** por ejemplo, frustración, resentimiento, hostilidad. En este caso el terapeuta deberá trabajar con las personas del entorno para intentar cambiar estas actitudes negativas y, si no es posible, habrá que procurar que el cliente minimice el contacto con dichas personas durante el tratamiento.

EXPOSICIÓN EN LA BULIMIA NERVIOSA Y OTROS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

La exposición también ha sido aplicada en la bulimia nerviosa aunque los datos existentes indican que, por el momento, el tratamiento más eficaz es la terapia cognitivo-conductual (TCC). Las personas con bulimia experimentan un impulso intenso a realizar atracones, y con mucha frecuencia, después del atracón, sienten un fuerte impulso a vomitar. La conducta de vomitar tiene una función tranquilizadora, puesto que reduce la ansiedad asociada a ganar peso. En el tratamiento de la bulimia nerviosa se han empleado **dos tipos de exposición prolongada más prevención de respuesta** en presencia del terapeuta con finalidades diferentes:

- a) **Exposición a la tentación más prevención de la ingesta y de los atracones** (Jansen, Broekmate y Heymans, 1992; Johnson, Corrigan y Mayo, 1987). La persona se expone a **estímulos asociados con los atracones (exposición), pero se le da la instrucción de no comer** y de aguantar el tiempo necesario hasta que se reduzca el impulso a comer (prevención de respuesta). Generalmente, se pide a los clientes que jerarquicen situaciones de alto riesgo para los atracones (p.ej., una discusión con alguien o probarse ropa muy ajustada) e identifiquen alimentos que suelen comer durante los atracones. Luego, se pide al cliente que vea, huela, toque, se lleve a la boca e incluso que pruebe los alimentos seleccionados, mientras imagina que está en una situación de riesgo. Los objetivos básicos de este tipo de exposición son: a) disminuir el impulso de comer cuando uno se encuentra en situaciones facilitadoras de los atracones y b) aumentar la confianza en sí mismo para poder manejar dicho impulso.
- b) **Exposición a comer los alimentos evitados más prevención del vómito** (Leitenberg et al., 1988; Rosen y Leitenberg, 1985). En este caso el cliente se expone a **comer alimentos que provoquen deseos de vomitar (exposición), pero sin poder hacerlo** durante 2,5 horas (prevención de respuesta). Los objetivos básicos son: a) aprender a reducir la ansiedad sin acudir al vómito y b) someter a prueba las predicciones sobre las consecuencias de comer sin vomitar. Este tipo de exposición incluye explícitamente reestructuración cognitiva.

Estos dos tipos de exposición pueden emplearse también en el caso de la anorexia o de alguno de sus subtipos (anorexia purgativa); asimismo, el primer tipo de exposición puede utilizarse en el trastorno por atracón. **Otros tipos de exposición empleados en los trastornos de alimentación son:**

- Permitir temporalmente la evitación de ciertos alimentos, pero **restablecer más o menos gradualmente tres comidas regulares** y dos tentempiés al día comenzando por los menos amenazantes. **Aumentar la ingesta calórica hasta** el límite de calorías calculado para cada paciente.
- **Introducir gradualmente en la alimentación los alimentos evitados.** Se pide a la paciente que haga una lista de los mismos y que los ordene en tres o cuatro grupos según la dificultad que le suponga empezar a comerlos. Luego, se le pide que comience introduciendo los alimentos del primer grupo en sus comidas durante un par de semanas y que no vomite después (esto es una autoexposición gradual a comer los alimentos evitados más prevención del vómito). Luego, se van introduciendo del mismo modo los restantes grupos. Se explica a la paciente que mediante esta introducción gradual de los alimentos prohibidos es menos probable que sienta ansia por dichos alimentos y los convierta en componentes habituales de sus atracones. Ejemplos de alimentos evitados son el chocola-

te, los helados, las galletas, los pasteles, la pasta y, en general, aquellos considerados muy calóricos. La reestructuración cognitiva, la información nutricional y la persuasión pueden utilizarse para ayudar a introducir aquellos alimentos que la paciente se autoprohíbe porque piensa que son muy calóricos o que harán que se des controle.

- **Afrontar gradualmente todas aquellas situaciones relacionadas con la comida que crean ansiedad y que se tienden a evitar.** Por ejemplo, comer con ciertas personas, discutir con alguien, ingerir comidas de las que se desconoce su contenido calórico y todas aquellas situaciones que se comentan más abajo referidas al propio cuerpo y apariencia.
- **Exponerse a las distintas partes del cuerpo con la finalidad de reducir los sentimientos negativos respecto a la apariencia física.** La paciente ordena las distintas partes de su cuerpo desde la más satisfactoria hasta la más perturbadora. Luego, se pone en casa delante de un espejo de cuerpo entero y, comenzando por el primer ítem de la jerarquía, observa la parte correspondiente de su cuerpo hasta que el malestar se reduzca significativamente y vaya aceptando más esa parte. Luego, pasa al siguiente ítem de la jerarquía. La exposición puede hacerse primero vestida y luego desnuda. (Si un paciente ya se examina delante del espejo, se le dice que lo siga haciendo, pero describiendo su cuerpo de modo neutral y objetivo.) Un paso más en la jerarquía es observar el propio cuerpo en situaciones públicas tales como escaparates de tiendas, espejos de probadores o de aseos, etc.

También hay que **eliminar posibles conductas defensivas** tales como pesarse diariamente, medir partes del cuerpo con cintas métricas, mirarse repetidamente en el espejo para comprobar que no se ha engordado, compararse continuamente con otros o pedir repetidamente la opinión de estos acerca de los aspectos corporales que preocupan.

- **Exponerse a situaciones que producen sentimientos negativos respecto a la apariencia física.** Por ejemplo, llevar ropa ajustada, desnudarse delante de la pareja, ponerse faldas en vez de pantalones, dejarse ver con poca ropa o desnuda, ducharse en el gimnasio en vez de en casa, llamar la atención sobre la apariencia llevando ropa más moderna, pedir retroalimentación a la dependienta al probarse algo en una tienda, etc. La exposición puede hacerse primero en imaginación y después en vivo. Este y el anterior tipo de exposición son también empleados en el tratamiento del trastorno dismórfico corporal (Raich, 2000; Rosen, 1997).

Otro tipo de exposición señalado por Johnson, Corrigan y Mayo (1987) y no investigado todavía, es la **exposición imaginal prolongada a las situaciones, sensaciones, pensamientos y sentimientos asociados con los atracones así como a las consecuencias temidas** (ridículo, rechazo interpersonal, aislamiento social, fracaso, intimidad sexual, expresión de ira, responsabilidades de la madurez, etc.).

EXPOSICIÓN EN EL JUEGO PATOLÓGICO

En el tratamiento del juego patológico también se utiliza, **dentro de un programa de intervención más amplio**, la exposición con prevención de respuesta. El cliente debe permanecer ante el estímulo que le incita a jugar, p.ej., máquina tragaperras (exposición) hasta que el impulso de jugar desaparezca y sin realizar la conducta de juego (prevención de respuesta).

Sin embargo, antes de aplicar la exposición debe utilizarse el **control de estímulos**. Esta técnica implica que el cliente acepta una serie de normas: pedir a los familiares y amigos que no le

dejen más dinero, no tener acceso al dinero (excepto gastos de bolsillo) ni a tarjetas de crédito, no entrar en sitios de juego, no pasar cerca de los mismos y no relacionarse con amigos jugadores. Una vez que el cliente deja de jugar, se introduce la **exposición** con prevención de respuesta, se va atenuando gradualmente el control de estímulos (pero sin volver a jugar ni relacionarse con amigos jugadores) y se entrena al cliente en diversos recursos que le permitan poder volver a su vida normal.

Para conducir la exposición, Fernández-Montalvo y Echeburúa (1998, véase también Echeburúa y de Corral, 1998, y Ochoa et al., 1994) han propuesto las siguientes **pautas**:

- Explicar al cliente los **objetivos** de la exposición.
- **Entrar cada día con un colaborador en los bares o locales de juego** donde jugaba habitualmente. (Un paso previo más fácil sería empezar con locales donde no se jugaba.) Puede consumir cualquier bebida **menos alcohol**, pero no debe tomar más de un café para evitar un nivel de sobreexcitación añadido. El cliente no lleva dinero, es el colaborador quien paga la consumición.
- **Acercarse a la máquina y concentrarse en todas las sensaciones que experimenta**. Si hay alguien jugando, el cliente debe fijarse en cómo juega y en lo que él piensa, en si siente ganas de jugar, etc. Debe recordar las veces que ha jugado en esa máquina y las sensaciones que tenía. Si no hay nadie jugando, tiene que acercarse lo más posible a la máquina sin llamar la atención. La tarea del colaborador es impedir que juegue.
- Concentrarse en lo que está haciendo y **no distraerse** hablando con el colaborador u otra persona, pensando en otra cosa, mirando la TV o jugando a las cartas.
- Hacer un mínimo de media hora de exposición o, si es necesario, más tiempo, **hasta que esté tranquilo** (nivel de ansiedad igual o menor a 3 en una escala 0-10) y **no tengan ganas de jugar**.
- Completar lo más pronto posible tras cada exposición un **autorregistro** en el que apunte fecha, tarea realizada, lugar, compañía, tiempo, ansiedad antes y después, pensamientos y observaciones. El paciente consulta el autorregistro para darse cuenta de los progresos, el colaborador **refuerza** estos progresos y el terapeuta refuerza el trabajo de ambos.
- Practicar **todos los días** una o más veces.

Cuando el cliente controla el impulso de jugar en las condiciones anteriores, puede aumentarse la dificultad de la exposición con los siguientes pasos: a) exponerse con el dinero justo para pagar la consumición y con el colaborador esperando fuera del local y a la vista del paciente, b) exponerse con el dinero justo para pagar la consumición y sin colaborador (se le puede llamar por teléfono en caso de apuro), c) exponerse con el dinero para pagar la consumición y 10 euros extra y sin colaborador, d) exponerse sin restricciones de dinero y sin colaborador.

Finalmente, se utiliza la exposición con la finalidad de **prevenir las recaídas**. Para ello, se identifica una situación de alto riesgo (p.ej., un estado de cierta disforia o perturbación emocional, la presión social a jugar) y el cliente se expone a dicha situación hasta que decrece notablemente el grado de malestar y desaparece el deseo de jugar.

EXPOSICIÓN EN EL ALCOHOLISMO

La exposición también ha sido empleada en el tratamiento del alcoholismo como **parte de programas de tratamiento más amplios**. El cliente debe exponerse a las señales y situaciones que favorecen la bebida ((p.ej., vista, tacto y olor de un vaso de vino) hasta que el impulso de beber se reduzca y sin tomar alcohol (prevención de respuesta). Los pocos estudios existentes sugieren que la exposición puede ser útil. Por otra parte, cuando el objetivo de los pacientes es conseguir un **consumo moderado** en lugar de la abstinencia total, Dawe et al. (2002) han incluido una nueva pauta en el tratamiento: piden al cliente que beba **una dosis preparatoria de alcohol** antes de hacer la exposición. Las **finalidades** de introducir esta pauta son: a) reducir el impulso de beber incluso ante un estímulo tan potente como la experiencia interoceptiva de una dosis de alcohol y b) aumentar las expectativas de autoeficacia sobre el control de la conducta de beber. Este procedimiento ha resultado tan eficaz, estadística y clínicamente, como la terapia cognitivo-conductual dirigida a la bebida controlada.

El procedimiento de Dawe et al. (2002) se caracteriza por las siguientes **pautas**:

- Se explican al paciente los **fundamentos**, los **objetivos y el procedimiento** de la exposición; la conceptualización incluye una discusión sobre cómo las señales asociadas al alcohol producen el deseo de beber y dificultan el control del consumo una vez que se ha bebido.
- El programa consta de ocho sesiones de exposición de **30-50 minutos de duración** en función de la velocidad de habituación del cliente.
- Antes de cada sesión se hace un **análisis del aliento** del cliente para asegurarse de que no hay alcohol en sangre.
- El cliente **se expondrá a** ver, tocar y oler su bebida alcohólica preferida y a las señales interoceptivas del consumo de alcohol. La bebida se presentará de la manera que la consume habitualmente (p.ej., en el tipo de vaso correspondiente).
- Al comienzo de la sesión, se pide al paciente que **haga dos valoraciones de 0 a 10 de sus ganas de beber** en función de a) sus efectos positivos y b) sus efectos para reducir o eliminar un estado afectivo negativo. Luego se le dice que **beba una dosis preparatoria** de alcohol servido de la manera que suele tomarlo y se vuelven a evaluar las ganas de beber. Si el empleo de esta dosis preparatoria mejora la eficacia del programa es algo que está por investigar.
- Se recuerda al cliente la justificación de la exposición y se le informa que el propósito de la sesión es **resistir el deseo de beber, aunque no se le impedirá que lo haga**. La justificación de que se permita consumir la bebida es que hay una mayor reacción ante las señales cuando se sabe que existe la posibilidad de beber. [Sin embargo, en otros programas de exposición no se permite beber.]
- La **exposición comienza con las señales visuales**: se pide al paciente que mire a la bebida que hay encima de la mesa y que se presenta de modo idéntico a la dosis preparatoria. Cada 4 minutos se obtienen las dos valoraciones de las ganas de beber. Cuando las puntuaciones se han reducido hasta los niveles de línea base o están, como máximo un 10% por encima de la misma durante dos calificaciones consecutivas, se pasa al **componente táctil**. Se repite todo el proceso y finalmente se introduce el **componente olfativo**. La exposición continúa hasta que ocurre la habituación, es decir, hasta que el deseo de beber

ha vuelto a la línea base o está, como máximo un 10% por encima de la misma.

- Cada sesión debe terminar cuando el paciente ha logrado la **habituación**.
- Es más fácil que las ganas de beber reaparezcan cuando hay una historia de bebida en múltiples contextos y la extinción tiene lugar sólo en uno. Por ello, como actividades **entre sesiones, el paciente debe hacer exposición, tras una primera dosis**, tanto en contextos donde bebía habitualmente como en contextos nuevos. Para ello, se planifican con el paciente las situaciones en las que tendrá ocasión de beber durante la semana siguiente. En cada ocasión el cliente debe anotar sus ganas de beber tras la primera bebida, el número total de bebidas consumidas y, siempre que sea posible, sus ganas de beber cada 10 minutos. Las exposiciones en el contexto natural facilitan la generalización y reducen las probabilidades de recaída.

En el programa que se acaba de presentar, la exposición se realiza primero al alcohol y sus características y, posteriormente, a las situaciones externas asociadas con su consumo. Sin embargo, podrían incluirse también **señales internas** (recuerdo de un consumo pasado, expectativas de un posible consumo, estados de ánimo disfóricos inducidos a través de la imaginación de ciertos sucesos) (véase Otto, Powers y Fischmann, 2005) y la imaginación de situaciones de alto riesgo para beber.

Graziani (2002) explica detalladamente un programa de tratamiento en que la **exposición se combina con estrategias de resolución de problemas**. En primer lugar se emplea la **exposición imaginal a las situaciones de alto riesgo** para beber junto con la **exposición en vivo a la bebida preferida**: destapar una botella, servirse un vaso, tenerlo en las manos, oler la bebida. Durante la exposición, el paciente va calificando de 0 a 100 su deseo de beber y describe su estado emocional, las sensaciones experimentadas y los pensamientos automáticos que le vienen a la cabeza y que facilitan la bebida. Luego, prosigue la exposición imaginal a una continuación de la situación de alto riesgo.

Cuando termina la exposición, se pide al paciente que identifique posibles **estrategias para reducir el deseo** de beber, que analice las estrategias identificadas y que, en caso necesario, busque estrategias alternativas más eficaces. Estas incluyen tanto estrategias cognitivas para oponerse a los pensamientos facilitadores (p.ej., recordar el peor recuerdo asociado a un episodio alcohólico) como estrategias conductuales (p.ej., pedir un zumo de frutas, salir a tomar el aire). Dentro de las estrategias cognitivas, el terapeuta debe ayudar al cliente a considerar las ventajas e inconvenientes tanto de beber como de dejar de hacerlo y a valorar las consecuencias positivas de la abstinencia y las consecuencias negativas de seguir bebiendo.

A continuación **se retoma la exposición imaginal y en vivo** a la situación inicial y cuando aumenta notablemente el deseo de beber, se pide al paciente que **aplique alguna de las estrategias** previamente seleccionadas. Cuando el deseo disminuye, se le pide que vuelva a concentrarse en la bebida (mirar la botella, sentir el vaso en las manos, oler) y que vuelva a aplicar una estrategia. Este proceso se sigue hasta que el deseo disminuye de forma significativa. En sesiones posteriores, se repasan las estrategias eficaces identificadas y se continúa aplicando la exposición a nuevas situaciones o a situaciones ya trabajadas en las que se introducen imprevistos (p.ej., los otros insisten para que se beba). Si la estrategia aplicada por el cliente no se considera adecuada, se comenta con este para ver si puede encontrarse una más eficaz.

II - EXPOSICIÓN EN LA IMAGINACIÓN

CONCEPTO Y EFICACIA

La exposición en imaginación consiste en **imaginar de forma deliberada, sistemática y lo más vívida posible que se están experimentando las situaciones y estímulos temidos**. La exposición imaginal, combinada en mayor o menor grado con exposición en vivo (EV), se ha utilizado eficazmente en los trastornos fóbicos, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo y trastorno obsesivo-compulsivo. También se ha aplicado en las pesadillas y la pena mórbida, aunque no hay datos sólidos sobre su eficacia.

En las **fobias específicas**, la exposición imaginal ha resultado más eficaz que el no tratamiento, pero menos que la EV. En la **fobia social**, la exposición imaginal es útil, especialmente cuando se combina con la EV. En el caso de la **agorafobia**, la exposición imaginal es menos eficaz que la EV. Añadir a la EV exposición imaginal a las situaciones temidas no ha mejorado los resultados, pero las cosas podrían ser diferentes si la exposición imaginal incluyera las sensaciones de miedo/pánico y las consecuencias temidas. Craske, Barlow y Meadows (2000) recomiendan que antes de exponerse a una situación en vivo, el paciente imagine que experimenta sensaciones de miedo/pánico en la misma y que las afronta.

En el tratamiento del **trastorno de ansiedad generalizada**, se pide al cliente que imagine, de modo jerárquico, situaciones externas y estímulos internos (cogniciones, sensaciones) suscitadores de ansiedad y que tras experimentar esta durante unos momentos, aprenda a manejarla mediante las estrategias que se le han enseñado (relajación y/o, reestructuración). Posteriormente, se le pide también que se exponga en vivo a las situaciones que le producen preocupación y ansiedad para que aprenda a manejarlas. Los resultados parecen similares, ya sea que al cliente se le haya enseñado a aplicar relajación, reestructuración o ambas. Estos tratamientos han sido superiores a la lista de espera y a otras terapias alternativas como placebo farmacológico, benzodiazepinas y psicoterapia analítica. La ansiedad generalizada, las preocupaciones y el humor deprimido se reducen significativamente.

En el **trastorno de estrés postraumático**, la exposición prolongada a los estímulos temidos (incluida la rememoración de las experiencias traumáticas) se ha mostrado superior a grupos de lista de espera y a otros tratamientos (inoculación de estrés, relajación) con ex-combatientes, víctimas de violación y grupos constituidos por pacientes con diversos traumas; en estudios no controlados ha sido eficaz además con víctimas de agresiones físicas y sexuales, incesto y accidentes. La exposición es el tratamiento que cuenta hasta el momento con pruebas más fuertes sobre su eficacia. La exposición reduce en el postratamiento y seguimiento los síntomas de reexperimentación y los de evitación, embotamiento afectivo y activación fisiológica, así como la ansiedad y la depresión. La adición de reestructuración cognitiva a la exposición no potencia los efectos de esta, aunque ambos componentes son igualmente eficaces. En un estudio que comparó exposición imaginal y EV, combinadas ambas con autoexposición imaginal o en vivo, las dos fueron similares en eficacia, excepto en evitación conductual en que la EV fue superior. Por otra parte, la exposición imaginal y en vivo se ha mostrado más eficaz que la terapia de apoyo en el trastorno de estrés agudo.

En el **trastorno obsesivo-compulsivo**, la combinación de EV e imaginal ha sido mejor que la EV sola en medidas de ansiedad general según un metaanálisis. Con respecto a las obsesiones, la **exposición prolongada imaginal o mediante grabación (con bucle continuo) a las obsesiones y consecuencias temidas más la prevención de las posibles compulsiones internas** se ha mostrado eficaz en estudios no controlados. Una investigación ha mostrado que una terapia cognitivo-conductual fue superior a la lista de espera en el tratamiento de pacientes obsesivos con pocas o nulas compulsiones manifiestas. El tratamiento incluyó exposición a las obsesiones grabadas en CD junto con prevención de rituales internos, AEV, reestructuración cognitiva de los pensamien-

tos disfuncionales y prevención de recaídas. La exposición a las obsesiones también puede hacerse escribiendo aquellas y leyéndolas en voz alta. Para facilitar la generalización, se **termina haciendo la exposición correspondiente (imaginal, mediante grabación, leída) en situaciones ansiógenas o estados de ansiedad.**

En definitiva, la exposición en imaginación es **útil cuando se emplea sola, pero suele ser menos eficaz que la EV** –al menos cuando no incluye la exposición a las consecuencias temidas. La exposición imaginal necesita ser complementada con práctica en la vida real para evitar problemas de generalización; además, no se está seguro de lo que en realidad imagina el cliente y algunos pacientes son incapaces de imaginar claramente las escenas o de implicarse en ellas. También hay que tener en cuenta que la exposición imaginal puede ser difícil de llevar a cabo con niños menores de 12 años. **Sin embargo**, la exposición en imaginación puede tener una **variedad de aplicaciones importantes:**

- En **situaciones en las cuales es difícil, inadecuado o caro aplicar o programar la EV:** situaciones traumáticas vividas, ver accidentes, tormentas, recibir una bronca del jefe, curar una herida a la pareja, viajar en avión, viajes frecuentes lejos de casa.
- Para afrontar **eventos internos** como miedo a tener una enfermedad o pensar que uno va a volverse loco, desmayarse, hacer daño a alguien o ser humillado.
- Cuando el cliente afronta las situaciones en vivo, pero **sigue teniendo miedo a las peores consecuencias** temidas (p.ej., desmayarse, perder el control, etc.).
- Cuando el cliente tiene un **nivel de ansiedad muy alto**, incluso ante las situaciones más fáciles de la jerarquía, y no se atreve a comenzar con la EV. En estos casos la exposición imaginal puede utilizarse como paso previo a la EV.
- Cuando el cliente ha tenido un **contratiempo** en una exposición y tiene miedo a volver a afrontar el ítem en vivo.
- En algunos clientes que tienen un **bajo nivel de cumplimiento de la EV** puede intentarse como la exposición imaginal recurso alternativo.

Existen tres tipos básicos de exposición en imaginación que se comentarán más adelante; muy breve, breve y prolongada. Todos ellos requieren explicar el objetivo y el procedimiento de la técnica, **evaluar la capacidad de imaginación** del cliente y/o hacer un **entrenamiento en imaginación** y, en general, elaborar una **jerarquía** de situaciones, ordenadas según el grado de ansiedad. A continuación se abordarán estos aspectos.

EVALUACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE IMAGINACIÓN

El primer paso para aplicar la exposición en imaginación es evaluar si el cliente es capaz de imaginar clara y vívidamente las escenas y, en función de los resultados obtenidos, decidir si es necesario realizar un entrenamiento en imaginación. El **procedimiento** para evaluar la capacidad de imaginación es el siguiente: 1) **explicar** al cliente **el objetivo** de evaluar la capacidad de imaginación y, en caso necesario, de hacer un entrenamiento **y el procedimiento** que se va a utilizar; 2) preparar al cliente para la presentación de la escena 3) presentar la escena, 4) continuar imaginándola durante unos 60 segundos, y 5) evaluar la calidad con que se ha imaginado la escena. Algunos de estos puntos se amplían a continuación.

- **Preparar al cliente para la presentación de la escena.** Para ello se le explica que: a) se sienta en el sillón de relajación, b) intente imaginar la escena lo más claramente posible y en detalle y que se implique en la misma intentando experimentar todas las sensaciones que el terapeuta le vaya describiendo, c) continúe imaginando la escena durante 60 se-

gundos cuando el terapeuta termine de leerla, y d) cierre los ojos, se ponga cómodo e intente relajarse. Pueden darse algunas **instrucciones breves de respiración y relajación** para facilitar la concentración y la imaginación. El terapeuta debe sentarse a un lado del paciente y no demasiado cerca para no interferir en el proceso de imaginación.

- **Presentación de la escena.** Además del contenido visual, la escena debe incluir alguna otra modalidad sensorial (audición, tacto, olfato, gusto, sensaciones propioceptivas e interoceptivas). El terapeuta da instrucciones al cliente para que imagine la escena de forma activa; un ejemplo es el siguiente (Barlow y Cerny, 1988):

"La primera escena implica beber un vaso de agua. A medida que le vaya presentando la escena, intente visualizarla con todo el detalle que pueda, como si fuera real. Trate de implicarse totalmente en la escena como participante activo. Imagine que se mueve como se movería si estuviera bebiendo realmente. Sienta lo sediento que está antes de beber y lo buena que sabe el agua. Note lo clara y fresca que está el agua. Haga todo aquello que pueda para hacer la escena real. Ahora, le presentaré la primera escena. A medida que la describo, represente la escena en su cabeza. Cuando termine la descripción, continúe imaginado la escena hasta que le diga que pare. Bien, adopte una postura cómoda y cierre suavemente los ojos. Esta es la primera escena." (LA ESCENA DEBE LEERSE LENTAMENTE.)

A continuación el terapeuta lee la escena; Barlow y Cerny (1988) utilizan la siguiente:

"Usted entra en una habitación rectangular y rosa. Las paredes son de un color rosa pálido. En el suelo hay una gran alfombra de color marrón oscuro. Usted siente la alfombra mullida bajo sus pies. No hay nada en la habitación excepto una mesa de madera en el medio. Sobre la mesa hay una jarra de cristal transparente llena de agua y un vaso alto y transparente. Usted está sediento y se alegra de ver el agua. Su boca está seca. Camina hacia la mesa y levanta la jarra con una mano y el vaso con la otra. Llena el vaso de agua. Siente frescor en la mano que sostiene el vaso a medida que este se llena de agua. Vuelve a dejar la jarra en la mesa y aproxima el vaso hacia sus labios. El agua enfría su boca y refresca todo su cuerpo cuando toma el primer trago. Usted bebe todo el vaso de agua." (Siga imaginando esta escena.)

- **Evaluación de la calidad con la que ha imaginado la escena.** Cuando el cliente termina la imaginación se le plantean preguntas del tipo: ¿me puede describir con detalle todo lo que ha imaginado?, ¿puede explicarme las sensaciones que ha notado?, ¿ha conseguido visualizar los colores?, ¿los imaginaba con claridad?, ¿ha tenido la sensación de tener la boca seca?, ¿ha notado la sensación de frescor?, ¿con qué intensidad?, ¿ha imaginado otros detalles importantes no mencionados en la descripción?, ¿ha tenido alguna dificultad no comentada hasta el momento?, etc. Finalmente se le pide que valore de 0 a 8 la vivacidad y realismo con que ha imaginado la escena.

Una vez terminada la evaluación y, en caso de que se considere necesario, **puede presentarse la escena de nuevo al cliente** pidiéndole que incorpore los aspectos o detalles que no ha imaginado correctamente. Otra alternativa es presentar una escena neutra distinta y evaluar cómo la imagina.

Es importante tener en cuenta que, **en ocasiones, una persona con poca imaginación para las escenas neutras puede imaginar de forma vívida las escenas temidas. También puede ocurrir el fenómeno contrario;** una persona que imagina correctamente las escenas neutras puede tener problemas a la hora de imaginar escenas ansiógenas debido a que realiza conductas de evitación (no imagina ciertos detalles, cambia de escena, no se implica en la misma). Por lo tanto,

es importante **elaborar una escena que sea ansiógena para el cliente y pedirle que la imagine** para poder comprobar si es capaz de hacerlo claramente y si esto le produce ansiedad. Para que un procedimiento imaginal sea eficaz, una situación imaginada debe producir una respuesta emocional parecida a la que provoca la situación real correspondiente. Si el cliente no experimenta ansiedad al imaginar escenas amenazantes, la exposición imaginal no tiene sentido.

Los datos obtenidos hasta aquí nos permitirán decidir si es necesario o no realizar un entrenamiento en imaginación:

- **Si el cliente imagina adecuadamente las escenas perturbadoras y responde a las mismas** con la emoción adecuada, puede seguirse adelante con la exposición imaginal sin ningún entrenamiento en imaginación.
- **Si el cliente tiene problemas para imaginar las escenas neutras y las perturbadoras**, deberá llevarse a cabo un **entrenamiento en imaginación** con escenas neutras, escenas que generen emociones no relacionadas con el problema del cliente y escenas perturbadoras para el cliente. **El procedimiento es similar al descrito durante la evaluación**, empleando diversas escenas y dando pautas al cliente para que intente ver la escena y experimentar las sensaciones que tiene durante la misma. Pueden utilizarse escenas con diferentes niveles de detalle y/o escribir escenas conjuntamente con el cliente. También se **acuerdan tareas entre sesiones**: se pide al cliente que imagine las escenas que se han trabajado en la consulta y para facilitar la práctica se le entregan las escenas por escrito y/o grabadas. Cada escena debe ser practicada en días diferentes, una vez al día, hasta que se sea capaz de imaginarla vívidamente (4 o más en la escala de 0 a 8). Además, como actividad adicional, el cliente debe imaginar cada tarde una escena de algo que haya sucedido durante el día y que haya sido agradable o neutral. En la próxima sesión se revisa cómo le ha ido al cliente con la práctica y, en caso necesario, se continúa con el entrenamiento. Una descripción paso por paso de un entrenamiento en imaginación puede consultarse en Bados (2000, apéndice 5.8).
- **Si el cliente imagina bien las escenas neutras, pero no las perturbadoras o bien no responde emocionalmente a estas**, el entrenamiento en imaginación debe centrarse en estas últimas escenas y en superar los problemas que impiden su imaginación y/o la respuesta emocional oportuna a las mismas (véase la **tabla 11**).

ELABORACIÓN DE UNA JERARQUÍA

La mayor parte de las pautas para elaborar una jerarquía de exposición en imaginación son las mismas que para la EV. Sin embargo, conviene señalar algunos aspectos:

- El **número de ítems** depende de las características del problema y del tipo de exposición en imaginación utilizada. Cuando se utiliza **exposición breve**, las jerarquías suelen tener **entre 10 y 20** ítems que empiezan por un nivel de ansiedad bajo y van aumentando progresivamente hasta llegar al nivel de ansiedad máximo. Sin embargo, cuando se utiliza **exposición prolongada**, o bien **no se emplea una jerarquía** o bien el número de ítems de esta **es inferior** y se empieza ya por los que generan un nivel de ansiedad moderado o incluso alto.
- Las situaciones a incluir en la jerarquía deben ser descritas con la suficiente **especificidad para que puedan ser imaginadas clara y vívidamente y para poder ordenarlas** y, por tanto, para tener control sobre el nivel de ansiedad que generan al cliente. Un

ejemplo de jerarquía puede verse en la tabla 12. Es frecuente que en muchas jerarquías publicadas, los ítems aparezcan resumidos por motivos de espacio, pero esto no debe llevar a engaño sobre cuál es la escena que se pide realmente al cliente que imagine. Por ejemplo, la descripción completa del ítem 13 (*Viajas a Madrid con mal tiempo*) de la jerarquía publicada por Bados y Genís (1988) es la siguiente:

Te encuentras en el 727 de Iberia con destino a Madrid. Hace 5 minutos que habéis despegado y aún no se ha apagado la señal para desabrocharse los cinturones. (Pausa). Tú vas sentado en la fila 12 y ves los movimientos del ala derecha. (Pausa). En ese momento el comandante se presenta por el sistema de megafonía y previene que durante casi todo el vuelo tendréis que permanecer con los cinturones abrochados, debido al mal tiempo que existe en ruta. (Pausa). Tú sabes que realmente no hay peligro real, pero notas como empiezas a sentirte algo inquieto. Sientes una opresión en el estómago y observas cómo la tensión se va apoderando de tu cuerpo. Te agarras con fuerza al asiento y notas cómo tus manos se han humedecido.

Otro ejemplo para un adolescente con ansiedad ante los exámenes puede verse en Friedberg y McClure (2002/2005, pág. 280).

- Las escenas deben ser **relevantes** (situaciones que el cliente tiene que afrontar) y **variadas** (muestra representativa de las situaciones temidas). El **contenido** concreto de cada **escena estará en función** del cliente, del nivel de ansiedad que debe generar y del tipo de exposición imaginal. En principio cada escena debe incluir una descripción del entorno, lo que hace el cliente y sus reacciones somáticas, cognitivas y/o emocionales. En función del tipo de exposición, todas o algunas de las escenas incluirán también la ocurrencia de las consecuencias temidas (p.ej., desmayarse, ser ridiculizado, contaminarse).
- Cuando se emplea una jerarquía, es usual construirla entera desde el principio, pero esto puede tener dos inconvenientes: a) parte del trabajo puede ser en vano si se tiene que modificar posteriormente la jerarquía, como es habitual; y b) a veces es difícil para un cliente elaborar el extremo más amenazante de la jerarquía sin ponerse ansioso. Una alternativa es **elaborar inicialmente sólo una parte de la jerarquía** –por ejemplo, el primer cuarto o tercio– y trabajar los ítems correspondientes. Luego, se procede a construir otra parte de la jerarquía y así sucesivamente hasta completar todos los ítems.
- En ocasiones es necesario o conveniente plantear ítems que impliquen ver videos o fotografías, leer noticias, escuchar grabaciones, etc. También pueden utilizarse programas de **realidad virtual** (véase más adelante).

TIPOS DE EXPOSICION EN LA IMAGINACIÓN

Existen diferentes **tipos de exposición** en imaginación que, a nivel didáctico, podrían clasificarse en tres grandes grupos:

- a) **Exposición muy breve.** Cada escena se imagina alrededor de **60 segundos** si la persona no experimenta ansiedad. En caso contrario, se le pide que ponga fin a la escena y practique una respuesta inhibitoria de ansiedad (normalmente la relajación); una vez que la persona se ha tranquilizado, vuelve a presentarse la escena. Se emplea una jerarquía en la que se va procediendo muy gradualmente. El ejemplo típico de la exposición muy breve es la desensibilización sistemática (Labrador y Crespo, 2008), aunque hoy día suele usarse muy poco.

- b) **Exposición breve.** Cada escena se imagina hasta que la persona consigue reducir significativamente su ansiedad mediante la aplicación de estrategias de afrontamiento o hasta que transcurren **10 minutos como máximo**. Se emplea una jerarquía bastante graduada.
- c) **Exposición prolongada.** Cada escena se imagina hasta que la ansiedad se reduce significativamente, lo cual puede llevar entre **25 y 120 minutos** según se emplee o no una jerarquía y de la graduación de esta. Pueden emplearse o no estrategias de afrontamiento.

Así pues, existen muchas variaciones a la hora de aplicar la exposición imaginal y se cuenta incluso con programas distintos para el mismo tipo de trastorno. Por el momento, **no hay datos empíricos para saber qué modalidad o variante es más eficaz** y, por tanto, debemos guiarnos fundamentalmente por criterios de tipo clínico a la hora de decidir la estrategia concreta a utilizar con cada cliente. A continuación se describirá la forma de llevar a cabo la exposición breve y distintas versiones de la exposición prolongada.

EXPOSICIÓN BREVE

Este tipo de exposición ha sido empleada en el tratamiento de diversos problemas: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas, miedo a hablar en público y ansiedad ante los exámenes. Se ejemplificará el procedimiento a través de las guías propuestas por Barlow y Cerny (1988) para el tratamiento del trastorno de pánico.

- La **exposición es graduada** e incluye ítems que empiezan por un nivel de ansiedad bajo y van aumentando progresivamente hasta llegar al nivel de ansiedad máximo.
- El tiempo dedicado a la exposición imaginal en cada sesión es de unos **20 minutos** (30 minutos en otras versiones). En cada sesión se trabajan de 1 a 3 pasos. Antes de comenzar a imaginar, se pide al cliente que se siente lo más **cómodamente** posible y que se relaje. Luego, el terapeuta lee la primera escena y le dice que la imagine tan vívidamente como le sea posible, como si se encontrara en la situación, y que mantenga la escena hasta que se le diga que pare de hacerlo.
- **Se le dice** al cliente que **si experimenta ansiedad** durante la visualización (es decir, si la ansiedad sobrepasa el nivel basal en un punto o más en la escala de 0-8), debe: a) levantar un dedo y mantenerlo así hasta que la ansiedad vuelva al nivel basal, b) seguir imaginando la escena, y c) aplicar las estrategias de afrontamiento (respiración, reestructuración).
- **Si un cliente no indica ansiedad**, la visualización de la escena debe mantenerse durante 60 segundos. Si en algunos casos, el cliente no señala ansiedad debido a que no ha reproducido los pensamientos negativos generalmente asociados con la situación, se le dice que la próxima vez que imagine la escena incluya dichos pensamientos negativos y las estrategias de afrontamiento que utilizaría.
- **Si el cliente indica ansiedad**, se le pide que siga visualizando la escena y que intente manejar la ansiedad mediante la aplicación de las estrategias de afrontamiento. Periódicamente, se recuerda al cliente que se fije en su ansiedad, que mantenga la visualización y que practique la aplicación de las estrategias de afrontamiento.
- Cuando el cliente indica que **ya no siente ansiedad** (bajando el dedo) se continúa la visualización durante otros 60 segundos antes de poner fin a la misma. **Cada visualización**

debe durar como **máximo 10 minutos**, incluso si la ansiedad no se ha reducido tras ese tiempo. El tiempo puede reducirse a 5 minutos en clientes que no pueden mantener la imagen más tiempo o si un paso implica una situación muy breve, tal como experimentar una palpitación.

- **Después de cada visualización**, se evalúan diversos aspectos: claridad de la imagen, posibles modificaciones de la imagen o empleo de conductas de tranquilización, nivel de ansiedad, estrategias de afrontamiento utilizadas y nivel de ansiedad después de emplear las estrategias. Asimismo, se discuten con el cliente los posibles problemas encontrados y la forma de mejorar las habilidades para afrontar la ansiedad. Luego, se vuelve a presentar la escena.
- El **criterio para pasar al siguiente paso** de la jerarquía es lograr dos visualizaciones consecutivas de 60 segundos en las cuales el cliente no haya señalado ansiedad o haya sido capaz de afrontarla con rapidez (10-15 segundos). Si el criterio no se ha conseguido tras cinco visualizaciones, se busca un paso intermedio menos difícil.
- **Cada sesión debe terminarse con** una escena que deje de producir ansiedad. En caso de que quede poco tiempo para el final de la sesión y la visualización de la escena continúe generando ansiedad, hay que retroceder un paso y repetir el último ítem afrontado con éxito. El cliente debe **practicar en casa** la imaginación del ítem o ítems que hayan sido superados en la sesión.

EXPOSICIÓN PROLONGADA

La exposición prolongada se ha empleado en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastornos fóbicos, pesadillas y pena mórbida. Los diversos métodos existentes de exposición prolongada difieren en los siguientes aspectos:

- **Graduación de la exposición.** Existen diversas alternativas: a) Puede no haber jerarquía alguna: las escenas pueden variar en sus elementos contextuales, pero todas incluyen los miedos nucleares del paciente (p.ej., miedo a tener un infarto), por lo que generan un nivel de ansiedad similar. b) Puede establecerse una jerarquía más o menos graduada que comience por niveles de 40-50 USAs o incluya las principales áreas de preocupación del paciente (en el caso del TAG). c) Otro tipo de gradación consiste en ir incorporando a la escena más detalles (estímulos visuales, auditivos táctiles, olfativos), respuestas fisiológicas, pensamientos o emociones que estaban bloqueados; es lo que suele ocurrir en la rememoración de un trauma. d) Finalmente, en la **pena mórbida** puede comenzarse con la imaginación de las experiencias agradables con la persona desaparecida, seguir luego con otros recuerdos y finalmente pasar a describir detalladamente, en primera persona y en tiempo presente las circunstancias que rodearon la pérdida, el momento de la muerte o del conocimiento de la misma y las reacciones experimentadas. En definitiva, aunque en ocasiones no se emplea una jerarquía, **casi siempre existe un cierto nivel de jerarquización**; no obstante, este es menor que en el caso de la exposición breve.
- **Estrategias de afrontamiento.** En algunos procedimientos no se emplean, mientras que en otros se utilizan durante la exposición o después de la misma. Algunos autores piensan que no deben utilizarse estrategias de afrontamiento, ya que el empleo de estas podría reducir los efectos de la exposición al neutralizar la imagen de temor.

- **Forma de presentación de las escenas.** Existen diversos modos de proceder: a) el terapeuta lee la escena y luego el cliente la sigue imaginando en silencio, b) el terapeuta va repitiendo la lectura de la escena hasta que finaliza la exposición, c) el cliente verbaliza en voz alta lo que está imaginando, d) el cliente va alternando imaginación silenciosa durante, por ejemplo, 5 minutos con descripción en voz alta de la imagen durante otros 5 minutos, y e) el cliente escucha por auriculares e imagina al mismo tiempo la escena que él o el terapeuta han grabado previamente en un CD (esto suele hacerse para facilitar la práctica entre sesiones)
- **Evaluación periódica del nivel de ansiedad y/o de la viveza de la imagen.** Se han hecho diferentes propuestas: evaluar el nivel de ansiedad cada 5 minutos, cada 10 minutos o tras cada presentación de la escena, cuando esta se presenta de forma repetida. Asimismo, algunos autores aconsejan que cada cierto tiempo, por ejemplo cada 15 minutos, se evalúe el grado en que el cliente imagina la escena vívidamente.
- **Estrategia de "rebobinar y mantener".** En algunos casos, cuando se identifica un periodo de emoción más intensa, se pide al cliente que congele y retenga la imagen mientras describe repetidamente en detalle todo lo que visualiza o recuerda sobre esa parte.
- **Imaginación deliberada de las consecuencias temidas** (p.ej., ser ridiculizado, enfermedad incurable de un ser querido). En algunos procedimientos, el paciente debe imaginar que estas consecuencias ocurren.
- **Criterios para dar por terminada la presentación de una escena.** Existen dos alternativas básicas: a) reducción del grado de malestar al menos en un 40-50%, y b) lograr un nivel muy bajo de ansiedad; por ejemplo, 2 o menos en una escala de 0 a 8. Por otra parte, **una escena se da por superada** cuando solo produce un malestar bajo durante dos sesiones o dos presentaciones seguidas.

Es recomendable **no terminar** una sesión **si la ansiedad** del cliente al imaginar la escena **es elevada**, ya que esto puede facilitar la sensibilización y, por tanto, tener consecuencias negativas de cara al tratamiento. Normalmente se termina la sesión **discutiendo la experiencia** de la exposición, lo cual puede favorecer el procesamiento adaptativo de la situación afrontada. Con frecuencia, las sesiones de exposición aportan **nueva información sobre los miedos** del cliente y esta información debe incorporarse a las escenas posteriores.

Conviene tener en cuenta que cuando se emplean **variantes de exposición que generan una gran cantidad de ansiedad** (p.ej., la exposición prolongada a los recuerdos traumáticos o a las obsesiones), se producen más rechazos y abandonos del tratamiento y es más difícil que los pacientes cumplan con las actividades de exposición entre sesiones. Por tanto, es necesario explicar al cliente de forma correcta los conceptos clave como el de habituación y justificar, si es el caso, las razones por las que no se utiliza una mayor graduación o no se utilizan estrategias de afrontamiento.

La exposición prolongada **no será aplicable o está contraindicada** en niños y en aquellas personas que no pueden tolerar niveles intensos de activación, que presentan un deterioro psicológico marcado (por psicosis, depresión, riesgo de suicidio, mal funcionamiento cognitivo), presentan problemas médicos importantes (p.ej., trastorno cardíaco, enfisema), no están suficientemente motivadas o se encuentran embarazadas.

Por otra parte, los clientes que presentan una **ansiedad excesiva** y persistente y/o disociación muy intensa (p.ej. verse como si fuera un observador externo) durante la exposición pueden **dejar de imaginar la escena**; o bien, si no lo hacen, pueden **procesar la información de forma in-**

completa y, por tanto, la ansiedad no se reduce. En estos casos es necesario emplear un **enfoque más gradual**, para lo cual contamos con diferentes recursos: incrementar gradualmente el tiempo de exposición imaginal, dejar tener los ojos abiertos, permitir pausas cortas para relajarse o regularizar la respiración y emplear **estrategias de afrontamiento** (p.ej., relajación). En la imaginación de escenas traumáticas, el paciente puede: a) relatarlas en tiempo pasado en vez de en tiempo presente y/o en forma de diálogo con el terapeuta, y b) imaginar inicialmente la escena como si fuese una película. En caso de que el cliente malinterprete la información de la exposición, es útil la **reestructuración cognitiva**.

A continuación se ejemplificará la forma de llevar a cabo cada una de **tres versiones básicas de la exposición prolongada**: sin estrategias de afrontamiento, con estrategias tras la exposición y con estrategias durante la exposición.

Exposición prolongada sin estrategias de afrontamiento

Se presenta como ejemplo el programa de Beidel y Turner (1998) para la fobia social. La exposición imaginal prolongada se basa en un modelo de habituación a la ansiedad a través de la exposición prolongada (90-120 minutos en las sesiones iniciales) y **no incluye ningún tipo de estrategia de afrontamiento** durante la misma. La **habituación** se refiere a la reducción de la activación emocional (fisiológica y subjetiva) ante los estímulos temidos a lo largo del tiempo. Esta habituación se produce tanto dentro de cada sesión como entre sesiones. En el primer caso, la ansiedad se va reduciendo más o menos progresivamente hasta la mitad o hasta la línea base en unos 90-120 minutos. En el segundo, el pico máximo de ansiedad se va reduciendo de sesión a sesión al imaginar la misma escena. Unas gráficas pueden verse en Beidel y Turner (1998, págs. 188-189, 244).

Las **escenas deben incluir el miedo nuclear del cliente**, es decir, aquellas características críticas que instigan y mantienen la ansiedad del paciente. Por ejemplo, un paciente puede temer que los otros perciban sus síntomas fisiológicos y lo evalúen como una persona rara, mientras que el miedo nuclear de otro puede incluir las dudas sobre las propias capacidades laborales y que los demás descubran sus limitaciones y valoren negativamente su capacidad laboral e intelectual. Así pues, **la exposición imaginal debe incluir las consecuencias negativas temidas** por el paciente, aunque no otras consecuencias aversivas que no hayan sido expresadas previamente por aquel. Por otra parte, la escena debe incluir también los **elementos situacionales** (descripción del contexto) y **síntomas fisiológicos** (p.ej., sudoración), **cognitivos** (p.ej., preocupación por ser visto como incompetente) y **conductuales** (p.ej., expresarse de modo confuso) asociados con el miedo. Estos elementos varían de paciente a paciente.

Beidel y Turner (1998) proporcionan pautas para conducir la exposición imaginal prolongada en la **fobia social**:

- Cuando un paciente experimenta ansiedad social en situaciones muy diversas (p.ej., hablar en público, mantener conversaciones, ser asertivo) el miedo nuclear que subyace a la mayoría, o incluso a todas, las situaciones suele ser el mismo. Por tanto, **no suele ser necesario elaborar muchas escenas**, ya que el componente situacional es menos importante que la exposición a las consecuencias temidas (el miedo central o nuclear). [En el tratamiento de otros trastornos (p.ej., TOC) mediante exposición en imaginación se da más importancia al componente situacional.]
- La exposición **no suele ser graduada**, pero en caso necesario puede emplearse una jerarquía. Un enfoque más gradual está especialmente aconsejado con niños, con pacientes

muy sensibles o cuando el problema es más grave.

- Cada escena debe ser imaginada de forma **prolongada** hasta que el nivel de malestar producido al imaginar la escena se reduzca al menos un 50%, aunque es preferible mantener la escena hasta volver a los niveles de línea base. Esto suele requerir 90-120 minutos.
- El terapeuta debe **evaluar los niveles USAs cada 10 minutos** y apuntarlos para analizar la habituación intra- y entre sesiones. En ese sentido conviene **representar gráficamente la evolución** de los niveles USAs tanto a lo largo de la sesión como entre sesiones y enseñársela al paciente para que pueda comprobar el progreso. [Un aspecto no señalado por Beidel y Turner (1998), pero que es importante para controlar la calidad de la exposición imaginal, es **preguntar al paciente cada 15 minutos por el nivel de viveza de la imagen (0-100).**]
- El paciente debe **centrarse en las señales de miedo y no emplear ningún método de afrontamiento o tranquilización** durante la exposición, tal como relajarse, distraerse, imaginar que uno se desenvuelve competentemente o pensar que los demás no se dan cuenta de la propia ansiedad.
- **Si un paciente no manifiesta ansiedad** durante la imaginación de una escena, se le pide que describa en voz alta exactamente lo que va imaginando. Esto permite comprobar la capacidad del cliente para imaginar la escena y también, descubrir el posible empleo de estrategias de afrontamiento o de tranquilización.
- Se lleva a cabo **una sesión semanal** de exposición imaginal durante unas 12 semanas. Sin embargo, cuando el cliente quiere conseguir cambios más rápidos puede aplicarse el **tratamiento de forma intensiva** durante varios días seguidos (p.ej., 10).
- El cliente debe **practicar en casa** las escenas trabajadas en la consulta y, en general, se acuerdan pequeñas tareas de exposición en vivo.

Turner, Beidel y Townsley (1992) presentan el **caso de un hombre joven con fobia social** generalizada cuyo principal miedo era hablar en público. Trabajaba como abogado de pleitos, lo que le obligaba a hablar en los tribunales. Intentaba evitar esto siempre que podía, pero cuando no era así, experimentaba una gran variedad de reacciones corporales y temía ser visto como una persona inculta e incompetente. Su problema era tan grave que había pensado seriamente en cambiar de trabajo. La **escena que se empleó en la exposición imaginal fue la siguiente:**

“Entra en la sala del tribunal donde ya ha hablado muchas veces. Cuando mira a su alrededor, ve al juez en el estrado y al jurado sentado a un lado. El resto de la sala está ocupada por colegas de su empresa, su jefe, abogados respetables de otras empresas y abogados con los que fue a la universidad. A medida que se acerca al centro de la sala para comenzar su exposición, ve que toda la atención está centrada en usted. Intenta comenzar a hablar, pero las palabras no salen de su boca. Lentamente, empieza a articular algunas palabras, pero está tan nervioso que no está seguro de lo que está diciendo. Su mente se ha quedado en blanco y no puede pensar en lo que decir a continuación. Mientras continúa hablando, sus piernas y manos están temblando muchísimo y los demás se están dando claramente cuenta. Su corazón late más y más rápido y nota una opresión en su pecho. El nudo en su garganta y la dificultad que experimenta para respirar le hace cada vez más y más difícil continuar hablando. Cuando mira a su alrededor, puede ver claramente las miradas desaprobadoras. Toda esta gente se da cuenta de lo nervioso que está y todos se

están cuestionando la competencia que tiene. Están pensando que usted parece un paleta inculto que nunca debería haber llegado a ser un abogado. Su jefe ve lo mal que lo está haciendo y piensa que probablemente tendrá que sugerirle que cambie de trabajo. A medida que continúa hablando, puede apreciarse claramente el sudor en sus manos y en su frente, y su voz, sus manos y sus piernas continúan temblando. Comienza a sentirse mareado y con náuseas. Todo el mundo parece aburrido o sorprendido de cómo está haciéndolo tan mal, pero usted no tiene otra elección que continuar hablando.”

La exposición prolongada sin estrategias de afrontamiento ha sido empleada también en el tratamiento del TAG para **preocupaciones sobre situaciones no modificables o hipotéticas** (p.ej., enfermedad crónica de un ser querido, pobreza y violencia en el mundo, posibilidad de arruinarse o de caer gravemente enfermo en ausencia de dificultades económicas o de salud, muerte del hijo en un accidente de coche) (Dugas y Robichaud, 2007; Ladouceur et al., 2000). Las **principales diferencias** con respecto al procedimiento de Beidel y Turner (1998) son las siguientes: a) Se jerarquizan las imágenes según su grado de amenaza. b) El paciente describe las imágenes en tiempo presente. c) El terapeuta busca un equilibrio entre el abordaje de los resultados temidos y la inclusión de elementos de incertidumbre en la escena; la exposición imaginal no debe ir demasiado lejos, ya que, para un paciente con TAG, un claro resultado negativo puede ser menos amenazante que un resultado incierto (lo peor ya ha ocurrido, con lo que puede quedar poco lugar para el miedo). d) El paciente graba las imágenes y luego las escucha a través de auriculares al tiempo que intenta mantener la imagen hasta que la ansiedad vuelve al nivel basal. e) El procedimiento suele durar de 30 a 60 minutos.

La exposición prolongada ha sido empleada asimismo en el TOC: por ejemplo, mediante el procedimiento de la **exposición funcional cognitiva** (Freston y Ladouceur, 1997), que es similar a la que ha sido explicada en el párrafo anterior al hablar del TAG, o mediante el procedimiento de **exposición y prevención de respuesta** propuesto por Kozak y Foa (1997) y Foa y Franklin (2001). En este también hay una cierta jerarquización (empezando por escenas que producen 40-50 USAs), cada escena se imagina hasta que el malestar se reduce considerablemente (40-50%), lo cual suele llevar 45 minutos, y la presentación de las escenas se hace generalmente mediante descripción verbal por parte del terapeuta (que es grabada en CD para que el cliente lo emplee durante sus exposiciones imaginales en casa), aunque también pueden emplearse grabaciones hechas por el cliente: este graba sus obsesiones con su propia voz en un CD y escucha la pista repetidamente a través de auriculares.

Finalmente, la exposición imaginal prolongada a los estímulos externos e internos temidos se ha aplicado también en el tratamiento del TEPT (Foa y Rothbaum, 1998) y del trastorno por estrés agudo (Bryant et al., 2008). El paciente puede llevar a cabo la rememoración detallada de una violación o de una situación de combate o de pesadillas o pensamientos intrusos. Una diferencia en la forma de conducir la exposición imaginal prolongada en el caso del TEPT es que no sólo se pide al cliente que reviva la escena traumática en su imaginación del modo más vívido posible, sino que **debe describirla en voz alta hablando en primera persona y en tiempo presente**. Durante dos sesiones se deja que el paciente elija el nivel de detalle a emplear, pero después se le alienta a introducir más y más detalles sobre los estímulos externos (lugar, estímulos visuales, auditivos, táctiles, olfativos y gustativos) e internos (pensamientos, respuestas fisiológicas, consecuencias temidas); la inclusión de todos estos elementos, incluida la percepción de impredecibilidad e incontrolabilidad, facilita la activación de la estructura de miedo y su procesamiento. Las descripciones del cliente son grabadas en un CD para que lo escuche en casa.

Se han establecido varias dimensiones que afectan a la eficacia de la exposición prolongada en el tratamiento del TEPT. Los clientes que se implican emocionalmente en la exposición (responden con elevada ansiedad subjetiva o expresión de miedo en la primera sesión) y reducen gradualmente la ansiedad a través de las sesiones (habituaación) mejoran mucho más con el tratamien-

to en una diversidad de medidas que los clientes de los grupos alta implicación/baja habituación y baja implicación/baja habituación. Así pues, **tanto la implicación emocional como la habituación entre sesiones parecen condiciones importantes**. Es posible que revivir repetidamente el trauma en la imaginación ayude a acentuar la distinción entre recordar y reexperimentar; sin esta distinción, es probable que la memoria traumática suscite ansiedad y *flashbacks*. Por otra parte, conviene señalar que la habituación intra-sesión no correlaciona con la mejora del TEPT: exposiciones prolongadas de 30 y 60 minutos parecen igualmente eficaces, a pesar de que la primera produce una menor habituación intra-sesión (van Minnen y Foa, 2006).

Por otra parte, la exposición imaginal por sí sola será insuficiente cuando produzca únicamente una mera reexperimentación de la emoción, sin que la persona aprenda a responder a su experiencia de un modo diferente, con una menor activación autónoma y/o con una nueva perspectiva cognitiva. En estos casos, se supone que será preciso **combinar la exposición con reestructuración cognitiva y/o integrar experiencias de dominio en la misma**.

Exposición prolongada con estrategias de afrontamiento tras la exposición

El grupo de Barlow (Brown, O'Leary y Barlow, 1993, 2001; Craske y Barlow, 2006; Craske, Barlow y O'Leary, 1992; Zinbarg, Craske y Barlow, 2006) ha elaborado un tratamiento combinado para el TAG que incluye, entre otros componentes, la exposición imaginal a la preocupación. Esta exposición es de tipo prolongado (25-30 minutos) e implica al final de la misma la aplicación de la reestructuración cognitiva. Los pasos son los siguientes:

- **Justificar** el empleo del procedimiento. Se enfatiza la importancia de exponerse repetidamente a las imágenes preocupantes (sin emplear conductas defensivas) para conseguir reducir significativamente la ansiedad que producen. Hay que explicar el concepto de habituación y por qué esta no ha ocurrido naturalmente a pesar de las preocupaciones repetidas (por la tendencia a cambiar de una preocupación a la siguiente sin evaluarlas objetivamente, por la ocurrencia de las conductas defensivas de preocupación). Además la exposición repetida a la misma imagen preocupante puede facilitar que el cliente desarrolle una perspectiva más objetiva sobre la preocupación. Finalmente, la exposición a la preocupación permite, en una segunda fase, aplicar las estrategias de afrontamiento previamente aprendidas (reestructuración cognitiva y, quizás, relajación aplicada).
- Identificar las **áreas principales de preocupación** de un paciente, elaborar una imagen detallada para cada una de ellas (que incluya elementos situacionales, respuestas de ansiedad y consecuencias temidas) y **ordenar estas imágenes** comenzando por la menos perturbadora o ansiógena.
- **Entrenar en imaginación** al cliente mediante el empleo de escenas neutras que incluyan sensaciones.
- **Evocar vívidamente la primera imagen preocupante**. Se pide al cliente que se concentre con todo detalle en la imagen y que incluya la peor consecuencia temida que se le ocurra. Así, un paciente que se preocupa cuando su cónyuge llega tarde del trabajo puede imaginárselo inconsciente y desplomado sobre el volante del coche. Y una paciente que se preocupa porque una amiga pase de visita sin avisar y vea la casa sucia y desordenada puede imaginarse que aquella llamará al resto de las amigas para decírselo y todas se reirán de ella y le perderán el respeto.
- Una vez que el cliente logra imaginar vívidamente lo anterior, se le pide que **vuelva a**

reevocar las imágenes y que las mantenga claramente en su cabeza durante **al menos 25-30 minutos**. Se pide al paciente que describa en voz alta en tiempo presente lo que está imaginado y se obtienen **calificaciones periódicas de la ansiedad** (p.ej., cada 5 minutos) para comprobar si esta se va reduciendo y, si no es así, para detectar posibles problemas. Puede ser útil grabar la sesión en audio para que el paciente pueda practicar en casa.

- **Durante la exposición, el paciente no debe aplicar estrategias de afrontamiento** (reestructuración cognitiva, relajación) **ni intentar distraerse o huir de la imagen**. Esto puede reducir la ansiedad a corto plazo, pero contribuye a mantenerla a largo plazo.
- Hacia el final de la exposición se puede pedir al paciente que imagine **cómo serán las cosas un tiempo más adelante** (1 día, 1 semana, 1 mes, 6 meses 1-2 años) para favorecer así un proceso de descatastrofización.
- Transcurrido el tiempo de exposición, y suponiendo que haya habido una habituación de la ansiedad, se le pide al cliente que **genere tantas alternativas como pueda a la peor consecuencia anticipada**. Por ejemplo, en el caso del cónyuge que se retrasa puede pensarse en las siguientes explicaciones alternativas: imprevisto en el trabajo, entretenerse a hablar con alguien, atasco de tráfico, coche estropeado, pequeño choque con el coche o parar a comprar algo. Y en el caso de la visita inesperada de la amiga puede pensarse que quizá no notará el desorden; que no le dará importancia; que ha venido a verle a una, no a la casa; que aunque note los suelos sucios, puede no juzgarlo tan importante como para llamar al resto de las amigas; que puede alegrarse de no verle siempre a una limpiando. Esta generación de alternativas puede hacerse sólo verbalmente o también en la imaginación. También se puede pedir al paciente que diga **lo que podría hacer caso de que la peor consecuencia temida ocurriera**.
- **Cuando la exposición no genere más que un nivel ligero de ansiedad** (25 o menos en la escala 0-100) a pesar de varios intentos para imaginar vívidamente la preocupación, se pasa a la **siguiente área** de preocupación de la jerarquía. Una vez que el cliente es capaz de realizar bien el procedimiento en la sesión, lo practicado en esta se asigna como **actividad entre sesiones** (mínimo de tres días a la semana). El cliente completa un **autorregistro** con los siguientes datos: tiempo de inicio y terminación, síntomas durante la exposición, contenido de la preocupación, peor consecuencia temida posible, ansiedad máxima experimentada, nivel de viveza de la imagen, posibles alternativas y nivel de ansiedad tras generar estas (ejemplos pueden verse en Brown, O'Leary y Barlow, 2001, pág. 181, y en Echeburúa y de Corral, 1998, pág. 149).

Por otra parte, Ladouceur et al. (2000) han distinguido **dos tipos de preocupaciones**: a) sobre **situaciones modificables**, por ejemplo cumplir con los plazos fijados en el trabajo y b) sobre **situaciones no modificables** por ejemplo, la enfermedad real de un ser querido o la pobreza en el mundo. Según estos autores, las preocupaciones sobre situaciones modificables deberían tratarse mediante la técnica de resolución de problemas, mientras las preocupaciones sobre situaciones no modificables deberían trabajarse mediante exposición. Además piensan que no deben emplearse estrategias de afrontamiento tales como la reestructuración cognitiva (generar el mayor número de alternativas posibles a la peor consecuencia temida) ni durante la exposición ni al final de la misma ya que el **empleo de dichas estrategias podría reducir los efectos de la exposición** al neutralizar la imagen de temor.

Exposición prolongada con estrategias de afrontamiento durante la exposición

Se presentará el programa de Grey, Young y Holmes (2002) para el TEPT, programa que integra la exposición imaginal con la reestructuración cognitiva. Grey, Young y Holmes (2002) han distinguido entre las **emociones y cogniciones experimentadas en el momento del evento traumático** (y, posteriormente, a través de las experiencias de reexperimentación) y las **valoraciones secundarias negativas** que aparecen más tarde. Entre las primeras, pueden darse emociones de miedo, culpa, vergüenza, ira y disgusto, y cogniciones como “puedo morir a causa de mis heridas”, “tengo la culpa de lo que ha pasado”, “no me defendí todo lo que debía”, “estoy contaminada, voy a coger el SIDA”, “soy una persona indigna”. Ejemplos de valoraciones secundarias negativas son: “me volveré loco si sigo pensando en ello”, “es peligroso ir a...”, “no se puede confiar en nadie”. Estas valoraciones pueden modificarse a través tanto de la reestructuración cognitiva como de la exposición imaginal prolongada.

Para las emociones y cogniciones experimentadas en el momento del trauma, la exposición imaginal prolongada es bastante eficaz, aunque un cierto número de pacientes no responden a la misma. Incluso, cuando se añade reestructuración verbal, muchos pacientes afirman que **comprenden que no es lógico lo que piensan, pero que siguen sintiéndolo así**. Para paliar este problema, Grey, Young y Holmes (2002) han propuesto integrar la reestructuración dentro de la exposición imaginal. En concreto, su procedimiento sigue las siguientes fases:

Fase 1. Revivir el trauma en la imaginación.

En primer lugar, **se explica al cliente que revivir el trauma en la imaginación** permite recomponer la memoria fragmentada del trauma, reducir mediante habituación las emociones asociadas y descubrir las cogniciones perturbadoras que, posteriormente, se trabajarán mediante la reestructuración cognitiva.

El siguiente paso es pedir al cliente que **reviva la escena traumática en su imaginación** del modo más vívido posible y que la describa en voz alta con el mayor detalle posible y hablando en tiempo presente. A intervalos regulares (p.ej., cada 5 minutos), el paciente califica de 0 a 10 su nivel de malestar emocional. Cuando a través de estas calificaciones, o de cambios visibles en el afecto manifestado (p.ej., llanto, rubor, temblor, sudor), se identifica un **punto caliente** o momento de máxima aflicción emocional, se pregunta al paciente por la emoción asociada (miedo, culpa, vergüenza, ira, tristeza, disgusto), por las **cosas que están pasando por su cabeza** y por el significado que tienen para él (p.ej., “tengo la culpa de lo que ha pasado”, “no me defendí todo lo que debía”, “soy una persona indigna”, “no se puede confiar en nadie”). Luego, se prosigue con la exposición imaginal. Terminada esta, se pregunta al cliente si los puntos calientes identificados ocurrieron realmente en el momento del trauma o fueron valoraciones posteriores. También se le pide que identifique los peores momentos del evento y que diga si tuvo cualquier recuerdo nuevo o sorprendente.

Otros posibles indicadores de puntos calientes son el cambio del tiempo presente al pasado o de primera a tercera persona (posible disociación), la descripción superficial de ciertas partes o aspectos importantes del evento (a pesar de que se soliciten detalles adicionales) o la incapacidad para recordar los detalles del momento. Para explorar si estos indicadores reflejan un punto caliente, se le pide al paciente que retenga en su imaginación de modo vívido el momento previo al cambio de tiempo verbal, persona o descripción superficial. Para ello se le ayuda mediante preguntas sobre lo que ve, oye, huele o siente en ese momento. Cuando la imagen es vívida y detallada, se pregunta por las cogniciones y significados. Luego, se alienta al paciente a avanzar lentamente hacia los siguientes momentos del evento, se le vuelven a hacer preguntas similares a las

anteriores y se le pide que califique la intensidad de sus emociones perturbadoras.

Fase 2. Reestructuración cognitiva sin exposición.

Una vez identificado puntos calientes y las cogniciones asociadas, se utiliza la **reestructuración cognitiva** para modificar los significados erróneos. Ahora bien, **en muchos casos la reestructuración cognitiva sin revivir imaginamente el trauma es insuficiente**, ya que los pacientes dicen que saben que no es lógico lo que piensan, pero siguen sintiéndolo así. Cuando esto ocurre, hay que emplear la reestructuración cognitiva durante la exposición. Pero antes de esto, deben hacerse dos cosas: a) **Justificar la necesidad de aplicar la reestructuración dentro del revivir imaginamente el trauma**. Es necesario activar la memoria traumática y actualizarla a través de la información que se ha derivado de la reestructuración cognitiva y que permitirá cambiar las cogniciones negativas. b) **Elaborar y ensayar argumentos contra las cogniciones negativas**. A partir de la reestructuración cognitiva realizada, el paciente elabora y escribe argumentos específicos para contrarrestar sus cogniciones negativas y los ensaya en diversas ocasiones. Además, se aclara en qué momentos deberá emplear dichos argumentos (durante los puntos calientes).

No todos los puntos calientes pueden ser identificados durante la primera sesión de exposición; otros nuevos irán surgiendo en las sesiones posteriores. El revivir imaginamente el trauma permite la recuperación de elementos de la memoria traumática a los que no se puede acceder de otro modo. Además, puede producirse una **reestructuración cognitiva espontánea** de las cogniciones peritraumáticas, por lo que no será necesario aplicar la reestructuración cognitiva a cada uno de los puntos calientes identificados.

Fase 3. Reestructuración cognitiva dentro de la exposición.

El siguiente paso es **revivir en la imaginación todo el evento traumático**. Cuando se llega a un **punto caliente**, se pide al cliente que rebobine y **mantenga dicho punto vívidamente** en su cabeza. El terapeuta pregunta al paciente lo que siente, la intensidad de su emoción y lo que pasa por su cabeza. Luego, facilita el **empleo de los argumentos** previamente ensayados mediante las preguntas oportunas: “¿qué diría usted ahora?”, “¿qué sabe usted ahora?”, “¿hay otro modo de enfocar esto?”. También pueden emplearse contraimágenes para cambiar el significado asociado a los puntos calientes. Después, se prosigue con el procedimiento de revivir el trauma en la imaginación, a partir del punto caliente que se ha trabajado, y se repite las veces que sea necesario. Todo el proceso es grabado en CD y se pide al paciente que lo escuche diariamente en casa.

A continuación se ofrece un **ejemplo del empleo de la reestructuración cognitiva durante la exposición imaginal**. La paciente era una mujer que se había despertado una noche mientras era víctima de un asalto sexual. El agresor huyó y ella tocó sus genitales y notó que estaban llenos de fluido. Al contar esto durante la exposición imaginal, su cara expresó repugnancia, se estremeció, se revolvió en la silla e informó sentir asco y repulsión. Sus cogniciones fueron: “Me he contagiado con sus gérmenes, me siento asqueada, estoy sucia. ¿Qué pasará con todo esto en mi vagina? Puedo coger el virus del SIDA”. Estas cogniciones de la paciente fueron reestructuradas una vez acabada la exposición. Para ello, en primer lugar, la reacción de asco fue presentada como una respuesta normal y automática ante el asalto sexual. Después, las cogniciones asociadas con el asco fueron contrastadas con información que la cliente no tenía en el momento del asalto: a) la información forense había mostrado que el fluido era saliva y no semen y que no había restos de semen en la vagina; b) los datos médicos indican que es muy improbable contraer el virus del SIDA a través de la saliva sobre los genitales externos. Posteriormente, se llevó a cabo una nueva exposición imaginal con la siguiente reestructuración durante el punto caliente de asco:

- T: ¿Qué está sucediendo ahora?
 P: Estoy tocando mis genitales, mi mano está húmeda.
 T: ¿Cómo se siente ahora mismo?
 P: Siento un asco y repugnancia extremos, me siento enferma (muestra expresión de asco).
 T: ¿Cómo calificaría este sentimiento de 0 a 10?
 P: Diez.
 T: ¿Qué está pasando por su cabeza justo ahora?
 P: Es repugnante, asqueroso. He cogido sus gérmenes.
 T: ¿Qué sabe ahora acerca de lo que está sintiendo?
 P: Es normal que reaccione sintiendo un asco tan intenso ante un extraño que toca mis genitales. Esto me hace sentir enferma, estremecerme y hacer muecas.
 T: Así pues, es normal que reaccione con una repugnancia intensa. ¿Qué más está pasando por su cabeza?
 P: ¿Qué sucederá si todo ese fluido está en mi vagina? Puedo coger el virus del SIDA de este hombre.
 T: ¿Qué sabe ahora que no sabía entonces?
 P: El fluido que estoy sintiendo es saliva, no semen.
 T: Uhm, uhm...
 P: Es muy improbable que pueda contraer el virus del SIDA a partir de la saliva de este hombre sobre mis genitales externos, incluso si era seropositivo.
 T: ¿Cómo se siente ahora?
 P: La humedad es todavía repugnante.
 T: Ahora mismo, con el evento claro en su mente, ¿cuánta repugnancia siente de 0 a 10?
 P: Siete.

Un guión similar al anterior se repitió tres veces en la primera sesión de reestructuración cognitiva dentro de la exposición imaginal así como en dos sesiones posteriores. Además, la cliente escuchó entre sesiones el CD en el que se había grabado el proceso de revivir imaginalmente toda la experiencia traumática. La calificación de repugnancia se redujo finalmente a tres.

LA EXPOSICIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS PESADILLAS Y LA PENA MÓRBIDA

PESADILLAS

Una pesadilla es un sueño de contenido amenazador para el propio cliente y que conduce al despertar. El contenido del sueño puede implicar una amenaza a la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los clientes suelen evitar contar detalles de sus pesadillas, las cuales pueden estar relacionadas con experiencias estresantes o traumas ocurridos hace años. La frecuencia de las pesadillas está relacionada con otras perturbaciones del sueño y con el grado de ansiedad generalizada (Marks, 1987/1991).

La exposición con o sin componentes de dominio es un **tratamiento eficaz** para las pesadillas recurrentes, aunque los estudios controlados son muy escasos. Por otra parte, cuando las pesadillas están asociadas a otros trastornos, como las fobias específicas o el TEPT, a veces desaparecen al tratar dichos trastornos. Sin embargo, en otros casos, especialmente en el caso del TEPT, puede ser necesario tratarlas directamente.

En el tratamiento de **exposición sin escena de dominio**, el paciente imagina (e incluso verbaliza) con todo detalle la pesadilla al tiempo que intenta lograr la mayor implicación emocional posible. La escena se mantiene hasta que se produce una reducción significativa de la ansiedad.

Como tarea para casa, el paciente debe seguir imaginando la pesadilla igual que ha hecho en la sesión. La pesadilla se sigue trabajando en sesiones posteriores hasta que deja de causar un malestar clínicamente significativo o interferencia en áreas importantes de la vida.

En la **exposición con escena de dominio**, el paciente comienza imaginando la pesadilla una o más veces y termina afrontándola con una escena en la que introduce modificaciones que contrarrestan el afecto negativo y la amenaza. Veamos dos ejemplos. Un niño con pesadillas de caer al vacío puede imaginar primero que está cayendo y luego que extiende las manos, que comienza a volar y a subir. Una mujer tenía pesadillas en las que se veía matando a su madre, cuyos ojos moribundos la traspasaban de modo aterrador. Se le hizo contar en detalle tres veces seguidas la pesadilla, lo cual hizo con un llanto intenso y terminando con un grito: "¡mi condenada madre; siempre gana!". A partir de aquí se le pidió que escribiese descripciones detalladas de su pesadilla con finales en los que ella, no su madre, ganase (Marks, 1987/1991).

Krakov et al. (1993, 1996) han estudiado un procedimiento denominado **ensayo imaginal**, el cual se aplicaba inicialmente en una sesión de 2,5 horas y posteriormente en dos sesiones de 3 horas más una sesión de 1 hora, 3 semanas más tarde. A diferencia de la exposición, no se requiere imaginar las pesadillas. Para empezar, se explica al paciente la naturaleza de las pesadillas y se le enseña a realizar ejercicios de imaginación empleando escenas agradables. A continuación se le pide que: a) **Escriba una pesadilla reciente**; en el caso del TEPT, y para minimizar el papel de la exposición, se suele pedir al paciente que elija una pesadilla que no implique una reproducción del evento traumático. b) **La cambie del modo que desee** para crear un conjunto diferente de imágenes, generalmente más positivo; este nuevo sueño tiene menos elementos negativos y más elementos positivos y de dominio que la pesadilla original (si el tratamiento es en grupo, los pacientes se cuentan sus pesadillas y las nuevas imágenes). c) **Ensaye en la imaginación la nueva versión** (nuevos sueños) durante varios minutos. Finalmente, se dice al paciente que imagine la nueva escena 5-20 minutos cada día, pero no la pesadilla original. Caso de haber distintas pesadillas, se comienza por las menos traumáticas y se aplica el procedimiento a cada una de ellas. Si hay muchas diferentes por semana, se trabaja con dos de ellas como máximo. También se alienta al cliente a **imaginar escenas agradables** en un momento diferente del día, especialmente si piensan que su capacidad de imaginación no es muy buena. En comparación a la lista de espera, el procedimiento de ensayo imaginal **ha reducido la frecuencia de las pesadillas y ha aumentado la calidad del sueño**; además, los resultados se han mantenido en seguimientos de hasta 30 meses de duración.

PENA MÓRBIDA O DUELO

Las reacciones de aflicción, dolor y tristeza son normales tras la muerte de un ser querido. Ahora bien, **en el duelo patológico, las reacciones son más intensas y duraderas y la interferencia** en la vida, mayor. La aplicación de la exposición en la pena mórbida se basa en que las reacciones patológicas se mantienen, al menos en parte, por la evitación de los recuerdos y sentimientos dolorosos. Durante la exposición se hacen revivir al paciente deliberadamente las experiencias y situaciones relacionadas con la persona fallecida. En concreto, tras educar al paciente sobre el proceso de duelo, se le pide que (Echeburúa y de Corral, 1998; Sireling, Cohen y Marks, 1988):

- **Imagine y describa los recuerdos que tiene del fallecido así como las circunstancias de la muerte y sus reacciones a la misma.** Puede comenzarse con la descripción e imaginación por parte del paciente de las experiencias agradables con la persona desaparecida y seguir luego con otros recuerdos pasados y actuales. Finalmente el paciente pasa a describir detalladamente, en primera persona y en tiempo presente las circunstancias que

rodearon la pérdida, el momento de la muerte o del conocimiento de la misma y las reacciones experimentadas. El paciente debe prestar especial atención a los sentimientos (pena, tristeza, culpa, resentimiento, ira) y pensamientos experimentados (recuerdos y preocupaciones dolorosas, cogniciones de culpabilización propia o del otro, pensamientos sobre atributos negativos del otro), incluidos los posibles sentimientos negativos hacia el fallecido. En ocasiones se emplea la **estrategia de "rebobinar y mantener"**.

Algunos autores han llevado a cabo la exposición haciendo que el paciente **escriba o simplemente hable detalladamente** sobre los aspectos antes mencionados (sin imaginar). Es normal combinar dentro de un mismo programa de tratamiento **actividades separadas de escribir, hablar e imaginar**. Las cartas escritas al fallecido, incluida una de despedida, pueden leerse luego en voz alta ante el terapeuta o ante la tumba o una foto de la persona perdida. También puede hacerse que el paciente **imagine a la otra persona en una silla y le exprese** en primera persona y en tiempo presente sus sentimientos y pensamientos respecto a la muerte y la relación; puede facilitarse esta expresión si el paciente trae a la consulta fotos u objetos del fallecido. Por otra parte, Sireling, Cohen y Marks (1988) informan que pidieron a una paciente que se imaginara a sí misma sentada en otra silla y que se fuera preguntando si era cierto que se había dado cuenta de que su madre se estaba muriendo. Esto introduce un elemento de reestructuración cognitiva en la exposición.

- **Afronte gradualmente en vivo las situaciones evitadas** tales como acudir a los lugares antes compartidos, permanecer en la habitación del difunto, mirar sus fotos u objetos personales, visitar el crematorio, visitar el cementerio y la tumba del fallecido, acudir al lugar donde murió, hablar con alguien sobre la apariencia del difunto en el tanatorio, relacionarse con los familiares del fallecido y con amigos comunes, ponerse ropa u objetos de la persona perdida, etc. La exposición se prolonga y/o repite hasta que disminuye significativamente la aflicción.

Así pues, hay una combinación de exposición imaginal y EV. Además, se alienta al paciente a comprometerse en nuevas actividades y a potenciar las relaciones con los demás. Los **estudios controlados** existentes son muy escasos, aunque los resultados son esperanzadores. La exposición también se ha aplicado cuando la pena mórbida es consecuencia de una **ruptura de pareja** (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Tanto en este como en el anterior caso, el tratamiento suele incluir no sólo exposición, sino también **técnicas cognitivas y fomento de las relaciones con los demás**.

III. EXPOSICIÓN MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL Y REALIDAD AUMENTADA

Una alternativa a la exposición imaginal es la exposición mediante **realidad virtual** (Glantz, Rizzo y Graap, 2003; Krijn et al., 2004) o mediante **ayudas audiovisuales**. La primera permite, por medio de ordenadores y un casco o gafas especiales o un ambiente virtual automático computarizado, crear estímulos y situaciones que simulan una amplia variedad de experiencias reales de un modo vívido al tiempo que se logra que lo que el cliente ve y oye (entorno virtual) sea influido por lo que hace; en ocasiones se añaden también estímulos táctiles. De este modo, suscita emociones similares a las experimentadas en las situaciones reales.

La **ERV debe ser distinguida de otras formas de tratamiento en que se emplean ordenadores** (Krijn et al., 2004): a) Exposición vicaria asistida por ordenador: el paciente dirige a un modelo en la pantalla para que se exponga a las situaciones temidas. b) Exposición a imágenes y

sonidos de las situaciones temidas presentados por ordenador. c) Terapia aplicada a través de internet sin contacto directo con el terapeuta.

Ventajas de la exposición mediante realidad virtual (ERV) son que es más aceptable para muchos clientes que la EV, que pueden controlarse a voluntad los estímulos que se presentan al paciente y la graduación de los mismos, que puede repetirse y prolongarse tanto como se quiera, que se evitan los posibles problemas a la hora de imaginar las situaciones temidas y que puede ser un eficaz complemento de la EV o una alternativa a esta, especialmente cuando la EV es difícil de realizar (piénsese en las fobias a ciertos animales, tormentas o volar). Además, los escenarios virtuales pueden emplearse como test conductuales. Entre sus **limitaciones** pueden citarse las siguientes: es cara, algunos pacientes tienen dificultades para implicarse en el contexto virtual, puede producir mareos durante la misma o efectos posteriores tales como dolor de cabeza, somnolencia, fatiga, problemas al caminar y perturbaciones perceptivo-motoras; además, puede ser un peligro para personas con trastornos cardíacos, epilepsia o convulsiones.

Hay unos pocos estudios controlados en los que la exposición mediante realidad virtual (**ERV**) **ha sido superior al no tratamiento** o a otras intervenciones en diversas fobias específicas (alturas, volar, claustrofobia, arañas) y con estudiantes con miedo a hablar en público. Además, los resultados de un estudio con personas con fobia social generalizada sugieren que la exposición virtual combinada con reestructuración cognitiva y autoexposición en vivo (AEV) es tan eficaz como la exposición simulada combinada con reestructuración cognitiva y AEV. Por lo que respecta a la agorafobia, un estudio no ha hallado diferencias entre dos terapias cognitivo-conductuales sin AEV, una con EV y otra con realidad virtual; los dos tratamientos fueron superiores a la lista de espera.

Botella et al. (2005) han aplicado la **realidad aumentada** al tratamiento de las fobias. Consiste en superponer imágenes virtuales (p.ej., de arañas) a imágenes reales. Para conseguirlo, se adapta al casco de realidad virtual una cámara que permite ver el entorno a través del visor del casco. Sólo hace falta añadir los elementos virtuales (arañas virtuales en este caso) para “aumentar” la realidad. De este modo, la persona recibe información importante que no está contenida en el mundo real. La realidad aumentada es menos cara que la ERV, ya que no se necesita modelar el mundo real y puede facilitar la sensación de presencia (la sensación de estar ahí) y de que la experiencia es real.

IV - EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA

CONCEPTO Y EFICACIA

La exposición interoceptiva consiste en exponerse **sistemática y deliberadamente** a las sensaciones corporales que se temen. Estas sensaciones pueden inducirse artificialmente, tanto en la consulta como en casa, a través de diversos ejercicios como, por ejemplo, subir y bajar rápidamente un escalón (produce taquicardia, palpitaciones o pinchazos) o dar vueltas en una silla giratoria (provoca mareo). Aunque la exposición a las sensaciones temidas se da o puede darse ya durante EV a las situaciones temidas, se ha señalado la conveniencia de una exposición más centrada y sistemática a los estímulos somáticos temidos para que el cliente pueda habituarse a ellos y/o reevaluar su significado. Naturalmente, que se haga más o menos hincapié en la exposición a estímulos externos o en la exposición interoceptiva deberá depender de una evaluación individual de cada caso para comprobar el peso que tienen en cada cliente los estímulos externos e internos temidos.

La exposición interoceptiva se ha utilizado básicamente en el tratamiento del **trastorno de**

pánico con o sin agorafobia, aunque podría ser útil también para otros problemas tales como la claustrofobia. Los pocos estudios existentes indican que la exposición interoceptiva por sí sola puede ser útil en el tratamiento del trastorno de pánico sin agorafobia, aunque lo usual es que sea combinada con otras técnicas como la reestructuración cognitiva. En el caso de la agorafobia, algunos datos sugieren que la exposición interoceptiva puede potenciar la eficacia de la EV y de la TCC.

Dos estudios no han hallado que esta técnica incrementara la eficacia de la autoexposición en vivo (combinada con entrenamiento en respiración lenta profunda) o de la terapia cognitivo-conductual respectivamente. Sin embargo, en ambos estudios hubo una **tendencia favorable** a la adición de exposición interoceptiva y una ausencia de resultados significativos pudo ser debida a las pequeñas muestras empleadas. Ito et al. (2001) **compararon autoexposición en vivo (AEV), exposición interoceptiva autoaplicada y su combinación**; los tres tratamientos fueron igualmente eficaces y superiores a la lista de espera. En los seguimientos hasta un año se mantuvieron o aumentaron las mejoras y siguió sin haber diferencias entre los tres grupos.

En un estudio conducido en un contexto clínico real, la **adición de exposición interoceptiva** a la AEV (combinada con entrenamiento en relajación y respiración) produjo **mayores mejoras** en los pensamientos distorsionados durante los ataques de pánico y en evitación, aunque no en ansiedad fóbica, miedo al miedo, pánico (medido retrospectivamente) e interferencia. Finalmente, en otro trabajo, se encontró que **añadir exposición interoceptiva** a una combinación de reestructuración cognitiva y EV fue **más eficaz que** añadir entrenamiento en respiración controlada tanto en el post (medidas de pánico, interferencia y gravedad) como en el seguimiento a los 6 meses (ansiedad fóbica, pánico, interferencia, ansiedad general).

Es usual en el tratamiento de la agorafobia emplear la **exposición interoceptiva como técnica preparatoria de la EV**. Es decir, el cliente se expone a las sensaciones temidas en el entorno seguro de la consulta antes de hacerlo en las situaciones reales. **Sin embargo**, en nuestra opinión, por el momento no hay suficientes datos empíricos que demuestren que aplicar, en todos los casos, la exposición interoceptiva antes de la EV sea más eficaz que utilizar la EV sola; además, el procedimiento resulta, desde luego, más complejo. En este sentido, consideramos que puede ser más práctico utilizar la exposición interoceptiva como recurso complementario únicamente en los siguientes casos: a) como técnica preparatoria a la EV cuando el cliente tiene un miedo muy intenso a las sensaciones, y b) cuando el cliente realiza la EV, pero las sensaciones no se reducen y/o continúa teniendo mucho miedo a las mismas.

La exposición interoceptiva puede emplearse con diversos **objetivos básicos**: a) conseguir la **reducción de la ansiedad** asociada a las sensaciones, b) poner a prueba las **creencias** del cliente sobre las consecuencias “catastróficas” que pueden generar las sensaciones, y c) facilitar el manejo de las sensaciones temidas mediante las estrategias de **afrontamiento** que se han enseñado, lo cual puede generar experiencias de éxito. No se sabe cuál de estas aproximaciones es más útil.

Aparte de los objetivos anteriores, a través de la exposición interoceptiva se puede: a) conseguir que el cliente compruebe que puede provocar deliberadamente muchas de las sensaciones que tiene, y b) evaluar posibles dificultades que ocurren durante la EV. Por ejemplo, cuando un cliente afronta las situaciones en vivo y no consigue reducir la ansiedad, el hecho de inducir las sensaciones temidas en la consulta permite identificar conductas de evitación o distracción, detectar cogniciones no adaptativas o valorar cómo aplica las estrategias de afrontamiento.

La exposición interoceptiva **no debe utilizarse o bien debe aplicarse con supervisión médica** en personas que presentan trastornos cardiovasculares (hipertensión, arritmias), enfermedades respiratorias (asma, enfisema), trastornos metabólicos u hormonales, embarazo, epilepsia, convulsiones o cualquier trastorno físico grave. En todos estos casos, conviene contactar con el

médico del paciente, explicarle el procedimiento y los ejercicios que implica y preguntarle cuáles pueden llevarse a cabo. Por otra parte, es aconsejable pedir una exploración médica a los pacientes que en los últimos 12 meses no se les haya realizado ningún chequeo.

Un aspecto importante en la exposición interoceptiva es **remarcar la diferencia entre hacer exposición porque es inevitable y hacerla porque es una parte del tratamiento**; al fin y al cabo, los pacientes han experimentado muchas veces las sensaciones de ansiedad/pánico y todavía las siguen temiendo. Hay que enfatizar que los efectos de una exposición que es sistemática, bajo el control del cliente y libre de conductas defensivas son muy diferentes de los de una exposición aleatoria, incontrolada y viciada por la presencia de conductas sutiles de evitación tales como distraerse a toda costa o apoyarse contra una pared cuando se está mareado

A continuación se explicará el procedimiento de la exposición interoceptiva siguiendo, en general, las pautas dadas por Barlow y Craske (2000, 2007) y Craske y Barlow (1993, 2001, 2007), aunque se considerarán también las aportaciones de otros autores. La exposición interoceptiva se practica primero en la consulta bajo el control del terapeuta y se complementa con tareas entre sesiones. Para un uso de la exposición interoceptiva como experimento conductual, pueden consultarse también Hackmann (2004) y Wells (1997).

EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA EN LA CONSULTA

El primer paso es **explicar al cliente los fundamentos y objetivos de la técnica y en qué consiste esta**. Se explica al cliente que la exposición a las sensaciones temidas persigue **varios fines**: a) Comprobar que al menos algunas de estas sensaciones pueden ser provocadas deliberadamente. b) Aprender que las consecuencias catastróficas anticipadas no ocurren y que, por tanto, no hay fundamento para el miedo asociado con determinadas sensaciones y los ataques de pánico. c) Aprender a romper o reducir la asociación entre las sensaciones temidas y las reacciones de ansiedad/pánico, y a responder de modo diferente ante dichas sensaciones. d) Aprender, si es el caso, a manejar estas sensaciones y la posible ansiedad asociada a las mismas mediante la aplicación de estrategias de afrontamiento.

En pacientes con ataques de pánico que perciben como espontáneos, se les enfatiza que dichos ataques de pánico pueden realmente ser producidos por respuestas somáticas que a su vez son inducidas por cambios en el medio interno o externo. Ejemplos de estos cambios son consumo de medicamentos o drogas, ejercicio, enfermedades o problemas médicos, cambios hormonales, fatiga, falta de sueño, relaciones sexuales, calor, hiperventilación, discusiones, disgustos, estrés laboral y preocupaciones. Al no ser uno consciente de la ocurrencia o importancia de estos cambios, el incremento repentino en ansiedad parece que viene como “llovido del cielo”.

En el caso de que un cliente plantee reservas ante la técnica cómo, por ejemplo, afirmar que a mucha gente no le gusta tener las sensaciones que producen los ejercicios, se pueden utilizar varios recursos: a) reforzar al cliente por expresar sus dudas, b) manifestar empatía ante las reservas, c) conducirlo a reflexionar sobre la diferencia entre experimentar desagrado ante las sensaciones y tener miedo de que estas sensaciones provoquen consecuencias graves, d) enfatizar que la exposición será gradual y que se empezará a trabajar en la consulta, es decir en un contexto seguro y con la presencia del terapeuta, y d) valorar los pros y los contras de utilizar la técnica.

ELABORACIÓN DE LA JERARQUÍA PARA LA EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA

Existen muchos ejercicios que pueden utilizarse para provocar las sensaciones temidas. Por tanto, el primer paso es **identificar los medios** que permiten reproducir mejor las sensaciones que experimenta el cliente. Para ello, Barlow y Craske (2007) proponen realizar al menos los **siguientes siete ejercicios**:

- **Correr sin desplazarse del sitio levantando las rodillas tan alto como se pueda** durante 2 minutos. El fin es producir taquicardia, palpitaciones y falta de aliento.
- **Dar vueltas sobre uno mismo** durante 1 minuto. El paciente puede usar una **silla giratoria** o bien, alternativamente, **levantarse y dar vueltas sobre sí mismo** rápidamente (una vuelta cada tres segundos); debe haber cerca una silla o colchoneta en la que el cliente se pueda sentar una vez terminado el ejercicio. El fin es producir mareo, aunque también puede dar lugar a sensación de desmayo, visión borrosa, náuseas e incluso vómitos en personas que se marean al viajar o montar en atracciones. Estas personas deben saltarse este ejercicio o hacerlo más levemente.
- **Hiperventilar** en posición de sentado durante 1 minuto. Para esto, hay que respirar por la boca 20-30 veces por minuto llenando completamente los pulmones al inspirar y vaciándolos totalmente al espirar (puede utilizarse una grabación en CD para marcar este ritmo). Si así no se producen sensaciones ni ansiedad, puede probarse en posición de pie. La hiperventilación suele producir mareo y, con menos frecuencia, sensación de desmayo, hormigueo, entumecimiento, palpitaciones, taquicardia, sensación de irrealidad, sensación de falta de aire, boca seca, nudo en la garganta y temblor. Otras posibles sensaciones son escalofríos, sudoración, debilidad en las piernas, visión borrosa, dolores intercostales, opresión/dolor en el pecho y cansancio.
- **Respirar a través de una pajita delgada** (1 mm de diámetro) durante 2 minutos. Para que no penetre aire por la nariz, hay que mantener los orificios de esta cerrados haciendo la correspondiente pinza con los dedos. El fin es producir sensación de falta de aire, aunque también puede producirse atragantamiento, taquicardia y palpitaciones.
- **Mirarse fijamente en un espejo** colocado a un metro durante 2 minutos. El fin es producir sensaciones de despersonalización o desrealización.
- **Colocar la cabeza entre las piernas** durante 30 segundos y luego **levantarse rápidamente** hasta la posición vertical. El fin es producir mareo, presión en la cabeza o sensación de desmayo.
- **Tensar los músculos de todo el cuerpo** durante 1 minuto, pero sin causar dolor. Hay que tensar brazos, piernas, abdomen, pecho, espalda, cara..., todos los músculos. (Una alternativa es mantener 1 minuto o tanto tiempo como se pueda la posición inicial para hacer flexiones: cuerpo estirado mirando al suelo y manos empujando contra el suelo para levantar el tronco y poner los brazos rectos). El fin es producir tensión, temblores, debilidad, taquicardia, palpitaciones o pinchazos.

Barlow y Craske (2000) propusieron otros dos ejercicios adicionales: a) **Mover la cabeza rápidamente de izquierda a derecha** durante 30 segundos. El fin es producir mareo, desorientación o visión borrosa. b) **Retener la respiración** durante 30 segundos o tanto como se pueda. El fin es producir opresión en el pecho y falta de aliento. Por otra parte, aunque mirarse fijamente en un espejo es eficaz para inducir despersonalización y desrealización, los datos de Lickel et al. (2008) sugieren que hay **métodos más eficaces para producir desrealización**: a) hiperventilar durante 5 minutos, b) mirar fijamente durante 3 minutos, mientras se hiperventila, al centro de una espiral que gira a 100 revoluciones por minuto (puede obtenerse de

<http://dogfeathers.com/java/spirals.html>), c) mirar fijamente durante 3 minutos al centro de la propia sombra producida en una pared por una luz estroboscópica, y d) combinación del ejercicio anterior con hiperventilación. Estos métodos son también útiles para producir despersonalización.

El terapeuta hace una demostración de cómo se lleva a cabo cada ejercicio y después pide al cliente que lo realice. Una vez acabado cada uno de ellos, el paciente informa de las **sensaciones experimentadas** y hace tres calificaciones de acuerdo con una escala 0-10 (0 = ninguna, 10 = extrema): a) **intensidad de las sensaciones**, b) **nivel de ansiedad** experimentada en respuesta a estas sensaciones, y c) **grado de similitud** de dichas sensaciones con las experimentadas durante los estados de ansiedad intensa o ataques de pánico. Finalmente, **se seleccionan** los ejercicios que han recibido **al menos un 2 en la calificación de similitud** (pensamos que 3-4 sería más adecuado) y se ordenan los ejercicios seleccionados según el grado de ansiedad que producen. De este modo, se obtiene una **jerarquía** para la exposición interoceptiva que va de los ejercicios que provocan menos miedo (un mínimo de 3) a los que más. Los **ejercicios que suelen producir más miedo** en promedio son respirar a través de una pajita delgada, hiperventilar, dar vueltas sobre sí mismo y bajar la parte posterior de la lengua con un depresor (Schmidt y Trakowski, 2004; Antony et al., 2006).

En nuestra opinión, el **procedimiento** de pedir al cliente que realice al menos los ejercicios descritos anteriormente **puede simplificarse** cuando se utiliza **en la práctica clínica** habitual. En este contexto, puede ser aconsejable seleccionar *a priori* los dos o tres ejercicios que, en función de los datos obtenidos en la evaluación, pueden reproducir mejor las sensaciones que provocan miedo en el cliente. También es importante tener en cuenta que se pueden elaborar **jerarquías dentro de un mismo ejercicio**, variando, por ejemplo, su intensidad y/o duración. Finalmente, conviene señalar que los ejercicios planteados por Barlow y Craske (2000, 2007) son **orientativos** y, por tanto, se pueden modificar o bien se pueden combinar varios ejercicios (ya sea simultánea o secuencialmente) para producir las sensaciones temidas que son más importantes para cada cliente. Una lista de **otros posibles ejercicios** aparece en la **tabla 13**.

Si algún **cliente dice que no sabe si tiene realmente miedo de sus sensaciones** corporales, se le pide que realice los ejercicios propuestos para ver cómo reacciona. Si un paciente **se muestra renuente a hacer los ejercicios** y afirma que a mucha gente no le gusta experimentar las sensaciones que producen, se le pregunta si en su caso las sensaciones son simplemente intensas o desagradables o bien le producen miedo o teme que puedan conducir a algo malo. Si el cliente teme las sensaciones, se le recuerda la justificación de la exposición interoceptiva (aprender a manejar la ansiedad provocada por las sensaciones y comprobar que las consecuencias temidas no ocurren) y se le anima a proseguir con los ejercicios. Si el paciente dice que no teme las sensaciones, lo cual es raro, se coteja si esta información es contradictoria con otra que haya dado anteriormente. Si es así, se plantea la falta de concordancia, se muestra comprensión por los reparos para hacer algo que se teme, se recuerdan los beneficios de la exposición interoceptiva y se anima a llevarla a cabo.

En el caso de que ninguno de los ejercicios produzca inicialmente ansiedad deben evaluarse las causas y buscar soluciones: a) Los ejercicios no se han realizado correctamente (p.ej., no se han hecho con la suficiente intensidad o se ha parado antes de tiempo); por lo tanto, deben ser repetidos correctamente. b) Los ejercicios seleccionados no son los adecuados; los síntomas temidos deben ser provocados mediante otros ejercicios (véase la tabla 13). c) El cliente sabe que está en un lugar seguro, en compañía de una persona de confianza y que recibirá ayuda en caso necesario. d) Las sensaciones no son atemorizantes porque el cliente sabe a qué se deben y que puede controlar su terminación poniendo fin al ejercicio; a pesar de esto, la mayoría de los pacientes temen algunos de los ejercicios. **Posibles soluciones** para estos dos últimos problemas son:

- Que el cliente **se imagine vívidamente que se encuentra en una situación temida**

mientras experimenta las sensaciones. O bien que se imagine cuando tuvo su último ataque de pánico o que puede tener un ataque.

- Que el cliente practique **sin la compañía de nadie más** en la consulta, en casa y/o durante la exposición a las situaciones temidas. Esta es probablemente la solución más eficaz, aunque puede ir acompañada por las otras dos.
- Que el cliente **reestructure** con ayuda del terapeuta las creencias subyacentes:
 - # “Los ejercicios y las sensaciones son más peligrosos cuando uno está solo que cuando está acompañado”, “las sensaciones son más peligrosas cuando uno está en la situación temida”. Las sensaciones que aparecen cuando uno está solo o en una situación temida son las mismas o similares a las sensaciones que uno induce durante la exposición interoceptiva cuando está acompañado o fuera de la situación temida. Lo que cambia es la interpretación que se hace de las mismas. Pero a pesar de esta interpretación de peligro, el riesgo real asociado con las sensaciones es el mismo en ambos casos.
 - # “Son más peligrosas las sensaciones que surgen sin que de entrada sea aparente por qué”. Las sensaciones que parecen como “caídas del cielo” tienen en la inmensa mayoría de las ocasiones disparadores claros: situaciones estresantes, hiperventilación, consumo de sustancias, ejercicio, calor, excitación, ira, fatiga, falta de sueño, cambios hormonales, problemas médicos, etc. Además, el paciente ha experimentado innumerables veces estas sensaciones, percibidas como espontáneas o no, y no le ha ocurrido nada.
 - # “Las sensaciones que ocurren de modo natural son incontrolables y, por tanto, peligrosas”. Las sensaciones que ocurren naturalmente se pueden llegar a controlar hasta cierto punto, siempre que uno no las interprete catastróficamente y no luche desesperadamente contra ellas. Pero lo importante, es que aunque no se haga nada con ellas, las sensaciones naturales acabarán por desaparecer, igual que las inducidas, debido a procesos automáticos tales como la habituación, la fatiga, los mecanismos homeostáticos autolimitadores de la hiperventilación y de otras respuestas fisiológicas, y el darse cuenta después de un rato de que las consecuencias temidas no ocurren. Las sensaciones intensas de ansiedad que no se controlan o no se pueden controlar deliberadamente (p.ej., a través de la respiración controlada y/o la reatribución de las mismas) son desagradables, pero forman parte de la respuesta de lucha o huida del organismo y no son peligrosas.

GUÍAS PARA LA EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA

La exposición interoceptiva se practica primero en la consulta y en casa. Cuando el cliente domina el procedimiento, este se integra con la EV a las situaciones temidas. A continuación se ofrecen unas **guías para la exposición interoceptiva en la consulta** siguiendo, en general, a Barlow y Craske (2000, 2007), pero citando también otras propuestas cuando es necesario. Bados (2006) aborda las dificultades que pueden surgir en la aplicación de la exposición interoceptiva y ofrece formas de cómo manejarlas.

La atención a las sensaciones.

Es fundamental que el cliente, al hacer cada ejercicio, **experimente las sensaciones tan fuerte como pueda y se concentre en ellas de una forma objetiva** (en vez de afectiva o subjetiva). Una forma de atender objetivamente a las propias sensaciones sería: “Acabo de subir y bajar escaleras, mi corazón palpita, mi respiración es rápida y mi ansiedad es moderada”. En contraste, un foco subjetivo de atención sería: “Me siento fatal, voy a sufrir un colapso, tengo que acabar con esto”. El cliente debe **permitirse experimentar totalmente las sensaciones** para que la tendencia a evitar se transforme en una tendencia a la aproximación. En este sentido, la sensación de ser una “víctima” pasiva es reemplazada por la de ser un observador activo de lo que le pasa y la ansiedad irá disminuyendo progresivamente con la repetición de las exposiciones.

Es importante controlar que el cliente practique la exposición interoceptiva correctamente y que **no intente aplicar antes o durante la misma ni conductas defensivas** (p.ej., tomar medicación justo antes, respirar lenta o superficialmente mientras hiperventila, dar vueltas despacio al girar sobre sí mismo, hablar con el terapeuta, emplear pensamientos distractores) **ni estrategias de afrontamiento** (véase un poco más abajo).

Práctica de cada ejercicio.

El **paciente identifica que es lo que más le preocupa que suceda al practicar el ejercicio**; por ejemplo, desmayarse o no ser capaz de tolerar la ansiedad.

El terapeuta **demuestra** cómo hacer el primer ejercicio de la jerarquía y luego lo practica el paciente **hasta que nota las sensaciones temidas**. Cuando experimenta las sensaciones, levanta la mano y a partir de este momento sigue haciendo el ejercicio durante al menos **30 segundos más** (10 segundos en el ejercicio de retener la respiración). En el caso de que el cliente, cuando experimenta las sensaciones, no pueda continuar haciendo el ejercicio durante otros 30 segundos habría que empezar por un periodo más corto e ir incrementando progresivamente el tiempo.

A medida que se produce habituación del miedo, los **tiempos de exposición pueden incrementarse gradualmente** (hasta 2-3 minutos). Terminado un ejercicio, el cliente valora si **ha ocurrido o no lo que le preocupaba** y la **ansiedad máxima experimentada** (0-10). El procedimiento es el mismo para cada ítem de la jerarquía.

Por otra parte, en el caso de que **un ejercicio no produzca ansiedad**, se comprueba primero que el cliente **no utilice estrategias de evitación**. Si no las utiliza, otras posibles causas y soluciones han sido ya explicadas cuando se habló de la identificación de los ejercicios para construir la jerarquía.

La utilización de estrategias de afrontamiento.

El cliente **no debe emplear nunca estrategias de afrontamiento antes del ejercicio o durante el mismo**. Esto le impediría experimentar totalmente las sensaciones, comprobar que no son peligrosas y perder definitivamente el miedo a las mismas. Sin embargo, existen **discrepancias** entre diversos autores con relación a si es recomendable utilizar o no estrategias de afrontamiento **después del ejercicio** y en las estrategias que se utilizan.

Autores	Empleo o no de estrategias de afrontamiento después del ejercicio
Hecker et al. (1998)	No emplean estrategias de afrontamiento. El cliente: a) practica durante un par de minutos el ejercicio de exposición y el terapeuta lo realiza al mismo

	tiempo; b) se sienta y se concentra durante 5 minutos en sus sensaciones físicas con los ojos cerrados; y c) discute luego con el terapeuta la exposición y los modos de hacerla más similar a un ataque de pánico.
Huppert y Baker-Morrisette (2003)	No utilizan estrategias de afrontamiento; además, piden al paciente que continúe haciendo el ejercicio durante al menos otros 15 segundos desde el momento en que dice que necesita parar.
Ito et al. (2001)	El paciente emplea respiración lenta después de cada ejercicio para volver a su nivel de ansiedad basal.
Barlow y Craske (2000, 2007)	Terminado un ejercicio, el cliente aplica la reestructuración de los pensamientos negativos que ha tenido durante la exposición y, si lo considera necesario, la respiración controlada . Cuando consigue manejar las sensaciones ansiógenas, hace una señal para indicarlo. Luego, el terapeuta revisa con el cliente cómo ha realizado el ejercicio de exposición y cómo ha aplicado las estrategias de afrontamiento; si es necesario, le recuerda la necesidad de experimentar las sensaciones totalmente. Se considera que la reestructuración es muy importante; si el paciente sigue pensando que las sensaciones son peligrosas, no se beneficiará totalmente de la exposición interoceptiva.

En el caso de que un cliente utilice las estrategias de afrontamiento como conductas defensivas para prevenir las consecuencias temidas, aunque sea después del ejercicio, se utilizan los siguientes recursos: a) recordarle que las sensaciones, por muy intensas que sean, no provocan ninguna consecuencia catastrófica; son simplemente manifestaciones desagradables de ansiedad y, por tanto, no ocurrirá nada aunque no aplique las estrategias de afrontamiento, b) repetir la exposición interoceptiva y pedir al cliente que tolere las sensaciones sin aplicar las estrategias de afrontamiento para que compruebe que, incluso sin aplicar dichas estrategias, las sensaciones no tienen efectos nocivos.

Criterios para terminar un ejercicio y pasar al siguiente ítem.

Antes de repetir un ejercicio, hay que esperar hasta que las sensaciones disminuyan según Craske y Barlow (2000, 2007) o hasta que pasa un breve periodo de tiempo (p.ej., 15 segundos en la propuesta de Deacon, 2007). Craske y Barlow (2000, 2007) proponen repetir a continuación el mismo ejercicio 2-4 veces más en la misma sesión, aunque no justifican por qué limitan el número de repeticiones. Otros autores aconsejan repetir el mismo ejercicio las veces que sea necesario hasta que la ansiedad se reduzca al menos el 50% (Deacon, 2007) o alcance un nivel muy bajo (Schmidt y Trakowski, 2004); esto último puede requerir 10 repeticiones. Si se siguen las pautas de Craske y Barlow (2007), el ejercicio se repite en sesiones posteriores **hasta que el paciente aprende que las consecuencias que teme no ocurren y su nivel de ansiedad es leve** (2 o menos sobre 10); este mismo criterio podría adoptarse dentro de una sesión, sin limitar el número de ensayos a 2-4.

Conviene tener en cuenta que con la exposición repetida la intensidad de las sensaciones suele permanecer igual y raramente decrece. En cambio, el nivel de ansiedad va disminuyendo y la capacidad para tolerar las sensaciones aumenta. Por tanto, el objetivo es **repetir los ensayos hasta que las sensaciones produzcan una ansiedad mínima, pero no con la idea de que las sensaciones se reduzcan o desaparezcan**. Cuando el cliente ha superado un ejercicio, se pasa al **siguiente** de la jerarquía.

Práctica entre sesiones.

Según Craske y Barlow (2007), el cliente debe practicar en casa tres veces al día cada ejercicio o ejercicios de exposición interoceptiva que se han realizado en la consulta y anotar los aspectos clave en el diario de actividades de exposición. Otros autores (Deacon, 2007; Schmidt y Trakowski, 2004) aconsejan **practicar en casa cada ejercicio hasta conseguir la habituación** en vez de limitar el número de ensayos. Para hacer las prácticas entre sesiones el cliente debe seguir las mismas pautas que se han descrito para hacer la exposición en la consulta. La práctica en casa es fundamental para facilitar la generalización, ya que en la consulta el cliente se siente mucho más seguro (p.ej., por la presencia del terapeuta).

Cuando un cliente tiene miedo a practicar solo en casa, pueden utilizarse las siguientes estrategias: a) **preguntarle** qué es lo que cree que puede pasar (experimentar mucha ansiedad, tener un ataque de pánico, desmayarse) y **aplicar la reestructuración cognitiva** para ver cuál es la probabilidad de que suceda y qué pasaría realmente si ocurriese; b) emplear una **aproximación gradual**: el paciente puede empezar practicando en casa en compañía de una persona de confianza o incluso en la consulta con el terapeuta fuera de la habitación. El siguiente paso sería practicar solo o, si fuera necesario, reduciendo el tiempo que está acompañado. También puede ir graduando la intensidad o la duración del ejercicio.

En la siguiente sesión se **revisan las prácticas de exposición interoceptiva realizadas durante la semana**. El terapeuta debe dedicar una atención especial a identificar las posibles conductas de evitación realizadas por el cliente, tanto las conductas más evidentes (p.ej., no hacer los ejercicios), como las formas de evitación más sutiles: reducir la duración o la intensidad de las sensaciones, practicar cuando está presente alguna persona de confianza, no hacer los ejercicios cuando está ansioso, etc. Esta evitación es producida por la anticipación de peligros asociados a las sensaciones y/o por el miedo a experimentar altos niveles de ansiedad y puede abordarse según se ha señalado en el párrafo anterior.

Cuando el ejercicio o los ejercicios realizados **ya no producen ansiedad en casa**, pueden practicarse una vez más en la sesión y si, en este caso, tampoco provocan ansiedad, se pasa al siguiente ítem de la jerarquía. Finalmente, pueden **combinarse varios de los ejercicios**, ya sea simultánea o secuencialmente.

EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

El próximo paso, una vez superados los ejercicios de exposición interoceptiva o cuando el proceso está bastante avanzado, es **integrar la exposición interoceptiva con la exposición en vivo**; es decir, **pedir** al cliente que **afrente las situaciones reales que le generan las sensaciones que teme**. Entre las situaciones que pueden afrontar los clientes que presentan trastorno de pánico sin agorafobia se encuentran las siguientes:

Tomar baños calientes o saunas, hacer ejercicio intenso (correr, bicicleta, nadar, aeróbic, clases de gimnasia, practicar deportes), subir escaleras deprisa o corriendo, bailar, permanecer en ambientes calurosos y cargados, beber café cargado, ver películas dramáticas o de terror, ver espectáculos deportivos emocionantes, tener relaciones sexuales, participar en discusiones, enfadarse, coger ascensores rápidos, utilizar secadores de peluquería, tomar comidas pesadas y comer alimentos asociados con sensación de atragantamiento.

Todas estas situaciones generan sensaciones en todo el mundo, aunque la intensidad de las sensaciones es probablemente más fuerte en las personas que las temen. Por otra parte, las personas con

agorafobia deben afrontar las situaciones problemáticas que son típicas en este trastorno y que también producen sensaciones en dichas personas: viajar en transportes públicos, ir al cine, teatro, conciertos, centros comerciales, alejarse de su casa o de otros lugares seguros, conducir en horas punta, etc. Sin embargo, cabe señalar que, en caso necesario, también pueden utilizarse las situaciones que son temidas y/o evitadas por los pacientes con trastorno de pánico sin agorafobia.

A continuación se presentan las **guías para aplicar la exposición interoceptiva en actividades de la vida diaria**.

- **Elaboración de la jerarquía.** El cliente debe hacer una lista de las actividades de la vida diaria que tiene miedo de afrontar o evita debido a las sensaciones que producen; si es necesario, se le pueden proporcionar ejemplos de posibles situaciones, ya que el paciente puede no ser consciente de algunas de ellas. Confeccionada la lista, se pide al cliente que ordene las distintas situaciones identificadas según el grado de ansiedad que le provocan; se obtiene así una jerarquía que va de las actividades que provocan menos ansiedad (un mínimo de 3 sobre 10) a las que más. En caso necesario, pueden establecerse gradaciones en la jerarquía en función del tiempo dedicado a cada actividad, la intensidad con que se realiza la misma o la presencia/ausencia de una persona de confianza. Asimismo, es importante identificar y retirar, gradualmente si es preciso, las **señales de seguridad o conductas defensivas** tales como: presencia de personas de confianza, llevar un teléfono móvil o amuletos de la suerte, permanecer cerca de centros médicos, distraerse, etc.
- **Exposición a las situaciones:** en general, se siguen las **guías descritas al hablar de la EV** combinada, si es el caso, con estrategias de afrontamiento. Sin embargo, algunas actividades, por su propia naturaleza, no permiten ni la exposición prolongada ni pueden repetirse continuamente, sino que hay que esperar un tiempo (p.ej., beber café o alcohol, comer ciertos alimentos, hacer aeróbic). Por otra parte, puede trabajarse **más de una actividad a la vez**, si su nivel de ansiedad es similar, lo cual acelerará el progreso. Conviene informar al paciente que **en las situaciones reales los síntomas empiezan y terminan de forma menos predecible y controlable que en la exposición interoceptiva**. En este sentido, cuando el cliente hace un ejercicio en la consulta como, por ejemplo, retener la respiración, sabe la causa que le provoca las sensaciones y, además, los síntomas cesan o se van reduciendo rápidamente al acabar la práctica. En cambio, en las actividades de la vida diaria el paciente debe recordarse que las sensaciones serán menos predecibles y controlables, pero no, por eso, más peligrosas y que preocuparse por los síntomas sólo contribuirá a alimentar la ansiedad.
- **Criterio para pasar al siguiente ítem.** Cada actividad debe repetirse el número de veces necesario hasta el paciente aprende que los síntomas no son peligrosos (las consecuencias que teme no ocurren) y su nivel de ansiedad es leve (2 o menos sobre 10).
- **Estrategias de afrontamiento.** Como ya se dijo, no todos los autores son partidarios de emplearlas. Si se utilizan estas estrategias junto con la exposición interoceptiva, se dice al cliente que cuando tenga un nivel de ansiedad anticipatoria muy alto, puede identificar sus cogniciones negativas y reestructurarlas antes de comenzar la actividad de exposición. Por otra parte, Barlow y Craske (2007) señalan que, a diferencia de la exposición interoceptiva realizada en la consulta y en casa, el paciente **puede practicar las estrategias de afrontamiento** (respiración controlada, reestructuración) **mientras afronta las situaciones temidas, caso de que la ansiedad sea excesiva**. El motivo de esta diferencia es que las actividades de la vida diaria tienen una duración mucho mayor que los ejercicios de exposición interoceptiva, por lo que es más probable que el cliente experimente sensaciones y ansiedad en un mayor grado. Sin embargo, el paciente debe tener claro que el fin de las estrategias de afrontamiento es manejar la ansiedad, no impedir que ocurran

las sensaciones por miedo a sus consecuencias negativas.

- **Problemas para experimentar las sensaciones.** Si durante la exposición el cliente no experimenta las **sensaciones temidas** o estas son muy débiles, debe practicar los ejercicios oportunos de exposición interoceptiva en la propia situación. Por ejemplo, una persona que está haciendo una exposición a conducir en horas punta y no tiene ninguna sensación, podría aparcar un momento, practicar la hiperventilación y cuando experimenta las sensaciones, volver a conducir. En pacientes que **no se atreven a practicar la exposición interoceptiva en la situación temida, puede procederse gradualmente**; un posible modo es el siguiente: a) exposición interoceptiva fuera de la situación, b) EV sin inducir las sensaciones, c) EV atendiendo a las sensaciones que aparecen, y d) EV con inducción deliberada de las sensaciones temidas. Asimismo, cuando es necesario, puede graduarse la intensidad de cada ejercicio y el tiempo dedicado al mismo. En el caso de que se emplee la reestructuración cognitiva, se pregunta previamente al cliente qué es lo que cree que puede pasar y se discute con él cuál es la probabilidad de que suceda y qué pasaría realmente si ocurriese.

TABLAS

Tabla 1. Diez reglas para afrontar el pánico.

-
1. Recuerde que las sensaciones no son más que una exageración de las reacciones corporales normales al estrés.
 2. No son, en absoluto, perjudiciales ni peligrosas; solamente desagradables. No sucederá nada peor.
 3. Deje de aumentar el pánico con pensamientos atemorizadores sobre lo que está sucediendo y a dónde podría conducir.
 4. Observe lo que está sucediendo realmente en su cuerpo justamente ahora, no lo que usted teme que *podría* pasar.
 5. Espere y deje tiempo al miedo para que se pase. No luche en contra ni huya de él. Simplemente acéptelo.
 6. Observe que cuando usted deja de aumentarlo al añadir pensamientos atemorizadores, el miedo comienza a desaparecer por sí mismo.
 7. Recuerde que el objetivo principal de la práctica es aprender cómo afrontar el miedo, sin evitarlo. Por tanto, esta es una oportunidad de progresar.
 8. Piense en el avance que ha conseguido hasta ahora, a pesar de todas las dificultades. Piense en lo satisfecho que estará cuando lo consiga esta vez.
 9. Cuando comience a sentirse mejor, mire a su alrededor y empiece a planear qué va a hacer a continuación.
 10. Cuando esté preparado para continuar, comience de forma tranquila, relajada. No hay necesidad de esfuerzo ni prisas.
-

Nota. Tomado de Mathews, Gelder y Johnston (1981, pág. 183).

Tabla 2. Pensamientos negativos y alternativos en personas con miedo a hablar en público.

-
- | | |
|----------------------------|--|
| - Pensamiento negativo: | Se darán cuenta de lo nervioso que estoy. |
| - Pensamiento alternativo: | Es mucho mayor el miedo que siento que el que los otros ven, si es que lo ven. |
| - Pensamiento negativo: | Me voy a quedar en blanco. |
| - Pensamiento alternativo: | Si me pasa, haré una pausa para tranquilizarme; luego pensaré cómo seguir. |
| - Pensamiento negativo: | Haré el ridículo. |
| - Pensamiento alternativo: | Me he preparado bien, así que las cosas no tienen por qué ir mal. |
| - Pensamiento negativo: | No voy a poder aguantar estos nervios. |
| - Pensamiento alternativo: | El nerviosismo es mayor al principio; después, disminuye. |
| - Pensamiento negativo: | Seguro que cometo algún error. |
| - Pensamiento alternativo: | No se trata de hacerlo perfecto, sino de intentar hacerlo bien. Errar es humano. |
| - Pensamiento negativo: | Me temblarán las manos y pensarán que soy un tipo raro. |
| - Pensamiento alternativo: | La gente no le juzga a uno por su temblor. Lo importante es hacerles interesante lo que les voy a decir. |
-

Tabla 3. Ejemplo de una jerarquía para una paciente con trastorno de aversión sexual.

Actividad	Miedo (0-8)	Evitación (0-8)
Paciente mira un vídeo de actividad sexual con actores vestidos	3	3
Paciente mira un vídeo de actividad sexual con actores desnudos	3	4
Paciente mira una foto de genitales femeninos	3	4
Paciente mira una foto de genitales masculinos	4	4
Paciente toca la parte exterior de su área genital	4	4
Paciente toca sus pechos desnudos	4	5
Paciente mira sus genitales en el espejo	5	5
Compañero toca la parte exterior del área genital de la paciente	6	5
Paciente inserta la punta de su dedo en la vagina	6	6
Paciente inserta su dedo en la vagina	6	6
Compañero inserta la punta de su dedo en la vagina	7	7
Compañero inserta su dedo en la vagina	8	7
Compañero inserta parcialmente el pene en la vagina	8	8
Compañero inserta el pene en la vagina; sin movimiento	8	8
Coito	8	8

Nota. Tomado de Bach, Wincze y Barlow (2001, pág. 591).

Tabla 4. Jerarquía para una niña de 10 años con fobia social generalizada.

Situación	Ansiedad (1-9)
- Contestar una pregunta en clase cuando conoces la respuesta.	1
- Comer en un restaurante de comida rápida.	2
- Leer en voz alta enfrente de una persona después de conocer y practicar el material de antemano.	2
- Leer en voz alta enfrente de una persona material no preparado de antemano.	3
- Escribir en la pizarra.	3
- Decir "hola" a un compañero que conoces, pero no bien.	4
- Contestar una prueba de ortografía en la pizarra.	4
- Pedir la comida en un restaurante de comida rápida.	4
- Cometer errores: tropezar enfrente de alguien.	5
- Decir "hola" a un adulto que conoces.	5
- Leer en voz alta enfrente de un grupo.	6
- Acercarse a un grupo de compañeros "populares", pero sin hablar con ellos.	7
- Presentar un informe en clase.	7
- Hablar con un adulto y dar información sobre sí mismo.	8
- Pedir información a dependientes de tiendas o al director del instituto.	8
- Presentarse a un compañero "popular".	9
- Unirse a un grupo de compañeros (en el camino a clase, durante un juego).	9

Nota. Tomado de Beidel y Turner (1998, pág. 237).

Tabla 5. Posibles pasos de jerarquías para distintas situaciones agorafóbicas.

PASEAR

1. Paseen juntos hasta el punto más distanciado de casa que su compañero pueda. Si es posible, permanezcan allí un corto espacio de tiempo antes de regresar.
2. Repitan el paso 1 siguiéndole usted por detrás a corta distancia.
3. Paseen en círculo, yendo en direcciones opuestas, de forma que se crucen en el medio.
4. Vayan por separado hasta un lugar acordado (asegúrense de que ambos saben donde está) por caminos diferentes, de modo que se encuentren en el punto más alejado de casa. Usted debe llegar allí el *primero*.
5. Su compañero sale el primero y se encuentran más tarde en un lugar y *hora* acordados (asegúrese de que entiende esto y no le asuste *nunca* no haciendo lo que le dijo que haría).
6. Pasear solo, permaneciendo usted en casa (vayan aumentando las distancias).
7. Pasear solo cuando usted esté lejos de casa (vayan aumentando las distancias).

Además de su presencia, otras cosas pueden ser importantes: cuánta gente hay, qué tiempo hace, lugares concretos en las carreteras, espacios abiertos, puentes, etc.

TIENDAS Y SUPERMERCADOS GRANDES

1. Vayan juntos a la tienda-objetivo a una hora tranquila.
2. Entren juntos, pero sepárense dentro durante un rato.
3. Espere fuera (permaneciendo a la vista) mientras su compañero compra dentro.
4. Vaya a algún otro sitio durante un periodo de tiempo acordado, mientras su compañero se queda en la tienda.
5. Incremente gradualmente el tiempo que su compañero está solo antes de que usted vuelva a reunirse con él.
6. Su compañero va solo y vuelve solo de compras (asegúrese de que es capaz de entrar en todas las secciones diferentes de la tienda).
7. Repitan estos ejercicios a una hora concurrida (viernes por la tarde o sábado por la mañana).
Se necesitarán más pasos si hay dificultades con colas, sótanos, escaleras mecánicas, etc.

METROS Y TRENES

1. Vayan juntos en tren una estación y regresen.
2. Vayan juntos, pero siéntense en vagones diferentes.
3. Viajen por separado (usted vaya por adelantado en tren o en coche) y encuéntrense en la estación.
4. Su compañero hace el trayecto de ida y vuelta solo.
5. Haga que su compañero aumente gradualmente las distancias recorridas en los viajes que hace en solitario.

Nota. Tomado de Mathews, Gelder y Johnston (1981).

Tabla 6. Ejemplos de ítems para posibles jerarquías de distintos miedos obsesivos.

Miedo a contaminarse
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tocar la parte superior del zapato 2. Tocar la suela del zapato 3. Sentarse en el suelo de la oficina 4. Tocar los grifos del fregadero en la clínica 5. Tocar el pomo de la puerta del aseo de la clínica 6. Tocar el pestillo de la puerta del aseo de la clínica 7. Sentarse en el suelo en un aseo público 8. Tocar el tirador o la cadena del aseo de la clínica 9. Tocar el rollo de papel higiénico del aseo 10. Tocar la tapa del asiento del váter en el aseo de la clínica 11. Tocar la taza del váter 12. Sentarse vestido en el asiento del váter en la clínica 13. Sentarse en el váter de la clínica, orinar, usar papel higiénico, tirar de la cadena con la mano 14. Sentarse en el váter de un restaurante, orinar, usar papel higiénico, tirar de la cadena con la mano 15. Sentarse en el váter de un aeropuerto, orinar, usar papel higiénico, tirar de la cadena con la mano 16. Tocar las heces de un perro en la acera con el zapato 17. Tocar el zapato después de haber tocado con él las heces de un perro en la acera 18. Tocar los pomos de las puertas y otras superficies de la clínica después de haber tocado un zapato contaminado con heces de perro 19. Estrechar la mano a una persona en la calle 20. Tocar un producto de alimentación en un mercado después de haber estrechado la mano a una persona en la calle
Miedo al daño sobrenatural
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensar en las palabras “mala suerte” 2. Decir en voz alta las palabras “mala suerte” 3. Escribir las palabras “mala suerte” en un papel 4. Escribir las palabras “mala suerte” en el dorso de la mano 5. Pensar en el número 13 6. Decir en voz alta el número 13 7. Escribir el número 13 en un papel 8. Escribir el número 13 en el dorso de la mano 9. Pensar en una palabra blasfema 10. Decir en voz alta la palabra blasfema 11. Escribir la palabra blasfema en una tarjeta y llevarla siempre encima 12. Ver la película “El exorcista” 13. Usar un tablero Ouija para predecir el futuro
Miedo a causar daño a sí mismo o a otros por actos de negligencia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dejar una bolsa de plástico de la tintorería en el cubo de la basura 2. Poner el hervidor de seguridad (“kettle”) en el fuego y abandonar la cocina 3. Manejar fuentes de cristal mientras se prepara la comida 4. Cortar pan en la cocina con un cuchillo afilado mientras el niño está en su sillita 5. Poner el hervidor de seguridad (“kettle”) en el fuego y salir de casa 6. Dejar un trozo de cristal roto en el fondo del lavavajillas 7. Poner un trozo de cristal roto en la encimera del fregadero mientras se prepara la comida 8. Poner un bote de desatascador en la encimera del fregadero mientras se prepara la comida 9. Tener al niño en brazos mientras se sostiene un cuchillo de pan 10. Tocar al niño con el extremo romo de un cuchillo de pan

Nota. Tomado de Kozak y Foa (1997, págs., 64-66).

Tabla 7. Guías para la persona acompañante en el tratamiento de la agorafobia mediante exposición.

-
- Los miedos agorafóbicos y las conductas de evitación pueden ser muy difíciles de comprender para la persona que no los padece. Sin embargo, tan negativo es estar excesivamente preocupado y continuamente pendiente de los problemas agorafóbicos como no comprenderlos o hacer caso omiso de ellos. Puede ayudarle a *comprender los problemas de su compañero* el ponerse en su lugar e intentar ver las cosas desde su punto de vista. No obstante, comprender los problemas de su compañero no significa estar de acuerdo con el modo infructuoso de responder ante ellos.
 - El *apoyo y ánimo* por parte suya y de otras personas cercanas es sumamente valioso para el progreso del tratamiento.
 - Algunos tipos de “ayuda” (hacerle cosas a su compañero para que no tenga que exponerse a las situaciones temidas) favorecen la dependencia respecto a otras personas e interfieren con el tratamiento. Por lo tanto, tenga cuidado en no ofrecer este tipo de “ayuda”.
 - El *tipo más adecuado de ayuda* consiste en animar y apoyar a su compañero para afrontar gradual y frecuentemente aquello que teme. Naturalmente, esto es muy distinto de obligarle a intentar actividades difíciles por medio de amenazas o ridículo. Lo que sí está indicado es que le sugiera, pero no que le imponga, la práctica de ciertas actividades y que llegue a acuerdos con él para realizar dicha práctica. Conviene no olvidar que la decisión final debe quedar siempre en manos de su compañero.
 - Es importante que *elogie* sinceramente tanto los esfuerzos como los logros de su compañero y que le *asegure* que nada horrible va a suceder durante la práctica. Aparte de los elogios, puede ser útil que tenga pequeños detalles (un obsequio sorpresa, una invitación...) para celebrar algunos de los avances conseguidos.
 - Tenga cuidado en *no menospreciar ni minimizar los logros conseguidos*, aunque estos sean lentos o pequeños. Las cosas son mucho más difíciles para su compañero de lo que pueden parecer a otras personas.
 - Es fácil impacientarse cuando las cosas van despacio y más todavía si ha habido un contratiempo o retroceso. Pero es justamente entonces cuando su compañero necesita más el ánimo y apoyo. Tenga en cuenta que el progreso no será lineal, sino que habrá retrocesos temporales.
 - Siempre que sea posible, su compañero debe *practicar solo*. En casos de situaciones difíciles, usted puede acompañarle la primera vez o, como mucho, tres o cuatro veces, pero su compañero debe completar por lo menos dos prácticas él solo en la misma situación. *Si acompaña* en alguna práctica a su compañero, tenga en cuenta las siguientes guías:
 - + Anímele a comportarse con naturalidad.
 - + Aliéntele a centrar su atención en la actividad que está realizando.
 - + No le pregunte continuamente sobre cómo se siente.
 - + En caso de que experimente una gran ansiedad, tranquilícele en vez de hablar sobre las sensaciones experimentadas o mostrarse asustado, preocupado o irritado.
 - # Dígame que lo que experimenta es sólo ansiedad y recuérdole el empleo de estrategias de afrontamiento (respiración, autoinstrucciones escritas en la tarjeta).
 - # Si lo cree conveniente, reconfórtele cogiéndole la mano o abrazándole.
 - # Permítale abandonar temporalmente la situación si experimenta una ansiedad excesiva que no puede manejar. Una vez que esté mucho más tranquilo, anímele a volver a la situación para seguir practicando y aumentar la confianza en sí mismo.
 - # Si no se atreve a volver, no le obligue ni dé importancia a lo ocurrido. Más tarde, una vez que esté tranquilo, intente llegar a un acuerdo para repetir la situación al día siguiente o empezar por una un poco más fácil con el fin de que aumente la confianza en sí mismo.
 - + Anímele a seguir adelante, pero sin forzarle.
 - + Elógiele por sus esfuerzos y progresos.
 - Debe *preguntarle* a su compañero por la práctica que ha llevado a cabo y *mostrar satisfacción* por el esfuerzo realizado y los logros conseguidos, aunque sean pequeños. Al principio, debe hacer esto cada día y luego, conforme su compañero vaya sintiéndose más seguro, con menos frecuencia.
 - No debe quejarse o mostrar impaciencia si el progreso es lento o variable. *Tampoco debe criticar* o prestar atención especial a los fracasos, a excepción de animar a su compañero a que lo intente de nuevo, quizá de una forma algo diferente.
-

Tabla 8. Plan de exposición con un paciente con rituales de comprobación

El paciente temía hacer daño a otros al conducir o utilizar aparatos, cerraduras o luces de la casa. También temía que su hija de 4 años se le cayera sobre un suelo duro o cayera escaleras abajo. Los ítems de la **jerarquía** y su nivel de USAs fueron: 1) conducir por autopistas (100), b) llevar a la hija en brazos sobre un suelo de hormigón (85), c) hija jugando cerca de la puerta abierta que da a las escaleras (75), d) tirar de la cadena del váter con la tapa bajada (70), e) abrir puertas y ventanas (60), y f) usar las luces y la cocina de gas (50). Para prevenir las consecuencias temidas, el cliente comprobaba repetidamente el área alrededor del coche (directamente y con los espejos), la zona por la que se movía su hija y el estado de esta, y el estado de los aparatos, cerraduras y luces en la casa. A continuación se detalla lo que se hizo en cada sesión:

Sesión 1. El cliente encendió y apagó las luces una vez, hizo lo mismo con la cocina de gas y abrió y cerró las ventanas una vez. Tras cada una de estas acciones, abandonó inmediatamente la habitación y se concentró en no haber realizado ninguna comprobación. Todo este procedimiento se repitió con diferentes interruptores, aparatos y ventanas. Muy importante, cada ejercicio se llevó a cabo en un área diferente de la casa para que no pudiera tener lugar una comprobación *accidental* de las actividades previamente realizadas.

Sesión 2. Se repitió todo lo de la sesión anterior, pero sin la presencia del terapeuta en la misma habitación. De este modo, el cliente no podía inferir que no había hecho nada dañino a partir del comportamiento del terapeuta.

Sesión 3. Se repitieron los ejercicios de la sesión anterior. Además, el cliente permitió que su hija jugara cerca de la puerta que daba a las escaleras sin su supervisión.

Sesión 4. Se repitieron los ejercicios de la sesión anterior. Además, el cliente permitió que su hija estuviera sobre el suelo de hormigón y luego la llevó en brazos sobre dicho suelo.

Sesión 5. Se repitieron los ejercicios de la sesión anterior. Luego, el cliente, acompañado por el terapeuta, condujo por la autopista y volvió a casa por una ruta diferente para que no pudiera comprobar si había habido algún accidente. El espejo retrovisor central fue desplazado para que el paciente no pudiera comprobar el área detrás del automóvil y los espejos retrovisores laterales fueron utilizados sólo para cambiar de carril.

Sesión 6. El cliente condujo por la autopista como en la sesión anterior, pero sin el terapeuta. Tras la exposición, volvió a la clínica para contar su experiencia.

Sesiones 7-15. Se continuó la exposición a todas las situaciones anteriores bajo condiciones diversas y con especial énfasis en los ítems más difíciles. Las variaciones de la tarea de conducir incluyeron conducir por la noche, conducir bajo un tiempo lluvioso, conducir por áreas llenas de peatones y conducir por áreas llenas de niños.

Nota. Tomado de Kozak y Foa (1997).

Tabla 9. Prevención de rituales de lavado: Instrucciones para el cliente.

-
- Durante el periodo de tratamiento no debe usar agua en su cuerpo; es decir, no puede lavarse las manos, fregar (salvo con guantes), enjuagarse, ducharse (salvo lo dicho más abajo), bañarse, nadar o usar toallitas o paños húmedos.
 - Puede emplear cremas y otros artículos de aseo (desodorante, polvos de talco, etc.) excepto si ve que el uso de estos elementos reduce su sensación de contaminación.
 - Aféitese con una maquinilla eléctrica.
 - Puede usar agua para beber o lavarse los dientes, pero tenga cuidado para que no caiga en la cara o en las manos.
 - Cada 3 días puede tomar una ducha de 10 minutos, incluido el lavado de pelo. El lavado ritualista o repetitivo de áreas específicas del cuerpo (p.ej., genitales, pelo) durante la ducha no está permitido. Las duchas deben ser cronometradas por la persona que le ayuda, pero no es necesario que esta le observe directamente.
 - Lleve la ropa al menos dos días seguidos; puede cambiarse de ropa interior una vez al día.
 - Pueden hacerse excepciones a estas reglas en circunstancias poco usuales, tales como problemas médicos que requieran limpieza. Acuerde esto con su terapeuta.
 - En casa, si tiene un impulso para lavar o limpiar que teme no poder resistir, hable con la persona que le ayuda y pídale que permanezca con usted o vaya a algún sitio con usted hasta que el impulso se reduzca a un nivel manejable.
 - La persona que le ayuda debe avisarle cuando viola estas reglas y posteriormente ambos deben comentarlo con el terapeuta. Esta persona debe intentar parar dichas violaciones mediante una firme insistencia verbal, pero sin discutir ni emplear la fuerza. Esta persona puede impedirle físicamente hacer el ritual si usted ha dado su consentimiento previo a cómo hacerlo. Asimismo, puede cerrar las llaves de paso del agua si usted da su permiso.
 - Instrucciones especiales:
-

Nota: Tomado de Kozak y Foa (1997, pág. 178) y Steketee (1999).

Tabla 10. Guías para la conducta “normal” de lavado hacia el final del tratamiento.

-
- No se duche más de una vez al día; máximo 10 minutos.
 - No se lave las manos más de 5-6 veces al día; máximo 30 segundos por vez.
 - Limite el lavado de manos a las siguientes ocasiones: a) antes de las comidas, b) después de ir al váter, y c) después de manipular cosas grasientas o visiblemente sucias.
 - Continúe exponiéndose deliberadamente cada semana a los objetos y situaciones que le perturbaban.
 - Si algunos objetos o situaciones continúan perturbándole en alguna medida, expóngase a los mismos 2 veces por semana.
 - No evite las situaciones que le causan algún malestar. Si ve que tiende a evitar una situación, afróntela al menos 2 veces por semana hasta que el nivel de ansiedad se reduzca claramente.
 - Otras guías:
-

Nota: Tomado de Kozak y Foa (1997, pág. 180) y Steketee (1999).

Tabla 11. Problemas relacionados con la imaginación y posibles soluciones.

-
- **Reproducción vaga de la escena.** Si no se llevó a cabo, hay que realizar un entrenamiento en imaginación comenzando por escenas neutrales o placenteras. Otras soluciones son: a) enriquecer la descripción de la escena con detalles y reacciones importantes del cliente que han sido omitidos, b) eliminar detalles distractores, c) pedir al cliente que verbalice en voz alta la escena que está intentando imaginar.
 - **Incapacidad para mantener la escena.** Esto suele ser una conducta de escape. En este caso, conviene recordar con el cliente la justificación del procedimiento y que este debe generar malestar para ser útil a través de la habituación o afrontamiento de dicho malestar. También se puede pedir al cliente que verbalice en voz alta lo que vaya imaginando. Si es necesario, se elabora una escena menos perturbadora como paso previo.
 - **Disociación o falta de implicación en la escena.** El cliente no se compromete en la escena, no se imagina como un participante en la misma y, por lo tanto, no la vive con emoción auténtica. Soluciones: a) Recordar al cliente que la falta de implicación puede reducir la ansiedad a corto plazo, pero contribuye a mantenerla a largo plazo. Pedirle también que deje de distanciarse y que se implique en la escena; si es necesario, se introduce una escena menos ansiógena. b) Enriquecer la escena con detalles descriptivos adicionales, con las sensaciones, cogniciones y conductas del cliente y con las consecuencias que este teme. c) Pedir al cliente que verbalice lo que está imaginando, poniendo un énfasis especial en la acción y la implicación personal. Algunos clientes se implican más emocionalmente cuando el terapeuta sólo describe la escena una vez y luego continúan imaginando en silencio. A otros les puede ayudar verbalizar en voz alta lo que están imaginando o ir alternando imaginación silenciosa durante, por ejemplo, 5 minutos con descripción en voz alta de la imagen durante otros 5 minutos.
 - **Modificación de la escena que atenúa la ansiedad.** Los clientes pueden imaginar situaciones bastante diferentes de las descritas. Así, pueden atenuar la aversividad de una escena incorporando elementos protectores (una luz pequeña en un cuarto oscuro) o eliminando elementos aversivos (vagón de metro medio vacío en vez de atestado). También es posible que un cliente pueda imaginar una escena agradable en vez de una escena perturbadora o que utilice otras estrategias distractoras. En estos casos, se recuerda al cliente la importancia de experimentar ansiedad para conseguir la habituación final de la misma y se enfatiza, por tanto, la importancia de no cambiar el contenido de las escenas. Otros recursos son: a) describir las escenas de forma mucho más específica (p.ej., destacando la ausencia de cualquier luz o describiendo lo atestado que va el metro), b) pedir al cliente que verbalice en voz alta lo que está imaginando, y c) elaborar una escena menos perturbadora como paso previo.
 - **Modificación de la escena que incrementa la ansiedad.** Los pacientes pueden aumentar el potencial ansiógeno de una escena añadiendo elementos aversivos (perro que gruñe amenazador en vez de estar tranquilo) o quitando elementos protectores (mirar desde una terraza alta sin barandilla). Posible soluciones son: a) enfatizar la importancia de imaginar sólo lo que se pide, b) describir las escenas de forma mucho más específica (p.ej., describiendo la conducta tranquila del perro o la presencia de la barandilla), y c) pedir al cliente que verbalice en voz alta lo que está imaginando.
 - **Perseverancia en la escena.** El cliente mantiene la escena después de que se le pide que la termine. Soluciones: que relaje los músculos de los ojos o que mueva o haga girar los ojos.

Si los problemas relacionados con la imaginación no pueden superarse, habrá que prescindir de la exposición imaginal y utilizar otros métodos tales como la exposición en vivo y/o la realidad virtual.

Tabla 12. Jerarquía de exposición imaginal para un paciente con trastorno de pánico.

Ítem	Ansiedad (0-8)
1. Trabajando en el jardín, con prisa para completar una tarea antes de la noche. La fatiga de un largo día de trabajo hace que sus músculos estén débiles y cansados.	2
2. El hijo mayor se burla del hijo pequeño de 4 años y ambos se chillan. El ruido de los chillidos hace que laten las venas en mi cabeza y noto cómo me pongo tenso.	3
3. Haciéndolo lo mejor que puedo en mi trabajo, pero mi jefe no reconoce lo duro que trabajo y me hace peticiones excesivas. Siento cómo se tensan los músculos de mis brazos, pecho, hombros y cuello.	4
4. Discutiendo con el jefe asistente durante una práctica en el cuartel de bomberos. Siento debilidad en los músculos de mis piernas y brazos a causa del esfuerzo físico requerido. Apenas puedo hablar y me resulta difícil respirar.	5
5. Me siento frustrado a causa de mi dolor de hombros y espalda que me impide realizar lo que quiero hacer. Me siento rígido y débil y pienso que me estoy convirtiendo en un inválido.	5
6. Durante el día, suena la alarma y tengo que dejar lo que estoy haciendo e ir corriendo hacia el fuego. Cuando oigo la alarma, siento que mi corazón se acelera y la tensión y presión en el pecho hace que me duelan los músculos. Comienzo a sudar y me cuesta respirar. Tengo que obligarme a moverme.	6
7. Estoy intentando relajarme y veo un partido en la TV. Acabo de acostar a mi hijo pequeño de 4 años, pero no quiere estar en la cama y no hace más que llorar y llamarme. No me da un minuto de descanso. Noto como la tensión crece en mi cuello y cabeza. Estoy perdiendo mi paciencia con él y mi nivel de ansiedad está aumentando. Me pregunto si la cosa irá tan mal que tendré un ataque de pánico.	6
8. Estoy trabajando en casa y de repente mi corazón empieza a palpitar y el ritmo cardíaco aumenta. Siento opresión en el pecho y noto cómo las sensaciones de pánico comienzan a precipitarse. Sé que algo malo me pasa, pero no sé qué es.	7
9. Cuando me despierto por la mañana, noto una opresión en el pecho; mi corazón está palpitando y me cuesta respirar. Me duelen los músculos de tan tensos que están. Me siento sudoroso y tengo miedo de moverme. Me siento tan débil que probablemente no podría moverme aunque quisiera. Puedo sentir cómo laten las venas de mi cabeza y piernas con cada latido del corazón.	8
10. Tengo dificultades para conciliar el sueño. Siento una inquietud general y no puedo relajarme. Siento cómo crece la opresión en el pecho y comienzo a respirar más y más rápido. Mi corazón empieza a palpitar y me siento débil y mareado. Siento mucho calor y empiezo a sudar profusamente. Me pregunto si mi corazón va a pararse.	8

Nota. Tomado de Barlow y Cerny (1988, pág. 179).

Tabla 13. Posibles ejercicios adicionales para exposición interoceptiva.

-
- **Movimientos que producen mareo:** mover la cabeza repetidamente arriba y abajo; dar vueltas sobre sí mismo (sentado o de pie), parar y echar rápidamente la cabeza hacia atrás; mirar rápidamente por encima del hombro mientras se camina; levantar objetos pesados.
 - **Cambios posturales repentinos**, tales como levantarse súbitamente después de haber estado sentado un largo periodo en un asiento cómodo. Estos cambios pueden producir mareo notable y efectos cardíacos debido a la hipotensión a que dan lugar.
 - **Diversos tipos de ejercicio:** bicicleta estática, subir escaleras, saltar sobre el terreno con los pies juntos o abriendo y cerrando brazos y piernas, hacer distintos tipos de flexiones, andar rápido, subir y bajar rápidamente un escalón, etc. Pueden producir taquicardia, palpitaciones y pinchazos.
 - **Respiración forzada.** Inhalar profundamente, mantener tensos los músculos de la parte superior del pecho, soltar el mínimo aire posible, volver a tomar el máximo aire que se pueda y así sucesivamente. Este ejercicio y el siguiente se usan para generar opresión y/o dolor en el pecho.
 - **Constricción del pecho.** Esta se produce exhalando todo el aire de los pulmones, rodeando el pecho con los brazos y apretando tan fuerte como se pueda para ejercer presión en el pecho.
 - **Tensar o aplicar presión externa** en los lados y/o delante de la **garganta. Bajar la parte posterior de la lengua con un depresor** o el mango de un cepillo de dientes, **ponerse un suéter de cuello alto apretado o una corbata o pañuelo ajustado.** Estos ejercicios facilitan la sensación de opresión en la garganta, atragantamiento y náusea. Esta última puede también ser inducida con olores fuertes (p.ej., salsa Worcestershire, queso azul).
 - **Tensar fuertemente el brazo izquierdo** flexionando el codo. Esto produce tensión/dolor y es útil para pacientes con miedo al infarto que sufren dolores en el brazo izquierdo.
 - **Permanecer en una habitación o en un coche con ambiente muy caliente y sofocante**, conseguido, por ejemplo, mediante calefactores y ropa de abrigo.
 - **Mirar fijamente** con los ojos abiertos a luces brillantes tales como las **luces fluorescentes**; o a un foco de **luz** (< 40 W) durante 1 minuto y luego leer un **párrafo** o mirar a una **pared blanca** para experimentar la post-imagen. También puede mirarse fijamente a una luz y abrir y cerrar los ojos cada segundo o encender y apagar repetidamente la luz en una habitación a oscuras. Estos ejercicios son útiles para producir sensaciones de irrealidad o de ver lucecitas.
 - **Mirar fijamente un punto sobre la pared** a la altura de los ojos, **mirarse fijamente las manos o repetir reiteradamente el propio nombre** en voz alta para inducir sensación de irrealidad.
 - Observación de determinados **diseños visuales** –tales como la rejilla de Wilkins (véase Clark y Salkovskis, 1987, pág. 100), láminas con rayas horizontales en blanco y negro, o persianas de lamas– los cuales pueden producir ilusiones de color, forma y movimiento. Este medio puede ser útil para aquellos clientes que experimentan fenómenos visuales insólitos durante sus ataques.
 - Concentración y lectura en voz alta de series de **palabras apareadas** en las que la primera palabra es una sensación corporal y la segunda una catástrofe (p.ej., falta de aliento-asfixia, palpitaciones-muerte, mareo-desmayo, sensación de irrealidad-locura, opresión en el pecho-infarto).
 - **Imaginación** de reacciones fisiológicas y de las consecuencias catastróficas temidas. Se puede incluir aquí la imaginación del peor ataque de pánico tenido.
 - **Medios farmacológicos:** administración intravenosa de lactato de sodio o de isoproterenol, administración oral de yohimbina o cafeína, inhalación de una mezcla de 35%CO₂-65%O₂, inhalación de aire con un 5-7% de CO₂. Los tres primeros son los medios más poderosos.
 - Para los pacientes con **ataques de pánico nocturnos**, se ha recomendado: meditación, relajación profunda, imaginar que se está siendo hipnotizado o se está semiconsciente, dormir con calor, despertares abruptos del sueño mediante despertadores puestos a horas aleatorias, disminución del nivel de alerta mediante ejercicio físico, privación del sueño (acostarse tarde varios días seguidos) y toma de alcohol o antihistamínicos.
-

REFERENCIAS

- Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Abramowitz, J.S., Foa, E.B. y Franklin, M.E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 394-398.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington: Autor.
- Antony, M.A. y Barlow, D.H. (1997). Fobia específica. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.
- Antony, M.M., Ledley, D.R., Liss, A. y Swinson, R.P. (2006). Responses to symptom induction exercises in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 85-98.
- Arnou, B.A., Taylor, C.B., Agras, W.S. y Telch, M.J. (1985). Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behavior Therapy*, 16, 452-467.
- Astin, M.C. y Resick, P.A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 171-209). Madrid: Siglo XXI.
- Bach, A.K., Wincze, J.P. y Barlow, D.H. (2001). Sexual dysfunction. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 562-608). Nueva York: Guilford.
- Bados, A. (1995). *Agorafobia - II: Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2006). *Tratando... pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. y Genís, F. (1988). Tratamiento de una fobia a volar. En D. Macià y F.X. Méndez (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: Estudio de casos* (pp. 40-55). Madrid: Pirámide.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H. y Cerny, J.A. (1988). Psychological treatment of panic. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic – 3rd edition (MAP-3): Client workbook for anxiety and panic*. San Antonio, TX: Graywind Publications/The Psychological Corporation.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Client workbook* (4ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohni, M., Spindler, H., Arendt, M., Hougaard, E. y Rosenberg, N. (2009). A randomized study of massed three-week cognitive behavioural therapy schedule for panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 187-195.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Botella, C. M., Juan, M. C., Baños, R. M., Alcañiz, M., Guillen, V. y Rey, B. (2005). Mixing realities? An application of augmented reality for the treatment of cockroach phobia. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 162-171.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 137-188). Nueva York: Guilford.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. (2001). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 154-208). Nueva York: Guilford.
- Bryant, R.A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K.L., Hopwood, S., Kenny, Kandris, L.E., Cahill, C. y Creamer, M. (2008). Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 65, 659-667.
- Burgess, M., Gill, M. y Marks, I. (1998). Postal self exposure treatment of recurrent nightmares: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 172, 257-262.
- Calhoun, K.S. y Resick, P.A. (1993). Post-traumatic stress disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 48-98). Nueva York: Guilford.
- Carlin, A.S., Hoffman, H.G. y Weighorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 153-158.
- Carter, M.M., Turovsky, J. y Barlow, D.H. (1994). Interpersonal relationships in panic disorder with agoraphobia: A review of empirical evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 25-34.
- Chambless, D.L. (1990). Spacing of exposure sessions in treatment of agoraphobia and simple phobia. *Behavior Therapy*, 21, 217-229.
- Chambless, D.L., Foa, E.B., Groves, G.A. y Goldstein, A.J. (1982). Exposure and communication training in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 219-231.
- Chambless, D.L. y Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665.
- Clark, D.M. y Hemsley, D.R. (1982). The effects of hyperventilation: Individual variability and its relation to personality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 41-47.
- Clark, D.M. y Salkovskis, P.M. (1987). *Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual*. Oxford: Autor.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Chalkley, A.J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 23-30.
- Craske, M.G., Antony, M.M. y Barlow, D.H. (2006). *Mastering your fears and phobias: Therapist guide* (2ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Craske, D.H. y Barlow, D.H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 1-47). Nueva York: Guilford.

- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2000). *Mastery of your anxiety and panic – 3rd edition (MAP-3): Client workbook for agoraphobia*. San Antonio, TX: Graywind Publications/The Psychological Corporation.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 1-59). Nueva York: Guilford.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Client workbook* (2ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide* (4ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Craske, M.G., Barlow, D.H. y Meadows, E. (2000). *Mastery of your anxiety and panic – 3rd edition (MAP-3): Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia*. San Antonio, TX: Graywind Publications/The Psychological Corporation.
- Craske, M.G., Barlow, D.H. y O'Leary, T. (1992). Mastery of your anxiety and worry. Albany, Nueva York: Graywind.
- Craske, M.G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. y Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Craske, M.G. y Mystkowski, J.L. (2006). Exposure therapy and extinction: Clinical studies. En M.G. Craske, D. Hermans y D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cruzado, J.A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cruzado, J.A. (1998). Trastorno obsesivo-compulsivo. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, (Vol I, pp. 363-428). Madrid: Dykinson.
- Daiuto, A.D., Baucom, D.H., Epstein, N. y Dutton, S.S. (1998). The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: implications of empirical research. *Clinical Psychology Review*, 18, 663-687.
- Dawe, S., Rees, V.W., Mattick, R., Sithartan, T. y Heather, N. (2002). Efficacy of moderation-oriented cue exposure for problem drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1045-1050.
- Deacon, B. (2007). Two-day, intensive cognitive-behavioral therapy for panic disorder: a case study. *Behavior Modification*, 31, 595-615.
- de Silva, P. y Rachman, S. (1984). Does escape behaviour strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.
- de Silva, P., Menzies, R.G. y Shafran, R. (2003). Spontaneous decay of compulsive urges: The case of covert compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 129-137.
- Dugas, M.J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Nueva York: Routledge
- Echeburúa, E. (1993a). *Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. (1993b). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y del Corral, P. (1993). Técnicas de exposición en psicología clínica. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta 2* (págs. 675-746). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998). Nuevos desarrollos en la terapia de exposición. En M.A. Vallejo (Dir.), *Avances en modificación y terapia de conducta: Técnicas de intervención* (pp. 139-173). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E. y Foa, E.B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 457-471.
- Emmelkamp, P., Bouman, T.K. y Scholing, A. (1992). *Anxiety disorders: A practitioner's guide*. Chichester: Wiley. (Original de 1988.)
- Fava, G.A., Savron, G., Zielezny, M., Grandi, S., Rafanelli, C. y Conti, S. (1997). Overcoming resistance to exposure in panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 306-12.
- Febbraro, G.A.R., Clum, G.A., Roodman, A.A. y Wright, J.H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30, 209-222.
- Fernández Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de la pena mórbida en un caso de ruptura de pareja. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 61-83.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1998). *Manual práctico del juego patológico: Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Fiegenbaum, W. (1988). Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobics. En I. Hand y H.U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias 2* (pp. 83-88). Berlin: Springer-Verlag.
- Foa, E.B. (2004). *Terapia cognitivo-conductual en trastornos obsesivo-compulsivos*. II Seminario Internacional sobre Actualizaciones en Psicología Clínica. Bellvitge (Barcelona), 17 de diciembre de 2004.
- Foa, E.B. y Franklin, M.E. (2001). Obsessive-compulsive disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 209-263). Nueva York: Guilford.
- Foa, E.B. y Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape*. Nueva York: Guilford.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Hembree, E.A. y Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1022-1028.
- Freeston, M.H. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 137-169). Madrid: Siglo XXI.
- Friedberg, R.D. y McClure, J.M. (2005). *Práctica clínica de la terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós. (Original de 2002.)

- Frueh, B.C., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1995). Exposure therapy for combat-related PTSD: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 15, 799-817.
- Glantz, K., Rizzo, A. y Graap, K. (2003). Virtual reality for psychotherapy: Current reality and future possibilities. *Psychotherapy*, 40, 55-67.
- Graziani, P. (2002). Application de la technique d'exposition aux stimuli alcooliques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 67-76.
- Grey, N., Young, K. y Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: A treatment for peritraumatic emotional "hotspots" in posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 37-56.
- Grunes, M.S., Neziroglu, F. y McKay, D. (2001). Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 32, 803-820.
- Hackmann, A. (2004). Panic disorder and agoraphobia. En J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann y M. Mueller (Eds.) *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B. y von Witzleben, I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 375-382.
- Hecker, J.E., Fink, C.M., Vogelantanz, N.D., Thorpe, G.L. y Sigmon, S.T. (1998). Cognitive restructuring and interoceptive exposure in the treatment of panic disorder: A crossover study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 115-131.
- Hedtke, K., Kendall, P. y Tiwari, S. (2009). Safety-seeking and coping behavior during exposure tasks with anxious youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 1-15.
- Heimberg, R.G. y Becker, R.E. (2002). *Nature and treatment of social fears and phobias*. Nueva York: Guilford.
- Hirai, M. y Clum, G.A. (2006). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy*, 37, 99-111.
- Hope, D.A. (1993). Exposure and social phobia: Assessment and treatment considerations. *Behavior Therapist*, 16, 7-12.
- Huppert, J.D. y Baker-Morrisette, S.L. (2003). Beyond the manual: The insider's guide to panic control treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 2-13.
- Ito, L.M., de Araujo, L.A., Tess, V.L.C., de Barros-Neto, T.P., Asbahr, F.R. y Marks, I. (2001). Self-exposure therapy for panic disorder with agoraphobia: randomised controlled study of external v. interoceptive self-exposure. *British Journal of Psychiatry*, 178, 331-336.
- Jansen, A., Broekmate, J. y Heymans, M. (1992). Cue exposure vs self control in the treatment of binge eating: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 235-241.
- Johnson, W.G., Corrigan, S.A. y Mayo, L.L. (1987). Innovative treatment approaches to bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 373-388.
- Johnstone, K.A. y Page, A.C. (2004). Attention to phobic stimuli during exposure: The effect of distraction on anxiety reduction, self efficacy and perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 249-275.
- Lickel, J., Nelson, E., Lickel, A.H. y Deacon, B. (2008). Interoceptive exposure exercises for evoking depersonalization and derealization : A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 321-330.
- Kamphuis, J.H. y Telch, M.J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatment for specific fears. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1163-1181.
- Kassinove, H. y Tafrate, R. (2005). El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 2002.)
- Keane, T.M., Gerardi, R.J., Quinn, S.J. y Litz, B.T. (1992). Behavioral treatment of post-traumatic stress disorder. En S.M. Turner, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2ª ed., pp. 87-97). Nueva York: Wiley.
- Kenwright, M., Liness, S. y Marks, I. (2001). Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia/panic: Feasibility study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 456-459.
- Klein, D.F. y Klein, H.M. (1989). The definition and psychopharmacology of spontaneous panic and phobia. En P. Tyrer (Ed.), *Psychopharmacology of anxiety* (pp. 135-162). Oxford: Oxford University Press.
- Kozak, M.J. y Foa, E.B. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Krakow, B., Kellner, R., Neidhardt, J., Pathak, Dorothy. et al. (1993). Imagery rehearsal treatment of chronic nightmares: With a thirty month follow up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 325-330
- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D. y Lambert, L. (1996). Long term reduction of nightmares with imagery rehearsal treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 135-148
- Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P. y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Labrador, F.J. y Crespo, M. (2008). Desensibilización sistemática. En F.J. Labrador (Coor.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 243-260). Madrid: Pirámide.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Leitenberg, H., Rosen, J.C., Gross, J., Nudelman, S. y Vara, L.S. (1988). Exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 2: Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1987.)
- Marks, I.M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M. y Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-17.
- Marshall, W.L. (1985). The effects of variable exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy*, 16, 117-135.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. Nueva York: Guilford.

- McMillan, D. y Lee, R. (2010). A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes?. *Clinical Psychology Review*, 30, 467-478.
- Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K., Dancu, C. y Greenwald, M. (1986). The role of self-directed in vivo exposure in cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 17, 91-108.
- Milosevic, I. y Radomsky, A.S. (2008). Safety behaviour does not necessarily interfere with exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1111-1118.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88, 27-45.
- Morgan, H. y Raffle, C. (1999). Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 503-510.
- Murphy, M.T., Michelson, L.K., Marchione, K., Marchione, N. y Testa, S. (1998). The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 117-38.
- Newman, M.G., Erickson, T., Przeworski, A. y Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.
- Ochoa, E., Labrador, F.J., Echeburúa, E., Becoña, E. y Vallejo, M.A. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Oliver, N.S. y Page, A.C. (2003). Fear reduction during in vivo exposure to blood-injection stimuli: Distraction vs. attentional focus. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 13-25.
- Oliver, N.S. y Page, A.C. (2008). Effects of internal and external distraction and focus during exposure to blood-injury-injection stimuli. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 283-291.
- Otto, M.W., Powers, M.B. y Fischmann, D. (2005). Emotional exposure in the treatment of substance use disorders: Conceptual model, evidence, and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 824-839.
- Park, J-M., Mataix-Cols, D., Marks, I.M., Ngamthipwatthana, T., Marks, M., Araya, R. y Al-Kubaisy, T. (2001). Two-year follow-up after a randomised controlled trial of self- and clinician-accompanied exposure for phobic-panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 543-548.
- Parrish, C., Radomsky, A. y Dugas, M. (2008). Anxiety-control strategies: Is there room for neutralization in successful exposure treatment? *Clinical Psychology Review*, 28, 1400-1412.
- Parsons, T. y Rizzo, A. (2008). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 250-261.
- Pastor, C. y Sevillá, J. (2000). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia: Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta. (Autoayuda.)
- Powers, M.B., Smits, J.A. y Telch, M.J. (2004). Disentangling the effects of safety-behavior utilization and safety-behavior availability during exposure-based treatment: A placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 448-454.
- Rachman, S., Craske, M., Tallman, K. y Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.
- Rachman, S., Radomsky, A.S. y Shafraan, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 163-173.
- Radomsky, A.S., Raciman, S. y Hammond, D. (2002). Panic termination and the post-panic period. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 97-111.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Resick, P.A. y Schnicke, M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims*. Newbury Park, CA: Sage.
- Richards, D.A., Lovell, K. y Marks, I.M. (1994). Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 669-680.
- Roca, E. (2005). *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia)*. Valencia: Ediciones ACDE. (Autoayuda.)
- Roca, E. y Roca, B. (2000). *Cómo tratar con éxito el pánico (con o sin agorafobia)* (2ª ed.). Valencia: Ediciones ACDE.
- Rodríguez, B.I. y Craske, M.G. (1993). The effects of distraction during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 549-558.
- Rosen, J.C. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, págs. 407-437). Madrid: Siglo XXI.
- Rosen, J.C. y Leitenberg, H. (1985). Exposure plus response prevention treatment for bulimia. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. Nueva York: Guilford.
- Rothbaum, B.O. y Foa, E.B. (1992). Exposure therapy for rape victims with post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 15, 219-222.
- Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M., Hackmann, A., Wells, A. y Gelder, M.G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559-574.
- Salkovskis, P., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. y Clark, D. (2007). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 877-885.
- Schmid-Leuz, B., Elsesser, K., Lohrmann, T., Jöhren, P. y Sartory, G. (2007). Attention focusing versus distraction during exposure in dental phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2691-2703.
- Schmidt, N.B. y Trakowski, J. (2004). Interoceptive assessment and exposure in panic disorder: A descriptive study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 81-92
- Schmidt, U. y Marks, I.M. (1988). Exposure plus response prevention of bingeing vs. exposure plus response prevention of

- vomiting in bulimia nervosa. A crossover study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 259-266.
- Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. y Van Oppen, P. (1996). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. En V.B. Van Hasselt y Hersen (Eds.), *Source of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 123-177). Nueva York: Plenum.
- Siegel, P. y Weinberger, J. (2009). Very brief exposure: The effects of unreportable stimuli on fearful behavior. *Consciousness and Cognition*, 18, 939-951.
- Sireling, L., Cohen, D. y Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: A controlled replication. *Behavior Therapy*, 19, 121-132.
- Soechting, I., Taylor, S., Freeman, W., de Koning, E., Segerstrom, S. y Thordarson, D. (1998). In vivo exposure for panic disorder and agoraphobia: Does a cognitive rationale enhance treatment efficacy? En E. Sanavio (Ed.), *Behavior and cognitive therapy today: Essays in honor of Hans J. Eysenck* (pp. 279-288). Oxford: Elsevier.
- Steketee, G. (1993). Treatment of obsessive compulsive disorder. Nueva York: Guilford.
- Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Stern, R. y Marks, I.M. (1973). Brief and prolonged flooding: A comparison in agoraphobic patients. *Archives of General Psychiatry*, 28, 270-276.
- Stewart, S.H. y Watt, M.C. (2008). Introduction to the special issue on interoceptive exposure in the treatment of anxiety and related disorders: Novel applications and mechanisms of action. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 291-302.
- Taylor, C.B. y Arnow, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Nueva York: The Free Press.
- Tonkins, S.A.M. y Lambert, M.J. (1996). A treatment outcome study of bereavement groups for children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13, 4-21.
- Tryon, W.W. (2005). Possible mechanisms for why desensitization and exposure therapy work. *Clinical Psychology Review*, 25, 67-95.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Townsley, R.M. (1992). Behavioral treatment of social phobia. En S.M. Turner, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2ª ed., pp. 13-37). Nueva York: Wiley.
- Thwaites, R. y Freeston, M.H. (2005). Safety-seeking behaviours: Fact or function? How can we clinically differentiate between safety behaviours and adaptive coping strategies across anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 177-188.
- van Minnen, A. y Foa, E.B. (2006). The effect of imaginal exposure length on outcome of treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 427-438.
- Watts, F.N. (1989). Attentional strategies and agoraphobic anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 15-26.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A., Clark, D.M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. y Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- Wilson, G.T., Eldridge, K.L., Smith, D. y Niles, B. (1991). Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 575-583.
- Yang, K., Yang, M. y Liu, H. (1999). Comparative study of the effects of accompanied systemic desensitization in the treatment of social phobia. *Chinese Mental Health Journal*, 13, 238-239.
- Yuckel, S., Marks, I., Ramm, E. y Ghosh, A. (1984). Slow versus rapid exposure in vivo of phobics. *Behavioural Psychotherapy*, 12, 249-256.
- Zinbarg, R.E., Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry (MAW): Therapist guide* (2ª ed.). Londres: Oxford University Press.