

INTERVENCION COMPORTAMENTAL Y ANALISIS IPSATIVO NORMATIVO EN UN TRASTORNO DE ANSIEDAD

José Sanchez Cánovas
Cristina Botella Arbona
Gema Peiró Ballestín
José Soriano Pastor

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
UNIVERSIDAD DE VALENCIA

RESUMEN

En este trabajo presentamos el procedimiento seguido en un caso de ansiedad generalizada. Se llevó a cabo un tratamiento desde la perspectiva de la modificación de conducta y la evaluación se realizó antes de comenzar la terapia, después de finalizada ésta y a lo largo de dos seguimientos.

El aspecto fundamental de nuestro trabajo es que los resultados obtenidos se analizan desde dos perspectivas distintas, por una parte, la perspectiva tradicional en los estudios de caso y, por otra, la perspectiva ipsativo-normativa. Nos interesa delimitar si este último tipo de análisis (un poco más complejo) añade algo al otro.

SUMMARY

In this paper the procedure employed with a case of generalized anxiety is described. The treatment was based on a behavior modification approach and the

assessment was done through several steps: pre and post-treatment, and long two follow-ups.

The main content of this paper is that the results obtained are analyzed from two different perspectives. From one side, the traditional perspective for case study and, at the other side, the ipsative-normative perspective. We are interested in establishing if this second type of analysis (which is a little bit more complex) adds something to the first one.

1. A MODO DE PRESENTACION

El lector quizás quede extrañado ante la lectura de un trabajo como el que aquí se presenta, es esta la razón que nos mueve a escribir estas breves líneas introductorias. Nuestro objetivo es plantear la posibilidad y/o la conveniencia de llevar a cabo una forma de recabar información y un modo de análisis de datos algo distinto al habitual en los estudios de caso llevados a cabo bajo la óptica tradicional existente en terapia.

Una primera e importante cuestión a delimitar hace referencia a la dicotomía, muchas veces señalada, entre ciencia y clínica. Creemos firmemente que tal dicotomía no tiene ningún sentido y que para conseguir que la *clínica* progrese resulta necesario moverse dentro de los dictados de la *ciencia*, por ello siempre hemos defendido que cualquier terapeuta debería ser, en el mejor espíritu del informe Shakow, un verdadero científico-aplicado. Ahora bien, a la vez, también resulta necesario reconocer las difíciles circunstancias, en cuanto a "control experimental", con las que tiene que convivir diariamente tal terapeuta. Esta dificultad la reflejan muy bien Barlow y Hersen (1984) cuando, al analizar la importancia que ha tenido el estudio intensivo del caso individual, advierten con buen sentido que, aunque el rigor existente en los laboratorios de Pavlov permitió el descubrimiento de importantes leyes de condicionamiento sin haber utilizado complejos y sofisticados diseños experimentales, resulta poco probable que estos mismos resultados se hubieran podido lograr con un *animal doméstico en un ambiente natural*. Sin embargo, "esa" es la circunstancia cotidiana del clínico y lo importante, para nosotros, es que sepa sacarle rendimiento.

La segunda cuestión que queremos señalar se refiere a nuestro interés por tomar en consideración *el sujeto psicológico* sin caer en lo que se ha venido en llamar "la doble negación del sujeto" (Pelechano, 1989 y en prensa). Interés que se concreta en el estudio de la personalidad y de su influencia en terapia. Deseamos profundizar en el estudio sistemático de "lo que cambia y de lo que permanece", con el propósito de llegar a delimitar qué tipo de actuaciones están pautando tanto la variación como la estabilidad.

Para finalizar esta pequeña presentación diremos que cuando se abordó el caso que aquí se estudia no se habían planificado, en absoluto, todos los análisis que después se llevaron a cabo. Por esta razón creemos que una alternativa de estas características, sin ninguna duda, puede ser notablemente mejorada en muy distintos aspectos, y que la realización de ese esfuerzo merece la pena. No obstante, también pensamos que lo hecho hasta aquí puede tener algún interés y es este el motivo de que hayamos considerado oportuno someterlo a su consideración. En las páginas que siguen, y después de una breve justificación de nuestros planteamientos, se presenta un simple *estudio de caso*, no obstante, los datos obtenidos en dicho estudio se analizan desde dos perspectivas distintas, la cuestión a considerar es si una de ellas (algo más compleja) añade algo a la otra.

2.-JUSTIFICACION

El debate sobre la psicología de la personalidad que originó tantas controversias, parece hoy si no resuelto sí, al menos, apaciguado.

Los autores consideran que el retorno a lo que fue el centro de interés de los primeros investigadores de la personalidad, la individualidad, puede dar mayor sentido al concepto. Nuestra perspectiva es, pues, idiosincrásica, ipsativa.

El uso de los diseños ipsativos, en nuestro caso multivariados, se adapta muy bien al enfoque pluralístico sobre la individualidad que propuso Tyler en 1974 retomando la tradición de Allport.

Este enfoque supone que cada persona debe ser considerada *plural* y no *singular*; que, de acuerdo con Allport (1963), cada persona es una colección de «*si mismos*» más que de «*un mismo*».

El enfoque pluralístico de la individualidad defendido por Tyler (véanse pp. 15-17) supone, en esencia, lo siguiente:

a) Cada persona tiene disponibles en sí misma diversas clases de conductas, un *rango* que puede ser conocido a partir de los tests.

b) Es este *repertorio*, este rango, más que un punto único sobre una escala única, lo que le caracteriza como individuo. El objetivo de la investigación de la individualidad es, pues, descubrir ese repertorio, así como las conductas que el mismo incluye y excluye.

c) En situaciones de cierta importancia, la persona utiliza no la totalidad del repertorio, sino aquellas conductas del mismo que considera más adecuadas para ese tipo de situaciones. Frente a una concepción estática y rígida de la personalidad, se impone con este enfoque una visión dinámica y flexible de la personalidad.

d) Además, sus posibles modos de responder están probablemente ordenados en un *orden prioritario*.

e) Deben analizarse las situaciones y las dimensiones que conforman en su

covariación -psicología diferencial de las situaciones- para comprender la elección que la persona hace de entre su repertorio de conductas.

Esta concepción bien podría zanjar la polémica consistencia-inconsistencia, persona-situación. Se afirma la existencia de un *repertorio único* más que de un *patrón singular uniforme*. De acuerdo con el tipo de situaciones, el individuo, dinámicamente, pondrá en funcionamiento unos modos u otros de ese su repertorio que le caracteriza.

Nosotros creemos que los postulados arriba expuestos, así como sus objetivos, pueden satisfacerse por medio de los estudios de caso único, especialmente los estudios multivariados que aquí se proponen.

Los estudios intra-sujeto ponen el énfasis en el estudio de la variabilidad individual y de sus fuentes. De hecho, la identificación de las fuentes de variabilidad conduce a aumentos en la generalización de los hallazgos (Barlow y Hersen, 1984).

Este tipo de diseños de investigación han tenido su principal desarrollo en el ámbito de la terapia de conducta. No obstante, el interés viene de lejos como todos los autores reconocen.

Vieja es la propuesta de Cattell (1944), no sólo teórica sino también metodológica, de abordar la individualidad desde una perspectiva multivariante. En 1944, Cattell propone tres tipos de medidas: la normativa, la ipsativa y la interactiva, considerando esta última como la medida "reina" de la psicología. La medida normativa concluye en lo nomotético, mientras que las últimas serán fundamentalmente idiotéticas. Cattell postula además dos tipos de técnicas multivariantes, las técnicas "O" y "P" destinadas a la derivación de dimensiones situacionales a través de variables psicológicas (técnica «O») o de dimensiones psicológicas a través de situaciones u ocasiones (técnica «P»).

Este tipo de técnicas, frente a la clásica «R» que caracteriza los análisis factoriales más usuales, no han sido aplicadas con la frecuencia y utilidad que, según nuestro personal punto de vista, habrían podido tener. Cattell, Kline y otros autores han empleado esta metodología en diferentes investigaciones. Recientemente, Pervin (1983) las ha aplicado en una serie de estudios sobre la personalidad individual. Dos de los autores las han empleado en el estudio y evaluación de los procesos cognitivos implicados en el razonamiento inductivo, habiéndose mostrado su eficacia y la posibilidad de un tipo de diagnóstico ipsativo dirigido a los procesos y no solamente a los productos, así como en la investigación sobre modos de afrontamiento (Sánchez-Cánovas y Soriano, 1989, 1990).

Los autores que utilizan en los estudios de $N=1$ procedimientos tales como medidas repetidas, diseños A-B-A y sus extensiones, series temporales y otras pruebas estadísticas, reconocen que, en ocasiones, sería conveniente identificar factores personales y ambientales no controlados que de forma muy plausible pueden estar influyendo durante el proceso de intervención (p. ej.: Barlow y Hersen, 1984). En otras ocasiones, es conveniente o necesario estudiar la conducta

tal como acontece en una pluralidad de situaciones, tratando de hallar las interrelaciones o asociaciones que sistemáticamente tienen lugar. Es en estos casos cuando los estudios multivariantes de caso único son más apropiados.

En el caso que aquí se analiza los objetivos primordiales son:

a) Identificación del patrón de cambio intraindividual centrado en las diversas ocasiones en que la conducta fue registrada.

b) Mostrar cómo las técnicas multivariadas de caso único constituyen una valiosa herramienta para comprobar la magnitud del cambio y, como ocurre aquí, las variables psicológicas que se asocian con ese patrón situacional.

3. EL ESTUDIO DE CASO

3.1. Datos de la anamnesis clínica.

L. es una mujer de 25 años, soltera y estudiante de último curso de derecho. Habitualmente vive en el domicilio familiar con su madre y una tía soltera. Durante el curso vive en casa de una hermana casada.

Acude a terapia debido a problemas de ansiedad. Según L., lo que más le preocupa (aunque habría que considerar otros miedos) son los pensamientos centrados en su propia muerte y en la muerte de sus seres queridos.

Huérfana de padre desde los 5 años (su padre murió debido a problemas cardíacos), L. no recuerda apenas nada de su relación con él, sólo, vagamente, el hecho de verlo enfermo en la cama. Su madre tiene 64 años y es descrita por L. como una persona rígida y enérgica. Su relación con ella es bastante mala. L. lo atribuye a la diferencia de edad y, sobre todo, a la diferencia de caracteres. Según la paciente, su madre nunca se ocupó mucho ni de ella ni de sus hermanos debido a su trabajo en un pequeño negocio familiar; sin embargo, siempre insistió en la importancia de tener una buena educación (preocupándose mucho por los "buenos modales") y de los temas sexuales (cuidado al ir con chicos, necesidad de "preservar la honra"). L. indica que en su casa la atmósfera hogareña fue prácticamente inexistente ya que se crió un poco al estilo "del niño que es atendido entre todos: madre, hermanos, tios, vecinos, amigos...". Con todo, recuerda su infancia más feliz que desgraciada, con sus propias palabras, "un período de libertad, divertido y muy entretenido, un período pleno de amigos".

La relación con sus hermanos es buena (un varón de 31 años y una mujer de 35, ambos casados), sobre todo con la hermana. La relación entre sus padres, aunque ella no la recuerda, le han comentado que siempre fue tensa y con continuas peleas.

La paciente tuvo hepatitis a los 12 años y a lo largo de toda su infancia repetidas amigdalitis (las amígdalas no han sido extirpadas). Cuando tenía 18 años sufrió continuas taquicardias sin que al parecer éstas estuvieran asociadas a problemas

de ansiedad. Por este motivo se llevó a cabo un reconocimiento médico y se detectó un soplo cardíaco. El diagnóstico fue "Endocarditis reumática" y se instauró el oportuno tratamiento médico. Una vez finalizado dicho tratamiento, el especialista que atendía a L. señaló que su recuperación había sido buena y recomendó llevar a cabo controles periódicos una vez al año, aunque podía hacer una vida totalmente normal. El último control médico lo realizó hace tres meses y estaba muy bien. No obstante, la madre de L. empezó a comparar la enfermedad de su hija con la de su marido y, hasta cierto punto, este temor a un desafortunado desenlace también es vivenciado por L.

Su hermana, actualmente, está recibiendo tratamiento psiquiátrico ambulatorio debido a síntomas de depresión y ansiedad. Además, L. califica a su familia como muy nerviosa, por ello piensa que sus síntomas actuales tienen, en gran parte, un componente familiar.

La madre ignora que L. ha solicitado ayuda psicológica, son su hermana (ya que ésta comprende perfectamente sus problemas) y su novio quienes la han animado a hacerlo. Al parecer, las relaciones de L. con este último no presentan problemas, está saliendo con él desde hace tres años y lo califica como una persona comprensiva y racional. También se siente satisfecha de su propio funcionamiento en los estudios y de sus relaciones con otras personas.

3.2. Descripción de los problemas

Unas semanas antes de acudir a terapia, mientras estaba preparando un examen en la biblioteca de la facultad y sin motivo aparente, comenzó a tener palpitaciones, ahogos, llegó a marearse y se puso muy nerviosa pensando incluso en un infarto. Esto no le había ocurrido nunca. Unos días después, también tuvo que salirse de un examen debido a otro episodio de características similares. L. señala que, en ese momento, temió sufrir un "ataque al corazón" como su padre. Desde entonces se automedica con uno de los fármacos que toma su hermana (Lexatin, un ansiolítico), aunque indica que solo lo hace cuando "se ve muy desesperada".

Como ya hemos señalado anteriormente, las cuestiones que más preocupan a L. en la actualidad son una serie de pensamientos o ideas recurrentes centradas en su propia muerte o en la muerte de sus seres queridos (imagina que está muerta y en un nicho, aunque puede oír, ver y sentir). Considera absurdos estos pensamientos y constantemente está luchando contra ellos, aunque señala que a veces puede detenerlos y a veces no. Cuando lo logra, generalmente, se debe a que se ha comprometido en alguna actividad que la distrae con otra persona. También son muy frecuentes los temores relacionados con la posibilidad de tener un accidente de coche, la posibilidad de ponerse enferma y la anticipación de posibles peligros (muchas veces tiene la sensación de que algo

terrible va a suceder). Todos estos pensamientos están asociados a una diversa sintomatología: palpitaciones, ahogos, mareo, sudoración... L. indica que es una persona con grandes dificultades para relajarse (no siendo raro que se sienta con los "nervios de punta" y que siempre le suden las manos, aunque esté tranquila...) y, señala también que tiene dificultades para dormir. Se considera "débil" físicamente y muy aprensiva.

Tiene miedo, asimismo, a los exámenes (y esto la preocupa mucho), a la oscuridad y a la soledad. Le produce ansiedad entrar en grandes almacenes y en ascensores, este temor aumenta si hay mucha gente, si hace mucho calor y si el ambiente está cargado. No obstante, añade que en caso necesario, y si va acompañada, sí entra en grandes almacenes y ascensores.

En cuanto al establecimiento de un diagnóstico, si atendemos tanto a los criterios del DSM-III R (APA, 1987) como del CIE-10 (OMS, en preparación), es posible hablar de un cuadro de ansiedad generalizada que se manifiesta tanto por la preocupación no realista y excesiva respecto a posibles desgracias, como por signos de hiperactividad neurovegetativa, tensión motora e hipervigilancia. A este cuadro habría que asociar una serie de fobias, fundamentalmente, el miedo a la muerte, a los exámenes y a los espacios cerrados; aunque, como hemos visto, L. también se vería perturbada por el miedo a la oscuridad y a la soledad.

Al analizar los pensamientos o ideas recurrentes sobre su propia muerte o la muerte de seres queridos que presentaba L. nos inclinamos por el diagnóstico de fobia y no por el de obsesión ni incluso el de fobia obsesiva considerando las distinciones que se han establecido entre estos trastornos (Marks, 1981, 1987a; Vallejo, 1985). No obstante, aquí habría que recordar la dificultad para llevar a cabo separaciones radicales entre los distintos trastornos de ansiedad, el mismo Marks (1987a) habla del trastorno obsesivo-compulsivo como un "tipo de fobia" y señala los solapamientos que pueden producirse entre todos estos problemas (1). Realmente, esto no nos puede resultar demasiado extraño, como informa el mismo Marks (1987a) los trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos han sido descritos ocasionalmente desde Hipócrates, pero no es hasta finales del siglo pasado cuando se los reconoce como entidades clínicas diferenciadas a partir de los cuidadosos trabajos de Westphal; además, aunque el mismo Kraepelin (1913) los reconoce y describe brevemente tampoco los separa, hay que esperar hasta bien entrado el s. XX para que estas etiquetas se usen comunmente y de modo separado en los distintos sistemas de clasificación.

Somos también conscientes de que, apurando los criterios del DSM-III R, hubiera podido establecerse el diagnóstico de trastorno por angustia. Del mismo modo, y si nos centramos en los planteamientos de la escuela americana (Klein, 1964; Klein y Rabkin, 1981; Sheehan y Sheehan, 1982; Sheehan y Soto, 1987), se podría argumentar que nuestra paciente presenta un trastorno por angustia que ya ha superado las etapas iniciales del modelo de Sheehan y, en el momento en

que acude a terapia, se encuentra bien en el estadio tres (hipocondriasis) o en el cuatro (fobias simples y evitación fóbica limitada). Sin embargo, no consideramos oportuno inclinarnos por este tipo de diagnóstico, bajo nuestro punto de vista, los criterios del CIE-10 diferencian con mayor nitidez y claridad que los del DSM-III-R entre los distintos trastornos de ansiedad (L. no cumpliría los criterios del CIE-10). En este punto, estaríamos bastante de acuerdo con las críticas formuladas por Marks (1987b) y, fundamentalmente, con su afirmación respecto a que la angustia (panic) es un principio organizador bastante pobre, y de ahí también se derivaría la cuestión de si resulta conveniente o no diferenciar entre ansiedad generalizada y trastorno por angustia pues, según Janett y Rush (1988) no se ha demostrado que estos trastornos sean cualitativamente distintos.

A la vista de todas estas consideraciones quizás habría que preguntarse, como hacen Sheehan y Soto (1987), si todos estos problemas no serán más que "variaciones" de un mismo trastorno global y general. Es posible que esto sea así, aunque todavía no ha sido fehacientemente demostrado. Lo que sí sabemos es que esas posibles "variaciones" han respondido de modo diferencial a distintas alternativas de tratamiento, por lo tanto nuestra responsabilidad, de momento al menos, será aplicar aquellos modos de intervención que hayan demostrado ser útiles y adecuados para el abanico de problemas que presenta L.

3.3. La recogida de información

En este punto habría que explicar que uno de los firmantes del trabajo (la Dra. Botella) está llevando a cabo una investigación sobre el papel que pueda desempeñar la personalidad de los pacientes en el proceso y en el resultado de la terapia. Se intenta estudiar esta cuestión trabajando únicamente con unos trastornos determinados: agorafobia, crisis de angustia, fobia social y fobia simple; y aplicando unos tratamientos concretos: técnicas de exposición en vivo y en imaginación además del enfoque cognitivo de Clark (1986, 1987, 1988, 1989).

L. no ha participado en la investigación, no obstante, sí se le han pasado la mayor parte de los instrumentos utilizados y se ha seguido la misma estrategia de evaluación que se sigue en dicha investigación. En el Apéndice A se describen someramente cada uno de los instrumentos utilizados.

Dichos instrumentos fueron cumplimentados por L. antes de comenzar el tratamiento, inmediatamente después de finalizar éste y en dos seguimientos (a las 6 semanas y a los 3 meses después de haber terminado el tratamiento). Además, algunos de ellos (-S6, A1, EA-) fueron cumplimentados también por un evaluador independiente (2) en los mismos períodos temporales. En el cuadro número 1 se presenta en detalle toda la estrategia de evaluación.

Respecto al conjunto de pruebas utilizadas, básicamente, nos interesa hacer

aquí referencia a las puntuaciones obtenidas por L. en una serie de factores de personalidad y factores motivacionales. El neuroticismo medido por el EPI de Eysenck (1964) se encuentra en unos niveles medios (percentil 45) y el grado de extraversión de L. se sitúa en unos niveles bastante elevados (percentil 80). La ansiedad rasgo y la ansiedad estado medidas por el STAI de Spielberger et al. (1970) aparecen altas en ambos casos (AR percentil 82 y AE percentil 80). En cuanto a los factores de motivación medidos por el MAE de Pelechano (1975), los aspectos fundamentales a destacar son los siguientes: la motivación positiva hacia la acción (M1, M3 y M4) se sitúa en niveles bastante bajos (percentiles 40, 20 y 5 respectivamente); mientras que la motivación perturbadora M2 alcanza un percentil 80; finalmente, los dos factores de ansiedad que mide esta prueba también siguen una tónica parecida, la ansiedad facilitadora (A2) se sitúa en un percentil 5 y la ansiedad inhibitoria (A1) alcanza un percentil 30.

CUADRO N°1: Fases y momentos de la evaluación

TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO				
	SEMANAS 0	1	10	16	28
ENTREVISTA CLÍNICA	T				
CUESTIONARIO BIOGRÁFICO	A				
EN	A		A	A	A
EPI	A		A	A	A
R-3	A		A	A	A
PL-35	A		A	A	A
MAE	A		A	A	A
EML	A		A	A	A
D	A		A	A	A
STAI	A		A	A	A
S1 y A1	AE		AE	AE	AE
CUESTIONARIO DE MIEDOS	A		A	A	A
EA	AE		AE	AE	AE
EXPECTATIVAS DEL PACIENTE	A				
TRABAJO CASA	A		A		A

Nota.- A: autoevaluación; E: evaluador independiente; T: terapeuta; EN: cuestionario de extraversión y neuroticismo; EPI: Cuestionario de neuroticismo y extraversión; R-3: Cuestionario de Rigidez; PL-35: Cuestionario de Locus de Control; MAE: Cuestionario de motivación y ansiedad de ejecución; EML: Escala de extrema motivación de ejecución; D: Cuestionario de depresión MMPI; STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo; S1 y A1: Escala de temor y evitación puntuada por la paciente y el evaluador independiente; EA: Escala de Adaptación.

3.4.-Las metas de la terapia.

Se delimitaron cuatro objetivos básicos que, según L., cubrían los aspectos fundamentales que ella deseaba lograr por medio de la terapia. Los objetivos fueron:

1.-Poder enfrentarse a cualquier símbolo de muerte sin tener que tocar madera. La paciente desea eliminar las creencias erróneas respecto a las consecuencias catastróficas que puede tener para ella ver, por ejemplo, un coche fúnebre.

2.-Dejar de temer y anticipar consecuencias catastróficas. Este objetivo se refiere a eliminar el temor y/o la preocupación excesiva (y, por tanto, incrementar su sensación de dominio y control) que le produce la anticipación de determinadas situaciones. Fundamentalmente, los exámenes ("voy a suspender", "no me sé nada"), ir en coche ("vamos a tener un accidente").

3.-Reducir o eliminar las reacciones fisiológicas que le producen angustia y malestar.

4.-Reducir o eliminar una serie de pensamientos perturbadores y reiterativos como: "Voy a morirme", "muerte de seres queridos", "me va a dar un ataque al corazón"... Por medio del cuestionario de "temor y evitación" de Marks (forma S1), la paciente y un evaluador independiente evaluaron en una escala de 0 a 10 (3) cada uno de estos objetivos. Se obtuvieron las siguientes puntuaciones antes de que diera comienzo el tratamiento (ver cuadro nº 2).

CUADRO Nº 2: Grado de evitación y de temor correspondientes a cada uno de los objetivos terapéuticos valorados de 0 a 10.

Objetivo	Evitación			
	P.	Temor		E.I.
	P.	E.I.	P.	E.I.
1	10	6	8	3
2	8	7	6	6
3	7	7	8	7
4	8	8	10	8

Nota.- P.: paciente; E.I.: evaluador independiente.

Aquí habría que señalar que, con excepción del objetivo número 1 (enfrentarse a símbolos de muerte) no es posible hablar de "situaciones u objetos" que L. evita activamente. Además, esto es algo común tanto en el trastorno por ansiedad generalizada como en el trastorno por angustia sin agorafobia, por lo tanto, cuando hablamos de "evitación" lo hacemos, al igual que Jarrett y Rush (1988), apelando a lo que estos autores denominan una "conceptualización liberal" de evitación: los pacientes estarán evitando una serie de respuestas encubiertas (cogniciones,

sensaciones o emociones) que pueden funcionar como estímulos por sí mismas. De hecho, L. intenta detener y neutralizar los pensamientos, intenta no anticipar consecuencias catastróficas... La hipótesis que se plantea es que si de algún modo conseguimos que los pacientes "dejen de evitar" tales estímulos, aumentará la probabilidad de que dejen de temerlos.

3.5. El plan de terapia

Como acabamos de señalar, en el trastorno por ansiedad generalizada (al igual que en el trastorno por angustia sin agorafobia), por definición, no se produce evitación de estímulo o situaciones externas. Por lo tanto, aunque repetidamente se ha demostrado que la exposición "in vivo" es un elemento necesario para reducir o eliminar la conducta de evitación en distintos trastornos de ansiedad, en nuestro caso concreto parecía indicado recurrir, además, a otros procedimientos.

De hecho, el tratamiento que el mismo Marks (1982) recomienda para el trastorno por ansiedad generalizada es la inoculación de estrés de Meichenbaum (Meichenbaum, Turk y Bernstein, 1975; Meichenbaum y Jaremko, 1983; Meichenbaum, 1985). No obstante, se han utilizado otras estrategias: control del estímulo, relajación, detención del pensamiento, inundación en imaginación, reestructuración cognitiva... (ver Deffenbacher y Suinn, 1987 para una revisión) aunque los resultados han sido desiguales. Actualmente, y desde perspectivas cognitivas, se llevan a cabo notables esfuerzos por estructurar paquetes de tratamiento integrados que sean capaces de hacer frente a la diversa sintomatología que aparece en este tipo de trastornos (Jarrett y Rush, 1988).

Por nuestra parte, a la vista de todas estas consideraciones y teniendo en cuenta los problemas concretos que presentaba L. nos decidimos por la inoculación de estrés. Además, tal y como estructura el procedimiento Meichenbaum (Meichenbaum y Jaremko, 1983; Meichenbaum, 1985) puede decirse que bajo esa etiqueta es posible utilizar prácticamente cualquier técnica. En nuestro caso recurrimos a las siguientes: la relajación, reestructuración cognitiva, intención paradójica, exposición graduada "in vivo" y en imaginación.

Puede decirse, por tanto, que en base a los datos disponibles en la literatura respecto a las técnicas eficaces en este tipo de trastorno (y hay que reconocer que los datos no son muchos) y atendiendo a la sintomatología específica de nuestra paciente, diseñamos el paquete de intervención que en ese momento nos pareció más adecuado. En este sentido, el único dato objetivo disponible que teníamos indicativo de un tipo u otro de intervención era el problema cardíaco que había tenido L., este hecho hacia aconsejables aproximaciones graduales en el caso de utilizar técnicas de exposición. Es de lamentar que no dispongamos de un mayor

número de directrices claras y bien sustentadas que guien nuestras intervenciones. Además, no podemos dejar de señalar como ya lo hemos hecho en otras ocasiones (Botella et al., 1988; Botella en prensa) que, bajo nuestro punto de vista, en la estructuración de dichas directrices resultará muy conveniente tomar en consideración la influencia que pueda ejercer la personalidad del paciente en el proceso y en el resultado de la terapia. Desgraciadamente, son escasas las voces que llaman la atención sobre este tema (Pelechano, 1989, y en prensa).

A continuación describiremos de qué modo se fueron introduciendo todas las técnicas anteriormente mencionadas a lo largo del proceso de terapia.

Primera sesión de terapia. Se dedicó toda la sesión a presentar a L. la fase educativa de la inoculación de estrés y se la entrenó en relajación muscular profunda de Jacobson (además se le dió una cinta con las instrucciones de relajación grabadas).

Tarea para casa: practicar la relajación todos los días.

Segunda sesión. En esta sesión L. señala que unos días antes, mientras estaba acostada leyendo tuvo otro episodio de ansiedad intensa con palpitaciones, ahogo... Informa que ese mismo día había estado tremendamente nerviosa pues tuvo un examen en la facultad (pese a tranquilizarse un poco al inicio del examen al comprobar que se lo sabía), llegó a casa agotada por la tensión.

Repasamos la fase educativa de la inoculación de estrés utilizando ejemplos de exámenes para hacerle ver el círculo vicioso que ella misma podría estar fomentando.

Respecto a la práctica diaria de la relajación indica que no le ha ido muy bien pues ha tenido problemas de concentración. Se comentan tales problemas (básicamente, distracciones externas) para subsanarlas.

Tarea para casa: practicar relajación.

Tercera sesión. Al parecer esta semana sí ha conseguido resultados más satisfactorios en el entrenamiento en relajación. Se le explica la relajación diferencial y también se presenta la intención paradójica. Dedicamos el resto de la sesión a entrenar a L. a dividir la experiencia desagradable (exámenes) en diferentes etapas, localizar los pensamientos inadecuados y generar una lista de pensamientos o auto-instrucciones adaptativas.

Tareas para casa: Continuar con el entrenamiento en relajación, poner en marcha la intención paradójica, detectar pensamientos inadecuados y empezar a combatirlos (registro de pensamientos distorsionados de Beck) y leer todos los días la lista de pensamientos adaptativos.

Cuarta sesión. L. indica que obtiene mejores resultados con la estrategia de localizar y combatir pensamientos que con la intención paradójica. Con esta última técnica no aumentaba la intensidad de algunos síntomas (palpitaciones, ahogos) pero tampoco desaparecían. Dedicamos toda la sesión a revisar los pensamientos adaptativos en la que habíamos comenzado a trabajar en la sesión anterior (Se presenta dicha lista en el cuadro número 3).

Tarea para casa: Idénticas a las de la sesión anterior insistiendo fundamentalmente en la importancia de localizar y combatir pensamientos.

Quinta sesión. Insistimos en la importancia de la relajación, pues esta semana L. sólo la había practicado un día. Tampoco había utilizado la intención paradójica. En cambio, sí trabajó y ensayó el aspecto de dividir la experiencia (exámenes) en fases e ir utilizando las auto-instrucciones adaptativas. Informa que ha tenido dos exámenes y estuvo tranquila.

Comenzamos a trabajar el tema de la muerte. Hacemos que imagine secuencias de su propia muerte. Le horroriza pensar que se despierta y se encuentra dentro de un nicho. También piensa qué solos que se quedarán su novio y su familia si ella se muere.

Tareas para casa: practicar relajación, continuar con pensamientos sobre exámenes, imaginar todos los días y a la misma hora (durante un período de 15 minutos) que ella ha muerto y va a poner flores a su tumba.

CUADRO N.º 3.-Pensamientos adaptativos frente a la situación de examen.

1.-PREPARACION PARA EL ESTRESOR:

-Deja de preocuparte. No va a servir para nada.

2.-CONFRONTARSE CON EL ESTRESOR Y ABORDARLO:

-No des al examen más importancia de la que tiene.

-Busca los aspectos positivos.

-No saques conclusiones precipitadas, espera a ver el examen.

-Domino ya técnicas que puedo usar frente a mi ansiedad.

-Las consecuencias no son tan graves como a mí me parecen en este momento (suspender).

-Relájate, respira lento y hondo, así va a ir mejor.

-Voy a dividir la ansiedad en unidades que yo pueda manejar.

3.-AFRONTAR EL NERVIOSISMO EN LOS MOMENTOS CRITICOS:

-¿Qué es lo que he de hacer?

-Dividir la ansiedad de 0 a 10 y observar su cambio.

-Debo esperar que el estrés aumente algunas veces.

-No trates de eliminar la ansiedad totalmente, límitate a mantenerla en unas proporciones manejables.

-Relájate y haz las cosas con menos apresuramientos.

-Es el momento de respirar lenta y profundamente.

-¡A vore si reventes!*

4.-EVALUAR LOS ESFUERZOS Y AUTOGRATIFICARTE: ver lo que ayudó y lo que no ayudó.

-El examen no ha sido tan malo como esperabas.

-No salió bien pero no importa.

-Puedo estar satisfecha de mis progresos.

-Bueno ¡lo hice!, me enfrenté, la próxima vez lo haré mejor.

*Nuestra paciente es valenciano parlante.

Sexta sesión. Informa que la relajación le ha ido muy bien, además los exámenes que ha tenido desde la sesión anterior los ha realizado tranquila.

Seguimos trabajando el miedo a la muerte y con la ayuda de L. preparamos una lista centrada en pensamientos sobre la muerte al igual que antes habíamos hecho con el tema de exámenes (se presenta dicha lista en el cuadro número 4). Se le plantea la conveniencia de enfrentarse poco a poco y en la realidad con diversos símbolos de muerte.

Tareas para casa: relajación, seguir trabajando pensamientos sobre muerte. Además, seguir imaginando durante 15 minutos al día escenas de su muerte y buscar en el periódico las esquelas y noticias de muerte.

CUADRO N.º 4.-Pensamientos adaptativos para el tema de la muerte.

1.-PREPARACION PARA EL ESTRESOR:

-Deja de preocuparte. No va a servir de nada.

2.-CONFRONTARSE CON EL ESTRESOR:

-No des a esto más importancia de la que tiene.

-Todos los médicos que te han visto, te han dicho que puedes hacer una vida normal.

-Estoy bien, no me ocurre nada.

-Relájate y deja de pensar en ello.

-Tengo ya técnicas que puedo usar para luchar con estas ideas absurdas.

3.-AFRONTAR LA SENSACION DE ESTAR ABRUMADA:

-Tarde o temprano tengo que morirme, como todo el mundo, es una tontería gastar tiempo pensando en ello.

-Por mucho que piense en la muerte, no voy a acelerar ni retrasar mi muerte.

-No sé que ocurre después de la muerte, quizá sea un estado agradable o maravilloso.

-Una vez muerto no sientes nada.

-Relájate y piensa en otra cosa.

-Piensa en la muerte como un hecho tan natural como la vida.

4.-EVALUAR ESOS ESFUERZOS Y AUTOGRATIFICARTE:

-Realmente es absurdo pensar en este tema.

-Puedo pensar en la muerte y no alterarme.

-Puedo estar orgullosa de mis progresos.

-Cada vez lo estoy haciendo mejor.

Séptima sesión. Revisamos las tareas. L. indica que pensar todos los días en un momento y tiempo fijos sobre la muerte le parece una pérdida de tiempo. Insistimos en la necesidad de hacer todas las tareas.

Informa que tuvo un fuerte aumento de ansiedad en su casa mientras veía la

televisión. Creía que iba a tener una crisis y, al parecer, un elemento importante era que iba a pasar la noche sola. Pudo controlarlo y después de este episodio fue capaz de pasar cinco noches sola en casa.

Tareas para casa: relajación; registrar y combatir pensamientos y leer las dos listas de auto-instrucciones (exámenes y muerte); pensar quince minutos diarios en su muerte y seguir enfrentando símbolos de muerte en el periódico.

Octava sesión. Se revisan las tareas. Afirma que la relajación la ayuda mucho. En el registro aparecen pensamientos sobre su propia muerte y la muerte de su novio acompañados de sensaciones de ansiedad. Esto se produjo dos veces en toda la semana. Informa también respecto a que está durmiendo muy bien y de un tirón. La animamos para que siga trabajando.

Tareas para casa: Idénticas a las de la sesión anterior.

Novena sesión. Cumple todas las tareas. Cuenta que ha pensado en la muerte de forma más real y se sentía más relajada. En general se siente muy optimista pensando en el presente.

Tareas para casa: Idénticas a las de la sesión anterior.

Décima sesión. Revisamos las tareas. L. indica que se siente muy bien. Ahora pensar en la muerte se le hace cada vez más cuesta arriba y han desaparecido los pensamientos repentinos sobre la muerte.

Se revisan y se valoran los objetivos que nos habíamos marcado antes de que comenzara el tratamiento y, puesto que parece que dichos objetivos están cubiertos, le damos una nueva cita un mes y medio más tarde.

Al finalizar la sesión décima comenzamos a pasar de nuevo toda la batería de pruebas. Otros instrumentos se los lleva a casa y fijamos un día (tres días después) para que nos entregue el material.

Seguimiento al mes y medio. La paciente se encuentra bastante bien. Afirma que ha tenido exámenes muy seguidos en muy poco tiempo y los ha pasado con el nerviosismo habitual de todo el mundo.

El tema de la muerte de vez en cuando le viene a la cabeza, pero no de forma obsesiva. Lo puede cortar en seguida.

Manifiesta que no practica la relajación, pero que quiere volver a hacerlo pues se sentía muy bien cuando practicaba.

Se le pasa de nuevo la batería de pruebas y se la cita a los tres meses.

Seguimiento a los tres meses. La paciente se encuentra de muy buen humor y optimista. Afirma que la ansiedad "ya no la invade de repente".

La preocupación por la muerte le llega solo cuando oye noticias de atentados y similares. En ese momento le impresiona y en seguida se le pasa.

Ahora se encuentra un poco nerviosa debido a que está pendiente de un trabajo.

Cuenta que la relajación no la hace todos los días como norma, sino en días sueltos. Tiene intención de seguir practicándola.

Se le pasa de nuevo la batería de pruebas.

4. RESULTADOS

En total vimos a L. a lo largo de 14 sesiones. Las dos primeras se dedicaron a la recogida de información y a la estructuración de las metas terapéuticas (estuvieron separadas por un período temporal de una semana). Utilizamos 10 sesiones para la aplicación de las técnicas de terapia (también con una periodicidad aproximada semanal) y, como ya hemos indicado, se llevaron a cabo dos seguimientos.

En primer lugar presentamos los datos desde la perspectiva tradicional, posteriormente nos centraremos en el análisis llevado a cabo desde la perspectiva ipsativo-normativa.

4.1. Perspectiva tradicional.

Analizaremos los resultados obtenidos atendiendo a las puntuaciones que se obtuvieron utilizando distintos instrumentos.

Nos interesa delimitar hasta qué punto y en qué medida nuestra intervención se ha mostrado eficaz. Por una parte, qué efecto ha ejercido en los problemas que eran el foco de la terapia, así como las repercusiones que éstas pudieran tener en distintas áreas de la vida de la paciente. Por otra parte, si los efectos de nuestra intervención se han generalizado a otras conductas de evitación no específicamente tratadas. Finalmente, intentar ver si la terapia ha ejercido alguna influencia a otros niveles de funcionamiento para las que, desde luego, no estaba pensada nuestra intervención.

4.1.1. Los objetivos o metas de la terapia

En el cuadro número 5 se presentan las valoraciones llevadas a cabo por L. y por el evaluador independiente respecto a los cuatro objetivos terapéuticos antes y después de la intervención y en los dos seguimientos.

Respecto a la valoración que lleva a cabo la misma paciente se puede apreciar cómo disminuye de forma espectacular el grado de evitación y temor antes frente a después de la terapia. Además, las mejorías logradas se mantienen de forma estable en los dos seguimientos.

En cuanto a las valoraciones que lleva a cabo el evaluador independiente, en líneas generales, cabe señalar que se muestra más "duro" o parece aplicar criterios más estrictos que los de la misma paciente. Antes de la terapia valora menos negativamente el temor y la evitación que muestra L. y la mejoría inmediatamente después de terapia no es tan marcada. No obstante, dicha mejoría aumenta ligeramente en el primer seguimiento y en el segundo seguimiento sí señala unos valores muy cercanos a los de la paciente.

4.1.2. La escala de adaptación.

En el cuadro número 6 se presentan las puntuaciones obtenidas en la Escala de adaptación de Echeburúa y Corral (1989). Se observa una disminución antes frente a después de la intervención terapéutica, en las valoraciones que lleva a cabo L. respecto a las repercusiones que tienen sus problemas en su trabajo (T), vida social (V), tiempo libre (TI), relaciones de pareja (R), vida familiar (Vf) y a nivel global (G). Además, los progresos más importantes se producen en todo aquello que esté relacionado con el tiempo de ocio, relaciones sociales o de pareja. En el primer seguimiento la mejoría sigue siendo patente y, posteriormente dicha mejoría parece aumentar y consolidarse.

CUADRO N.º 5. Grado de temor y grado de evitación correspondientes a cada uno de los objetivos terapéuticos antes y después de la intervención, puntuados por L. y por el evaluador independiente.

INSTRUMENTO		A	D	1er.S	2ºS
S1 (paciente)	E1	10	0	0	0
	T1	8	0	0	0
E2	8	0	1	1	
T2	6	1	0	1	
E3	7	2	4	0	
T3	8	2	0	0	
E4	8	0	1	1	
T4	10	1	0	0	
A1 (evaluador independiente)	E1	6	3	3	0
	T1	3	2	2	0
E2	7	5	4	2	
T2	6	4	3	2	
E3	7	5	5	1	
T3	7	5	5	1	
E4	8	4	3	2	
T4	8	5	4	3	

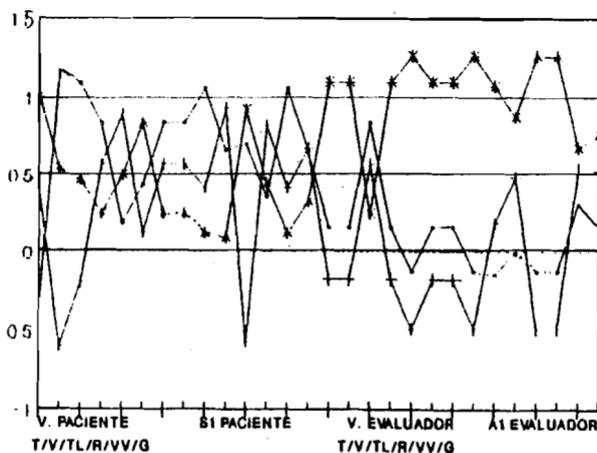
Nota.- A: antes; D: después; 1er.S: primer seguimiento; 2ºS.: segundo seguimiento; E1, E2...: grado de evitación del primer objetivo al cuarto (valorado de 0 a 10); T1, T2...: grado de temor del primer objetivo al cuarto (valorado de 0 a 10).

CUADRO N.º 6. Valoración del grado en que afectan los problemas de la paciente en distintas áreas de su vida (escala de 1 a 5).

Instrumento	Factor	A	D	1erS	2ºS
Escala de adaptación paciente	T	3	2	1	0
	V	2	0	1	0
	TL	3	0	1	0
Vf	R	3	0	0	0
G		3	1	1	0
Escala de adaptación evaluador independiente	T	4	2	2	0
	V	2	1	1	0
	TL	2	1	1	1
	R	2	1	1	0
Vf		3	2	2	0
G		3	2	2	1

Nota.- A: antes; D: después; 1erS: primer seguimiento; 2ºS: segundo seguimiento; T: trabajo; V: vida social; TL: tiempo libre; R: relación de pareja; Vf: vida familiar; G: a nivel global.

VARIABLES OBJETIVO DE LA TERAPIA



--- Series 1 + Series 2 * Series 3

Figura 1. Puntuaciones factoriales. Serie 1 = Después
Serie 2 - primer seguimiento. Serie 3 = segundo seguimiento.
Gráfica 1. Corresponde a los cuadros 5 y 6

En cuanto a las puntuaciones del evaluador independiente, cabe repetir lo ya comentado anteriormente respecto a las conductas objetivo: aunque éste también registra las mejorías, se muestra más duro que L. inmediatamente después de que finalice la terapia y en el primer seguimiento. Sin embargo, en el último seguimiento las valoraciones del evaluador independiente y de la paciente de nuevo se aproximan, en ambos casos reflejan una mejoría más marcada.

4.1.3. El cuestionario de miedos.

Respecto a los resultados obtenidos con el cuestionario de miedos de Pelechano *et al* (1984) (ver cuadro nº 7) lo primero que queremos comentar es hasta qué punto se producen concordancias entre el grado de temor y ansiedad manifestada por la paciente en las sesiones clínicas y las puntuaciones obtenidas por L. en el mencionado instrumento. En este sentido, habría que señalar que los *temores* sí son coincidentes pero en las sesiones clínicas L. parecía dar muestras de niveles de miedo y ansiedad mucho más elevados que los reflejados en el cuestionario. Se preguntó a la paciente qué posibles razones podían dar cuenta de este hecho y nos dijo que para ella había diferencias claras entre "la muerte" o "los entierros" si esto se planteaba de modo general (como en el cuestionario) o si se hacía referencia a su propia muerte o al entierro de alguien a quien ella quisiera mucho.

CUADRO N° 7. Z- Puntuaciones obtenidas por L. en los distintos factores empíricos del cuestionario de miedos antes-después de la intervención terapéutica y en los dos seguimientos.

Instrumento	Factor	A	D	1erS	2ºS
Cuestionario de miedos	F1	0	1	1	0
	F2	0	1	2	1
	F3	1	1	0	1
F4	0	0	0	1	
F5	1	1	0	1	
F6	3	1	1	1	
F7	0	0	0	1	
F8	1	0	2	1	
F9	1	2	2	3	
F10	1	1	1	1	
F11	2	3	2	2	

Nota.-A: antes; D: después; 1erS: primer seguimiento; 2ºS: segundo seguimiento.

En cuanto a resultados concretos puede verse en el cuadro que "el miedo a la muerte" que fue objeto de tratamiento (y sí recoge el cuestionario en el factor VI) disminuye antes frente a después de la intervención terapéutica y la mejoría lograda se mantiene en los dos seguimientos. No obstante, otros miedos que también presentaba L. pero que no fueron tratados de modo específico no mejoraron (miedo a los ascensores F10) o incluso en algún caso se observó un ligero empeoramiento inmediatamente después de la terapia (oscuridad, estar solo FXI) aunque en los seguimientos posteriores tal empeoramiento ya no se manifestaba.

En resumen, puede decirse que el instrumento se ha mostrado sensible a los cambios en un miedo que fue específicamente tratado en la terapia (miedo a la muerte); ahora bien, no se observan generalizaciones a otros miedos no tratados.

4.1.4. Personalidad, motivación, estado de ánimo.

En el cuadro número 8 aparecen las puntuaciones obtenidas por L. en distintos factores de personalidad y motivación y en la escala de depresión del M.M.P.I. lo

CUADRO N.º 8.- Puntuaciones obtenidas por L. en las pruebas de personalidad, motivación, ansiedad, estado de ánimo

Factor	PD				PC					
	A	D	1erS	2ºS	A	D	1erS	2ºS		
E-N		E	6	9	9	9				
N	13	10	12	12						
EPI		E	15	12	13	11	80	60	65	50
N	12	11	8	9	45	35	20	25		
STAI		A-E	35	13	14	23	80	20	23	55
A-R	35	22	21	23	82	43	40	45		
R-3		R1	2	3	3	2				
R2	3	4	4	3						
R3	3	9	5	3						
PL-35		F1	2	5	5	5				
F2	4	4	4	3						
F3	2	1	0	0						
F4	4	6	3	3						
F5	8	8	10	8						
F6	2	1	1	1						
F7	1	3	3	3						
F8	0	1	0	1						

MAE	M1	1	3	1	1	10	40	10	10
M2	4	2	5	5	80	60	90	90	
M3	8	9	9	7	10	20	20	15	
M4	3	1	2	2	5	5	5	5	
A1	6	4	1	3	30	15	5	10	
A2	2	5	1	2	5	20	5	5	

EML	EML1	1	1	1	1
EML2	2	5	2	3	

MMP1	D	16	15	15	16
------	---	----	----	----	----

Nota.- P.D.: puntuación directa; P.C. puntuación centil; A: antes; D: después; 1erS: primer seguimiento; 2ºS: segundo seguimiento.

VARIABLES DE PERSONALIDAD

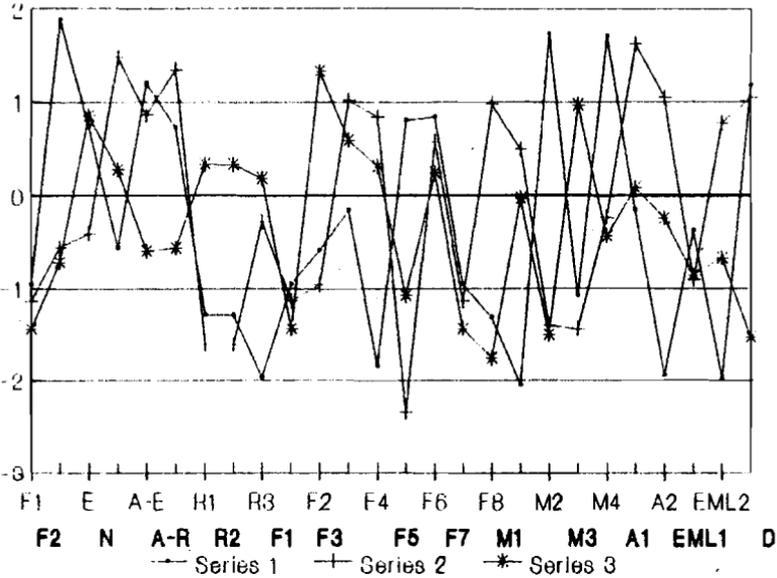


Figura 2. Puntuaciones factoriales. Serie 1 = después
 Serie 2 = primer seguimiento. Serie 3 = segundo seguimiento.

Gráfica 2. Corresponde a los cuadros 7 y 8.

primero que habría que señalar es que presentamos estos datos con el fin de ofrecer la máxima información al lector, pues somos conscientes de que al tratarse en muchos casos de puntuaciones directas su interpretación aquí tiene escaso sentido, por lo tanto, solo haremos referencia a aquellas puntuaciones que estén expresadas en percentiles.

En primer lugar, cabe señalar el descenso que se produce en neuroticismo (medido por el EPI de Eysenck) después de la terapia y a lo largo de los dos seguimientos. La extraversión (medida también por el EPI) asimismo disminuye y posteriormente se mantiene tal disminución. Resultados en la misma línea se observa en cuanto a la ansiedad rasgo y ansiedad estado, aunque aquí la disminución en el valor de los percentiles es de mayor cuantía. En cuanto a los resultados obtenidos con el MAE de Pelechano comprobamos que: la motivación perturbadora (M2) disminuye ligeramente después de la terapia, aunque en los seguimientos aumenta de modo importante; tendencia opuesta aparece en los factores de motivación positiva (M1, M3 y M4) que aumentan después de la terapia pero disminuyen en los seguimientos; la ansiedad facilitadora ofrece un resultado en la misma línea de los que acabamos de comentar, esto es, un aumento después de la terapia que no se mantiene en los seguimientos; y en la ansiedad perturbadora sí aparece un descenso que logra mantenerse una vez la terapia ha finalizado y posteriormente. Por último, queremos señalar que las puntuaciones relativas a depresión no parecen muy elevadas y, prácticamente, no varían a lo largo de todo el proceso terapéutico.

4.2. Perspectiva ipsativo-normativa.

Aquí nos centraremos en el análisis de los mismos datos pero el procedimiento será algo distinto. La medida que utilizaremos es la expresada en la siguiente ecuación:

$$\bar{Z}_{pao} = (Spao - Spa) / SDpa$$

donde

Spao = puntuación directa de un atributo psicológico en una determinada ocasión.

$\bar{S}pa$ = media del atributo a través de las ocasiones

SDpa = desviación estándar de esas mismas puntuaciones directas.

Estas puntuaciones se transformaron en puntuaciones "T".

Todo ello supone la misma persona para el mismo atributo o variable psicológica en diferentes ocasiones (lo que constituye el fundamento ipsativo).

A partir de estos datos, y según su ordenación, pueden calcularse correlaciones *interatributos* a través de las ocasiones, o correlaciones *interocasiones* a través de los atributos para un único sujeto. Seguidamente, pueden derivarse los factores que permiten identificar bien el patrón de cambio relativo a las ocasiones o situaciones, bien el patrón de cambio relativo a la persona.

En este estudio se han hallado las correlaciones *interocasiones* y la matriz factorial correspondiente, la denominada técnica "O". Sin embargo, como para la interpretación de los factores se han utilizado también las *puntuaciones factoriales*, en cierto modo, se combinan ambas técnicas, "P" y "O".

La leve crítica formulada por Lamiell (1982) respecto al uso de la técnica "O" no la invalida como procedimiento ipsativo. Más aún, mientras que la propuesta de Lamiell implica el uso de atributos normativamente definidos (en su estudio los define normativamente por medio del "Escalamiento Métrico Multidimensional"), aquí los atributos están considerados ipsativamente. Por otro lado, aquí nos centramos en las dimensiones situacionales, más por motivos de procedimiento (el número de ocasiones o situaciones es pequeño, $n=4$), mientras que Lamiell se centra en las dimensiones psicológicas. No obstante, las puntuaciones utilizadas por Lamiell para derivar sus medidas ipsativas e interactivas son puntuaciones referidas a una muestra de sujetos, esto es, normativas. En este estudio, las puntuaciones del sujeto en cada ocasión tienen como referente el conjunto de sus propias puntuaciones a lo largo de todas las ocasiones. Así, pues, nuestro estudio se basa en las interrelaciones *interocasiones* a través de las puntuaciones en diferentes variables para un sujeto único. Las puntuaciones factoriales que se proyectan sobre las dimensiones obtenidas, son puntuaciones originadas en la propia conducta del sujeto sin referencia a una muestra, sino teniendo como referente el propio individuo y las ocasiones en que su conducta fue registrada.

En resumen, lo que se pretende es ver que cambios han tenido lugar durante el proceso terapéutico y las variables asociadas a ese cambio.

4.2.1. Análisis correlacional y factorial

Hallada la matriz de correlaciones *interocasiones* y la correspondiente matriz factorial, el patrón que caracteriza los cambios es el de una contraposición entre el antes y después de la terapia y a lo largo de dos seguimientos efectuados tras la intervención. Veámoslo en los correspondientes análisis.

CUADRO N° 9 - Matriz de correlaciones interocasiones

ANTES	DESPUES	1er.S	2ºS		
ANTES		1.000			
DESPUES		-.464 **	1.000		
1er. S		-.384 **	-.034	1.000	
2º S		-.433 **	-.118	-.063	1.000

Nota.- ** nivel de significación .001; 1er.S: primer seguimiento; 2ºS: segundo seguimiento.

CUADRO N° 10 - Matriz factorial no rotada (Análisis de componentes)

	I	II	III	
ANTES		-.957	.033	-.024
DESPUES		.554	.642	.493
1er. S		.474	.146	-.854
2ºS		.474	-.828	.230
Varianza		1.673	1.120	1.026
% Varianza		41.814	27.999	25.648

Nota.- 1er.S: primer seguimiento; 2ºS: segundo seguimiento

De acuerdo con la matriz de correlaciones, hay cambios significativos respecto a la situación inicial tanto al finalizar la terapia como en los dos seguimientos, como demuestran las correlaciones de signo opuesto con el "pretest".

El examen de la matriz factorial no rotada (Cuadro nº 11) nos muestra tres componentes que indican el patrón de cambio que implícitamente contenía la matriz de correlaciones. La magnitud del cambio, tras la intervención, se mantiene a lo largo del seguimiento (la fluctuación es mínima ya que cada componente explica aproximadamente el 30% de la varianza). El primer componente refleja los cambios ocurridos después de la terapia; el segundo componente, los habidos en la semana octava después del tratamiento; y, finalmente, el componente tercero, los cambios ocurridos hasta la semana 16.

CUADRO N° 11- Matriz factorial rotada (Procedimiento Varimax)

I	II	III	
ANTES	.614	.574	.460
DESPUES	-.975	.090	.057
1er.S	.012	.032	-.987
2ºS	.073	-.977	.063
<hr/>			
Varianza	1.332	1.293	1.193
% varianza	33.305	32.330	29.826

Nota.- 1er.S: primer seguimiento; 2ºS: segundo seguimiento

Esta estructura factorial nos indica la pauta del cambio producido a lo largo de este proceso, un cambio que, al menos en hipótesis, debe estar asociado a la intervención psicológica en su mayor parte. Sin embargo, el conocimiento de esta secuencia no nos proporciona todavía información sobre las variables y su evolución. Es necesario completar la interpretación de la estructura factorial acudiendo a las puntuaciones factoriales.

4.2.2. Puntuaciones factoriales

En primer lugar, nos detenemos en los *coeficientes de las puntuaciones factoriales* (Cuadro n° 12). Estos coeficientes, equivalentes a los de regresión múltiple, indican la contribución absoluta de cada variable situacional al componente o factor. Puede comprobarse que son las variables correspondientes al post-test y a los dos seguimientos las que más contribuyen en cada uno de los componentes, seguidas por las variables antes de la terapia. En consecuencia, las puntuaciones factoriales se proyectarán fundamentalmente en este extremo de cada uno de los factores bipolares.

CUADRO N° 12- Coeficientes de las puntuaciones factoriales (Contribución absoluta de cada variable situacional al componente)

I	II	III	
ANTES	.365	.353	.266
DESPUES	-.783	.164	.168
1er.S	.134	.123	-.870
2ºS	.147	-.797	.144

Nota: 1er.S: primer seguimiento; 2ºS: segundo seguimiento

Las puntuaciones factoriales tienen una media igual a 0 y una desviación típica igual a la unidad. Cuánto más se distancien de la media más notable será su cambio en relación con el resto de las variables contempladas en el análisis. En rigor, cada componente constituye una dimensión donde podemos escalar las variables y ubicarlas según su distancia de la media (de forma semejante a lo que hacemos cuando en un test o cuestionario ubicamos a las personas en función de las puntuaciones que hayan obtenido). Estas puntuaciones factoriales, no obstante, al ser proyección de las variables sobre los factores situacionales son, en este caso de sujeto único, ipsativas, y, también, interactivas ya que son características psicológicas asociadas a la situación u ocasión correspondiente.

Las puntuaciones factoriales se han colocado en orden cronológico, es decir, el factor uno corresponde a los cambios registrados después de la terapia, el factor tres a los del primer seguimiento, y el factor dos a los del segundo seguimiento. De este modo, puede apreciarse mejor la evolución de las variables a lo largo de este patrón situacional. Las puntuaciones se proyectan sobre los extremos de la dimensión factorial del mismo signo. Dado que en la matriz factorial las saturaciones referidas a los seguimientos tienen signos negativos y el pretest positivo, todas las puntuaciones factoriales de signo positivo implican *descenso* en la correspondiente etapa de seguimiento.

4.2.2.1. Los problemas en los que se ha centrado la terapia y su repercusión en la vida del paciente.

La práctica totalidad de las variables que constituían el foco de atención de la intervención psicológica, mantienen una clara tendencia al descenso en relación con el pretest o situación inicial. Ocurre así tanto en la "Escala de evitación y temor de Marks" (cuadro nº 13) como en la "Escala de Adaptación de Echeburúa y de Corral" (cuadro nº 14).

CUADRO Nº 13.-Puntuaciones factoriales correspondientes a las valoraciones del paciente sobre el grado de evitación y temor correspondientes a cada uno de los objetivos terapéuticos puntuados por el paciente y por el evaluador independiente.

Instrumento	Factor	D	1er.S	2ºS
S1 (paciente)	E1	,837	,571	,247
	T1	,837	,571	,247
E2	1,058	,421	,124	
	T2	,664	,932	,090
E3	,700	-,570	,920	
	T3	,362	,822	,448

E4	1,058	,421	,124	
		T4	,658	,675
A1	E1	,162	-,178	1,098
(evaluador independiente)	T1	-,128	-,487	1,266
E2	-,148	,189	1,074	
T2	-,011	,492	,877	
E3	-,128	-,487	1,266	
T3	-,128	-,487	1,266	
E4	,313	,545	,682	
		T4	,186	,528
				,764

Nota.- D; después; 1er.S: primer seguimiento; 2ºS:segundo seguimiento; E1, E2...: grado de evitación del primer objetivo al cuarto (valorado de 0 a 10); T1, T2...:grado de temor del primer objetivo al cuarto (valorado de 0 a 10).

Las estimaciones del paciente (S1) y del observador independiente (A1) convergen. Sin embargo, una inspección detenida de las puntuaciones muestra una diferencia entre paciente y observador. El primero, percibe cambios más radicales desde el primer seguimiento, mientras que el observador estima que esos cambios ocurren de forma más progresiva.

CUADRO N° 14.- Puntuaciones factoriales correspondientes a las variables de la escala de adaptación valorada por el paciente y por el evaluador independiente.

Instrumento	Factor	D	1er.S	2ºS
Escala de adaptación valoración paciente	T	-,342	,412	1,026
	V	1,168	-,596	,545
	Tl	1,089	-,194	,475
	R	,837	,571	,247
Vf	,188	,895	,503	
G	,441	,125	,838	
Escala de adaptación valoración evaluador independiente	T	,162	-,178	1,098
	V	,162	-,178	1,098
	Tl	,837	,571	,247
	R	,162	-,178	1,098
	Vf	-,128	-,487	1,266
	G	,162	-,178	1,098

Nota.- D:después; 1er.S: primer seguimiento; 2ºS: segundo seguimiento; T: trabajo; V: vida social; Tl: tiempo libre; R: relación de pareja; Vf: vida familiar; G: a nivel global.

4.2.2.2. El cuestionario de miedos.

La mayor parte de los factores que aísla el cuestionario de Pelechano *et al.* (1984) fluctúan a lo largo del proceso terapéutico e, inclusive, la tendencia general es la de un leve ascenso que se mantiene a lo largo de los distintos seguimientos. Ahora bien, hay excepciones, como el descenso que se observa en el factor "Miedo a la muerte de seres queridos" (F6) que sí constituyó un foco directo de la terapia (ver cuadro nº 15).

CUADRO Nº 15.- Puntuaciones factoriales del cuestionario de miedos.

Instrumento	Factor	D	1er.S	2ºS
MIEDOS	E1	-1,301	-1,615	,331
E2	,270	-2,221	-,816	
E3	-,621	2,024	-1,099	
E4	,471	,398	-2,526	
E5	-,621	2,024	-1,099	
E6	,837	,571	,247	
E7	,471	,398	-2,526	
E8	1,499	-2,170	-,650	
E9	-,286	-,390	-2,300	
E10	-,370	-,908	-,858	
E11	-2,052	,487	,023	

Nota.- D.: después; 1er.S:primer seguimiento; 2ºS: segundo seguimiento.

4.2.2.3. Personalidad, motivación y estado de ánimo.

En líneas generales, la Ansiedad (N de Eysenck; N de Pelechano E y R del STAI y A1 del MAE de Pelechano) tiene una tendencia a disminuir a lo largo del proceso de terapia, aunque esta tendencia se difumina e incluso parece proclive a cambiar al tomar en consideración el último seguimiento. Habría diferencias dependiendo de qué instrumento estuviéramos analizando, la disminución se haría patente inmediatamente después de la terapia atendiendo a los datos del STAI y al factor N de Pelechano y tardaría más en observarse si atendemos al N de Eysenck o a la Ansiedad Inhibidora (A1) de Pelechano.

En cuanto a extraversión, los datos son contradictorios, pues mientras que de acuerdo con el cuestionario de Pelechano habría una clara tendencia al ascenso, según el cuestionario de Eysenck se observaría una disminución.

Respecto a Rigidez, en principio, la terapia parece estar promocionando o fortaleciendo esta dimensión de personalidad, pues en los tres factores que se toman en consideración (R1, R2, y R3) se observa un incremento, tanto antes frente a después de la terapia como en el primer seguimiento. No obstante, esta tendencia no se mantiene y en el último seguimiento comienza a disminuir.

CUADRO N° 16- Puntuaciones factoriales

Instrumento	Factor	D	1er.S	2ºS
EM	F1	-,961	-1,139	-1,450
F2	1,877	-,558	-,724	
EPI	E	,735	-,409	,854
N	-,567	1,472	,277	
STAI	A-E	1,194	,857	-,605
A-R	,719	1,342	-,565	
R-3	R1	-1,301	-1,615	,331
R2	-1,301	-1,615	,331	
R3	-1,975	-,282	,188	
PL-35	F1	-,961	-1,139	-1,450
F2	-,594	-,966	1,324	
F3	-,162	1,011	,587	
F4	-1,854	,836	,312	
F5	,799	-2,339	-1,086	
F6	,837	,571	,247	
F7	-,961	-1,139	-1,450	
F8	-1,324	,975	-1,767	
MAE	M1	-2,052	,487	-,023
M2	1,731	-1,404	-1,514	
M3	-1,087	-1,442	,967	
M4	1,707	-,233	-,436	
A1	-,160	1,626	,090	
A2	-1,946	1,050	-,244	
EML	EML1	-,370	-,908	-,858
EML2	-1,984	,775	-,668	
MMPI	D	1,177	1,047	-1,534

Nota.- D.:después; 1er.S.:primer seguimiento; 2ºS.: segundo seguimiento.

En los distintos factores del cuestionario LUCAM no se observa una tendencia clara: algunos factores fluctúan a lo largo del proceso terapéutico y otros aumentan o disminuyen de modo constante, con independencia de que se trate de factores de locus de control externo o interno.

En cuanto a Motivación, nuestros resultados indican que tanto la Motivación positiva (M1, M3 y M4) como la Motivación fantasiosa y extrema (EML1 y EML2) presentan una tendencia a aumentar aunque al igual que ocurría con la Ansiedad dependiendo de qué factor consideremos dicha tendencia se presenta antes (M1) o después (M4) o a lo largo del proceso terapéutico.

* * *

Una vez analizados todos los datos anteriores es posible afirmar que los cambios se operan fundamentalmente en las variables objetivo de la terapia. La razón que avala esta afirmación es que constituyen el agrupamiento más numeroso de variables con tendencia mantenida, y, además, se proyectan en un mismo sentido en las tres dimensiones. En las figuras número 1 y 2 se presentan gráficamente todos estos resultados como puede verse, las variables que han sido el foco de la terapia sí muestran una clara tendencia al cambio (puntuaciones positivas) mientras que el resto de las variables consideradas en el trabajo muestran considerables fluctuaciones sin que se observe una tendencia definida y clara.

En conclusión, la variabilidad observada es prácticamente de un 30% respecto al conjunto de variables utilizadas. Más concretamente, esta variabilidad parece deberse predominantemente a las variables mencionadas en el párrafo anterior. La mayor saturación y contribución absoluta de las variables del seguimiento corroboraría esta apreciación. Así pues, la magnitud del cambio, sobre el conjunto de estas variables, es significativa.

Antes de concluir, parece conveniente preguntarse hasta qué grado en los cambios observados no subyace el problema de la *inconsistencia* personal. Parece legítimo afirmar que la tendencia observada intervariables a lo largo de las ocasiones es sistemática, según se refleja en el patrón factorial y en las puntuaciones. En cuanto a las dimensiones de personalidad relativa a la dimensión "ansiedad", la paciente, desde el punto de vista normativo, se ubica en percentiles medios. Si adoptamos la perspectiva de Allport sobre los diversos "sí mismos" que se integran en la persona, o el enfoque plural de Tyler, es plausible que el "sí mismo" implicado en este tipo de situaciones haya sido modulado por la intervención y, de ahí, que su manifestación sea más moderada.

5. COMENTARIOS FINALES

Una vez analizados los resultados desde la perspectiva "tradicional" y desde la perspectiva ipsativa-normativa cabe ya considerar la utilidad relativa de ambas:

En primer lugar habría que señalar la gran simplicidad que supone la primera de las alternativas y la gran facilidad con la que se puede llevar a cabo puesto que, básicamente, se trata de ir recopilando datos y se emite un juicio clínico en base a la mera inspección visual. Argumento de notable peso éste de la simplicidad y la facilidad, si nos atenemos al *principio de la parsimonia*. No obstante, la segunda alternativa también es relativamente fácil de aplicar, máxime con la actual difusión de ordenadores y programas. Además, y fundamentalmente, pensamos que el tipo de análisis que proponemos mejora y añade algo a esa “mera inspección visual” que, como señalan Barlow y Hersen (1988, pág. 259) es el “método normalmente usado para evaluar los datos de caso único...(y)...considerado como un método relativamente *insensible* a la hora de determinar si una intervención ha sido eficaz”. Por ejemplo, creemos que:

-La matriz de correlaciones interocasionales confirma nuestra *intuición* acerca de que se habían producido cambios en todos los periodos de seguimiento frente a la situación del pretest.

-El análisis factorial nos ayuda a considerar la magnitud del cambio y nos indica que tal cambio se mantiene de forma bastante estable a lo largo de los distintos seguimientos.

-Las puntuaciones factoriales nos hablan de la evolución de las variables a través de todo el proceso terapéutico. Esto es, qué variables han contribuido a conformar ese patrón de cambio y cuáles no. Este último punto nos parece de la mayor importancia y, sobre todo, cuando se trata de juzgar las variaciones que se aprecian en algunas de las variables utilizadas como las dimensiones de personalidad. Desde una perspectiva clínica no parece fácil juzgar adecuadamente el cambio (si éste es posible) que puede producirse en ese tipo de variables. No afirmaríamos en absoluto que la metodología propuesta sea “la solución”, pero sí que pasos en esta dirección nos pueden ayudar a solventar el problema.

Como última consideración, quisiéramos dejar bien claro que no es nuestro deseo reificar el *método* olvidando el *problema*. Hace ya algunos años Bergin y Strupp (1972) llamaron certeramente la atención sobre este punto y no parece tener mucho sentido caer de nuevo en los mismos errores. Tampoco desearíamos que se entendiera que otorgamos más confianza a criterios estadísticos que a criterios clínicos. Nada más lejos de la realidad. Sólo hemos querido proponer una metodología y unos tipos de análisis que no revisten una gran dificultad respecto a su utilización y que, quizás, puedan resultarnos de utilidad en la práctica terapéutica cotidiana.

* APENDICE A

A continuación describimos someramente los instrumentos y el modo concreto de evaluación:

Datos de vida

- Entrevista semiestructurada.
- Cuestionario autobiográfico (lo cumplimenta el paciente).

Personalidad

-*El cuestionario EPI* de EysencK y EysencK (1964) evalúa las dimensiones de neuroticismo (N-N) y extraversión (E-E) y utiliza una escala de "sinceridad".

-*El cuestionario EN* de Pelechano (1972) es una adaptación para la población española del Maudsley Personality Inventory de EysencK (1959), aísla dos factores, extraversión (E) y neuroticismo(N).

-*El cuestionario de Rigidez* de Pelechano (1972) adaptado para la población española a partir de un cuestionario (no publicado) de Fisch-Brengelmann (1969). Aísla tres factores: "Autoexigencia rígida en el trabajo y detallismo" (R1), "Sobreesfuerzo personal y actitud de élite" (R2) y "Principalismo e hipertrofia en el cumplimiento del deber" (R3).

-*El cuestionario del lugar del control* (LUCAM) de Pelechano y Báguena (1983). Aísla ocho factores, cinco de ellos se refieren al polo externo de la dimensión (1, 3, 6, 7 y 8) y tres al interno (2, 4, y 5). Se denominan del modo siguiente: "Locus de control externo en relaciones sociales con componentes depresivos" (F1), "control interno de autoconfianza y control verbal" (F2), "control externo de suerte situacional" (F3), "control interno de responsabilidad decisional y previsión de consecuencias" (F4), "control interno de autocrítica valorativa en el trabajo y en la interacción social" (F5), "control externo con despreocupación en la planificación de objetivos y cierta insolidaridad" (F6), "control externo de exculpación y recelosidad" (F7) y "sentimiento de falta de control" (F8).

Motivación, ansiedad, estado de ánimo

-*El cuestionario de motivación y ansiedad de ejecución* (MAE) de Pelechano (1975). Desarrollado y adaptado para la población española por Pelechano a partir de una serie de trabajos de Brengelmann (1960) y Seldmayr (1969). Mide cuatro factores de motivación de los cuales tres son factores de motivación positiva "tendencia a la sobrecarga de trabajo" (M1); "autoexigencia laboral" (M3) y "motivación positiva hacia la acción" (M4) y uno es un factor de motivación negativo, "indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral" (M2) También mide dos factores de ansiedad, uno perturbador del rendimiento "ansiedad inhibidora" (A1) y uno facilitador "ansiedad facilitadora" (A2).

-El cuestionario de extrema motivación de ejecución (EML), construido por Pelechano (1973) a partir de los trabajos de Ulrich de Muynck. Aisla dos factores comprometidos con un mundo motivacional extremado y fantasioso: "valoración extremada y fantasiosa de uno mismo" (EML1) y "valoración extremada y fantasiosa del trabajo que uno realiza" (EML2).

-El cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) pretende medir la ansiedad como estado (Ansiedad-E) y como rasgo (Ansiedad-R).

-La escala de depresión del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Hathaway y Mckinley, 1967) depurada por Garcia Merita, Balaguer, e Ibañez (1984).

Miedos y fobias

-Cuestionario de miedos de Pelechano et. al. (1984). Este cuestionario es una revisión del instrumento original construido por Pelechano (1981). Los distintos tipos de análisis llevados a cabo en la construcción del instrumento permiten ofrecer dos soluciones (para más detalles se puede consultar Pelechano et. al., 1984). Aisla once factores: F1 "miedo a animales", F2 "miedo a fenómenos naturológicos", F3 "miedo a daño corporal", F4 "miedo a la sangre", F5 "miedo a los símbolos y ritos de la muerte", F6 "miedo a la muerte-pérdida de seres queridos", F7 "miedo social al fracaso y rechazo por parte de los demás", F8 "miedo a la gente desconocida y a las muchedumbres", F9 "miedo a la violencia entre personas", F10 "miedo a lugares cerrados", F11 "miedo imaginativo ante posibles consecuencias negativas procedentes de fuentes de información simbólicas".

-Escala de temor y evitación (S1). Adaptación de las escalas de Marks et al. (1975). Una vez establecidas una serie de conductas objetivo a lograr en terapia, el paciente (forma S1) o un evaluador independiente (forma A1) evalúan en una escala de 1 "nunca lo evito/nada me da miedo" a 10 "siempre lo evito/miedo extremo" el grado de temor y el grado de evitación que tales conductas objetivo causan al sujeto a lo largo de todo el proceso de tratamiento.

Aportación social

-Escala de adaptación de Echeburúa y de Corral(EA). En una escala de 0-5 el paciente y/o un evaluador independiente valoran en qué medida los problemas del paciente afectan su funcionamiento en las siguientes áreas: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y a nivel global.

Valoración resultado terapia

-Se utilizaron también algunos registros específicos como el "Registro diario de pensamientos distorsionados" (Beck et al., 1979) o un registro especial para evaluar la auto-relajación.

NOTAS

(1) Ejemplo claro de la dificultad existente para llevar a cabo separaciones drásticas entre distintas etiquetas diagnósticas nos lo proporciona el trabajo de Sheehan y Sheehan (1982), estudiando a 100 pacientes que presentaban trastorno por angustia y múltiples fobias se vió que todos ellos cumplían los criterios del DSM-III respecto a: agorafobia, trastorno por angustia, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de conversión, trastorno somatoforme atípico. También se les podía aplicar la etiqueta de neurosis fóbica según el CIE-9 y en su gran mayoría presentaban sintomatología referida a histeria o depresión atípica (92%), obsesión-compulsiva (81%) o hipocondría (68%).

(2) Nuestro agradecimiento a la colaboración de Amparo Ridaura Masiá, Psicóloga, que actuó de evaluador independiente con gran rigor y eficacia.

(3) Se obtuvo más información aunque aquí solo nos referimos a aquellas pruebas cuyos baremos están disponibles actualmente.

(4) En el cuestionario original de Marks los pacientes valoran el grado de temor y el grado de evitación en una escala de 0-8. Por nuestra parte, y a la vista de la experiencia obtenida en un estudio piloto previo con pacientes españoles, comprobamos que les resultaba más sencillo utilizar una escala de 0 a 10.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLPORT, G.W. *Pattern an growth in personality*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, 1963 (versión castellana, 1965).
- BARLOW, D.H. Y HERSEN, M.,-(1984): *Single case experimental designs*. Pergamon. (Traducción castellana Martínez Roca, 1988).
- BECK, A., RUSH, J., SHAW, B.- Y EMERY, G.,-(1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. (Traducción castellana Desclee de Brouwner, 1983).
- BERGIN, A.E. Y STRUPP, H.H.,-(1972): *Changing frontiers in the Science of Psychotherapy*. New York: Aldine.
- BOTELLA, L.,-(1989): Personalidad y terapia de conducta: ¿Dos disciplinas irreconciliables?. *Análisis y Modificación de Conducta*. 15,192-211.

- BOTELLA, C., MARTINEZ, J. Y VALLÉS, A.- (1988): Eficacia terapéutica y niveles de cambio. ¿Tiene sentido tomar en consideración la personalidad de los sujetos?. Ponencia presentada a las *V Jornadas de Psicología celebradas en Oviedo*.
- CATTELL, R.B. Psychological measurement: Normative, ipsative, interactive. *Psychological Review*, 1944, 51, 92-303.
- CLARK, D.M.- (1988): A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- CLARK, D.M.- (1987): A cognitive approach to panic: Theory and data. Paper presented at the 140th. *Annual Meeting of the American Psychiatric Association*, May 9-14 Chicago, Illinois.
- CLARK, D.M.- (1988): A cognitive model of panic attacks. En S. Rachman y J. D. Maser (Eds.) *Panic. Psychological perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates.
- CLARK, D.M.- (1989): Anxiety states. Panic and generalized anxiety. En P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A practical guide*. Oxford University Press.
- DEFFENBACHER, J.L. Y SUINN, R.M.- (1987): Generalized anxiety syndrome. En L. Michelson, y L. M. Ascher (Eds.) *Anxiety and stress disorders*. New York: Guilford Press.
- EYSENCK, H.J. Y EYSENCK, S.B.G.- (1964): *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: Hodder and Stoughton.
- GARCIA-MERITA, M.L., BALAGUER, I. IBAÑEZ, E.- (1984): Problemas de validez en la escala de depresión del M.M.P.I.. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 313-340.
- GELDER, M.G. Y MARKS, I.- (1966): Severe agoraphobic: A controlled prospective trial of behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 112, 309-319.
- GREIST, J. MARKS, I., BERLIN, F., Y NOSHIRAVANI, H.- (1980): Avoidance versus confrontation of fear. *Behaviour Therapy*, 11, 1-14.
- HATHAWAY, S.R. Y MCKINLEY, J.C.- (1967): *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for administration and scoring*. New York: Psychological corporation.
- JARRETT, R.B. Y RUSH, J.- (1988): Cognitive therapy for panic disorder and generalized anxiety disorder. En C. Perris, I.M. Blackburn, y H. Perris (Eds.) *Cognitive Psychotherapy*. Berlin: Springer-Verlag.
- KLEIN, D.F.- (1964): Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, 397-408.
- KLEIN, D.F. Y RABKIN, J.F.- (1981): *Anxiety: new research and current concepts*. New York. Raven Press.
- LAMIELL, J.T. The case for an idiographic psychology of personality: A conceptual and empirical foundation. En B.A. Maher & W.B. Maher (Eds.),

- Progress in experimental personality research*. Vol. XI, New York: Academic Press, 1982.
- MARKS, I.- (1981): *Cure and care of neurosis*. New York: Wiley.
- MARKS, I.- (1986): Trastornos de ansiedad. En J.H. Greist, J. W. Jefferson y R.L. Spitzer (Eds.) *Tratamiento de los trastornos mentales*. Méjico. Manual Moderno (Primera edición en inglés 1982, Oxford University press).
- MARKS, I.- (1987): *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders*. Oxford University Press.
- MARKS, I.- (1987b): Agorafobia, panic disorder and related conditions in the DSM-III-R and ICD-10. *Journal of Psychopharmacology*, 1, 6-12.
- MARKS, I., HODGSON, R., Y RACHMAN, S.- (1975): Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure: A 2 year followup. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.
- MARKS, I. Y MATHEWS, A.M. (1979): Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- MEICHENBAUM, D.- (1985): *Stress inoculation training*. Pergamon Press. (Traducción castellana, Martínez Roca, 1987).
- MEICHENBAUM, D. Y JAREMKO, M.- (1983): *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum Press (Traducción castellana Desclee de Brouwer, 1987).
- MEICHENBAUM, D., TURK, D. Y BERNSTEIN, S.- (1975): The nature of coping with stress. En I. G. Sarason y C. D. Spielberg (Eds.) *Stress and anxiety* Vol. II. Hemisphere Publishing Corporation. (Traducción castellana, Promolibro 1987).
- PELECHANO, V.- (1972): La personalidad en función de los parámetros de estímulo en la solución de problemas. *Tesis doctoral*. Facultad Filosofía y Letras. Universidad Complutense. Madrid.
- PELECHANO, V.- (1973): Motivación, modulación y parámetros. *Actas del IV congreso Nacional de Psicología*. Barcelona.
- PELECHANO, V.- (1975): *Cuestionario de motivación y ansiedad de ejecución (MAE)*. Fraser Española.
- PELECHANO, V.- (1981): *Miedos infantiles y terapia familiar natural*. Valencia. Alfaplús.
- PELECHANO, V.- (1989): Ejes de referencia y una propuesta temática. En E. Ibáñez y V. Pelechano (Dins.) *Psicología de la personalidad*. Madrid. Alhambra.
- PELECHANO, V.- (En prensa): Un análisis profano de la terapia de conducta y el porvenir de una ilusión de dos salidas posibles. *Boletín de Psicología*.
- PELECHANO, V., Y BÁGUENA, M.J.- (1983): Un cuestionario de locus de control (Lucam). *Análisis y Modificación de conducta*, 9, 5-46.
- PELECHANO, V.; BÁGUENA, M.J., BOTELLA, C. Y ROLDÁN, C.- (1984):

- Programas de intervención psicológica en la infancia: miedos.* Valencia: Alfa-plús.
- PERLECHANO, V. Y CAPAFÓNS, J.- (1989): *La práctica de la terapia de conducta en España.* Valencia. Alfaplús.
- PERVIN, L.A. The stasis and flow of behavior: Toward a Theory of goals. En R. A. Dienstbier (ed.), *Nebraska symposium on Motivation 1982. Personality. Current Theory an Research.* Lincoln and London: University of Nebraska Press, 1983.
- SANCHEZ-CANOVAS, J. Y SORIANO, J. Inductive reasoning. Assessment of information processing components. *Firth European congress of Psychology.* Amsterdam. Holland: Julio, 1989.
- SANCHEZ-CANOVAS, J. Y SORIANO, J., Situaciones y Estrategias de afrontamiento: diseño multivariado de caso único. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos.* Valencia: Abril, 1990 (En prensa).
- SHEEHAN, D.V. Y SHEEHAN, K.H.- (1982): The classification of phobic disorders. *International Journal of Psychiatric in Medicine*, 12, 243-266.
- SHEEHAN, D.V. Y SOTO, S.- (1987): Diagnóstico, etiología y tratamiento de las crisis de angustia. *Revista de Psiquiatría*, 14. Número Monográfico, 102-125.
- SPIELBERGER, C.D. GORSUCH, R.L. Y LUSHENE, R.D.- (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory.* Palo Alto. California. Consulting Psychologist Press.
- TYLER, L.E. *Individual Differences: Abilities and Motivational Directions.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1974.
- VALLEJO, J.- (1985): *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría.* Barcelona. Salvat.