

EFICACIA DE LAS TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN UN CASO DE VÓMITOS

Carmen Berrocal, Aurora Gavino y Alicia E. López
Universidad de Málaga

El presente trabajo describe la elaboración y aplicación paso a paso de un programa de intervención, basado en técnicas de Modificación de Conducta, a un caso de vómitos sin causa orgánica conocida. Los resultados de la evaluación pre-tratamiento muestran que los síntomas físicos son consecuencia de diversas variables psicológicas: pensamientos disfuncionales y falta de recursos comportamentales ante determinadas situaciones sociales (hablar en público, mostrar desacuerdo y hacer frente a críticas). Los componentes del tratamiento, seleccionados en base a los datos derivados del análisis funcional y atendiendo a las variables particulares del caso, fueron los siguientes: reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de oposición asertiva y manejo de críticas y aserción encubierta. Tras 15 sesiones de intervención se alcanzaron los objetivos terapéuticos, manteniéndose éstos a los tres, seis y doce meses de seguimiento.

Efficacy of Behaviour Modification Techniques in a case of vomiting. This article describes the design and subsequent step-by-step application of an intervention program based on behaviour modification techniques, to a case of vomiting without known organic causes. The results obtained from the pre-treatment evaluation showed the physical symptoms to be the consequence of several psychological variables: disfunctional thinking; lack of behavioural resources to deal with certain social situations (speaking in public, expressing disagreement and handling criticism). The treatment, based on the data obtained by functional analysis and taking into account the variables specific to this case, consisted of: cognitive restructuring, assertiveness training, handling criticism and covert assertion. The pre-determined therapeutic goals were achieved after 15 sessions and had still been maintained at the three, six and twelve month follow-ups.

Se puede decir que una gran cantidad de problemas alimenticios ocupan un espacio cada vez mayor en las consultas médicas y psicológicas: malos hábitos en la alimentación, vómitos, bulimia, anorexia, obesidad, etc.

En todos estos casos la intervención del psicólogo es cada vez más frecuente. Posiblemente, como ya ha sido comentado en otras ocasiones (Janis, 1987; Gavino, 1993), ello se deba a que en la mayoría de las veces las variables que están influyendo de forma decisiva en el trastorno son psicológicas.

En esta línea se inserta el caso que presentamos en este trabajo. El problema inicial son los vómitos, sin embargo los fac-

Correspondencia: Carmen Berrocal
Dpto. de Psicología Social y de la Personalidad
Facultad de Psicología.
Universidad de Málaga. 29071 Málaga Spain.

tores determinantes son de origen psicológico y requieren una intervención mediante técnicas conductuales apropiadas. El tratamiento consigue eliminar la queja inicial presentada por la paciente sin intervenir sobre ella directamente.

Sujeto

S. es una mujer de treinta y dos años de edad. Es licenciada en Filosofía y Letras, y trabaja dando clases de Filosofía en un instituto público. Pidió el traslado a esta ciudad hace dos años. Hasta esos momentos había trabajado también como profesora de instituto en otras tres poblaciones distintas al lugar de residencia familiar. Es soltera y vive sola en el momento de asistir a consulta. Su familia, padres y un hermano menor que la paciente, continúan viviendo en su ciudad natal.

La paciente acude a nuestra consulta porque, ocasionalmente, sufre de vómitos sin que exista causa orgánica que pueda justificarlos. El médico y ella misma piensan que el problema es de origen «nervioso».

Evolución e historia del problema

El problema comenzó cuando tenía dieciocho años. Tras enterarse de que el chico que le gustaba sabía, por comentarios de otros, lo que ella sentía por él, se sintió muy mal y vomitó durante todo el día.

Hasta hace un año estos mismos episodios de vómito se han venido manifestando, esporádicamente, en varias ocasiones, siete en total, según recuerda. Las dos últimas han ocurrido en los últimos meses, por lo que el miedo a que se repitan le ha llevado a pedir asistencia psicológica.

En la mayoría de las ocasiones la paciente relaciona la aparición de los vómitos con alguna situación antecedente que ella consideró problemática y ante las que no se sintió bien.

A los veintitrés años deseaba terminar una relación de pareja que había mantenido durante tres años pero no se atrevía a hacerlo. Esto le preocupaba bastante y estuvo durante varios días vomitando todas las mañanas.

Algunos años más tarde aprobó unas oposiciones y comenzó su primer trabajo como profesora de instituto. Durante los tres primeros meses aparecieron los vómitos casi todos los días, junto con problemas para quedarse dormida. La paciente recuerda que le preocupaba fundamentalmente el que le costaba mucho trabajo mantener una «relación de igualdad» con sus nuevos compañeros, ya que se sentía inferior al no saber cómo comportarse en muchas situaciones nuevas que le iban surgiendo a nivel profesional.

El siguiente episodio tuvo lugar un año después durante un viaje de vacaciones con algunas compañeras de trabajo. Los vómitos se sucedieron durante las dos últimas semanas del viaje. Según informa, no se encontraba cómoda en muchas de las situaciones ya que se veía «estúpida» por no tener nada que decir sobre sí misma en varias conversaciones.

Dos años después es trasladada, por razones de trabajo, a otra ciudad. Durante su segundo año de docencia en el nuevo centro entra a formar parte del equipo directivo del mismo y es entonces cuando aparecen de nuevo los vómitos. En estos momentos la paciente advierte que no se encontraba muy bien porque generalmente no se «comprometía» en los asuntos del instituto todo lo que «debía». Un mayor nivel de compromiso significaba para ella participar en las decisiones del claustro, dando su opinión a favor o en contra de lo que se tratara, cosa que no hacía. Como consecuencia de ello se sentía mal, triste y se hacía continuas críticas y recriminaciones por su inhibición. Esto se acentuaba, acom-

pañándose de vómitos, cuando se trataba de decidir temas más relevantes ante los que la opinión de cualquiera de los miembros sirviera como apoyo importante a los demás.

Durante este mismo año lleva a cabo un curso de formación en el que diariamente se exponían oralmente trabajos de los distintos grupos. S. evadió su turno con excusas por miedo a hablar en público. Tras ello se recriminó a sí misma el no haber sido capaz de hacerlo. Los vómitos aparecieron durante varios días y tuvo problemas para dormirse.

Un año después pide el traslado a Málaga debido a problemas respiratorios por el clima de aquella ciudad. Durante esta época empieza una relación afectiva que termina hace un año aproximadamente. A lo largo de dicha relación los vómitos han aparecido asociados a situaciones en las que se sentía mal porque veía a su pareja «coquetear» con otras mujeres. Ella no le hacía ningún comentario, limitándose a criticarse a sí misma y reprocharse sus propios defectos.

En el último año han aparecido los vómitos en dos ocasiones. La primera de ellas, hace cuatro meses, durante un viaje con las compañeras de trabajo. Todo el viaje fue para ella una «pérdida de tiempo» ya que no hizo en la mayoría de las ocasiones lo que le hubiese gustado hacer (ver museos, salir temprano...). Las preferencias de algunas de las compañeras de viaje eran diferentes a las suyas, pero ella no las expresó en ningún momento sino que se limitó a hacerse críticas a sí misma por lo mal que estaba aprovechando el viaje y lo «inmadura» que era por ello.

La última vez en que aparecieron los vómitos fue un mes antes de venir a consulta. Durante una cena con los compañeros de trabajo, una de las compañeras le insultó delante de todos. Ella se sintió muy ofendida pero no contes-

tó. Durante toda la noche estuvo pensando en lo «idiota que era», «en lo mal que había resuelto la situación callándose»... A la mañana siguiente los vómitos reaparecieron.

Las veces en que han aparecido los vómitos suelen durar más de dos semanas. Durante este tiempo, presenta problemas todas las noches para quedarse dormida, tiene falta de apetito y no siente ganas de hacer nada. Actualmente toma diariamente una dosis de Lexatin (1,5 mg.) antes de dormir aunque aún así tarda de dos a tres horas en quedarse dormida.

La paciente se queja además de que se hace «críticas» continuamente («soy una inmadura», «no valgo para nada»...) y de tener, según ella misma señala, «una valoración muy baja de sí misma». Durante la evaluación se vio además que seguía manteniéndose callada en los claustros del centro, tan sólo hablaba en las reuniones del profesorado y si los temas eran rutinarios y, en general, nunca hablaba ante un público amplio o desconocido.

Evaluación

Material y procedimiento

La evaluación pre-tratamiento se llevó a cabo durante un total de cinco sesiones, a razón de una semanal, de una hora aproximada cada sesión. Las técnicas utilizadas para ello fueron las siguientes:

a) Entrevista estructurada: puesto que en el momento de asistir a consulta el motivo principal (vómitos) por el que la paciente pide asistencia no estaba teniendo lugar, la evaluación de éste se llevó a cabo básicamente mediante una entrevista estructurada, a través de la cual recogimos lo más exhaustivamente posible toda la información, con carácter retrospectivo, que la paciente podía darnos sobre el problema.

b) Autorregistros: durante la evaluación y parte del período de tratamiento se le pidió a la paciente que registrara todas aquellas situaciones en las que se sintiera mal (triste, nerviosa...). El registro contemplaba los siguientes aspectos: DIA/HORA/SITUACION/COMO ME SIEN TO/PENSAMIENTOS/QUE HAGO O ME GUSTARIA HABER HECHO O DICHO. Si en alguna de las ocasiones aparecían los síntomas físicos por los que solicitaba ayuda debía anotarlos también.

Asimismo se le pidió que registrara, en todas las situaciones en que le hubiese gustado decir algo en público y no lo hubiese hecho, los siguientes datos: SITUACION/ANSIEDAD (0-5)/PENSAMIENTOS DURANTE/QUE ME HUBIERA GUSTADO DECIR/PENSAMIENTOS DESPUES.

Los datos de los autorregistros confirmaron la información dada por la paciente en relación al miedo a hablar en público. Además, tras estas y otras situaciones en las que tenía que afrontar críticas de los compañeros o mostrar su desacuerdo aparecían frecuentes pensamientos negativos contra sí misma.

c) Autoinformes: se aplicó la Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M) de Caballo (1987). Los ítems en los que las conductas resultaban ser problemáticas eran todos aquéllos relacionados con la expresión del desacuerdo y uno en concreto sobre miedo a hablar en público.

Los resultados de la evaluación mostraban lo siguiente:

a) La paciente, generalmente, no expresa su opinión ante grupos amplios de personas.

b) Suele presentar síntomas físicos, tales como palpitaciones, temblor de voz y sonrojo, en las pocas ocasiones en las cuales expresa su opinión en dichas situaciones.

c) Como consecuencia de lo anterior, se observa la ocurrencia de pensamientos

anticipatorios de dicha sintomatología ante la idea de tener que hablar en público (p.e. «me voy a poner colorada», «me temblará la voz» ...).

d) También se observa en dichas situaciones la ocurrencia de pensamientos anticipatorios relacionados con las consecuencias negativas que se pueden derivar de su actuación (p.e. «notarán que me cuesta hablar en público y me preguntarán por qué», «van a notar mi sonrojo», «pueden hacer juicios de mí»), así como pensamientos de evitación de dichas situaciones (p.e. «prefiero no hablar», «me sentiré más tranquila», «ya se lo diré en privado»...).

e) Generalmente no expresa su desacuerdo.

f) No sabe responder cuando le hacen algún tipo de crítica.

g) Aparecen frecuentes pensamientos negativos antes y después de la evitación de las situaciones problemáticas anteriores: hablar en público, expresar desacuerdo y ante críticas de los demás (p.e. «soy una piltrafa», «no crezco», «siempre reacciono igual de mal», «nunca lo hago bien»...).

h) Presenta falta de apetito, dificultades para quedarse dormida, náuseas y vómitos matutinos (1).

Hipótesis Explicativa y Análisis Funcional

En la Figura I aparecen las relaciones funcionales evaluadas en el presente caso. Como puede observarse en la misma, los datos derivados de la evaluación reflejan que tanto la queja principal de la paciente, los vómitos, así como el resto de síntomas físicos detectados, insomnio y falta de apetito, aparecen como consecuencia de los pensamientos negativos sobre sí misma en las situaciones consideradas problemáticas (tener que hablar en público, expresar su desacuerdo y ante críticas de los demás). En todas ellas hay una ausen-

cia de respuesta por parte de la paciente que confirma y refuerza los pensamientos negativos (autocríticas) antecedentes a la misma.

Hemos querido distinguir entre insomnio, por un lado, y vómitos y falta de apetito, por otro, ya que, si bien todos ellos se encuentran relacionados con lo anterior, en el caso del insomnio los datos permiten plantearnos una relación funcional entre la respuesta y sus antecedentes, puesto que las dificultades que la paciente presentaba para dormirse se debían al hecho de permanecer en la cama pensando sobre sí misma y su comportamiento. Sin embargo, en relación a los síntomas restantes, falta de apetito y vómito, sólo podemos plantearnos una relación meramente temporal con sus antecedentes ya que desconocemos los mecanismos a través de los cuales esta respuesta tiene lugar.

La inhibición de la respuesta en situaciones en que ha de hablar en público se ve potenciada además por la anticipación de los posibles síntomas físicos y de las consecuencias que podrían tener lugar si los demás los notaran, así como por los pensamientos de evitación. De la misma forma, la falta de recursos comportamentales para responder adecuadamente a las críticas de los demás y expresar su desa-

uerdo se relaciona funcionalmente con la ausencia de respuesta en estas últimas situaciones.

Recursos terapéuticos

Además de la alta motivación de la paciente para solucionar su problema, contábamos con frecuentes situaciones reales en las cuales poder poner en práctica las habilidades a aprender. Por otro lado, la paciente conocía estrategias específicas de relajación que podían ser útiles de cara al tratamiento.

Por último, la capacidad de razonamiento lógico de la paciente era lo suficientemente elevada como para permitirnos utilizar técnicas tales como la reestructuración cognitiva.

Tratamiento

Objetivo final e intermediarios

De acuerdo al análisis funcional realizado, los objetivos finales planteados entre terapeuta y paciente fueron los siguientes:

- a) Que la paciente hable ante grupos amplios de personas.
- b) Que exprese su opinión cuando sea opuesta a la de el/los interlocutor/es.
- c) Que afronte las críticas asertivamente.

Si nuestra hipótesis era correcta, la consecución de estos objetivos eliminaría la sintomatología física (vómitos, insomnio, falta de apetito) y aumentaría la autoestima de la paciente.

Los objetivos intermediarios para la consecución de cada una de las metas anteriores fueron los siguientes, de acuerdo también al análisis funcional del caso:

- a) Para el primer objetivo (hablar en público):
 - a.1. Reducir la sintomatología física (palpitaciones, enrojecimiento y temblor).
 - a.2. Eliminar los pensamientos anticipatorios y de evitación en dichas situaciones.

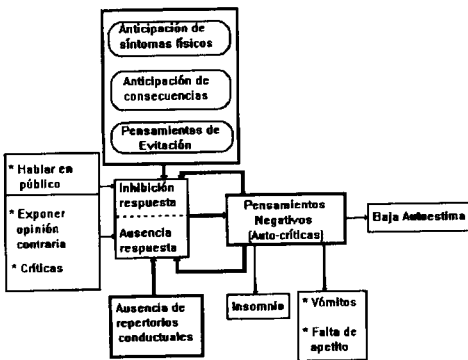


Figura 1: Análisis funcional de las conductas-problema de la paciente: vómitos, falta de apetito e insomnio.

a.3. Modificar los pensamientos negativos sobre sí misma (auto-críticas).

a.4. Aproximación gradual a la situación temida.

b) Para el segundo y tercer objetivo (oposición y críticas):

b.1. Eliminar los pensamientos negativos sobre sí misma (auto-críticas).

b.2. Aprender estrategias comportamentales para la expresión del desacuerdo y manejo de críticas.

Técnicas terapéuticas y aplicación

El tratamiento tuvo una duración de quince sesiones, una a la semana, de una hora aproximada de duración cada una de ellas.

El orden en que se planteó trabajar cada uno de los objetivos fue el mismo en el que han aparecido enumerados en el apartado anterior, puesto que para poder expresar el desacuerdo, sobre todo en las reuniones profesionales, primero había de manejar estrategias para hablar en público. De esta forma, se comenzó el tratamiento interviniendo sobre este punto y dejamos como último ítem de la jerarquía el «mostrar su opinión cuando era contraria a la de algún/os miembro/s del grupo». Antes de trabajar ésto último, enseñamos a la paciente habilidades cognitivas y conductuales de oposición asertiva y manejo de críticas.

Los criterios principales que se siguieron para la selección de las técnicas terapéuticas fueron tanto el tipo de conducta que pretendíamos modificar con cada una de ellas, como las propias variables del sujeto que pudieran facilitar la aplicación de las mismas.

A continuación se exponen las técnicas utilizadas para el tratamiento de cada uno de los objetivos, así como los criterios seguidos para su selección, y los pasos que se siguieron en su aplicación.

Intervención dirigida al primer objetivo terapéutico (hablar en público)

a) Reducir sintomatología física

Puesto que existían claras manifestaciones de ansiedad a nivel fisiológico (palpitaciones, sonrojo y temblor) ante la idea de tener que hablar en público y, en tanto que la propia paciente contaba en su repertorio con estrategias para el control de las mismas (conocía y practicaba, en clases de yoga, la relajación muscular de Jacobson y la respiración abdominal) nuestra actuación estuvo dirigida a potenciar el uso de ambas técnicas en las situaciones problemáticas. Nos limitamos entonces a comprobar en sesión el nivel de relajación que obtenía con estas técnicas y, puesto que éste era bastante elevado, le dimos instrucciones para practicarlas diariamente hasta que las dominase.

b) Eliminar pensamientos anticipatorios y de evitación

Para contrarrestar las verbalizaciones negativas sobre su actuación (pensamientos anticipatorios), que incrementaban la ansiedad, así como los pensamientos de evitación que aparecían antes y durante la situación problemática, entrenamos a la paciente en habilidades cognitivas de afrontamiento (aserción encubierta).

Entre otras técnicas que desde la modificación de conducta nos permiten trabajar cogniciones disfuncionales tenemos la «reestructuración cognitiva» y la «detención del pensamiento». Considerando que el contenido de dichos pensamientos habían sido reforzados, por haber tenido lugar anteriormente las consecuencias que ella anticipaba, y por lo tanto no podían trabajarse como si fuesen «irracionales», descartamos la aplicación de la primera (reestructuración cognitiva). Por otra parte, la «detención del pensamiento» supone

el uso de pensamientos alternativos, ajenos a la situación o neutrales, una vez que se ha detenido el pensamiento. Por el contrario, nuestro objetivo en esta situación era que la paciente aprendiese a utilizar verbalizaciones que le acercasen a la situación (ej. «es normal sentir un poco de miedo», «es mejor que intervenga»...), evitando la huida, y que le ayudasen a aplicar las estrategias de relajación (ej. «respiro profundamente, me relajo...»).

Empezamos entonces la intervención enseñando a la paciente las cuatro fases en las que puede ser dividida cualquier situación estresante (preparándose, haciendo frente a la situación, haciendo frente a las situaciones críticas y después de la situación). Una vez identificados los pensamientos negativos e imágenes que aparecían en la situación problemática y la importancia que éstos tenían en los niveles de ansiedad experimentados y de afrontamiento a la situación, la paciente elaboró una lista de pensamientos positivos incompatibles con los anteriores y para cada una de las fases. Durante las sesiones y entre éstas se practicaba la forma de utilizar dichos pensamientos.

c) Modificar pensamientos negativos (auto-críticas)

Con objeto de eliminar los pensamientos negativos (auto-críticas), que antes y después de las situaciones problemáticas se venían produciendo, utilizamos la reestructuración cognitiva.

En este caso, descartamos el posible uso de otras técnicas que suelen aplicarse ante cogniciones disfuncionales (detención del pensamiento y aserción encubierta) por varios motivos; en primer lugar, debido al carácter irracional de dichos pensamientos y, en segundo lugar, debido al no reconocimiento, por parte de la paciente, de la irracionalidad de los mismos. Así, aún teniendo un efecto a

corto plazo, la variable clave posiblemente no se hubiese modificado con la utilización de alguna de esas dos técnicas. Por otro lado, con la «aserción encubierta» la paciente utilizaría autoverbalizaciones positivas de las que realmente no estaría «convencida» o se «estaría engañando a sí misma» (en palabras de la propia paciente), con lo que las probabilidades de éxito serían mínimas. Por último, la intensidad y frecuencia de los pensamientos negativos, además de las razones anteriores, hacían inviable el uso de la detención del pensamiento.

La aplicación de la reestructuración cognitiva se llevó a cabo mediante los siguientes pasos: se le enseñó a identificar los pensamientos y ver cómo éstos influían en sus emociones y conductas, a considerarlos como hipótesis objetos de comprobación, a buscar evidencias a favor y en contra de ellos (probar su validez), a analizar su utilidad, y a elaborar interpretaciones alternativas. Para ello utilizamos básicamente el registro de las tres columnas (A B C) al que se le añadió posteriormente una tercera correspondiente a la «reestructuración» de sus propios pensamientos. Esto se mantuvo a lo largo de todo el proceso terapéutico ya que no sólo aparecían pensamientos negativos relacionados con su comportamiento al tener que hablar en público, sino también ante las críticas de los demás y cuando su opinión era contraria.

El contenido de las primeras cinco sesiones estuvo dirigido a practicar las técnicas terapéuticas expuestas hasta este momento. Así, gradualmente se fue avanzando en los distintos pasos descritos para cada una de ellas, aserción encubierta y reestructuración cognitiva fundamentalmente ya que, como comentamos en otro lugar, la paciente dominaba la relajación y la respiración abdominal y sólo fue necesario mantener la práctica en casa durante esas cinco semanas, limitándonos en las

sesiones a comprobar si utilizaba correctamente las técnicas.

d) Aproximación gradual a la situación temida

Una vez que la paciente dominaba las técnicas anteriores, el contenido de las cuatro sesiones siguientes —de la seis a la nueve— estuvo dirigido a la aplicación conjunta de todas ellas, imaginando —no contábamos en el Centro con los recursos humanos suficientes como para simular situaciones ficticias en las que practicar las técnicas aprendidas— estar en la situación problemática.

Elaboramos, conjuntamente con la paciente, una jerarquía de ocho escenas en la que las variables que hacían fluctuar el nivel de ansiedad eran el número de miembros de la reunión (cuanto mayor fuese el grupo, mayor ansiedad le causaba) y el mayor o menor conocimiento personal que tuviese la paciente de los miembros del grupo (a menor contacto personal, mayor ansiedad).

Durante las sesiones, la paciente imaginaba cada ítem a la vez que ponía en práctica las habilidades aprendidas. Cada escena se iba presentando hasta que la paciente informaba, mediante una señal con la mano, de que no experimentaba ansiedad. Durante la semana tenía instrucciones de hacer lo mismo en casa. No fue necesario presentar más de tres ítems ya que llegados a este punto tuvo lugar una reunión de profesorado en el centro y, por iniciativa propia, expuso su opinión con éxito. La situación coincidía con uno de los ítems más altos de la jerarquía por lo que se decidió pasar directamente a la práctica en vivo. A partir de este momento, todas las posibles situaciones eran aprovechadas por la paciente para afrontar la situación poniendo en práctica las habilidades aprendidas.

Intervención dirigida al segundo y tercer objetivo terapéutico (oposición asertiva y manejo de críticas)

Las siguientes sesiones (de la diez a la quince) estuvieron dirigidas básicamente a trabajar el segundo y tercer objetivo terapéutico: oposición asertiva y afrontamiento de críticas. Para ello se utilizó, además de la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades comportamentales para el manejo de dichas situaciones. Durante las sesiones se practicaban las técnicas terapéuticas siguiendo los pasos que más adelante se describen. A principio de cada sesión se revisaban las tareas correspondientes al primer objetivo para evaluar su evolución.

En relación a la reestructuración de pensamientos disfuncionales, ya comentamos en otro lugar los criterios que utilizamos para su selección así como los pasos seguidos en su aplicación, por lo que no nos detendremos de nuevo en este punto.

El entrenamiento en habilidades comportamentales se inició pidiendo a la paciente que elaborara un listado de situaciones pasadas en las que no había mostrado su desacuerdo. Modelada por las terapeutas en sesión, en una de las situaciones elegidas, se le enseñó a responder asertivamente siguiendo los siguientes pasos para expresar el desacuerdo: a) utilización de frases que expresen la comprensión del problema y/u origen del desacuerdo; b) expresión específica del desacuerdo con el oponente y c) petición de cambio de conducta a éste o propuesta de una nueva solución para la situación conflictiva.

La paciente debía ensayar, primero en sesión y después en casa, grabándolo en una cinta, los pasos citados en el resto de las situaciones elegidas. Esta se escuchaba posteriormente en sesión y se le proporcionaba feedback sobre su ejecución. Por último se pasó a practicarla en vivo, pri-

mero en situaciones sociales cotidianas y más tarde en las reuniones del centro.

Hemos de señalar que durante el proceso de tratamiento, entre la octava y novena sesión, la paciente vomitó en una ocasión. La noche anterior dos compañeras le habían propuesto salir a distintos lugares cada una. El enfado de una de ellas por haber preferido salir con la otra le dejó preocupada y empezó a reprocharse lo «egoísta» que era, «lo mal que resolvía todas las situaciones»... Los vómitos tan sólo aparecieron esa mañana. La paciente aplicó las técnicas de reestructuración cognitiva practicadas que ya conocía. Hasta este momento, como señalamos anteriormente, se había intervenido sobre el primero de los objetivos terapéuticos (hablar en público) pero aún no se había llevado a cabo ninguna intervención concreta dirigida al manejo de críticas y oposición asertiva (salvo la reestructuración cognitiva que se había practicado con pensamientos relacionados a su actuación en público).

En cuanto al sueño, a partir de la quinta sesión dejó de tomar los tranquilizantes y al finalizar el tratamiento duerme sin dificultades.

Resultados y seguimiento

Los resultados obtenidos al finalizar la intervención fueron los siguientes:

—La paciente, aunque con cierto nivel bajo de ansiedad, manifiesta su opinión en público siempre que lo desea. Aún no habiéndose reducido por completo la ansiedad, el tratamiento se dio por finalizado al coincidir este momento con las vacaciones de verano, por lo que su evolución quedó para ser revisada a los tres meses de seguimiento, transcurridos los cuales habría tenido más situaciones reales para actuar.

—Responde ante las críticas de los demás, manifestando su desacuerdo con

ellas cuando ésto es así o reconociendo la posibilidad de que sean ciertas.

—Expresa su opinión asertivamente aunque sea contraria a la de sus interlocutores.

—Ha mejorado considerablemente la evaluación que hace de sí misma, eliminando los pensamientos negativos, probando la validez de sus propias críticas y de las de los demás, y reconceptualizando éstas, no como algo negativo e incontrolable, sino como un primer paso para modificar sus comportamientos si así lo quiere.

—Los resultados en relación a algunas de las manifestaciones fisiológicas que motivaron la solicitud de asistencia psicológica (vómitos, falta de apetito y sueño) ya han sido comentados en el apartado anterior. Respecto al vómito, tan sólo tuvo lugar un episodio a lo largo de todo el proceso terapéutico. La duración de los episodios de vómito fue por lo tanto considerablemente menor a todas las ocasiones anteriores al tratamiento en las cuales, recordamos, se repetían durante más de dos semanas consecutivas. Asimismo, al finalizar el tratamiento la paciente manifiesta dormir sin dificultades y comer con normalidad.

A los tres, seis y doce meses de seguimiento, los resultados anteriores no sólo se mantienen sino que han mejorado, ya que ha afrontado sin dificultad diversas situaciones de hablar en público (reuniones de profesorado y claustros, exposiciones a través de la radio...). A lo largo de este período de tiempo no ha aparecido ningún episodio de vómito, su alimentación es normal y ha dormido sin dificultad.

Mediante los autorregistros de las situaciones antecedentes (consideradas como problemáticas antes de iniciar el tratamiento) y la ejecución de la paciente en ellas a lo largo del período de seguimiento, pudimos observar cómo de vez en

cuando surgían las variables-clave del problema (pensamientos negativos...) y, sin embargo, la paciente ponía en práctica las estrategias aprendidas, llevándose a cabo dicho proceso de una forma cada vez más inmediata.

Discusión

En este trabajo hemos presentado un caso de vómitos en el que el tratamiento, como ya se indicaba al principio del mismo, no se ha dirigido directamente a los vómitos por considerar, tras la evaluación, que aquéllos eran una consecuencia de una serie de problemas que sucedían en situaciones concretas y totalmente identificables.

Los datos de la evaluación permiten plantearse que el insomnio, los vómitos y la falta de apetito ocurren consecuentemente con la aparición de los pensamientos negativos y de evitación así como con la anticipación de consecuencias negativas y que todos éstos surgen ante una serie de situaciones concretas que hemos comentado en este trabajo.

Sin embargo, somos conscientes de que, así como es evidente que la paciente no puede dormir porque está ocupada pensando en aspectos negativos de sus intervenciones y, por lo tanto, el insomnio es consecuencia de dichos pensamientos, no ocurre lo mismo con los vómitos y la falta de apetito. Establecemos la relación porque siempre que se dan aquellas situaciones surgen estas manifestaciones problemáticas para la paciente pero sólo es una relación temporal. Explicar el por qué ocurre nos resulta imposible. A pesar de que en Psicología suceden con cierta frecuencia estos fenómenos, la incógnita del por qué no se ha despejado.

Este planteamiento no pretende indicar que el tratamiento de los vómitos, o de los trastornos alimenticios en gene-

ral, deba tratarse siempre atendiendo a estos factores. En otros casos, siendo el problema inicial el mismo, el tratamiento posiblemente varíe en cuanto a los objetivos a conseguir y en cuanto a las técnicas a utilizar, pudiendo, por supuesto, ser necesario tratar directamente dicho problema.

Nuestra pretensión en este punto es tan sólo señalar que cualquier alteración requiere de una evaluación exhaustiva que nos indique qué es lo que debemos tratar, por qué y de qué manera. De ahí nuestro interés en desarrollar paso a paso cada una de las fases que hemos seguido y la justificación de cada decisión que se ha tomado.

De esta manera se pueden conocer los motivos que nos llevan a elegir los factores a tratar y las técnicas a aplicar. Con ello se evitan varios problemas con los que solemos encontrarnos a la hora de consultar en la literatura científica casos clínicos, a saber, por qué ha hecho lo que dice el autor, y cómo éste ha aplicado las técnicas elegidas.

Indicar el nombre de las técnicas en las publicaciones no es sinónimo de claridad, ya que nos podemos encontrar con que los pasos que siguen los distintos autores no son los mismos (Gavino, 1988; Gavino y Godoy, 1986; en prensa).

Por otra parte, los resultados a veces tampoco son indicativos de cómo se ha planteado el caso ni por qué.

También hemos procurado plasmar los criterios que hemos seguido para la selección de las técnicas. Así, por ejemplo, explicamos que la relajación elegida es la de Jacobson y no otra debido a que la paciente ya la utilizaba y con buenos resultados. Posiblemente otra relajación también le hubiera servido pero de esta manera, además de asegurarnos el éxito, ganábamos tiempo para enseñarle otras técnicas que desconocía y eran necesarias para el tratamiento.

Durante el tratamiento la paciente sólo vomitó una vez. Después de haberse enfrentado a una de las situaciones problemáticas y haber respondido con el mismo tipo de auto-críticas que se hacía antes del tratamiento. El control de la situación se consiguió al aplicar las técnicas de reestructuración cognitiva que se estaban trabajando en ese momento. En ocasiones similares, antes de la intervención terapéutica, los vómitos siempre se habían repetido en los días siguientes. Esto nos hacía pensar con bastante lógica que las técnicas que se le estaban enseñando conseguían actuar con eficacia y, por otro lado, que era necesario conseguir que la paciente las aplicara con mayor rapidez de manera que con la primera crítica iniciara ya la puesta en marcha de la estrategia. De hecho, durante el tiempo de tratamiento restante y durante el seguimiento, no se registró ningún vómito, a pesar de que habían tenido lugar situaciones similares.

Respecto a los resultados nos gustaría comentar dos cosas. En primer lugar, que todos los objetivos planteados se han conseguido. En segundo lugar, que la consecución de éstos ha permitido eliminar los vómitos.

Efectivamente, el tratamiento de cada uno de los objetivos ha logrado los resultados esperados. Sin embargo, en el que se refiere a la manifestación de su opinión en público la ansiedad no se ha eliminado totalmente. Cabe preguntarse ¿por qué no se ha seguido el tratamiento hasta su completa erradicación?

En este caso en concreto, la decisión de no continuar el tratamiento y dejar un cierto nivel de ansiedad se ha tomado conjuntamente entre la paciente y las terapeutas. El motivo es doble; por una parte, el grado de ansiedad era lo suficientemente bajo como para considerarlo dentro del estado ansiógeno normal que

producen este tipo de situaciones y no influía en ningún momento para inhibir la intervención de la paciente en tales ocasiones. Por otra parte, se consideró que prolongar el tratamiento podía tener connotaciones más negativas que mantener dicho nivel de ansiedad, pues la paciente estaba muy motivada con los resultados conseguidos y consideraba absurdo continuar con la intervención ya que no veía anómala dicha ansiedad y sabía perfectamente qué tenía que hacer para controlarla.

Solamente en el caso de que el nivel de ansiedad pudiera influir en una recaída o simplemente influyera de alguna manera en la actuación de la paciente, se hubiera seguido el tratamiento. Por este motivo consideramos este resultado en concreto como un éxito y no como una mejoría. Las mejorías que aparecen en los resultados de muchos tratamientos significan que no se ha conseguido completamente lo que se pretendía por lo que se corre el riesgo de que solapen de alguna manera un fracaso clínico. Pensamos que un tratamiento que presenta en sus resultados mejorías no tenía que haberse finalizado, y en el caso de ser así requiere una explicación exhaustiva.

Por otra parte, como ya hemos comentado unas líneas más arriba, se comprueba la ausencia de vómitos durante el seguimiento. Dicha ausencia no tendría valor si no se hubieran dado las situaciones en las que antes del tratamiento la paciente reaccionaba de tal manera que el resultado final eran los vómitos. Situaciones problemáticas para la paciente antes del tratamiento, como por ejemplo hablar en reuniones de trabajo, se siguen dando, sin embargo, han dejado de tener connotaciones negativas para la paciente, aplicando sin dificultad las estrategias aprendidas durante la intervención terapéutica.

NOTAS

(1) Los datos referidos a estas dos últimas conductas (náuseas y vómitos) fueron obteni-

dos exclusivamente mediante la entrevista con la paciente ya que, a pesar de constituir ambas el «motivo principal de demanda», no tuvieron lugar durante el período de Evaluación.

Referencias

- Caballo, V. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Gavino, A. y Godoy, A. (1986). *Breve revisión de problemas en comportamientos interpersonales (asertividad, habilidades y competencias sociales)*. Málaga: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Gavino, A. (1988). Problemas conceptuales y metodológicos en los tratamientos psicológicos: asertividad, habilidades sociales y competencia social como ejemplo. En A. Fierro (Comp.), *Psicología Clínica: Cuestiones Actuales* (pp.81-98). Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. (1993). Intervención clínica en los trastornos alimenticios. En M.A. Simón (Ed.), *Psicología de la Salud* (pp. 68-90). Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. y Godoy, A. (en prensa). Motivos de abandono del tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*.
- Janis, I.L. (1987). *Formas breves de consejo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Acceptado el 19 de octubre de 1994