

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

LA RIGIDEZ COMO VARIABLE DE PERSONALIDAD Y SU
RELACIÓN CON TRASTORNOS CON PACIENTES CON
TRASTORNOS DE ANSIEDAD

GEMA PEIRÓ BALLESTÍN

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2004

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 20 de Gener de 2004 davant un tribunal format per:

- D. Vicente Pelecmano Barberá
- D^a. Concha López Soler
- D^a. Isabel Caro Gabalda
- D. José Soriano Pasior
- D. Alfonso Blanco Picabia

Va ser dirigida per:

D^a. Elena Ibáñez Guerra

D^a. Cristina Botella Arbona

©Copyright: Servei de Publicacions
Gema Peiró Ballestín

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-5465-6

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

UNIVERSIDAD DE VALENCIA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
Departamento de Personalidad, Evaluación y tratamientos Psicológicos

***LA RIGIDEZ COMO VARIABLE DE
PERSONALIDAD Y SU RELACION CON
PACIENTES CON TRASTORNOS DE
ANSIEDAD.***

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

GEMA PEIRÓ BALLESTÍN

Dirigida por:

Dra. CRISTINA BOTELLA ARBONA
Dra. ELENA IBAÑEZ GUERRA

Valencia. Julio de 2003.

AGRADECIMIENTOS

A veces son pocas las palabras que existen para agradecer tanto y a tantas personas.

En primer lugar, quiero dar las gracias a mis directoras por la labor realizada desde los inicios de la Tesis hasta su terminación.

Agradezco a la Dra. Cristina Botella Arbona, todo el entusiasmo, seriedad y rigor que me ha transmitido sobre todo en los inicios del proyecto, y a la Dra. Elena Ibáñez Guerra sus enseñanzas, facilidades y decisiva labor de superación y apoyo personal. Sus enseñanzas y supervisión han sido clave en este trabajo.

Quiero dar las gracias a mis compañeros de Proyecto de Investigación en el Servicio de Asistencia Psicológica para Trastornos de Ansiedad de la Universidad de Valencia: Pilar Ruvira Rodríguez, Cristina Robert Flors, Consuelo Tomás Benlloch, Joaquín Martínez y Amparo Ridaura. He compartido muestra con ellos y sobre todo muchos momentos intensos a lo largo de nuestro aprendizaje.

Por último, y no por ello menos importante, quiero agradecer la ayuda personal "a los míos" familiares y amigos, que me han aguantado y me han alentado en los momentos difíciles.

INDICE

INTRODUCCION	8
Capítulo 1. MARCO GENERAL DE LA PSICOTERAPIA	9
1.1 La selección de los clientes para psicoterapia	43
1.2 Variables del cliente en psicoterapia	46
1.3 Variables de personalidad	50
1.4 Variables del terapeuta	52
1.5 Situación actual de la psicoterapia	59
Conclusiones	63
Capítulo 2. RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y TERAPIA	71
2.1. Análisis bibliométrico de la rigidez	73
2.2 Concepto de rigidez	86
2.3 El modelo de parámetros	115
Conclusiones	123
Capítulo 3. DISEÑO Y METODO	125
3.1 Selección de la muestra	126
3.1.1 Muestra clínica	126
3.1.2 Grupo control	128
3.2 Descripción de la muestra	136
3.3 Diseño y procedimiento	136
3.3.1 Diseño experimental	140
3.3.2 Descripción de los tratamientos	143
3.4 Instrumentos	145
3.5 Estructura de las sesiones	153
3.6 Terapeutas	156
Capítulo 4. NUEVA ESCALA DE RIGIDEZ	157
4.1 Objetivo	159
4.2 Depuración del instrumento	159

4.3	Análisis factorial	161
4.4	Consistencia interna y fiabilidad	167
4.4.1	Índices de consistencia interna y estabilidad temporal de la nueva escala	167
4.4.2	Homogeneidad-heterogeneidad de los ítems	171
4.4.2.1	Análisis de la escala con los seis ítems en los cuatro momentos de evaluación	171
	Conclusiones	176
	 Capítulo 5. SENSIBILIDAD AL CAMBIO	177
5.1	Coefficientes de estabilidad	179
5.2	Datos sobre validez	183
5.2.1	Criterios de identificación	183
5.2.2	Validez convergente	188
5.2.2.1	Correlación de la nueva escala con dimensiones de personalidad	188
5.2.2.2	Correlación de la nueva escala con ansiedad y depresión	196
5.2.2.3	Correlación de la nueva escala con escala de adaptación de Echeburúa	199
5.2.2.4	Correlación de la nueva escala con mejoría global S6 y A5	199
5.3	Análisis de varianza	202
5.4	Pruebas de contraste	205
	Conclusiones	207
	 Capítulo 6: DISCUSION Y CONCLUSION	209
	 ANEXO A: INSTRUMENTOS UTILIZADOS	236
	ANEXO B: DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES	365
	 BIBLIOGRAFIA	394

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

2.1	77
2.2	78
2.3	82
2.4	84
2.5	85
3.1	129
3.2	137
3.3	138
3.4	139
3.5	141
3.6	142
3.7	142
3.8	155
4.1	160
4.2	163
4.3	164
4.4	166
4.5	169

4.6	169
4.7	170
4.8	172
4.9	173
4.10	174
4.11	175
5.1	182
5.2	186
5.3	187
5.4	190
5.5	193
5.6	197
5.7	198
5.8	200
5.9	201
5.10	203
5.11	206

Figura 4.1	165
------------	-----

GRÁFICOS

2.1	76	2.3	83
2.2	81	5.1	204

INTRODUCCION

Esta Tesis surge de un proyecto de investigación, con la idea de favorecer una formación "práctica" de post-grado que supliera las carencias al respecto existentes en una especialidad como es la psicología clínica, y además, poder realizar a la vez investigación con pacientes reales. Desde esta perspectiva, se realizó un primer intento por estructurar la provisión de asistencia psicológica desde un Departamento Universitario.

Desde enero de 1988 hasta final de ese mismo año la doctora Cristina Botella (1990) estuvo formando como terapeutas a un equipo de seis psicólogos. El objetivo a lograr de todos ellos (habían estudiado los cursos de Doctorado, todos ellos, y estaban realizando su tesis doctoral bajo la dirección de la doctora Botella) era que todo el grupo estuviera especialmente entrenado para poder tratar de modo adecuado cualquier trastorno de entidad. El entrenamiento se llevo a cabo en una serie de sesiones clínicas que con una periodicidad semanal se estructuraron a lo largo de ese año. Se comenzó por una revisión de la literatura sobre tratamiento de los trastornos de ansiedad. Posteriormente, se ejemplificó la aplicación de esas técnicas de tratamiento por medio de vídeos obtenidos a partir de casos reales y los psicólogos se

familiarizaron con el material de evaluación a utilizar. Una vez superada esta fase se pasó a la supervisión guiada de casos.

Empezó a prestarse asistencia psicológica en enero de 1989 en el Servicio de Asistencia Psicológica del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia. Es de aquí de donde se obtiene la muestra para esta Tesis.

De este modo esta Tesis tiene tres grandes apartados:

En primer lugar, presentamos un marco teórico en el que se analiza la situación actual de la psicoterapia, así como los juicios y problemas que la variable rigidez ha sufrido a lo largo de la historia.

En segundo lugar, ofrecemos la creación de una nueva escala de Rigidez surgida a partir de otra escala de Rigidez ya existente: el cuestionario de Rigidez (R3) de Pelechano (1972), adaptado para la población española a partir de un cuestionario (no publicado) de Fisch-Brengelmann (1969). Este cuestionario consta de 55 ítem con dos alternativas de respuesta (sí, no). Aísla 3 factores:

1-"Autoexigencia rígida en el trabajo y detallismo" (R1).

2-"Sobreesfuerzo personal y actitud de élite" (R2).

3-"Principalismo e hipertrofia en el cumplimiento del deber" (R3).

Del cuestionario de Rigidez (R3), de 55 ítems, sólo seis han mostrado diferencias significativas.

Y en tercer lugar, realizamos una serie de análisis con esta nueva escala de rigidez con pacientes que presentan Trastornos de Ansiedad. Psicométricamente la escala depurada ha mostrado tener buenos índices de consistencia interna y de fiabilidad. Ha mostrado ser independiente de otras variables medidas, como son neuroticismo, extraversión, motivación, ansiedad, depresión, adaptación global. Y ha mostrado ser sensible al cambio medido antes y después de la terapia, aunque estos cambios no se han mantenido.

1. MARCO GENERAL DE LA PSICOTERAPIA

1.1 La selección de los clientes para
psicoterapia

1.2 Variables del cliente en psicoterapia

1.3 Variables de personalidad

1.4 Variables del terapeuta

1.5 Situación actual de la psicoterapia

Conclusiones

1. MARCO GENERAL DE LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia como forma de tratamiento ha cumplido 100 años. Hasta llegar al panorama actual, el campo de la psicoterapia se ha hecho muy complejo, debido a la gran variedad de formas de abordarlo que existen.

Además, la investigación en Psicoterapia, hasta el momento, ha tenido un marco de desarrollo propio sin llegar a converger con la práctica clínica. Como dicen Barlow et al. (1984):

"Nunca ha habido interés en la Psicoterapia como una profesión, por lo que existe un vacío considerable entre la práctica y la investigación desde hace mucho tiempo".

A menudo, los investigadores tienen prioridades y paradigmas diferentes a los clínicos, por lo que es probable la ocurrencia de un cierto grado de frustración ante estas discrepancias entre la clínica y la investigación.

Los psicólogos son conscientes de esta separación mantenida desde hace tiempo, y con cierta frecuencia aparecen intentos de acercar la práctica y la investigación psicoterapéutica.

No obstante, aplicar metodología científica a la psicoterapia presenta una gran complejidad, debido a que es difícil acotar el número de variables que intervienen en el proceso. Actualmente, ya se conocen algunas variables del terapeuta, del cliente, de la interacción y derivadas del método terapéutico, pero no todas las variables que intervienen.

Por otro lado, una parte importante de la atención se ha centrado en la utilidad de la intervención terapéutica, y de este modo surgen las investigaciones en torno a la medida de la eficacia de las técnicas terapéuticas. De aquí surge la investigación de resultados (IR). Ésta, derivada del método científico, considera las variables dependientes como el resultado de la terapia, es decir, se ocupa de evaluar el cambio. Su propósito inicial fue responder a las preguntas sobre efectividad terapéutica (¿es efectiva la psicoterapia?), y posteriormente llevar a cabo estudios comparativos, planteándose la pregunta sobre qué psicoterapia es más eficaz. En los últimos años intenta evaluar la eficiencia terapéutica al plantearse ¿cuánto más efectivos podemos hacer los tratamientos en relación al coste?

La investigación de procesos (IP) nace aproximadamente hace 35 años. Surgió del interés por sistematizar el curso del tratamiento, y se remonta a los primeros estudios modernos en psicoterapia; de hecho, incluso antes de que la investigación de resultados estuviera en marcha, la investigación de procesos ya estaba interesada en describir el curso de

la terapia. Posteriormente, la cuestión de la eficacia de la psicoterapia se convirtió en tema central, relegando a un segundo plano la investigación de procesos. Los primeros estudios surgidos en la IP eran sobre todo especulativos, y por tanto poco rigurosos metodológicamente hablando. En torno a los años 50 (mitad del siglo pasado) se planteó la cuestión de la legitimidad de la psicoterapia, y muchos investigadores quisieron distanciarse de los estudios habidos hasta el momento. De manera que aproximadamente durante las dos décadas siguientes se produjo cierta escisión entre la IP y la IR. A la vez, se originó un alejamiento entre los intereses del clínico aplicado y del investigador. La IP se fue haciendo más empírica; como estudio clave destaca en la década de los años 60 el estudio de Rogers (1957) sobre las condiciones necesarias y suficientes para el éxito de la psicoterapia.

Barkham (1996) realizó una clasificación de la evolución de la Terapia Individual, donde distingue claramente 3 generaciones, y posiblemente una cuarta.

La 1ª Generación surge entre los años 1950 y 1970, e intenta responder a las cuestiones de si es eficaz la psicoterapia desde la IR, y si existen métodos objetivos para evaluar el proceso desde la IP.

La 2ª Generación se enmarca entre los años 1960 y 1980, dando lugar a que desde el punto de vista de la IR se plantee qué psicoterapia es más eficaz, y a que desde la IP se trate de averiguar qué componentes están relacionados con el resultado.

La 3ª Generación se inicia en los años 1970, llegando hasta la actualidad. Las preguntas que se formulan son, desde la IR, cómo podemos llevar a cabo tratamientos que sean eficaces al mismo tiempo que abaratamos los costes, y, desde la IP, cómo ocurre el cambio.

Una posible cuarta Generación tiene su origen desde mitad de 1980 en adelante, y la cuestión se dirige hacia el significado clínico de la investigación del proceso y del resultado.

Revisemos con más detalle esta clasificación, realizada por Barkham, que divide en cuatro generaciones la evolución llevada a cabo por la IR y la IP. En la primera Generación, la necesidad de investigar la eficacia de la psicoterapia coincide con la crítica de la psicoterapia que hizo Eysenck (1952). Éste afirmaba que las remisiones espontáneas explicaban un mayor porcentaje de mejoría que la propia psicoterapia. Esta crítica tan polémica motivó a muchos investigadores a centrar la cuestión de si es eficaz la psicoterapia, y, en caso de que lo sea, cuán efectiva es.

Autores como Bergin y Lambert (1978), revisando cómo utilizó Eysenck (1952) los datos, encontraron que quizás no fue muy riguroso en sus procedimientos. Además, pudieron descubrir que, por un lado, la tasa de remisión espontánea es de un 43%, y no de un 67% como había dicho Eysenck, y que, por otro, el cambio sustancial generalmente ocurrió en las sesiones iniciales, entre la octava y la décima,

considerablemente más rápido que el marco de remisión espontánea de 2 años.

Ante esta crítica, otros investigadores incorporaron en sus diseños de investigación un grupo de control que no recibía tratamiento, y que normalmente se trataba del grupo que estaba en lista de espera.

Smith y Glass (1977) llevaron a cabo un meta-análisis sobre la psicoterapia, revisando 475 estudios controlados con diferentes tipos de terapias (incluyendo tratamiento placebo). Encontraron que el promedio de personas tratadas estaba mejor que el 80% de la población no tratada. Posteriormente, Lambert y Bergin (1994) también confirmaron que los tratamientos psicológicos son beneficiosos, y son tan efectivos, si no más, que la medicación. No obstante, tras su revisión, los autores concluyeron que los grupos de control placebo típico, utilizados en estudios de resultados, son conceptualmente y procesalmente defectuosos, pues han fracasado en su propósito de ayudar a aislar los ingredientes terapéuticos activos. Es el momento de diseñar estudios con grupos de comparación más significativos. En este marco de referencia, Shapiro y Shapiro (1982) analizaron los efectos de 143 estudios de resultado, en los que dos o más tratamientos eran comparados con un grupo control. Encontraron que los tratamientos cognitivos y ciertos tratamientos multi-modales conductuales eran superiores. Sin embargo, fueron muy claros señalando que muchas de estas investigaciones eran estudios de

análogos, y, por tanto, no representativas de la población clínica.

Como decíamos más arriba, entre los años 60 y 80 se enmarca la 2ª Generación de la evolución de la Terapia Individual. Aquí, la investigación se caracteriza en gran parte por una búsqueda de mayor especificidad, la IR evoluciona y la pregunta clave es ¿qué psicoterapia es más eficaz? Surge como respuesta al "mito de la uniformidad", que era entendido como que los clientes responden de forma similar a intervenciones particulares. Es decir, no se prestó atención a las diferencias entre clientes, terapeutas, terapias o al curso de la terapia misma. Así, Paul formula la siguiente pregunta:

"¿Qué tratamiento, llevado a cabo por quién, es más efectivo para esta persona con este problema específico, bajo qué conjunto de circunstancias, y de qué forma?"(Paul, 1967, p. 111).

Vistas así las cosas, el problema de si la terapia es o no efectiva en sí misma parece quizás excesivamente simple, y se empieza a buscar una mayor especificidad en la respuesta, centrando el problema, ahora, en cuál es el tratamiento más efectivo.

En los años 60 se produce un rápido desarrollo de la terapia de conducta, y de forma paralela surge la pregunta de si es más eficaz que otras psicoterapias. Bergin y Garfield (1994) afirmaron que la mayoría de estudios con diferentes acercamientos a los mismos síntomas muestran pocas diferencias en cuanto a su eficacia. En la misma línea de investigación, Stiles,

Shapiro y Elliot (1986) reflexionan acerca de si todas las psicoterapias son equivalentes. Esgrimieron tres argumentos para comprender la supuesta equivalencia de resultados. El primero de ellos fue metodológico, es decir, la equivalencia puede resultar de la ausencia de rigor en la investigación metodológica. El segundo argumento tiene que ver con la posibilidad de que diferentes terapias sean ampliamente equivalentes, debido a los efectos predominantes de los factores comunes. El tercer argumento gira alrededor de la implementación de nuevas estrategias de investigación para detectar las diferencias.

Esta segunda Generación se caracteriza por ensayos aleatorizados y por la aparición de manuales de tratamiento. Incluso la investigación se ha extendido hasta evaluar terapias dirigidas a pacientes más desafiantes. Por ejemplo, investigaciones recientes sobre psicoterapia con Trastornos de Personalidad Límite se han centrado sobre la eficacia de la Terapia de Conducta Dialéctica (DBT) y la Psicoterapia Psicodinámica (Koenigsberg, 1995). En la misma línea está el trabajo de Linehan (1993). Este autor realizó un estudio aleatorizado con pacientes que tenían Trastorno de Personalidad Límite y concluyó tras un seguimiento de un año, que con la DBT se conseguían menos días de estancia hospitalaria y que los pacientes tuvieran menos intentos de suicidio. (Linehan et al., 1991).

En el estudio meta-analítico que llevaron a cabo Shapiro y Shapiro (1982) se comparó la Terapia Prescriptiva (cognitiva-conductual) y la Terapia

Exploratoria (psicodinámica-interpersonal). Shapiro y Firth, (1987) encontraron una ligera ventaja de la Terapia Prescriptiva, así como una mejora en la fase inicial (es decir, en las primeras 8 sesiones de las 16 sesiones de terapia). Esta ligera ventaja también se obtuvo en un segundo Proyecto de Psicoterapia de Sheffield (SPP2; Shapiro et al., 1994). El estudio también detectó que 16 sesiones de terapia sólo eran superiores a 8 sesiones para aquellos pacientes que presentan niveles severos de depresión (medida con el inventario de depresión de Beck -BDI-). Otro resultado que alcanzaron Hardy et al. (1995) fue que aquellos clientes que presentaban un trastorno de personalidad del grupo C (Trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo) tuvieron resultados significativamente más pobres que clientes sin el trastorno de personalidad de este grupo siguiendo la terapia psicodinámica-interpersonal, pero no ocurría lo mismo con la terapia cognitiva-conductual.

La eficacia de la psicoterapia también ha sido evaluada frente a otras formas de manejo clínico, por ejemplo, con clientes diagnosticados de Anorexia y Bulimia Nerviosa. Así, Hall y Crisp (1987), en un estudio de Anorexia Nerviosa severa, asignaron al azar los clientes: o bien a 12 sesiones de consejo dietético, o bien a 12 sesiones de psicoterapia familiar e individual combinada. Al año de seguimiento, el grupo 1º mostró una significativa ganancia de peso, mientras que el 2º grupo mejoró en su ajuste social y sexual. En un estudio de Bulimia Nerviosa, llevado a cabo con 92 mujeres asignadas al azar a una de las 3 condiciones de tratamiento (terapia cognitiva-

conductual, terapia conductual y terapia de grupo) y a un grupo control de lista de espera, encontraron que los 3 tratamientos fueron efectivos comparados con el grupo control, y hubo diferencias significativas a favor de la terapia conductual (Freeman, 1988).

La eficacia de la Terapia Cognitiva ha sido ampliamente investigada. Teasdale (1984, 1985) desarrolla un modelo para comprender la depresión dentro de un sistema cognitivo-conductual. Argumenta que la "depresión sobre la depresión" se ataca mejor al ayudar a los clientes a verla como un problema a resolver que como evidencia de inadecuación personal. Fennell y Teasdale (1987) encontraron que la terapia cognitiva produjo marcadas mejorías en el período inicial de dos primeras semanas, mejoría que fue mantenida a través del curso del tratamiento. Aquellos clientes que respondieron positivamente a los manuales mejoraron más rápidamente.

Siguiendo con la depresión, Blackburn (1995) comparó la eficacia de la terapia cognitiva y de la farmacoterapia. Aunque los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos, tendieron a apoyar el punto de vista de que la medicación y la terapia cognitiva eran más efectivas que la terapia cognitiva sola, la cual, a su vez, era más efectiva que la medicación sola. No obstante, esta conclusión no se puede extrapolar a pacientes con otros problemas, donde no se han realizado estudios comparativos. Blackburn, Eunson y Bishop (1986) estudiaron la tasa de recidivas del problema a los dos años, encontrando tasas de recaídas apreciablemente más bajas para la terapia

cognitiva sola (23%) y para la combinación de medicación y terapia cognitiva (21%) que para la medicación sola (78%).

Butler, Cullington, Hibbert, Klimes y Gelder (1987) realizaron estudios sobre la terapia cognitiva en el tratamiento de la ansiedad. En ellos, 22 sujetos recibieron tratamiento sobre el manejo de la ansiedad, y 23 el mismo tratamiento después de 3 meses de lista de espera. Los resultados obtenidos mostraron que el grupo de clientes con Ansiedad Generalizada (GAD) que recibió tratamiento inmediato experimentaba una mejoría significativa respecto al grupo que estaba esperando para el tratamiento. Cuando el grupo de espera recibió tratamiento, se obtuvo una mejoría similar a la del primer grupo. En otro estudio, Butler et al. (1991) encontraron que la terapia cognitiva-conductual es superior a la terapia de conducta sola (entrenamiento en relajación más exposición graduada), siendo cada uno de ambos tratamientos superior al grupo control que estaba en lista de espera. Por tanto, aplicar el tratamiento cognitivo a aquellos pacientes que presentan GAD resultó claramente beneficioso.

Blowers, Cobb y Mathews (1987), en su estudio con 66 clientes diagnosticados de GAD, encontraron pocas diferencias significativas en el resultado al comparar el consejo no directivo y el entrenamiento en manejo de ansiedad (relajación y terapia cognitiva breve combinada). Resumieron sus hallazgos como sigue:

"Una conclusión razonable sería por tanto que el entrenamiento en manejo de ansiedad es efectivo, pero que su superioridad respecto a una alternativa menos

estructurada y menos directiva queda sin probar"
(Blowers, Cobb y Mathews, 1987, p. 500).

Sin embargo, Morley (1988) sugiere que estos estudios que no encuentran diferencias entre entrenamiento en manejo de ansiedad y consejo no directivo no evalúan realmente la terapia cognitiva, sino, más bien, los componentes cognitivos divorciados de sus concomitantes conductuales.

También se ha investigado la eficacia del tratamiento, comparando la terapia cognitiva con otras intervenciones. Al respecto, Clark et al. (1994) compararon terapia cognitiva (12 sesiones), relajación (12 sesiones), imipramina y lista de espera (no recibían tratamiento durante los 3 meses iniciales), asignando los pacientes de forma aleatoria a una de las 3 condiciones de tratamiento para el trastorno de pánico. Encontraron que la terapia cognitiva es el tratamiento más efectivo frente a la terapia de relajación, la imipramina y la lista de espera. Aunque quizás la terapia cognitiva sea superior debido a que la técnica que compite, esto es, relajación, no es tan poderosa como debería (Butler, 1991).

En un estudio multinacional, Marks et al. (1993) compararon 4 condiciones de tratamiento para el trastorno de pánico: alprazolam y exposición, alprazolam y relajación, placebo y exposición y placebo y relajación. Todos los grupos mejoraron al evaluar el pánico. Los hallazgos indicaron que la condición de alprazolam + exposición fue más efectiva que las condiciones de placebo con exposición y placebo con relajación. La magnitud del efecto de la exposición era

aproximadamente el doble respecto al del alprazolam, apreciándose, además, que las ganancias de la exposición se mantenían con el tiempo, mientras que no ocurría así con las ganancias obtenidas mediante el alprazolam.

Algunos autores, como Roth y Fonacy (1995), concluyen que las revisiones cualitativas y el meta-análisis de tratamientos psicológicos para la depresión apoyan con solvencia la terapia cognitiva conductual respecto a los tratamientos psicoterapéuticos alternativos, incluso para la depresión severa. Sin embargo, parece relevante señalar que el rango de terapias contrastadas es algunas veces limitado, y raramente se incluyen tratamientos psicodinámicos. Este hecho reitera el punto de vista anteriormente expuesto de que algunas de las ventajas mostradas por la terapia cognitiva quizá se deben más a la debilidad del tratamiento alternativo seleccionado -más flojo- que a las bondades propias de la terapia cognitiva.

Podemos observar que, aunque muchas comparaciones se han basado en métodos "puros" de tratamiento (terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal, terapia de conducta), se aprecia un progresivo incremento en la utilización de terapias integrativas (construcciones alternativas que integran las aportaciones ya existentes). Por ejemplo, Brockman et al. (1987) compararon la terapia "interpretativa" más tradicional con la terapia cognitiva-analítica (CAT) (Ryle, 1990), sin encontrar diferencias. A la vez, se evaluó la eficacia de los entrenadores, apreciándose que no hay diferencias entre terapeutas inexpertos con

tratamientos efectivos similares, por lo que comparar dos grupos no equivalentes en severidad es problemático. Shapiro, Barkham, Reynolds, Hardy y Stiles (1992) combinaron las terapias prescriptivas (cognitivas-conductuales) y las terapias exploratorias (psicodinámica e interpersonal), administrándolas como terapias "puras" en una sesión. El resultado fue exitoso, aunque parece prudente replicar el estudio. El actual interés en este ámbito es considerable, y refleja el hecho de que las terapias integrativas son probablemente más "sabrosas" para los terapeutas que los métodos puros de tratamiento. Son necesarios estudios comparativos para poder tener datos y conocer la eficacia comparada de estas terapias integrativas.

En la misma época en que se empezó a estudiar la eficacia de la psicoterapia (1ª Generación, 1950-1970), paralelamente, la investigación de procesos estuvo centrada en la cuestión de si es posible medir el proceso terapéutico; por ejemplo, estudiar las condiciones facilitadoras de la psicoterapia con éxito. En este tipo de investigaciones destaca la influencia que ha tenido Rogers (1957) para medir eventos en sesiones de terapia grabada. Este autor propuso la investigación del proceso de la terapia. La atención se centró en las condiciones facilitadoras, esto es, condiciones necesarias y suficientes para la psicoterapia con éxito. Se encontraron conclusiones como que los buenos resultados estaban asociados con mejorías en la auto-percepción (Rogers y Dymond, 1954); psiquiatras cálidos y que se comunicaban con sus pacientes de una manera personal tenían más éxito con sus pacientes esquizofrénicos (Whitehorn y Betz, 1954).

La investigación de procesos, en la 2ª generación (1960-80), se dedicó a investigar las condiciones facilitadoras (es decir, la empatía, la calidez y la autenticidad). La pregunta que se hacían Mitchell, Bozarth y Krauft (1977), era:

"¿Qué terapeutas, bajo qué condiciones, con qué clientes, y en qué clase de situaciones específicas, necesitan alcanzar qué niveles de estas habilidades interpersonales para efectuar qué clase de cambios en el cliente?" (Mitchell, Bozarth y Krauft, 1977, p. 483).

Esta pregunta ya se la plantea Paul (1967) unos años antes, lo que nos indica que era una clara preocupación en la época. Mitchell et al. (1977) declararon que, en contraste con la revisión de 1971, en la que se ponía de relieve que las condiciones facilitadoras eran tanto necesarias como suficientes, y que eran relativamente invariantes, ahora, en 1977, afirman que:

"la mayoría de los datos ni apoya ni rechaza la influencia dominante de variables como la empatía. Su potencial (el de ser condiciones facilitadoras) y generalizabilidad no son tan grandes como una vez se pensó". (Mitchell, et al, 1977, p.483)

Como indican Sloane et al. (1975), la mayoría de estudios mostraron poca o ninguna relación directa entre condiciones facilitadoras y el resultado.

Sin encontrar datos concluyentes, los estudios sobre las condiciones facilitadoras se fueron abandonando -debido a la ausencia de un centro de investigación y al fallecimiento de Rogers en 1987-, dando paso a investigaciones sobre la alianza terapéutica. Por alianza terapéutica entendemos una determinada relación que proporciona a los pacientes la suficiente seguridad como para revelar y trabajar sus problemas. Se caracteriza por la sinceridad, el respeto mutuo y la fe en el resultado. Al paciente se le asegura intimidad, confidencialidad y neutralidad moral. Este alejamiento de los factores comunes coincide con el acercamiento para determinar los componentes más específicos de orientaciones individuales. En esta época, la pregunta fue cuáles son los componentes que están relacionados con el resultado. A la vez, cobra importancia el estudio de un caso único en la vertiente clínica.

No podemos dejar de hacer un paréntesis en esta exposición para comentar algunas de las investigaciones sobre los factores comunes más relevantes. Cuando hablamos de factores comunes, nos referimos a la búsqueda de ingredientes básicos que comparten la mayoría de las psicoterapias. Los defensores de este enfoque plantean que las terapias derivadas de distintos modelos psicoterapéuticos son igualmente efectivas. Esta afirmación ha sido objeto de estudios bien controlados, en los que llegan a la misma conclusión diferentes autores (Elkin, 1994; Lambert et al., 1986).

Uno de los primeros artículos sobre factores comunes fue el de Rosenzweig (1936). Entre los elementos que incluía como factores comunes se encuentran: la capacidad del terapeuta para transmitir esperanza, la importancia de facilitar al paciente alternativas y otras formas de verse a sí mismo y al mundo.

En los años 40, Alexander y French (1946) destacan el término de "experiencia emocional correctiva" como elemento común de las psicoterapias. Consiste en exponer al paciente de nuevo, en circunstancias más favorables, a las experiencias emocionales que no pudo manejar en el pasado. Esa nueva experiencia emocional, facilitada por la relación terapéutica, ayudaría a la persona a reparar el efecto deletéreo de las experiencias traumáticas anteriores. Este concepto de experiencia emocional correctiva sigue siendo central en propuestas recientes de psicoterapia.

Los trabajos de Fiedler (1950) sobre ingredientes de la relación terapéutica muestran que los terapeutas con experiencia, procedentes de distintas escuelas, coincidían más entre sí que otro grupo de terapeutas noveles con su propia escuela. Así, concluye que la experiencia modela de tal forma la conducta de los terapeutas que éstos actúan de forma básicamente similar, al menos con respecto al tipo de relación que establecen con el paciente.

Con respecto a los factores comunes, Carl Rogers (1957) afirmaba que la psicoterapia era efectiva, no tanto por el empleo de técnicas, sino por el tipo

particular de relación humana que se establece con el cliente. Los aspectos centrales de su tratamiento son la calidez afectiva, la empatía y la consideración incondicionalmente positiva hacia el paciente.

Posteriormente, en el área de los factores comunes, ha tenido gran influencia Jerome Frank, con su libro *Persuasion and Healing* (1974). El autor destaca como ingredientes básicos en todas las psicoterapias: la capacidad de despertar la esperanza, la activación emocional, el ánimo al cambio de actividades fuera de la sesión y la potenciación de nuevas formas de entenderse a uno mismo y sus problemas a través de interpretaciones y experiencias emocionales correctivas.

Frank plantea que todas las psicoterapias tratan el problema común de la "desmoralización", entendida esta como un sentimiento subjetivo de incompetencia y pérdida de autoestima. Sugirió que todas las terapias eran igualmente efectivas en restituir la moral, independientemente de los distintos caminos que utilicen. A partir de aquí plantea la existencia de elementos compartidos por todas las psicoterapias: una relación de confianza, cargada emocionalmente, con una persona que ofrece su ayuda, un encuadre de curación, un esquema conceptual o mito para explicar los síntomas y un ritual para ayudar a resolver los síntomas (Frank, 1974).

Volviendo a la reflexión que inicio en este capítulo, vemos que, en Inglaterra, en contraposición a la investigación en los Estados Unidos, no se produjo

en el mismo momento la investigación sobre las condiciones facilitadoras que propuso Rogers. Una actividad alternativa que se llevó a cabo en esta generación se centró en la calidad de la práctica del terapeuta. Se investigó sobre los métodos psicoterapéuticos específicos de enseñanza, y en particular el desarrollo del Modelo Conversacional de psicoterapia, junto a un programa de enseñanza integrado (Golberg et al., 1984; Maguire et al., 1984). A lo largo de 30 años, el Modelo Conversacional de terapia ha sido desarrollado como método terapéutico para tratar a personas que han experimentado dificultades en sus relaciones interpersonales. En Manchester se llevó a cabo y se evaluó un programa de psicoterapia de enseñanza y entrenamiento (Golberg et al., 1984). Este trabajo surgió de la posición de Manchester como un centro regional para la psicoterapia. Consecuente con su prioridad orientada a la enseñanza, se realizó una considerable investigación sobre los métodos de enseñanza psicoterapéuticos específicos frente a otros profesionales de la salud mental, en particular se desarrolló el Modelo Conversacional de psicoterapia, junto con un programa de enseñanza comprensivo (Golberg et al., 1984; Maguire et al., 1984). Hobson recoge el impacto de Rogers al desarrollar el modelo, abogando por su investigación a través de grabaciones de vídeo e investigación. El desarrollo de los métodos de enseñanza fue paralelo al desarrollo de manuales para terapias específicas (una característica que define la investigación de la 2ª Generación).

Davis et al. (1987) investigaron las dificultades con las que se encuentra el terapeuta para desarrollar su trabajo. Elaboraron una taxonomía de nueve categorías, en las que fueron capaces de clasificar las dificultades de los terapeutas de forma fidedigna. Las tres dificultades que más comúnmente ocurren son la sensación de amenaza de los terapeutas (es decir, el terapeuta siente una necesidad de autoprotgerse contra el cliente), la sensación de estar confundido (el terapeuta no puede ver cómo proceder mejor), y la sensación de hacer daño (el terapeuta siente que quizá lastime al cliente). Lo más interesante es que los terapeutas mostraron consistencia interna en los patrones de dificultades experimentadas. Este hecho lleva a los autores a argumentar que estos perfiles estarían altamente relacionados con las personalidades de los terapeutas, y consecuentemente quizás ayuden a identificar los problemas potenciales de contra-transferencia para terapeutas diferentes.

En su clasificación de la evolución de la psicoterapia, Barkham denominó 3ª Generación a la época que se extiende desde los años 70 hasta los años 90, época que conlleva grandes cambios sociales a los que no es ajena la psicoterapia. Una de las preguntas centrales que intentarían contestar los diversos autores será la de cómo hacer que los tratamientos sigan siendo efectivos reduciendo su coste. Este problema, desde IP, derivará en el intento pragmático de producir este cambio, a saber, reducción del coste del tratamiento sin alterar la eficacia del mismo.

Ambas preguntas no son distintas a las preguntas que se hacían con anterioridad, de hecho el coste-efectividad sigue estando relacionado con la pregunta que se hacían los investigadores en la 1ª generación sobre si es eficaz la psicoterapia. Además, en la investigación de procesos, el hecho de centrarse en cuáles son los mecanismos del cambio también es a su vez una prolongación de la cuestión de la "especificidad" característica de la IP de la 2ª generación, aunque quizá sea construida como una reacción a ella (¿qué componentes específicos están relacionados con el resultado?). Es una prolongación que conserva la especificidad como una marca, pero una reacción en términos de reenfocar la investigación sobre el proceso de cambio.

Esta preocupación sobre la relación coste-efectividad tiene gran importancia, debido a la inclusión de los servicios psicoterapéuticos en sistemas de salud públicos o privados, lo que implica un compromiso de justificación social del gasto económico que generan. Un estudio realizado por Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986) demuestra que el porcentaje de clientes que muestran mejorías medibles siguiendo varias sesiones específicas es como sigue: 24% mejora después de 1 sesión, 30% después de 2 sesiones, 41% después de 4 sesiones, 53% después de 8 sesiones, 62% después de 13 sesiones, 74% después de 26 sesiones, 83% después de 52 sesiones, y 90% después de 104 sesiones. Los datos evidencian que la mayor mejoría ocurre temprano en la terapia, obteniéndose ganancias más y más pequeñas en fases posteriores de la terapia. Howard et al. (1993) señalan que los hallazgos de

dosis-efecto dan lugar a un modelo de psicoterapia de 3 fases, donde las primeras sesiones de psicoterapia se caracterizan por la "remoralización", entendida ésta como una pérdida de autoestima y un sentimiento subjetivo de incompetencia, según Frank (1974, 1982). Una persona desmoralizada, ya sea porque carezca de una serie de habilidades o recursos, o porque presente confusión respecto a determinados criterios de ejecución, llega a ser incapaz de dominar muchas situaciones, o experimenta una sensación de estrés con la que no es capaz de enfrentarse. Aunque las personas lleguen a terapia presentando problemas distintos, la desmoralización será el factor común a todos ellos. La remoralización lleva a una fase de "remediación" de síntomas, que ocurre alrededor de la 5ª sesión, lo que entonces lleva en sesiones posteriores a la "rehabilitación" (es decir, mejoría en el funcionamiento de la vida).

Siguiendo con este problema, Koss y Shiang (1994) realizaron una investigación sobre terapias breves, concluyendo que el mayor impacto terapéutico ocurre durante el marco inicial, con ganancias subsiguientes que requieren más tiempo. Para muchos clientes, especialmente aquellos que han sido severamente dañados, el trabajo terapéutico efectivo quizás no sea posible hasta que el trabajo importante (considerable, sensible) haya sido realizado al establecer, por ejemplo, una alianza terapéutica efectiva. Esto significa que hay clientes para quienes las terapias más breves son apropiadas, y clientes para quienes son apropiadas terapias más largas.

La cuestión más difícil es determinar, por un lado, qué es mejor para cada cliente, y, por otro lado, qué modelo social de inclusión de los servicios psicoterapéuticos en el sistema de salud es el adecuado.

En la revisión de los mecanismos del cambio, Orlinsky, Grawe y Parks (1994) realizaron una revisión del proceso y resultado en psicoterapia. Resumieron gran cantidad de material, referido a los mecanismos efectivos de cambio. En términos de operaciones terapéuticas, los autores resumieron 3 áreas: presentación del problema, comprensión del experto e intervenciones del terapeuta. El vínculo terapéutico estaba directamente relacionado con el resultado desde el punto de vista del cliente.

Horvath, Marx y Kaman (1990) averiguaron que la habilidad de los clientes para identificar la intención del consejero dependía, además de otros factores, del momento en que se encontraba la terapia. Y vieron que la comprensión aumentaba desde el inicio hasta la fase media de la terapia, disminuyendo después. Quizá, este hecho se deba a que las intenciones del terapeuta llegan a ser más complejas o tácitas según la terapia se desarrolla.

A modo de ejemplo, podemos ver las siguientes posiciones para aclarar el problema que venimos tratando. Para Hill (1989), la personalidad del cliente, la orientación y personalidad del terapeuta y la relación terapéutica adecuada, junto con los eventos externos a la terapia, influyeron en los clientes

cuando incorporaron cambios comenzados en la terapia. Como vemos, para Hill, en la terapia influiría tanto la personalidad del cliente, como la del terapeuta, la relación terapeuta-cliente y los eventos externos. Por otro lado, para Crits-Christoph, Cooper y Luborsky (1988), la interpretación del terapeuta es el mejor predictor del resultado, decantándose por la hermenéutica del terapeuta como modelo para medir resultados. Para Garfield (1990), sin embargo, no es posible un impacto terapéutico positivo sin la propia interpretación de la aplicación aceptada por el cliente. Con lo que tenemos tres modelos a sintetizar: Para Hill, el éxito terapéutico depende de la personalidad del terapeuta y del cliente, de la relación cliente-terapeuta y de factores externos. Crits-Christoph, Cooper y Luborsky encontraron como mejor predictor del resultado la interpretación del terapeuta. Y Garfield afirma que es la interpretación que el cliente realiza de la explicación que le ofrece el terapeuta lo que mayor impacto tiene.

También se ha investigado el papel de las técnicas específicas en la terapia cognitiva conductual. Se ha encontrado que determinados cambios, que se producen de la mitad al final de la terapia, se justifican por el tipo de técnica aplicada. Por ejemplo, la aplicación de una reestructuración cognitiva produce cambios en las etapas últimas de la terapia (DeRubeis et al., 1990). Otras técnicas, como la verificación de hipótesis y el análisis lógico, también producen mejoría desde la mitad de la terapia hasta el final (Jarret y Nelson, 1987).

Evans et al. (1992) encontraron que aquellos pacientes que recibieron terapia cognitiva conductual tenían menos probabilidad de recaer que aquellos que recibieron medicación. Así mismo, las técnicas cognitivas aprendidas parecen facilitar un cierto grado de protección frente a experiencias depresivas posteriores, cuando son aplicadas por los pacientes. Estas investigaciones son congruentes con el modelo de cambio de "habilidades compensatorias", que sugiere que la terapia cognitiva conductual facilita un marco de estrategias efectivas de afrontamiento llevadas a cabo por los pacientes. Desde aquí se sugiere que se producen algunos cambios permanentes en el esquema de los pacientes. Parece ser que también se producen cambios en las etapas tempranas antes de explicar formalmente la terapia cognitiva conductual. Tal como señalan Howard et al. (1993) en el modelo de terapia de 3 fases, este hecho sería consistente con la fase de remoralización (es decir, efectos no específicos de la expectativa y la esperanza).

La cuestión Coste-efectividad ha llevado a realizar estudios donde se han ideado intervenciones muy breves (es decir, la terapia es construida como una valoración). Un modelo de terapia asistido, con la forma de 2 sesiones (una por semana), y una 3ª sesión 3 meses después, para clientes con niveles medios de depresión, terapia denominada 2 + 1, se ha llevado a cabo en estudios piloto, utilizando terapias cognitivo-conductuales y terapia orientada a la relación en la práctica clínica (Barkham and Shapiro, 1990). Otros clínicos han hecho variantes, como 3 + 1, para pacientes con problemas de menor severidad (Aveline,

1995). Los resultados preliminares, basados en el análisis a medio camino, sugieren que hay más descargas (entendidas éstas como revelaciones de cuestiones personales por parte del cliente) en el modelo de intervención breve que en la valoración estándar, con un beneficio añadido sobre la lista de espera, junto con un mayor cambio a los 4 meses de seguimiento.

Fennell (1983) intentó averiguar cómo actúa la terapia cognitiva. Para ello, perfiló los mecanismos de cambio en terapia cognitiva para la depresión. Se hizo 3 preguntas: ¿cómo logra su efecto inmediato la terapia cognitiva?; ¿cómo afecta a la depresión en el curso del tratamiento en conjunto dicha terapia?; y ¿cómo son los efectos del tratamiento mantenido a largo plazo? Llegó a las siguientes conclusiones: sobre la primera cuestión, la modificación del pensamiento activo, en sí misma, ocasiona cambios significativos. Cuando la intensidad o frecuencia del pensamiento depresivo se reduce, ocurre una reducción en la severidad de la depresión. Respecto a la segunda pregunta, concluyó que la estrategia más poderosa para lograr un cambio es una estrecha combinación de cambio de pensamiento y cambio de conducta.

"El cambio de pensamiento lleva a que el cambio de conducta ocurra, y el cambio de conducta por turnos proporciona evidencia para contrarrestar nuevos pensamientos negativos distorsionados" (Fennell, 1983, p. 102).

Respecto a la tercera cuestión, se contesta al sugerir que, en un amplio rango de clientes, la mejoría a largo plazo se logra más efectivamente al entrenarles

en habilidades de afrontamiento generalizadas que al modificar asunciones.

A menudo, la investigación de procesos ha sido considerada como una dicotomía, que consta de factores comunes y de técnicas específicas. Como ya se indicó, el interés ha cambiado desde la investigación de las condiciones facilitadoras a la investigación de la alianza terapéutica. Mientras las condiciones facilitadoras se ven como un posible mecanismo de cambio, la alianza terapéutica es percibida más como un mecanismo que permite al cliente permanecer en el tratamiento y ajustarse al mismo (Bordin, 1979). En este marco de referencia, siguiendo con las variables que influyen en el cambio, existe evidencia de que la alianza terapéutica puede explicar hasta el 45% de la varianza referida al resultado (Horvath y Greenberg, 1989).

Si tomamos como criterio el cambio del cliente, las estimaciones del propio cliente sobre el proceso son la mejor forma de medirlo. Existe evidencia de que los clientes tienen predisposiciones a la calidad de la alianza que ellos desarrollan. Según citan en su trabajo Horvath y Greenberg (1994), los clientes que tienen dificultades para mantener sus relaciones sociales, o han experimentado relaciones familiares relativamente pobres anteriores a la terapia, son los que con menor probabilidad desarrollan fuertes alianzas. La severidad de los síntomas que presentan los pacientes no ha demostrado ser razón suficiente para impactar en la calidad de la alianza, afirman algunos autores (Eaton et al., 1988), aunque también

existen datos de otros estudios en los que no se confirma dicha asociación (Klee et al., 1990).

La revisión de la psicoterapia analizada hasta el momento lleva a sugerir que son las técnicas específicas las que pueden o podrán proporcionar el cambio eficaz. Por el contrario, las investigaciones sobre factores comunes argumentan que los ingredientes eficaces de la terapia tienden a ser factores compartidos (es decir, la relación terapéutica). Murphy, Cramer and Lillie (1984), al pedir a los clientes de terapia individual su opinión, encontraron que los factores curativos que les habían ayudado eran "consejo" y "hablar a alguien interesado en mis problemas".

Para analizar los elementos comunes de todas las psicoterapias que resultan eficaces en las intervenciones psicológicas, seguiremos el planteamiento de Botella (1983), en virtud del cual cabe distinguir dos grandes clases de factores:

1) El clima terapéutico (un conjunto de condiciones basales, las cuales en sí mismas, y por ellas mismas, pueden producir el cambio).

2) Los procesos terapéuticos (estrategias o eventos).

El primer factor incluye las creencias culturales, la fe del paciente, las expectativas y motivación para el cambio y las características del terapeuta (entre estas últimas, cabe hablar del status, el marco teórico

y las cualidades personales del terapeuta). En este orden de cosas, respecto a las cualidades del terapeuta, es bien conocido el planteamiento de Rogers (1957) sobre la importancia de la relación terapéutica y las cualidades que todo terapeuta debe tener para facilitar un cambio en el paciente: ser genuino, consideración positiva incondicional y empatía.

Siguiendo esta línea de investigación, Bennun y Schindler (1988) encontraron que cuantas más estimaciones positivas se hacían los participantes (cada uno del otro) después de la 2ª sesión, mayor cantidad de cambio logrado ocurre al final de la terapia. Así, estos autores concluyeron que:

"Investigadores y clínicos no deberían estar demasiado preocupados con las técnicas; las condiciones interpersonales favorables son esenciales para el cambio terapéutico" (Bennun y Schindler, 1988, p. 151).

Llewelyn (1988) estudió 40 díadas de terapeuta-cliente de terapias psicológicas. Los clientes informaban más frecuentemente como eventos útiles "la noticia tranquilizadora" y "la evaluación del problema", mientras que al término de la terapia la "solución del problema" era más frecuentemente estimada como útil. Por contraste, los terapeutas valoraron el "insight"¹ como el evento útil más común, tanto durante, como al término de la terapia. Estos hallazgos sugieren que clientes y terapeutas tienen bastantes

¹ Insight: concepto de "ver o mirar dentro" o lograr el reconocimiento cognoscitivo de la naturaleza del propio funcionamiento psíquico, así como el propio comportamiento (Feixas y Miró, 1993): Aproximaciones a la psicoterapia, Barcelona, ediciones Paidós.

percepciones diferentes de lo que es útil durante el curso de la terapia. Así, los clientes parecieron valorar los ingredientes comunes de "noticia tranquilizadora" y "desahogo". En contraste, los terapeutas valoraron el insight cognitivo y afectivo conseguidos durante la terapia. Por supuesto, si el insight lleva a la solución del problema, al menos en el sentido de precederlo, quizá podría sugerirse que los clientes se están centrando en las consecuencias de su insight, mientras que los terapeutas valoran el componente más personal y dinámico del insight mismo, más que la acción proveniente de ello. Lógicamente, en el análisis final, se esperará que dos perspectivas diferentes sobre el proceso terapéutico proporcionen dos percepciones diferentes.

Ryle (1979) investigó durante aproximadamente dos décadas el sistema cognitivo para establecer una comprensión de la psicoterapia. Desarrolló 3 constructos relevantes para comprender el cambio:

a) "los dilemas" (camino estrecho en el que un cliente verá alternativas posibles).

b) "los chismes" [traps] (patrones de conducta que están basados en, y también sirven para, las asunciones de refuerzo negativo +sobre sí mismo).

c) "los nudos" [snags] (la evitación del cambio debido a su efecto real o imaginado).

Los resultados pusieron de relieve que, en clientes donde ocurrieron cambios en los dilemas-

objetivo en la dirección predicha, este cambio era acompañado invariablemente por un cambio en la estructura cognitiva del cliente, así como en los problemas planteados como objetivo al comienzo de la terapia. Este hecho proporcionó apoyo al punto de vista de Ryle (1980), referido a que la comprensión del cambio psicoterapéutico de un sistema cognitivo es factible e informativa.

Estos hallazgos han llevado a la formulación de la teoría y práctica de la integración cognitiva (Ryle, 1982), y, más recientemente, al desarrollo de una forma de terapia breve denominada Terapia cognitivo-analítica (CAT).

A mitad de los años 80 se empieza a considerar la investigación cualitativa, además de la investigación cuantitativa, por lo que surge la pregunta de si es necesaria una 4ª generación que incorpore nuevos desarrollos y focos de interés. De hecho, aparece un movimiento que intenta adoptar aproximaciones clínicamente más relevantes, tanto en la investigación del proceso como en la investigación del resultado clínico. Por eso, mientras que los métodos para analizar la investigación de resultados han incorporado estadísticos multivariados más sofisticados de forma progresiva, ha habido también un movimiento para representar un índice de cambio relevante para el clínico y para la gestión del servicio. El modelo tradicional de investigar las correlaciones entre el proceso y el resultado ha sido cuestionado (Stiles y Shapiro, 1989), y ha habido un movimiento hacia la adopción de estilos más nuevos en la investigación que

aspiran a centrarse en el "proceso de cambio" (Greenberg, 1986).

El "paradigma de eventos", como veremos a continuación, tiene como propósito investigar episodios de cambio en terapia, y desarrollar "micro-teorías" que expliquen cómo tiene lugar el cambio. El foco de atención está en:

"Proporcionar explicaciones causales del cambio terapéutico y elaborar explicaciones, más que predicciones, sobre la meta primaria de la investigación en psicoterapia" (Greenberg, 1994, p. 115).

El análisis de tareas es adecuado únicamente para el análisis del proceso de cambio psicoterapéutico. El "paradigma de eventos" asume que el estudio intensivo de momentos significativos que ocurren durante la terapia aporta más información de este modo que si se le incluye dentro y a través de las sesiones, por el considerable "ruido" incluido en los datos. Es una estrategia que informa mejor que el hecho de muestrear al azar segmentos de las sesiones de terapia. El "paradigma de eventos" enfatiza las experiencias y percepciones de la participación de los pacientes y los terapeutas al centrarse sobre una clase particular de eventos (por ejemplo, momentos de empatía percibidos, o insight). Un estudio de este tipo es el del modelo racional. Éste, está siendo constantemente revisado en un proceso de interacción entre el modelo teórico y el de ejecución. Potencialmente, el modelo resultante proporcionará a los terapeutas clínicos información sobre el tipo de operaciones necesarias para que una

intervención terapéutica sea efectiva. Además el desarrollo de tales modelos tiene implicaciones para el entrenamiento y la manualización de terapias. (Manuales de terapia, con detalles de los componentes de terapia particulares, así como los procedimientos para administrarlos.)

El "paradigma de eventos" ha producido hallazgos que sirven de puente entre acercamientos cuantitativos y cualitativos. Llewelyn, Elliott, Shapiro, Hardy y Firth-Cozens (1988) investigaron las percepciones que el cliente tiene de los impactos útiles ocurridos en la terapia prescriptiva y exploratoria. La mayoría de impactos comunes informados por los clientes como útiles, fueron:

a) "awareness" (el cliente toma contacto con sentimientos que quizás han sido previamente evitados).

b) "solución del problema" (posibles caminos de afrontamiento que han sido resueltos o enumerados en la sesión).

No sorprende que la "concienciación" sea atribuible a terapias exploratorias y la "solución del problema" a terapias prescriptivas.

A pesar de los problemas de consolidación, el campo de la investigación en psicoterapia está experimentando un continuo afianzamiento en cuestiones destacables para los terapeutas clínicos.

El hecho de reconocer que todas las psicoterapias tienen propiedades en común refleja, por un lado, un cuerpo de investigación empírica cada vez más sofisticado, que muestra que ninguna forma de psicoterapia es uniformemente más eficaz que cualquier otra; y, por otro lado, que existen crecientes presiones de la sociedad sobre las profesiones de ayuda, presionándoles para rendir cuentas de lo que hacen y de la relación coste-efectividad. Por último, se observa un decidido movimiento hacia el acercamiento entre teorías y métodos psicoterapéuticos que pudieran estar en pugna (Botella, 1983). Estos tres elementos ponen de relieve que la futura investigación necesitará aceptar que la psicoterapia no puede estar adecuadamente resumida sólo por factores técnicos o sólo por factores comunes. Aunque es muy probable que los factores comunes sean extremadamente potentes, hay que admitir que son formados y refinados mediante las intervenciones momento a momento del terapeuta. De este modo, se mantienen, y cobran más importancia si cabe, las variables del terapeuta y del cliente en la psicoterapia, así como las del proceso. Por lo tanto, a pesar de que existen estudios al respecto, sigue siendo necesario aunar criterios y delimitar mejor cuáles son las variables a considerar en futuros estudios. Quizá, esta delimitación puede favorecer el hecho de que, por fin, la investigación de procesos y de resultados puedan unirse, puesto que, a pesar de los intentos que ha habido a lo largo de muchos años, sigue resultando difícil. Esta escisión también repercute en la psicología y la psicoterapia, donde la existencia de movimientos integradores no llegan a cuajar como cuerpo teórico.

1.1 LA SELECCIÓN DE LOS CLIENTES PARA PSICOTERAPIA

Un aspecto interesante para la psicoterapia tiene que ver con la clase de personas que buscan psicoterapia y a quién se le ofrece. Esto es un problema con muchas implicaciones. Muchos informes vienen de clínicas, pero hay escasez de datos de aquellos clientes que son tratados en la práctica privada. Así mismo, es evidente que no todos los individuos que necesitan psicoterapia reciben ayuda, apreciándose también que no todos los individuos a quienes se ofrece psicoterapia la aceptan. Rosenthal y Frank (1958) encontraron una relación significativa entre aceptación de la terapia por parte del cliente e ingresos del mismo, y entre aceptación y nivel estimado de motivación. Es decir, aquellos clientes que poseen más ingresos aceptan mejor la psicoterapia, y aquellos clientes con un nivel más alto de motivación también aceptan mejor la psicoterapia.

El problema de quién es aceptado para psicoterapia por parte del personal clínico también ha sido objeto de algunos estudios. Schaffer y Myers (1954) encontraron que el estatus y la clase social estaban positivamente relacionados con la aceptación de un paciente para el tratamiento. Este hallazgo, con pocas variaciones, ha sido confirmado por dos estudios posteriores (Brill y Storrow, 1960; Cole, Branch, y Allison, 1962). Rosenthal y Frank (1958) examinaron aquellos pacientes que eran remitidos específicamente

para psicoterapia de un grupo total, vistos en el Henry Phipps Clinic durante un período de 3 años. Entre otros hallazgos, descubrieron una relación significativa entre remisiones para psicoterapia y variables tales como edad, raza, educación, ingresos, diagnóstico, y motivación. Era más frecuente encontrar que aceptaban la terapia los pacientes que eran más jóvenes, relativamente más educados, y generalmente más similares a los terapeutas.

Otros autores (Bailey, Warshaw, y Eichler, 1959) obtienen resultados similares, pues encuentran que la asignación a la psicoterapia estaba relacionada con alto estatus socioeconómico, quejas intrapsíquicas, edad, deseo expresado para la psicoterapia, evaluación de test psicológicos y psicoterapia anterior. La asignación a la clínica psicósomática, por otro lado, estaba relacionada con estatus socioeconómico bajo, quejas somáticas, ausencia de recomendación desde la evaluación de test psicológico, y no había habido psicoterapia anterior.

Hollingshead y Redlich (1958) señalaron que las personas pertenecientes a clases sociales diferentes parecen recibir también tratamientos diferentes, predominando el tratamiento psicoanalítico a largo plazo en los clientes de clase social media y alta. Siguen afirmando los autores que es muy probable que, debido a las limitaciones de los ingresos, la mayoría de la terapia privada esté reservada a tales pacientes, y que los clínicos traten a pacientes de clase media y baja.

Por lo que respecta a la permanencia en la terapia, Lorr et al. (1958) ponen de relieve que aquellos clientes que permanecen en terapia son más ansiosos, más insatisfechos consigo mismos, más abiertos a explorar problemas, más persistentes y seguros, y es menos probable que tengan una historia de actos antisociales. Sin embargo, estos resultados no se han contrastado con otros tipos de poblaciones. Existen diferentes estudios sobre la permanencia o no en terapia, aunque los distintos procedimientos y criterios utilizados impiden extraer una conclusión generalizada. Así, los estudios han utilizado diferentes definiciones de terminación temprana, las muestras son diferentes, los métodos de estimación han variado, las condiciones terapéuticas y la frecuencia de la terapia no ha sido consistente, la información sobre ciertas variables, para ser comparadas, no ha estado disponible. Como señalábamos, parece bastante difícil extraer alguna conclusión general, por lo que parece pertinente que las investigaciones fueran sometidas a repeticiones repetidas.

En este orden de cosas, Carkhuff y Pierce (1967), en un estudio de clientes de clase social baja de blancos y negros, encontraron que:

"los pacientes más parecidos en clase social y raza al consejero tendieron a explorarse más a sí mismos, mientras pacientes más distintos al consejero tendieron a explorarse menos."(Carkhuff y Pierce, 1967, p. 634)

Garfield (1986) ha realizado una revisión de la investigación existente acerca de los atributos de los

clientes y su influencia en el resultado terapéutico, permanencia en terapia y conducta en la sesión. En su revisión de las variables demográficas, identificó como grupo más propenso a beneficiarse del tratamiento psicológico al formado por personas jóvenes, atractivas, verbales, inteligentes, exitosas, de raza blanca y de nivel sociocultural medio-alto. No aparecen diferencias en cuanto a la variable sexo, ni tampoco la variable edad (entre clientes adultos).

1.2 VARIABLES DEL CLIENTE EN PSICOTERAPIA

Aunque existe consenso entre los autores al afirmar que la psicoterapia, en general, beneficia a una gran número de pacientes (Bergin y Lambert, 1978; Shapiro y Shapiro, 1982; Smith, Glass y Miller, 1980), es evidente que se necesita conocer a qué se debe dicho beneficio; es decir, qué aspectos de la psicoterapia son los que favorecen los resultados positivos, máxime cuando en el momento actual existen más implicaciones sociales, políticas y económicas que exigen una demostración palpable de que los tratamientos en el campo de la salud mental son necesarios (Van Den Bos, 1980, 1986). Esta circunstancia ha dado lugar a distintas líneas de investigación, que se pueden agrupar en tres: a) el abordaje directo del "problema", es decir, la creación de estrategias y técnicas dirigidas al tratamiento de la patología; b) el estudio diferencial de las técnicas de los "paquetes terapéuticos" (McFall y Lillesand, 1971; McFall y Marston, 1970; McFall y Twentyman, 1973); y c) la

investigación de las variables que están presentes en el proceso terapéutico.

Esta tercera vía incluye variables del terapeuta, del paciente y de la interacción entre ambos, y es motivo de estudio de manera especial, pues el estudio de técnicas y problemas se lleva realizando desde hace más tiempo y todavía continúa. Entre otras cosas, este hecho se debe a que incluso las técnicas más eficaces, como por ejemplo las que se utilizan para tratar las fobias, no obtienen el 100% de éxitos, por lo que los autores se preguntan si existen elementos del proceso que no se han tenido en cuenta, así como variables del paciente y del terapeuta que sean realmente relevantes (Bergin y Lambert, 1978).

Como hemos visto, la investigación científica en psicoterapia hasta los años 50 fue escasa. A partir de entonces, el área atraviesa una crisis de legitimidad, ante la cual el mayor volumen de la investigación se dedica a mostrar que la psicoterapia funciona. Posteriormente, alrededor de los años 80, se considera probado que la psicoterapia es superior al no-tratamiento. Al mismo tiempo, se realizan muchas investigaciones buscando un tratamiento por encima de los demás. También los investigadores concentran sus esfuerzos en averiguar cómo funciona la terapia, mediante el estudio de las variables del cliente, las del terapeuta y las del proceso terapéutico. Idealmente, cada una de estas variables debería ser estudiada en su estado interactuante natural y ser cuidadosamente evaluada con relación a los criterios significativos de terapia. Desafortunadamente, esto no

ha sido así. El campo de la investigación de la psicoterapia se ha caracterizado por estudios de algunas variables con una variedad de criterios desiguales.

Son considerables los estudios en los que se ha intentado relacionar una variedad de atributos del cliente. Entre ellos tenemos las variables de clase social, variables de personalidad, categorías diagnósticas, edad, inteligencia, motivación, y otros aspectos. Posteriormente, se ha intentado relacionar estos atributos con terminación prematura, resultado, tiempo de permanencia en psicoterapia y variables similares. Algunos de estos hallazgos de la investigación son relativamente estables y se mantienen bajo validación cruzada con nuevas muestras. En algunos estudios se han encontrado resultados que parecen tener relevancia definitiva para la práctica y la teoría clínica. No obstante, uno debe tener todavía precaución en las conclusiones que se derivan de tales datos.

Tratando de resumir, podemos sugerir que las variables más estudiadas, aunque no por ello las más relevantes, son las siguientes:

- Clase social: los resultados son contradictorios, no hay predictores que indiquen claramente que la clase alta se beneficie más de la Psicoterapia, salvo en el caso del Psicoanálisis.
- Edad: los resultados obtenidos no demuestran ningún tipo de relación entre edad y resultados en Psicoterapia. Nuevamente, el psicoanálisis aparece como no indicado en enfermos ancianos, sobre todo

el psicoanálisis ortodoxo; sin embargo, sí puede practicarse modificación de conducta o Terapias Cognitivas.

- Sexo: tampoco aparecen relaciones claras entre sexo y resultados terapéuticos. No obstante, parece más importante la variable sexo, en relación al terapeuta.
- Tipo de terapia: el Psicoanálisis parece ser más frecuente en enfermos con pocas alteraciones o alteraciones no demasiado graves, mientras que la Terapia de Conducta se suele utilizar independientemente de la gravedad de la alteración.
- Conducta del cliente en la primera entrevista de terapia y su relación con el resultado. Concretamente se estudió la manera como el cliente conceptualizaba e intentaba resolver sus problemas. Se estudiaron 5 tipos de conducta del cliente en relación con la terapia inicial, desde tratar empáticamente el problema y la localización del origen de la dificultad hasta tratar con el problema como si este fuera enteramente externo al cliente. Con pocas excepciones, los clientes, que tuvieron éxito, tendieron a presentar una conducta diferente en el inicio de la terapia, en la línea de mostrar empatía por su problema. (Fiske, Cartwright, and Kirtner, 1964).
- Expectativas para ser ayudado y su efecto sobre la reducción del síntoma. Se afirma que las creencias o expectativas acerca de la terapia que el paciente trae a la sesión pueden influir en el resultado de la misma, y que a mayor distrés o necesidad de alivio mayores expectativas o

probabilidad de tal alivio (Frank, 1959; Frank, Gliedman, Imber, Stone, and Nash, 1959; Rosenthal and Frank, 1956). El trabajo hasta la fecha sugiere que en un futuro se tendrán que hacer esfuerzos para una investigación más comprensiva, cuidadosamente planeada, a gran escala, y coordinada, si queremos obtener respuestas más significativas y seguras a estas cuestiones en el área de la psicoterapia.

- Capacidad para desarrollar una alianza terapéutica, p.e. en psicoterapia breve (Kaplan, H.I. y Sadock, B. J. 1999).
- Psicosis: criterio de exclusión de algunas psicoterapias.
- Depresión: los sujetos que presentan un grado medio de depresión al comienzo de la Terapia son los que más se benefician de la Terapia Psicológica en el post-tratamiento.

1.3 VARIABLES DE PERSONALIDAD

En la literatura sobre psicoterapia aparecen, de forma discontinua, variables de personalidad relacionadas con el resultado psicoterapéutico o con el pronóstico. Estas variables incluyen aspectos como motivación para la terapia, malestar psicológico, ansiedad, afectación psicológica ("psychological-mindedness") o sofisticación, ausencia de defensas en psicoterapia ("defensiveness"), integración, y otros.

Freud (1950) creía que el psicoanálisis era adecuado sólo para ciertos tipos de individuos. Desde

entonces, otros autores también han hecho pronunciamientos similares, y existen criterios de inclusión o exclusión para acceder o beneficiarse más de determinadas psicoterapias. Sin embargo, la mayoría de estas afirmaciones nunca han sido estudiadas empíricamente.

VARIABLES ESTUDIADAS:

- Nivel de inteligencia, sin obtener resultados consistentes.
- VARIABLES DE PERSONALIDAD, relacionadas con el éxito terapéutico (Rosenberg, 1954; Goldstein, 1962):
 1. Tiene habilidad para producir asociaciones.
 2. Presenta falta de rigidez. El cliente es flexible o se flexibiliza a lo largo de la terapia.
 3. Tiene un amplio rango de intereses.
 4. Presenta sensibilidad al medio ambiente.
 5. Posee profundidad de sentimientos.
 6. Muestra un alto nivel de energía.
 7. Esta libre de quejas corporales.
 8. Buenas habilidades comunicativas.
 9. Expectativas en la psicoterapia.
 10. Locus de control. Interactúa no sólo con la mejoría sino con la autoatribución de mejoría. Significa que los sujetos con locus de control interno tienden a alcanzar mejores resultados terapéuticos, atribuyéndolos a su propio esfuerzo.

De acuerdo con las aportaciones de Botella (1989), Pelechano (1989) y Tous (1989), el estudio de las variables de personalidad del cliente es un área muy prometedora de la investigación terapéutica, pero no ha recibido ni de lejos la atención necesaria. Esta línea de investigación presenta una ventaja, y es su potencial para la vinculación de la psicoterapia con la psicología científica, concretamente con la psicología de la personalidad y de las diferencias individuales.

Botella (1989) señala el papel de las variables de personalidad como moduladoras del proceso de cambio, y que algunas técnicas (por más eficaces que hayan demostrado ser) pueden resultar inadecuadas e incluso dañinas para sujetos con determinadas características de personalidad.

En definitiva, existen todavía pocos estudios sobre la personalidad del cliente, aunque son muchos los autores que las nombran, y es aquí donde se enmarca nuestro presente trabajo: en el estudio de una variable de personalidad, concretamente la rigidez, como veremos en el siguiente capítulo.

1.4 VARIABLES DEL TERAPEUTA

Existe apoyo empírico para la noción de que la figura del terapeuta tiene un efecto sustancial sobre el proceso y el resultado en terapia. Sin embargo, no se ha estudiado todo lo que se debería (Lambert, 1989). De un tiempo a esta parte, cobra importancia el impacto

que el terapeuta ejerce sobre los pacientes, y quizás estudios futuros se muevan en esta dirección, salvando las dificultades que conlleva este tipo de estudios.

Un ejemplo de este tipo de estudios es el de Luborsky et al. (1985), en el que se analiza el proceso y se pone de relieve la existencia de diferencias en el resultado entre terapeutas, diferencias que pueden ser atribuidas a algunas variables del proceso. A pesar de tratar pacientes con pronósticos y patrones similares, con criterios diagnósticos y grado de severidades también similares, entrenamiento, monitorización y supervisión parecidos; a pesar de que los terapeutas utilizan la misma orientación del tratamiento, los resultados pueden llegar a ser altamente divergentes. Otra conclusión de este estudio es que se identificaron tres cualidades del terapeuta, discriminando a terapeutas de más útiles a menos útiles:

- a) el ajuste del terapeuta, habilidad e interés en ayudar a los pacientes;
- b) la pureza del tratamiento que ofrecieron;
- c) la calidad de la relación paciente/terapeuta.

Estos hallazgos son muy consistentes con la literatura del resultado de la psicoterapia (Lambert, Shapiro, y Bergin, 1986).

VARIABLES IDENTIFICADAS:

- El grado profesional y la edad, no estuvieron altamente relacionadas con el resultado.

- La experiencia de más de seis años estaba asociada con mejores resultados.
- Las interacciones encontradas entre género, experiencia y diagnóstico sugieren la existencia de una complejidad considerable sobre cómo las variables del terapeuta influyeron en el proceso terapéutico y en el cambio del paciente.

Parloff, Waskow y Wolpe (1978) encuentran cuatro características del terapeuta citadas en la literatura que parecen significativas, independientes del marco de tratamiento o de los pacientes tratados:

- Personalidad del terapeuta.
- Salud mental.
- Sexo.
- Nivel de experiencia. Son muchos los estudios que apoyan la conclusión de que la experiencia del terapeuta es una influencia importante en el resultado de la terapia.

Otras variables también estudiadas sobre el terapeuta, según Feixas y Miró (1993) son:

- Raza.
- Estatus socioeconómico.
- Estilos del terapeuta. Aunque con resultados limitados debido a la variedad de interpretaciones que se pueden hacer.

Todas estas variables se han estudiado con resultados poco consistentes.

VARIABLES DEL TERAPEUTA CONSIDERADAS INDEPENDIENTES DEL PACIENTE:

- Aunque los efectos del resultado no son claramente atribuibles a las características de personalidad del terapeuta, los problemas emocionales del terapeuta quizás interfieran con el tratamiento efectivo.
- La contribución de la psicoterapia personal al aumento de la utilidad del terapeuta no está demostrada.
- El efecto del sexo del terapeuta como un elemento importante del resultado no está confirmado.
- La evidencia de que el nivel de experiencia del terapeuta es determinante para el resultado es sorprendentemente débil y no ha sido examinada adecuadamente.
- Los estudios del proceso de variables de estilo del terapeuta resultan difíciles de interpretar.
- La evidencia de la hipótesis de que la empatía, la calidez y el ser genuino del terapeuta representan las condiciones "necesarias y suficientes" del tratamiento efectivo se ha difuminado con frecuencia.

En definitiva, las habilidades terapéuticas que con mayor frecuencia se han señalado tienen que ver con acciones encaminadas a llevar a cabo un análisis funcional adecuado, aplicar correctamente técnicas y programas de intervención y a evaluar los cambios terapéuticos de la manera más objetiva posible.

Recibiendo menor atención, todas aquellas habilidades terapéuticas que son "necesarias" pero no suficientes para conseguir cambios, o todas aquellas que son comunes al resto de las psicoterapias por ser requisitos básicos para el ejercicio de la psicología clínica. Ello se debe, entre otras razones, a la consideración de que una buena parte de estas habilidades se adquiere a través de la supervisión terapéutica, la experiencia y la práctica clínica (Ruiz Fernández, M.A. y Villalobos Crespo, A., 1994).

Por otro lado, algunos autores han estudiado al psicoterapeuta en su vida personal. En algunos estudios (Guy y Liaboe, 1986; Guy, 1995), se ha podido encontrar consecuencias positivas y consecuencias negativas como resultado de realizar terapia. Algunas consecuencias positivas estudiadas son: auto-reflexión, introspección, incremento de asertividad (Farber, 1983), resultar estimulante intelectual y emocionalmente (Burton, 1975), y sentido de auto-respeto y sentimientos positivos de ser admirado y respetado en la comunidad. Ejemplos de consecuencias negativas son: aislamiento, ingresos variables, fatiga emocional, la frustración derivada de interacciones sumamente intensas con gente perturbada y exigente. En definitiva, se sabe que la práctica psicoterapéutica puede ejercer tanto un impacto positivo como negativo sobre la vida y las relaciones familiares del terapeuta.

Otra línea de estudios realizada en torno a los terapeutas examinó terapeutas más y menos efectivos, incluyendo variables como ajuste emocional, habilidades

de relación, obtener un compromiso del paciente, credibilidad, directividad y orientación teórica. Los resultados indicaron que los terapeutas menos efectivos revelaron tener niveles más bajos de comprensión empática, y valoraron a sus pacientes como más implicados en el tratamiento y teniendo más progresos de lo que lo hicieron los terapeutas más efectivos (Lafferty, Beutler y Crago, 1989).

En sus investigaciones sobre psicoterapeutas, Orlinsky et al. (1999) concluyeron que el dominio terapéutico percibido se incrementó con los años de práctica, además de experimentar simultáneamente un incremento de habilidad profesional y personal y un sentido de mejora continua, interpretado como esencial para mantener la moral y motivación del terapeuta.

En otro estudio, realizado únicamente por Orlinsky (1989), se proponen algunas conclusiones sobre el psicoterapeuta:

1. La psicoterapia tiene un efecto moderadamente beneficioso, por término medio, cuando se compara con condiciones de control (ej., Smith, Glass y Miller, 1980; Shapiro y Shapiro, 1982).
2. La eficacia diferencial entre varios tipos de terapia que ha emergido no es consistente (Smith, Glass y Miller, 1980; Shapiro y Shapiro, 1982).
3. Los tipos de intervención terapéutica específica muestran asociaciones inconsistentes con el resultado (Orlinsky y Howard, 1986). Mientras

ninguno es efectivo bajo todas las condiciones, algunas intervenciones terapéuticas son efectivas bajo ciertas condiciones. La especificación de estas condiciones sigue siendo un desafío para la investigación.

4. El aspecto del proceso terapéutico más consistentemente relacionado con el resultado es la calidad de la relación terapéutica (Orlinsky y Howard, 1986). La calidad humana de la relación tiene un impacto más consistente sobre los pacientes de lo que lo hacen aspectos técnicos de la terapia.
5. Ninguna variable del profesional, características personales o demográficas del terapeuta estudiadas han sido consistentemente asociadas con el resultado terapéutico. Esto incluye la experiencia del terapeuta, medida por la duración de la práctica. No obstante, existe alguna evidencia que sugiere que algunos terapeutas son más efectivos que otros (ej., Luborsky, McClellan, Woody, O'Brien y Auerbach, 1985; Ricks, 1974)
6. Sólo unas pocas características del paciente se han relacionado consistentemente con el resultado terapéutico diferencial. Una de ellas es la "apertura" del paciente o ausencia de defensividad en la terapia. Otra característica relevante es el nivel de funcionamiento inicial del paciente (ej., "fuerza del ego", grado de perturbación). Otra característica se refiere al estatus socioeconómico y educacional del paciente, que se

encuentra relacionado con la duración de la terapia (Garfield et al., 1978).

7. Las valoraciones del proceso y del resultado terapéutico por parte de los pacientes y de los terapeutas difiere típicamente de unos a otros, y de las valoraciones realizadas por observadores no participantes.

1.5 SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia como forma de tratamiento ha cumplido 100 años, y el panorama actual en el campo de la psicoterapia se ha hecho muy complejo, debido a la gran cantidad de tipos diferentes de abordajes psicoterapéuticos.

Partimos del supuesto de que la situación actual, y probablemente futura, de la psicoterapia sigue teniendo muchas cuestiones sin resolver. Así, cuando revisamos distintos trabajos, nos encontramos, por ejemplo, la pregunta planteada desde la definición de Witmer de lo que un psicólogo clínico debería ser -una mezcla de ciencia e intereses prácticos. Actualmente, la cuestión sigue sin resolverse. Los modelos de entrenamiento de los psicoterapeutas discuten si el clínico futuro debería ser científico-profesional, -es decir, el modelo de Boulder-, o un profesional entrenado como un práctico, pero con un apropiado conocimiento de los actuales resultados de investigación, esto es, un profesional-científico, según la Conferencia de Vail (Halgin y Murphy, 1995).

Como ya dijimos, y volvemos a recordar, existe un hueco tradicional entre la academia y la práctica que está lejos de estar cerrado, aunque se hayan dado algunas soluciones (Hoshmand y Polkinghorne, 1992). A menudo, los clínicos minimizan los resultados de la investigación y su influencia sobre su práctica clínica diaria.

Otra cuestión importante es que la mayoría de las publicaciones son de EEUU. Como quiera que la psicoterapia trata con valores, la idea de trasladarlos de un país a otro parece completamente errónea, del mismo modo que incluso puede ser contraproducente intentar la extrapolación entre distintos grupos étnicos de un mismo país. El asunto de los valores es un problema espinoso al que se enfrenta el psicoterapeuta cuando debe tratar a clientes de ámbitos culturales distintos, lo que implicaría un nuevo enfoque de la psicoterapia, dado que hablamos de problemas axiológicos, éticos, antropológicos sociológicos, económicos, etc.

Actualmente, parece que la mayoría de autores están de acuerdo en que el desafío de la psicoterapia está en estudiar sus procesos, seleccionando y revisando los constructos teóricos y los conceptos responsables del trabajo terapéutico. Cuando analizamos cuál es el tratamiento más eficaz, parece que es el tratamiento cognitivo-conductual (Echeburúa, 1998), al menos con relación a investigaciones publicadas en las que se pueden realizar estudios comparativos. Sin embargo, llama la atención que en el abordaje de una patología, o al tratar un tema particular, con

frecuencia se intenta abarcar distintas aproximaciones. Por ejemplo, el manual analizado por Wolman y Striker (1994) sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad tiene capítulos de teorías psicoanalíticas, conductuales y existenciales.

De hecho, no deja de sorprendernos que, pese a que en la actualidad existen muchas terapias diferentes, siguen apareciendo nuevos enfoques que conviven con los ya existentes, como es el caso del tratamiento integrativo, lingüístico, religioso y feminista. La perspectiva feminista está recibiendo ahora más atención, pero existen antecedentes desde 1970 (Chersler, 1972; Tennov, 1976).

La situación está cambiando, e implica hablar a los pacientes con creencias religiosas en un lenguaje sensible a sus valores. Los psicoterapeutas saben que constantemente estamos tratando con valores, guiando a la gente o ayudándoles a discernir lo que está equivocado de lo que es correcto, lo bueno de lo malo y, como ha dicho Mahoney (1995), un terapeuta debe estar preparado para darles una respuesta.

Cada vez están tomando más fuerza las aproximaciones denominadas integrativas/eclécticas, diferenciándolas de las terapias combinadas. Muestra de ello es la aparición del *Journal of Psychotherapy Integration*, que parece tener un buen futuro.

Otro tema que también preocupa tiene que ver con la búsqueda de la psicoterapia que da mejores resultados, para estudiar si se produce el "cambio".

Cambio que, según la aproximación teórica con que se trate al cliente, recibe un nombre distinto, como crecimiento, aprendizaje de nuevas conductas, habilidades, o cambiar maneras de pensar. Además, la psicoterapia, como disciplina teórica y aplicada que es, quiere aprender como obtener y mantener los cambios que consigue, y, además, darle una explicación experimental desde el punto de vista de la investigación de procesos y desde el punto de vista de la investigación de resultados, sin olvidarnos de la importancia que tienen los factores comunes.

El estudio del lenguaje también está recibiendo atención desde diferentes perspectivas: eriksonianos (Gilligan, 1993), construccionistas y constructivistas (Gergen y Kaye, 1992; Gonçalves, 1994), o la semántica general (Caro, 1996). De hecho, la terapia está en el lenguaje (Gergen y Kaye, 1992), y el cambio viene producido cuando cambian los significados lingüísticos. Los estudios encontrados hacen referencia a la importancia de las aproximaciones narrativas y hermenéuticas (Garfield y Bergin, 1992; Mahoney, 1995), pero no al incremento de aproximaciones lingüísticas.

Asumimos con esto la perspectiva de Caro y Safran (1991) cuando afirman que la psicoterapia hoy es una *basta empresa*, un fenómeno social con múltiples componentes, ampliamente aplicado, que mueve mucho dinero e implica a muchas personas y profesionales.

CONCLUSIONES

"La evolución de las ideas en psicoterapia corre en paralelo a la evolución de las ideas en el mundo del pensamiento y se deja influir por él. Es por ello que la "forma de entender" el proceso psicoterapéutico ha sido el reflejo de la "forma de entender" el mundo que se discutía en los foros de Filosofía, Física, Química, Matemáticas, Cibernética y una larga lista de otras disciplinas empeñadas también en ofrecer una visión global sobre el Universo" (Rodríguez Vega, 2001, p. 29).

Comenzábamos este capítulo hablando de la frustración producida ante las discrepancias entre la práctica clínica y la investigación, resaltando el hecho relevante acerca de la complejidad que representa el ejercicio de aplicar metodología científica a la psicoterapia, debido a la dificultad de acotar el gran número de variables que intervienen en el proceso, visto desde la perspectiva de la investigación de resultados, o visto desde la investigación de procesos. Observamos que el conocimiento ha avanzado por oposición, es decir, añadiendo más variables que han ido siendo descubiertas.

De entre todas las cuestiones que hemos tratado en este capítulo, nos gustaría resaltar los puntos principales y realizar algunas reflexiones al respecto:

1. Aunque hay, y seguirá habiendo, una gran diversidad de enfoques, las terapias principales, líderes, seguirán guiando a las demás, a la vez que continúan siendo los centros nucleares. Estas son: humanista, psicodinámica, cognitiva, conductual, etc.

2. La tendencia hacia la integración va avanzando, por lo que se está pasando hacia la exploración teórica de las relaciones entre los modelos. Este movimiento integrador pretende fomentar un marco de diálogo que sustituya la "lucha de escuelas" por un contexto cooperativo que permita encontrar propuestas integradoras más evolucionadas que los enfoques escolares ya existentes. Norcross (1996) sugiere que la comunidad terapéutica ha ido evolucionando desde un simplismo absolutista y dogmático ("mi enfoque es el mejor, por definición, y los demás están equivocados") hacia un relativismo ("los enfoques funcionan según los casos"), que evoluciona de forma no dogmática y que lleva implícito un respeto por la diversidad de concepciones del ser humano en distintos modelos terapéuticos (Feixas, 1992).

3. Los valores de alguna clase y cuestiones éticas aumentarán, así como problemas específicos de la población y de las minorías serán de gran preocupación. La psicoterapia no es ajena a los valores y teniendo en cuenta que los valores se transmiten lingüísticamente y el lenguaje es el medio por excelencia que utiliza la

psicoterapia podemos asumir la tesis anteriormente formulada, a saber, que la psicoterapia no debe ni puede ser ajena a los avances científicos de las diferentes ciencias sociales, como en este caso, la lingüística. Esto resulta más significativo en nuestros días, cuando nos enfrentamos a cambios culturales radicales producidos por la mundialización de la economía, el problema de la inmigración y otros que están paulatinamente desbordando el ámbito de marcos culturales limitados a grupos sociales, o étnicos cohesionados. De modo que enfrenta al psicoterapeuta, como individuo, ante una nueva situación que le obliga o probablemente le obligará a una reflexión socio-cultural, en principio objeto de estudio de otras disciplinas. Como señala Pelechano (2000):

"el mundo se ha hecho pequeño" en la medida en que la interconexión, la "globalización" y la comunicación hace que el planeta (una parte al menos de él, la más habitada, quizá mejor, la mas "desarrollada" económicamente) se encuentre más cercano porque se conoce con una mayor rapidez y se divulga con una rapidez similar lo que está sucediendo" (Pelechano, 2000, p. 775).

Siguiendo su tesis, estas circunstancias no promueven la solidaridad, debido a que en esta sociedad "del bienestar" ha desaparecido la "necesidad" básica. Así, este bienestar económico, pero no moral, no facilita el

desarrollo de la solidaridad. Y la insolidaridad se ha unido a la xenofobia (Pelechano, 2000). "No existe sociedad desarrollada en Occidente en la que la xenofobia no sea un problema". Desde aquí, quizá sea necesario revisar los valores propios y los que la sociedad enseña a través de los diferentes medios de comunicación, pues lo que está claro es que el bienestar económico no va unido a la solidaridad y tampoco a la aceptación de minorías o, dicho en otros términos, produce xenofobia.

4. Aunque criticado, el planteamiento de las condiciones facilitadoras de Rogers, propuesto en la década de los 50 del siglo pasado, sigue siendo relevante (Mitchel, K., Bozarth, J. and Krauft, J., 1977; Sloane, R.B., Staples, R.F., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. and Whipple, K., 1975). De alguna forma, este planteamiento, que enfatiza la importancia de la relación terapéutica y las cualidades que el terapeuta tenga para facilitar un cambio en el paciente - ser genuino, consideración positiva incondicional y empatía-, ha sido reconocido como lugar común a las distintas psicoterapias.
5. Otra cuestión que ha sido motivo de interés ha sido la orientación de generar un tratamiento eficaz al tiempo que eficiente (de mayores beneficios y menores costes).

Respecto al problema de gestionar tratamientos eficientemente, deberíamos hacer notar que la relación coste/beneficio no implica un criterio meramente economicista. Como parece lógico, se ha de demostrar que los tratamientos eficaces -beneficiosos para los pacientes- son también efectivos -útiles en la práctica clínica- y eficientes (mayores beneficios y menores costes que otras terapias).

Se trataría, como decíamos al inicio del capítulo, de dar el paso desde la investigación clínica hasta la práctica clínica, que, como también hemos visto, es, en sí mismo, problemático.

Decíamos que la relación coste-beneficio no entrañaba un criterio economicista. Como señala Echeburúa (1998):

"Se trata de determinar que los resultados justifican una inversión a nivel terapéutico (coste de la terapia), a nivel sanitario (ahorro de tratamientos ulteriores) y a nivel social (menos absentismo laboral, menos uso de recursos sociales, prevención de problemas en otros miembros de la familia, etc.)" (Echeburúa, 1998, p. 155-156)

En cualquier caso, este problema no es ajeno al modelo de estado social en el que vivimos, ya que nos encontramos ante las paradojas que indicara Habermas (1981):

“Una terapeutocracia que abarca desde la organización del cumplimiento de las formas hasta el trabajo juvenil, la enseñanza estatal, la organización de la sociedad y las medidas preventivas de carácter general, pasando por el tratamiento de las enfermedades mentales” (Habermas, 1981, p. 514).

Paradojas que, evidentemente, sólo afectarían a la inclusión de la psicoterapia dentro del modelo general de sanidad pública, porque, como hemos visto a lo largo de este capítulo, grandes capas de población de clase media-alta optan por un sistema privado de atención psicoterapéutica.

6. El análisis del cambio psicoterapéutico llegará a ser importante desde una perspectiva procesal. Se seguirán realizando estudios de factores que correlacionen con buenos resultados o incrementen los beneficios de la psicoterapia. Una vez demostrada la eficacia de la psicoterapia, y mientras se establecen sus procesos más relevantes, se prestará más atención al estudio de los efectos o elementos negativos de la psicoterapia.

Una variable importante de la psicoterapia, que está inmersa en todas las áreas que hemos mencionado, es la personalidad del cliente. Todos aquellos terapeutas que han hecho psicoterapia durante un período significativo de su vida saben cuán importante es la influencia de la personalidad para obtener resultados exitosos. Son muchos los psicólogos que se

han dedicado a la psicoterapia, y en su afán de explorar la mente, comprenderla y ayudar a sus clientes han acabado elaborando sus propias teorías de la Personalidad, incluso sometiéndola a revisiones y modificaciones. Los modelos integrativos y eclécticos van tomando fuerza, aunque es únicamente con relación a las técnicas específicas. Con respecto a las teorías de la personalidad, los principales modelos siguen siendo excluyentes unos de otros, hecho que, más que fortalecer, debilita a la Psicología y por tanto a la Psicoterapia. Esta circunstancia produce un reduccionismo de la visión del hombre, puesto que el hecho de ver los modelos y estudiarlos aisladamente necesariamente nos obliga a decir en dónde nos encontramos nosotros con relación a ellos ¿psicoanalista o cognitivo? ¿conductual o gestáltico?...

Por último no podemos olvidar que la psicoterapia está inmersa en la cultura de cada país, y, por lo tanto, sometida a los cambios sociales que se produzcan en ella. Así, desde España, y dado el fenómeno social de la inmigración que se está produciendo, en un futuro muy cercano los problemas de minorías aparecerán, y no sólo serán problemas de las personas que vienen, sino que también se requerirá una importante adaptación de todos en el respeto a la pluralidad y las diferencias.

Como hemos visto a lo largo de esta introducción, la psicoterapia es un área compleja a la hora de investigar, debido a los diferentes tipos de muestras de los clientes y terapeutas, lo que a menudo explica los discrepantes resultados que pueden aparecer.

Además, la diversidad referida a las clases de medidas de criterios, la duración variable de los tratamientos, los criterios diferentes para la aceptación de clientes, y temas similares, también llevan a la ausencia de comparabilidad de un estudio con otro. En última instancia, las limitaciones metodológicas de los trabajos del pasado reducen el valor de estas investigaciones. En este orden de cosas, una revisión de investigaciones pasadas podría indicar dónde estamos en el presente, y ayudar a elegir la elección futura.

Vemos que son muchos los estudios realizados, pero siguen siendo pocos para permitirnos obtener conclusiones claras y definitivas. O, dicho de otra forma, existe una gran diversidad de caminos posibles a estudiar, pues son muchas las variables implicadas en la psicoterapia. Sí podemos deducir una cosa: algunos de los diferentes elementos que influyen en el éxito terapéutico ya se conocen, pero todavía nos preocupan todos esos elementos desconocidos, o más bien poco estudiados, como son las variables de personalidad del cliente. Son muchos los autores que en sus diferentes trabajos afirman que la personalidad del cliente influye en los resultados de la terapia, pero se sabe muy poco de ella. El trabajo que ahora presentamos tiene como objetivo estudiar una variable de Personalidad: la rigidez. Ver en qué medida cambia la rigidez tras finalizar la psicoterapia.

2. RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y TERAPIA

2.1. Análisis bibliométrico de la rigidez

2.2 Concepto de rigidez

2.3 El modelo de parámetros

Conclusiones

2. RELACION ENTRE PERSONALIDAD Y TERAPIA

Desde que los problemas psicológicos se tratan, la personalidad ha estado muy unida a la terapia. De hecho, no podemos acercarnos al individuo para realizar un tratamiento pensando sólo en el problema motivo de consulta. Tampoco podemos basarnos sólo en un diagnóstico. Los psicoterapeutas sabemos que es necesario tener un conocimiento amplio de la persona para realizar una intervención eficaz. Por ello, el procedimiento de llegar a conocer a la persona incluye muchos elementos, entre ellos su historia personal, su patrón cognitivo, comportamental y emocional y, por supuesto, su personalidad. Es evidente que este conocimiento ha de hacerse de la forma más objetiva posible para poder predecir su funcionamiento futuro.

La evaluación de la personalidad no se hace desde un único método, sino que coexisten diferentes niveles de análisis y diferentes acercamientos, en función del modelo del que se parte. Estamos de acuerdo con Pelechano (2000) cuando señala que, desde la perspectiva de la psicología de la personalidad, es necesario un mayor conocimiento para hacer una intervención adecuada. Pero, a menudo los conocimientos de los que disponemos para realizar una adecuada

evaluación del individuo no coinciden en su desarrollo científico y académico

"... la evaluación psicológica ha tenido unos desarrollos académicos en España que posiblemente van por delante de los desarrollos científicos que se han dado (o al menos, no existe un equilibrio puntual entre esta parcela y el resto de las que componen los conocimientos de psicología)..." (Pelechano, 2000, p. 76).

Por ello, se siguen investigando variables de personalidad que nos ayuden a tener un conocimiento más profundo del individuo, en pro de mejorar su salud mental. Una de las variables de personalidad que nos parecen relevantes es la rigidez, y a ella dedicaremos nuestro trabajo.

2.1. ANALISIS BIBLIOMETRICO DE LA RIGIDEZ

Para comenzar este capítulo hemos realizado una revisión bibliográfica desde el año 1996. La muestra obtenida de la Base de Datos Psyclit (Psicoinfo) ha consistido en 2193 artículos. Esta revisión se ha realizado buscando estudios que relacionaran la variable de personalidad Rigidez con la Psicoterapia, así como la relación de otras variables de personalidad con la Psicoterapia.

Los resultados que obtenemos son:

- 1) Artículos publicados por año.
- 2) Autores más productivos.
- 3) Revistas que más publican sobre este tema.

- 4) Países que más publican.
- 5) Temas.

Respecto a los artículos publicados por año, encontramos que el año en el que más se ha publicado sobre Personalidad y Terapia es el 2001, con 390 artículos; le sigue el año 2002, con 359 artículos; y a continuación 1996, con 330. Desde el año 1996 al año 2000, si miramos la gráfica 2.1, parece que hay un lento pero paulatino descenso del interés por este tipo de investigación, pues son menos los trabajos que se publican. Sin embargo, en el año 2001 parece que vuelve a cobrar gran interés la personalidad en relación a la terapia pues aumentan de forma considerable el número de trabajos publicados.

Con relación a los autores que más han investigado la relación entre Personalidad y Terapia en la tabla 2.1 aparecen aquellos más productivos.

El siguiente análisis que realizamos se refiere a las revistas que más publican sobre este tema. De los 2193 artículos publicados, en la tabla nº 2.2 podemos ver cuáles son éstas, destacando "Dissertation-Abstracts-International:-Section-B: -The-Sciences-and-Engineering" con 141 publicaciones sobre Personalidad y Psicoterapia. Le sigue en nº de publicaciones, pero a distancia, "Psychotherapy-and-Psychosomatics", con 34, y "American-Journal-of-Psychotherapy", con 28. Esta diferencia se ve bien de forma gráfica de las 14 revistas que más publican sobre personalidad y terapia (ver gráfico 2.2). En la tabla nº 2.3 están los nombres de estas revistas.

Los países más productivos en este tema son EEUU, a la cabeza con 1293 artículos; a continuación, a distancia, Inglaterra, con 235; después le sigue Alemania, con 127; Canadá, con 78; Italia, con 57... como se puede ver en el gráfico nº 2.3 y en la tabla 2.4. En cuanto a número de publicaciones sobre este tema, España se encuentra en el lugar noveno, tal como se aprecia en la tabla nº 2.5.

Entre los temas clave que aparecen en estos artículos, la rigidez es citada de muy distintas maneras. Por ejemplo, aparece la rigidez del pensamiento introvertido, medida por la escala MMPI; la rigidez frente a la flexibilidad, citada en terapias dinámicas breves; la rigidez de los mecanismos de defensa; la rigidez de la educación; la rigidez cognitiva; la rigidez de la investigación vs. la flexibilidad intuitiva de la práctica; la rigidez de pensamiento... En general, todos los autores admiten que existe la rigidez, encontrándose justificada desde su modelo teórico, pero no hay consenso sobre cómo medirla en el caso de que fuera necesario, o hasta qué punto es importante o no detectarla en el momento de planificar una psicoterapia concreta.

GRAFICA 2.1. NÚMERO DE ARTICULOS PUBLICADOS POR AÑO

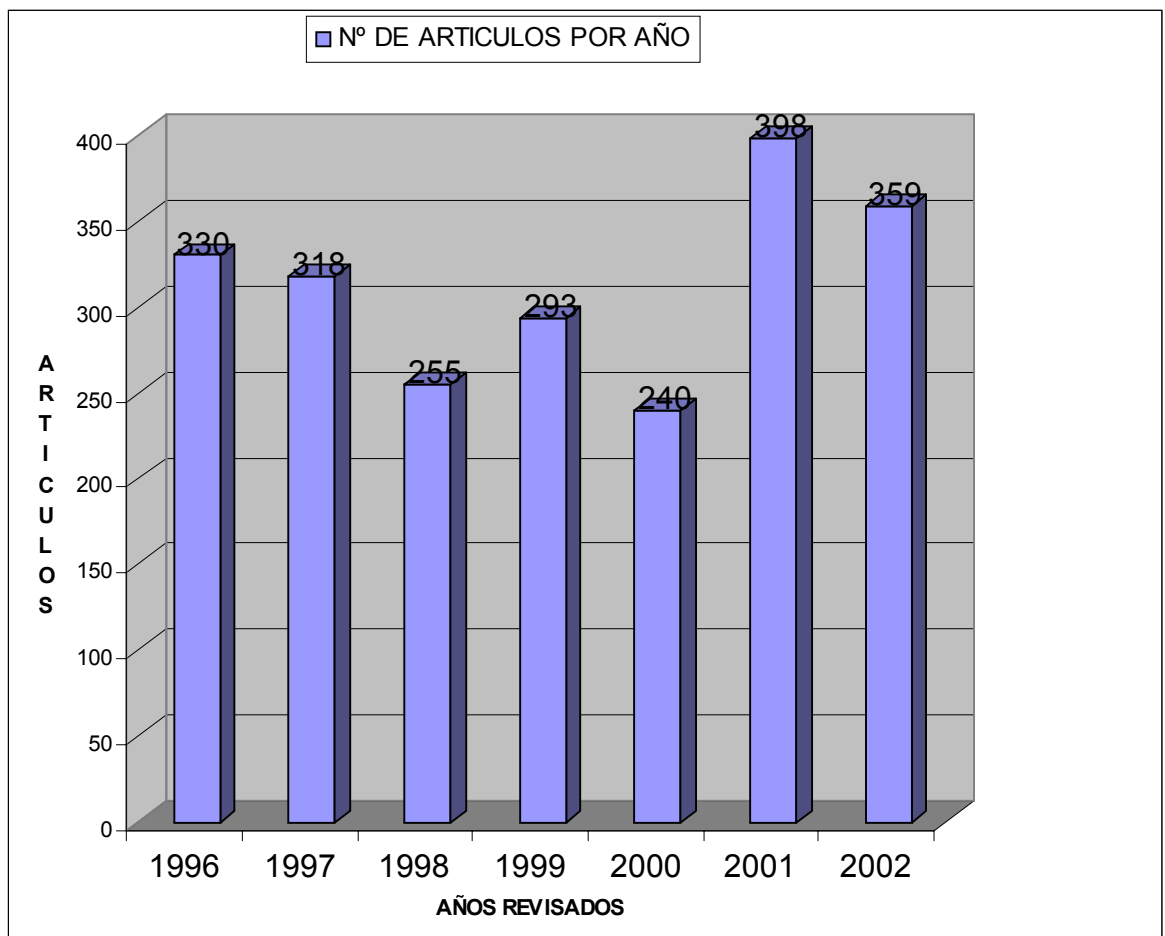


TABLA 2.1. AUTORES MÁS PRODUCTIVOS

AUTOR	Nº ARTICULOS
Álvarez, -Anne	5
Barber, -Jacques-P	7
Bateman, -Anthony	7
Benjamin, -Lorna-Smith	7
Fonagy, -Peter	5
Gabbard, -Glen-O	8
Gunderson, -John-G	7
Horowitz, -Mardi-J	7
Kernberg, -Otto	10
Millon, -Theodore	5
Ogrodniczuk, -John-S; Piper, -William-E	7
Ormont, -Lour R.	5
Perris, -Carlo	6
Rustin Margaret	4
Ryle, -Anthony	6

TABLA 2.2. REVISTAS MÁS PRODUCTIVAS EN PERSONALIDAD Y TERAPIA

REVISTA	N°
American-Journal-of-Psychiatry	23
American-Journal-of-Psychotherapy	28
American-Psychologist	6
Australian-and-New-Zealand-Journal-of-Psychiatry	9
Australian-Journal-of-Psychotherapy	5
Behaviour Research and Therapy	17
Behavioural-and-Cognitive-Psychotherapy	15
British-Journal-of-Medical-Psychology	10
British-Journal-of-Psychiatry	9
British-Journal-of-Psychotherapy	18
Bulletin-of-the-Menninger-Clinic	11
Clinical-Psychology:-Science-and-Practice	6
Clinical-Psychology-and-Psychotherapy	5
Contemporary-Psychoanalysis	7
Dissertation-Abstracts-International:-Section-B:-The-Sciences-and-Engineering	141
Dissertation-Abstracts-International-Section-A:-Humanities-and-Social-Sciences	22
Group-Analysis	25

Individual-Psychology:-Journal-of-Adlerian-Theory,-Research-and-Practice	5
International-Journal-of-Group-Psychotherapy	21
International-Journal-of-Intensive-Short-Term-Dynamic-Psychotherapy	12
International-Journal-of-Psychotherapy	8
Journal-of-Child-Psychotherapy	7
Journal-of-Clinical-Psychology	17
Journal-of-Cognitive-Psychotherapy	15
Journal-of-College-Student-Psychotherapy	9
Journal-of-Constructivist-Psychology	5
Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology	9
Journal-of-Contemporary-Psychotherapy	14
Journal-of-Nervous-and-Mental-Disease	7
Journal-of-Personality-Assessment	17
Journal-of-Personality-Disorders	23
Journal-of-Projective-Psychology-and-Mental-Health	7
Journal-of-Psychosomatic-Research	5
Journal-of-Psychotherapy-in-Independent-Practice	5
Journal-of-Psychotherapy-Integration	17
Journal-of-Psychotherapy-Practice-and-Research	23
Korean-Journal-of-Counseling-and-Psychotherapy	7

Nordic-Journal-of-Psychiatry	11
Psychiatric-Bulletin	6
Psychiatric-Clinics-of-North-America	6
Psychiatric-Services	12
Psychoanalysis-and-Psychotherapy	6
Psychoanalytic-Dialogues	8
Psychoanalytic-Inquiry	8
Psychoanalytic-Psychology	7
Psychoanalytic-Psychotherapy	10
Psychodynamic-Counselling	5
Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische-Psychologie	19
Psychotherapy:-Theory, -Research, -Practice, -Training	23
Psychotherapy-and-Psychosomatics	34
Psychotherapy-Research	20
Therapeutic-Communities:-International-Journal-for-Therapeutic-and-Supportive-Organizations	6
Transactional-Analysis-Journal	9
Zeitschrift-fuer-Individualpsychologie	6

GRAFICO 2.2. REVISTAN QUE MAS PUBLICAN

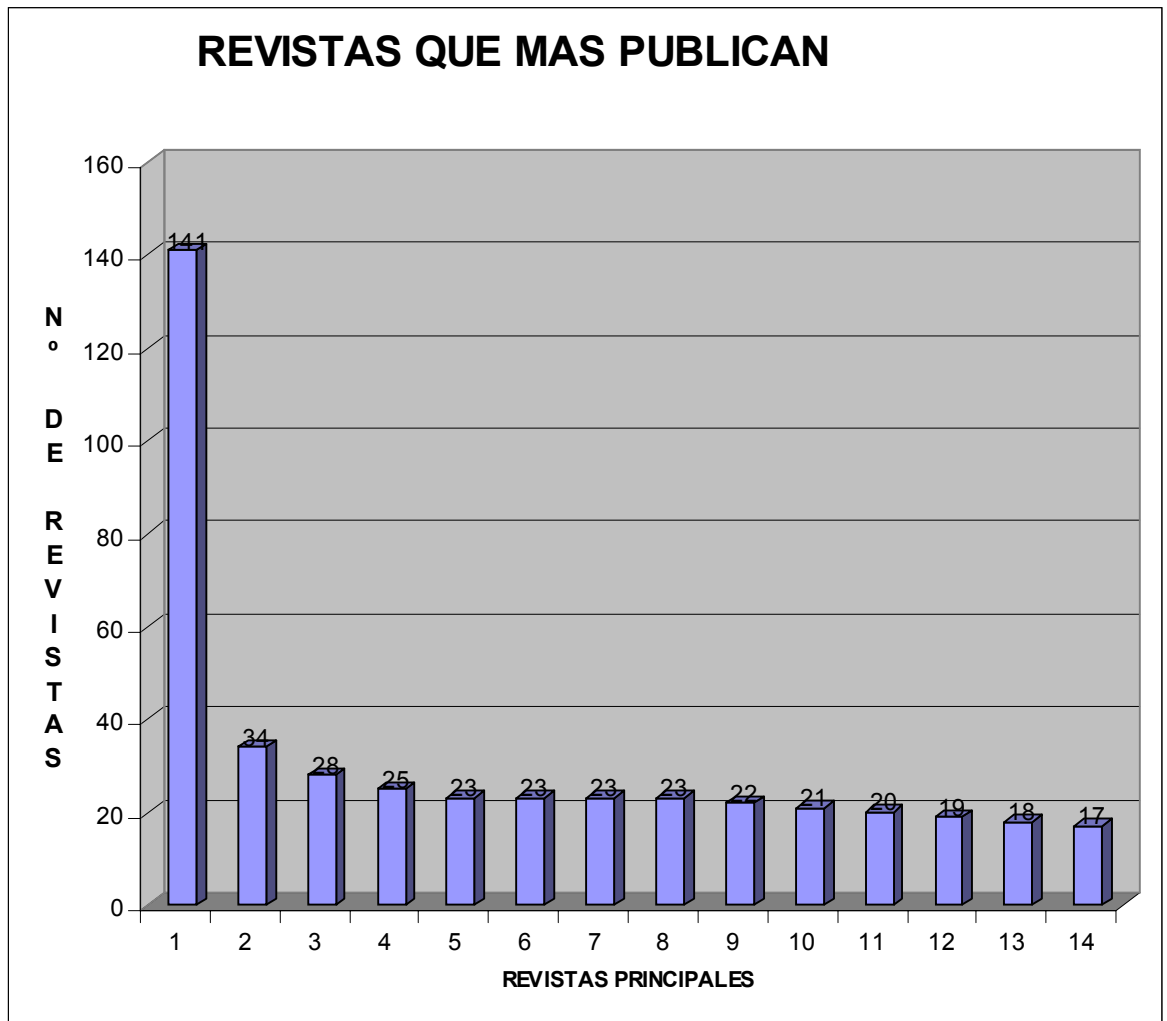
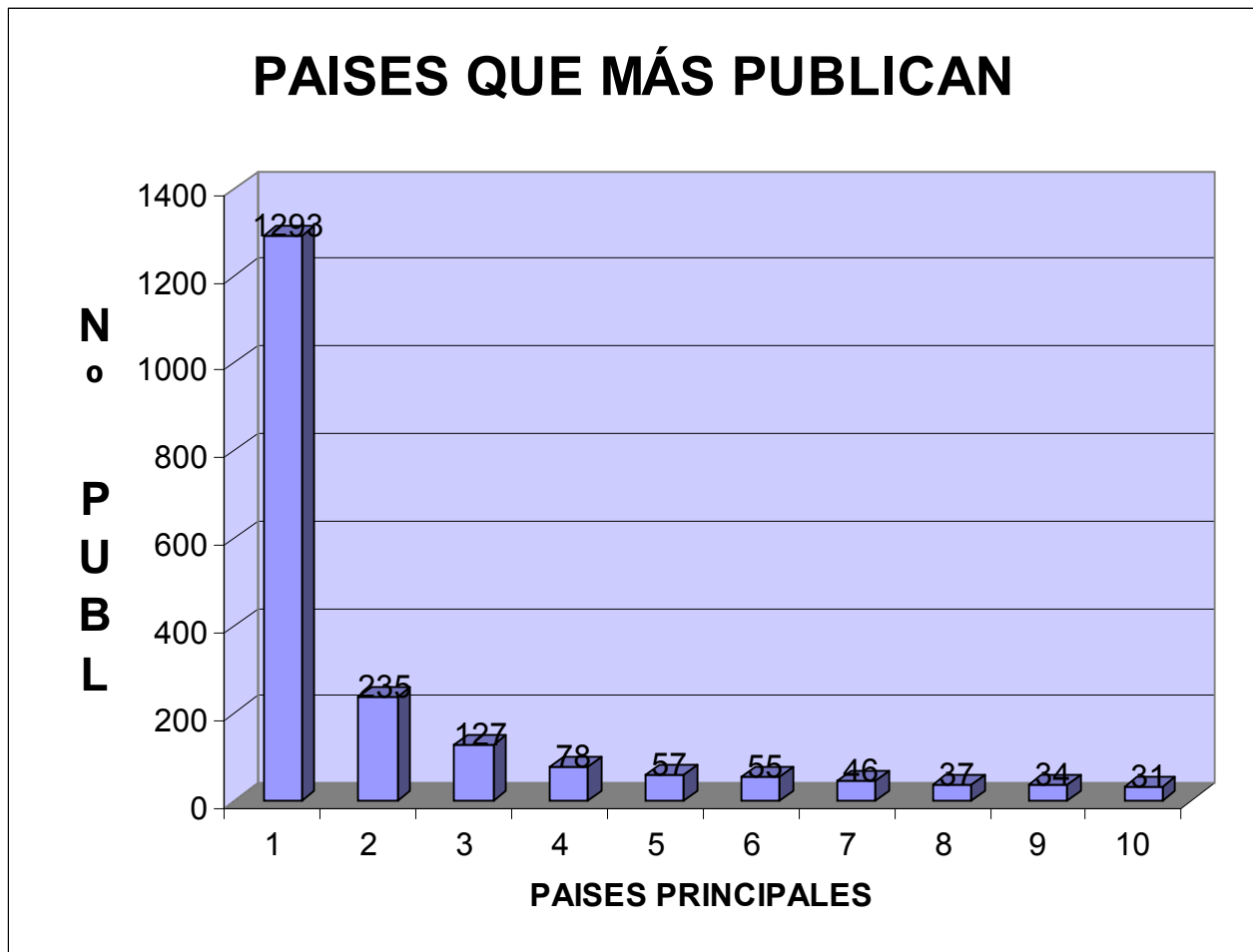


TABLA 2.3. NOMBRE DE LAS REVISTAS REFERENCIADO EN EL GRÁFICO 2.2

Número	Nombre de la revista
1	Dissertation-Abstracts-International:-Section-B:-The-Sciences-and-Engineering
2	Psychotherapy-and-Psychosomatics
3	American-Journal-of-Psychotherapy
4	Group-Analysis
5	Journal-of-Psychotherapy-Practice-and-Research
6	Journal-of-Personality-Disorders
7	Psychotherapy:-Theory,-Research,-Practice,-Training
8	American-Journal-of-Psychiatry
9	Dissertation-Abstracts-International-Section-A:-Humanities-and-Social-Sciences
10	International-Journal-of-Group-Psychotherapy
11	Psychotherapy-Research
12	Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische-Psychologie
13	British-Journal-of-Psychotherapy
14	Journal-of-Personality-Assessment
14	Journal-of-Clinical-Psychology
14	Behavior Research and Therapy

GRAFICO 2.3. PAISES QUE MAS PUBLICAN SOBRE PERSONALIDAD Y TERAPIA



**TABLA 2.4. NOMBRE DE LOS PAISES NUMERADOS EN
EL GRÁFICO 2.3**

NÚMERO	PAÍS	NÚMERO DE PUBLICACIONES
1	Estados Unidos	1293
2	Inglaterra	235
3	Alemania	127
4	Canadá	78
5	Italia	57
6	Holanda	55
7	Suecia	46
8	Australia	37
9	Spain	34
10	India	31

TABLA 2.5. PAISES QUE MAS PUBLICAN

PAIS	NUMERO DE PUBLICACIONES
Estados Unidos	1293
Inglaterra	235
Alemania	127
Canada	78
Italia	57
Holanda	55
Suecia	46
Australia	37
Spain	34
India	31
Francia	20
Israel	19
Noruega	15
Suiza	13
South Africa	13
Grecia	11
Nueva Zelanda	10
Polonia	10
China	10
Belgica	8
Japón	8
Korea	7
Rusia	6
Finlandia	5
Dinamarca	4
Eslovenia	4
Yugoslavia	3
Gales	3
Croacia	3
Irán	3
Austria	2
México	2
Namibia	2
Hong kong	2
Arabia Saudi	2

2.2. CONCEPTO DE RIGIDEZ

Nuestro estudio intenta revisar y profundizar en una dimensión de personalidad que desde sus inicios ha ido apareciendo y desapareciendo, manteniéndose a menudo en un segundo plano, pero al que se vuelve continuamente, esto es: la rigidez. En definitiva, los teóricos de la personalidad, tras el hallazgo de una o dos variables que ellos consideraron relevantes, se han centrado en su estudio, olvidando todas las demás (Pelechano, 1973a).

¿A qué nos referimos cuando hablamos de rigidez? ¿A qué autor/es podríamos recurrir para llegar a un conocimiento más profundo de ella? Contestar estas preguntas nos resulta difícil, puesto que muchos autores han apelado a ella desde muy diferentes modelos teóricos, dándole mayor o menor relevancia, acercándose al concepto directamente o utilizando sólo alguna vertiente de sus características, lo que nos hace encontrarnos con un concepto polisémico de gran complejidad analítica.

Intentaremos realizar una revisión conceptual de la rigidez como dimensión de la personalidad, partiendo de los diccionarios al uso, tanto de ámbito general como más específicos de nuestra disciplina. Las diferentes acepciones que encontramos nos dan el marco de referencia para organizar los distintos acercamientos que muy diferentes investigadores han realizado con respecto a esta dimensión de personalidad. Es de esta manera como podemos entender

su sentido negativo y positivo, así como el acercamiento desde el punto de vista social que contempla la rigidez como una actitud y algunas otras acepciones relacionadas con esta variable objeto del estudio que nos ocupa.

En el Diccionario de M^a Moliner (1988) las definiciones de rigidez que encontramos son:

"1-Imposible o difícil de doblar. 2-Falto de flexibilidad para acomodarse a las circunstancias. 3-(aplicado a la moral y a las personas por su moral) inflexible, riguroso y exageradamente atenido a las normas establecidas o que él mismo se impone. 4-Inexpresivo. Se aplica al rostro, y a las personas por él, que no muestran ninguna emoción".

Si nos centramos en un diccionario más específico de psicología, como el de Dorsch (1985), la acepción que da de rigidez es:

"En Psicología, falta de elasticidad en las funciones psíquicas. A diferencia de la perseveración, hay en la rigidez incapacidad de desprenderse de modos de pensar y de obrar. No es una cualidad general, que caracterice en su totalidad a una persona, sino que afecta a sectores determinados: rigidez afectiva, motora, cognitiva, etc".

Si analizamos estas dos aproximaciones al concepto de rigidez, podemos observar que el concepto de rigidez mantiene en su seno al menos dos aspectos. Por un lado, un aspecto negativo, referido a la persona que tiene dificultad para acomodarse a diferentes circunstancias, que es incapaz de tener en

cuenta otros modos de pensar o asumir el punto de vista de los demás y desprenderse de los propios, dogmática, con miedo a la ambigüedad, sin apertura mental. Por otro lado, el aspecto positivo, en el que la rigidez se aplica a la persona que se mantiene inflexible, se atiene a sus normas establecidas, es constante, persevera y nada le distrae de su meta marcada, de tal forma que consigue sus objetivos.

Con referencia al aspecto negativo, la definición de "incapacidad de desprenderse de modos de pensar y obrar" nos está indicando que existe un patrón de respuesta específico y fijo, y esto también se puede entender como estereotipia. Es más, si volvemos a recurrir al diccionario, Dorsch define a la estereotipia como:

1-Designa procesos (motores, cognitivos, lingüísticos) que aparecen rígidos y como fijados. La conducta estereotipada se produce de forma unitaria y poco variable dentro de una determinada situación conflictiva, y apenas puede cambiar por razones o circunstancias. Movimiento estereotipado: movimiento, actitud o expresión verbal anómalos, reiterados o duraderos.

2) Denominación introducida por Lippmann (1922) en las ciencias sociales para designar concepciones esquemáticas, simplificadoras y desgastadas sobre aspectos del mundo social (grupos, clases, naciones, profesiones, instituciones sociales...). La estereotipia para el propio grupo se llama también auto estereotipia, y para otros heteroestereotipia.

Desde una tradición psicopatológica, indicadores claros de patología eran la rigidez, como estereotipia

de respuestas, y el enequetismo¹ en personalidad. Kraepelin (1913), a finales del siglo XIX, se planteó el problema de lo que ocurre con la estereotipia de las respuestas que tienen los pacientes esquizofrénicos y neuróticos y el enequetismo. Para Kraepelin lo que llaman personalidades enequéticas, como un tipo de sintomatología que aparece en algunos pacientes, debe tener una entidad clínica y una entidad psicológica. Kraepelin concentró sus esfuerzos en trazar un curso temprano para intentar llevar a cabo un diagnóstico precoz de dos síndromes principales y graves: la demencia precoz y la locura maniaco-depresiva, relacionándolos con dos tipos premórbidos de personalidad que son respectivamente: el temperamento autista (reducción en intereses externos al propio yo) y la disposición ciclotímica que incluye cuatro problemas: hipomanía, depresión, irascibilidad (que define como hipomaniaco e irascible a la vez) e inestabilidad emocional (hipomaniaco y depresivo aunque cíclico).

A continuación podemos ver algunos de los puntos de referencia que hemos tomado en consideración a la hora de buscar una evolución del concepto en psicología. En el último cuarto del siglo XIX, en la escuela de Würzburgo -en la que destaca Narziss Ach, entre otros-, la tradición psicológica realiza estudios experimentales sobre los contenidos de pensamiento. Esta escuela, preocupada por encontrar

¹ Enequético: Nombre dado por Mauz para un tipo constitucional. El enequético es lento, viscoso y no diferencia lo importante de lo secundario; es detallista, minucioso y prolijo. Su afectividad es poco diferenciada y sus oscilaciones están condicionadas por estímulos exteriores. Tienen poca vida interior y, en general, son mediocres o inferiores. Físicamente, su rostro es poco expresivo, con mirada de "animal manso y fiel", predominando en lo corporal la displasia y la amorfia. (Diccionario de psiquiatría. Editorial Jims. Menarini. 1995) -.

elementos motivacionales que permitieran la terminación de tareas (o su abandono), investiga los efectos de halo o "formales", referidos a la tendencia de los individuos a seguir utilizando una estrategia y no otra de manera reiterada (independientemente de su eficacia); esto es, estudian la dinámica de la solución de problemas, más que insistir en el hallazgo de una solución.

Ach defendía que el hecho de cumplimentar de manera correcta tareas experimentales exige la presencia de una "tendencia determinante" (*determinierende Tendenz*) y de perseveración en la realización de la tarea (*Aufgabe*), elementos importantes para entender la idea de rigidez en psicología. Esta tendencia a la acción implica un comportamiento motivacional, crucial para comprender los problemas planteados y resolverlos de forma satisfactoria. Es frecuente que una persona tienda a resolver problemas de una manera concreta y siempre tienda a actuar de una misma manera ante problemas nuevos, independientemente del éxito o no en la solución. Siguiendo a Pelechano (2000):

"En términos más contemporáneos, se diría que los sujetos generan una solución, y la convierten en algoritmos más o menos estereotipados, o rutinas que aplican de manera progresivamente más automática a todos los problemas que se les plantean, y, pese a que el éxito no siempre es el deseado, siguen empeñados en formas de pensamiento y patrones de actuación que van

mermando la eficacia personal" (Pelechano, 2000, p. 264).

Es el planteamiento de la escuela motivacional que da lugar a la idea de motivación de logro.

En la línea europea, en un primer momento, tenemos el estudio de las denominadas *tendencias de aprendizaje (learnig sets)* como elementos facilitadores del rendimiento. La idea es que para aprender algo se exige un cierto "clima" en el que se dé ese aprendizaje, y, una vez aprendido, se tiende a repetir. La obra de Luchins (1961) muestra esta manera de pensar en su estudio de las estrategias de solución de problemas con jarras de agua¹.

"En este tipo de problemas se propone al sujeto que encuentre un número justo de litros de agua (por ejemplo, 3) y se le dan dos jarras, una de 5 y otra de 2 litros. Se van complicando progresivamente los problemas, y se propone una serie cuya solución se obtenga siempre de la misma manera. Después de haber resuelto entre 5 y 8 problemas de esa manera, se le plantean tres o cuatro que pueden resolverse de esa manera (que es más larga) o de otras formas alternativas que son nuevas y más simples. El indicador de rigidez es la repetición de las formas de solución antiguas."

Luchins plantea la tendencia de las personas a emitir patrones de forma rígida que antes funcionaban y quizás ahora no. A pesar de que los problemas puedan

¹ Luchins (1961), op cit, Pelechano (2000).

resolverse de una forma más sencilla, el sujeto tiende a ignorar esta posibilidad y seguir utilizando el engorroso método previo. Es el efecto de "halo"², pero ya no como contenido de conciencia, sino como un efecto de arrastre que hace que la persona persevere en un tipo de solución, y muestre una especial predisposición a responder de una forma determinada, pues busca en la memoria huellas de experiencia previa, sin ni siquiera considerar otras respuestas alternativas. Por lo que el indicador de rigidez de la personalidad es la repetición de las formas antiguas de solucionar los problemas, excluyendo la posibilidad de integración de nuevas formas de proceder más cortas.

Hasta aquí hemos visto la dimensión más en su sentido negativo, desde una tradición de psicología del pensamiento, como falta de flexibilidad para acomodarse a las circunstancias. Desde otra perspectiva más positiva, se plantea la dimensión de personalidad rigidez aludiendo a la motivación y perseverancia de un individuo para la consecución de sus objetivos o tareas.

Volviendo al diccionario de Dorsch (1985), éste define la *perseverancia* como: (ingl. *perseverance*):

Constancia, sin clara distinción frente a persistencia. Término usado antes en el sentido de perseveración y actualmente bien diferenciado, ya que este último concepto significa una persistencia

² Los "halos" de aprendizaje, o "efecto atmósfera", impiden la solución eficaz de problemas de forma creativa.

involuntaria, mientras que perseverancia implica control voluntario de la atención. (Maller, 1944).

En este grupo de autores se incluyen Spearman (1927) y Thurstone (1934). Spearman, procedente de la escuela inglesa, desarrolló su teoría del factor general de inteligencia (denominado factor "g"), donde aparece un factor de perseverancia relacionado con la rigidez. Cuando una persona se enfrenta a una tarea, puede ser más o menos constante, por lo que unos insistirán hasta concluirla, y otros, ante esa misma dificultad, abandonarán. La persistencia o perseverancia está relacionada con la motivación de logro, e implica un control voluntario. Desde este punto de vista, la rigidez es adaptativa.

Así pues, tenemos dos tradiciones: una centrada en la psicología del pensamiento, que contempla la rigidez como aspecto negativo, y otra, también imbuida en la psicología del pensamiento, donde además están presentes unos componentes motivacionales, y se observa un aspecto positivo de perseverancia.

Otra tradición, independiente de las anteriores, ha sido el estudio de la rigidez desde el punto de vista social. Figura principal en este punto es T. Adorno, quién realizó un estudio, junto con un grupo de psicólogos judíos sobre el fenómeno del antisemitismo. Estos investigadores, impulsados por la situación política del momento: el nazismo y, con la idea de que no volviera a repetirse el antisemitismo, intentan descubrir cuales son las características de la personalidad autoritaria y racista. Parten de la hipótesis de que existe un carácter autoritario-

fascista, por lo que intentan aislar los factores de personalidad que miden esto. Todo ello motivados para poder prevenir que se volviera a repetir el holocausto nazi. Así a comienzos de los años cincuenta, como resultado de sus investigaciones aparece la obra *La personalidad autoritaria* de Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson y Sanford, de la que salieron diferentes escalas, pero la que mayor uso y aplicación ha tenido ha sido la escala F (escala de fascismo). Según los autores, el autoritarismo se caracterizaba básicamente por los siguientes ejes racionales:

- a) *convencionalismo*, o rígida adhesión a los valores convencionales y de clase media;
- b) *sumisión autoritaria*, o lo que es lo mismo: una actitud sumisa y acrítica respecto a las autoridades morales de su grupo, debidamente idealizadas;
- c) *agresividad autoritaria*, o tendencia a mantener estrecha vigilancia, encaminada a condenar, rechazar o castigar a quienes violen los valores convencionales del grupo de referencia;
- d) *anti-intracción*, postura contraria a lo subjetivo, lo imaginativo y lo mentalmente blando;
- e) *superstición y afición a los estereotipos*, o creencia en determinantes de índole mística del destino de los individuos, disposición a pensar en categorías rígidas;
- f) *poder y rigidez o dureza mental*, preocupación en torno a las dimensiones de fuerza-debilidad, dominación-sumisión, jefe-secuaz, identificación

- con los símbolos de poder, exagerada afirmación de seguridad en las actitudes;
- g) afán de *destrucción y cinismo*, en el sentido de expresar una hostilidad generalizada y envilecimiento hacia los "otros";
 - h) *uso de mecanismos proyectiles hostiles y agresivos de manera sistemática y generalizada*, es la tendencia a creer que acaecen cosas graves en el universo, proyección al exterior de los impulsos emocionales inconscientes;
 - i) *sexualismo*, o un interés exagerado en el comportamiento sexual ajeno, acompañado de posicionamientos intolerantes hacia lo sexualmente no convencional.

Estos autores concluyeron que la escala no medía sólo a los fascistas, es decir, el autoritarismo de derecha ideológica y política, sino a las personalidades autoritarias en general, personas rígidas y enequéticas.

En torno a los años sesenta, uno de los intentos más serios de investigar las tendencias al autoritarismo desde un punto de vista psicológico, así como de superar los problemas planteados con la escala F, fue llevado a cabo por Milton Rokeach. Rokeach (1960) intentó salvar la dicotomía izquierda-derecha y elaborar un modelo distinto y con mayor carga psicológica, su escala de dogmatismo. De esta forma, equiparó dogmatismo a un sistema cerrado de creencias. Una creencia es una afirmación que la persona considera que es verdadera, independientemente de su grado de contrastación empírica con la realidad. Un

sistema cerrado de creencias, o dicho de otra manera, una persona dogmática, se caracteriza por una rigidez extrema: inflexibilidad, rechazo de cualquier sistema que no sea el propio, aislamiento en compartimentos estancos del sistema de creencias y el de anticreencias, aceptación de otras personas en función del nivel de autoridad que posean y de que esa autoridad sea asumida por los demás, pensamiento dicotómico y excluyente, causalidad única y lineal de los fenómenos sociales. En definitiva, personas resistentes al cambio, y con una notable intolerancia hacia la ambigüedad. Esta escala de dogmatismo, que pretendía representar el autoritarismo de derechas y el de izquierdas, no obtuvo los resultados satisfactorios que esperaba. De hecho, desde entonces, se han hecho al menos cinco versiones buscando paliar considerablemente el sesgo "derechista".

Ante la evidencia anterior, en los años 70, Kremml (1977) realiza una formulación sobre la "personalidad anti-autoritaria". Intentaba recoger la acracia intelectual y el pasotismo, no radical sino moderado. Kremml define la personalidad anti-autoritaria como el rechazo sistemático de consignas referentes a la autoridad. Su planteamiento refleja la ideología americana de finales de los sesenta hasta mitad de los setenta, comprometida con la defensa de los derechos civiles (antigregacionismo, defensa de la igualdad de derechos para las mujeres) y la protesta por la participación estadounidense en guerras externas con campañas y obligatoriedad de reclutamiento dirigido a sectores concretos de población. A nivel metodológico, Kremml insistió en

realizar estudios restringidos sobre poblaciones universitarias, por lo que el tipo de resultados alcanzado no fue el previsto, ni se pudo generalizar a otros marcos culturales y otras personas, lo que produjo muchas críticas a la hora de aceptar sus conclusiones.

Por otro lado, desde la psicología de la personalidad destacan tres autores que han formulado teorías sobre el funcionamiento intelectual, y han llevado a cabo modelos multifactoriales: Guilford, Cattell y Eysenck.

Guilford (1959) es el creador y propulsor de un modelo cúbico sobre el intelecto humano. Cattell (1959) tenía como objetivo elaborar una descripción completa de toda la personalidad. Fruto de ello es su test de 16 factores teóricos.

Eysenck (1967, 1970), por otro lado, retoma la distinción de mentalidad dura y blanda que ya realizara W. James³ en 1923. James plantea que los sistemas filosóficos están frecuentemente influidos o determinados por el temperamento de sus autores. Así por ejemplo, en Literatura, perduran los académicos y los realistas; en Arte, los clásicos y románticos; en Filosofía también se produce un contraste entre el "racionalista" y el "empírico". En el cuadro siguiente se ve esta distinción entre mentalidad dura y mentalidad blanda, como dos tipos opuestos de temperamento, conducentes a dos puntos de vista filosóficos distintos.

³ Se trata de "Pragmatismo", de William James. Ed. Española, D. Jorro, Madrid 1923, página 12. Trad de Santos Pubiano.

Individuo de mentalidad blanda	Individuo de mentalidad dura
Racionalista Intelectualista Idealista Optimista Religioso Partidario de la idea de libre arbitrio Monista Dogmático	Empirista Sensacionalista Materialista Pesimista Irreligioso Fatalista Pluralista Escéptico

Entre estos dos temperamentos existe un antagonismo que los opone. Esta distinción de rasgos de una y otra columna ejemplifica dos temperamentos fácilmente diferenciables. El duro tiene a su opuesto por un sentimental y un débil fácilmente maleable; el blando piensa que su contrario es falta de refinamiento, empecinado, brutal.

El mentalmente blando está dominado por valores pertenecientes al mundo de la ética, la moralidad, y al mundo del altruismo en general. El mentalmente duro, está dominado por los valores realistas, temporales, egoístas.

En esta tradición se ve la rigidez como algo negativo: a más inteligente menos rígido. A más rigidez menos eficacia en la vida social. Estudios

posteriores demostraron que estas correlaciones no son correctas.

En la década de los 60, Eysenck (1967) interpretó la rigidez como un subcomponente diluido dentro del neuroticismo, y el dogmatismo como un subcomponente de, en parte la extraversión, y en parte el neuroticismo. En esta tradición clínica, que comienza a finales del s. XIX, se diría que la rigidez no es más que una muestra de ansiedad. Por ejemplo, personas con falta de habilidades sociales presentan rigidez, movimientos casi grotescos, torpes. Están tensos y rígidos. Es por esto por lo que Eysenck cree que la rigidez puede incluirse en el neuroticismo, es decir, que no es independiente.

En su obra "La psicología política" (1964), Eysenck se centra básicamente en los estudios realizados sobre actitudes y en su relación con el sistema de estructuración de la personalidad. Aunque las actitudes han sido estudiadas casi siempre desde la psicología social, también se consideran como tema a tratar desde la psicología de la personalidad. En psicología de la personalidad, el estudio de las actitudes se ha planteado desde la óptica de los rasgos. Se habla de "dimensiones actitudinales", considerándose las actitudes como una clase especial de rasgos, que tienen que ver con los modos de "sentir" y pensar de los individuos, y por tanto que influyen -o explican- parte de su comportamiento ante determinadas situaciones.

Para Eysenck, las actitudes se encuentran estrechamente relacionadas unas con otras, conformando un "patrón" o estructura. Se pueden distinguir cuatro grados distintos de organización o estructura:

1.-Opiniones, en el nivel más bajo. No están relacionadas con otras opiniones, no son características de la persona que las defiende, y no son susceptibles de ser reproducidas. Ante diferentes situaciones se pueden tener diferentes opiniones. No van más allá de sí mismas, y no añaden nada al conocimiento de la personalidad. Son las OPINIONES ESPECÍFICAS.

2.-Un nivel superior se constituye cuando ante diferentes situaciones uno tiene las mismas opiniones. Éstas forman una opinión relativamente constante del modo de ser de la persona. No están sujetas a cambios bruscos o arbitrarios. Son fiables, en cuanto que son estables. Son las OPINIONES HABITUALES.

3.-ACTITUDES. Se refiere a que una persona no solamente mantiene una opinión determinada sobre un problema concreto con cierto grado de estabilidad, sino que, además, ante este mismo problema mantiene una serie de opiniones diferentes que, combinadas, definen su actitud en torno al asunto de que se trate. No existen opiniones aisladas, sino que están estrechamente unidas, formando actitudes.

4.-Las propias actitudes están correlacionadas entre sí, dando lugar a las SOBREACTITUDES O IDEOLOGÍAS.

Tras una amplia investigación, Eysenck descubrió 2 factores principales: al primero lo denominó RADICALISMO-CONSERVADURISMO (R) y, al segundo factor BLANDURA MENTAL-DUREZA MENTAL (T), retomado a W. James.

Melvin (1955), intentando mejorar la fiabilidad de las escalas R y T, realizó otra investigación. Los resultados no dieron diferencias significativas entre los distintos partidos (conservadores y socialistas), en cuanto al factor T.

En 1975, transcurridos 30 años desde sus primeros trabajos en este campo, Eysenck reformula su esquema bidimensional, e introduce una tercera dimensión: el conservadurismo socioeconómico vs. socialismo socioeconómico.

Es decir, Eysenck considera que el factor T (dureza mental-blandura mental) no constituye en sí mismo un sistema ideológico alternativo, sino que es más bien *la proyección de un conjunto de variables de la personalidad en el campo de las actitudes sociales*. Así, los individuos deberían distribuirse a lo largo de un continuo radicalismo-conservadurismo, según sus actitudes sociales; la forma en que dichas actitudes se expresan hacia la derecha o hacia la izquierda dependerá de las peculiaridades temperamentales de la persona que defiende dichos puntos de vista.

Eysenck sugiere que la "dureza mental" constituye en el campo de las actitudes sociales una proyección

del tipo *extravertido* de personalidad, mientras que la "blandura mental" es una proyección del tipo *introvertido* de personalidad.

Un grupo importante de estudios en relación con el problema de la organización de las actitudes en la personalidad se encuentra en el libro ya mencionado antes de Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson y Sanford, titulado "La personalidad autoritaria". Estos investigadores de Berkeley (California) ponen en marcha una serie de trabajos sobre los prejuicios contra judíos y negros; pronto vieron que las personalidades que presentaban muchos prejuicios tenían muchos atributos en común. Aquí aplicaron el concepto de "actitudes fascistas" sugerido por Stagner (1936a, 1936b).

Ross Stagner (1976) destaca entre los autores que han explorado de forma seria la estructura de las opiniones y actitudes en los años 40. Este autor se ha ocupado en todas sus investigaciones de la ideología fascista, es decir, la que tiene que ver con la mentalidad dura de Eysenck.

En el mismo sentido, Coulter (1953) realizó una investigación acerca de los juicios estéticos. Sobre un número relativamente limitado de sujetos, el estudio mostró que el factor *complejidad-sencillez* se relacionaba estrechamente con otras variables de la personalidad. Se halló en los *introvertidos* una tendencia significativa a preferir lo complejo, y en los *extravertidos* una tendencia significativa a

preferir pinturas y objetos con forma más sencilla y elemental.

En la misma línea están Barron y Welsh (1952), que investigaron las actitudes de grupo. Entre los resultados obtenidos destacan:

-La relación entre la preferencia por la complejidad y la originalidad en las formas artísticas de expresarse. Esta tendencia puede llevar a formular la hipótesis de que la preferencia por lo sencillo puede estar muy relacionada con la *rigidez*, definida ésta como "inflexibilidad del pensamiento y de comportamiento testarudo, pedante, firme".

-"La preferencia por lo complejo en la vida psíquica corresponde a una mayor conciencia de los impulsos, mientras que la preferencia por lo elemental se relaciona con la restricción de dicha conciencia..."

-"La preferencia por lo elemental está asociada con el conformismo social, el respeto a las costumbres y ceremonias, la buena disposición hacia la tradición, un patriotismo a toda prueba. También se relaciona con la estabilidad y el equilibrio personales, mientras que, en el peor de los casos, corresponde al rechazo categórico de todo cuanto amenaza con desorden y desequilibrio. En su aspecto patológico, produce una forma de pensar estereotipada, una moralidad rígida y compulsiva, además de un profundo desagrado por las fuerzas instintivas, abrasivas y eróticas que pueden desbaratar el precario equilibrio que se mantiene".

En la misma línea de estudios, Asch (1952) investigó la influencia del grupo sobre la modificación de los marcos individuales de referencia y distorsión de los juicios. Los resultados mostraron que en los sujetos críticos dos tercios de las respuestas eran correctas, independientes de la orientación mayoritaria.

Atendiendo a la hipotética identificación de la complejidad con la blandura mental, se podría esperar que la persona que muestra preferencias por lo complicado muestre independencia de juicio en el test de Asch. Así, vemos que los resultados concuerdan con la hipótesis, formulada por Eysenck, sobre que una medida experimental de no conformismo caracteriza al introvertido, a la persona de mentalidad blanda, mientras que el extravertido, el grupo mentalmente duro, viene definido por la conducta de ceder y la de sumisión a la presión del grupo.

A la vista de estos hallazgos, podemos aceptar el punto de vista según el cual la blandura mental, así como la mentalidad dura, no son de por sí representativas de constelaciones de actitudes, sino más bien la proyección de las variables de personalidad en el continuo definido como actitud radical-conservadora. La blandura mental puede considerarse como la proyección de los rasgos de la personalidad introvertida, y la dureza mental como la proyección de los rasgos de la personalidad extravertida.

Siguiendo la línea de las actitudes de dureza mental-blandura mental, se ha producido gran concordancia en estudios diferentes, donde se integran muchos trabajos de países distintos. Así, en los años 40, Frenkel-Brunswick (1949), realizó un estudio de las actitudes sociales de los niños. En su opinión, una gran parte de la estructura de la personalidad de los niños sujetos a observación, puede retrotraerse a las situaciones de sus casas. Las relaciones familiares en las casas donde impera el prejuicio, se basan por lo común en una serie de papeles claramente definidos según la exigencia imperativa y la subordinación. La ejecución de las obligaciones, antes que el afecto, está en la base del funcionamiento sin roces de tales familias. Prevalece un comportamiento estereotipado, de adhesión a un conjunto de reglas convencionales y rígidas.

Harris, Gough y Martin (1950) estudiaron la hipótesis de que las actitudes autoritarias y rígidas de los padres en la educación dada a sus hijos debían relacionarse con una mayor incidencia de la desviación étnica por parte de sus hijos. Los resultados obtenidos fueron:

1- Los padres de mentalidad dura adoptan sistemas de educación distintos a los padres de mentalidad blanda.

2- Los padres de actitud radical adoptan, también, sistemas educativos diferentes a los de los padres conservadores.

3- Los niños de mentalidad dura suelen haber sido educados en forma distinta a la experimentada por los niños de mentalidad blanda.

4- Las actitudes de los niños tienden a concordar con las de los padres.

Los autores se plantean dos hipótesis:

1- Ciertas formas determinadas de educación de los niños originan en éstos determinadas estructuras de personalidad.

2- La estructura de la personalidad resultante de unos métodos educativos determinados hace que los niños desarrollen actitudes etnocéntricas y de otras clases.

Los resultados han mostrado correlaciones entre las actitudes de los niños y las prácticas educativas de los padres, pero no es una prueba concluyente de la hipótesis ambientalista.

Por otro lado, Furneaux, en 1952, presenta un trabajo sobre un modelo de funcionamiento de la inteligencia. Es ingeniero electrónico y abandona su trabajo para dedicarse a la psicología. Construye las pruebas de inteligencia a partir de ese modelo que es bastante más complejo de lo que implica la capacidad abstractiva. Afirma:

-Hay un factor de rapidez (gente muy intuitiva que ve las cosas enseguida). Por eso hay pruebas de rapidez.

-Hay unas pruebas de nivel.

-Hay también lo que se llama "persistencia". "Soy cabezota y no lo dejo".

Esto significa que a la hora de la eficacia comportamental hay unos factores de *rigidez* que hacen que las personas sean más eficaces, y otros factores de *rigidez* que, para los que están comprometidos con el mundo social, lo dificultan.

Hasta aquí, hemos visto las llamadas comúnmente actitudes sociales. Así podemos hablar de un continuo que va desde actitudes muy específicas, a actitudes muy generales que podríamos llamar valores, como por ejemplo religiosos, económicos, etcétera.

El psicólogo alemán Spranger, en su libro "*Types of men*" de 1928, trató de clasificar a las personas atendiendo a los principales valores que dirigen su comportamiento: *Teorético, Económico, Estético, Social, Político y Religioso.*

Spranger admite que muchas personas no son ejemplos puros de ninguno de sus tipos, sino que denotan una mezcla de varios de ellos. A pesar de ello, los seis tipos de personas han tenido repercusión en otras investigaciones. Este estudio de los Valores dio como resultado fiabilidades razonablemente elevadas. Centrándonos de nuevo en el tema que nos ocupa, podemos observar que existe relación entre los tipos de Spranger y los factores R y T de Eysenck. Esta relación sería:

- Los valores económico y político pueden englobarse en el cuadrante conservador de mentalidad dura.
- El valor teórico puede contenerse en el cuadrante radical duro.
- El valor social en el cuadrante radical de mentalidad blanda.
- El tipo religioso en el área delimitada por el conservadurismo y la mentalidad blanda.

Coulter (1953) realizó un estudio con 43 fascistas, 43 comunistas y 86 sujetos "neutros", esto es que no pertenecían a ninguno de estos partidos. Se les pasaron diez láminas del Test de Apercepción Temática. Éstas fueron puntuadas por la cantidad de agresión y de carácter dominador que implicaban. Se hizo una distinción entre la agresión o dominación abiertas, por un lado, y la agresión o dominación indirectas o encubiertas.

Los resultados obtenidos confirman las hipótesis planteadas:

-Respecto a la agresividad, se da una tendencia muy clara por parte de los fascistas a ser abiertamente agresivos, mientras que los comunistas tienden a ser indirectamente agresivos.

-Respecto al carácter dominante, se ve que los comunistas son más abiertamente dominadores, mientras que los fascistas son más indirectamente dominadores.

Por consiguiente, estos resultados sugieren tres hipótesis relevantes:

1-Podría ser que la disparidad entre fascistas y comunistas, en su puntuación en el T.A.T. en relación a las variables de agresividad y de carácter dominante, sea característica de radicales y conservadores en general, de manera que los radicales serían directamente dominantes e indirectamente agresivos, mientras que los conservadores serían indirectamente dominantes y directamente agresivos. Las correlaciones no resultaron significativas por lo que respecta a la determinación de actitudes radical o conservadora a través de los rasgos agresivo-dominantes.

2-La segunda hipótesis parte del punto de vista de que los partidos cambian de carácter según las circunstancias históricas. A la luz de esta premisa, si la agresión y dominación son dimensiones de personalidad determinantes, aparecerán con mayor claridad en miembros de partidos relativamente pequeños y alejados de los escaños del poder. Esto podría explicar el hecho de que, mientras que comunistas y fascistas muestran rasgos agresivos y dominantes, así como *rigidez* e intolerancia a la ambigüedad, los fascistas ostentan todos estos rasgos mucho más claramente que los comunistas. Hipótesis difícil de probar.

3-La tercera hipótesis hace referencia al concepto de inteligencia. Los resultados, teniendo en cuenta que no se aplicó ninguna prueba de

inteligencia, sugirieron con fuerza que los comunistas eran más inteligentes que los fascistas. Es decir, la persona más inteligente parece caracterizarse por la dominación directa y la agresión indirecta. Tampoco esta hipótesis ha sido demostrada.

El resultado de este estudio confirma con fuerza que la dureza mental se correlaciona fuertemente, tanto con la agresión como con el carácter dominante. Siguiendo esta línea de investigaciones, tenemos una teoría ampliamente aceptada en relación a la agresividad. Es la teoría que interpreta el prejuicio como una válvula de escape, o cabeza de turco. Destacan los estudios de Dollard y Miller (1950), así como de Gardner Lindzey (1950), sin embargo los estudios realizados no han dado demasiado respaldo experimental.

Otro concepto, que ya mencionamos en relación con la *rigidez*, es la intolerancia a la ambigüedad, introducido, en la psicología, por Frenkel-Brunswik (1949). La persona *rígida* trata de ganar seguridad agrupando los conceptos dentro de categorías rígidas de blanco y negro, negándose a admitir la presencia de tonos grises intermedios. Una de las pruebas que hay para medir la intolerancia a la ambigüedad es el Test del Perro y el Gato. Coulter aplicó esta prueba a fascistas, comunistas y a un colectivo neutro, y encontró evidencias de que aquellas personas fascistas y comunistas son más intolerantes a la ambigüedad, y por tanto, más rígidas, que aquellas personas con tendencias políticas neutras y menos marcadas.

Los resultados de los estudios han sido:

1. Las correlaciones de todas las pruebas con el radicalismo son de cero.

2. Las correlaciones de todas las pruebas de *rigidez* e intolerancia a la ambigüedad con la blandura mental son todas ellas negativas, y positivas con respecto a la escala F.

3. La prueba del Perro y del Gato y el cuestionario de Intolerancia a la Ambigüedad arrojan una correlación positiva notablemente elevada, sin embargo las correlaciones de estos dos tests con los de *rigidez* no alcanzan el nivel de significación requerido.

4. Las intercorrelaciones entre los tres tests de *rigidez* son positivas, pero más bien ligeras, con la salvedad de la correlación entre la Prueba del Recipiente y la de los Mapas, que es muy elevada.

5. Las correlaciones de todos estos tests con la inteligencia son positivas, aunque muy superficiales.

Por lo tanto se puede concluir que mientras existen fuertes razones para confirmar la hipótesis de que la intolerancia a la ambigüedad caracteriza a la persona de mentalidad dura, faltan pruebas para identificar este rasgo con el de *rigidez*, y solamente se encuentra una confirmación muy tenue para la hipótesis que liga a la *rigidez* con la dureza mental y con el autoritarismo en la forma en que viene medido éste por la escala F.

Block (1955), utilizó un método bastante diferente para medir la intolerancia a la ambigüedad. Ante la situación ambigua creada por un punto luminoso muy pequeño que aparentemente se mueve en la habitación, los sujetos iban estableciendo gradualmente ciertas normas que les servían de marco de referencia para un juicio posterior. Una persona intolerante ante la ambigüedad procedería, tan rápidamente como fuese posible, a elaborar un molde de referencia mientras que un sujeto más tolerante a la ambigüedad tardaría bastante más, porque no hay en él una necesidad imperativa de formar normas categóricas. Block pronosticó que los individuos que tenían elevadas puntuaciones de etnocentrismo elaborarían rápidamente tales normas, en tanto que los otros, bajos en etnocentrismo, formarían sus normas de referencia más adelante o no las formarían en absoluto. Los resultados confirmaron estos pronósticos, de forma que volvemos a tener pruebas de que los grupos de mentalidad dura son menos tolerantes a la ambigüedad que los grupos de mentalidad blanda.

Otro concepto, también, relacionado con la *rigidez*, la intolerancia a la ambigüedad y la concreción del pensamiento, es el de "estrechez mental". El método que utilizó Rokeach para la investigación de este rasgo fue el siguiente: presentó 10 conceptos, cinco de índole religiosa y cinco de carácter político-económico. Les pidió a los individuos que describieran la forma en que, según ellos, se relacionan esos términos. Las respuestas se clasifican, según Rokeach, en tres categorías:

1-Organización comprensiva. Si los diez términos se encontraban perfecta y claramente ligados.

2-Organización cognitiva aislada. Los diez conceptos están presentes pero escindidos en dos o tres grupos relativamente aislados unos de otros.

3-Organización cognitiva limitada. Cuando una o más partes objetivamente presentes son desechadas, sin más, por la organización del sujeto.

Rokeach define la estrechez mental por la organización limitada o estrecha en las clasificaciones. La hipótesis de Rokeach fue que los individuos de mentalidad estrecha abundan más entre los pertenecientes al grupo mentalmente duro y a los tipos etnocéntricos.

El estudio de la personalidad viene siendo de gran interés para los psicólogos, tanto para aquellos que se dedican a la investigación, como para aquellos que se dedican a la práctica y consideran importante obtener un perfil de personalidad, ya sea para realizar un informe, o para decidir un tratamiento psicológico u otro. Así, en la vertiente práctica, existen desde hace tiempo cuestionarios/inventarios al uso.

En los últimos años, uno de los modelos que está teniendo repercusión es el modelo de los cinco factores de personalidad; modelo que incluye la aplicación práctica de un inventario que ha sufrido ya algunas revisiones y que actualmente se llama el NEO PI-R (Revised NEO Personality Inventory), de Costa y McCrae (1999). Desde aquí se obtiene un perfil de

personalidad de cinco factores. Estos son: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Cada factor se compone de 6 escalas o facetas.

De todos ellos, nos interesa destacar en este momento la Apertura a la experiencia como factor nuevo. El factor Apertura se refiere a las personas abiertas, interesadas tanto en el mundo exterior como en el interior, y cuyas vidas están enriquecidas por la experiencia. La Apertura se relaciona especialmente con aspectos intelectuales, como es el pensamiento divergente que contribuye a la creatividad (McCrae, 1987). Pero no es equivalente a inteligencia. Algunas personas muy inteligentes son cerradas a la experiencia y otras muy abiertas poseen una escasa capacidad intelectual. También han concluido estos autores que la reserva no implica intolerancia hostil ni agresión autoritaria. El valor de la apertura o de la reserva depende de las exigencias de la situación, y tanto uno como otro tipo de sujetos llevan a cabo funciones socialmente útiles. Este último aspecto coincide con la interpretación del modelo de parámetros, donde una dimensión de personalidad específica, como por ejemplo la *rigidez*, cuando es analizada en un contexto situacional, muestra que la persona tiene unas respuestas muy concretas que pueden ser distintas en la misma persona en un contexto distinto. Además, en algunos aspectos, Apertura a la experiencia es lo opuesto de *Rigidez*, sobre todo en la definición de personas abiertas e interesadas tanto en el mundo exterior como interior. La rigidez nos indicaría una persona que esta falta de flexibilidad

aunque puede estar orientada a una meta, y sólo mira en esa dirección.

2.3. EL MODELO DE PARÁMETROS

Hasta aquí hemos ido viendo cómo se ha contemplado la *rigidez* dentro de la psicología desde diferentes puntos de vista. Nosotros queremos considerar la *rigidez* desde otra perspectiva, esto es, desde el modelo de parámetros.

El modelo de parámetros aparece ante la ausencia de un sistema coherente e integrador de los conocimientos de la Psicología, sobre todo de los conocimientos obtenidos en el estudio experimental de la personalidad. La primera formulación del modelo de parámetros se publicó en 1973 (Pelechano, 1973b). El modelo ha sufrido algunos cambios hasta llegar a su tercera reformulación en 1996, pasando de una concepción donde se postula que son los parámetros de estímulo los determinantes de la conducta, hasta otra en la que se diferencian parámetros en los tres polos de análisis; estímulo, persona y conducta. En síntesis, puede decirse que es un intento de ofrecer un marco integrador en un modelo científico, del funcionamiento personal. Parte de los supuestos básicos siguientes (Pelechano, 1996):

-La ciencia es un acercamiento a la realidad, aunque no el único, dónde se obtienen resultados provisionales y parciales en función de la época histórica. En

psicología no existen resultados "eternos", ni inmutables.

-Una concepción del ser humano basada en la teoría general de sistemas: psicológicamente se concibe al ser humano como un conjunto, relativamente ordenado, de sistemas. Estos sistemas son, también, relativamente independientes entre sí, y el tipo y grado de relación que tengan entre ellos depende de los sistemas y tema a estudiar.

-El modelo intenta ofrecer un marco integrador de resultados y modos de elaboración teórica. Por tanto, acepta el pluralismo teórico.

-Se insiste en el estudio de las condiciones en las que se han obtenido los datos, ya que éstas forman la base del razonamiento lógico de los micromodelos funcionales.

-Potencia el operacionismo científico en el que importan más los elementos explicativos provenientes del análisis de la realidad externa, que la interpretación de la realidad a través de conceptos teóricos.

-Se trata de un acercamiento básico, pero no necesariamente multivariado, pues no todos los determinantes, ni todos los efectos, poseen la misma relevancia. Pueden darse soluciones bivariadas como opción a las multivariadas.

-Las relaciones más frecuentes son las interacciones que van en dos direcciones. La dirección (causa-efecto) que tomen estas relaciones dependerá en cada caso del comportamiento estudiado.

-El componente biológico se considera importante, pero no tiene un papel esencial en todos los sistemas.

-El procedimiento de obtención de dimensiones es el análisis factorial. En principio, no se asume ningún número concreto de dimensiones, pues éstas dependerán del nivel de análisis que se realice. Y, a su vez, esta afirmación lleva a dos cuestiones relacionadas: la jerarquía y los niveles de jerarquización.

-Desde este modelo, el número de niveles de análisis depende del sistema comportamental que se estudie (no es lo mismo el nivel de funcionamiento motor que el de las creencias) y del parámetro que se tome en consideración (si es la consolidación-basicidad, dificultad de cambio) y procedimiento de medida (test de competencia, autoinformes, reactividad fisiológica o inmunológica, vaya por caso).

-En este modelo no tiene sentido hablar de dimensiones y/o rasgos básicos, ya que éstos dependerán del referente de medida que escojamos (por ejemplo, referentes trans-situacionales en los ítems o elementos situacionales, si el referente de medida se sitúa en el aquí y el ahora).

-El modelo de parámetros sugiere, al menos, tres niveles jerárquicos en cuanto a consolidación y

estabilidad del comportamiento: uno básico (referido a modos de reacción muy consolidados y difícilmente modificables), un segundo intermedio (determinado por las características de los contextos: familia, trabajo, relaciones personales) y un tercer nivel de funcionamiento personal, que es determinado por las características de la situación.

-Las estructuras encontradas en el comportamiento personal dependen, tanto del momento evolutivo de medida, como de la manera de evaluar y de la parcela o sistema que se trate. El peso recaerá, unas veces sobre los elementos situacionales, y otras sobre elementos básicos del funcionamiento personal, dependiendo del tipo de elementos que conforman un sistema y el tipo de problemas de que se trate.

El modelo supone la existencia de tres tipos de *parámetros: de estímulo, de respuesta y de persona*. El parámetro es definido como un atributo, constante o variable, que es externo al sistema, pero que actúa sobre él. Todos ellos son relevantes, aunque el peso de cada uno de ellos estará en función de las parcelas de funcionamiento personal de que se trate.

La situación se encuentra determinada por las variables: atributos o cualidades susceptibles de ser medidas, y que pueden poseer más de un valor. Variables que definen un sistema: conjunto de variables, constantes, estados y parámetros que se eligen y se van determinando a medida que avanza la investigación. Sistema que junto con los parámetros que definen este sistema determina la situación. Dentro de la situación

estimulante, hay diferentes niveles de definición de estímulo (estímulo, contexto, ambiente y momento histórico, cultural y político) y de apoyo social.

En este modelo actualmente se presentan 3 bloques de parámetros bidireccionales, indicando interacciones e indeterminaciones.

Uno: Los *parámetros de acción-respuesta*, como por ejemplo: volumen de respuestas, calidad de respuestas, etc.

Dos: El sujeto se define por diferentes niveles de complejidad: bioquímico, neuropsicológico, comportamental, cognitivo y afectivo. El modelo supone que existen relaciones muy complejas entre los distintos componentes del individuo, y a la vez cada uno de estos sistemas se encuentra funcionando de manera relativamente independiente entre sí.

Tres: Los *parámetros de estímulo* representan el ambiente como foco de diferenciación. En este modelo se dan una serie de sistemas en función de la amplitud del estudio, que son relativamente interdependientes entre sí y activos. Estos sistemas son:

- *Microsistema*: es cuando el tipo de problema sobre el que se trabaja está muy definido (atención, percepción, recuerdo, por ejemplo).
- *Mesosistema*: es el conjunto de dos o más microsistemas.

- *Macrosistema*: la unión de dos o más mesosistemas, junto con los *exosistemas* (espacios vacíos) correspondientes.
- *Megasistema*: es el conjunto de macrosistemas, y se refiere a las necesarias consideraciones históricas y culturales que permiten comprender e integrar los conocimientos de manera diferente en cada tipo de cultura.

Desde aquí, se entiende la personalidad como un conjunto ordenado de sistemas funcionales de distinto nivel de complejidad y de consolidación. (Pelechano, 1991, 1993, 1996).

En el modelo, los *parámetros de persona* se pueden representar en forma de estructura piramidal para observar su estructura jerarquizada. En el vértice se encuentra el "sí mismo", que sería el sistema de máxima integración individual a lo largo de todo el ciclo vital y relacionado con los sistemas de autorregulación psicológica. En este sistema se encuentran integrados elementos muy básicos de funcionamiento personal, como la idea de bondad de uno mismo, o el sistema de creencias acerca de la propia valía, y estrategias de inculcación o exculpación; y otros elementos que no lo son tanto, por ejemplo, maneras distintas de interpretar la propia autobiografía, según el estado de ánimo.

Se dan 3 niveles jerárquicos de consolidación y estabilidad:

En un *primer nivel* de gran consolidación se encuentran las *dimensiones básicas del funcionamiento personal* de tipo emocional y temperamental (extraversión, neuroticismo, *rigidez*, sistemas de creencias y valores.) Dimensiones difíciles de cambiar (fuerte consolidación) y con un amplio rango de generalización trans-situacional (respuestas equivalentes ante áreas dispares de funcionamiento personal). La mayoría de estas dimensiones poseen también una versión en un nivel de consolidación menor, más contextual, en el nivel intermedio o motivacional.

En el *nivel intermedio o motivacional* se encuentran dos tipos de dimensiones: las específicas de este nivel que tienen que ver con elementos contextuales de funcionamiento personal (interacción personal en el seno de la familia, en el trabajo o en las actividades de diversión); y elementos de diversificación, pero que son "versiones" del nivel básico. Por ejemplo, la ansiedad social en este nivel se correspondería con neuroticismo en el nivel de alta consolidación.

El *tercer nivel* es el de elementos de *reactividad situacional*, transitorios y de muy escaso poder de generalización, pues se encuentra determinado básicamente por las características de la situación. También se encontrarían en este caso factores que tendrían que ver con elementos del nivel anterior.

Este esquema se aplica tanto individual como grupalmente.

Desde el modelo de parámetros, una dimensión y/o rasgo se puede decir que es básico, o no, en función de cómo se mida. Es decir, pueden ser elementos básicos de funcionamiento personal, o elementos situacionales. Toda dimensión encontrada en psicología, en función del instrumento de medida utilizado, evaluará un tipo u otro de estructuras situacionales. En todo caso, las relaciones que se dan entre las distintas dimensiones de personalidad no son todas lineales y la intervención sobre una u otra puede dar lugar a la aparición de nuevas estructuras. Uno de los tipos de estudio que propone Pelechano es sobre la intervención controlada en distintos ambientes para ir ordenando las evoluciones y pesos relativos de los diferentes sistemas, para un contexto y momento de vida determinado.

Como puede observarse la perspectiva de parámetros no es un modelo cerrado en que se hayan aislado todas las variables relevantes, ni todos los criterios relevantes para poder hacer predicciones certeras; los patrones funcionales de las relaciones, entre las variables evaluadas, son apenas conocidos, los criterios de diferenciación utilizados no se encuentran exentos de problemas, y no existe evidencia como para formular un modelo de generalización que interprete todos los datos conocidos de modo plausible y coherente.

CONCLUSIONES

Por todo lo visto hasta aquí podemos concluir que la dimensión de personalidad *rigidez*, en sí misma, no se puede decir que sea positiva o negativa. Dependiendo de con qué otros rasgos de personalidad se asocie dará como resultado una persona, o incluso una situación, más adaptativa o menos.

Una situación será llamada adaptativa en la medida en la que ayude a la persona a conseguir sus metas, y para ello esta situación persista y sea constante, sin que a su vez llegue a términos extremos.

No será adaptativa cuando la persona sea inflexible, tenga dificultad en asumir o encontrar otros puntos de vista para resolver sus problemas, o ver y ponerse en el lugar de los demás. En estos casos, la persona funciona por estereotipos, y en casos extremos se pueden llegar a producir patologías.

En el primer caso, una situación adaptativa, implica un control voluntario con componentes motivacionales. En el segundo caso el control implica que la persona no ve más allá de sus esquemas, de su punto de vista.

En los casos donde existen ciertos grados de *rigidez* pero no absolutos, la persona presenta cierta estrechez mental y cierto grado de tolerancia a las situaciones ambiguas y puede comprender algunas

situaciones donde los límites sean difíciles de definir.

En otra línea de trabajos, encontramos a la *rigidez* como actitud. En estos casos la *rigidez* impregna a toda la persona, y con ello a su sistema de valores y opiniones políticas. Es desde aquí desde donde se entiende que se produzcan distintas opciones políticas. No obstante podemos deducir algo de forma muy clara, y es que, en la medida en que la *rigidez* no sea llevada a términos extremos, puede favorecernos para llevar a cabo determinadas metas; pero, en la medida en que nos convierta en pensadores poseedores de la verdad absoluta, entendida ésta como dogma de fe, puede llegar a perturbarnos en gran medida.

De la revisión realizada, también se puede concluir adhiriéndonos a Eysenck (1964), que quizás exista más de un rasgo en *Rigidez*. Además, existen diversos tests que miden la *rigidez* o algún aspecto de la misma y, siguiendo a Eysenck, sería interesante realizar un estudio de todos ellos, y ver si correlacionan, para poder hablar de un solo factor psicológico. Hasta ahora se han hecho algunos estudios, y la mayoría son correlaciones insignificantes y próximas a cero. Por lo que podemos concluir que nos encontramos ante varios tipos independientes de *rigidez*.

3. DISEÑO Y METODO

3.1 Selección de la muestra

3.1.1 Muestra clínica

3.1.2 Grupo control

3.2 Descripción de la muestra

3.3 Diseño y procedimiento

3.3.1 Diseño experimental

3.3.2 Descripción de los tratamientos

3.4 Instrumentos

3.5 Estructura de las sesiones

3.6 Terapeutas

3. DISEÑO Y METODO

La muestra se obtuvo a través del Servicio de Asistencia Psicológica para Trastornos de Ansiedad dirigido por la doctora Cristina Botella y ubicado en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia, en torno a los años 90. A través de sesiones clínicas semanales donde se formaban un grupo de psicólogos, se supervisaban los primeros casos, y, posteriormente se llevó cabo esta investigación.

3.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total está compuesta por 236 sujetos, de los cuales 118 forman el grupo de sujetos normales o control, y 118 forman el grupo de pacientes que tienen trastornos de ansiedad, es decir, el grupo experimental.

3.1.1. MUESTRA CLÍNICA

Como hemos dicho, esta submuestra fue obtenida entre las personas que acudieron solicitando ayuda al Servicio de Asistencia Psicológica para Problemas de Ansiedad, que se puso en marcha dentro del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de

Valencia, a cargo de la Dra. Cristina Botella Arbona, en 1988.

Los pacientes se ponían en contacto con el Servicio demandando asistencia psicológica y entraban a formar parte de una lista de espera. Se citaba a la persona a una primera entrevista, donde el terapeuta exploraba la existencia de algún problema de ansiedad y decidía si era posible atenderlos o tenían que ser remitidos a otro lugar. En este primer contacto, el terapeuta pasaba una entrevista semiestructurada, diseñada para rastrear de forma rápida la posible existencia de un trastorno de ansiedad (en el apéndice A se puede encontrar un ejemplar).

Si se consideraba que la persona presentaba algún trastorno de ansiedad, se le daba una siguiente cita y en ella se le pasaba la entrevista estructurada de Spitzer y Williams (1987), en donde aparecen los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de los distintos problemas de ansiedad. Esta entrevista tenía una duración aproximada de una hora. A partir de estos criterios se establecía el diagnóstico de los pacientes, a los cuales se volvía a citar para comenzar el proceso de evaluación.

Los criterios de admisión para la inclusión de pacientes en las diferentes investigaciones que se llevaban a cabo en el Servicio de Asistencia Psicológica fueron:

1. Cumplir los criterios, según el DSM-III-R, para cualquier trastorno de ansiedad. (Ver Tabla 3.1.).

2. No presentar depresión mayor, ni psicosis.
3. No padecer problemas de alcoholismo, adicción a drogas, ni enfermedad orgánica severa.
4. Aceptar ajustarse a las pautas programadas en la terapia, en cuanto a las visitas semanales y las evaluaciones posteriores durante el período de seguimiento.
5. Firmar una hoja de consentimiento acerca de la participación en el estudio una vez que la persona había sido suficientemente informada (se presenta un ejemplar de la hoja de consentimiento en el apéndice A).

3.1.2. GRUPO CONTROL

Esta submuestra está compuesta por personas que se prestaron voluntariamente a rellenar los cuestionarios.

Los requisitos de inclusión de los sujetos pertenecientes al grupo control fueron:

1. No padecer ningún trastorno de ansiedad según los criterios que se indican en el DSM-III-R.
2. No presentar depresión mayor, ni psicosis.
3. No padecer problemas de alcoholismo, adicción a drogas, ni enfermedad orgánica severa.

**TABLA 3.1.-CRITERIOS DE TRASTORNOS POR ANSIEDAD
SEGÚN DSM-III-R:**

Criterios para el diagnóstico de trastorno por angustia:

1. En algún momento durante la alteración se han presentado una o más crisis de angustia (períodos concretos de miedo o molestias intensas) que han sido (1) inesperados, es decir, que no se han presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad, y (2) no han sido desencadenados por situaciones en las cuales el individuo ha sido el foco de la atención de los demás.
2. Por lo menos cuatro crisis tal como se definen en el criterio A durante un período de cuatro semanas, o bien una o más crisis seguidas de miedo persistente o presentar otro ataque por lo menos durante un mes.
3. Por lo menos, cuatro de los síntomas siguientes durante alguna de las crisis:
 - 1) falta de aliento (disnea) o sensaciones de ahogo;
 - 2) mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia;
 - 3) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
 - 4) temblor o sacudidas;
 - 5) sudoración;
 - 6) sofocación;
 - 7) náuseas o molestias abdominales;
 - 8) despersonalización o desrealización;
 - 9) adormecimiento o sensaciones de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestias);
 - 10) escalofríos;
 - 11) dolor o molestias precordiales;
 - 12) miedo a morir;
 - 13) miedo a volverse loco o a perder el control.

Nota: Las crisis que incluyen cuatro o más síntomas se las denomina crisis de angustia; aquellas que tengan menos de cuatro síntomas son crisis de síntomas limitados.

4. En alguna de estas crisis, por lo menos cuatro de los síntomas C han aparecido rápidamente y han aumentado en intensidad durante los diez minutos siguientes al comienzo del primer síntoma.
5. No es posible establecer la presencia de algún factor orgánico que haya iniciado o mantenido la alteración, por ejemplo, intoxicación por anfetamina o cafeína, o hipertiroidismo.

Nota: el prolapso de la válvula mitral puede ser un trastorno asociado pero en ningún caso excluye el diagnóstico de trastorno por angustia.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por angustia con agorafobia

1. Se cumplen los criterios de trastorno por angustia.
2. Agorafobia: miedo de encontrarse en lugares o situaciones de las cuales pueda ser difícil (o embarazoso) escapar, o en las que no es fácil obtener ayuda en el caso de tener una crisis de angustia. (Se incluyen aquí aquellos casos en los que la conducta de evitación persistente se ha originado durante una fase activa del trastorno por angustia, aun cuando el individuo o bien restringe su capacidad de desplazamiento, o necesita algún tipo de compañía cuando se encuentra fuera de casa. La tercera posibilidad es que resista las situaciones agorafóbicas a pesar de la intensa ansiedad. Las situaciones agorafóbicas más frecuentes son el hallarse solo fuera de casa, encontrarse entre una multitud o haciendo cola, pasar por encima de un puente y viajar en autobús, en tren o en coche.

Especificar la gravedad actual de la evitación agorafóbica:

Leve: Algún tipo de evitación (o resistencia de las situaciones con malestar) pero realmente normal; por ejemplo, el sujeto puede viajar sin compañía cuando es necesario, como en el caso de ir al trabajo o de compras, aunque por lo general evita desplazarse solo.

Moderada: La evitación da lugar a un tipo de vida bastante restringida; es decir, el individuo es capaz de salir solo de casa pero no lo es de desplazarse más allá de algunos kilómetros sin compañía.

Grave: La evitación obliga a estar casi por completo dentro de casa o hace al individuo incapaz de salir de ella sin compañía.

En remisión parcial: No existe evitación agorafóbica actual pero en cambio la hubo durante los últimos seis meses.

En remisión total: No existe evitación agorafóbica actual ni tampoco durante los últimos seis meses.

Especificar la intensidad actual de las crisis de angustia:

Leves: Durante el último mes todas las crisis han consistido en síntomas limitados (menos de 4 síntomas) o no ha habido más de una.

Moderadas: Durante el último mes las crisis han sido intermedias entre las que pueden considerarse leves y graves.

Graves: Durante el último mes se han presentado por lo menos 8 crisis de angustia.

En remisión parcial: La intensidad "leve".

En remisión total: Durante los últimos seis meses no ha habido crisis de angustia o crisis de síntomas limitados.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por angustia sin agorafobia

1. Se cumplen los criterios de trastorno por angustia.
2. Ausencia de agorafobia tal como se definió anteriormente.

Debe especificarse la intensidad actual de las crisis de angustia, de acuerdo con lo definido anteriormente.

Agorafobia sin historia de trastorno por angustia

1. Agorafobia: Miedo de encontrarse en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil (o embarazoso) escapar o en las que no es fácil obtener ayuda en el caso de que aparezcan repentinamente síntomas que pudieran ser incapacitantes o extremadamente embarazosos. Entre los ejemplos se incluyen: mareo o sensación de pérdida de estabilidad, despersonalización o despersonalización, pérdida del control de la vejiga o de los intestinos, vomitar o molestias cardíacas. Como resultado de lo anterior el individuo o bien restringe sus desplazamientos, necesita alguna compañía para salir solo de casa o por el contrario resiste las situaciones agorafóbicas a pesar de la ansiedad intensa. Entre las situaciones agorafóbicas más comunes se incluyen encontrarse solo fuera de casa, en una multitud o haciendo cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o coche.
2. Nunca se han cumplido criterios para el trastorno por angustia.

Especificar con o sin crisis de síntomas limitados.

Fobia social

1. Miedo persistente a una o más situaciones (situaciones sociales fóbicas) en las que el individuo se expone a ser observado por los demás y teme que pueda hacer alguna cosa o actuar de tal manera que pueda resultar humillante o embarazoso para él. Entre los ejemplos se incluye el miedo a no poder hablar en público, el temor de atragantarse cuando se come frente a otros, de ser incapaz de orinar en un urinario público, de temblar cuando se escribe en presencia de los demás y de decir cosas sin sentido o no ser capaz de contestar correctamente a las diversas cuestiones.
2. Cuando coexiste otro trastorno del eje III o del eje I, el miedo correspondiente al párrafo A es totalmente independiente de esta última alteración. Por ejemplo, el miedo no es debido a tener una crisis de angustia (trastorno por angustia), a tartamudear (tartamudeo), a temblar (enfermedad de Parkinson) o a manifestar una conducta alimentaria anormal (anorexia nerviosa o bulimia nerviosa).
3. Durante algunas de las fases del trastorno la exposición a los estímulos fóbicos específicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.
4. Las situaciones fóbicas se evitan o bien se resisten con gran ansiedad.
5. La conducta de evitación interfiere la actividad profesional, las actividades sociales habituales y las relaciones con los demás, o bien produce un intenso malestar en relación con el miedo.
6. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable.
7. Cuando el individuo tiene menos de 18 años, el trastorno no cumple los criterios de trastorno por evitación en la infancia o la adolescencia.

Especifíquese tipo generalizado cuando la situación fóbica incluya la mayor parte de situaciones sociales y considérese también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

Fobia simple

1. Miedo persistente a un estímulo circunscrito (objeto o situación) distinto del miedo a una crisis de angustia (como en el trastorno por angustia) o a la humillación o embarazo ante determinadas situaciones sociales (como en la fobia social).

Nota: No debe incluirse aquellos miedos que constituyan parte del trastorno por angustia con agorafobia o de la agorafobia, sin historia de trastorno por angustia.

2. Durante alguna fase de la alteración, la exposición al estímulo o estímulos fóbico-específicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.
3. El objeto o la situación tiende a evitarse o bien a resistirse a costa de ansiedad intensa.
4. El miedo o la conducta de evitación interfieren significativamente con la rutina normal del individuo, con las actividades sociales habituales y con las relaciones con los demás, o existe un intenso malestar debido al miedo.
5. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable.
6. El estímulo fóbico no tiene ninguna relación con el contenido de las obsesiones del trastorno obsesivo-compulsivo o con el trauma del trastorno por estrés postraumático.

Trastorno obsesivo-compulsivo

1. Presencia de obsesiones o compulsiones:

Obsesiones: 1), 2), 3) y 4):

- a. Ideas, pensamientos, imágenes e impulsos persistentes que se experimentan por lo menos inicialmente como invasores y sin sentido. Por ejemplo, el padre que siente impulsos repetidos de matar a su hijo, o la persona religiosa que tiene continuos pensamientos blasfemos;
- b. el individuo intenta ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos, o bien neutralizarlos con algún tipo de idea o de acción;
- c. el individuo reconoce que las obsesiones son el fruto de su propia mente y que no vienen impuestos desde el exterior (tal como ocurre en la inserción del pensamiento);
- d. cuando se presenta algún otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones es independiente de este trastorno. Por ejemplo, las ideas, pensamientos, impulsos no tienen nada que ver con la comida si coexiste un trastorno de la conducta alimentarla, con los fármacos si coexiste un trastorno por uso de sustancias psicoactivas, o con sentimientos de culpa si coexiste una depresión mayor.

Compulsiones: 1), 2) y 3):

2. conductas repetitivas finalistas e intencionales, que se efectúan como respuesta a una obsesión de manera estereotipada o de acuerdo con determinadas reglas;
 3. la conducta está diseñada para neutralizar o impedir el malestar o algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, o bien la actividad no es realista o es excesiva,
 4. el individuo reconoce que su conducta es excesiva o irrazonable (quizás esto no sea así en el caso de los niños pequeños y tampoco en aquellas personas cuyas obsesiones han dado lugar a ideas sobrevaloradas).
5. Las obsesiones o compulsiones producen marcado malestar, pérdida de tiempo (en general el individuo emplea más de una hora diaria en ellas) o interfieren significativamente con la rutina habitual del individuo, con su actividad profesional, con sus actividades sociales habituales o en sus relaciones con los demás.

Trastorno por ansiedad generalizada

1. Ansiedad y preocupación no realistas o excesivas (expectación aprensiva) en torno a dos o más circunstancias vitales; por ejemplo, preocupación por la posible desgracia de alguno de los hijos (que no se halla en peligro), o preocupación por asuntos económicos (sin razón alguna). El trastorno ha durado por lo menos seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. En los niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad o preocupación por el rendimiento académico, deportivo o social.
2. Para efectuar el diagnóstico, cuando también hay otro trastorno del eje I, el foco de la ansiedad y la preocupación en A no se encuentra relacionado con él. Por ejemplo, la ansiedad y la preocupación no tiene nada que ver con el miedo a tener una crisis de angustia (como ocurre en el trastorno por angustia), a sentirse ridiculizado en público (como en la fobia social), a ser contaminado (como en el trastorno obsesivo-compulsivo) o en ganar peso (como en la anorexia nerviosa).
3. El trastorno no debe presentarse sólo en el curso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico.
4. Por lo demás, hay seis de los siguientes dieciocho síntomas cuando el individuo está ansioso (no deben incluirse aquellos síntomas que sólo se presentan durante una crisis de angustia):

Tensión motora

- a. Temblor, contracciones o sacudidas;
- b. Tensión o dolor muscular;
- c. Inquietud;
- d. Fatigabilidad excesiva.

Hiperactividad vegetativa

- e. Falta de aliento o sensación de ahogo;
- f. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
- g. Sudoración o manos frías y húmedas;
- h. Boca seca;
- i. Mareo o sensación de inestabilidad;
- j. Náusea, diarrea u otros trastornos abdominales;
- k. Sofocación o escalofríos;
- l. Micción frecuente;
- m. Dificultades para tragar o sensación de tener "un nudo en la garganta".

Hipervigilancia

- n. Sentirse atrapado o al borde de un peligro;
- o. Exageración de la respuesta de alarma;
- p. Dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad;
- q. Dificultades en dormir o en mantener el sueño;
- r. Irritabilidad.

E. No se ha podido demostrar que un factor orgánico haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, un hipertiroidismo a la intoxicación por cafeína.

3.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Como señalábamos, en cada una de las dos submuestras contamos con 118 sujetos, de los cuales hay 34 hombres y 84 mujeres. (Tabla 3.2.)

Respecto a la edad, en ambos subgrupos hay un rango de 17 a 70 años. En la tabla 3.3. se pueden observar las edades, agrupadas en intervalos, de ambos grupos, así como del grupo total. La edad media del grupo control es de 31,36, y su desviación típica de 11,21. Por lo que respecta al grupo experimental tenemos una edad media de 31,49, y su desviación típica es de 10,31. La edad media del grupo total es de 31,43, y su desviación típica de 10,75.

En cuanto al nivel socioeconómico, se obtuvieron 3 niveles, bajo, medio y alto, con relación a la profesión y el nivel educativo alcanzado. En el grupo control tenemos 20 personas de nivel cultural bajo, 56 de nivel medio y 42 de nivel alto. En el grupo experimental 47, 48 y 23 respectivamente (Tabla 3.4.).

3.3.- DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

Cuando el paciente entraba en el Servicio, no siempre estaban en marcha proyectos de investigación, en estos casos, en función de su patología se le asignaba el programa de tratamiento que resultara más eficaz. En la submuestra clínica, los pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron asignados al azar a diversos paquetes terapéuticos.

TABLA 3.2.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXOS Y POR GRUPO CONTROL Y GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD, EN EL PRETEST.

SEXO	CONTROL	EXPERIMENTAL
Mujeres	84	84
Hombres	34	34
TOTAL	118	118

TABLA 3.3.- GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD REPARTIDOS POR INTERVALOS DE EDAD Y EN FUNCIÓN DEL SEXO.

INTERVALO DE LA MUESTRA	CONTROL		EXPERIMENTAL		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
17-20	4	4	4	4	16
21-30	19	42	19	42	122
31-40	7	20	7	20	54
41-50	3	13	3	13	32
51-60	1	3	1	3	8
61-70	0	2	0	2	4
TOTAL	34	84	34	84	236
X	31,36		31,49		31,43
DT	11,21		10,31		10,75

NOTA: X = MEDIA; DT = DESVIACIÓN TÍPICA.

**TABLA 3.4.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA
SEGÚN EL NIVEL CULTURAL**

PROFESIÓN	CONTROL	EXPERIMENTAL	TOTAL
BAJO	20	47	67
MEDIO	56	48	114
ALTO	42	23	65
TOTAL	118	118	236

Como se observa en el cuadro, se necesitaron dos semanas para realizar la evaluación, es decir, una entrevista completa del paciente, establecer un diagnóstico, establecer los objetivos del tratamiento y explicación del programa. A continuación se realizaron ocho sesiones de tratamiento. En la novena semana se realizó un retest, para comprobar el grado de cambio experimentado por parte de los miembros del grupo, y posteriormente, al mes y medio (semana 14), y a los tres meses (semana 26), se realizaron dos seguimientos.

3.3.1. DISEÑO EXPERIMENTAL

Diseño multigrupo, con medidas múltiples y repetidas de evaluación. Las condiciones experimentales fueron: exposición en imaginación, exposición "in vivo" con terapeuta, autoexposición "in vivo", y autorelajación. Asignación aleatoria a los grupos experimentales de los pacientes que padecían trastornos de ansiedad. Evaluación del evaluador independiente y tratamiento. Ver diseño experimental en tabla 3.5 y 3.6. Ver esquema del diseño en tabla 3.7

La asignación al azar a una de las siguientes condiciones:

1. Exposición en imaginación con ayuda del terapeuta. Duración de 8 sesiones más auto-exposición en imagen diaria.
2. Exposición "in vivo" con ayuda del terapeuta. Duración 8 sesiones más auto-exposición "in vivo" diaria.
3. Auto-exposición "in vivo" diaria.
4. Auto-relajación (control).

TABLA 3.5.- DISEÑO EXPERIMENTAL

Semanas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	14	26	34	40
		T	T	T	T	T	T	T	T					
	A									A	A	A	A	A

Fóbicos al azar	C	Tratamiento
	D	
	E	
	F	

T: sesiones de tratamiento

A: evaluador independiente

C: exposición en imaginación con terapeuta (tarea casa)

D: exposición "in vivo" con terapeuta (tarea casa)

E: auto-exposición

F: auto-relajación

TABLA 3.6.- ESQUEMA DEL DISEÑO

EVALUACIÓN	TRATAMIENTO	RETEST	SEGUIMIENTOS
semana 01 y 02	semana 1 a 8 ó 1 a 15	finalizado el tratamiento en la semana: - 9 ó - 16.	en las semanas: - 15 y 21 ó - 22 y 28.

TABLA 3.7.- ESQUEMA DEL DISEÑO

Evaluación	
-Diagnóstico	-----> Semana 1
-Explicación del programa	-----> Semana 2
Tratamiento	
-Exposición con terapeuta, o	
-Autoexposición, o	
-Exposición en imaginación, o	
-Relajación.	
-Cognitivo	
-Programa de Barlow	
-Inoculación de estrés	
-Habilidades sociales	-----> Semana 1 a 15
Evaluación	
-Retest	-----> Semana después del tratamiento
-Seguimiento	-----> Al mes y medio
-Seguimiento	-----> A los tres meses.

3.3.2. DESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

El tratamiento tuvo una duración de 8 semanas en todos los grupos, y se llevó a cabo un postest al finalizar éste, y los seguimientos en la semana 14 y en la 26.

Todos los pacientes recibieron 8 sesiones de 60 minutos. Durante estas sesiones se revisaron los registros y las tareas marcadas por el terapeuta en cada uno de los grupos, se resolvieron las dudas y dificultades y se establecieron nuevas tareas para la siguiente sesión.

Los grupos son:

1. Grupo EVT: exposición "in vivo" ayudado por el terapeuta (60') más instrucciones para llevar a cabo las tareas de auto-exposición "in vivo" diaria (90') durante 8 semanas.
2. Grupo EIT: sesiones de exposición "en imagen" ayudado por el terapeuta (60'), más instrucciones para llevar a cabo las tareas de auto-exposición "en imagen" diaria (90') durante 8 semanas.
3. Grupo AuE: 8 sesiones en las que se dieron instrucciones para llevar a cabo las tareas de auto-exposición "in vivo" diaria de 90' minutos.
4. Grupo AuR: 8 sesiones en las que se dieron instrucciones para utilizar cintas grabadas para

llevar a cabo los ejercicios diarios de auto-relajación (90') durante 8 semanas.

Después de la semana 26, los pacientes AuR no mejorados y que desearan tratamiento adicional, se asignaron al grupo de AuE.

Los pacientes fueron evaluados por un evaluador independiente antes de comenzar el tratamiento, al finalizar éste (semanas 0 y 9) y en dos seguimientos posteriores (semanas 14 y 26).

Así, el cuadro quedó de la siguiente manera:

	Ex I	Ex T	A Ex	A R	Total
Agorafobia	5(1)	5	6	6	22
F. Social	4	3	3(1)	3	13
F. simple	5(2)	6(2)	6(3)	4(1)	21
Total	14(3)	14(2)	15(3)	13(1)	56(65)

Nota: Ex I: exposición en imaginación; Ex T: exposición con terapeuta; A Ex: autoexposición; A R: autorelajación: en la categoría de agorafobia con historia de crisis de angustia se agruparon, dado el número de casos tan irrelevante, los trastornos de angustia con agorafobia; los números entre paréntesis representan el número de sujetos que abandonó.

En cuanto a evaluación, queremos insistir en que a pesar de los diferentes tratamientos aplicados en este trabajo, y su diferente longitud, todos los sujetos fueron evaluados en cuatro momentos: un pretest, un postest y dos momentos de seguimiento.

A lo largo del proceso terapéutico se produjeron abandonos. Algunos sujetos abandonaron porque les pareció excesivo el período inicial de evaluación, otros sujetos abandonaron después de la evaluación y obtención de los primeros datos (bien por solicitar alta voluntaria dada su mejoría, bien por cuestiones personales que les impedían dedicar a la terapia un tiempo determinado), y otros, debido a la lista de espera que se generó, manifestaron su negativa a esperar.

3.4. INSTRUMENTOS.

A continuación exponemos los instrumentos utilizados en la presente investigación (instrumentos en anexo A):

-Entrevista S-89. Es una entrevista semiestructurada para llevar a cabo un rastreo rápido de problemas. Se contemplaba una pregunta para cada trastorno de ansiedad y sobre los criterios de inclusión.

-Anamnesis clínica. Era una adaptación siguiendo las pautas de Lazarus, en donde se rastreaba una serie de áreas del funcionamiento del paciente: historia

clínica, familia, intereses y motivaciones, área sexual, pareja, salud.

-Cuestionario autobiográfico. Contempla algunos otros puntos, como área social, autodescripciones... El paciente se lo llevaba a casa para cumplimentarlo.

-Entrevista estructurada para la identificación de los Trastornos de Ansiedad SCID-P, de Spitzer y Williams (1987).

-Hoja de consentimiento.

-Test de inteligencia de Raven.

CUESTIONARIOS DE PERSONALIDAD:

-Cuestionario de Rigidez de Pelechano (1972), adaptado para la población española a partir de un cuestionario (no publicado) de Fisch-Brengelmann (1969). Lo constituyen 55 ítem con dos alternativas de respuesta (sí, no). Aísla 3 factores:

1-"Autoexigencia rígida en el trabajo y detallismo" (R1). Este factor refleja un tipo de respuestas en las que se valora el trabajo por encima de todas las cosas y, junto a ello, una preferencia por realizar tareas de detalle muy estructuradas y rutinarias. Lo forman 8 elementos.

2-"Sobreesfuerzo personal y actitud de élite" (R2). Lo componen 17 ítems que indican una actitud estereotipada de élite frente a los demás, así

como una valoración extremada del esfuerzo personal en el logro de las metas.

3-"Principalismo e hipertrofia en el cumplimiento del deber" (R3). Se trata de un factor en el que se defiende que los primeros principios éticos y del cumplimiento del deber son los responsables del estado actual de los hechos. Lo componen 21 elementos.

Los estudios realizados con el instrumento revelan altos índices de consistencia interna, así como una alta estabilidad temporal y transituacional (Pelechano y Botella, 1985; Pelechano, Bragado y Avia, 1975).

-Cuestionario Dogyant, construido por Pelechano.
Aísla seis factores: "Autoritarismo maniqueo" (F1), "Convencionalismo-conservadurismo pacifista" (F2), "Dogmatismo y Xenofobia paranoide" (DO,1), "Desencanto Intelectualizado del mundo social" (DO,2), "Organización-planificación social y laboral junto a independencia personal" (AA,1), "Convencionalismo socio-grupal y anti-intracción" (AA,2).

-Cuestionario EPI de Eysenck y Eysenck (1964). Lo constituyen 48 ítem con dos alternativas de respuesta (sí-no). Aísla 2 factores:

1-Neuroticismo-estabilidad (N). Las puntuaciones elevadas en N son indicativas de labilidad emocional e hiperactividad; las personas que obtienen estas puntuaciones tienden a ser emocionalmente hipersensibles, con dificultades para recuperarse después de una situación emocional.

2-Extraversión-introversión (E). Las puntuaciones altas en extraversión son obtenidas por sujetos que tienen tendencia a ser expansivos, impulsivos y no inhibidos, que tienen numerosos contactos sociales y frecuentemente toman parte en las actividades de grupo.

En el otro polo de este factor, el introvertido típico es un individuo tranquilo, retraído, introspectivo, a quien le gustan más los libros que las personas; se muestra reservado y distante, excepto con sus amigos íntimos. Tiende a ser previsor, no le gustan las emociones fuertes, toma en serio las cosas cotidianas, es un poco pesimista y le gusta llevar una vida ordenada.

3-Utiliza una escala de "sinceridad".

-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).

-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 auto confianza 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, ESTADO DE ÁNIMO, ANSIEDAD Y TEMOR

-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). Trata de la motivación que impulsa al ser humano a lograr metas, realizar tareas, a ser efectivo al máximo en el trabajo que está realizando, independientemente de sus aptitudes específicas para ello.

La prueba está compuesta de 72 elementos con dos alternativas de respuesta (sí, no) que abarcan un total de 6 factores.

1-"Tendencia a la sobrecarga de trabajo" (M1). Las personas que obtienen una puntuación alta en este factor suelen rendir mejor en el trabajo que aquellas que puntúan bajo. Está compuesto de 11 elementos.

2-"Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral" (M2). Una puntuación muy alta en este factor refleja una cierta indiferencia hacia el mundo laboral (poco interés por las cosas que están haciendo), así como una separación entre éste y el mundo privado. Consta de 12 elementos.

3-"Auto exigencia laboral" (M3). Refleja una tendencia a superarse constantemente en el trabajo, y a

evaluar positivamente el mundo laboral, dentro del cual se encuentran localizados intereses vividos como muy importantes para el sujeto. Este factor correlaciona positivamente con el rendimiento. Formado por 17 elementos.

4-"Motivación positiva hacia la acción" (M4). Es el menos específico de todos los factores motivacionales. El contenido de los elementos que lo componen es más general y menos dependiente de situaciones concretas. Las personas que puntúan alto en este factor suelen poseer buenos rendimientos en el mundo laboral. Lo forman 11 elementos.

5-Ansiedad inhibidora del rendimiento (A1). Recoge una serie de aspectos situacionales que llevan consigo una reacción negativa, perturbadora, ante una situación estresante. Lo componen 14 elementos.

6-Ansiedad facilitadora (A2). Factor compuesto por 13 elementos, que aíslan una serie de aspectos facilitadores de la acción como respuesta positiva al estrés psicológico, y, en concreto, debido fundamentalmente a instancias sociales. Las personas que alcanzan una puntuación alta suelen obtener buenos rendimientos en aquellas situaciones laborales que exigen una rapidez y dinámica mayor que la de situaciones normales. Suelen ser personas inquietas y laboriosas. Nosotros, en este caso, sólo utilizamos los factores A1 y A2.

-Cuestionario de extrema motivación de ejecución (EME), construido por Pelechano (1973) a partir de los trabajos de Ulrich de Muyneck. Aísla 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).

-Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El BDI consta de 21 ítem, cada uno de los cuales refleja un síntoma depresivo diferente por medio de 4 afirmaciones graduales, correspondientes a grados crecientes de intensidad del síntoma, valorados de 0 a 3. La puntuación total en el BDI, por tanto, puede oscilar entre 0 y 63.

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

-La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) de Snaith y Zigmond (1983). Mide ansiedad y depresión, tiene catorce ítem que son de ansiedad y depresión de forma alternativa.

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

AUTO-REGISTROS

-Escala de Expectativas de cambio hacia la terapia (E-85). El paciente, en una escala de 0 a 10, evalúa la confianza en métodos psicológicos, en qué grado confía mejorar globalmente y en qué grado confía

mejorar respecto a las conductas objetivo en la terapia, señaladas en la escala S1.

-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.

-Escala de adaptación de Echeburúa y Corral (1987) (EA). En una escala de 0 a 5, el paciente y/o un evaluador independiente valoran en qué medida los problemas del paciente afectan a su funcionamiento en las siguientes áreas: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar a nivel global.

-Impresión global (forma S6 de Marks). El paciente y un evaluador independiente (forma S5 de Marks) evalúan cómo se siente el paciente desde su última visita y respecto a cómo se sentía antes de que comenzara el tratamiento (1 = muchísimo mejor, 2 = bastante mejor, 3 = un poco mejor, 4 = sin cambios, 5 = un poco peor, 6 = bastante peor, 7 = muchísimo peor).

-Diario de Autoexposición, donde el paciente señala la tarea realizada, el tiempo empleado y el nivel de ansiedad antes, durante y después de comenzar la tarea.

-Diario de Auto relajación, donde el paciente puntúa el nivel de relajación antes, durante y después, así como el tiempo empleado en ella.

Un ejemplar de cada cuestionario nombrado, incluyendo las entrevistas S-89, anamnesis clínica y cuestionario autobiográfico, así como entrevista estructurada para la identificación de los Trastornos de ansiedad y una hoja de consentimiento se encuentran en el apéndice A.

3.5. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

Estructuramos los programas de terapia de manera que pudieran ser aplicados en un determinado número de sesiones, que, como hemos dicho anteriormente, oscilaba entre 8 y 15 sesiones, a razón de una sesión por semana (Tabla 4.8.).

Las sesiones estaban altamente estructuradas. El terapeuta presentaba al inicio de cada sesión la agenda con el contenido previsto para la misma. En la agenda siempre se incluía la revisión de tareas de la semana anterior y los problemas específicos que se hubieran encontrado en la realización de las mismas. A su vez, en cada sesión se pactaban con el paciente diversas tareas para realizar en la semana siguiente, cuyo contenido estuviera relacionado con los objetivos terapéuticos. Se insistía mucho en la importancia de realizar las tareas asignadas. Se puede ver un ejemplo en el anexo B.

Así pues, todas las sesiones de terapia se realizaban con la misma estructura, variando el contenido en cada una de ellas. Dicha estructura es:

- 1-Saludo inicial.
- 2-Presentación de la agenda.
- 3-Revisión de tareas.
- 4-Contenido específico de la sesión.
- 5-Asignación de tareas.
- 6-Fijación de la próxima sesión.

TABLA 3.8.- ESQUEMA DE TODAS LAS PRUEBAS PASADAS Y MOMENTOS DE EVALUACION.

	EVALUA- CIÓN		TRATA MIENTO		RE-TEST	SEGUIMI ENTOS	
Semanas	01	0 2	1	8- 15	9-16	1 mes y 1/2	3 meses
EVALUACIÓN							
-Entrevista clínica	T						
-Biográfico	A						
-RAVEN	T						
-R-3	A				A	A	A
-DOGYANT	A				A	A	A
-EN	A				A	A	A
-EPI	A				A	A	A
-LUCAM	A				A	A	A
-MAE	A				A	A	A
-EME	A				A	A	A
-BDI	A				A	A	A
-MMPI-D	A				A	A	A
-HAD	A				A	A	A
-STAI	A				A	A	A
-S1	A				A	A	A
-S7	A						
-EA	A				A	A	A
REGISTROS SEMANALES							
-E-85	A						
-S6	A		A--- ->-	A			
-A5	A		A--- ->-	A			
-AUTOEXPO SICIÓN	A		A--- ->-	A			
-AUTORRE LAJACION	A		A-- >-	A			

3.6 TERAPEUTAS

Todos los terapeutas que aplicaban terapia recibieron su formación y asesoramiento en el Servicio de Asistencia Psicológica para Trastornos de Ansiedad. Inicialmente el Servicio se puso en marcha con 5 terapeutas, en el año 1988.

Para la formación de estos terapeutas¹ se llevaban a cabo sesiones clínicas, con una periodicidad semanal. En un primer momento, estas sesiones eran de formación, de preparación de los programas, de análisis y estudio de la bibliografía, y de seminarios teórico-prácticos acerca del tratamiento de los trastornos de ansiedad que corrían a cargo de la Dra. Botella. Posteriormente, se inició el tratamiento de casos propiamente dicho, comenzando con personas cercanas, como mini-estudios de análogos, a modo de ejemplificación, con una periodicidad semanal, también bajo supervisión, a lo largo de todo el año 1988. De forma paulatina se fue accediendo a mayores responsabilidades en el tratamiento de casos, hasta llegar a asumir pacientes que formaran parte del diseño de la investigación.

¹ Quiero aprovechar el momento para recordar a todos mis compañeros del equipo por el trabajo realizado: Pilar Ruvira, Cristina Robert, Consuelo Tomás, Joaquín Martínez, y, por supuesto, a nuestra Evaluadora Independiente: Amparo Ridaura. Sin el esfuerzo de todos juntos este trabajo no habría sido posible.

4. NUEVA ESCALA DE RIGIDEZ

4.1 Objetivo

4.2 Depuración del instrumento

4.3 Análisis factorial

4.4 Consistencia interna y fiabilidad

4.4.1 Índices de consistencia interna y estabilidad temporal de la nueva escala

4.4.2 Homogeneidad-heterogeneidad de los ítems

4.4.2.1 Análisis de la escala con los seis ítems en los cuatro momentos de evaluación

Conclusiones

4. NUEVA ESCALA DE RIGIDEZ

Partimos del cuestionario experimental de *Rigidez* R3 de Pelechano, que a su vez arranca del trabajo de Fisch y Brengelman (1969) con una revisión de ítems relacionados con la idea de rigidez en el mundo socio-laboral. La composición original cubría tres dominios de funcionamiento psicológico con un conjunto de facetas teóricas dentro de cada uno de ellos.

Pelechano (2000) después de casi treinta años de estudios y análisis estadísticos reduce el cuestionario a dos factores: Hipervaloración propia y del trabajo (con intolerancia de la debilidad humana, personalismo laboral y detallismo) y, cognitividad sociopersonal con primacía de especialistas y convencionalismo. El cuestionario R2 de rigidez.

Nosotros recogimos el cuestionario R3 inicial de Pelechano y dado que se trataba de una escala experimental lo pasamos a población que padecía Trastornos de Ansiedad (N=118) y a un grupo control (N=118). A partir de ahí realizamos una depuración de ítems con la muestra total (N=236). Dado que queríamos comprobar la sensibilidad al cambio que presentaba el instrumento hicimos una factorización con la muestra clínica, así como análisis de fiabilidad y validez.

4.1. OBJETIVO

El objetivo básico de esta investigación es diseñar un instrumento que aísle aspectos de la rigidez entre la población normal y aquellas personas que padecen trastornos de ansiedad. Nos parece interesante estudiar un instrumento que rastree diferencias entre ambos tipos de población y resulte útil en la práctica clínica.

4.2. DEPURACIÓN DEL INSTRUMENTO

Inicialmente hicimos un análisis diferencial de ítem (prueba chi cuadrado) para estudiar en cuales de ellos se producen diferencias significativas entre la muestra clínica y la muestra de sujetos normales. Como puede observarse en la tabla 4.1., de los cincuenta y cinco ítems iniciales del cuestionario de Rigidez (R3), sólo seis han mostrado diferencias significativas. Son los siguientes: ítem número 7: *"El mundo es de los capaces, de los que valen"*; ítem número 13: *"Quien tiene un buen concepto de sí mismo goza de un buen concepto ante los demás, tiene éxito en la vida"*; ítem número 16: *"Mi deseo de rendir mucho es más fuerte que en los demás"*; ítem número 20: *"Me gusta que en las fotos, cuadros y escaparates esté todo ordenado simétricamente"*; ítem número 53: *"Un viaje de vacaciones debería planearse siempre hasta en sus detalles más insignificantes"*; ítem número 55: *"Uno tiene que luchar por permanecer arriba en un mundo que consta casi únicamente de débiles y fuertes"*.

TABLA 4.1.- ÍTEMS DEPURADOS A PARTIR DE LA PRUEBA CHI CUADRADO (N = 236).

ÍTEMS	X ²	P
7	.037	.051
13	.028	.003**
16	.037	.005*
20	.005	.008*
53	.001	.000***
55	.004	.005*

NOTA: * = <.05; ** = <.005; *** = <.001

4.3. ANALISIS FACTORIAL

A continuación, obtuvimos la media y desviación típica de la muestra clínica, con un N=118 sujetos, como puede verse en la tabla 4.2. A la vista de los resultados, podemos deducir que existe poca variabilidad para cada elemento.

Realizamos un análisis factorial de máxima verosimilitud con rotación oblicua. La matriz factorial de los 6 ítems depurados se presenta en la tabla 3.3. Las correlaciones que aparecen son bajas. Los criterios seguidos para seleccionar los ítems que finalmente formarían parte de los factores fueron: (i) la saturación debía ser superior a .30; (ii) cuando un ítem saturara en dos o más factores con el mismo signo, se tomaría sólo en aquel donde la cuantía de la saturación fuera mayor y (iii) en el caso de que las saturaciones de un mismo ítem en más de un factor fuera de signo distinto, se conservaría el ítem en ambos factores. Además, se calcularon manualmente los valores propios y el porcentaje de varianza que cada uno de ellos explica, incluyendo sólo esas saturaciones (tabla 4.4.).

La representación gráfica del número de correlaciones por intervalos, extraída a partir de la matriz de correlaciones, aparece en la figura 4.1. Observando la figura, cabe esperar una solución de pocos factores, aunque con una curva parecida a la distribución normal. Además, se dan bastantes frecuencias que se aproximan a .20.

Como se observa en la tabla 4.4., obtuvimos una solución monofactorial de seis ítems. El contenido de los ítems del nuevo factor manifiesta que existe relación entre tener éxito en el trabajo y mantener el control en el máximo número de detalles de cualquier actividad que se planifique. Parece que muestra que tener éxito está relacionado con ser competitivo. De esta forma le hemos dado el nombre de: "*Sobrevaloración extrema del rendimiento asociado a orden y planificación*". El valor propio de este factor es de 1.93, y es capaz de explicar el 100% de la varianza relativa de la solución rotada.

Por tanto, nos encontramos con una solución factorial en la que se han aislado 6 ítems agrupados en un único factor, donde se manifiesta que tener éxito en el trabajo está relacionado con ser competitivo.

**TABLA 4.2.- MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS DE
LOS 6 ÍTEMS DEPURADOS DEL
CUESTIONARIO (N = 118).**

ÍTEM	X	DT
ÍTEM 7	0.39	0.49
ÍTEM 13	0.74	0.44
ÍTEM 16	0.22	0.42
ÍTEM 20	0.31	0.46
ÍTEM 53	0.28	0.45
ÍTEM 55	0.52	0.50

NOTA: X = media; DT = desviación típica

**TABLA 4.3.- MATRIZ DE CORRELACIONES PARA
LOS 6 ÍTEMS DEPURADOS DEL
CUESTIONARIO R-3.**

		ÍTEMS NÚMERO					
		7	13	16	20	53	55
7							
13		.16					
16		.29	.09				
20		.30	.23	.23			
53		.12	.16	.17	.24		
55		.15	.12	.15	.16	.19	

FIGURA 4.1.- HISTOGRAMA DE LAS INTERCORRELACIONES DE LOS 6 ÍTEMS DEPURADOS DEL CUESTIONARIO DE RIGIDEZ.

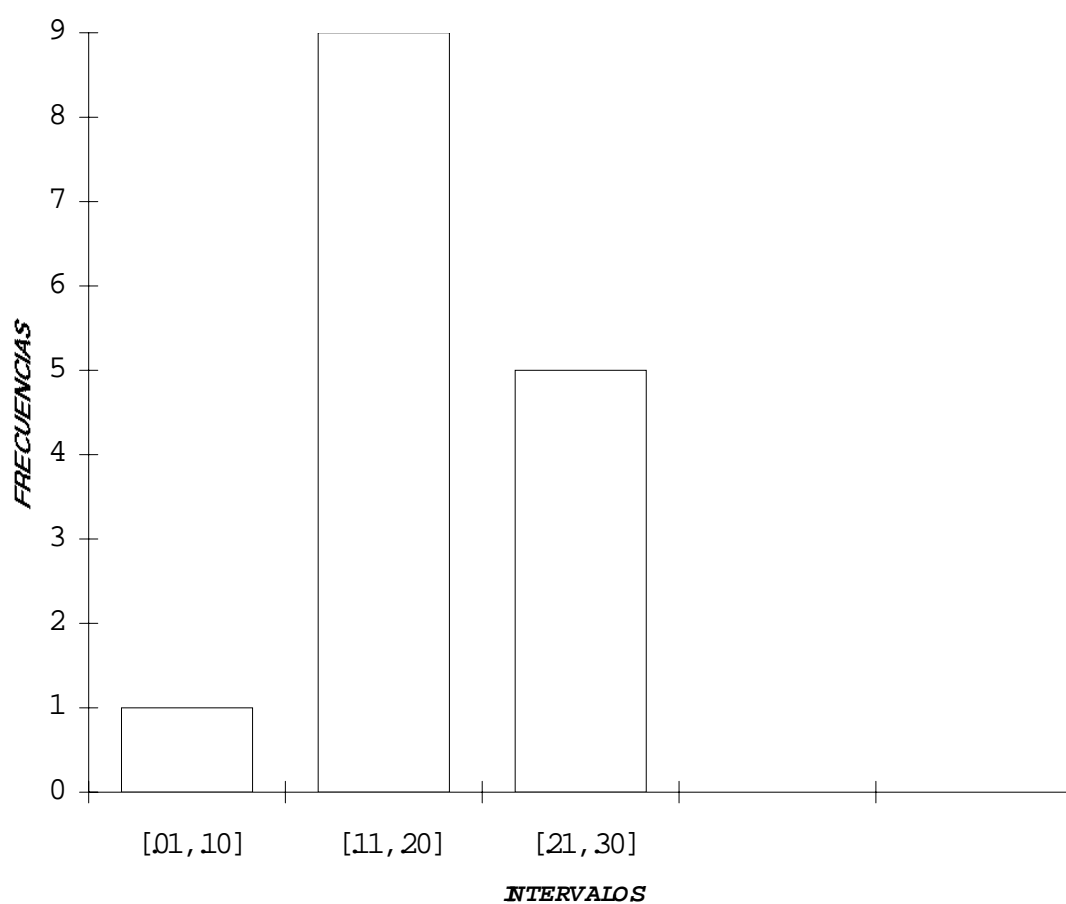


TABLA 4.4. ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA NUEVA ESCALA DE RIGIDEZ PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD CON ROTACION OBLIMIN (NC 118)

ESCALA NUEVA: *SOBREVALORACIÓN EXTREMA DEL RENDIMIENTO ASOCIADO A ORDEN Y PLANIFICACION RIGIDA.*

ÍTEMS	F-I	h ²
7.- El mundo es de los capaces, de los que valen.	.50	.15
13.- Quien tiene un buen concepto de sí mismo goza de un buen concepto ante los demás, tiene éxito en la vida.	.34	.07
16.- Mi deseo de rendir mucho es más fuerte que en los demás.	.43	.12
20.- Me gusta que en las fotos, cuadros y escaparates esté todo ordenado simétricamente.	.58	.17
53.-Un viaje de vacaciones debería planearse siempre hasta en sus detalles más insignificantes.	.39	.10
55.- Uno tiene que luchar por permanecer arriba en un mundo que consta únicamente de débiles y fuertes.	.32	.07
Valor propio	1.93	
%varianza explicada	100%	
n° ítems	6	

NOTA: h² = comunalidad.

4.4. CONSISTENCIA INTERNA Y FIABILIDAD

Uno de nuestros objetivos operativos, a evaluar en esta investigación, fue el cálculo de los coeficientes de estabilidad y consistencia interna (alfa de Cronbach) de la nueva dimensión de rigidez. Nos parece necesario conocerlo, puesto que, dependiendo de su grado de consolidación-generalización, la nueva dimensión será más o menos fácilmente modificable: si su consolidación está en un nivel intermedio, o más difícilmente modificable si está en un nivel de consolidación básico.

También calculamos las correlaciones de la nueva escala con los seis ítems en los cuatro momentos de evaluación.

4.4.1. INDICES DE CONSISTENCIA INTERNA Y ESTABILIDAD TEMPORAL DE LA NUEVA ESCALA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL.

Después de tener aislados los ítems que componen el factor nuevo, calculamos los índices de consistencia interna, así como los índices de estabilidad temporal. Los resultados correspondientes se encuentran en la tabla 4.5. y 4.6. Tenemos un alfa de Cronbach de .57, teniendo en cuenta que el factor es de sólo 6 ítems, el resultado tiende a ser moderadamente aceptable.

Como se observa, el índice de estabilidad temporal entre el pretest y el posttest (tabla 4.7) es altamente significativo. El índice de estabilidad entre el pretest y el primer seguimiento, y entre el pretest y el segundo seguimiento son estadísticamente significativos, aunque van bajando ligeramente desde

el principio de la terapia hasta el último seguimiento. Este índice de estabilidad nos está indicando que la rigidez medida por este cuestionario se mantiene muy estable a lo largo del tiempo y es bastante difícil de modificar.

Si seguimos observando los datos, encontramos que la estabilidad obtenida entre el posttest y el primer seguimiento (.65***), entre el posttest y el segundo seguimiento (.72***), así como entre el primer seguimiento y el segundo seguimiento (.66***), se mantienen estables a lo largo del tiempo. Esta estabilidad temporal después de la terapia nos indica hasta qué punto se mantienen los cambios y los valores obtenidos, muestran también que los cambios se mantienen, esto es, que la rigidez no varía a lo largo del tiempo.

**TABLA 4.5.- INDICES DE CONSISTENCIA INTERNA
(N = 118).**

ALFA	THETA	OMEGA
.57	5.696	.49

**TABLA 4.6.- INDICES DE CONSISTENCIA
INTERNA POR ITEMS (N= 118).**

ÍTEM	ALFA	MEDIA	VARIANZA
7	.51	2.06	1.93
13	.55	1.71	1.93
16	.53	2.23	1.90
20	.48	2.14	1.73
53	.53	2.17	1.87
55	.55	1.93	1.84

**TABLA 4.7.- ESTABILIDAD TEMPORAL DE LA
NUEVA ESCALA (N = 118).**

DIFERENTES MOMENTOS DE CORTE	FACTOR I
A-D N=118	.72***
A-M N=87	.65***
A-T N=64	.64***
D-M N=83	.65***
D-T N=75	.72***
M-T N=78	.66***

Nota: A= antes; D= después; M= mes y medio; T= tres meses; N= número de pacientes.

4.4.2. HOMOGENEIDAD-HETEROGENEIDAD DE LOS ÍTEMS DEL GRUPO EXPERIMENTAL.

Realizamos correlaciones de la escala depurada con los seis ítems de la propia escala en los cuatro momentos de evaluación, esto es antes de iniciar la terapia, una vez finalizada ésta, al mes y medio el primer seguimiento y a los tres meses el segundo seguimiento.

4.4.2.1. Análisis de la escala con los seis ítems en los cuatro momentos de evaluación.

Respecto a las correlaciones de la escala depurada, con los 6 ítems significativos antes de iniciar la terapia, esto es, con una muestra de 118 sujetos, se pueden ver los datos obtenidos en la tabla 4.8. Como vemos, los coeficientes de todos los ítems son estables estadísticamente y quizás podamos pensar en niveles de consolidación intermedios, así como un nivel básico de consolidación en los ítems 7 y 20.

A continuación realizamos el análisis de la nueva escala con los ítems, una vez hubo finalizada la terapia, esto es, con un número de sujetos de 87. En la tabla 4.9. se pueden ver los resultados obtenidos, apreciándose que estas correlaciones son muy significativas.

**TABLA 4.8.- CORRELACIONES DE LA ESCALA
DEPURADA CON LOS ÍTEMS EN
LA SEMANA 0 (N = 118).**

ÍTEM	ESCALA DEPURADA
7	.61***
13	.51***
16	.54***
20	.64***
53	.55***
55	.54***

NOTA: *** = Probabilidad .000

**TABLA 4.9.- CORRELACIONES DE LA ESCALA
DEPURADA CON LOS ÍTEMS EN LA
SEMANA DESPUÉS DEL
TRATAMIENTO (N = 87) .**

ÍTEM	ESCALA DEPURADA
7	.73***
13	.53***
16	.46***
20	.70***
53	.63***
55	.57***

NOTA: *** = Probabilidad .000

**TABLA 4.10.- CORRELACIONES DE LA ESCALA
DEPURADA FACTOR I CON LOS
ÍTEMS AL MES Y MEDIO DE
FINALIZAR EL TRATAMIENTO (N
= 70) .**

ÍTEM	ESCALA DEPURADA
7	.62***
13	.57***
16	.47***
20	.66***
53	.59***
55	.56***

NOTA: *** = Probabilidad .000

**TABLA 4.11.- CORRELACIONES DE LA ESCALA
DEPURADA CON LOS ÍTEMS A LOS
TRES MESES DE FINALIZAR EL
TRATAMIENTO (N = 64) .**

ÍTEM	ESCALA DEPURADA
7	.63***
13	.60***
16	.45***
20	.58***
53	.62***
55	.62***

NOTA: *** = Probabilidad .000

Además, al comparar estos datos con los obtenidos en la semana 0, antes de iniciar la terapia, podemos observar que las correlaciones, no sólo se mantienen muy significativas, sino que, salvo el ítem 16, cuya correlación baja un poco, el resto tiene una tendencia a obtener puntuaciones más altas. Y así, los ítems 7 y 20 mantienen su nivel básico de consolidación.

Seguimos analizando los datos, y esta vez comparamos la nueva escala con los ítems al mes y medio de finalizar el tratamiento con un número de 70 sujetos. Los resultados obtenidos (tabla 4.10.) se mantienen altamente significativos. Excepto el ítem 16, en el que baja un poco la correlación con respecto a la semana 0, el resto de correlaciones aumenta.

Posteriormente, analizamos la correlación de la escala de rigidez con los ítems del segundo seguimiento, esto es, a los tres meses una vez concluida la terapia (Tabla 4.11.). Las correlaciones siguen siendo significativas. Con respecto a la semana 0, bajan un poco los ítems 16 y 20, mientras que en el resto de ítems los coeficientes aumentan ligeramente, lo que nos indica la homogeneidad de los ítems.

CONCLUSIONES

Como hemos visto, a lo largo de este capítulo, los análisis psicométricos realizados tras la depuración del instrumento y la factorización, nos muestran un instrumento que presenta gran fiabilidad, gran estabilidad y gran consistencia interna para pacientes que padecen Trastornos de Ansiedad.

5. SENSIBILIDAD AL CAMBIO

5.1 Coeficientes de estabilidad

5.2 Datos sobre validez

5.2.1 Criterios de identificación

5.2.2 Validez convergente

5.2.2.1 Correlación de la nueva escala con dimensiones de personalidad

5.2.2.2 Correlación de la nueva escala con ansiedad y depresión

5.2.2.3 Correlación de la nueva escala con escala de adaptación de Echeburúa

5.2.2.4 Correlación de la nueva escala con mejoría global S6 y A5

5.3 Análisis de varianza

5.4 Pruebas de contraste

Conclusiones

5. IMPORTANCIA DE LA RIGIDEZ EN LA TERAPIA: SENSIBILIDAD AL CAMBIO

Una vez depurada la escala, y obtenido unos ítems significativos nos encontramos con una estructura factorial de un solo factor, por tanto, diferente a la a la estructura factorial de dos factores que observó Pelechano en sus investigaciones. Por consiguiente, nuestro interés, ahora, estaba en comprobar en qué medida la rigidez medida por la escala depurada es una variable de personalidad fácilmente cambiabile, o más bien se encuentra en un nivel básico de consolidación difícilmente cambiabile.

Para comprobar la validez y sensibilidad al cambio realizamos mediciones psicológicas de la nueva escala, observando la evolución en los cuatro puntos de corte. En este orden de cosas, llevamos a cabo un análisis de varianza de dos vías (escala nueva por momento). Posteriormente, tras la obtención de una nueva escala depurada se muestran sus relaciones con otras variables de personalidad, motivación y estado de ánimo a lo largo del período de tratamiento.

Seguidamente, a fin de observar si se producen diferencias, realizamos un análisis diferencial de los

distintos momentos de evaluación, comparándolos en cada momento, para ello utilizamos la prueba T.

5.1. COEFICIENTES DE ESTABILIDAD.

Realizamos análisis diferenciales, comparando los seis ítems con el momento antes del tratamiento-después del tratamiento, con el momento antes del tratamiento y el primer seguimiento, con el momento antes del tratamiento y el segundo seguimiento, con el momento después del tratamiento y el primer seguimiento, con el momento después del tratamiento y el segundo seguimiento y, con el momento primer seguimiento y segundo seguimiento, es decir, se compararon dos a dos los cuatro momentos de evaluación en todas sus combinaciones posibles.

Con respecto al *momento antes del tratamiento después del tratamiento*, los resultados que obtuvimos demuestran una gran estabilidad temporal y con un nivel de significación estadística menor .001, a excepción del ítem 7, cuyo nivel de significación es menor del .01 (tabla 5.1).

Con el *momento antes del tratamiento y el primer seguimiento*, los resultados que nos aparecen indican que siguen siendo estadísticamente significativos, y con un nivel de significación menor de .001, salvo en el ítem 16, que es menor de .01.

Con el *momento antes del tratamiento y el segundo seguimiento*, los resultados obtenidos son más variados.

Los ítems 7, 13, 20 y 41 presentan una gran estabilidad, y tienen un nivel de significación menor de .001. El ítem 53 tiene un nivel de significación de .05. En general, sigue manteniéndose la tendencia a la estabilidad.

En cuanto al *momento después del tratamiento y el primer seguimiento*, siguen siendo estadísticamente significativos todos los ítems, con un nivel de significación menor de .001, excepto el ítem 13, cuya significación es menor de .05.

Los análisis referidos al *momento después del tratamiento y el segundo seguimiento* siguen mostrándose altamente significativos, y con un nivel de significación menor de .001, salvo el ítem 16.

Por último, nos queda por comentar los datos obtenidos respecto al *momento primer seguimiento y segundo seguimiento*. Los resultados obtenidos siguen manteniendo un nivel alto de estabilidad, y con un nivel de significación menor de .001 (ítems 7, 20, 53 y 55) y menor de .01 (ítems 13 y 16).

En definitiva, la nueva escala comparada a lo largo de todos los momentos temporales de evaluación y seguimientos en sus múltiples combinaciones se presenta como muy estable, por lo que parece que la rigidez no afecta al tipo de terapia aplicada ni a los resultados obtenidos con el tratamiento.

Otra lectura que se puede hacer sobre los mismos datos (tabla 5.1) se basa en la revisión del cuadro en relación a los ítems. Así, observamos que los ítems 20

y 53 resultan altamente significativos, y además su nivel de significación siempre se mantiene menor de .001. Esto podría indicarnos que son ítems muy consistentes.

TABLA 5.1.- COEFICIENTES DE ESTABILIDAD PARA LA DIMENSIÓN DE RIGIDEZ DE LA ESCALA DEPURADA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL.

Item	A-D N=87	A-1°s N = 70	A-2°s N=64	D-1°s N=67	D-2°s N=61	1°s-2°s N=64
7	.27**	.54***	.46***	.41***	.64***	.50***
13	.51***	.38***	.46***	.31*	.56***	.36**
16	.36***	.33**	.23	.58***	.22	.35**
20	.61***	.67***	.67***	.55***	.49***	.63***
53	.60***	.49***	.28*	.56***	.48***	.75***
55	.47***	.51***	.41***	.49***	.49***	.53***

Nota: A= antes; D= después; 1° s= primer seguimiento; 2°s= segundo seguimiento; N= número de pacientes; *= nivel de significación menor de .05; **= nivel de significación menor de .01; ***= nivel de significación menor de .001

5.2.-DATOS SOBRE VALIDEZ

Si seguimos la idea que muchos autores defienden de que la validez se refiere a lo que mide un test y a cómo lo mide, y otros más explícitos afirman que la validez del test se refiere a que mida lo que pretende medir, para hablar de escala depurada de rigidez debemos revisar cuál es su validez.

Presentaremos los siguientes resultados: En primer lugar, datos de correlaciones entre la escala depurada y diferentes criterios de identificación del grupo experimental. En segundo lugar, datos sobre validez convergente, en donde se presentarán los coeficientes de correlación entre puntuaciones de la nueva escala y algunas dimensiones de personalidad, motivación y factores emocionales (ansiedad y depresión). En tercer lugar, resultados referidos a la varianza.

5.2.1.- CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

Las variables utilizadas como criterios de identificación son: edad cronológica (con un rango de 17 a 70 años), sexo, nivel cultural (bajo, medio y alto), Test de Inteligencia Raven (puntuaciones directas) y estado civil. En primer lugar, hemos calculado la media y la desviación típica de estas variables, y posteriormente la correlación de la escala depurada con estas mismas variables (tabla 5.2 y tabla 5.3). Con respecto a los datos de media y desviación

típica tenemos una media de edad de 32.04 años. Esto nos indica que se produce un nivel más alto de rigidez a medida que las personas son más mayores. Con respecto al sexo tenemos una media de .69 nos indica que hay más mujeres que hombres, aunque no existen diferencias significativas entre sexos. El nivel cultural categorizado por bajo, medio y alto con el código de 1, 2 y 3 nos indica cuando miramos los datos que la mayor parte de nuestra población procedía de un nivel medio-alto. Con respecto al Raven tenemos una población con una inteligencia media-normal. En cuanto al estado civil se realizaron las categorías de soltero, casado, separado/divorciado y viudo encontrando que la mayor parte de la población del estudio era soltera y le seguía a distancia las personas casadas, las personas separadas/divorciadas y viudas constituían una minoría.

En cuanto a los coeficientes de correlación encontramos que respecto a la edad se produce un nivel más alto de rigidez a medida que las personas son más mayores. No existen diferencias significativas en cuanto a sexos, aunque la correlación es negativa, y por el código utilizado (0= varones; 1= mujeres) indicaría que los varones son ligeramente más rígidos, aunque la verdad es que el coeficiente no es significativo, es tendente a cero, por tanto la conclusión que se puede extraer es que el sexo no parece estar asociado con la escala de rigidez depurada. En cuanto al nivel cultural, observamos una correlación negativa y significativa, por tanto podríamos deducir que son más rígidos aquellos con un nivel cultural menor. En cuanto a inteligencia, encontramos una correlación negativa y significativa al

.01, que nos indica que los más inteligentes son menos rígidos. Con respecto al estado civil, no aparecen resultados significativos.

TABLA 5.2.- MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LA ESCALA DEPURADA CON VARIABLES DESCRIPTIVAS

VARIABLES	N	M	D T
Edad	127	32.04	10.55
Sexo	144	.69	.46
Nivel cultural	124	2.59	1.03
Raven	92	45.08	11.44
E. civil	124	1.59	.70
ESCALA DEPURADA	118	2.45	1.56

NOTA: * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.001$. P.= probabilidad; E. Civil= estado civil; N = número de sujetos; DT = desviación típica.

**TABLA 5.3.- COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE
DISTINTOS CRITERIOS Y LA NUEVA
ESCALA DE RIGIDEZ**

VARIABLES	N	ESCALA DEPURADA	P
Edad	118	.26**	.004
Sexo	118	-.07	.458
Nivel cultural	118	-.24*	.010
Raven	73	-.34**	.003
E. civil	118	.219	.007

NOTA: * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.001$. P.= probabilidad;
E. Civil= estado civil; N = número de sujetos.

5.2.2.- VALIDEZ CONVERGENTE

5.2.2.1.-*Correlación de la nueva escala con dimensiones de personalidad.*

Correlacionamos la escala depurada con diversos cuestionarios de personalidad (ya explicados en el capítulo de diseño). Los resultados ponen de relieve los siguientes aspectos (Tabla 5.4 y Tabla 5.5):

(i) Tanto si utilizamos el cuestionario E-N del prof. Pelechano, como el cuestionario EPI de Eysenck, la rigidez no parece estar relacionada con las dimensiones de extroversión y neuroticismo. Esto confirma la hipótesis del profesor Pelechano de que la rigidez es un patrón distinto y no asimilable al neuroticismo. Las correlaciones son tendentes a cero, y en ningún caso alcanzan la significación estadística ni en extroversión ni en neuroticismo. Por lo tanto, parece que es una dimensión de personalidad básica e independiente.

(ii) Como era de esperar, la escala depurada correlaciona y alcanza significación estadística con los tres factores de la escala original de rigidez. Con el factor R2 ("Sobreesfuerzo personal y actitud de elite") es con el que la significación estadística es mayor (correlación de .62, y probabilidad menor de 0.001). Esto quizás se deba a que, de los seis ítems de la escala depurada, tres de ellos ya estaban en el

factor 2 del cuestionario de rigidez R3 original, y así se apoye en la idea de que el cuestionario nuevo sobre todo mide el sobreesfuerzo en el trabajo. No obstante, no hay que olvidar que presenta una correlación con R3 ("Principalismo e hipertrofia en el cumplimiento del deber") de .47, y con R1 ("Autoexigencia rígida en el trabajo y detallismo") de .38, ambas con una probabilidad también menor de .001. Parece que la nueva escala ha reducido ítems, pero sigue midiendo esa actitud fija, constante y persistente en el trabajo que lleva a las personas a un sobreesfuerzo personal y autoexigirse al máximo en el trabajo para cumplir con las expectativas de uno mismo y donde no caben las debilidades. Además, con un tipo de personalidad así, donde uno mantiene el control en todo momento, no es de extrañar que esta forma de ser trascienda a situaciones fuera del trabajo y uno quiera mantener el control también, con lo que puede aparecer como una persona rígida, tal como se muestra en los ítems 20 ("Me gusta que en las fotos, cuadros y escaparates esté todo ordenado simétricamente") y 53 ("Un viaje de vacaciones debería planearse siempre hasta en sus detalles más insignificantes"). Parece, pues, que este cuestionario podría detectar a las personas capaces para desarrollar determinados trabajos, donde se exige un nivel extra de esfuerzo, y se valora esta actitud como una cualidad positiva. Es posible que esté relacionado con la personalidad tipo A.

TABLA 5.4.- MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS DE LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD

VARIABLES	N	MEDIA	DES. TIPICA
Ex	143	7.18	4.50
Neu	143	14.31	3.95
Nu	136	15.44	4.49
Et	136	10.56	3.92
R1	143	3.29	1.66
R2	143	5.16	2.90
R3	143	12.59	3.62
F1	141	9.84	4.23
F2	141	4.33	1.43
F3	141	1.69	1.46
F4	141	7.41	1.75
F5	141	6.42	2.16
F6	141	2.05	1.29
F7	141	2.61	1.43
F8	141	2.72	1.49
FA	119	2.71	2.36
FE	119	9.15	2.43
DO1	119	4.82	3.45
DO2	119	10.93	2.05
AA1	119	21.61	4.89
AA2	119	4.52	2.62
A1	132	9.84	2.85
A2	132	5.61	2.54
EML-1	137	2.99	2.90
EML-2	137	4.77	2.38
ESCALA	118	2.45	1.56

NOTA: De la escala EN: Ex : extraversión y Neu : neuroticismo; De la escala EPI: Un: neuroticismo y Et: extraversión; De la escala R3 tenemos los factores R1, R2 y R3; De la escala LUCAM tenemos los factores F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7 y F8; De la escala Dogyant tenemos los factores FA, FE, DO1, DO2, AA1 y AA2; De la escala MAE tenemos A1 y A2; De la escala EML tenemos los factores EML-1 y EML-2.

(iii) En cuanto a locus de control, la correlación más significativa (.36) con una probabilidad menor de 0.001 es con el factor de control externo F8 ("Factor de sentimiento de falta de control"). Por lo tanto, podríamos deducir que las personas más rígidas tienen más falta de control; es decir, las personas que tienen más dificultad para mantener un control sobre sus acciones adoptan más actitudes rígidas y dogmáticas.

El resto de factores tienen correlaciones muy bajas, por lo que podríamos deducir que rigidez no es una variable de estilo, es independiente del Locus de control.

(iv) El siguiente cuestionario del que hemos analizado su relación con la escala nueva de rigidez es el cuestionario Dogyant. Los resultados obtenidos en los distintos factores aparecen significativos, a excepción del factor DO2 ("Desencanto intelectualizado del mundo social"), cuya correlación es casi nula.

La correlación más significativa es con el factor AA2 ("Convencionalismo socio-grupal y anti-intracción"), con una puntuación de .39 y una probabilidad menor de 0.001. Entendemos que el factor AA2 significa que la persona acepta los convencionalismos sociales a pies juntillas, hasta el punto de no atreverse a discrepar de la sociedad o grupo al que pertenece, o a reconocer sentimientos propios que pudieran ser diferentes y ponerle en contra de la mayoría, de tal forma que le lleva a aceptar afirmaciones de manera dogmática, sin cuestionarlas, por lo que puede parecer que "pasa" de muchas

cuestiones, y a mostrarse autoritario sólo en privado, en su casa. Esta situación le lleva a pensar que no tiene control en su vida, y que cuando tiene problemas no sabe encontrar solución a ellos. Dada la correlación mostrada con rigidez, podemos entender que una persona de estas características se mostrará dogmática y rígida en muchas áreas de su vida, ya no sólo en el ámbito laboral, donde se podía estimar como una cualidad positiva. Este tipo de persona no tendrá problemas mientras todo vaya bien y nada le cuestione su escala de valores, pero, si eso ocurriera, sería entonces cuando no podría solucionar las dificultades debido a esa falta de flexibilidad.

En orden decreciente de importancia, la siguiente correlación significativa es con el factor AA1 ("Organización-planificación social y laboral junto a independencia personal"), con una puntuación de .34 y una probabilidad menor de 0.001. Podría entenderse como una persona que gusta de aprovechar el tiempo al máximo en su trabajo, ser competente y realizarlo bien mediante una buena organización y planificación de él, a la vez que busca una manera particular y personal de vivir y sentirse satisfecho en ello. Unido a cierto grado de rigidez, este hecho podría describirnos a una persona que persevera y es constante por conseguir en la vida aquellos objetivos que se ha propuesto. Desde aquí sería una relación positiva, a más puntuación en el factor AA1 junto con el factor rigidez, más interés por el trabajo y a tener autonomía personal y a llegar a conseguirlo porque la persona no pierde de vista la meta.

TABLA 5.5.- COEFICIENTES DE CORRELACION ENTRE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y LA ESCALA DEPURADA DE RIGIDEZ.

CUESTIONARIO	VARIABLE	N	ESCALA DEPURADA
EN	Ex	118	-.09
	Neu	118	.14
EPI	Nu	112	.06
	Et	112	-.10
R3	R1	118	.38***
	R2	118	.62***
	R3	118	.47***
LUCAM	F1	117	.22*
	F2	117	-.08
	F3	117	.11
	F4	117	.11
	F5	117	-.27**
	F6	117	-.08
	F7	117	.26**
	F8	117	.36***
DOGYANT	FA	95	.33***
	FE	95	.25*
	DO1	95	.20*
	DO2	95	.03
	AA1	95	.34***
	AA2	95	.39***
MAE	A1	109	.18
	A2	109	.06
EML	EML-1	113	.24*
	EML-2	113	.41***

Nota: para aclaraciones de siglas ver nota de la tabla 5.4.

El siguiente factor es el FA ("Autoritarismo maniqueo"), con una puntuación de .33, y con una probabilidad menor de 0.001. Una puntuación alta en este factor describe a personas que creen que debe existir un solo jefe como figura de autoridad al que se le debe obediencia y respeto ante todas las cosas. No respeta las libertades individuales, y apoya a los fuertes frente a los débiles y cree que muchos problemas se resolverían si nos deshiciéramos de inmorales y retrasados mentales. Con toda claridad, son personas dogmáticas y dicotómicas, para quienes las cosas son buenas o malas, blancas o negras, industriales y comerciantes o artistas e intelectuales. Si esta descripción del factor se ve apoyada por la rigidez, las cualidades de dogmatismo y rigidez alcanzan su grado extremo en el sentido más negativo.

A pesar de que se producen algunas correlaciones del cuestionario Dogyant con la escala depurada de rigidez, no son demasiado significativas. En algún momento puede estar midiendo rigidez por lo que se puede haber producido contagio.

(V) Otra dimensión de personalidad que también hemos evaluado en esta investigación es la Ansiedad Manifiesta, medida por el cuestionario MAE.

Los resultados que hemos obtenido nos indican que la rigidez no se encuentra relacionada con la ansiedad inhibidora del rendimiento ni con la ansiedad facilitadora del rendimiento. En ninguno de los dos casos alcanza significación estadística. Por tanto, son independientes ambas escalas, es decir, están al margen de la rigidez.

(VI) Para terminar con las dimensiones de personalidad, analizaremos los resultados obtenidos con la escala EML.

La nueva dimensión de rigidez alcanza significación estadística con la escala EML-2 ("Valoración extremada y fantasiosa sobre el trabajo que uno realiza"), con una puntuación de .41 y una probabilidad menor de 0.001. Esta escala nos muestra a una persona que valora por encima de todo el trabajo, exigiéndose a sí misma el máximo, y llegando a límites extremos y a veces desproporcionados. Unido a un alto grado de rigidez, nos puede perfilar a una persona persistente y constante en el trabajo, por lo que parece ser que los más rígidos creen que trabajan más.

Los resultados obtenidos con la escala EML-1 ("Valoración extremada y fantasiosa de uno mismo") apenas alcanzan la significación estadística.

CONCLUSIONES:

En suma, podríamos resumir que los resultados obtenidos parecen relevantes en los siguientes aspectos: la nueva escala de rigidez obtenida se trata de una variable que es independiente de neuroticismo y de extraversión ambas dimensiones medidas por el cuestionario EPI y por el EN; está muy relacionada con la antigua escala de R3 y sobre todo con el factor R2; es independiente de Locus de control; está relacionada con algunas escalas del Dogyant; es independiente del cuestionario MAE; y está relacionada con una escala del

cuestionario EML, que tiene que ver con la motivación fantasiosa en el trabajo.

5.2.2.2.- *Correlación de la nueva escala con ansiedad y depresión.*

Realizamos coeficientes de correlación de la nueva escala con el cuestionario STAI, que mide ansiedad estado y ansiedad rasgo, la escala de depresión del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-D), el inventario de depresión de BECK, y la escala Hospitalaria de ansiedad y depresión de Snaith y Zigmond Hamilton (HADS), que tiene dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión.

Respecto a los resultados obtenidos con todos los cuestionarios, la relación no es significativa en ningún caso, es tendente a cero tanto en las escalas que miden ansiedad como en las escalas que miden depresión. Es decir, la ansiedad y la depresión son independientes de la rigidez (Tabla 5.6 y 5.7).

TABLA 5.6.- MEDIA Y DESVIACION TÍPICA DE LA ESCALA DEPURADA CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

VARIABLES	N	MEDIA	DESV.TIP.
AE	139	27.37	12.44
AR	137	33.96	10.36
MMPI	136	14.58	4.98
DEPRESIÓN BECK	125	14.80	8.44
AN	129	11.47	4.05
DE	129	6.86	3.81
ESCALA DEPURADA	118	2.45	1.56

Nota: Del cuestionario STAI de Spielberger et al:
 AE: Ansiedad estado y AR: ansiedad rasgo; MMPI:
 cuestionario de depresión; Cuestionario de
 depresión de Beck; Escala hospitalaria de ansiedad
 (AN) y depresión (DE) de Snaith y Zigmond.

TABLA 5.7.- COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON LA ESCALA DEPURADA DE RIGIDEZ.

VARIABLES	N	ESCALA DEPURADA
AE	114	.09
AR	112	.15
MMPI	112	.20*
DEPRESIÓN BECK	103	.03
AN	106	.11
DE	106	.21*

Nota: Del cuestionario STAI de Spielberger: AE: Ansiedad estado y AR: ansiedad rasgo; MMPI: cuestionario de depresión; Cuestionario de depresión de Beck; Escala hospitalaria de ansiedad (AN) y depresión (DE) de Snaith y Zigmond; * = $p < 0.05$.

5.2.2.3.- *Correlación de la nueva escala con la escala de adaptación de Echeburúa y de Corral (EA)*

Quisimos analizar la relación entre la nueva escala de rigidez y la escala de Adaptación de E. Echeburúa y de P. Corral. Los resultados obtenidos nos indican que estas dos escalas son independientes, por tanto, no tiene nada que ver si una persona es más o menos rígida con que los problemas que tenga, o el nivel de adaptación, ya sea en el área de trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar o global, le estén afectando en mayor o menor medida (tabla 5.8 y 5.9).

5.2.2.4.- *Correlación de la nueva escala con la escala de Impresión global (forma S6) y (forma A5)*

Respecto al cuestionario Impresión Global (S6) cumplimentado por el paciente, y el cuestionario de Impresión Global (A5), cumplimentado por el terapeuta, los resultados obtenidos son relaciones tendentes a cero. Es decir, son independientes, y no tiene nada que ver si mejora o no un paciente con que sea más o menos rígido. Así, la rigidez no afecta al grado de mejoría (tabla 5.8 y 5.9).

TABLA 5.8.- MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LA ESCALA DE ADAPTACIÓN DE ECHEBURÚA Y MEJORÍA GLOBAL

VARIABLES	N	MEDIA	DES. TIP.
T	106	2.70	1.48
VS	106	2.61	1.41
TEL	106	3.01	1.45
RP	94	1.96	1.67
VF	106	2.00	1.51
G	106	3.24	1.09
S6	45	3.53	1.16
A5	47	3.77	.89
ESCALA DEPURADA	118	2.45	1.56

Nota: T = trabajo; VS = vida social; TEL = tiempo libre; RP = relación de pareja; VF = vida familiar; G= global; S6 = Impresión global del paciente; A5 = Impresión global del paciente evaluado por evaluador independiente.

TABLA 5.9.- COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE LA ESCALA DE ADAPTACIÓN DE ECHEBURÚA Y LA ESCALA DEPURADA DE RIGIDEZ.

VARIABLES	N	ESCALA DEPURADA
T	88	.06
VS	88	-.01
TEL	88	-.02
RP	77	.04
VF	88	.16
G	88	.12
S6	42	.08
A5	44	.06

Nota: T = trabajo; VS = vida social; TEL = tiempo libre; RP = relación de pareja; VF = vida familiar; G= global; S6 = Impresión global del paciente; A5 = Impresión global del paciente evaluado por evaluador independiente.

5.3.-ANÁLISIS DE VARIANZA DE LA NUEVA ESCALA

Se vio la evolución que sufría la escala depurada de rigidez a lo largo del período de tratamiento con el análisis de varianza, y además la interacción que existía entre los diferentes momentos de evaluación y el tratamiento. Como en anteriores análisis los diferentes momentos de evaluación son cuatro: antes de comenzar el tratamiento, después del tratamiento, al mes y medio de finalizar la terapia y a los tres meses de la misma. Como podemos observar en la tabla 5.10 y en la gráfica 5.1, las medias obtenidas en los cuatro momentos presentan muy poca variabilidad, y lo mismo ocurre con las desviaciones típicas. Se observa que la media de rigidez del primer momento al segundo momento disminuye. En un tercer momento aumenta y vuelve a disminuir en el cuarto momento de evaluación. De ello se deduce que se producen diferencias entre los cuatro momentos de corte, esto es que la rigidez medida por esta escala depurada disminuye en algunos momentos.

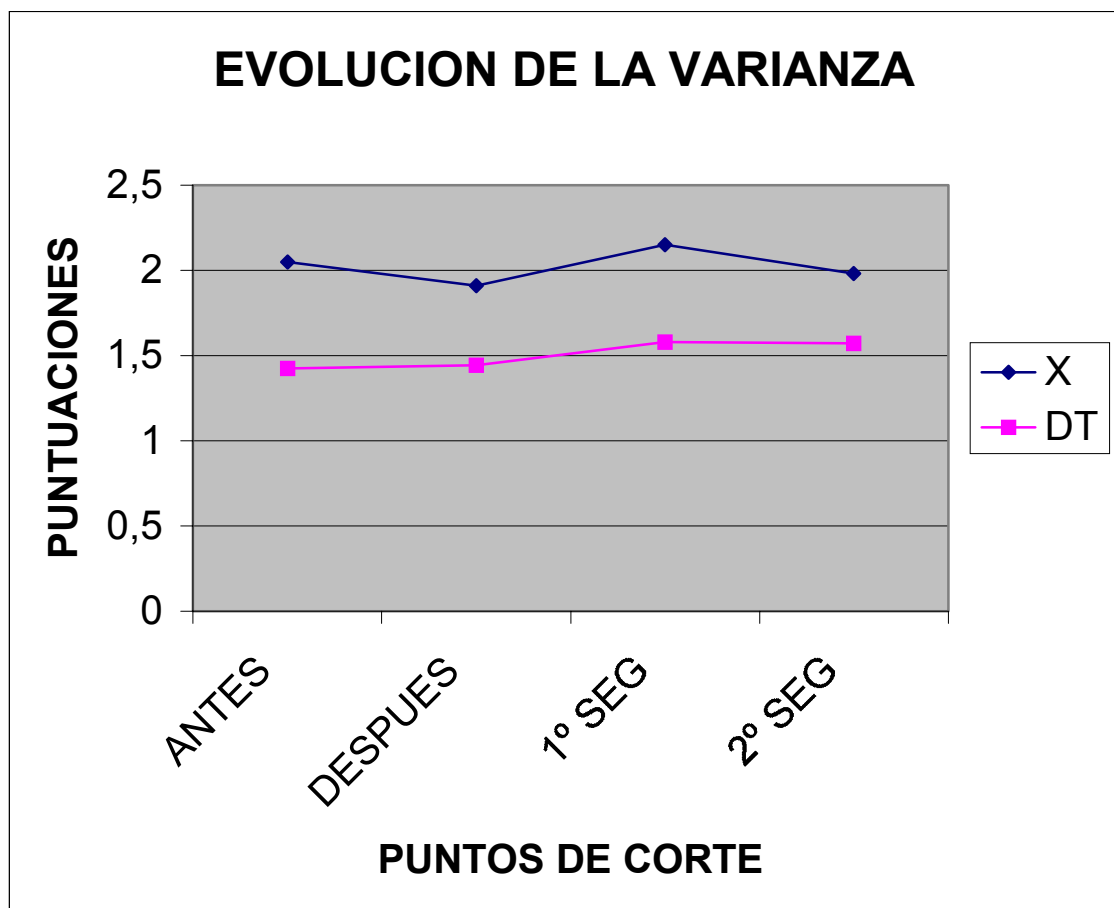
Es decir, la rigidez varía a lo largo del paso del tiempo, pero de los 4 momentos de corte, no se puede precisar a nivel de interacción, donde hay diferencias significativas.

TABLA 5.10.-ANALISIS DE VARIANZA (N=100) .

Semana de ESCALA DEPURADA	X	DT	F	P
Antes	2.050	1.424		
Después	1.910	1.443		
1° seguimiento	2.150	1.579		
2° seguimiento	1.980	1.570		
TOTAL			239,07	0.05

Nota: Probabilidad <.000

GRAFICA 5.1.- EVOLUCION DE LA VARIANZA DE LA NUEVA ESCALA EN LOS 4 MOMENTOS DE CORTE



5.4.-PRUEBAS DE CONTRASTE

Se realizaron pruebas T para muestras pareadas en dos direcciones, debido a que no se puede percibir donde hay diferencias. Así se compararon las muestras de pacientes, con trastornos de ansiedad, medidos con la escala depurada de rigidez, dos a dos en todas las posibilidades que permiten los cuatro momentos de corte.

La evolución de la media y la desviación típica, en todos los momentos, es significativa debido a que su probabilidad es menor de .000. Las puntuaciones medias cuando se compara antes de iniciar el tratamiento con el momento de después de finalizada la terapia, parten de 2.41 y descienden a 2.14 después de realizada la terapia. Esto nos indica que se ha reducido la rigidez en este momento con una T de .03. Si comparamos antes de iniciar la terapia con el primer seguimiento, al mes y medio, también se ha reducido la rigidez pero menos, baja de 2.33 a 2,14. Con una T que no es significativa. La comparación antes con el segundo seguimiento también se reduce la rigidez, baja de 2.36 a 1.13 con una T de .14. La comparación después del tratamiento-primer seguimiento la rigidez aumenta, pasa de 1.93 a 2.19 con una P de .10. Lo mismo ocurre en la comparación después del tratamiento-segundo seguimiento, aumenta de 1.92 a 2.07. Por último, en la comparación primer seguimiento-segundo seguimiento disminuye un poco la rigidez, va de 2.22 a 2.13 con una T de .57 (ver tabla 5.11).

**TABLA 5.11.- PRUEBAS DE CONTRASTE COMPARANDO
LOS 4 MOMENTOS DE EVALUACION**

	X	DT	T	P	N° de pares
Antes	2.41	1.44			
Después	2.14	1.64	2.20	.03	87
Antes	2.33	1.36			
1° seg.	2,14	1.57	1.25	.21	70
Antes	2.36	1.38	1.46	.14	64
2° seg.	1.13	1,59			
Después	1.93	1.53			
1° seg.	2.19	1.58	-1.65	.10	67
Después	1.92	1.57			
2° seg.	2.07	1.56	-.94	.35	61
1° seg.	2.22	1.60			
2° seg.	2.13	1.59	.56	.57	64

En definitiva, en la prueba F Global ANOVA no aparecen diferencias significativas, pero cuando se realizan las pruebas de contraste si aparecen diferencias significativas.

Por tanto, se podría concluir que después del tratamiento se produce una disminución importante de la rigidez medida con la nueva escala pero que a lo largo del tiempo varía poco, por lo que si se podría concluir que la rigidez medida con esta escala no es sensible al cambio. Por consiguiente, de acuerdo al modelo de Pelechano la rigidez medida por esta nueva escala es quizás una variable básica de personalidad, y por tanto, muy consolidada en la persona de modo que es difícilmente modificable. Dicho de otro modo se trata de un invariante estructural en pacientes que padecen trastornos de ansiedad y no cambia a lo largo del tiempo. A la vista de nuestros datos, la rigidez es modificable con la terapia pero esa modificación no se mantiene a lo largo del tiempo. Quizás siguiendo el modelo de Pelechano se podría afirmar que presenta un nivel medio de consolidación.

CONCLUSIONES

En definitiva, la nueva escala comparada a lo largo de todos los momentos temporales de evaluación se presenta como muy estable, por lo que parece que la rigidez no afecta al tipo de terapia aplicada ni a los resultados obtenidos con el tratamiento.

Respecto a los criterios de identificación destacar que en nuestros datos aparecen como más rígidos aquellos con un nivel cultural menor. Por otro lado, y siguiendo con la muestra de pacientes con Trastornos de Ansiedad, observamos que los más inteligentes son menos rígidos.

Por otro lado, la nueva escala depurada es independiente de neuroticismo y de extraversión. Está muy relacionada con la antigua escala de rigidez R3 y sobre todo con el factor R2 de esta escala; es independiente de Locus de control; está relacionada con algunas escalas del Dogyant; es independiente del cuestionario MAE; y está relacionada con una escala del cuestionario EML, que tiene que ver con la motivación fantasiosa en el trabajo.

No aparece relación significativa con ninguna de las escalas que miden ansiedad y depresión.

También es independiente de la escala de Adaptación de Echeburúa y de P. Corral.

En los análisis de varianza se observa la evolución de la rigidez que varía a lo largo del paso del tiempo, pero no se puede precisar donde se producen diferencias significativas de los 4 momentos de corte.

Con la pruebas T para muestras pareadas, podemos concluir que esta escala si es sensible al cambio.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Nos propusimos la realización de una investigación cuya población objeto de estudio eran personas que padecían diferentes trastornos de ansiedad. Dicha población fue sometida a diferentes tratamientos terapéuticos que actuaban como variable independiente midiendo la dimensión de personalidad rigidez en diferentes momentos de la terapia, para ver los efectos que tiene sobre la variable dependiente, el criterio.

Esta investigación trata de estudiar hasta que punto la personalidad presenta una estabilidad estructural en rigidez o hasta que punto esta característica de personalidad puede cambiar.

Nosotros de acuerdo con Pelechano (1996) pensamos que los resultados que hemos obtenido aquí son un acercamiento a la realidad con resultados provisionales, parciales. Más, cuando solo hemos analizado el efecto de la terapia en pacientes con trastornos de ansiedad y en que medida varía o no la rigidez como dimensión de personalidad. Para ello, nos hemos apoyado en el modelo de parámetros que propone el profesor Pelechano.

Desde este modelo de parámetros se ha demostrado que las terapias psicológicas conductistas poseen

efectos "no previstos" sobre la estructura personal y, a la vez, algunas de las variables de personalidad, como la rigidez, pueden ser criterios electivos para la selección de tratamientos psicológicos en diferentes personas que presenten una patología de comportamientos similar" (Pelechano, 1997).

Este trabajo me ha permitido, por un lado, revisar el concepto de rigidez en sus diferentes perspectivas, y por otro lado, observar la rigidez desde el entorno social pues es desde aquí que podemos medirla con la escala depurada obtenida.

Respecto a la revisión de la rigidez como patrón de personalidad encontramos diferentes acepciones, todas ellas objeto de estudio a lo largo de la literatura en psicología. La rigidez es citada por muchos autores desde muy distintas corrientes y todos parten del supuesto de que todos los demás sabemos a que se refieren con rigidez, pero son pocos los autores que se han ocupado de definirla. En nuestra revisión nos hemos encontrado con que la mayoría de acepciones se pueden resumir por un lado, en una vertiente positiva de la rigidez y por otro, en otra vertiente negativa, además del punto de vista social.

Mi primera tesis se refiere a este concepto de rigidez. En mi revisión teórica aparecen muchos autores que hablan sobre temas colaterales con respecto a la rigidez. Se puede ver la rigidez en relación a cualquier factor de personalidad, por ejemplo Neuroticismo, aunque demuestra ser independiente de los

mismos. Sin embargo, a pesar de que cada autor parece que está hablando de algo distinto, aparece un "aire de familia" por debajo de todos ellos, hay un referente que si lo mantenemos lo bastante abierto podría explicar lo que todos estos autores está intentando mostrar, la rigidez.

Desde el punto de vista negativo se entiende que la rigidez se produce en las personas que tienen dificultades de adaptación. También se dice de la persona rígida, aquella que no tiene en cuenta, o no sabe tener en cuenta, otros modos de pensar o asumir el punto de vista de los demás, es decir, que tiene dificultades para ponerse en el lugar de los demás. Desde aquí el término se acerca mucho al término de *empatía* que planteó Rogers, pues este concepto supone flexibilidad para comprender o más aún para meterse en la piel del otro y comprender el mundo desde el marco perceptual del otro. Otro aspecto de la rigidez negativo es el que incluye al individuo dogmático que no soporta la ambigüedad y no presenta apertura mental. Esta visión negativa de la rigidez también incluye la perspectiva político-ideológica. Tenemos autores que han estudiado la rigidez desde esta perspectiva como Narziss Ach y Luchins.

Narziss Ach observó la tendencia que las personas tienen a utilizar un patrón de estrategia constante, independientemente de su eficacia. Este patrón de activación merma la eficacia de actuación y lo llamó "tendencia determinante", es un patrón de perseveración en la aplicación del propio patrón independientemente

del resultado obtenido. Nos muestra cierta falta de flexibilidad para acomodarse a las circunstancias. Los estudios de Luchins van en la misma dirección. El los llamó tendencias de aprendizaje, refiriéndose a la tendencia a repetir una estrategia de solución de problemas de forma rígida. Desde aquí se entiende la rigidez como la repetición de las formas antiguas de solución. Son estrategias que han funcionado en momentos anteriores por lo que forman parte de nuestro repertorio de formas de llevar a cabo y aplicar habilidades, están en nuestra memoria.

Vista la rigidez desde una perspectiva más positiva se refiere a la persona inflexible y que continúa lo que ha empezado. No pierde de vista su meta, se muestra constante para la consecución de sus objetivos. Desde aquí destacan Spearman y Thurstone con su factor "g" que mide la perseverancia ante una dificultad y observan que algunas personas continúan, mientras que otras encuentran razones para abandonar. Quizás el primer grupo de personas encuentra razones con una motivación suficientemente fuerte para continuar y el otro grupo carece de la misma.

Por tanto vemos que se dan dos tradiciones desde la psicología del pensamiento un punto de vista negativo donde se manifiesta la rigidez por que la persona tiene dificultades de adaptación y un punto de vista más positivo manifestado en forma de perseveración que además incluye componentes motivacionales.

En todo caso, al margen de esta posibilidad de valorarla como positiva o negativa, el problema del concepto de rigidez es que nos encontramos "de facto" diferentes estudios sobre su relación con múltiples factores de la personalidad. Aunque los distintos autores están buscando un rasgo que defina diferentes aspectos de la rigidez, llamándole de diferentes maneras, podemos sostener que todos ellos parecen estar midiendo un mismo rasgo. Es decir, muchos autores, con una serie de análisis, y a lo largo de varias décadas, están reflejando lo que hoy podríamos recoger como rigidez, aunque unos hablan de mentalidad dura-blanda, otros de autoritarismo, etc.

Veámoslos: la rigidez por ejemplo aparece en varios autores que la han estudiado desde un contexto social. Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson y Sanford (1950), para evitar que se repitiera la situación política del momento, estudian el carácter autoritario-fascista para ver si su naturaleza se puede medir. De esta forma aparece la obra *La personalidad autoritaria* con la escala F (escala de fascismo) como la que mayor repercusión ha tenido. Llegaron a la conclusión que dicha escala no medía solo a los fascistas, es decir, el autoritarismo de derecha ideológica y política, sino a las personalidades autoritarias en general, personas rígidas y enequéticas.

Años más tarde, M. Rokeach (1960) intentó medir también el autoritarismo desde un punto de vista psicológico intentando superar los problemas

planteados por la escala F, por lo que elabora su escala de dogmatismo. Sin embargo, esta escala no ha resultado ser representativa del autoritarismo de derechas y de izquierdas a pesar de sufrir varias revisiones.

En los años 70, Kremml como resultado de la evidencia anterior realiza una formulación sobre la "personalidad anti-autoritaria" pero sin obtener datos concluyentes.

Otra área de la psicología que también ha estudiado la rigidez en alguna vertiente es el ámbito de la psicología de la personalidad donde destacan tres autores que han formulado teorías sobre el funcionamiento intelectual y han llevado a cabo modelos multifactoriales: Guilford, R.B.; Cattell y H.J. Eysenck.

Eysenck tras muchos años de investigación descubrió dos factores principales que llamó al primero Radicalismo-Conservadurismo (R) y al segundo factor Blandura mental-Dureza mental (T), retomado de W. James. La mentalidad blanda se refiere a la persona sentimental que subraya los valores de la ética, la moralidad y el altruismo en general, mientras que la persona con mentalidad dura es materialista, pesimista, valora las cuestiones realistas y temporales. Por lo que se deduce que a más inteligente menos rigidez, y a más rigidez menos eficacia en la vida social. Estudios posteriores demostraron que estas correlaciones no son correctas.

En los años 60, Eysenck, interpretó Radicalismo como un subcomponente diluido dentro de Neuroticismo y Dogmatismo como subcomponente de extraversión y neuroticismo.

Desde la psicología de la Personalidad se han estudiado las actitudes desde el punto de vista de los rasgos, en relación unos con otros en un patrón o estructura. La rigidez, desde aquí se podría vincular con las actitudes, pues mantener una actitud determinada con diferentes opiniones supone tener un patrón o rasgo de rigidez estable para mantener las mismas opiniones ante un mismo problema.

Eysenck añade una tercera dimensión, Conservadurismo Socioeconómico versus Socialismo socioeconómico, a las dos dimensiones previas de Mentalidad dura-Mentalidad blanda y Radicalismo-Conservadurismo. Siguiendo la asociación de variables de personalidad, la extraversión está relacionada con mentalidad dura y la introversión con mentalidad blanda.

Ross Stagner en los años 40 trabajó con la ideología fascista relacionada con la mentalidad dura de Eysenck lo que se relaciona con el dogmatismo, la falta de flexibilidad.

Pero otros autores como Coulter parecen haber puesto la rigidez en relación con otros factores. Coulter en 1953 realizó un estudio sobre los juicios

estéticos en relación con el factor complejidad-sencillez y su relación con otras variables de personalidad encontrando que la complejidad estaba más relacionada con los introvertidos y la sencillez con los extrovertidos.

En la misma década Barron y Welsh investigaron las actitudes de grupo en relación a cual era la preferencia si la complejidad y originalidad o lo sencillo. Encontraron que la preferencia por lo sencillo está muy relacionada con la rigidez vista como inflexibilidad del pensamiento y del comportamiento testarudo, pedante, firme. En su versión patológica aparece una forma estereotipada de pensar, moralidad rígida y compulsiva.

En esta línea de investigación Asch estudió la influencia del grupo en la independencia de juicio, encontrando resultados que concuerdan con la hipótesis formulada por Eysenck sobre mentalidad blanda, introversión y complejidad junto a no conformismo por un lado, y por otro, mentalidad dura, extraversión y sumisión y ceder a la presión de grupo.

A su vez, Harris, Gough y Martín en 1950 investigaron el efecto en los hijos de actitudes autoritarias y rígidas en la educación, encontrándose que padres con mentalidad dura adoptan sistemas educativos diferentes a padres con mentalidad blanda.

Furneaux Jordan considera, en sus estudios, a la rigidez como positiva, entendida como persistencia,

"soy cabezota y no lo dejo". Desde aquí el factor de rigidez hace que las personas sean mas eficaces por un lado, y por otro, esta rigidez dificulta las relaciones en el mundo social.

Aquí terminan los ejemplos de algunos estudios que relacionan lo que nosotros estamos llamando rigidez con las llamadas comúnmente actitudes sociales. Pero hay otras investigaciones que la relacionan con otros grupos de valores e intereses.

Spranger, por ejemplo, trató de clasificar a las personas atendiendo a 6 principales valores que dirigen su comportamiento: *Teorético, Económico, Estético, Social, Político y Religioso*. A pesar de que muchas personas no son ejemplos puros de los seis tipos. Se ha encontrado que existe relación entre los tipos de Spranger y los factores R y T de Eysenck. Esta relación sería:

Los valores económico y político pueden englobarse en el cuadrante conservador de mentalidad dura; El valor teorético puede contenerse en el cuadrante radical duro; El valor social en el cuadrante radical de mentalidad blanda; El tipo religioso en el área delimitada por el conservadurismo y la mentalidad blanda.

Coulter realizó un estudio entre la agresión o dominación abiertas por un lado y la agresión o dominación indirectas o encubiertas por otro.

Los resultados obtenidos confirman las hipótesis planteadas encontrando, por un lado, una tendencia muy clara por parte de los fascistas a ser abiertamente agresivos, mientras que los comunistas tienden a ser indirectamente agresivos. Y por otro, que los comunistas son más abiertamente dominadores, mientras que los fascistas son más indirectamente dominadores.

De manera que el resultado de este estudio confirma con fuerza que la dureza mental se correlaciona fuertemente tanto con la agresión como con el carácter dominador.

Frenkel-Brunswik estudian otro concepto que ya mencionamos en relación con la rigidez y es la intolerancia a la ambigüedad. La persona rígida trata de ganar seguridad agrupando los conceptos dentro de categorías rígidas de blanco y negro, negándose a admitir la presencia de tonos grises, intermedios.

Coulter encontró evidencias de que los fascistas y comunistas son más intolerantes a la ambigüedad que un colectivo neutro.

Por consiguiente personas de mentalidad dura se caracterizan de la intolerancia a la ambigüedad, pero no se identifica este rasgo con rigidez. Y solamente son una confirmación muy tenue para la hipótesis que liga a la rigidez con la dureza mental y con el autoritarismo en la forma en que viene medido éste por la escala F.

Block, encontró que los no tolerantes a la ambigüedad tardaban más en la prueba porque necesitaban establecer normas categóricas. Los resultados confirmaron la hipótesis sobre que los grupos de mentalidad dura son menos tolerantes a la ambigüedad que los grupos de mentalidad blanda.

Otro concepto, también, relacionado con la rigidez, la intolerancia a la ambigüedad y la concreción del pensamiento es el de "estrechez mental. Rokeach la define por la organización limitada o estrecha en las clasificaciones. La hipótesis de Rokeach era que los individuos de mentalidad estrecha habían de abundar más entre los pertenecientes al grupo mentalmente dura y a los tipos etnocéntricos.

En los últimos años uno de los modelos que está teniendo repercusión es el modelo de los cinco factores de personalidad con una aplicación práctica de un inventario que ha sufrido ya algunas revisiones y actualmente se llama el NEO PI-R (Revised NEO Personality Inventory), de Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1999). Desde aquí se obtiene un perfil de personalidad de cinco factores. Estos son: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Cada factor se compone de 6 escalas o facetas.

De todos ellos nos interesa destacar en este momento la Apertura a la experiencia como factor nuevo. El factor Apertura se refiere a las personas abiertas interesadas tanto en el mundo exterior como

en el interior y sus vidas están enriquecidas por la experiencia. La Apertura se relaciona especialmente con aspectos intelectuales, como es el pensamiento divergente que contribuye a la creatividad (McCrae, 1987).

Mi segunda tesis se refiere a que podríamos sostener que "Apertura a la experiencia" se contrapone a rigidez y entonces estaríamos entendiendo la rigidez en relación a procesos de aprendizaje.

Ejemplos de Rigidez hay muchos. La propia comunidad terapéutica ha llevado a cabo una evolución pasando de una posición absolutista y dogmática ("mi enfoque es el mejor por definición, los otros enfoques están equivocados") a un relativismo ("Los enfoques funcionan según los casos") (Norcross, 1986).

Pero la cuestión es ¿Cuándo las personas consultan a los psicólogos clínicos, consejeros, psiquiatras para ayudarles a resolver un problema? ¿Cambia la personalidad en un sentido profundo o de una manera superficial por este motivo?

En respuesta a la primera pregunta, sabemos que las personas consultan a los psicólogos cuando tienen un problema frente al que han perdido la sensación de que pueden manejarse. Con respecto a la segunda pregunta, no cambia la personalidad a nivel profundo, pero cambia la sensación de poder contar con recursos en el propio sistema de la personalidad. El individuo entra en crisis, cuestiona su problema, lo pone en

suspensión, se reconoce en crisis. Esto le permite mantener el cuestionamiento que supone la crisis y, después, recuperar la sensación de que cuenta con recursos propios para manejarse, cuando ve modificado su grado de rigidez y vuelve a estar abierto a la experiencia. Vuelve a sentirse con capacidad de controlar o ser protagonista de su propia vida.

Las personas consultan a profesionales de la salud mental para tratar problemas psicológicos cuando sienten que este les perturba. Es decir, acuden voluntariamente a tratamiento. Y normalmente mejoran, independientemente del tipo de tratamiento, este, resulta ser efectivo (Brody y Ehrlichman, 2000). A pesar de que las diferentes teorías pueden concretar distintas pruebas como índice de mejoría, hay desacuerdo con respecto a qué medidas son apropiadas. Todos los especialistas de la Salud Mental están de acuerdo en que hay que valorar el cambio pero ¿cómo? ¿Qué cambia? ¿Cuánto tiempo se mantiene este cambio? Contestar esto resulta complejo. Algunos estudios sobre los resultados terapéuticos satisfacen los criterios de estudio ejemplar. Estos estudios deben medir la mejoría a través de diferentes tipos de pruebas y comprobar si esta se mantiene durante dos años.

Por los resultados obtenidos hasta ahora se sabe que tras una intervención terapéutica se producen cambios en áreas concretas en la vida de una persona y algunos de estos cambios pueden generalizarse a otros comportamientos relacionados. Pero, siguiendo a Brody,

es difícil cambiar disposiciones más amplias de la personalidad. Esto es independiente de la formación del terapeuta, de la duración de la terapia y del tipo de terapia. En la mayoría de los casos la gente tendía a mejorar.

Parece ser que la persona que muestra problemas psicológicos probablemente vuelva a encontrarse con estos problemas de forma recurrente en su vida. Teniendo en cuenta esta premisa y de acuerdo con Brody, es difícil cambiar la personalidad. Más cuando se sabe que los individuos que son proclives a sufrir trastornos psicológicos pueden tener un problema persistente que probablemente influirá en su comportamiento a lo largo de su vida.

Además no podemos olvidarnos de que van apareciendo estudios que apoyan la heredabilidad o la influencia genética que tiene en las personas.

Podemos pensar sobre los problemas psicológicos en términos de la presencia de una disposición que se pueda expresar en diferentes ocasiones a lo largo de la vida.

Hasta ahora en terapia se puede influir en el comportamiento influyendo en el medio ambiente en el que se desenvuelve una persona. Pero la propensión a sufrir problemas psicológicos es, a menudo, una disposición general. De tal manera, que los problemas psicológicos son co-mórbidos normalmente, es decir, la probabilidad de que se tenga una condición incrementa

la probabilidad de que se tenga una segunda condición. Parece ser que la co-morbilidad es más una regla que una excepción entre las condiciones psicopatológicas. Por ejemplo, las personas que están deprimidas muchas veces tienen crisis de ansiedad. Las personas anoréxicas a menudo están deprimidas. Los drogadictos a menudo abusan del alcohol.

Por consiguiente, ¿la terapia altera profundamente las disposiciones subyacentes, o influye solo en una de sus posibles formas de expresión?

¿Los cambios que se producen como resultado de hablar sobre nuestros problemas, alteran sustancialmente el riesgo de sufrir problemas psicológicos durante nuestra vida? Es difícil responder a esta pregunta. Una razón de que la terapia no altera profundamente las disposiciones a sufrir problemas psicológicos es que los cambios que tienen lugar como resultado de la terapia pueden ser superficiales; la terapia puede alterar los síntomas de la disposición heredable que se puede expresar de diferentes formas en diferentes circunstancias y en distintas ocasiones en el curso vital de una persona sin alterar la disposición subyacente. Seligman (1994) en su libro "Lo que se puede y no se puede cambiar" plantea que existe una jerarquía en el concepto de profundidad. Y desde este punto de vista, las intervenciones terapéuticas pueden tener éxito con los niveles de personalidad que son periféricos más que con los niveles nucleares. Continúa, podemos ayudar a los individuos a tratar sus crisis, a que superen

algunos problemas como el hablar en público y proporcionarles herramientas útiles para afrontar problemas recurrentes, como por ejemplo los modos de afrontar la ira.

Pero, de acuerdo con Brody, es bastante improbable que podamos alterar el núcleo de tendencias disposicionales que precipitan las crisis en la vida de una persona.

Cuando nos hacemos la pregunta ¿qué aspectos de nuestra personalidad creemos que podemos cambiar y cuáles creemos que persistirán? Pregunta que se hace, a menudo, en terapia. Ocurre que aquellos con una buena disposición a perder la rigidez (o aumentar su "apertura a la experiencia"), cambiarían lo que hiciera falta para resolver su problema, o cambiarían, exactamente, aquello que saben que esta perjudicando su problema. Sin embargo, es difícil cambiar todo aquello que uno querría, o bien, todo aquello que uno ha querido cambiar alguna vez. Pero algo ha cambiado en muchas personas, a pesar de ser las mismas, cuando con el paso del tiempo se aceptan mejor tal y como son, y eso les hace conocer mejor donde están sus límites y sus dominios de sí mismas. Quizás tenga razón la sabiduría popular cuando afirma que "más sabe el diablo por viejo que por sabio". Esto quiere decir que ¿conseguimos cambiar algo de nuestra personalidad? Y si fuera así ¿en un continuo de profundidad, que nivel es el que cambia?

Y por otra parte, ¿eso quiere decir que los que están predispuestos a sufrir problemas psicológicos (los que tienen una puntuación alta en neuroticismo) están condenados a sufrir problemas psicológicos continuos durante sus vidas, vayan o no a terapia?

A pesar de que parece un punto de vista negativo, quiero pensar que todavía debemos seguir trabajando e investigando sobre la personalidad y sobre como funcionan sus mecanismos. Todo es relativo, puesto que lo que se sabe hoy de la personalidad, es mucho más, que lo que se sabía hace unos años, y, es mucho menos de lo que se sabrá dentro de unos años.

Pero volvamos al cambio y la estabilidad. Siguiendo a Pelechano (2000), si nada cambia (estabilidad total) o todo cambia con la misma rapidez es imposible detectar el cambio. Para ello observador y observado deben estar en sistemas en los que el ritmo de cambio sea distinto para poder detectar el cambio. Así, estabilidad es la presencia de la misma respuesta o patrón de respuestas ante una misma situación o problema en dos ocasiones distintas temporalmente separadas entre sí. Y consistencia, es la misma respuesta o patrón de respuestas en dos situaciones que son significativamente diferentes entre sí, aunque muy cercanas en el tiempo.

Según el modelo de Pelechano se dan tres niveles de funcionamiento personal: nivel primero: básico, son los modos de reacción muy consolidados y difícilmente modificables; un segundo nivel intermedio o

motivacional que se refiere a las características de los contextos: familia, trabajo, relaciones personales; y un tercer nivel que se refiere a las características de la situación.

Así una misma persona a lo largo del tiempo y en distintas situaciones, puede activar diferentes mecanismos psicológicos que activen elementos básicos de funcionamiento personal o elementos situacionales. Aparentemente son comparables este modelo y el planteamiento de Brody con sus niveles de profundidad de la personalidad en un continuo. Pero Pelechano va más allá y plantea que las relaciones que se dan entre las dimensiones en personalidad no son todas lineales y la intervención sobre una u otra puede dar lugar a la aparición de nuevas estructuras. Sobre ello incidiría el mayor o menor grado de rigidez.

Es decir, Pelechano plantea que las llamadas "dimensiones básicas" de personalidad se encuentran situadas en un *nivel básico* (son muy relevantes para el sujeto, presentan cierta facilidad de evaluación mediante cuestionarios y, normalmente, tienden a ser compartidas por sectores muy amplios de una misma sociedad e incluso de sociedades distintas) y *estable* (son difíciles de modificar y se pueden identificar a lo largo de largos períodos temporales), se aplican a situaciones muy distintas y tienden a presentar una notable consistencia trans-situacional, en detrimento de su poder predictivo más allá de su propia consistencia y estabilidad.

Hoy en día ser totalmente consistente, totalmente estable en un mundo cambiante es indicador de inadaptación y de rigidez.

Por otro lado parece que el modelo de personalidad más útil actualmente es aquel que diferencia grados de consolidación y de generalización distintos en diferentes situaciones.

Podemos destacar entre las conclusiones de Pelechano que:

“la personalidad es susceptible de ser modificada (al no ser totalmente consistente ni estable). Los cambios de personalidad son posibles, si bien para que sean cambios consolidados requieren períodos temporales largos. Estos cambios no parecen darse de forma lineal sino que presentan perfiles ondulatorios. De ahí se desprende que el estudio del cambio de personalidad debe seguir métodos de estudio longitudinales y transgeneracionales. Variables de tipo biológico, psicológico y social desempeñan un papel relevante en distintos tipos de cambio, actuando de forma aislada o en conjunción” (Pelechano, 2000, 174).

Enlazando las dos tesis mencionadas con mi estudio sobre la dimensión de personalidad rigidez nos encontramos:

- Con una escala de rigidez depurada partiendo del cuestionario R3 de Pelechano.
- Que hemos bautizado con el nombre de *Sobrevaloración extrema del rendimiento asociado a orden y planificación*.
- Que dá correlaciones de los ítems en cada momento de evaluación altamente significativas.
- Obtiene buenos índices de Fiabilidad y Validez.
- Es independiente de Neuroticismo y de Extraversión.
- Es independiente de Locus de Control.
- Está relacionada con algunas escalas del Dogyant.
- Es independiente del cuestionario MAE.
- Está relacionada con una escala del cuestionario EML-1.
- No se relaciona con ansiedad y depresión.
- También es independiente del cuestionario de Adaptación de Echeburúa y Mejoría Global.
- Es una escala sensible al cambio, aunque no podamos precisar donde se produce ese cambio.
- Parece que es una dimensión que se encuentra en un nivel básico de personalidad. Pero siguiendo el modelo de Pelechano, es posible que los cambios que aquí se han producido sean en un nivel intermedio. La rigidez medida por esta escala parece una dimensión personal compleja (sistema de la personalidad) y que ha sido estudiada con relación al mundo o entorno. Se observa, por ejemplo, que aquellas personas que puntúan alto, en esta escala, son personas

orientadas a su trabajo con una voluntad firme de seguir hacia delante, quizás debido por un lado, a componentes motivacionales. Entendiendo esta motivación como originada en los niveles más básicos, en la reflexión, en sentimientos, en circunstancias del entorno, e incluso del inconsciente, y por otro lado, debido a la persistencia en la acción, entendida esta como capacidad de persistir hasta el final, -pues comenzar lo hace cualquiera. Personas con capacidad de aguante, de tenacidad, quizá se puede decir personas que poseen "fuerza de voluntad".

En conclusión, parece que la rigidez es un patrón de personalidad estable, que ha demostrado que puede ser modificable, quizás en niveles intermedios. Parece que es *una cuestión de grados*, y, a veces, de situaciones. La rigidez, por una parte nos ata al eje sincrónico, "tengo que persistir en realizar mi tarea", pero sin horizonte histórico, ni biográfico. Por otra parte, si persiste demasiado y la persona se queda enganchada en un grado excesivo, le impide e imposibilita abordar el eje diacrónico. Es decir, no incorpora las dificultades. Dicho de otra manera, la rigidez nos permite dejar entre paréntesis el eje temporal, que es el biográfico, social y personal, la *epojé* de Husserl, "me he anclado a esta meta", pero si persiste más allá en esa actitud, demasiado tiempo, resulta difícil incorporar el aprendizaje y adaptarse a las nuevas circunstancias (el tiempo

sigue corriendo, la persona que ha suspendido el eje temporal, solo ha suspendido su conciencia en el tiempo).

De ahí que, rigidez positiva o negativa, pudiera ser solo una cuestión de grados de mucha y poca rigidez, de mucho tiempo y poco tiempo.

Además, la persona no es rígida en todos los contextos y todos los problemas. La rigidez es cómo uno maneja las actitudes de posicionamiento en el mundo. Pensemos en la persona que tiene un grado de rigidez mayor, en el sentido del cuestionario de rigidez que aparece en la Tesis, implicaría tener éxito laboralmente, tener metas planteadas y expectativas, objetivos, cierto grado de competencia. Esta persona en un mundo moderno como el nuestro, esta orientada de forma competitiva, desde aquí el mayor grado de rigidez es positivo, pues es tener éxito, como podemos observar en nuestra escala, la persona puntúa en el ítem 55: "Uno tiene que luchar por permanecer arriba en un mundo que consta casi únicamente de débiles y fuertes.

De manera que uno puede tener éxito o no en el ámbito socio-laboral, pero si se mantiene demasiado tiempo en el eje sincrónico, esa persona no tiene tiempo de aprender, de ajustarse a la sociedad, a sus diferentes roles sociales, y aprender habilidades diferentes en función del contexto. Esa rigidez positiva de inflexibilidad y de no perder de

vista la meta, puede ser inadecuada dentro del ámbito familiar y afectivo. Así, que *sea positiva o negativa está en función de la aplicación a uno u otro contexto social*. Es cuestión de saber aplicar el nivel de rigidez adecuado en función del rol o roles sociales que la persona desempeña. El grado de rigidez que se necesita para tener éxito y ser competitivo en el ámbito laboral, no se requiere en otros ámbitos sociales. Es cierto, que actualmente, el individuo juega muchos roles a la vez (padre, hijo, amigo, paciente, ciudadano que vota, consumidor ...), roles que a menudo no tienen una tipificación social claramente estructurada y para los que uno tiene que aprender a manejarse. Todos estos roles requieren un grado de rigidez (no se puede ser "el médico" y no persistir en el rol...) importante. Es decir, para manejar una biografía se requiere un grado de flexibilidad en cuanto a la personalidad suficiente, al menos como para trasvasar información, sentimientos y aprendizajes de uno a otro. Poder seguir siendo un individuo por debajo o por encima de ellos depende del grado de rigidez y flexibilidad.

Un tercer aspecto que hay que subrayar sobre la rigidez es *su relatividad*. Como se observa en nuestro trabajo la rigidez ha variado con el tiempo durante el tratamiento y, a veces, no mantiene una intensidad constante. La rigidez no solo es cuestión de grados, de su aplicación a contextos, sino que su adecuación es relativa en tanto que todos los valores son relativos unos a otros. El valor de la

vida es relativo en función de la autorrealización, pero esta termina donde empieza la autorrealización de los demás. El valor del trabajo tiene que terminar donde empieza el valor de la afectividad. De esta forma, rigidez es un valor relativo. Su valor termina donde el individuo tiene que decidir cuando algo es un caso de A o de B. El valor de la vida no es absoluto, ni el de la autorrealización. Es necesario ser capaz de poner esa raya.

Por tanto, hoy estamos llamando exceso de rigidez a lo que antes, siglos antes, constituía un personaje, por ejemplo, el señor feudal. Este era así desde que nacía hasta que se moría, pertenecía a una clase social y sabía (más o menos) que debía hacer en cada momento. A medida que hemos multiplicado los roles que el individuo tiene que jugar en la sociedad hemos ido dejando que él mismo decida, sino cuando jugar con cada uno de los roles, si como aplicar el grado de rigidez o de afectividad que crea oportuno. De tal suerte, que la persona tiene que estructurar su propia personalidad y aplicar en unos casos un nivel de rigidez extrema para triunfar y en otros tener en cuenta a los demás, etc...

Es posible que ante este desafío se entienda la conexión de rigidez y motivación. Personas con demasiada rigidez pierden la motivación o sufren crisis de motivación, pierden el hilo de sus procesos de aprendizaje y de sus propias riendas. Demasiado aislados, no aprenderán a adaptarse a las

circunstancias. Algunas veces los adolescentes fracasan escolarmente, debido a que se bloquean. Se les exige una multiplicidad de roles para la que no están preparados. Temen el fracaso, pues es quizás, su primera crisis seria de la vida, todo aparece puesto en cuestión. Cuando eran niños, estos adoptan todos los principios y normas que aprenden de forma rígida. Ahora ante el vértigo de estar a la altura se bloquean y reaccionan con un gran pasotismo.

¿Pero buscan el éxito o buscan la felicidad? Aristóteles define la felicidad frente a la fortuna, como tener y retener la capacidad de decidir que tipo de persona quiero ser y que tipo de vida quiero vivir, y desde luego para ello hay que encontrar el grado adecuado de rigidez.

En el otro extremo de la rigidez y la motivación, se podría poner la rigidez y la ansiedad. Siguiendo con el ejemplo del adolescente, tenemos al individuo que no es nada rígido y todo lo pone en cuestión en el sentido de: si es él o el entorno, si será capaz o no... Sin embargo, la vida moderna exige pasar por ella con un nivel de compactividad donde uno se construye la vida y su propia biografía, donde hace falta un grado de rigidez y consistencia.

Hemos hecho al individuo decidible, o al menos hemos ampliado el rango de sus espacios de decisión. Este se ve forzado y tensado por cosas que antes estaban socialmente facilitadas, "tú eres en parte

el que tiene la responsabilidad de construir su propia vida". Ahora para tener éxito, uno debe hacer frente al mundo físico, al mundo social (persistir en un rol por ejemplo de médico para vivir de ello), y al mundo subjetivo, tiene que ser lo bastante persistente por una parte, y lo bastante no persistente, por otra, para aprender la capacidad de maniobrabilidad y flexibilidad.

Por último, solo un apunte o reflexión sobre este aspecto que mide esta escala. Parece que bien se podría aplicar aquí el refrán de "nada es verdad ni es mentira, todo depende del color del cristal con que se mira". Lo que quiero decir es que hasta la rigidez medida por esta escala puede ser positiva o negativa, depende. Todo es relativo y depende de la intensidad y para qué se requiera, será favorecedora o perjudicial para la persona en función de qué quiere o tiene que hacer. Por ejemplo, para llevar a cabo un proyecto, como lo es una Tesis, ser rígido tal y como lo mide esta escala, es muy positivo pues destaca en la persona esas cualidades de inflexibilidad, de persistencia, de abandonar todo a favor de un objetivo. Sin embargo, esta misma intensidad de rigidez y de inflexibilidad, a la hora de ser padre y enseñar a tu hijo valores como la tolerancia, la comprensión, la capacidad de adaptación ya no nos sirve, no es útil. Es posible que las personas activemos unos esquemas u otros en diversas circunstancias y podamos desarrollar el nivel óptimo en cada circunstancia.

En todo caso, la personalidad es un sistema de factores múltiples que se adapta a un entorno complejo constituido por ese sistema formal de mundos -físico, social y subjetivo- del que hablábamos antes. En este sentido la rigidez podría interpretarse como esa mayor o menor capacidad de adaptación del sistema de la personalidad a su entorno que se relaciona con los procesos de aprendizaje.

Como conclusión final vistos mis resultados, estamos de acuerdo con las tesis que plantean que la personalidad es modificable puesto que lo hemos comprobado, aunque a veces no se producen cambios a niveles profundos, o bien no se mantienen una vez transcurrido un tiempo después de finalizada la terapia. Además hemos visto que la rigidez medida por esta escala, en pacientes con Trastornos de Ansiedad, no está en conexión con otras variables de personalidad (neuroticismo, extraversión...), ni de motivación, ni ansiedad, ni depresión. Tampoco está relacionada con la adaptación global de la persona. Lo que significa que es una medida independiente que puede hallarse en mayor o menor grado coexistiendo con otras variables. Así a partir de esta investigación, y de los resultados obtenidos podemos concluir que una nueva escala de rigidez pasada a pacientes que tenían Trastornos de Ansiedad ha demostrado ser sensible a los cambios medidos antes y después de la terapia, aunque con el paso del tiempo esos cambios no se han mantenido.

ANEXO A

1. Entrevista S-89.
2. Anamnesis clínica.
3. Cuestionario autobiográfico.
4. Entrevista estructurada para la identificación de los Trastornos de Ansiedad SCID-P de Spitzer y Williams, 1987.
5. Hoja de consentimiento.
6. Cuestionarios de Personalidad.
 - a. Cuestionario de rigidez (R3) de Pelechano.
 - b. Cuestionario Dogyant de Pelechano.
 - c. Cuestionario EPI (no incluido).
 - d. Cuestionario EN.
 - e. Cuestionario del Lugar del Control (LUCAM).
 - f. Cuestionario de RIGIDEZ DEPURADO.
7. Cuestionarios de Motivación, estado de ánimo, ansiedad y temor.
 - a. Cuestionario de motivación y ansiedad de ejecución (MAE).
 - b. Cuestionario de extrema motivación de ejecución (EML).
 - c. Inventario de depresión de Beck.

- d. Escala de depresión del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-D).
 - e. Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión de Snaith y Zigmond (HADS).
 - f. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI).
8. Auto registros.
- a. Escala de expectativas de cambio hacia la terapia (E-85).
 - b. Escala de temor y evitación (S1).
 - c. Escala de temor y evitación a rellenar por el evaluador independiente (A1).
 - d. Escala de Adaptación de Echeburúa y de Corral (EA).
 - e. Impresión global (forma S6)
 - f. Impresión global (forma S5) a rellenar por el evaluador independiente.
 - g. Diario de Auto exposición.
 - h. Diario de Auto relajación.
 - i. Hoja de respuestas de los cuestionarios de personalidad.

1. ENTREVISTA S-89.

FECHA:

DEPARTAMENTO PSICOLOGICOS DE PERSONALIDAD, EVALUACION y
TRATAMIENTOSI.DATOS PERSONALES

Nombre Apellidos

Edad Sexo.H/M. Posibilidad de embarazo:

Dirección Tf

Estado civil Profesión

Señale las personas que habitualmente viven en su casa:
.....

2.DATOS DE LA HISTORIA CLINICA

1.-Describa brevemente los problemas actuales que le han a
buscar tratamiento.

-¿Cuánto tiempo hace que tiene este problema?

2.-Evalúe la gravedad de su problema en una escala de 0 a
10, desde leve hasta muy grave

3.-¿Ha recibido algún tipo de tratamiento por este problema?
¿Y POR OTROS? Tomar nota del tratamiento
farmacológico y psicológico, si procede.

-¿Hay algún problema físico (aparato
cardiovascular, respiratorio...) ? Medicación que toma.

4.-¿Consumo drogas? Frecuencia

5.-¿Qué cantidad de alcohol consume a diario,
aproximadamente?

6.-¿Tiende a ponerse ansioso en ciertas situaciones tales como viajar, estar solo, estar en un lugar elevado o en el autobús? Especifique esas situaciones. Indique la frecuencia con que le ocurrió en el mes pasado? (sí es sí, pasar criterios de agorafobia y de trastorno de pánico).

7.-¿Ha tenido Vd. alguna vez una crisis de angustia (períodos definidos de incomodidad o miedo intenso) en la que se sintiera súbitamente asustado, nervioso o extremadamente incómodo. Situaciones y frecuencia. (si es sí, pasar criterios de trastornos de pánico y agorafobia).

8.-¿Tiende Vd. a ponerse nervioso en sus encuentros con gente como por ejemplo reuniones y fiestas, entrar en una habitación llena de gente, entablar una conversación, etc.? Frecuencia durante el mes pasado. (Si es sí, pasar criterios fobia social)

9.-¿Tiene algún miedo especial a ciertos objetos (cuchillo, OVNI,...), acontecimientos (entierros, alturas, oscuridad, truenos, sangre, dentistas,...), o a animales, etc. Frecuencia durante el mes pasado. (Si es sí, pasar criterios de fobia simple)

10.-¿Tiene pensamientos (absurdos o desagradables, tales como hacer daño a alguien, estar contaminado por gérmenes o suciedad) que le vuelven una y otra vez a pesar de que intenta detenerlos? (si es sí pasar criterios de trastorno Obsesivo-compulsivo)

11.-¿Hay alguna cosa que Ud. tenga que hacer una y otra vez, sin poder resistirse a hacerlo (por ejemplo: Lavarse las manos, revisar cosas varias para asegurarse de que está hecho? (sí es sí pasar criterios de trastorno obsesivo-compulsivo)

12.-¿Últimamente ha estado particularmente nervioso o ansioso, y muy preocupado por cosas malas que pudieran ocurrir? (si es sí pasar criterios de trastorno de ansiedad generalizada)

14.-¿Hay algún otro problema que no hayamos tratado aquí y del que quisiera hablar?
(Si hay indicios de psicosis, depresión mayor o trastorno paranoíde pasar a los criterios correspondientes)

+ Nota: Estar atentos a los signos de trastorno afectivo. En ese caso pasar los criterios de DEPRESIÓN

2. ANAMNESIS CLÍNICA.

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y
TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS

INSTRUCCIONES

Vamos a hacerle una serie de preguntas para obtener un panorama amplio de su vida tal y como Vd. la ve. Sus respuestas nos van a servir para abordar del modo más completo y profundo que resulte posible los problemas que le aquejan y, además, estas preguntas facilitarían su propio programa terapéutico.

Es comprensible que le preocupe lo que ocurra con la información personal que va a relatar. Tenga presente que todos los informes son estrictamente confidenciales, lo que significa que ninguna persona que no sea su terapeuta podrá tener acceso a esta información sin que Vd. dé su autorización expresa.

Si alguna pregunta le resulta excesivamente embarazosa, no se preocupe, no tiene por qué contestarla. Y si hay algo que no entiende o que no sabe cómo contestar, por favor indíquelo.

1. DATOS PERSONALES

Nombre..... Apellidos

Edad Sexo Fecha/Lugar Nacimiento

Grado escolar alcanzado

Dirección

Tfno

Estado Civil

Señale las personas que habitualmente viven en su casa:

.....

¿Quién le ha dado referencias para acudir aquí?

11. DATOS DE LA HISTORIA CLINICA

1.-Describa brevemente los problemas actuales que le han llevado a buscar tratamiento. (Por ejemplo, cite los problemas que más le han preocupado durante el mes pasado).

2.-Evalúe la gravedad de su/s problema/s en una escala de 0 a 10, desde leves hasta muy graves.

3.-¿Qué es lo que quiere conseguir con el tratamiento?

4.-¿Desea Vd. verdaderamente seguir un tratamiento psicológico para resolver su/s problemas

5.-Evalúe su confianza en lograr un cambio terapéutico en una escala de 0 a 10 (desde en absoluto hasta totalmente)?.

6.-¿Qué ha hecho o hace Vd. para intentar resolver su/s problemas

7.-¿Ha recibido tratamiento anteriormente por sus problemas actuales?

8.-¿Ha recibido anteriormente tratamiento por otros problemas? (Si es así, ¿cuáles fueron los resultados?).

9.-¿Ha estado internado por problemas mentales? (En caso afirmativo indicar lugar y fecha).

111 FAMILIA

1.-Padre:

Nombre Eda Profesión

Nivel cultural Religión

¿Cómo es/ha sido la relación con su padre?

a) en el pasado

b) en el presente

¿Cómo es/ha sido la actitud de su padre hacia Vd.? a)
en el pasado

b) en el presente

Si su padre ha muerto, ¿qué edad tenía Vd. cuando murió qué efecto le produjo su muerte?

2.-Madre:

Nombre EdadProfesión
Nivel culturalReligión

¿Cómo es/ha sido la relación con su madre? a)
en el pasado

b) en el presente

¿Cómo es/ha sido la actitud de su madre hacia Vd.?
a) en el pasado

b) en el presente

Si su madre ha muerto, ¿qué edad tenía Vd. cuando murió y qué efecto le produjo su muerte?

3.-Hermanos/as:

Número de hermanos Edades

Número de hermanas Edades

¿cómo es/ha sido la relación con sus hermanos? a)
en el pasado

b) en el presente

4.-¿Cómo calificaría Vd. la relación entre sus padres?

5.-Si tiene padrastro/madrastra, indique la edad que tenía Ud. cuando su padre/madre se volvió a casar. Describa también la relación con su padrastro/madrastra y la actitud de éste/ésta hacia Vd.

6.-Si existen problemas familiares importantes, indíquelos:

7.-¿Existe algún miembro de su familia que sufra de alcoholismo, epilepsia, drogadicción o algún otro problema que pueda considerarse como perturbación mental? Especifique:

8.-Señale si algún miembro de su familiar ha estado bajo tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, indicando el problema/s que requiso tal tratamiento:

9.-¿Qué piensa su familia (o algún miembro significativo de ella) de su(s) problemas(s)?

IV DATOS FAMILIARES

1.-¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?

2.-¿Qué tipos de trabajos desempeñó en el pasado?

3.-¿Está satisfecho con su trabajo actual?. Exprese los motivos.

4.-¿Tiene Problemas económicos?

5.-¿Tiene problemas laborales?

6.-¿Cuáles son sus aspiraciones actuales?

V DATOS DEL AREA SOCIAL

1.-¿Como calificará Vd. su vida social (frecuencia de contactos sociales)? : Nula, Moderada, Intensa

2.-¿Le cuesta establecer relaciones con personas de diferente sexo? ¿Y con personas del mismo sexo?

3.-¿Tiene dificultades en sus relaciones sociales? Si es así ¿en que consisten?

4.-¿Cree que alguna persona le ayuda o ayudaría a resolver sus(s) problema(s)? ¿quién o quiénes?

VI DATOS SOBRE LOS INTERESES Y MOTIVACIONES

1.-¿Cómo ocupa Vd. su tiempo libre?

2.-¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?

3.-¿Cuáles son las preocupaciones/intereses más importantes?

4.-¿Qué cosas desearía que cambiaran en su vida?

VII DATOS SOBRE EL AREA SEXUAL

1.-¿Cuál es su actitud respecto al sexo?

2.-¿Hd tenido alguna vez problemas importantes en sus relaciones sexuales?

3.-¿Hd experimentado alguna vez ansiedad o sentimientos de culpa a causa del sexo o de la masturbación?

4.-¿Considera satisfactoria su actual vida sexual?.

VIII DATOS SOBRE LA PAREJA

1.-Detos personales de la pareja

Nombre Edad Profesión

Nivel cultural Religión

2.-¿Cuánto hace que vive Vd. con su pareja?

3.-¿Cómo se ha llevado en el pasado con su pareja?

4.-¿Cómo es la relación actual con su pareja?

5.-¿Qué es lo que le gusta y lo que le desagrada de su pareja?"

6.-¿Son satisfactorias las relaciones sexuales con su pareja?

7.-Si tiene hijos, indique su nombre, edad, sexo y relación que mantiene con cada uno de ellos:

8.-¿Alguno de sus hijos presenta problemas especiales?

9.-¿Qué piensa su pareja de su(s) problema(s)?

10.-¿Cómo se lleva Vd. con su familia política (incluyendo cuñados)?

IX DATOS SOBRE LA SALUD

1.-Condición de su madre durante el embarazo y parto. ¿Hubo complicaciones durante ellos?.

2.-¿Ha sufrido alguna enfermedad grave? Si es así indique en qué consistió y a qué edad.

3.-¿Ha sufrido operaciones quirúrgicas?.: Cítelas y a qué edad.

4.-¿Cuándo se sometió por última vez a una revisión médica?
¿Qué resultados generales obtuvo sobre su estado de salud?.

5.-¿Ha tenido accidentes? Especifiquelos.

6.-¿Tiene algún problema para conciliar el sueño?

7.-¿Cuánto tarda en dormirse una vez que se acuesta?

8.-¿Se despierta durante la noche?

9.-¿Cuántas horas suele dormir?

10.-¿Cómo clasificaría su apetito? (pobre, normal, excesivo)

11.-¿Qué medicamentos y/o drogas toma ud. Y por qué?

12.-¿El alcohol es de algún modo un problema para vd.? ¿Qué cantidad suele beber habitualmente cada día?

13.-¿Considera que su salud física es buena o por el contrario piensa que está físicamente enfermo de algo?

X DATOS CLINICOS

1.-Enumere sus cinco temores principales:

2.-¿Tiende a ponerse ansioso en ciertas situaciones tales como viajar, estar solo, estar en un lugar elevado o en el autobús? Especifique esas situaciones. Indique la frecuencia con que le ocurrió en el mes pasado.

3.-¿Tiende Vd. a ponerse nervioso en sus encuentros con gente como por ejemplo reuniones y fiestas, entrar en una habitación llena de gente, entablar una conversación, etc..? ¿Con qué frecuencia le ocurrió el mes pasado?

4.-¿Tiene algún miedo especial a ciertos objetos, acontecimientos o a animales como por ejemplo sangre, truenos, oscuridad, dentistas, etc...? ¿Con qué frecuencia le ocurrió el mes pasado?

5.-¿Evita las 5 situaciones que le provocan ansiedad? Evalúelo en una escala de 1 a 10.

6.-¿En qué medida interfieren estos problemas en su vida cotidiana? (trabajo, relaciones, salir de casa...). Evalúelo en una escala de 1 a 10.

7.-¿Ha tenido dificultades en relajarse el mes pasado?

8.-¿Ha estado tan inquieto y nervioso que no podía ni

siquiera estar sentado?

9.-¿Tiende a preocuparse por su salud física?. Evalúelo en una escala de 1 a 10.

10.-¿Se siente a menudo con los nervios "de punta" o en tensión?

11.-¿Ha tenido la sensación de que algo terrible iba a suceder, como por ejemplo algún desastre sin poder saber cual?

12.-¿Se siente a veces tembloroso, con sudores, palpitaciones sin poder hacer nada para dejar de estar así?

13.-¿Tiene ideas que no es capaz de quitarse de la cabeza?

14.-¿Cómo se siente cuando algo le preocupa? ¿Le rondan constantemente por la mente pensamientos desagradables? ¿Puede detenerlos prestando atención a otra cosa?

15.-¿Le vienen a la cabeza ideas absurdas o desagradables?

16.-¿A menudo revisa cosas que sabe que ya ha hecho? En caso afirmativo ¿Qué sucede cuando Vd. intenta parar esta actividad?

17.-¿Ha perdido alguna vez el control sobre sí mismo? (rabieta, gritos, llantos, agresividad...) Especifique las ocasiones y la frecuencia.

18.-Enumere las situaciones que le hacen sentirse tranquilo o relajado.

19.-¿Hay algún otro problema que no hemos tratado aquí y del que vd. quisiera hablarnos

3. CUESTIONARIO AUTOBIOGRÁFICO.

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

CUESTIONARIO BIOGRAFICO

Este cuestionario tiene por objeto obtener información sobre su historia pasada y su situación actual, sirviendo así de ayuda para abordar de forma más compleja los problemas que le aquejan.

Por favor, responda a las preguntas lo más precisa y detalladamente que pueda, de este modo está facilitando su propio programa terapéutico.

Sus respuestas a este cuestionario son estrictamente confidenciales y no serán reveladas a nadie sin su autorización expresa.

NOTA: Si en las páginas siguientes le falta espacio para contestar a alguna pregunta, utilice el reverso de la hoja indicando el número de la pregunta cuya respuesta quiere ampliar.

Nombre Apellidos

1.-Si alguna vez ha tenido algún pensamiento de los que se citan a continuación, señale su frecuencia de ocurrencia

frecuentemente = 3

ocasionalmente = 2

casi nunca = 1

Soy un malvado ()

La vida no tiene esperanzas()

Estoy solo ()

El futuro no tiene esperanzas()

Nadie se preocupa por mí()

Quisiera matarme ()

Soy un fracaso ()

Soy intelectualmente inferior a los demás ()

Los demás, normalmente no me quieren ()

Voy a desmayarme ()

Estoy a punto de tener un ataque de pánico ()

Otros pensamientos negativos (especifique)

..... ()

..... ()

2.-Cite aspectos positivos en Vd. (talento, virtudes, ...

3.-Cite aspectos negativos en Vd.

4.-¿Qué tipo de castigos empleaban sus padres con Vd. cuando era niño?

5.-¿Qué comportamientos castigaban sus padres con mayor frecuencia?

6.-¿Qué tipo de premios/recompensas empleaban sus padres con Vd. cuando era niño?

7.-¿Qué comportamientos premiaban sus padres con mayor frecuencia?

8.-¿Qué opinión tiene Vd. acerca de su infancia? ¿La considera feliz, desgraciada?. Describa la atmósfera hogareña en que creció.

9.-Subraye si tuvo alguno de los problemas siguientes en su infancia:

Terrores nocturnos	Orinarse en la cama	Sonambulismo
Tartamudeo	Chuparse el dedo	Comerse las uñas
Rabietas	Celos	Temores Tics

Otros:

10.-¿Cuáles eran sus habilidades Y dificultades escolares?

11.-¿Cómo se llevaba con sus compañeros de escuela y maestros?

12.-¿Le gustaba la escuela? ¿Por qué?

13.-¿Suele faltar al trabajo? ¿Por qué?

Nunca Alguna vez Con frecuencia

14.-¿Qué relación mantiene con sus cmpañeros de trabajo?

Ninguna....Mala....Regular....Bastante buena...Muy buena...

15.-¿Cómo es la relación con sus superiores en el trabajo?

16.-¿Qué relación mantiene con sus subordinados en el trabajo?

17.-¿Cuáles son sus intereses y aficiones actuales?

18.-¿Cómo le gusta divertirse?

19.-¿Tiene dificultades en sus relaciones sociales? Si es así ¿en qué consisten tales problemas?

20.-¿Le gustaría mejorar sus relaciones sociales? Si es así ¿en que forma?

21.-¿Cómo se lleva Vd. con la mayoría de sus conocidos?
Muy bien.... Bien.... Normal.... Mal.... Muy mal....

22.-¿Suele conservar durante largo tiempo sus amistades?

23.-¿Tiene algún problema especial con alguna persona? Si es así, especifique.

24.-¿Cuál es su mayor ilusión?

25.-¿Cuándo y cómo adquirió sus primeros conocimientos sobre el sexo?

26.-¿Cuál era la actitud de sus padres sobre el sexo?

-consideraban que era un tema vergonzoso para hablar de él.

-no exactamente vergonzoso, pero sin tratarlo demasiado.

-una función natural de la que se podía hablar sin azorarse.

27.-Si se masturbaba ¿cuándo comenzó a hacerlo?

28.-Describa su primera experiencia sexual completa. ¿Qué edad tenía Vd.? Valore dicha experiencia.

29.-¿Ha tenido alguna experiencia homosexual? Si es así, valore dicha experiencia.

30.-¿Qué medios utiliza para controlar la posibilidad de embarazo?

31.-Esta(s) preguntas está dirigida sólo para mujeres:
¿A qué edad tuvo el primer período?

¿Estaba informada o le sorprendió?

¿Cuál fue su reacción?

¿Su menstruación suele ser regular?

¿Es dolorosa?

¿Afecta a su estado de ánimo?

32.-Cite las enfermedades importantes que ha padecido y la época en que las tuvo (Infancia, adolescencia, ...)

33.-Cite las enfermedades que padece actualmente.

34.-¿Siente actualmente algunas molestias físicas? ¿Cuáles?

35.-¿Hubo o hay algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado aquí o que le haya afectado o Vd. especialmente?

36.-¿Cuándo fue la última vez que Vd. se sintió bien física y emocionalmente durante un largo periodo?

37.-¿En qué religión ha sido educado?

38.-¿Cuál es su religión en la actualidad?

39.-¿En qué medida es importante la religión para Vd.?

40.- Por favor, complete los espacios en blanco (no lo piense demasiado, su primera impresión es la que cuenta):

- Soy
- Soy
- Soy
- Soy
- Me siento
- Me siento
- Me siento
- Me siento
- Pienso
- Pienso
- Pienso
- Pienso
- Querría
- Querría
- Querría
- Querría

41.-Describa con una o dos palabras a las personas que se indica:

a) Su cónyuge:

b) Su padre:

c) Su madre:

d) Su mejor amigo:

e) Alguien qu no le quiere:

f) Usted mismo:

Por favor, agregue cualquier información que crea que pueda ayudarnos a comprender su problema.

42.-Marque con una cruz cualquiera de los siguientes problemas que sean aplicables a su caso:

Dolores de cabeza	No me gustan los fines de semana
Mareos	
Desmayos	No me gustan las vacaciones
Palpitaciones	No puedo entablar amistades
Problemas estomacales	Malas condiciones en el hogar
Pánico	No puedo divertirme
Problemas digestivos	Dificultades de coincetración
Fatiga	Sentimiento de inferioridad
Tomo sedantes	Alcoholismo
Pesadillas	Insomnio
No puedo conservar ningún trabajo	Conmociones
Ideas de suicidio	Deficultades de relajación
Tensión	Drogas
Problemas sexuales	Timidez
Depresión	Falta de apetito
Problemas económicos	Problemas de memoria
Excesiva ambición	Incapaz de tomar decisiones

4. ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SCID-P DE SPITZER Y WILLIAMS, 1987. (No esta completa)

TRASTORNO POR CRISIS DE ANGSTIA

CRITERIOS DE TRASTORNOS POR CRISIS DE ANGSTIA

¿Ha tenido ud. alguna vez una crisis de angustia en la que se sintiera subitamente asustado, nervioso o estremadamente incomodo?

A. En algn momento durante la enfermedad una o mas crisis de angustia (periodos definidos de incomodidad o miedos intensos que fueron

¿ 1 2 3

↓

PASAR A AGORA-FOBIA SIN H° DE TR. POR CRISIS DE ANGSTIA

SI ES SI: Cuenteme como fue ¿Cuándo le ocurre? (¿Ha tenido alguno cuando no lo esperaba en absoluto?)

(1) inesperado, es decir, no se produjeron inmediatamente antes o al exponerse a una situación que casi siempre causaba ansiedad, y

(2) no desencadenados por situaciones en las que el individuo constituía el foco de atención para otras personas.

¿Ha tenido alguna vez 4 crisis como esa en un periodo de 4 semanas?

B. Al menos 4 crisis como las definidas en criterio A se produjeron dentro de un periodo de 4 semanas, o a 1 a más crisis siguió un periodo de por lo menos u mes con miedo persistente a sufrir otra crisis.

¿ 1 2 3

↓

PASAR A AGORA-FOBIA SIN H° DE TR. POR CRISIS DE ANGSTIA

SI ES NO: ¿Le preocupaba mucho el tener otra crisis? (¿Cuánto tiempo duró la preocupación?)

¿Cuándo se produjo la última crisis intensa (ESPERADA O INESPERADA)?

C. Por lo menos 4 de los 13 sintomas siguientes aparecieran durante al menos una de las crisis.

Ahora voy a preguntarle sobre esa crisis. ¿Qué fue lo primero que notó? ¿Y luego?

Durante esa crisis...

¿noto que le faltaba la respiración? (¿Le resultaba difícil tomar aire?)

(1) falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo

¿ 1 2 3

¿se sintió mareado, inestable, o como si fuera a caer?

(2) mareos, sensación de inestabilidad o vahídos

¿ 1 2 3

¿notó que el corazón se le aceleraba, o como golpes en el pecho?

(3) palpitaciones o aceleración del ritmo cardíaco (taquicardia)

¿ 1 2 3

¿tuvo temblores o sacudidas?

(4) temblor o estremecimientos.

¿ 1 2 3

¿sudó?

(5) sudoración

¿ 1 2 3

¿sintió como si se atragantara?

(6) atragantarse

¿ 1 2 3

¿tuvo náuseas, o el estómago revuelto, o la sensación de que iba a tener diarrea?

(7) náuseas o molestias abdominales

¿ 1 2 3

¿le parecían irreales las cosas que le rodeaban, o se sintió separado de

(8) despersonalización, desrealización

¿ 1 2 3

las cosas que le rodeaban, o de parte de su cuerpo'

¿noto hormigueo o entumecimiento en alguna parte de su cuerpo?	(9) sensaciones de hormigueo o entumecimiento (parestesias)	¿	1	2	3
¿tuvo oleadas de calor o escalofríos?	(10) oleadas de calor o escalofríos	¿	1	2	3
¿notó dolor o presión en el pecho?	(11) dolor en el pecho o malestar	¿	1	2	3
¿tuvo miedo a poderse morir?	(12) miedo a morir	¿	1	2	3
¿temió estar volviéndose loco?	(13) miedo a volverse loco o hacer algo incontrolado.	¿	1	2	3
POR LO MENOS CUATRO SÍNTOMAS "C" SE CODIFICAN "3"		¿	1	2	3

NOTA: C.CON 4 O MAS SÍNTOMAS SON C. DE ANGUSTIA; C. CON < DE 4 SINTOMAS SON C. CON SÍNTOMAS LIMITADOS (VER "AGORAFOBIA SIN H° DE C. DE ANGUSTIA)

PASAR A AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TR. POR CRISIS DE ANGUSTIA

Quando tiene las crisis intensas, ¿cuánto tiempo transcurre hasta que experimenta la mayor parte de los síntomas? (¿A menudo menos de diez minutos?)

D. Durante por lo menos algunas de las crisis, al menos 4 síntomas "C" aparecieron súbitamente y aumentaron en intensidad en el lapso de diez minutos después del comienzo del primer síntoma "C" apreciado en la crisis.

¿	1	2	3
---	---	---	---

PASAR A AGORAFOBIA SIN H° DE TR. POR CRISIS DE ANGUSTIA

¿Estaba tomando alguna droga, estimulante o medicamento inmediatamente antes de empezar a tener las crisis de angustia?

E. No se puede establecer que un factor orgánico inició y mantuvo el trastorno (p. Ej., intoxicación por antetaminas o cafeína, hipertiroidismo).

¿	1	2	3
---	---	---	---

PASAR A AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TR. POR CRISIS DE ANGUSTIA

SI ES SI: ¿siguió teniendo crisis después de suspender la toma de la sustancia? (¿Por cuánto tiempo?)

NOTA: El prolapso de la válvula mitral puede ser pero no descarta el diagnostico de trastorno por crisis de angustia.

¿Estaba usted físicamente enfermo? (¿Qué le dijo el medico?)

NOTA: MARCAR "3" SI EL USO DE SUSTANCIAS O ENFERMEDAD FÍSICA NO CONSTITUYERON UN FACTOR ETIOLÓGICO PARA LAS CRISIS DE ANGUSTIA. LOS CRITERIOS DE TRASTORNOS POR CRISIS DE ANGUSTIA, A, B, C, D Y E SE CODIFICAN "3".

¿	1	2	3
---	---	---	---

PASAR AGORAFOBIA SIN H° DE TR. POR C. DE ANGUSTIA

TR. POR C. ANGUSTIA

? = información inadecuada 1 ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdaders

SUBTIPO RASTORNO POR CRISIS DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

SI NO ES OBVIO POR LA REVISIÓN: ¿Hay ciertas situaciones o determinados lugares que usted evito por temor a sufrir una crisis?

(¿Digamem todas las cosas que usted evitó, o que solo podia hacer, cuando alguien estaba con usted o forzándose a si mismo?)

¿Qué me dice de ...

--- estar en casa solo?

--- ir de compras solo a unos grandes almacenes?

... andar solo lejos de casa?

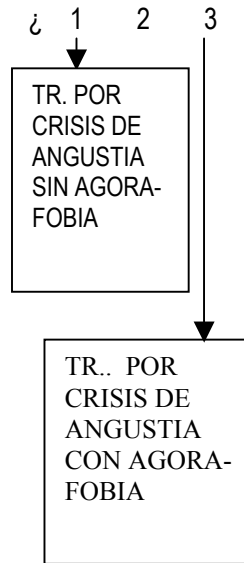
--- cruzar solo una calle ancha o de mucho tránsito?

--- estar solo en un lugar concurrido, como un cinie, una iglesia o un restaurante?

... utilizar transportes públicos – como autobús, tren o metro- o conducir un coche?

SI NO ES OBVIO: ¿Qué efecto tiene la evitación (SITUACIONES AGORAFOBICAS) en su vida?

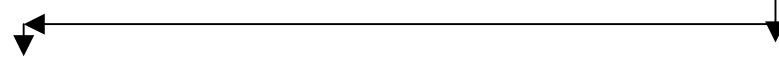
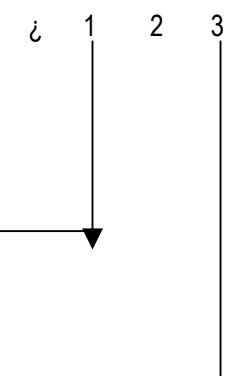
Miedo a estar en lugares o situaciones en que la salida puede ser difícil (o embarazosa), o en que no se puede disponer de ayuda en caso de sufrir una crisis de angustia. (Incluye casos en que una conducta persistente de evitacion se origina durante una fase activa de trastorno por crisis de angustia, incluso si el individuo no atribuye la conducta de evitacion al miedo a tener una crisis de angustia.) Como resultado de este miedo, la persona o bien restringe los viajes o necesita compañía cuando sale de casa, o soporta situaciones agorafobicas a pesar de una ansiedad intensa. Las situaciones agorafobicas más comunes incluyen estar fuera de casa solo, estar entre una multitud o en una cola, estar en un puente, viajar en autobús, tren o coche.



CRONOLOGÍA DE TRASTORNO POR CRISIS DE ANGUSTIA

SI NO ESTA CLARO: ¿Cuántas crisis de angustia ha tenido durante el ultimo mes?

Cumple los criterios sintomáticos para trastorno por crisis de angustia en el último mes, es decir, por lo menos cuatro crisis o miedo persistente a tener una crisis de



angustia (o evitación agorafóbica).

¿Cuándo tuvo por última vez (CUALQUIER SÍNTOMA DE TRASTORNO POR CRISIS DE ANGSTIA)?
Numero de meses previos a la entrevista en que tuvo por última vez un síntoma de trastorno por crisis de angustia.

SEVERIDAD DE LAS CRISIS DE ANGSTIA

1. Leve: Durante el ultimo mes, o bien todas las crisis han sido de síntomas limitados (es decir, menos de cuatro síntomas), o no ha habido mas de una crisis de ansiedad.
2. Moderada: Durante el ultimo mes las crisis han sido intermedias entre "Leve" y "Grave".
3. Durante el ultimo mes ha habido por lo menos 8 crisis de angustia.
4. En remisión parcial: Intermedia entre "En remisión completa" y "Leve".
5. En remisión completa: Durante los ultimos 6 meses no ha habido crisis de angustia ni de síntomas limitados.

SEVERIDAD DE LA EVITACION AGORAFOBICA

1. Nunca tuvo evitación agorafobica.
2. Leve: Durante el ultimo mes, alguna evitación (o lo soporta con malestar), estilo de vida relativamente normal, p. Ej., viaja sin compañía cuando es necesario, como para ir al trabajo o una tienda; si no evita viajar solo.
3. Moderado: Durante el lultimo mes, la evitacion tiene como resultado un estilo de vida limitado, p. Ej., capaz de abandonar la casa solo pero no de ir más allá de unos kilómetros sin compañía.
4. Grave: Durante el ultimo mes, la evitacion implica que debe permanecer siempre o casi siempre en casa o es incapaz de abandonarla sin compañía.
5. En remisión parcial: No evitacion agorafobica actual pero sí alguna evitación agorafobica durante los ultimos seis meses.
6. En remision completa: No evitación agorafobica actual y ninguna durante los ultimos seis meses.

ULTIMOS CINCO AÑOS

¿Cuánto tiempo ha estado usted afectado por (CRISIS DE ANGSTIA, MIEDO PERSISTENTE A SUFRIR UNA CRISIS O EVITACION)
Tiempo aproximado durante los ultimos cinco años que algun síntoma del trastorno por crisis de angustia estuvo presente:

AGORAFOBICA) durante los últimos cinco años?

¿Diría usted... (CODIGOS)?

1. Nada en absoluto (0%).
2. Rara vez (p. Ej., 5-10%).
3. De vez en cuando (p. Ej., 20-30 %).
4. Cerca de la mitad del tiempo.
5. Gran parte del tiempo (p. Ej., 70-80 %).
6. Casi todo el tiempo (p. Ej., 90-100 %).
7. Desconocido.

¿Qué edad tenía cuando comenzó a sufrir muchas crisis de angustia (o empezó a preocuparse durante mucho tiempo de que pudiera sufrir una)?

Edad al comienzo del trastorno por crisis de angustia (por lo menos cuatro crisis durante un periodo de cuatro semanas o una o mas crisis seguida por miedo persistente a sufrir otra crisis).

(CODIFICAR 99 SI NO SE CONOCE)

AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR CRISIS DE ANGSTIA **CRITERIOS DE AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR CRISIS DE ANGSTIA**

SI: ALGUNA VEZ CUMPLIÓ CRITERIOS DE TRASTORNO POR CRISIS DE ANGSTIA, O TRASTORNO PSICOTICO ACTUAL, O FASE RESIDUAL DE ESQUIZOGFRENIA. INDICAR AQUÍ ----- Y PASAR A FOBIA SOCIAL *

¿Alguna vez tuvo usted miedo a salir de casa solo, estar entre multitudes o en determinados lugares publicos como tuneles, puentes, autobuses o trenes?

¿Qué temia que pudiera ocurrir?

Digame todas las cosas que usted evito (o solo podía hacer con esfuerzo).

(¿Con que frecuencia salia usted solo de casa?)

(¿Necesita con frecuencia un acompañante?)

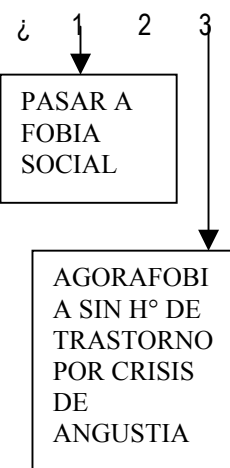
(¿Qué efecto tenia el evitar estas situaciones o lugares en su vida?)

A. Miedo a estar en lugares o situaciones de los cuales la salida pudiera ser difícil (o embarazosa), o en los que no se podría disponer de ayuda en caso de aparición subita de un síntoma que pudiera ser incapacitante o extremadamente embarazoso. Se incluyen como ejemplos mareo o caída, despersonalización o desrealización, pérdida de control vesical o intestinal, vomitos o molestias cardiacas.

Como resultado de este temor, la persona restringe sus viajes o necesita compañía cuando esta fuera de casa, o soporta las situaciones agorafobicas a pesar de tener ansiedad intensa. Las situaciones agorafobicas mas comunes incluyen el estar fuera de casa solo, estar entre una multitud o una fila, estar en un puente, o viajar en autobús, tren o coche.

SI EL MIEDO A LA INCAPACITACION ESTA RELACIONADO CON UN SÍNTOMA ESPECIFICO, MARCAR ABAJO:

- marearse o caerse,
- despersonalización o desrealización,
- pérdida de control vesical o intestinal,
- vomitar,
- miedo o malestar cardiaco, etc



CRONOLOGÍA

SI NO ESTA CLARO: Durante el ultimo mes, ¿ha evitado usted (SITUACIONES FOBICAS)?

¿cuándo evito por ultima vez (SITUACIONES FOBICAS)?

Ha cumplido criterios para agorafobia sin historia de trastorno por crisis de angustia durante el ultimo mes.

Numero de meses previos a la entrevista desde que tuvo por ultima vez un síntoma de agorafobia sin historia de trastorno por crisis de

¿ 1 2 3

angustia

ULTIMOS CINCO AÑOS

Durante los últimos cinco años, ¿cuánto tiempo ha evitado estas situaciones porque tenía miedo? Porcentaje de tiempo aproximado, durante los últimos cinco años, en que ha estado presente cualquier síntoma de agorafobia sin historia de trastorno por crisis de angustia:

¿Diría usted... (CODIGOS)?

1. Nunca (0%).
2. Rara vez (p. Ej., 5-10%).
3. De vez en cuando (p. Ej., 20-30 %).
4. Cerca de la mitad del tiempo.
5. Gran parte del tiempo (p. Ej., 70-80 %).
6. Casi todo el tiempo (p. Ej., 90-100 %).
7. Desconocido.

¿Qué edad tenía cuando tuvo por primera vez este problema?

Edad de aparición de agorafobia sin historia de trastorno por crisis de angustia (CODIFICAR 99 SI NO SE CONOCE).

FOBIA SOCIAL**CRITERIOS DE FOBIAL SOCIAL**

SI: TRASTORNO PSICOTICO ACTUAL, O FASE RESIDUAL DE ESQUIZOFRENIA, SEÑALAR AQUÍ _____ Y PASAR A TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

¿ 1 2 3

PASAR A FOBIA SIMPLE

¿Había algo que usted temiese hacer o se sintiese incomodo haciendo delante de otras personas, como hablar, comer o escribir?

A. Un miedo persistente a una o mas situaciones (las situaciones fobicas) en las que la persona se expone al posible escrutinio de otros y teme

como hablar, comer o escribir?

¿Alguna Otra cosa?
 ¿Qué temia usted que le sucediese cuando _____?

posible escrutinio de otros y teme que pueda hacer algo o actual de un modo que sería humillante o embarazoso. Se incluyen como ejemplos: incapaz de seguir hablando en publico, atragantarse cuando come delante de otros, incapaz de orinar en un urinario publico, temblor de manos cuando se escribe en presencia de otros y decir tonterías o no ser capaz de responder a preguntas en situaciones sociales.

SITUACIONES FOBICAS. Marcar:

- Hablar en publico
- Comer delante de otros
- Escribir delante de otros
- Generalizada (la mayoría de las situaciones sociales)
- Otras (Especificar)

SI NO ESTA CLARO VOLVER A ESTE ITEM AL TERMINAR LA ENTREVISTA

B. Si está presente un trastorno en eje III u otro en eje I, el miedo en "A" no está relacionado con él, p. Ej., el miedo no es a tener una crisis de angustia (Trastorno por Crisis de Angustia), tartamudear (Tartamudez), temblor (Enf. De Parkinson), exhibir una conducta alimentaria anormal (Anorexia Nervosa o Bulimia Nervosa).

¿ 1 2 3

PASAR A
 FOBIA
 SIMPLE

¿Sentia ansiedad al (ENFRENTARSE CON EL ESTIMULO FÓBICO)?

C. Durante alguna fase de la enfermedad, la exposición al estímulo fóbico específico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.

¿ 1 2 3

PASAR A
 FOBIA
 SIMPLE

SI NO ES OBVIO: ¿Cambio sus planes para evitar _____?

D. La situación fóbica es evitada, o soportada con intensa ansiedad.

SI NO: ¿cuánto le cuesta _____?

¿ 1 2 3

PASAR A
 FOBIA
 SIMPLE

SI NO ES OBVIO: ¿Qué E. El miedo o el comportamiento de evitación causa sufrimiento marcado o interfiere con el funcionamiento social o laboral ¿ 1 2 3

importancia tiene para usted ser capaz de _____?

(¿Cuándo le molestaba el temer _____?)

PASAR A
FOBIA
SIMPLE

¿Cree usted que temia (ACTIVIDAD F. El individuo reconoce que sumiedo es excesivo o irracional. ¿ 1 2 3

FOBICA) mas de lo que debiera (o tendría sentido)?

PASAR A
FOBIA
SIMPLE

LOS CRITERIOS DE FOBISA SOCIAL A, B, C, E Y F ESTAN CODIFICADOS "3". ¿ 1 2 3

PASAR A
FOBIA
SIMPLE

FOBIA SIMPLE

CRITERIOS DE FOBIA SOCIAL

¿Existe alguna otra cosa a la que haya temido usted, especialmente volar, las alturas, ver sangre, sitios cerrados o ciertos animales o insectos? A. Un miedo persistente a un estimulo especifico (objeto o situación) distinto de tener una crisis de angustia (como en trastorno por crisis de angustia) o de la humillación o del embarazo de ciertas situaciones sociales (fobia social). ¿ 1 2 3

PASAR A TR.
OBSES.
COMPULS.

Nota: No incluir miedos que son parte de un trastorno por crisis de angustia con agorafobia o de agorafobia sin historia de crisis de

angustia.

OBJETO(S) O SITUACIÓN(ES)
FOBICA(S).

Marcar:

- Animales.
- Alturas.
- Espacios cerrados.
- Sangre/Lesiones.
- Otro _____

¿Siente siempre ansiedad al B. Durante alguna fase de la ¿ 1 2 3
(ENFRENTARSE CON EL enfermedad, la exposición al
ESTIMULO FÓBICO)? estímulo fóbico específico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad.

PASAR A TR.
OBSES.
COMPULS.

¿Cambio sus planes para evitar C. El objeto o situación es evitado o ¿ 1 2 3
_____? soportado con intensa ansiedad.
SI NO: ¿cuánto trabajo le costaba el _____?

PASAR A TR.
OBSES.
COMPULS.

SI NO ESTA CLARO SI EL MIEDO D. El miedo o la conducta de ¿ 1 2 3
ES ESTADÍSTICAMENTE evitación interfiere
SIGNIFICATIVO: ¿Cuanto interfiere significativamente con la rutina normal de la persona o con las situaciones sociales usuales o en las relaciones con otros, o hay un malestar marcado respecto de tener el temor.
en su vida el _____?
(¿Le molestaba mucho el temor a _____?)

PASAR A TR.
OBSES.
COMPULS.

¿Creía que su miedo a _____ era E. El individuo reconoce que su ¿ 1 2 3
mayor de lo que debiera haber sido miedo es excesivo e irracional.
(o mas de lo que tendría sentido)?

PASAR A TR.
OBSES.
COMPULS.

SI NO ESTA YA CLARO: VOLVER F. El estímulo fóbico n o guarda ¿ 1 2 3
A ESTE ITEM DESPUÉS DE relacion con el contenido de las
COMPLETAR LA SECCION obsesiones del trastorno obsesivo-
SOBRE TRASTORNO OBSESIVO- compulsivo.
COMPULSIVO.

PASAR A TR.
OBSES.
COMPULS.

LOS CRITERIOS DE FOBIA ¿ 1 2 3
SIMPLE A, B, C, E, Y F ESTAN
CODIFICADOS "3"

PASAR A OBS.
COMP.

FOB
SIM
PLE

TRASTORNO COMPULSIVO	OBSESIVO-	CRITERIOS PARA TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO			
		A. Obsesiones o compulsiones.			
<p>Ahora quisiera preguntarle si le han molestado alguna vez pensamientos que no tenían sentido alguno y que volvían una y otra vez, a pesar de que usted intentaba no tenerlos.</p>		Obsesiones: (1), (2), (3) y (4).			
		(1) Ideas, pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, al menos inicialmente, como impuestos sin sentido; p. Ej., repetidos impulsos en un padre de herir a un hijo querido, o pensamientos blasfemos recurrentes en una persona religiosa.	¿	1	2 3
(¿Pensamientos horribles, como hacer daño a alguien a pesar de no querer hacerlo, o estar contaminado por gérmenes o suciedad?)		(2) La persona intenta ignorarlos o suprimirlos con algún otro pensamiento o acto.	¿	1	2 3
SI ES SÍ: DISTINGUIR DE PREOCUPACIÓN		(3) El individuo reconoce que las obsesiones son el producto de su propia mente y no impuestas desde	¿	1	2 3

PROBLEMAS (COMO SUFRIR UNA CRISIS DE ANGUSTIA) O RUMIACION ANSIOSA SOBRE PELIGROS REALES: ¿Cómo eran?

fuera (como en el pensamiento impuesto).

(4) Si esta presente otro trastorno en el eje I, el contenido de la obsesión no esta relacionado con él: es decir, las ideas, pensamientos, impulsos o imágenes no son acerca de la comida en un trastorno alimentario acerca de drogas en un trastorno por uso de sustancias, o pensamientos de culpa si esta presente una depresión mayor.

¿	1	2	3
OBSESIONES			

DESCRIBIR

¿Hay alguna cosa que usted tenga que hacer una y otra vez, sin poder resistirse a hacerlo, como lavarse las manos en repetidas ocasiones, o comprobar algo varias veces para asegurarse de que lo ha hecho bien?

COMPULSIONES: (1), (2) Y (3).

(1) Conducta repetitiva, finalista e intencionada, que se realiza en respuesta a una obsesion, o de acuerdo con ciertas reglas, o de una forma estereotipada.

¿	1	2	3
¿	1	2	3

SI ES SÍ: ¿Qué tenia que hacer? (¿Qué temia que le sucediese si no lo hacia?)
 (¿Cuántas veces tenia que ____?
 ¿Cuánto tiempo dedicaba cada dia a _____?

(2) La conducta esta diseñada para neutralizar o prevenir malñestar o algun acontecimiento o situación temidos; sin embargo, o bien la actividad no esta conesssstada de una manera realista con aquello que pretende neutralizar o prevenir, o es claramente excesiva.

¿	1	2	3
---	---	---	---

SI NO ESTA CLARO: ¿Cree usted que (HACIA CONDUCTA COMPULSIVA) mas de lo debido? (¿Cree usted que (COMPULSIÓN) tenia sentido?)

(3) El individuo reconoce que la conducta es excesiva o irracional. (Esto puede ya no ser verdad en personas cuyas obsesiones han evolucionado a ideas sobrevaloradas.)

¿	1	2	3
COMPULSION			

SI NO HAY NI OBSESIONES NI COMPULSIONES , MARCAR AQUÍ Y PASAR A *TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA*

DESCRIBIR:

¿qué efecto enia esa (OBSESION O COMPULSIÓN) en su vida? (¿Le molestó _____ mucho?)
 (¿Cuánto tiempo le ocupaba (OBSESION O COMPULSIÓN)?)
 (¿Tuvo que cambiar sus planes alguien de su familia o de sus

B. Las obsesiones o compulsiones causan sufrimiento marcado, ocupan mucho tiempo (más de una hora al dia), o interfieren significativamente con la rutina normal de la persona, con el funcionamiento laboral, con las actividades sociales habituales o las relacionadas con otros.

¿	1	2	3
PASAR A TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA			

amigos a causa de su (OBSESION
O COMPULSIÓN)?)

DESCRIBIR:

LOS CRITERIOS A Y B DE
TRASTORNOS OBSESIVO-
COMPULSIVO SE CODIFICAN "3".

¿ 1 2 3

PASAR A
TAG

TRAST. OBSES-
COMPULSIVO.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SOLO ACTUAL) CRITERIOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

SI: TRASTORNO AFECTIVO O
PSICOTICO ACTUAL, O EN FASE
RESIDUAL DE ESQUIZOFRENIA,
MARCAR AQUÍ, _____ Y
SALTAR AL SIGUIENTE MODULO,
*TRASTORNOS
SOMATOFORMES*

En los ultimos seis meses, ¿ha
estado particularmente nervioso o
ansioso?

¿Se preocupaba mucho acerca de
las cosas malas que pudieran
ocurrir?

SI ES SI: ¿De que se
preocupa usted? (¿Le
parece lógico?)

Durante los ultimos seis
meses, ¿diria que ha
estado preocupado la
mayor parte del tiempo?
(¿Mas días si que no?)

A. Ansiedad excesiva o irracional y
preocupación (expectación aprensiva)=
acerca de dos o más circunstancias
vitales, p. Ej., preocupación por una
posible desgracia a un hijo (que no
esta en peligro) y preocupación
acerca de la propia situación
economica (sin ninguna buena
razón) por un periodo de 6 meses o
mas, durante los que el individuo ha
estado afectado mas días si que no
por estas preocupaciones. En niños
adolescentes esto puede tener la

¿ 1 2 3

PASAR A
MODULO
SIGUIENTE

forma de ansiedad y preocupación acerca de resultados académicos atléticos y sociales.

CODIFICAR SOBRE LA BASE DE LA INFORMACIÓN PREVIA. REVISAR AL FINAL DE LA ENTREVISTA SI ES NECESARIO.

B. Si esta presente otro trastorno en el eje I, el foco de la preocupación en "A" no esta relacionado con él; p. Ej., la ansiedad o la preocupación no es a tener crisis de angustia (como en el trastorno por crisis de angustia), a estar en una situación avergonzante en publico (como en la fobia social), a estar contaminado (como en el trastorno obsesivo-compulsivo) o a ganar peso (como en la anorexia nerviosa).

Ahora voy a preguntar acerca de otros síntomas que con frecuencia aparecen cuando se esta nervioso. Piense en como se ha sentido durante los ultimos 6 meses...

C. Por lo menos 6 de los 18 sintomas siguientes estan presentes habitualmente cuando esta ansioso. (NO INCLUIR SÍNTOMAS PRESENTES ÚNICAMENTE DURANTE LA CRISIS DE ANGUSTIA):

Tensión motora

¿tiembla, se estremece o siente sacudidas a menudo? (1) temblor o estremecimiento o sensación de sacudidas. ¿ 1 2 3

¿Siente los musculos tensos y dolorosos? (2) tensión o dolor muscular. ¿ 1 2 3

¿Se siente a menudo físicamente inquieto, no puede quedarse tranquilo? (3) inquietud. ¿ 1 2 3

¿a menudo se cansa fácilmente? (4) fatigabilidad. ¿ 1 2 3

Hiperactividad vegetativa

¿siente dificultad para respirar a menudo? (¿tiene problemas para conseguir aire?) (5) dificultad para respirar o sensación de ahogo. ¿ 1 2 3

¿siente a menudo que el corazón se acelera o le da golpes? (6) palpitaciones o aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia) ¿ 1 2 3

¿suda mucho?, ¿tiene las manos frías o húmedas a menudo? (7) sudoración a manos frías o húmedas. ¿ 1 2 3

¿siente a menudo la boca seca? (8) sequedad de boca ¿ 1 2 3

¿siente mareos o aturdimiento con frecuencia? (9) mareo o aturdimiento. ¿ 1 2 3

¿tiene a menudo molestias estomacales, nauseas o diarrea? (10) nauseas, diarrea u otras molestias abdominales. ¿ 1 2 3

¿tiene con frecuencia oleadas de calor o escalofrios? (11) oleadas de calor o escalofrios. ¿ 1 2 3

¿orina con mas frecuencia de lo habitual? (12) micción frecuente. ¿ 1 2 3

¿le resulta a menudo dificuil tragar o nota como si tuviera un nudo en la garganta? (13) dificultad para deglutir o sensación de nudo en la garganta. ¿ 1 2 3

Vigilancia y escrutinio

¿se siente a menudo emocionado o al limite?	(14) sentirse emocionado o al limite.	¿	1	2	3
¿Le sobresaltan los ruidos subitos con frecuencia?	(15) respuesta de alarma exagerada.	¿	1	2	3
¿a menudo esta tan nervioso que le resulta dificil concentrarse?	(16) dificultad para concentrarse o "mente en blanco a causa de la ansiedad".	¿	1	2	3
¿tiene a menudo dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido?	(17) dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido.	¿	1	2	3
¿se siente con frecuencia irritable o especialmente impaciente?	(18) irritabilidad	¿	1	2	3
	POR LO MENOS 6 SINTOMAS "C" SE CODIFICAN "3".	¿	1	2	3
¿cuándo comenzó todo esto?	Edad de aparición del Síndrome de Ansiedad Generalizada				
CODIFICAR BASADO EN INFORMACIÓN PREVIA	EN D. El trastorno no ocurre solo durante el curso de un trastorno afectivo o psicótico	¿	1	2	3

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRITERIOS DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

¿Ha tendio alguna vez una experiencia realmente pavorosa o traumática, como sentir en peligro la vida, ver a alguien muersto o gravemente herido o sufrir un incendio en el hogar?	A. Un hecho fuera de la gama de experiencias humanas habituales, con efecto potencialmente traumático psicológico; p. Ej., amenaza seria a la vida o la integridad física propias, destrucción del hogar o de la comunidad, ver a otra persona mutilada, moribunda o muerta, o ser victima de violencia física.	¿	1	2	3
SI ES SI: ¿cuál fue la experiencia? ¿Cuándo sucedió?					
¿Volvio a revivir de alguna forma (LA EXPERIENCIA DEL CRITERIO A)? Por ejemplo...	B. Durante alguna fase de la enfermedad, el acontecimiento traumático es reexperimentado presistentemente, en por lo menos una de las formas siguientes:				
¿penso en ello cuando no deseaba hacerlo, aunque no hubiese nada que se lo recordase?	(1) Recuerdo recurrente e intrusivo del acontecimiento sin ningun estimulo ambiental que desencadene el recuerdo.	¿	1	2	3
¿tuvo sueños sobre el hecho?	(2) Sueños Recurrentes y penosos relacionados con el acontecimiento.	¿	1	2	3
¿se ha encontrado a si mismo sintiendo o actuando como si de nuevo se encontrase en aquella situación?	(3) Sentir o comportarse como si el hecho traumático sucediese de nuevo (incluye sensación de revivir la	¿	1	2	3

PASAR A
MODULO
SIGUIENTE

experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (“flashback”), incluso los ocurridos en estado de vigilia o bajo intoxicación).

DESCRIBIR:

¿se sentía mucho peor al encontrarse en una situación que le recordaba _____?

(4) Reactividad fisiológica o sufrimiento psicológico intenso ante hechos que simbolizan o semejan un aspecto del acontecimiento traumático (p. Ej., una mujer violada en el ascensor, empieza a sudar cuando tiene que volver a entrar en un ascensor).

¿ 1 2 3

DESCRIBIR:

POR LO MENOS UN SINTOMA “B” SE CODIFICA “3”.

C. Durante alguna fase de la enfermedad, evitación persiste de los estímulos asociados con el trauma o embotamiento de la reactividad (no existente antes del trauma), indicados por al menos dos de los síntomas siguientes:

¿ 1 2 3

PASAR AL
MODULO
SIGUIENTE

Desde (EL TRAUMA)...

¿hace un esfuerzo especial por no pensar en lo que le sucedió o por no trastornarse a consecuencia de ello? ¿prescinde de cosas que se lo pudieran recordar? ¿le resulta difícil recordar alguna parte importante de lo que sucedió?

(1) Esfuerzos deliberados para evitar pensamientos o sentimientos asociados con el trauma.

(2) Esfuerzos deliberados para evitar actividades o situaciones que despierten el recuerdo del trauma.

(3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma (amnesia psicógena).

Desde (EL TRAUMA)...

¿se siente mucho menos interesado por cosas que solían ser importantes para usted como deportes, aficiones, actividades sociales? ¿se siente distante o separado de los demás?

(4) Disminución notable del interés en una o más actividades significativas.

(5) Sentimientos de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás.

¿ha dejado de sentir con fuerza las cosas, o se siente “entumecido” o incapaz de sentimientos amorosos hacia las personas próximas?

(6) Gama restringida de afecto: es decir, “embotamiento”, incapacidad de sentimientos amorosos.

¿ 1 2 3

POR LO MENOS 2 SINTOMAS “C” SE CODIFICAN “3”

¿ 1 2 3

D. Durante alguna fase de la

enfermedad, síntomas persistentes de alerta aumentada (no presentes antes del trauma), indicada por al menos 2 de los síntomas siguientes:

Desde (EL TRAUMA)...

¿ha tenido problemas para dormir? (¿Qué tipo de problemas?)	(1) dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido	¿	1	2	3
¿ha estado inusualmente irritable? ¿Ha tenido brotes de ira?	(2) irritabilidad o accesos de ira	¿	1	2	3
¿le resulta difícil concentrarse?	(3) dificultad de concentración	¿	1	2	3
¿se sentía vigilante o en guardia aunque no existiese razón para ello	(4) hipervigilancia	¿	1	2	3
¿se sobresalta o se alarmaba fácilmente, p. Ej., ante un ruido súbito?	(5) respuesta de alarma exagerada.	¿	1	2	3

5. HOJA DE CONSENTIMIENTO.

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD EVALUACION Y
TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS

NOMBRE FECHA

CONSENTIMIENTO

He solicitado voluntariamente recibir tratamiento psicológico por problemas de Ansiedad y, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad, acepto que los datos que se puedan derivar de dicho tratamiento sean utilizados para cualquier investigación

FIRMA

FECHA

6. CUESTIONARIOS DE PERSONALIDAD.

**a. CUESTIONARIO DE RIGIDEZ (R3)
DE PELECHANO.**

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Universidad de Valencia	CUESTIONARIO R-3
---	-----------------------------------

INSTRUCCIONES

La siguiente lista de afirmaciones se refieren a su modo de comportarse en la vida diaria.

No importan las causas o razones que lo provoque. Todas las respuestas son igualmente correctas.

El fin que persigue es estrictamente científico.

Sea sincero, por favor.

Espere a las instrucciones que se le darán. No pase la hoja antes de que se le indique.

Gracias por su colaboración.

- 1.-Yo puedo rendir en muchos terrenos más que los demás.
- 2.-Se debería dejar de lado a los compañeros vagos.
- 3.-Cuando no se puede llegar a un acuerdo lo mejor es seguir el consejo de los especialistas en la materia.
- 4.-Yo soy muy sensible a la ambición.
- 5.-Muchas personas tienen un punto de vista equivocado de la vida.
- 6.-No pasa nada que no haya ocurrido antes, de modo que es verdd aquello de "nada hay nuevo bajo el sol".
- 7.-El mundo es de los capaces.
- 8.-Procurar superar a los demás en el trabajo es algo que se debería tener presente en todo momento.
- 9.-Una personalidad fuerte, firme, no se trata con todo el mundo.
- 10.-Mi vida se rige fundamentalmente por aquello de que: "Primero la obligación y después la devoción".
- 11.-Tan sólo puede despertar simpatía aquél hombre que viva de acuerdo con sus propios principios.
- 12.-Lo que debe buscarse es comprender la vida correctamente, pues de este modo se pueden prever muchas cosas.
- 13.-Quien tiene un buen concepto de sí mismo goza de un buen concepto ante los demás tiene éxito en la vida.
- 14.-Tan sólo se puede confiar en uno mismo.
- 15.-Lo que importa en todo momento es tomar decisiones con rapidez.
- 16.-Mi deseo de rendir mucho es más fuerte que en los demás.
- 17.-No puedo sufrir a los inseguros ni a los débiles.
- 18.-Mi trabajo significa para mí una cuestión muy importante.
- 19.-Toda persona tiene la especial obligación de sostener sus propias ideas en todo momento y sin compromiso alguno.

20.-Me gusta que en las fotos, cuadros y escaparates est(e todo ordenado simétricamente.

21.-Una nación puede lograr un prestigio en el mundo únicamente si sus ciudadanos trabajan de modo ordenado y sistematizado.

22.-La causa más frecuente de los conflictos y enemistades entre los hombres son las ideas distintas sobre lo que es el mundo y la realidad.

23.-Me alegro cuando personas experimentadas concuerdan con una opinión mía, pues así puedo estar seguro de que mis convicciones son ciertas.

24.- Lo que uno se exige de sí mismo se puede también exigir a los demás.

25.-Yo me esfuerzo más que la mayoría de la gente por lograr unos puntos de vista verdaderos sobre la vida.

26.-Nuestro sistema social es el culpable de que hayan fracasado tantas y tantas personas.

27.-Cuando llevo a cabo cualquier tarea lo hago del mismo modo como si estuviera en juego mi propio prestigio.

28.-El único camino para lograr una personalidad madura y definitiva es la fidelidad a lo que uno cree que es verdad.

29.-Lo que tenemos que hacer para lograr un verdadero progreso social es sacar las enseñanzas de nuestro glorioso pasado histórico.

30.-El camino más seguro para lograr algo en al vida es trabajar duro y bien.

31.-En el panorama político nacional se puede comprobar frecuentemente aquello que: "Con muchos panaderos se echa a perder la masa".

32.-Una persona que no puede dominar sus flaquezas no vale gran cosa.

33.-Tengo pñor norma no dejar que me distraigan de mi trabajo ni amigos ni conocidos.

34.-Quien nunca ha temnido fé en un ideal, nunca ha vivido plenamente.

35.-La primera y más importante condición para que los empresarios paguen incentivos y sueldos más altos, es que los trabajadores trabajen más y mejor.

36.-Uno debe guardar cierta distancia con sus colaboradores y subordinados para que no se aprovechen de nuestra bondad ni abusen de nuestra confianza.

37.-Yo trabajo más que la mayoría de la gente.

38.-Si me concentro en mi trabajo, lo termino pase lo que pase.

39.-Una persona formada, madura, tiene puntos de vista firmes y seguros,

40.-Cuanto más duro se trabaje más dinero se puede ganar.

41.-Yo podría rendir mucho en mi trabajo aún cuando no hablaría de ello nunca.

42.-Lo que ocurre con muchos hombres que dicen ser tolerantes es que, en realidad, no tienen ninguna opinión propia.

43.-Yo trabajaría a gusto en aquellos trabajos en los que hay que concentrarse en tareas parciales, en detalles.

44.-Echo mis cartas al buzón rápidamente porque no me gusta dejar cosas pendientes.

45.-Cuando uno lleva adelante sus propias ideas no tiene por qué hacer caso de los demás.

45.-Se debe considerar siempre la calidad y por ello comprar únicamente las cosas más sólidas y duraderas.

47.-Se puede conocer a un hombre por el modo y manera como realiza su trabajo.

48.-Frecuentemente me concentro de tal modo en mi trabajo que me fastidia bastante el que alguien me interrumpa.

49.-Siempre hay personas que no pueden entender el que yo tenga firmes puntos de vista sobre la vida.

50.-Cuando no puedo resolver por mí mismo un problema personal que me preocupa mucho sigo el consejo de una persona con gran experiencia y que me merezca crédito.

51.-Las personas que utilizan frecuentemente expresiones tales como "quizá", "si", "probablemente", "tendría ...etc., no tienen las cosas muy claras.

52.-Cuando trabajo en colaboración con otros, por lo general rindo más que los demás.

53.-Un viaje de vacaciones debería planearse siempre hasta en sus detalles más insignificantes.

54.-Los hombres son, por naturaleza, cómodos e insolentes.

55.-Uno tiene que luchar por permanecer arriba en un mundo que consta casi únicamente de débiles **y** fuertes.

**b. CUESTIONARIO DOGYANT DE
PELECHANO.**

DOGYANT-1

V. Pelechano

INSTRUCCIONES

En las páginas que siguen se encuentran una serie de afirmaciones que se refieren a cosas que son opinables, sobre las que cada una de las personas tiene derecho a pensar como desee.

La tarea a realizar consiste en responder a estas cuestiones con sinceridad. No escriba nada en el cuadernillo sino en el lugar correspondiente de la hoja de respuestas.

Ejemplo

La lluvia es buena

Si cree que la lluvia es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente en la HOJAS DE RESPUESTA a "S"

Si cree que la lluvia no es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente en la HOJA DE RESPUESTA a "N".

Todas las respuestas son igualmente buenas con tal de que sean SINCERAS. Responda, por favor, con sinceridad a todas las cuestiones.

NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.

EL OBJETIVO QUE PERSIGUE ESTE ESTUDIO ES INTENTAR OFRECER AYUDA MAS EFICAZ A LAS PERSONAS QUE LO NECESITEN. Con ello a la vez que les ayudamos a ellas nos ayudamos a nosotros mismos.

Puede tener la seguridad que sus datos de identificación personal se mantienen en secreto.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

Si algo no entiende este es el momento de preguntar. Espere que le den Id seftal para comenzar.

1. Obediencia Y respeto a la autoridad son las mejores virtudes que deben inculcarse a los niños.
2. La ciencia tiene su importancia, pero hay cosas que posiblemente jamás serán comprendidas por la mente humana
3. Los principios en los que creo son muy distintos a los principios en los que creen los demás.
4. En las discusiones acaloradas, la gente se va por las ramas, en lugar de atacar el tema central.
5. La moralidad es un tema que exige que las personas consulten con alguna autoridad superior.
6. Para lograr algo en la vida, una persona tiene que organizar su trabajo muy cuidadosamente.
7. Hay que tener fe en la Providencia y obedecer sus decisiones sin vacilación.
8. Mientras haya hombres, habrá guerras.
9. Tengo para mi, que el ser humano es una criatura indefensa y miserable.
10. Existen ciertos "-ismos" que son realmente lo mismo. Aunque los que creen en unos o en otros intenten convencerme de que son distintos.
11. Prefiero una discusión sobre los valores de uno(a) mismo(a) a cualquier otra cosa.
12. En nuestros días, algunas personas gastan demasiado tiempo en filosofar Y demasiado poco en hacer algo útil.
13. Cuando se tiene una preocupación, lo mejor es dejar de pensar en ella y divertirse.
14. Un universitario debe evitar el trato con gente mal educada.
15. Es más importante el orden público que la libertad política.
16. Más que leves, instituciones y programas políticos, lo que necesitamos es un jefe en quien poder confiar.
17. En definitiva, las personas se dividen en débiles y fuertes.
18. La psicología se mete en cosas que deberían quedar al margen de la ciencia porque son totalmente personales.
19. Muchos problemas se resolverían si pudiésemos deshacernos de los inmorales y de los retrasados mentales.
20. Los homosexuales se diferencian bien poco de los criminales y deberían ser tratados como ellos.
21. El industrial y el comerciante benefician más a la sociedad que los intelectuales y los artistas.
22. Las cosas importantes solo se aprenden a través del sufrimiento.
23. Algunas personas nacen con un irreprimible amor al peligro.
24. Yo amaría al género humano si encontrase a alguien que me dijera cómo resolver mis problemas personales.
25. Resulta natural que una persona tenga miedo al futuro.
26. Un empresario sacará más partido de sus empleados si les organiza el trabajo que tienen que hacer.
27. La homosexualidad va contra el orden natural de la vida.
28. En las grandes concentraciones urbanas es necesario poner especial cuidado en evitar contagios (en bares, servicios, etc.,) de enfermedades infecciosas.
29. En las discusiones, me concentro tanto en lo que yo digo que olvido atender a lo que dicen los demás.
30. Hay muchas cosas para hacer y muy poco tiempo para hacerlas.
31. Generalmente, una persona debe intentar controlar sus impulsos.

32. Prefiero ser comerciante a ser escritor.

33. Aunque tengo mucha fe en la inteligencia y sabiduría del ciudadano de a pié, tengo para mí que en más de una ocasión, las masas se comportan de modo bastante estúpido.
34. Algunas veces, los jóvenes se sienten rebeldes, pero a medida que envejecen, lo natural es que abandonen sus ideas y se adapten a la realidad.
35. Pienso que valgo bastante poco.
36. Si tuviera la oportunidad, haría algo grande para la humanidad.
37. Una cultura nacional no solamente debe proteger a sus ciudadanos, sino también ayudarles a tener un estilo de vida peculiar propio.
38. Una persona enfadada debe disimular su enfado a quien esté con ella.
39. Los crímenes sexuales deberían ser castigados con escarmientos ejemplares.
40. Tengo miedo de la gente que quiere saber lo que de verdad quiero, por miedo a que se burlen de mí.
41. Resulta muy cierto aquello de que la gente no practica lo que predica.
42. La persona que trabaja en un tipo de trabajo rutinario, tiene una vida poco gratificante.
43. Pensar mucho sobre uno(a) mismo(a) resulta poco útil.
44. Nada más bajo que una persona que ama y respeta muy poco a sus padres.
45. Entre felicidad y fama, prefiero la fama.
46. El sistema social es el responsable del fracaso de muchas personas.
47. El modo de vida que llevamos impide pensar con tranquilidad sobre el sentido que tiene la vida.
48. Las personas que buscan placeres en lugar de recompensas, pueden esperar, a la larga, muy poco de la vida.
49. Un padre que permita que sus hijos cometan errores, errores que puedan afectar seriamente su futuro, está siendo demasiado blando.
50. Cuanto más pienso sobre mis problemas, más oscuros los veo.
51. Algún día se demostrará que la astrología y las ciencias ocultas pueden explicar muchas cosas.
52. Con frecuencia pienso que la gente me mira como si estuviera criticándome.
53. Hoy por hoy, una persona que piensa solamente en su propio bienestar es una persona muy egoísta.
54. Para que una sociedad sobreviva, es necesario que la mayoría de las personas se preparen para realizar un trabajo productivo de manera competente.
55. Lo que tienen que hacer los trabajadores es hablar menos entre ellos y trabajar más.
56. Las guerras y los desórdenes acabarán, un día, por destruir la Tierra entera.
57. La gente dice de mí cosas insultantes y vulgares.
58. Me hierve la sangre cuando una persona rechaza, tercamente, que está equivocada.
59. Creo que los grandes pensadores que ha habido en toda la historia se cuentan con los dedos de la mano.
60. De todas las filosofías que hay en el mundo, solo una es verdadera.
61. Si se hablara menos y se trabajara más todo iría mejor.

62. Una persona que se entusiasma por demasiadas cosas es una marioneta.
63. Ser miembro de un grupo, quiere decir que he de seguir sus decisiones hasta el final.
64. Me gusta "dejar fríos" a mis amigos con bromas.
65. Adquirir compromisos con nuestros rivales políticos es peligroso porque ello nos lleva a apartarnos de nuestro camino.
66. Si hay diferencias en cuestiones religiosas, no nos comprometamos con aquellos que tengan una experiencia distinta de la nuestra.
67. Pactar con nuestros rivales políticos es abandonar.
68. En los tiempos que corren hay que estar más en guardia contra las ideas de personas o grupos que están "a nuestro lado" que de las ideas de nuestros rivales.
69. Desgraciadamente, mis faltas de control son lo normal.
70. Con pensar mucho y hacer poco, poco se adelanta.
71. Para lograr una posición en la vida hay que trabajar mucho y bien.
72. Si tengo dudas sobre algo, lo mejor es volver a pensarlo.
73. Yo tengo amigos, pero en mi casa mando yo.
74. En este mundo existen dos grupos de personas, las que están a favor de la verdad y las que están en contra de ella.
75. La mayoría de las ideas que se imprimen hoy no valen ni el papel en el que están impresas.
76. En este complicado mundo nuestro, el único modo de saber lo que pasa es consultar con los jefes o con los expertos.
77. Tolerar a los demás significa no criticarlos.
78. Cuando se trata un tema importante y no estoy de acuerdo con los argumentos que se den, prefiero callar y dejar hacer.
79. La misión del empresario consiste en organizar y planificar el trabajo y obligaciones de los trabajadores.
80. Quien quiere poder ... algo le falta.
81. Los que defienden el orden es que están desordenados por dentro.
82. Lo más importante para el ser humano es el ser humano y no la economía ni la política.
83. Ignorar la soledad de nuestro mundo es esconder la cabeza debajo de la arena.
84. En los colegios, la asignatura fundamental debería ser aprender a vivir.
85. Vivir en libertad significa vive y deja vivir.
86. Lo peor que me pueden hacer es obligarme a hacer lo que no me gusta.
87. Un padre que no corrija errores graves de sus hijos, los está convirtiendo en delincuentes.
88. Las personas que no saben esperar, no consiguen nada en esta vida.
89. Uno aprende de los errores que comete, no de lo que dicen los demás.
90. Organización y programación deben ser los pilares fuertes de nuestra organización social.
91. Si todos trabajamos bien, saldremos todos adelante.
92. Un político nada puede hacer si los ciudadanos no cumplen.

93. Por mucho que haga la ciencia, siempre olvidará hacer verdaderamente felices a las personas.

d. CUESTIONARIO EN.

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Universidad de Valencia	CUESTIONARIO E-N
---	-----------------------------------

INSTRUCCIONES

La siguiente lista de afirmaciones se refieren a su modo de comportarse en la vida diaria.

No importan las causas o razones que lo provoque. Todas las respuestas son igualmente correctas.

El fin que persigue la prueba es estrictamente científico.

Sea sincero, por favor.

Espere a las instrucciones que se le darán. No pase la hoja antes de que se le indique.

Gracias por su colaboración.

- 1.- ¿Tiene normalmente respuesta adecuada cuando le hacen una observación directa sobre su modo de ser o comportarse?
- 2.- ¿Se le va muy frecuentemente la imaginación en cosas que normalmente no lleva a cabo?
- 3.- ¿Se siente a menudo de mal humor, desconcertado?
- 4.- ¿Acostumbra a actuar rápido y con seguridad?
- 5.- ¿Puede actuar frecuentemente de modo espontáneo y sin esfuerzo en una reunión social?
- 6.- ¿Se tiene a sí mismo como una persona habladora?
- 7.- ¿Vuelan a menudo sus pensamientos de una parte a otra
¿Cuándo intenta concentrarse en un asunto determinado?
- 8.- ¿Se conceptúa a sí mismo como especialmente nervioso y en tensión?
- 9.- ¿Le considera a Vd. la gente como vivaz, activo?
- 10.- ¿Le gusta "soñar despierto" ?
- 11.- ¿Le gusta generalmente tomar la dirección de las acciones que se hayan de tomar en grupo?
- 12.- ¿Le invade a menudo y sin una razón especial un sentimiento de indiferencia y cansancio?
- 13.- ¿Se considera a sí mismo como una persona alegre y activa?
- 14.- ¿Se siente unas veces como rebosante de energía y otras lento y perezoso?
- 15, - ¿Le resulta difícil actuar por sí mismo ante un grupo de gente?
- 16.- ¿Le asaltan frecuentemente ideas tontas, inútiles, que vuelven una y otra vez, a su imaginación?
- 17.- ¿Son heridos con facilidad sus sentimientos?
- 18.- ¿Se encuentran mejor ocupando un lugar secundario en las reuniones sociales?
- 19.- ¿Da usted el primer paso para lograr nuevas amistades?

- 20.- ¿Le asalta alguna vez sin razón alguna un sentimiento despreciable, miserable?
- 21.- ¿Se pone de mal humor con facilidad?
- 22.- ¿Se siente algunas veces, y sin razón aparente, alegre y triste sucesivamente?
- 23.- ¿Se desconcierta fácilmente?
- 24.- ¿Ha tomado parte activa en la organización de un club, asociación o grupo?
- 25.- ¿Cambia de humor a menudo con o sin razón suficiente?
- 26.- ¿Se pone nervioso cuando tiene que esperar?
- 27.- ¿Considera que una crisis o dificultad es tan solo motivo de disgusto?
- 28.- ¿Desempeña de buena gana un papel activo en las reuniones o estando con otras personas?
- 29.- ¿Se preocupa fácilmente por posibles adversidades?
- 30.- ¿Se ha preocupado demasiado alguna vez por cosas insignificantes?
- 31.- ¿Se desconcierta si se siente observado por la gente de la calle o lugares públicos?
- 32.- ¿Es muy nervioso?
- 33.- ¿Es usted especialmente difícil en el trato con los demás de modo que no tiene tanto "éxito" como podría tener?
- 34.- ¿Ha tenido alguna vez el sentimiento de tener dificultades enormes, insuperables?
- 35.- ¿Sueña a menudo en cosas que se guarda para sí y no dice a nadie?
- 36.- ¿Le resulta difícil el hablar o exponer sus ideas delante de un grupo numeroso de personas?

**e. CUESTIONARIO DEL LUGAR DEL
CONTROL (LUCAM) .**

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Universidad de Valencia	CUESTIONARIO P.L.35
---	--------------------------------------

INSTRUCCIONES

En las páginas que siguen se encuentran una serie de afirmaciones sobre el modo de pensar y actuar en nuestra vida cotidiana.

Junto a esta lista de afirmaciones se le entregará una hoja de respuestas. No escriba nada en la lista de afirmaciones, hágalo en la hoja de respuestas.

Su tarea consiste en leer atentamente cada una de las afirmaciones y señalar en la hoja de respuestas aquella alternativa que, sinceramente, refleje su opinión al respecto.

Conteste, por favor, a todas las cuestiones.

Sea sincero en sus respuestas.

El objetivo que persigue esta prueba es ayudar al conocimiento de las personas. La utilización de la información dejará siempre celosamente salvaguardados los derechos que todos los seres humanos tenemos de intimidad y conocimiento personal.

Muchas gracias.

- 1.- Cuando hago un balance de mi vida pasada creo que me han salido más cosas mal que bien.
- 2.- Podría contar con los dedos de la mano las veces en las que ha perdido mi serenidad.
- 3.- En el trabajo uno debe de confiar en si mismo y no en los demás.
- 4.- Nuestro sistema social es el culpable de que fracasen tantas y tantas personas.
- 5.- Generalmente cuando por necesidad tengo que elegir entre dos alternativas suelo tirar una moneda al aire en vez de considerar cual puede tener en un futuro mejores consecuencias.
- 6.- Cuando estoy con un grupo de amigos y se presenta el momento de ir a algún sitio, nunca doy opinion para elegir el lugar, pues esto siempre depende de lo que digan los demás.
- 7.- Los fallos que tengo cuando estoy realizando una tarea se deben siempre a causas ajenas a mi.
- 8.- Cuando alguna vez he perdido a algún amigo pienso que ha sido por las circunstancias que han actuado en contra de esa amistad.
- 9.- Cuando en alguna ocasión se me ha premiado o castigado ha sido porque me lo merecía.
- 10.- Cuando voy a hacer algún examen no soy de los que piensan que la mala o la buena suerte me vayan a perjudicar o a ayudar.
- 11.- Hay días que parece que me haya levantado con el pie izquierdo, pues haga lo que haga todo me sale mal.
- 12.- Cuando he realizado una actividad en grupo y esta ha fracasado, normalmente ha sido por culpa de los demás que no se han esforzado lo suficiente.
- 13.- Cuando me propongo hacer algo, lo hago por encima de todo, pese a quien pese y caiga quien caiga.
- 14.- No suelo ser de las personas que a la primera de cambio se dejan vencer por las circunstancias cuando estas no son favorables.
- 15.- Me considero una persona de suerte, hasta tal punto, que muchas de las cosas que he conseguido en esta vida se las debo a ella.

16.- Cuando un compañero ha realizado mal una tarea pienso que los "hados" se han cebado en él dándole mala suerte.

17.- Pienso que si las cosas empiezan a salirme bien por la mañana va a ser un buen día haga lo que haga.

18.- A menudo me doy cuenta de que a pesar de mis mejores esfuerzos algunos resultados parece que suceden como si el destino los hubiese planeado de ese manera.

19.- Cuando mi familia me dice que algo no lo he hecho bien es más por la costumbre de quejarse que porque exista alguna razón para hacerlo.

20.- Cuando en mis relaciones con los demás surge algún problema dejo las cosas a su aire, pues intente lo que intente, las cosas casi siempre me salen al revés.

21.- Cuando discuto con alguien, no discuto porque yo quiera sino porque el otro es, normalmente, exaltado.

22.- YO, por mi mismo, no discutiría con nadie.

23.- Hago planes y me ilusiono con ello, pese a que sí o no se convierte en realidad, depende de la suerte.

24.- El clima que haga es un factor que influye para realizar bien o no el trabajo de cada día.

25.- No vale la pena gastar energías en conseguir algo que uno quiera. Si se tiene que conseguir, se conseguirá y si no, no.

26.- Por lo que a mi se refiere, la falta de puntualidad se debe a circunstancias ajenas a mi voluntad.

27.- Soy una persona que siempre se siente culpable de todo.

28.- A veces he tenido la sensación de que hago cosas que no quiero hacer sin que nadie me haya obligado.

29.- Cuando empiezo un trabajo y no lo termino es porque yo quiero. No por otras razones.

30.- Cuando se me presenta un problema por pequeño que les parezca a los demás, a mí siempre me parece una montaña. Y haga lo que haga creo que no podré superarlo.

31.- A menudo tengo la impresión que hago las cosas no por mí mismo, sino por las personas que se encuentran más cercanas a mí.

32.- Cuando estoy presente en la discusión de unos amigos, generalmente no intervengo; no por miedo a ser indiscreto, si-no porque diga lo que diga no me van a hacer casa.

33.- lo que a menudo cuenta para obtener algún trabajo no es lo que uno sabe, sino a quien conoce.

34.- Cuando le estoy explicando algo a alguien y no lo entiende, es por su culpa, puesto que no me presta la atención suficiente.

35.- Cuando me presentan a una persona y me doy cuenta de que no le soy simpática, pienso que no puedo hacer nada para remediar esta situación.

36.- Ante una situación difícil pienso que no voy a poderla resolver por mí misma.

37.- Si tengo que hacer algo que no posee importancia tanto me da lo que resulte de mi acción.

38.- Si algo le va mal a un amigo mío se como analizar el problema para encontrar soluciones, pero si el problema lo tengo yo no acabo de verlo claro casi nunca.

39.- Haga lo que haga las cosas que tienen que pasar pasarán

40.- Antes de tomar decisiones sobre asuntos importantes pienso detenidamente cuáles van a ser las consecuencias.

41.- Mi vida se rige normalmente por aquello de que hay que vivir el hoy porque el mañana no existe.

42.- Las desgracias y los éxitos que he tenido a la largo de toda mi vida son el resultado directo de mis propias acciones.

43.- Me gusta trabajar independientemente, así los éxitos o los fracasos se deben siempre a mí.

44 - Cuando me he comprometido a realizar un trabajo que me interesa y no lo he cumplido no ha sido por mi culpa sino por la torpeza de los otros.

45.- En mis relaciones personales y en el trabajo soy muy exigente conmigo mismo.

46.- Soy más crítico conmigo mismo que con los demás.

47.- Cuando he obtenido una mala nota en un examen pienso que es porque no me esforcé en estudiar lo necesario.

48.- Si alguna vez he ganado practicando cualquier deporte pienso que es porque puse todo mi empeño en hacerlo.

49.- Cuando tengo que realizar por necesidad algún trabajo que no me gusta, el que este salga bien o mal depende de las circunstancias, no de mí.

50.- Cuando trato con los amigos temas que no me interesan especialmente suelo cambiar frecuentemente de ideas en función de sus opiniones.

51.- Cuando no hago lo que me gusta hacer, no es por mi culpa, sino por los demás.

52.- El camino más seguro para lograr éxito profesional pasa por trabajar duro y tener ideas claras acerca de lo que uno quiere hacer.

53.- Me siento más seguro de mí mismo, cuando alguna persona versada en un tema que a mí me interesa, confirma las opiniones que tengo al respecto.

54.- Cuando miro a mi alrededor y veo el éxito social que poseen algunas personas pienso que hay quien "nace con estrella" y otros "nacieron estrellados".

55.- Mi éxito en la vida depende del concepto que los demás tengan de mí.

56.- A la hora de enjuiciar los éxitos y fracasos de nuestra sociedad, no me preocupa en absoluto el papel que ciertas sectores sociales y grupos de presión juegan en el panorama nacional.

57.- No suelo gastar bromas porque no me siento seguro de que vayan a tener gracia para los demás.

58.- Las situaciones que implican un riesgo me gustan porque ponen a prueba el dominio de mí mismo.

59.- Yo tendría mucho éxito si me ofreciesen la oportunidad para ello.

60.- Cuando he puesto toda mi buena voluntad en hacer algún trabajo y, han empezado a surgir impedimentos, rápidamente lo he desechado.

61.- Las personas me caen bien o mal a primera vista, sin saber por qué. Y me cuesta cambiar esta impresión.

62.- Cuando juego a cartas, dados, etc. con mis amigos pienso que el ganar o perder depende más de mi habilidad que de mi suerte.

63.- Si todos nosotros tuviésemos una mayor participación política creo que se resolverían muchos problemas.

64.- Cuando hablo con mis padres sobre mis problemas, suelo llevarles la corriente, pues, diga la que diga, es prácticamente imposible cambiar su mentalidad sobre determinados asuntos.

65.- Hacer con los amigos planes para realizar algún viaje e ilusionarse con ellos no es rentable puesto que, en cualquier caso, el que se haga o no se haga el viaje depende de la decisión de los demás y no de la mía.

66.- Cuando algo me sale mal me desmoralizo fácilmente porque me han salido muchas cosas mal antes.

67.- Aprobar los exámenes es una cuestión de suerte en su mayor parte.

68.- Mirando hacia atrás, tengo la impresión que los problemas emocionales que he tenido no los he buscado yo, sino que me han sido dados.

69.- Cuando consigo cualquier cosa que me he propuesto, olvido rápidamente los esfuerzos que he empleado en conseguirla y pienso que lo que he tenido es mucha suerte por haberlo logrado.

70.- Si algo se me mete "entre ceja y ceja" lo hago con toda seguridad, al margen de las consecuencias que tenga.

71.- Cuando mantengo una discusión sea del tipo que sea no pierdo el control.

72.- Cuando hago algo, se qué efectos van a producirse en la mayoría de las ocasiones.

73.- Nadie sino yo mismo puedo juzgar lo que me pasa.

74.- Veo con cierta claridad las consecuencias inmediatas de mis actos. Lo que pase en un futuro más lejano me importa poco.

75.-La mayoría de los problemas que tenemos se resuelven por sí mismos, si nos damos tiempo para ello.

76. Realizo las acciones por las acciones mismas y no me importan las consecuencias.

77.- Si con decir sí o no se arreglasen las cosas, desaparecerían muchas problemas. Desgraciadamnte, aparte de tomar la decisión y decirla, hay que realizar muchas acciones, con lo cual no se resuelven muchos de los problemas, que tenemos.

78.- La burocracia impide que seamos dueños de muchas de nuestros propios actos.

79.- Me parece que las personas que me rodean, mandan que yo haga muchas cosas, de modo implícito, larvado y sin exponer con claridad.

80.- A veces me parece que hago cosas porque sí, sin que pueda volverme atrás una vez he comenzado a hacerlas.

81.- En mi vida personal me fío de mí mismo. Y de nadie más.

82.- Cuando una persona tiene muchos amigos es porque los demás se fijan en él.

83.- He pasado por épocas en las que he tenido éxito y otras en las que me he sentido muy solo. Pensándolo bien me parece que no he hecho nada para ello.

84.- Tengo un sentido del humor tan especial que a los demás no les hace ninguna gracia.

85.- Tan solo en mi ironía con los demás me lo paso bien, a pesar de que los hiera.

86.- No me gusta zaherir a los demás, pero es algo que no puedo controlar.

87.- Suelo provocar malos entendidos pero no me atrevo a aclarar la situación.

**f. CUESTIONARIO DE RIGIDEZ
DEPURADO.**

ESCALA NUEVA DE RIGIDEZ: ***SOBREVALORACION
EXTREMA DEL RENDIMIENTO ASOCIADO A ORDEN Y
PLANIFICACION RIGIDA.***

7.- El mundo es de los capaces, de los que valen.

13.- Quién tiene un buen concepto de sí mismo goza de un buen concepto ante los demás, tiene éxito en la vida.

16.- Mi deseo de rendir mucho es más fuerte que en los demás.

20.- Me gusta que en las fotos, cuadros y escaparates esté todo ordenado simétricamente.

53.-Un viaje de vacaciones debería planearse siempre hasta en sus detalles más insignificantes.

55.- Uno tiene que luchar por permanecer arriba en un mundo que consta únicamente de débiles y fuertes.

7. CUESTIONARIOS DE MOTIVACION,
ESTADO DE ANIMO, ANSIEDAD Y TEMOR.

- a. CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN Y
ANSIEDAD DE EJECUCIÓN (MAE) .

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Universidad de Valencia	CUESTIONARIO MAE
---	---------------------------------------

Primer apellido Segundo apellido
Nombre Edad Sexo
Fecha

INSTRUCCIONES

Esta prueba consiste en una serie de frases que se refieren a usted mismo y a su modo de pensar.

Para cada frase existen dos alternativas. Si está de acuerdo con la afirmación señale, por favor, SI. En caso de no estar de acuerdo con la frase señale, por favor, NO.

La razón de esta prueba es que usted nos ayude a conocerle mejor con el fin de poder ayudarle más.

Sea sincero en las respuestas.

Se deje ninguna cuestión sin contestar.

Espero a que se dé la señal para empezar.

1. Si tengo algunos fallos seguidos mi estado de ánimo se va a pique.
2. Las tareas demasiado difíciles las hecho de lado con gusto.
3. Frecuentemente empiezo cosas que después no termino.
4. Muchas veces dejo de lado mis planes por que me falta la suficiente confianza en mí mismo como para ponerlos en práctica.
5. Yo podría rendir más si no se me exigiese tanto.
6. Cuando no cumplo perfectamente con mis deberes la crítica de los demás me produce una gran ansiedad.
7. Estoy contento cuando hago trabajos difíciles por el mero hecho de hacerlos, aunque no obtenga por ello gratificación especial alguna.
8. Una vida sin trabajar sería maravillosa.
9. El trabajo es para mí un asunto especialmente importante.
10. Antes de dar comienzo a una tarea difícil creo, muy frecuentemente, que irá mal.
11. Yo hago, como máximo, lo que se pide; y no más.
12. Ya cuando iba a la escuela me propuse llegar muy lejos.
13. Estaría también contento si no tuviese que trabajar.
14. En el trabajo que he hecho siempre he tenido ambiciosas pretensiones.
15. Normalmente trabajo más duro que mis compañeros.
16. El trabajo duro y el disfrutar de la vida hacen buena pareja.
17. Yo me haría cargo de un puesto de responsabilidad aún cuando no estuviera pagado como debiera.
18. Frecuentemente tomo a la vez demasiado trabajo.
19. Cuando hago algo, lo hago del mismo modo como si estuviera en juego mi propio prestigio.
20. El estar nervioso me aguijonea para rendir más.
21. Siento ansiedad cuando espero un mal resultado de una prueba o gestión que he realizado.
22. Logro más cosas gracias a mi aplicación que a mi talento.

23. Aprendo más del modo de vivir de los hombres que de mi propia experiencia.
24. Me siento inquieto si estoy algunos días sin trabajar.
25. Después de hacer una prueba o tomar una resolución sobre un asunto importante, estoy en tensión hasta que conozco los resultados
26. Mi rendimiento mejora si espero alguna recompensa especial por él.
27. Sentimientos ligeros de ansiedad aceleran mi pensamiento.
28. Interrumpo con gusto mi trabajo si se presenta oportunidad para ello.
29. Una de mis principales dificultades es la ansiedad que siento ante una situación difícil.
30. A mayor responsabilidad de la tarea a realizar yo exigiría una mayor recompensa.
31. Lo más difícil, para mí, es siempre el comienzo de un nuevo trabajo.
32. Cuando trabajo en colaboración con otros, frecuentemente rindo más que ellos.
33. Pienso para mí que en este mundo hay que trabajar mucho y divertirse más si ello es posible.
34. Creo que soy bastante ambicioso.
35. Nada puede distraerme cuando empiezo a hacer un trabajo.
36. Alguna vez me hago cargo de tanto trabajo que no tengo tiempo ni para dormir.
37. Los fracasos me afectan mucho.
38. Alguna vez dejo de lado gustosamente el trabajo para divertirme.
39. Tiendo a superarme cada vez más a mi mismo.
40. No sé por qué, pero la verdad es que trabajo más que los demás.
41. He sido considerado siempre como muy ambicioso.
42. En las ocasiones importantes estoy casi siempre nervioso.
43. Un sentimiento de tensión antes de una prueba o de una situación difícil me ayuda a lograr una preparación mejor.
44. En las situaciones difíciles llega a apoderarse de mí una sensación de pánico.

45. No me puedo concentrar cuando trabajo contra-reloj.
46. En las situaciones difíciles siento tal ansiedad que me da casi lo mismo el resultado final.
47. Hago lo posible por rehuir los trabajos muy difíciles, si puedo, porque de estos fracasos me cuesta mucho salir.
48. Si estoy un poco nervioso aumenta mi capacidad para reaccionar ante cualquier circunstancia.
49. Con tal de hacer algo soy capaz de trabajar, aunque el pago que se dé a mi trabajo sea, a todas luces, insuficiente.
50. Mis amigos dicen alguna vez que soy un vago.
61. Prefiero llevar muchas cosas a la vez aunque no las termine todas.
- 52- Los demás encuentran que yo trabajo demasiado.
53. Aunque no sé muy bien la razón; lo cierto es que ando más ocupado que mis compañeros.
54. El trabajo duro y continuado me ha llevado siempre al éxito.
55. Puedo trabajar mucho sin fatigarme.
56. En una situación difícil mi memoria se encuentra fuertemente bloqueada.
57. Si estoy en un aprieto trabajo mejor de lo que lo hago normalmente.
68. En principio trabajo con más ganas si tengo mucho trabajo.
59. Prefiero hacer trabajos que llevan consigo cierta dificultad a hacer trabajos fáciles.
60. El trabajo ocupa demasiado tiempo en mi vida.
61. Mi propia falta de voluntad se demuestra al comparar mi éxito con el de los demás.
62. Normalmente alcanzo mejores resultados en situaciones críticas.
63. Trabajo únicamente para ganarme la vida.
64. Me importa muy poco el que los demás trabajen más duro que yo.
65. Cuanto más difícil se torna una tarea tanto más me animo a hacerme con ella.
66. Sinceramente encuentro que en la actualidad los hombres trabajan demasiado.
67. Se tiene que trabajar, pero de ningún modo más de lo necesario o lo debido (hacer horas extras, por ejemplo).

68. Yo me calificaría a mi mismo como vago.

69. Muchas veces los demás exigen demasiado de mí mismo.

70. En cuanto entra en la sala en donde se va a hacer una prueba (o de una situación comprometida) me siento nervioso. Cuando comienzo a realizar la prueba o comienza la situación, desaparece mi nerviosismo.

71. El triunfo de los otros me estimula.

72. Las situaciones difíciles, más que paralizarme, me estimulan.

**b. CUESTIONARIO DE EXTREMA
MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN
(EML) .**

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Universidad de Valencia	CUESTIONARIO EML-1
---	-------------------------------------

INSTRUCCIONES

La siguiente lista de afirmaciones se refieren a su modo de comportarse en la vida diaria.

No importan las causas o razones que lo provoque. Todas las respuestas son igualmente correctas.

El fin que persigue la prueba es estrictamente científico. Sea sincero, por favor.

Espere a las instrucciones que se le darán. No pase la hoja antes de que se le indique.

Gracias por su colaboración.

1.-Si tuviese que hacer en colaboración con otros algo extraordinario me dejaría para mí mismo la parte más dura y enconada.

2.-Llevo a cabo como propia obligación hasta los trabajos aparentemente más absurdos.

3.-Si algo se me pone "entre ceja y ceja" lo logro con toda seguridad.

4.-Debería ser un honor para muchos el trabajar en colaboración conmigo.

5.-No me sienta bien el que los demás tengan más éxito que yo.

6.-Podría hacer cosas tan extraordinarias que la Humanidad me recordaría.

7.-Por lo general, en las discusiones violentas sobre asuntos importantes soy yo quien lleva la voz cantante.

8.-Soy mucho más crítico conmigo mismo que con los demás.

9.-Sería una suerte para muchos el ser tan inteligentes como yo.

10.-Si tuviese ocasión haría cosas verdaderamente importantes para la Humanidad.

11.-Mi cabeza funciona tan exactamente como una máquina de calcular.

12.-Incluso cuando una vez no se admiten mis puntos de vista desde el principio, más tarde estos mismos puntos de vista se presentan como las únicas alternativas posibles.

13.-Mucha gente cree que estoy capacitado para hacer cosas extraordinarias.

14.-Aún cuando se esfuercen mucho los demás, siempre les faltará aquello que a mí me da el éxito.

15.-Siempre me exijo el mejor rendimiento de mí mismo.

16.-Una de mis mayores virtudes es mi voluntad de hierro.

17.-Trabajo significa para mí siempre esforzarme al máximo.

18.-Tengo tal cantidad de posibilidades que el mero éxito profesional no me puede satisfacer plenamente.

19.-Será muy difícil encontrar un colaborador tan bueno como yo.

20.-Nada puede impedir mi éxito profesional.

21.-Las cosas que hago son indispensables para el progreso social.

22.-Me parece normal que a causa de mis cualidades se me cuente entre los mejores.

23.-Me propongo para mí mismo las más ambiciosas pretensiones.

24.-Los trabajos más duros están hechos exactamente a mi medida.

25.-Las "cortas miras" de los demás me resultan totalmente incomprensibles.

- 26.-Nadie puede resistir mis brillantes ideas.
- 27.-Los otros encuentran difícil seguir mi ritmo de trabajo.
- 28.-Trabajo mal hecho me saca de quicio.
- 29.-Creo que podría hacer más cosas de las que hacen la mayoría de los políticos, si estuviese en su lugar.
- 30.-De seguro que rindo más que mucha gente que ocupa cargos importantes.
- 31.-Llevo a cabo los trabajos más difíciles con suma facilidad.
- 32.-El poseer una profunda conciencia del deber tiene para mí un gran valor.
- 33.-Gozo de la consideración de los demás, no solamente porque tengo ideas mejores sino porque también puedo rendir mucho más que ellos, si es necesario.
- 34.-Únicamente yo mismo puedo juzgar correctamente mi propio rendimiento.
- 35.-Si algo no sale bien, frecuentemente no es mi culpa, sino por la torpeza de otros.
- 36.-La experiencia más importante y vital para mí es mi propio trabajo.
- 37.-Yo rendiría al máximo si se me ofreciese la oportunidad.

38.-No existe fallo alguno en mi trabajo porque puedo reconocer y resolver inmediatamente cualquier dificultad que se presente.

39.-Gracias a mi gran competencia ha superado con mucho a los demás en el trabajo.

**c. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE
BECK.**

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Nombre Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la *ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY*. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

- 1 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
 1 Me siento desanimado de cara al futuro. •
 2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3 0 No me siento como un fracasado.
 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
 3 Soy un fracaso total como persona.
- 4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
- 5 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 3 Me siento culpable constantemente.
- 6 0 No creo que esté siendo castigado.
 1 Siento que quizá esté siendo castigado.
 2 Espero ser castigado.
 3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7 0 No estoy descontento de mí mismo.
 1 Estoy descontento de mí mismo.
 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
 3 Me detesto.

- | | |
|----|---|
| 8 | 0 No me considero peor que cualquier otro |
| | 1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores. |
| | 2 Continuamente me culpo por mis faltas. |
| | 3 Me culpo por todo lo malo que sucede. |
| 9 | 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. |
| | 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré. |
| | 2 Desearía poner fin a mi vida. |
| | 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad. |
| 10 | 0 No lloro más de lo normal. |
| | 1 Ahora lloro más que antes. |
| | 2 Lloro continuamente. |
| | 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga. |
| 11 | 0 No estoy especialmente irritado. |
| | 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes. |
| | 2 Me siento irritado continuamente. |
| | 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban. |
| 12 | 0 No he perdido el interés por los demás. |
| | 1 Estoy menos interesado en los demás que antes. |
| | 2 He perdido gran parte del interés por los demás. |
| | 3 He perdido todo interés por los demás. |
| 13 | 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes. |
| | 1 Evito tomar decisiones más que antes. |
| | 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. |
| | 3 Me es imposible tomar decisiones. |
| 14 | 0 No creo tener peor aspecto que antes. |
| | 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo. |
| | 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo. |
| | 3 Creo que tengo un aspecto horrible. |
| 15 | 0 Trabajo igual que antes. |
| | 1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo. |
| | 2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo. |
| | 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea. |
| 16 | 0 Duermo tan bien como siempre. |
| | 1 No duermo tan bien como antes. |
| | 2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir. |
| | 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir. |
| 17 | 0 No me siento más cansado de lo normal. |
| | 1 Me canso más que antes. |
| | 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa. |
| | 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada. |

- 18 0 Mi apetito no ha disminuido.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.
- 19 0 No he perdido peso últimamente.
1 He perdido más de 2 kilos Estoy tratando intencionadamente.
2 He perdido más de 4 kgs. de perder peso comiendo menos.
3 He perdido más de 7 kgs. SíNo
- 20 0 No estoy preocupado por mi salud.
1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros.
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 21 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1 La relación sexual me atrae menos que antes.
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3 He perdido totalmente el interés sexual.

Se prohíbe la reproducción sin permiso escrito del autor.

Se pueden obtener copias o el permiso para utilizar esta escala en:
CENTER FOR COGNITIVE THERAPY, Room 602, 133 South Street,
Philadelphia, Pa. 19104.

Copyright © 1978 by Aaron T. Beck, M. D.

d. ESCALA DE DEPRESIÓN DEL
MINNESOTA MULTIPHASIC
PERSONALITY INVENTORY (MMPI-D)

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTOS
PSICOLOGICOS

ESCALA MMPI-D (DEPURADA)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario contiene una serie de frases. Lea cada una de ellas y decida si, aplicada a Vd. mismo, es verdadera_ o falsa.

En caso de que sea verdadera o casi siempre verdadera, marque una cruz sobre la letra V (X).

Sí es falsa o casi siempre falsa, marque una cruz sobre la letra F (X).

Recuerde qué debe dar su opinión acerca de Vd. Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio.

NOMBRE Y APELLIDOS:.....		
1.- En mi vida diaria hay muchas cosas que me resultan interesantes.....	V	F
2.- Actualmente tengo tanta capacidad de trabajo como antes.....	V	F
3.- Me cuesta bastante concentrarme en una tarea o trabajo.....	V	F
4.- He tenido periodos de días, semanas o meses en los que no podía preocuparme por las cosas, porque no tenía ánimos.....	V	F
5.- Mi sueño es irregular y desasosegado.....	V	F
6.- Mis razonamientos son ahora mejores que nunca.....	V	F
7.- Tengo tan buena salud física como la mayor parte de mis amigos.....	V	F
8.- Prefiero hacerme el desentendido con amigos del colegio o personas conocidas que no veo desde hace tiempo, a menos que ellos me hablen primero.....	V	F
9.- Soy una persona sociable y adaptable.....	V	F
10.- Me gustaría ser tan feliz como parecen ser los otros.....	V	F
11.- Decididamente no tengo confianza en mi mismo.....	V	F
12.- Normalmente siento que la vida vale la pena vivir-la.....	V	F
13.- No parece importarme lo que suceda.....	V	F
14.- Soy feliz la mayor parte del tiempo.....	V	F
15.- Me parece ser tan capaz y despierto como la mayor parte de los que me rodean.....	V	F
16.- A veces siento que verdaderamente soy un inútil...	V	F
17.- Durante los últimos años he estado sano casi siempre.....	V	F
18.- Lloro con facilidad.....	V	F
19.- Actualmente no comprendo lo que leo con la facilidad que tenía antes.....	V	F
20.- Nunca me he sentido mejor que ahora.....	V	F
21.- Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.....	V	F
22.- Disfruto con muy diferentes clases de juegos y diversiones.....	V	F
23.- Me preocupo muchísimo.....	V	F
24.- Me cuesta empezar a hacer cualquier cosa.....	V	F
25.- Sudor muy fácilmente incluso en días fríos.....	V	F
26.- A veces estoy lleno de energías.....	V	F
27.- De cuando en cuando me divierten las bromas o chistes sucios.....	V	F
28.- Trabajo bajo una tensión muy grande.....	V	F

e. ESCALA HOSPITALARIA DE
ANSIEDAD Y DEPRESION DE SNAITH
Y ZIGMOND (HADS) .

H.A.D.S.

NOMBREFECHA.....

ESTUDIOS

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber como se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a como se sintió usted durante la segunda pasada.

No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si trabaja deprecia sus respuesta se ajustaran mucho más a como se sintió la semana pasada.

1.- Me siento tenso o "molesto"

Todos los días
 Muchas veces
 A veces.
 Nunca

2.- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

Como siempre
 No lo bastante
 Sólo un poco
 Nada

3.- Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

Definitivamente y es muy fuerte . .
 Si, pero no es muy fuerte
 Un poco, pero no me preocupa . . .
 Nada

4.- Puedo reirme y ver el lado divertido de las cosas.

Al igual que siempre lo hice . . .
 No tanto ahora
 Casi nunca
 Nunca

5.- Tengo mi mente llena de preocupaciones.

La mayoría de las veces
 Con bastante frecuencia
 A veces, aunque no muy a menudo. .
 Sólo en ocasiones

6.- Me siento alegre.

Nunca
 No muy a menudo
 A veces
 Casi siempre.

7.- Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

Siempre
 Por lo general.
 No muy a menudo
 Nunca

8.- Me siento como si cada día estuviera más lento.

Por lo general en todo momento . .
 Muy a menudo
 A veces
 Nunca

9.- Tengo una sensación de miedo, como de "mariposas" en el estómago.

Nunca
 En ciertas ocasiones.
 Con bastante frecuencia
 Muy a menudo

10.- He perdido interes en mi aspecto fisico.

Totalmente
 No me preocupo tanto como debiera
 Podría tener un poco más de cuidado . .
 Me preocupo al igual que siempre

11.- Me siento inquieto, como si estuviera en movimiento.

Mucho
 Bastante
 No mucho
 Nada

12.- Me siento optimista respecto a las cosas que están por venir.

Igual que siempre
 Menos de lo que acostumbraba
 Mucho menos de lo que acostumbraba
 Nada

13.- Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

Muy frecuentemente
 Bastante a menudo
 No muy a menudo
 Nada

14.- Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo.
- Rara vez

f. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD
ESTADO-RASGO (STAI) .

N.º 124

STAI

A/E

PD = 30 + - =

A/R

PD = 21 + - =

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento incómodo	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

		0	1	2	3
21	Me siento bien	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3
34	No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3
40	Quando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

8. AUTOREGISTROS.

- a. ESCALA DE EXPECTATIVAS DE
CAMBIO HACIA LA TERAPIA (E-85) .**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS

ESCALA DE EXPECTATIVAS DE CAMBIO

NOMBRE: _____ No. _____

TERAPEUTA: _____ FECHA: _____

- ¿Cree Ud. que por métodos estrictamente psicológicos es posible solucionar problemas de conducta, afectivos, de relaciones interpersonales, etc. que puedan presentar las personas?.

Señale, por favor, en la escala siguiente el número que mejor refleje su opinión teniendo en cuenta que un número mayor indicará mayor confianza en los métodos psicológicos.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

- Indique en qué grado confía mejorar globalmente como consecuencia del tratamiento que va a recibir. Rodee, para ello, con un círculo el número que mejor se corresponda con su opinión:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

- Indique en qué grado confíamejorar , como consecuencia del tratamiento que va a recibir, en cada una de las conductas-objetivo. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

Conducta 1ª Conducta 4ª

Conducta 2ª Conducta 5ª

Conducta 3ª

**b. ESCALA DE TEMOR Y EVITACIÓN
(S1) .**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
 DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTOS
 PSICOLOGICOS

FORMA INVESTIG. NOMBRE SEMANA FECHA
 S 1 _____

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO: EVITACION Y MIEDO

CONDUCTAS-OBJETIVO:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ESCALA DE EVITACION

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nunca lo evito	Casi nunca lo evito			A veces lo evito		A menudo lo evito		Siempre lo evito

En qué medida evitaría usted cada una de las conductas-objetivo descritas anteriormente, debido al miedo o a otros sentimientos desagradables:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Total de los 4:

ESCALA DE TEMOR								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada de miedo	Intranquilidad		Bastante miedo		Mucho miedo		Miedo extremo	
Qué grado de temor experimenta ante cada una de las conductas								
objetivos de tratamiento enumerados anteriormente:								
1. _____		2. _____		3. _____		4. _____		
Total de los 4:								<input type="text"/>

**c. ESCALA DE TEMOR Y EVITACIÓN A
RELLENAR POR EL EVALUADOR
INDEPENDIENTE (A1) .**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
 DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTOS
 PSICOLOGICOS

FORMA INVESTIG. NOMBRE SEMANA FECHA
A1 _____

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO: EVITACION Y MIEDO (evaluador)

CONDUCTAS-OBJETIVO:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ESCALA DE EVITACION

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nunca lo evito Casi nunca lo evito A veces lo evito A menudo lo evito Siempre lo evito

En qué medida El paciente evita cada una de las conductas-objetivo descritas anteriormente, debido al miedo o a otros sentimientos desagradables:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Total de los 4:

ESCALA DE TEMOR								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada de miedo	Intranquilidad		Bastante miedo			Mucho miedo		Miedo extremo
Qué objetivos	grado de	de temor	experimenta	ante cada	una de	las	conductas	
		de tratamiento	enumerados	anteriormente:				
1. _____		2. _____		3. _____		4. _____		
							Total de los 4:	<input type="text"/>

d. ESCALA DE ADAPTACIÓN DE
ECHEBURÚA Y DE CORRAL (EA) .

6

ESCALA DE ADAPTACION

E. Echeburúa y P. de Corral

NOMBRE:Nº:TERAPEUTA:FECHA:

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

Trabajo

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo se ha visto afectado:

0 1 2 3 4 5
 ----------*-----*-----*-----*
 Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

Vida social

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0 1 2 3 4 5
 ----------*-----*-----*-----*
 Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

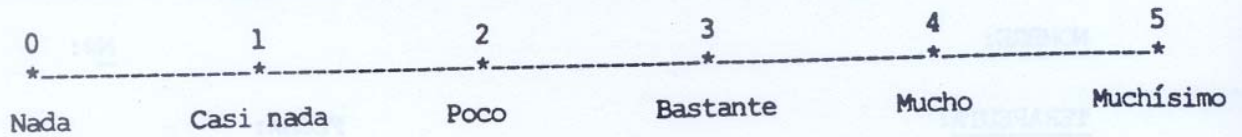
Tiempo libre

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva...) se han visto afectadas:

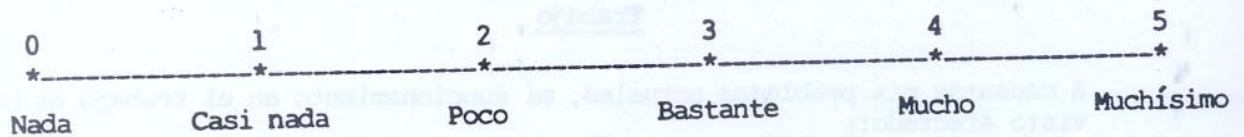
0 1 2 3 4 5
 ----------*-----*-----*-----*
 Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

Relación de pareja

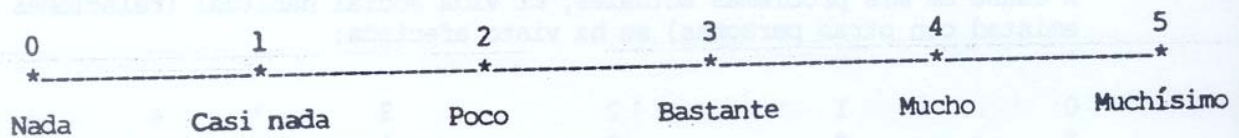
A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja se ha visto afectada:

Vida familiar

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

Escala global

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:



e. IMPRESIÓN GLOBAL (FORMA S6)

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION
Y TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS**

Universidad de Valencia

Forma: Investig: Nombre del paciente :Pt. N :Semana :Fecha

S6:

.....

1. Señale con una X el recuadro que mejor indica como se ha sentido Ud. desde su última visita:

MUCHISIMO MEJOR	BASTANTE MEJOR	UN POCO MEJOR	SIN UN CAMBIOS	UN POCO PEOR	BASTANTE PEOR	MUCHÍSIMO PEOR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

2. Señale con una X el recuadro que indica cómo se ha sentido usted desde que inició este tratamiento:

MUCHISIMO MEJOR	BASTANTE MEJOR	UN POCO MEJOR	SIN UN CAMBIOS	UN POCO PEOR	BASTANTE PEOR	MUCHÍSIMO PEOR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

**f. IMPRESIÓN GLOBAL (FORMA S5) A
RELLENAR POR EL EVALUADOR
INDEPENDIENTE.**

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION
Y TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS

Universidad de Valencia

1. Considerando su experiencia clínica global, cómo evaluaría Ud. en la siguiente escala el estado de este paciente concreto:

- NORMAL = 1
- LIGERAMENTE PERTURBADO = 2
- MODERADAMENTE PERTURBADO = 3
- BASTANTE PERTURBADO = 4
- SEVERAMENTE PERTURBADO = 5
- MUY GRAVEMENTE PERTURBADO = 6

2. Cómo cree Ud. que se encuentra en la actualidad el paciente si compara su estado actual frente al que existió en el momento en que se obtuvo la línea de base:

- MEJORADISIMO = 1
- BASTANTE MEJOR = 2
- UN POCO MEJOR = 3
- SIN CAMBIOS = 4
- UN POCO PEOR = 5
- BASTANTE PEOR = 6
- MUCHISIMO PEOR = 7

g. DIARIO DE AUTO EXPOSICIÓN.

DIARIO DE AUTOEXPOSICIÓN

Día	Fecha	Hora		La tarea de auto-exposición fue	Mi ansiedad durante la sesión fue: (0 calma absoluta; 10 pánico)			Comentarios: Se incluyen las tácticas de afrontamiento utilizadas	Nombre del coterapeuta cuando lo haya. Firma del coterapeuta certificada la realización de la tarea
		Comienzo	Final		Inicio sesión	Miudad sesión	Final sesión		
Lunes									
Martes									
Miércoles									
Jueves									
Viernes									
Sábado									
Domingo									

NIVEL DE ANSIEDAD (0-10):

- Antes de la sesión: ()
- Máximo en la sesión: ()
- Después de la sesión: ()

h. DIARIO DE AUTO RELAJACIÓN.

**i. HOJA DE RESPUESTAS DE LOS
CUESTIONARIOS DE PERSONALIDAD.**

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION
Y TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS
Universidad de Valencia

Primer apellido..... FECHA
Segundo apellido
Nombre.....

SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	:	26	:	51	:	76	:
2	:	27	:	52	:	77	:
3	:	28	:	53	:	78	:
4	:	29	:	54	:	79	:
5	:	30	:	55	:	80	:
6	:	31	:	56	:	81	:
7	:	32	:	57	:	82	:
8	:	33	:	58	:	83	:
9	:	34	:	59	:	84	:
10	:	35	:	60	:	85	:
11	:	36	:	61	:	86	:
12	:	37	:	62	:	87	:
13	:	38	:	63	:	88	:
14	:	39	:	64	:		:
15	:	40	:	65	:		:
16	:	41	:	66	:		:
17	:	42	:	67	:		:
18	:	43	:	68	:		:
19	:	44	:	69	:		:
20	:	45	:	70	:		:
21	:	46	:	71	:		:
22	:	47	:	72	:		:
23	:	48	:	73	:		:
24	:	49	:	74	:		:
25	:	50	:	75	:		:

ANEXO B**DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES****1ª SESIÓN**

1-Datos de vida:

- Entrevista clínica.
- Cuestionario Autobiográfico.

2-Inteligencia:

- Raven.

3-Personalidad:

- R3.
- Dogyant.

4-Motivación y ansiedad:

- STAI.
- EML-1.
- MAE (A1, A2).

5-Fobias:

- Cuestionario de miedos.
- Escala de evitación y temor. Objetivos de tratamiento:
 - .Auto evaluación (S1).
 - .Evaluador Independiente (A1).
- Diario de auto-exposición y exposición en imaginación.
- Diario de auto relajación.

-Registro de pensamientos de miedo / muerte. Estoy asustado...

-Cuestionario de Agorafobia de E. Echeburúa. (Si resulta indicado).

-Escala de Ansiedad social (si resulta indicado).

6-Estado de ánimo:

-Escala S3A2. Mide la frecuencia de pánico espontáneo y la ansiedad flotante:

.Auto evaluación.

.Evaluador Independiente.

-HADS.

-MMPI.

-Cuestionario de Depresión de Beck.

-Cuestionario de Depresión situacional.

-Cuestionario de apreciación de situaciones.

7-Ajuste social:

-Escala de Adaptación de E. Echeburúa y P. Del Corral:

.Auto evaluación.

.Evaluador Independiente.

8-Colaboración (adherencia al tratamiento).

-Hoja de consentimiento.

9-Impresión global

-Impresión global del paciente (S6).

-Impresión global del terapeuta (A5).

-Impresión global del evaluador independiente (S6).

10-Expectativas del paciente

-Escala de expectativas (S7).

TRATAMIENTOS

TRATAMIENTO	GRUPO	TAREA CASA
EXPOSICIÓN IN VIVO CON TERAPEUTA Sesión de exposición in vivo 90 minutos con terapeuta	-EVT -8 sesiones -1 vez por semana.	90 minutos de exposición "in vivo" de situaciones revisadas y pactadas con el terapeuta.
EXPOSICIÓN EN IMAGEN CON TERAPEUTA Sesión de exposición en imagen 90 minutos con terapeuta	-EIT -8 sesiones -1 vez por semana.	90 minutos de auto-exposición en imagen de escenas revisadas y pactadas con el terapeuta.
AUTOEXPOSICION CON COTERAPEUTA (si lo hay) Sesión de revisión y negociación de tareas. Dudas y motivación. 60 minutos.	-AUE -8 sesiones -1 vez por semana.	90 minutos de auto-exposición "in vivo" con coterapeuta de escenas revisadas y pactadas con el terapeuta.
AUTORRELAJACION Sesión de revisión de la relajación. Dudas y motivación. 60 minutos.	-AUR -8 sesiones -1 vez por semana.	90 minutos de auto-relajación mediante cinta de audio grabada.

-Los grupos EVT y EIT tienen una sesión normal además de los 90 minutos de exposición.

-Los seguimientos se llevarán a cabo en las semanas 14 y 26.

-Después de la semana 26, para los pacientes del grupo AUR no mejorados y que deseen tratamiento adicional se les asignará al grupo AUE.

-Los pacientes serán evaluados por un evaluador independiente antes de comenzar el tratamiento, al finalizar éste y en los dos seguimientos (semanas 0, 9, 14 y 26).

-Los pacientes, una vez diagnosticados, se asignarán al azar a una de las cuatro condiciones: EVT, EIT, AUE o AUR. (Mínimo 12 pacientes por grupo).

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

1ª SESIÓN DIAGNOSTICA

-Entrevista clínica y breve descripción del problema.

-Criterios DSM-III-R.

-Criterios ICD-10.

-Rastrear criterios de investigación:

.Tener al menos 12 meses la fobia.

.No padecer Alcoholismo, adicción a drogas, ni enfermedad orgánica severa.

.No presentar Depresión mayor, ni Psicosis.

.Edad entre 16 y 60 años.

.Puntuar 6 o más en la forma S1, escala de evitación y temor de los objetivos de tratamiento.

.Ver si está tomando medicación en la actualidad. En caso afirmativo, y si la persona acepta la eliminación de la misma, nos pondremos en contacto con su médico para proceder a la disminución progresiva de la medicación.

.Cumplir los criterios, según el DSM-III-R, para el diagnóstico de:

Trastorno por angustia con agorafobia.

Agorafobia sin historia de crisis de angustia.

Fobia Social.

Fobia simple.

.Aceptar ajustarse a las pautas programadas en la terapia.

.Firmar una hoja de consentimiento sobre la participación en la investigación una vez la persona había sido informada de la misma.

-Estoy asustado de sentirme nervioso.

-Pensamientos inminentes de miedo / muerte.

-S3A2: Pánico y ansiedad flotante.

-Escala de adaptación de E. Echeburúa.

-S7: expectativas.

-Raven.

-MMPI

-A5: impresión global del terapeuta.

Tareas para casa entre la 1ª y 2ª sesión:

-Autobiográfico.

-Cuestionario de miedos.

-Objetivos de tratamiento línea base*

-R-3

-Dogyant.

-HAD

-STAI

-Depresión situacional (forma A).

*Citar para la próxima semana.

*Asignación al azar de una condición de tratamiento

2ª SESION y 3ª (si la hubiera)

-Revisión del trabajo que trae.
-Cumplimentar datos y precisar datos del cuestionario autobiográfico u otros cuestionarios si fuere necesario:

.Estructuración de objetivos a conseguir con el tratamiento de forma específica (S1).

.Origen del miedo. Acontecimiento traumático.

-Cuestionario de Agorafobia o Escala de ansiedad social.

-Breve descripción del problema.

-Presentación de la técnica en los grupos de auto-exposición (AU), exposición con terapeuta (ET), exposición en imaginación (I). Para el grupo de exposición en imaginación, preparar escenas que engloben todo su problema. Gradación de los niveles de ansiedad de 0 a 10. Para exposición y auto-exposición dar el Manual de agorafobia y el del coterapeuta.

-Para el grupo de exposición en imaginación, realización de escenas neutras.

-Hoja de consentimiento.

-Presentación del evaluador independiente al paciente.

EVALUADOR INDEPENDIENTE

-Escala de evitación y temor forma A1. (Mismos objetivos que el paciente ha pactado con el terapeuta.

-A5: Impresión global del evaluador independiente. Sólo el punto 1.

-Escala de adaptación de E. Echeburúa.

SESIONES DE TRATAMIENTO: EVT- Exposición "in vivo" con terapeuta.

- Agenda: -Presentación de la técnica
 - Explicación de la técnica
 - Presentación del plan de terapia
 - Pase de registros
 - Asignación de tareas

- Procedimiento:

- Presentación de la técnica

- .Marco teórico: condicionamiento. Pequeños condicionamientos. Miedos no superados.

- .Mecanismo de las fobias: miedo-evitación.

- .Curva de ansiedad.

- .Expectativas de eficacia: *"Es Ud. una persona afortunada porque se le va a aplicar una técnica muy eficaz. Yo le ayudaré y apoyaré..."*

- .Hablar sobre la importancia de la colaboración y de la realización de las tareas.

- .Hacerles comprender la situación: *"Va a pasar miedo pero yo estaré allí, lo único que no debe hacer es huir... Hay tareas que no le van a gustar pero hay que hacerlas, por ejemplo, no a todos nos gusta coser..."*

- .Explicación de la técnica en sí: (Ej. de un agorafóbico)

- "Sabemos, por la experiencia, que una manera de deshacerse de su temor es permitirse afrontar las muchas situaciones que ha tendido Ud. a evitar, pero la confrontación debe efectuarse durante períodos*

prolongados: varios horas en lugar de unos cuantos minutos. Le ayudaremos a entrar en estas situaciones al principio, y a continuación nos iremos retirando gradualmente de las sesiones terapéuticas. Desde luego experimentará algo de ansiedad, sobre todo al principio. Puede incluso caer en el pánico y sentir que debe huir de la situación; pero la única cosa que no debe hacer es huir, porque esto solamente empeorará la fobia. Se dará cuenta de que, si se queda simplemente donde está, en la situación alarmante, el pánico desaparecerá por lo general en menos de 20 minutos, y a veces en un poco más de tiempo. Pero si puede Ud. persuadirse a sí mismo para quedarse en la situación, y la mayor parte de los pacientes pueden hacerlo, la siguiente vez que Ud. lo intente le será mucho más fácil".

"Se le pedirá que, entre las sesiones con nosotros haga ciertas tareas para casa. Le pediremos que establezca una serie de metas que sabe que tiene que alcanzar para superar su fobia... Le pediremos que anote sus metas y sus logros en un diario y que registre la puntuación de su ansiedad, de modo que podamos darnos cuenta de que ésta disminuye de un máximo de 10 a quizá 6 ó 5 en un par de pruebas. Traerá Ud. su diario a cada sesión, y lo emplearemos para planear la siguiente fase del tratamiento. Los miembros de su familia pueden ayudarle en las tareas para casa si Ud. lo desea, e incluso como coterapeutas".

"No se curará Ud. por completo. El temor tenderá a recurrir de vez en cuando, pero le enseñaremos estrategias de afrontamiento que le permitirán dejar de evitar las situaciones que le producen miedo".

Presentar el plan de terapia:

Debido a que este es un Servicio de Asistencia Gratuito, yo le puedo ofrecer un número de sesiones de terapia limitado, sobre 8 ó 10, ya que tenemos una lista de espera bastante dilatada.

Por esta razón, es importante aprovechar al máximo las sesiones y realizar las tareas.

Evaluación

Las sesiones serán semanales, a ser posible el mismo día de la semana, y deberán ser continuadas desde el principio hasta el final. Si ahora no es posible empezar por alguna cuestión podemos empezar más tarde, pero una vez iniciado el tratamiento, la secuencia de las sesiones será semanal desde el principio hasta el final.

Las sesiones tendrán una duración de 90 minutos de exposición más el tiempo necesario para pasar los registros semanales, comentar las tareas realizadas y los incidentes, reforzar si se han cumplido satisfactoriamente, motivar, negociar nuevas tareas... Se hablará también de las recaídas y de las estrategias de afrontamiento útiles para permanecer en la situación.

-Se plantea la posibilidad de grabar las sesiones.

-Hoja de consentimiento a recibir el tratamiento.

-Comentar dudas del manual de agorafobia.

Registros:

S1: Evitación y temor de los objetivos de tratamiento.

S3A2: Pánico y ansiedad flotante.

Depresión situacional (forma A).

Apreciación de situaciones relacionadas con la fobia (semana anterior)

S6: Impresión global del paciente.

A5: Impresión Global del terapeuta.

Terapia

-Se escoge un objetivo de tratamiento.

-Se plantean varias situaciones relacionadas y se evalúa el nivel original de ansiedad entre 1 y 10.

-Se realizan estas escenas en vivo, varias veces, evaluando cada vez el nivel de ansiedad que le produce. El terapeuta registra los niveles en función de la hoja de auto-exposición. Cuando ha disminuido bastante la ansiedad se pasa a otra escena relacionada con el mismo objetivo de tratamiento.

-La sesión de exposición es de 90 minutos. Se insiste en la importancia de que las sesiones eran largas.

-Se negocian con el paciente las tareas para casa. Estas estarán relacionadas con el objetivo tratado en la terapia. La exposición diaria tendrá una duración de 90 minutos.

-Explicación de como debe hacerse y registrar las tareas.

-Entregar hoja de auto-exposición.

- Asignación de tareas:

- Planificación de un objetivo de tratamiento en exposición.

SEGUNDA SESIÓN TERAPÉUTICA

- Agenda:-Pase de registros

- Revisión de tareas

- Exposición y comentar dudas.

- Asignación de tareas.

- Procedimiento:

Registros:

S1

S3A2

DS

S6

A5

AS

Se revisan las tareas realizadas durante la semana.

Se refuerza, si se han hecho, si no se han hecho se revisan las causas.

Posibles dudas dificultades.

Exposición:

Se empieza con la última situación trabajada en la sesión anterior. Se evalúa la ansiedad. Se refuerza...

Se puede continuar con otro objetivo o con el mismo esto ya depende de la evolución de la terapia.

Se realizan los 90 minutos de exposición.

- Asignación de tareas:

Se pactan tareas para realizar diariamente durante la semana (tiempo mínimo 90 minutos)

Se entregan hojas de auto-exposición.

SESIONES 3, 4, 5, 6, 7 Y 8.

- Agenda: -Pase de registros.

-Revisión de tareas de la semana.

-Refuerzo, motivación por realizar las tareas de exposición.

-Aclarar dudas, dificultades, comentarios.

-Asignación de tareas.

- Procedimiento:

Registros (Al principio de la sesión):

S1

S3A2

DS

S6

A5

AS

Revisión de tareas, mediante los registros que trae a la sesión. Comentarios de las dificultades encontradas, y si esto es así buscar pasos intermedios. Ir cubriendo objetivos de tratamiento. Si son cuatro objetivos (en algunas ocasiones son solo 2 ó 3), intentar cubrir un objetivo cada dos semanas. Desde luego en las semanas posteriores los objetivos iniciales se siguen trabajando.

Siempre se empieza con la última situación trabajada en la sesión anterior.

A partir de la 6ª sesión se va preparando al paciente para cuando finaliza la terapia; esto a su vez les sirve, en muchas ocasiones, de motor para intentar trabajar al máximo en la terapia mientras están guiados por un terapeuta.

- Asignación de tareas:

Se pactan las tareas a realizar en la próxima semana. Se recuerda que el tiempo mínimo de exposición son 90 minutos.

Dar hojas de auto-exposición.

Si no ha cumplido los objetivos se le dice que se espera que con el tiempo se generalice.

Estas sesiones en la exposición "in vivo" con el terapeuta son iguales a la sesión segunda. La variación semana tras semana va a ser la situación a exponerse.

9ª SESION

En esta sesión se pasan de nuevo los siguientes instrumentos:

- R3.
- Dogyant.
- EML-1.
- MAE (A1, A2).
- Cuestionario de miedos.
- HAD
- MMPI-D.
- Cuestionario de Depresión de Beck.
- Cuestionario de Depresión situacional.
- Cuestionario de apreciación de situaciones (AS).
- Escala de evitación y temor. Objetivos de

tratamiento:

- .Auto evaluación (S1).
- .Evaluador Independiente (A1).
- Diario de auto-exposición y exposición en imaginación. (Entregar 5 hojas de registros hasta el próximo seguimiento).
- Diario de auto relajación.
- Registro de pensamientos de miedo / muerte. Estoy asustado...
- Cuestionario de Agorafobia de E. Echeburúa. (Si resulta indicado).
- Escala de Ansiedad social (si resulta indicado).
- Escala S3A2. Mide la frecuencia de pánico espontáneo y la ansiedad flotante:

.Auto evaluación.

-Escala de Adaptación de E. Echeburúa y P. Del Corral:

.Auto evaluación.

.Evaluador Independiente.

-Impresión global del paciente (S6).

-Impresión global del terapeuta (A5).

-Impresión global del evaluador independiente (S6).

EVALUADOR INDEPENDIENTE

-Escala de evitación y temor forma A1. (Mismos objetivos que el paciente ha pactado con el terapeuta).

-A5: Impresión global del evaluador independiente. Sólo el punto 1.

-Escala de adaptación de E. Echeburúa.

-S3A2.

*Quedar para recoger los cuestionarios que se lleva.

*Citarlo para el seguimiento al mes y medio (semana 14).

SESIONES DE TRATAMIENTO: EIT- Exposición en imagen con terapeuta.

- Agenda: -Presentación de la técnica
 - Explicación de la técnica
 - Presentación del plan de terapia
 - Pase de registros
 - Asignación de tareas

- Procedimiento:

-Presentación de la técnica

.Marco teórico: condicionamiento. Pequeños condicionamientos. Miedos no superados.

.Mecanismo de las fobias: miedo-evitación.

.Curva de ansiedad.

.Expectativas de eficacia: "Es Ud. una persona afortunada porque se le va a aplicar una técnica muy eficaz. Yo le ayudaré y apoyaré..."

.Hablar sobre la importancia de la colaboración y de la realización de las tareas.

.Hacerles comprender la situación: "Va a pasar miedo pero yo estaré allí, lo único que no debe hacer es huir... Hay tareas que no le van a gustar pero hay que hacerlas, por ejemplo, no a todos nos gusta coser..."

.Explicación de la técnica en sí: (Ej. de un agorafóbico)

.Explicar el principio de exposición (Igual que en EVT). "En este método, al igual..... A esto se le llama EXPOSICION".

La terapia consistirá en imaginarse la situación objeto temido. Al principio le resultará un poco difícil, pero luego no lo será tanto. Para poder imaginárselo, yo le iré describiendo las situaciones

con todo detalle para lograr que la ansiedad aumente. Ud. permanecerá así hasta que note que ya no asciende más. La única cosa que no debe hacer es huir o evitar la situación. Después de la descripción yo le pediré el nivel de ansiedad.

Después empezará UD. a describir la situación con todo detalle y me indicará el nivel de ansiedad que le produce. Luego empezaré a describir yo...

Entre sesiones, se le pedirá que realice una serie de tareas en imaginación que son tan importantes como las que hacemos aquí. --> Acceder por anticipado a hacerlas.

Presentar el plan de terapia:

Debido a que este es un Servicio de Asistencia Gratuito, yo le puedo ofrecer un número de sesiones de terapia limitado, sobre 8 ó 10, ya que tenemos una lista de espera bastante dilatada.

Por esta razón, es importante aprovechar al máximo las sesiones y realizar las tareas.

Evaluación

Las sesiones serán semanales, a ser posible el mismo día de la semana, y deberán ser continuadas desde el principio hasta el final. Si ahora no es posible empezar por alguna cuestión podemos empezar más tarde, pero una vez iniciado el tratamiento, la secuencia de las sesiones será semanal desde el principio hasta el final.

Las sesiones tendrán una duración de 90 minutos de exposición en imaginación más el tiempo necesario para pasar los registros semanales, comentar las tareas

realizadas y los incidentes, reforzar si se han cumplido satisfactoriamente, motivar, negociar nuevas tareas...

Se hablará también de las recaídas y de las estrategias de afrontamiento útiles para permanecer en la situación.

-Se plantea la posibilidad de gravar las sesiones.

-Hoja de consentimiento a recibir el tratamiento.

-Comentar dudas del manual de agorafobia.

Registros:

S1: Evitación y temor de los objetivos de tratamiento.

S3A2: Pánico y ansiedad flotante.

Depresión situacional (forma A).

Apreciación de situaciones relacionadas con la fobia (semana anterior)

S6: Impresión global del paciente.

A5: Impresión Global del terapeuta.

Terapia

-Establecer áreas problemáticas. Para obtener información se rastrea:

Contenido: -Con quién, donde, como, características y detalles, qué pasa antes-después- durante; circunstancias que lo agravan; circunstancias que lo suavizan; tipo de sensaciones; tipo de pensamientos; sintomatología física.

-Se realiza unos ejercicios de imaginación con escenas neutras para evaluar la facilidad-dificultad de la persona para imaginar. 20 minutos.

-Una vez redactadas las escenas por el terapeuta, se le pregunta el nivel de ansiedad original (0-10).

-Se pregunta: ¿Estás seguro de que estas escenas engloban tu problema?

-Se empieza con una escena evaluada con un nivel de ansiedad medio.

-Se sigue pasando la escena (descripción-auto descripción...) hasta que descienda el nivel de ansiedad. Una vez ocurre esto, se pasa a otra escena relacionada con la misma o distinta área problemática.

-Anotar hora de inicio y final de la sesión, así como los tiempos en que empieza a relatar el terapeuta y el paciente y la hora en la que se da el nivel de ansiedad.

Ej.: Describe terapeuta: hora:

Nivel de A. hora:

Auto descripción. Hora:

Nivel de A. hora:

-Ver si los pacientes se concentran más o igual cuando comenta el terapeuta cuando comenta ellos y hacerlo como mejor les vaya.

-Ejemplo de sesión:

-El terapeuta describe la escena. Anota la hora. Comienza a describir con todo tipo de detalles. Le indica: "Utiliza todo el tiempo que necesites para captar la escena, y cuando la tengas me indicas el nivel de ansiedad entre 1 y 10".

-El paciente indica el nivel de ansiedad. Se anota junto a la hora.

-Ahora describe el paciente. Se anota la hora. Comienza a describir indica el nivel de ansiedad, se anota junto a la hora. (Si surgen detalles nuevos en la auto descripción se anotan para próximas escenas).

-Describe el terapeuta.....

-Si la ansiedad permanece en 10 o 9 durante mucho tiempo, se le pide el nivel de ansiedad que siente

en distintas partes del cuerpo (cabeza, piernas, brazo, frente...). Cuando no baja la ansiedad, se puede utilizar algún elemento de intención paradójica: "Imagine lo peor que podría ocurrirle en esa situación" (Marks).

-No permitir que el paciente se escape de la escena. Se ha de llegar al final de la escena para no sensibilizar al paciente. "Intenta llevar el miedo a niveles máximos..."

-Avisar previamente de que es necesario de que las sesiones sean largas, de que se necesita mucho tiempo.

-En la misma sesión se puede cambiar de escena y de área, lo que se ha de conseguir es que el paciente no se vaya alterado a casa.

-Una escena superada se puede utilizar como motivadora "Ud puede ser escéptico, pero creo que lo está haciendo muy bien".

-Se debe tener preparadas 1 ó 2 escenas más, para ir sobrados en la sesión.

-La primera sesión acabará pasándole el instrumento de apreciación de situaciones.

- Asignación de tareas:

- Se pactan las escenas a imaginar, diariamente, durante 90 minutos cada día de la semana (relacionadas con o superadas en terapia).

- Entregar diario de autoexposición.

- Citar para la próxima sesión.

SESIONES 2, 3, 4, 5, 6, 7 Y 8

- Agenda: -Pase de registros

- Revisión de tareas

- Exposición en imagen y comentar dudas.
- Asignación de tareas.

- Procedimiento:

- Registros:

- S1

- S3A2

- DS

- S6

- A5

- AS

Se revisan las tareas realizadas durante la semana.

Se refuerza, si se han hecho, si no se han hecho se revisan las causas.

Posibles dudas dificultades.

- Exposición en imagen:

- Se empieza con una escena control, ya trabajada en la sesión anterior. Se evalúa la ansiedad. Se refuerza...

- Se empiezan a trabajar otras escenas. Duración 90 minutos.

- Finalizar obteniendo de la apersona un registro de un nivel de ansiedad bajo (menor de 4).

- Semana 6^a: preparar el final de la terapia.

- Asignación de tareas:

- Se pactan escena para realizar diariamente durante la semana (tiempo mínimo 90 minutos)

- Se entregan hojas de auto-exposición.

- Citar para la siguiente sesión.

SESION 9

- Ídem que en EVT.
- Retest.
- Evaluador independiente.
- Cita semana 14 ---> primer seguimiento.

SESIONES DE TRATAMIENTO DE AUE: Auto-exposición con coterapeuta.**1ª SESION TERAPEUTICA**

- Agenda:
 - Presentación de la técnica
 - Explicación de la técnica
 - Presentación del plan de terapia
 - Pase de registros
 - Asignación de tareas
- Procedimiento:
 - Presentación de la técnica
 - .Marco teórico: condicionamiento. Pequeños condicionamientos. Miedos no superados.
 - .Mecanismo de las fobias: miedo-evitación.
 - .Curva de ansiedad.
 - .Expectativas de eficacia: "Es Ud. una persona afortunada porque se le va a aplicar una técnica muy eficaz. Yo le ayudaré y apoyaré..."
 - .Hablar sobre la importancia de la colaboración y de la realización de las tareas.
 - .Hacerles comprender la situación: "Va a pasar miedo pero yo estaré allí, lo único que no debe hacer es huir... Hay tareas que no le van a gustar pero hay que hacerlas, por ejemplo, no a todos nos gusta coser..."
 - .Se solicita una persona adecuada para ayudar en la realización diaria del programa.

.Explicación de la técnica en sí: (Ej. de un agorafóbico)

"Sabemos, por la experiencia, que una manera de deshacerse de su temor es permitirse afrontar las muchas situaciones que ha tendido Ud. a evitar, pero la confrontación debe efectuarse durante períodos prolongados: varias horas en lugar de unos cuantos minutos. Le ayudaremos a entrar en estas situaciones al principio, y a continuación nos iremos retirando gradualmente de las sesiones terapéuticas. "Desde luego experimentará algo de ansiedad, sobre todo al principio. Puede incluso caer en el pánico y sentir que debe huir de la situación; pero la única cosa que no debe hacer es huir, porque esto solamente empeorará la fobia. Se dará cuenta de que, si se queda simplemente donde está, en la situación alarmante, el pánico desaparecerá por lo general en menos de 20 minutos, y a veces en un poco más de tiempo. Pero si puede Ud. persuadirse a sí mismo para quedarse en la situación, y la mayor parte de los pacientes pueden hacerlo, la siguiente vez que Ud. lo intente le será mucho más fácil.

Se le pedirá que, entre las sesiones con nosotros haga ciertas tareas para casa. Le pediremos que establezca una serie de metas que sabe que tiene que alcanzar para superar su fobia... Le pediremos que anote sus metas y sus logros en un diario y que registre la puntuación de su ansiedad, de modo que podamos darnos cuenta de que ésta disminuye de un máximo de 10 a quizá 6 ó 5 en un par de pruebas. Traerá Ud. su diario a cada sesión, y lo emplearemos para planear la siguiente fase del tratamiento. Los miembros de su familia pueden ayudarle en las tareas para casa si Ud. lo desea, e incluso como coterapeutas.

No se curará Ud. por completo. El temor tenderá a recurrir de vez en cuando, pro le enseñaremos estrategias de afrontamiento que le permitirán dejar de evitar las situaciones que le producen miedo".

Presentar el plan de terapia:

Debido a que este es un Servicio de Asistencia Gratuito, yo le puedo ofrecer un número de sesiones de terapia limitado, sobre 8 ó 10, ya que tenemos una lista de espera bastante dilatada.

Por esta razón, es importante aprovechar al máximo las sesiones y realizar las tareas.

Evaluación

Las sesiones serán semanales, a ser posible el mismo día de la semana, y deberán ser continuadas desde el principio hasta el final. Si ahora no es posible empezar por alguna cuestión podemos empezar más tarde, pero una vez iniciado el tratamiento, la secuencia de las sesiones será semanal desde el principio hasta el final.

Las sesiones tendrán una duración de 90 minutos de exposición más el tiempo necesario para pasar los registros semanales, comentar las tareas realizadas y los incidentes, reforzar si se han cumplido satisfactoriamente, motivar, negociar nuevas tareas... Se hablará también de las recaídas y de las estrategias de afrontamiento útiles para permanecer en la situación.

-Se plantea la posibilidad de grabar las sesiones.

-Hoja de consentimiento a recibir el tratamiento.

-Comentar dudas del manual de agorafobia.

Registros:

S1: Evitación y temor de los objetivos de tratamiento.

S3A2: Pánico y ansiedad flotante.

Depresión situacional (forma A).

Apreciación de situaciones relacionadas con la fobia
(semana anterior)

S6: Impresión global del paciente.

A5: Impresión Global del terapeuta.

Terapia

-Se escoge un objetivo de tratamiento.

-Se plantean varias situaciones relacionadas y se evalúa el nivel original de ansiedad entre 1 y 10.

-Se realizan estas escenas en vivo, varias veces, evaluando cada vez el nivel de ansiedad que le produce. El terapeuta registra los niveles en función de la hoja de auto-exposición. Cuando ha disminuido bastante la ansiedad se pasa a otra escena relacionada con el mismo objetivo de tratamiento.

-La sesión de exposición es de 90 minutos. Se insiste en la importancia de que las sesiones eran largas.

-Se negocian con el paciente las tareas para casa. Estas estarán relacionadas con el objetivo tratado en la terapia. La exposición diaria tendrá una duración de 90 minutos.

-Explicación de como debe hacerse y registrar las tareas.

-Entregar hoja de auto-exposición.

- Asignación de tareas:

-Planificación de un objetivo de tratamiento en exposición.

SESIONES 2, 3, 4, 5, 6,7 y 8

- Agenda: -Pase de registros
 -Revisión de tareas
 -Refuerzo, motivación por realizar las tareas de exposición.
 -Aclarar dudas, dificultades, comentarios.
 -Asignación de tareas.

- Procedimiento:

.Registros (Al principio de la sesión):

 S1

 S3A2

 DS

 S6

 A5

 AS

 .Revisión de tareas, mediante los registros que trae a la sesión. Comentarios de las dificultades encontradas, y si esto es así buscar pasos intermedios. Ir cubriendo objetivos de tratamiento. Si son cuatro objetivos (en algunas ocasiones son solo 2 ó 3), intentar cubrir un objetivo cada dos semanas. Desde luego en las semanas posteriores los objetivos iniciales se siguen trabajando.

 Discutir la importancia de la práctica regular, estimular el reforzamiento y la retro información de los procesos terapéuticos.

Discutir cualquier dificultad específica encontrada por la pareja durante la práctica, y estimular los esfuerzos para solucionar el problema.

Da apoyo y estímulo por los logros conseguidos.

Discutir los planes a largo plazo:

- a) práctica continuada.
- b) establecimiento de nuevos objetivos.
- c) aumento de las actividades sociales.
- d) anticipación de las recaídas.
- e) releer el manual de ayuda en la resolución de los problemas.

A partir de la 6ª sesión se va preparando al paciente para cuando finaliza la terapia; esto a su vez le sirve, en muchas ocasiones, de motor para intentar trabajar al máximo en la terapia mientras están guiados por un terapeuta.

- Asignación de tareas:

Se pactan las tareas a realizar en la próxima semana. Se recuerda que el tiempo mínimo de exposición son 90 minutos.

Dar hojas de auto-exposición.

Si no ha cumplido los objetivos se le dice que con el tiempo se espera que se generalice.

Citar próxima semana.

9ª SESION

En esta sesión es igual a AET

SESIONES DE TRATAMIENTO DE AUR: auto-relajación.

1ª SESION TERAPEUTICA

- Agenda: -Presentación de la técnica
 - Explicación de la técnica
 - Presentación del plan de terapia
 - Pase de registros
 - Asignación de tareas

- Procedimiento:
 - Presentación de la técnica
 - .Marco teórico:
 - .Presentación estándar: Borkovec y Bersntein.
 - Plan de terapia:
 - 8 sesiones una vez por semana.
 - La duración será de 60 minutos en casa cinta audio de 90 minutos.
 - Consideraciones previas a tener en cuenta:
 - 1.Problemas médicos: lesiones cuello, espalda estómago.. Medicación.
 - 2.Causas de la tensión
 - 3.Avisarle de como ha de realizar la relajación en casa: ropa suelta, zapatos...
 - Incompatibilidad con la tensión.
 - .Necesidad de un entrenamiento previo para notar los efectos.
 - Importancia de la práctica en casa 90 minutos (cinta)
 - Explicación músculo a músculo (según esquema)
 - Explicar las indicaciones de tensar y soltar de golpe.
 - Dudas

Cooperación y motivación.

-Pase de registros.

-Se realiza la relajación 90 minutos

-Pase del AS

- Asignación de tareas

Se plantea que realiza la relajación todos los días.

Entrega de registro de relajación

Citar próximo día.

SESIONES 2, 3, 4, 5, 6, 7 Y 8

- Agenda: -Pase de registros
 -Revisión de tareas
 -Refuerzo, motivación por realizar las tareas de exposición.
 -Aclarar dudas, dificultades, comentarios.
 -Asignación de tareas.

- Procedimiento:

.Registros (Al principio de la sesión):

S1

S3A2

DS

S6

A5

AS

.Revisión de tareas, mediante los registros que trae a la sesión. Comentarios de las dificultades tenidas durante la semana.

.Preguntas post-relajación:

¿Cómo se siente? ¿Que le ha parecido? ¿Ha habido problemas al relajar algún músculo? ¿Ha habido

problemas al tensar algún músculo? Profundidad de la relajación entre 1 y 10.

- Asignación de tareas:

Pactar la realización de la relajación con la cinta gravada durante 60 minutos cada día, dejándose llevar al final, disfrutando de los efectos.

SESION 9^a

Igual que en el resto de terapias.

BIBLIOGRAFÍA

Adorno, T.W., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D.J. y Sandford, R.N. (1950): *The Authoritarian Personality*, Nueva York, Harper.

Alexander, F. y French, T.M. (1946): *Psychoanalytic therapy: principles and applications*. New York: Ronald Press.

Allport, G.W. (1963): *Pattern and growth in personality*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, (version castellana, 1965).

American Psychiatric Association (1988): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (third edition, revised). Washington DC.: APA. (Traducción castellana Barcelona: Masson).

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4th Edition. Washington DC.: APA. (Traducción castellana Barcelona: Masson).

Asch, S.E. (1952): *Social Psychology*. Nueva York : Prentice-Hall.

Aveline, M. (1995): Assessing the value of brief intervention at the time of assessment for dynamic psychotherapy. In M. Aveline and D.A. Shapiro (eds), *Research Foundations for Psychotherapy Practice*, 129-49. Chichester: Wiley.

Avia Aranda, M^a.D. (1989): Alteraciones de la personalidad y personalidad anómalas. En Ibáñez, E. Y Pelechano, V. (Coordinadores). *Personalidad*, 5: 169-204. Madrid: Alambra.

Avila, A., Caro, I., Orlinsky, D., Coscolla, A., Rodríguez, S. Y Alonso, M. (2000): El desarrollo profesional de los psicoterapeutas españoles. *Boletín de psicología*, n° 69, dic., 43-69.

Bailey, M.A., Warshaw, L. and Eichler, R.M. (1959): A study of factors related to length of stay in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 15, 442-444.

Barkham, M. and Shapiro, D.A. (1990): Brief prescriptive and exploratory therapy for job-related distress: a pilot study. *Counseling Psychology Quarterly*, 3: 133-47.

Barkham, M. (1996): Individual Therapy: Process and Outcome Findings Across Successive Research Generation, en W. Dryden (ed), *Handbook of Individual Therapy*. London, Sage Publications Ltd.

Barlow, D.H., Hayes, S.C. and Nelson, R.O. (1984): The Scientist-practitioner: Research and Accountability. *Clinical and Educational Settings*. Oxford: Pergamon Press.

Barlow, D.H. y Hersen, M. (1988): *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.

Barron, F. Y Welsh, G.S. (1952): Artistic perception as factor in personality style: its measurement by a figure-preference test. *Journal Psychology*, 33,199-203.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. (Traducción castellana Desclée de Brouwer, 1983).

Beck, A. T., Emery, G. and Greenberg, R. L. (1985): *Anxiety Disorders and Phobias*. New York: Basic Books.

Beck, A.T. y Freeman, A. y cols. (1990): *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press. (Traducción castellana Paidós, 1995).

Benlloch Fuster, A. (1989): Personalidad: una realidad construida. En Ibáñez, E. Y Pelechano, V. (Coordinadores). *Personalidad*, 6: 205-263. Madrid: Alambra.

Bennun, I. and Schindler, L. (1988): Therapist and patient factors in the behavioural treatment of phobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 145-51.

Bergin, A.E. and Garfield, S.L. (1994): *Handbook of Psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. 4th edition, New York: John Wiley & Sons.

Bergin, A.E. and Garfield, S.L. (1994a): Overview, trends, and future issue. In A.E. Bergin and S.L. Garfield (eds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 821-30., 4th edition. New York: Wiley.

Bergin, A.E. and Garfield, S.L. (1971): *Psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.

Bergin, A.E, y Lambert, M.J. (1978): The evaluation of therapeutic outcome. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (2ª ed.). Nueva York: Wiley.

Blackburn, T.M. (1995): The relationship between drug and psychotherapy effects. En M. Aveline y D.A. Shapiro (eds), *Research Foundations for Psychotherapy Practice*, 231-45. Chichester: Wiley.

Blackbum, I.M., Eunson, K.M. and Bishop, S. (1986): A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10: 67-75.

Block, J. (1955): Personality characteristics associated with fathers` attitudes toward child-rearing. *Child Developmental*, 26, 41-48.

Blowers, C., Cobb, J. and Mathews, A. (1987): Generalized anxiety: a controlled treatment study. *Behaviour Research and Therapy*, 25: 493-502.

Bordin, E.S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16: 252-260.

Botella, C. (1983): *Aportaciones a la psicoterapia*. Valencia: Promolibro.

Botella, C. (1989): Personalidad y terapia de conducta: "Dos disciplinas irreconciliables?". *Análisis y Modificación de Conducta*, 15: 192-211.

Botella, C., Martínez, J. y Valles, 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*.

Botella, C., Martínez, J., Peiró Ballestín, G., Robert Flors, C., Ruvira Rodríguez, P., Sansaturmino, I. y Tomas Benlloch, M^a C. (1990): La posibilidad de prestar asistencia psicológica desde los departamentos universitarios: ¿una utopía?. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos celebrado en Valencia*.

Brengelmann, J.C.(1960): A note on questionnaire rigidity and extreme response set. *The Journal of Mental Science*, 106, n° 442, 187-192.

Brill, N.Q., and Storrow, H.A. (1960): Social class and psychiatric treatment. *Archives of General Psychiatry*, 3: 340-344.

Brockman, B., Poynton, A., Ryle, A. and Watson, J.P. (1987): Effectiveness of time-limited therapy carried out by trainees: comparison of two methods. *British Journal of Psychiatry*, 151: 602-10.

Brody, N. (1977): *Investigación y teoría de la personalidad*. México, El manual moderno.

Brody, N. y Ehrlichman, H. (2000): *Psicología de la Personalidad*. Madrid, Prentice Hall.

Burton, A. (1975): Therapist satisfaction. *American Journal of Psychoanalysis*, Sum; vol 35 (2): 115-122.

Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I. and Gelder, M. (1987): Anxiety management for persistent generalizad anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 151: 535- 42.

Butler, G., Fennell, M.J.V., Robson, P. and Gelder, M. (1991): Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalizad anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 167-75.

Caballo, V. E. (1991): *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Caro, I. (1991): Posibilidades de investigación en psicoterapia. El estudio de los procesos. *Boletín de Psicología*, 33, Diciembre, 59-82.

Caro, I. (1996): A Walk Trought time: GAT you should have read by now or will son about psychotherapy, *Counseling Psychology Quartely*, vol. 9, n° 4, 399-418.

Caro, I. And Safran, J-.D. (1991): Posibilidades de investigación en psicoterapia. El estudio de los procesos. *Boletín de Psicología*, 33, Diciembre, 59-82.

Cattell, R.B. (1944): Psychological measurement: Normative, ipsative, interactive. *Psychological Review*, 51, 92-303.

Cattell, R.B. (1959): *Personality: A systematic theoretical, and factual study*. McGraw-Hill, Nueva York.

Carkhuff, R.R., and Pierce, R. (1967): Differential effects of therapist race and social class upon patient depth of self-exploration in the initial clinical interview. *Journal of Consulting Psychology*, 31: 632-634.

Chesler, P. (1972): *Women and madness*. New York, Doubleday.

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 approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24:461-470.

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.

Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackman, A., Middleton, H., Anatasiades, P. and Gelder, M. (1994): 'A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and

imipramine in the treatment of panic disorder', *British Journal of Psychiatry*, 164: 759-69.

Cole, N.J., Branch, C.H., and Allison, R.B. (1962): Some relationships between social class and the practice of dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 118: 1004-1012.

Costa, P.T. Jr & McCrae, R. R. (1999): *Inventario de personalidad Neo Revisado (NEO PI-R)*. TEA. Ediciones, S. A. *Publicaciones de psicología aplicada n° 266*.

Coulter, A.(1953): An experimental and statistical study of the relationship of prejudice and certain personality variables. Tesis doctoral, Univ. London Lib.

Crits-Christoph, P., Cooper, A. and Luborsky, L. (1988): The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 490-495.

Davis, J.D., Elliott, R., Davis, M.L., Binns, M., Francis, V.M., Kelman, J.E. and Schroder, T.A. (1987): Development of a taxonomy of therapist difficulties: initial report. *British Journal of Medical Psychology*, 60: 109-19.

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.

DeRubeis, R.J., Evans, M.D., Hollon, S.D., Garvey, M.J., Grove, W.M. and Tuason, V.B. (1990): How does

cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 862-9.

Dollard, J. y Miller, N.E. (1950): *Personality and Psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. Nueva York, McGraw Hill (trad. Española, Desclée de Brouwner, Bilbao, 1977).

Dorsch, F. (1985): *Diccionario de psicología*. 5ª edición. Herder.

Eaton, T.T., Abeles, N. and Gutfreund, M.J. (1988): Therapeutic alliance and outcome: impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25: 536- 42.

Echeburúa, E., (1998): ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el año 2000. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 3, 3: 149-160.

Elkin, I. (1994): The NIMH treatment of depresión collaborative research program: where we began and where we are. En A.E. Bergin y S.L. Garfield *Handbook of psychotherapy and behavior change* (IV edition). New York: Wiley.

Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Piasecki, J.M., Grove, W.M., Garvey, M.J. and Tuason, V.B. (1992): Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49: 802-8.

Eysenck, H.J. (1952): The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16: 319-324.

Eysenck, H.J. (1959): *Manual of the Maudsley Personality Inventory*. Londres, University of London Press.

Eysenck, H.J. (1964): *Psicología de la decisión política*. Barcelona: Ariel.

Eysenck, H.J. (1967): *The Biological Basis of Personality*. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas Publ. (trad. Española, Ed. Fontanella, Barcelona).

Eysenck, H.J. (1970): *The Structure of Human Personality*, Londres, Methuen y Co.

Eysenck, H. J. (1982): *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.

Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1964): *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: Hodder and Stoughton.

Eysenck, H.J. & Eysenck, M. W. (1987): *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide.

Farber, B.A. (1983): The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, -Research- and-Practice*. Sum; Vol 20(2): 174-182.

Feixas, G.(1992): Constructivismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3 (12), 101-108.

Feixas, G. y Miró, M^aT.(1993): *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona, Ediciones Paidós.

Fennell, M.J.V. (1983): Cognitive therapy of depression: the mechanisms of change. *Behavioural Psychotherapy*, 11: 97-108.

Fennell, M.J.V. and Teasdale, J.D. (1987): Cognitive therapy for depression: individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11: 253-271.

Fernández Liria, A. Y Rodríguez Vega, B. (2001): *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao, DDB.

Fiedler, F.E. (1950): A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, non-directive and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14: 436-445.

Fisch, D. y Brengelman, J. C. (1969): Eine Rigiditätsfragebogen, mimeo, Psychologische Abteilung, Max-Planck Institut für Psychiatrie, München, Deutschland.

Fiske, D.W., Cartwright, D.S. y Kirtner, W.L. (1964): Are psychotherapeutic changes predictable? *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69: 418-426.

Frank, J.D. (1959) The dynamics of the psychotherapeutic relationship. *Psychiatry*, 22: 17-39.

Frank, J.D. (1974): *Persuasion and healing*. Johns Hopkins Press.

Frank, J.D. (1982): Therapeutic components shared by all Psychotherapies, en J.M. Harvey y M.M. Parks (eds.) *Psychotherapy research and behavior change: (vol. I) The master lecture series*. American Psychological Association.

Frank, J.D., Gliedman, L.H., Imber, S.D., Stone, A.R., and Nash, E.H. (1959): Patients' expectancies and relearning as factors determining improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 115, 961-968.

Freeman, C.P.L., Barry, F., Dunkeld-Tumbull, J. and Henderson, A. (1988): Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 296: 521-525.

Frenkel-Brunswik, E. (1949): Intolerance a la ambiguity as a emocional and perceptual personality variable. *Journal Personality*, 18, 108-143.

Freud, S. (1950): *On psychotherapy*. In *Collected Papers*. Vol.I. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 249-263.

Furneaux, W.D. (1952): *Some speed, error and difficulty relationships within a problem solving situation*. *Nature*, 170, 37-38.

García-Merita, M.L., Balaguer, I. Ibáñez, E. (1984): Problemas de validez en la escala de depresión del

M.M.P.I. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39: 313-340.

Garfield, S.L. (1978): Research problems in clinical diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Aug; vol 46 (4): 596-607.

Garfield, S.L. (1986): Research on client variables in psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed.). Nueva York: Wiley.

Garfield, S.L. (1990): Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 273-80.

Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1978): *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. Second edition. Nueva York, J. Wiley & Sons.

Gelder, M.G. y Marks, I. (1966): Severe agoraphobic: A controlled prospective trial of behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 112, 309-319.

Gergen, K.J. and Kaye, J. (1992): Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In: S. McNamee and K.J. Gergen (Eds.). *Therapy as a social construction*. London: Sage.

Gilligan, S. (1993): Therapeutic rituals: Passages into new identities. In: S. Gilligan and R. Price (Eds.), *Therapeutic conversation*. New York: Norton.

Goldberg, D.P., Hobson, R.F., Maguire, G.P., Margison, F.R., O'Dowd, T., Osborn, M.S. and Moss, S. (1984): The clarification and assessment of a method of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 14: 567-75.

Goldstein, A.P. (1962): Therapist-patient expectancies in psychotherapy. New York: Pergamon Press.

Gonçálves, O.F. (1994): Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8: 105-126.

Greenberg, L.S. (1986): Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 4-9.

Greenberg, L.S. (1994): The investigation of change: its measurement and explanation. In R.L. Russell (ed.), *Reassessing Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press. 114-43.

Greist, J. Marks, I., Berlin, F., y Noshiravani, H. (1980): Avoidance versus confrontation of fear. *Behaviour Therapy*, 11: 1-14.

Guilford, J.P. (1959): Tests of creativity. In H. Anderson (Ed.), *Creativity and its cultivation*. New York: Harper, 1959.

Guy, J. D. (1995): *La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós.

Guy, J. D. and Liaboe, G. P. (1986): The Impact of Conducting Psychotherapy on Psychoterapist' Interpersonal Functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 17, 2: 111-114.

Habermas, J. (1981): *Teoría de la acción comunicativa*. Tomo II. Madrid, Taurus.

Halgin, R.P. and Murphy, R.A. (1995): Issues in the training of psychotherapist. In: B. Bongar and L.E. Beutler (eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy. Theory and practice*. New York: Oxford University Press.

Hall, A. and Crisp, A.H. (1987): Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: outcome at one year. *British Journal of Psychiatry*, 151: 185-91.

Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Rees, A. and Reynolds, S. (1995): Impact of Cluster C personality disorders (Avoidant, Dependent, and Obsessive-Compulsive) on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63: 997-1004.

Harris, D.B., Gough, H.G. y Martin, W.E. (1950): Children's ethnic attitudes: II. Relationship to parental beliefs concerning child training. *Child Developmental*, 21, 169-181.

Hathaway, S.R. y Mckinley, J.C. (1967): *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for administration and scoring*. New York: Psychological corporation.

Hill, C.E. (1989): *Therapist Techniques and Client Outcomes: Eight Cases of Brief Psychotherapy*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Hollingshead, A.B., and Redlich, F.C. (1958): *Social class and mental illness: A community study*. New York: Wiley.

Horvath, A.O. and Greenberg, L.S. (1989): Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36: 223-33.

Horvath, A.O. and Greenberg, L.S. (eds) (1994): *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. New York: Wiley.

Horvath, A.O., Marx, R.W. and Kamann, A.M. (1990): Thinking about thinking in therapy: an examination of clients' understanding of their therapists' intentions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 614-21.

Hoshmand, L.T. and Polkinghorne, D.E. (1992): Redefining the science-practice relationship and professional training. *American Psychologist*, 47: 55-56.

Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. and Orlinsky, D.E. (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41: 159-64.

Howard, K.I., Lueger, R., Maling, M. and Martinovitch, Z. (1993): A phase model of psychotherapy: causal

mediation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 678-85.

Jarrett, R.B. and Nelson, R.O. (1987) 'Mechanisms of change in cognitive therapy of depression', *Behavior Therapy*, 18: 227-41.

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.

Jennings, I. and Skovholt, T. M. (1999): The Cognitive, Emotional, and Relational Characteristics of Master Therapists. *Journal of Counseling Psychology*, vol. 46, 1: 3-11.

Kaplan, H. & Sadock, H. J. (1999): *Sinopsis de psiquiatría*. 8ª edición. Ed. Médica Panamericana.

Klee, M.R., Abeles, N. and Muller, R.T. (1990): Therapeutic alliance: early indicators, course, and outcome. *Psychotherapy*, 27: 166-74.

Klein, D.F. (1964): Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacology*, 5, 397-408.

Klein, D.F. y Rabkin, J.F. (1981): *Anxiety: new research and current concepts*. New York: Raven Press.

Koenigsberg, H.W. (1995): Psychotherapy of patients with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 8: 157-60.

Koss, M.P. and Shiang, J. (1994): Research on brief psychotherapy. In A.E. Bergin and S.L. Garfield (eds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th edition. New York: Wiley. pp. 664-700.

Kraepelin, E. (1913): *Textbook of Psychiatry*. 8th edition, Ambrosius Barth, Leipzig.

Kraepelin, E. (1988): *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Nieva.

Kremml, W.P. (1977): *The Anti-Authoritarian Personality*, Londres, M.T.P.

Kretschmer (1921): *Constitución y carácter*. Barcelona, Labor (1967) traducido en castellano.

Labrador, F. J. (1984): *Los modelos factoriales-biológicos en el estudio de la personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Lafferty, P; Beutler, L. E. and Crago, M. (1989): Differences Between more and Less Effective Psychoterapist: A study of Select Therapist Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 57, 1: 76-80.

Lambert, M.J., Shapiro, D.A. y Bergin, A.E. (1986): The effectiveness of psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (eds) *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley and sons.

Lambert, M.J. (1989): The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, vol. 9, 469-485.

Lambert, M.J. and Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy, In A.E. Bergin and S.L. Garfield (eds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th edition. New York: Wiley. 143-89.

Lamiell, J.T. (1982): 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.

Linehan, M.M. (1993): *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. and Heard, H.L. (1991): Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48: 1060-1064.

Lindzey, G. (1950): Differences between the high and low in prejudice and their implications for a theory of prejudice. *Journal of personality*, 19: 16-40.

Lorr, M., Katz, M.M., and Rubinstein, E.A. (1958): The prediction of length of stay in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 321-327.

Luchins, A.S. (1961): *Rigidity of behavior*, Oregon, Oregon University Press.

Llewelyn, S.P. (1988): Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 223-8.

Llewelyn, S.P., Elliott, R., Shapiro, D.A., Hardy, G.E. and Firth-Cozens, J. (1988): Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 105-14.

Luborsky, L. (1985): Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, Jun, vol 42 (6): 602-611.

Maguire, G.P., Goldberg, D.P., Hobson, R.F., Margison, F.R., Moss, S. and O'Dowd, T. (1984): Evaluating the teaching of a method of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 144: 576-80.

Mahoney, M.J. (1995): The modern psychotherapist and the future of psychotherapy. In: B. Bongar and L.E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy. Theory and practice*. New York: Oxford University Press.

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 theirs disorders*. Oxford University Press (traducción española, Tomo I y tomo II, Barcelona: Martínez Roca, 1991).

Marks, I: (1987): Agoraphobia, 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 follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.

Marks, I. y Mathews, A.M. (1979): Breif standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.

Marks, I.M., Swinson, R.P., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., Lelliott, P.T., Kirby, M., McNamee, G., Sengun, S. and Wickwire, K. (1993): Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 162: 776-8.

McCrae, R.R. (1987): Creativity, divergent thinking, and openness to experience. *Journal of Personality and Social Psychologie*, 52, 1258-1265.

McFall, R.M. and Marston, A.R. (1970): An experimental investigation of behavior rehearsal modeling and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 1970, 295-303.

McFall, R.M. and Lillesand, D.B. (1971): Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 313-323.

McFall, R.M. and Twetyman, C.T. (1973): Four experiments on the relative contribution of rehearsal modeling, and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 199-218.

Meichenbaum, D. (1985): *Stress inoculation training*. Pergamon Press. (Traducción castellana, Martinez Roca, 1987).

Meichenbaum, D. y Jaremko, M. (1983): *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum Press (Traducción castellana Desclée 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).

Melvin, D. (1955): An experimental and statistical study of two primary social attitudes. Tesis doctoral, Univ. London Lib.

Millon, T. (1981): *Disorders of Personality*. DSM-III: Axis II. New York: J. Wiley & Sons.

Mitchell, K., Bozarth, J. and Krauft, J. (1977): A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, no possessive warmth, and genuineness. In A.S. Gurman and A. Razin (eds),

Effective Psychotherapy: A Handbook of Research. Oxford: Pergamon Press. 482-502.

Moliner, M^a (1988): *Diccionario de uso del español.* Madrid: Gredos.

Morley, S. (1988): Status of cognitive therapies. *Current Opinion in Psychiatry*, 1: 725-8.

Murphy, P.M., Cramer, D. and Lillie, F.J. (1984): The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: an exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 57: 187-92.

Norcross, J.C. (comp.) (1986): *Handbook of Eclectic Psychotherapy.* Nueva York: Brunner Mazel.

Orlinsky, D.E. (1989): Researchers' images of Psychotherapy: Their origins and influence on research. *Clinical Psychology. Review*, vol. 9, 413-441.

Orlinsky, D.E. and Howard, K. (1986): *Process and outcome in psychotherapy and behavior change* (3^a ed). Nueva York, Wiley.

Orlinsky, D.E., Grawe, K. and Parks, B.K. (1994): Process and outcome in psychotherapy - Noch einmal. In A.E. Bergin and S.L. Garfield (eds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th edition. New York: Wiley. 270-376.

Orlinsky, D., Ronnestad, M.H., Ambüel, H., Willutzki, U., Botersman, J.F., Cierpka, M., John D., Davis, M. (1999): Psychotherapists' Assessments of their

development at different career levels. *Psychotherapy*. Vol. 36, 3: 203-215.

Parloff, M.B., Waskow, I.E. y Wolpe, B.E. (1978): Research on therapist variables in relationship to process and outcome en S. Garfield y A. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Nueva York, Wiley.

Paul, G.L. (1967): Strategy in outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31: 109-118.

Pelechano, V. (1972): *La personalidad en función de los parámetros de estímulo en la solución de problemas*. Madrid, tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Mimeo.

Pelechano, V. (1973a): *Motivación, modulación y parámetros*. Actas del IV congreso Nacional de Psicología. Barcelona.

Pelechano, V. (1973b): *Personalidad y parámetros: Tres escuelas y un modelo*. Barcelona: Vicens Vives.

Pelechano, V. (1974): *Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*. Madrid: Fraser.

Pelechano, V. (1981): *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.

Pelechano, V. (1988): *Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. II. El modelo psicométrico clásico*. Valencia: Alfaplús.

Pelechano, V. (1989): Ejes de referencia y una propuesta temática. En E. Ibáñez y V. Pelechano (eds.), *Personalidad*. Madrid: Alhambra.

Pelechano, V. (1991): *Habilidades interpersonales en ancianos: conceptualización y evaluación*. Valencia: Alfaplús.

Pelechano, V. (1991): La personalidad desde la perspectiva de parámetros. *Psicologemas*, 5, nº 10, 153-175.

Pelechano, V. (1993): *Personalidad; Un enfoque histórico conceptual*. Valencia, Promolibro.

Pelechano, V. (1996): Una introducción al modelo de parámetros en personalidad. En V. Pelechano: *Psicología de la personalidad. Teorías*, 337-366. (2ª edición, 1999). Barcelona: Ariel.

Pelechano, V. (2000a): *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.

Pelechano, V. (2000b): Cuestionario R2 de rigidez teoría mínima, composición y datos de validez interna. *Análisis y Modificación de conducta*, vol. 26, nº 108, 469-507.

Pelechano, V., Avia, M.D., Bragado, M.C. y García, M.T. (1975): Personality and motivation in ambulatory epileptics: A pilot study. *Revista de Psicología General y Aplicada*, Jan-Feb; vol 30 (132): 93-113.

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): *Intervenciones psicológicas en la infancia: miedos*. Valencia: Alfaplús.

Pelechano, V. Y Botella, C. (1985): Personalidad, motivación y rendimiento en un modelo de parámetros. *Análisis y modificación de conducta*, vol 11 (28): 177-223.

Pelechano, 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* (1983): Toward a Theory of goals. En R. A. Dienstbier (ed.), Nebraska symposium on Motivation 1982. Personality. Current Theory and Research. Lincoln and London: University of Nebraska Press.

Pervin, L. A. (1970): *Personality: Theory, Assessment and Research*. New York: Wiley (trad. Castellana Desclée de Brouwer, 5ª edición 1975).

Prochaska, J. O. and Norcross, J. C. (1994): *Systems of Psychotherapy: A transtheoretical Analysis*. 3ª edición. Editores Brooks Cole: Pacific Grove (CA).

Ricks, J. (1974): The Windermere Conference or "what were you guys doing up there at that lodge, anyway?". *Ontario Psychologist*, Dec, vol 6 (5): 77-85.

Rodríguez Vega, B. (2001): Constructivismo y narrativas: un nivel diferente para la integración. En A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega (eds). *La*

práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas, 2, 29-48. Bilbao, DDB.

Rogers, C.R. and Dymond, R.F. (eds) (1954): *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago Press.

Rogers, C.R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J. and Truax, C.B. (1967): *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.

Rokeah, M. (1960): *The open and closed mind*. Nueva York, Basic Books.

Rosenthal, D., and Frank, J.D. (1956): Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302.

Rosenberg, S. (1954): The relationship of certain personality factors to prognosis in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 10, 341-345.

Rosenthal, D., and Frank, J.D. (1958): The face of psychiatric clinic outpatients assigned to psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 127, 330-343.

Rosenzweig, S. (1936): Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Roth, A. and Fonagy, P. (1995): *The Search for Effective Psychotherapy: Implications and Limitations of the Research Evidence*. New York: Guilford Press.

Ruiz Fernández, M^a A. y Villalobos Crespo, A. (1994): *Habilidades terapéuticas. Terapia de conducta y salud*. Fundación Universidad-empresa.

Rychlak, J.F. (1988): *Personalidad y Psicoterapia. Una aproximación a la construcción teórica*. México: Trillas.

Ryle, A. (1979): Focus on brief interpretative psychotherapy: dilemmas, traps, and snags as target problems. *British Journal of Psychiatry*, 134: 46-54.

Ryle, A. (1980): Some measures of goal attainment in focused integrated active psychotherapy: a study of fifteen cases. *British Journal of Psychiatry*, 137: 475-86.

Ryle, A. (1982): *Psychotherapy: A Cognitive Integration of Theory and Practice*. London: Academic Press.

Ryle, A. (1990): *Cognitive-analytic Therapy: Active Participation in Change*. Chichester: Wiley.

Sánchez-Canovas, J. y Soriano, J. (1989): *Inductive reasoning. Assessment of information processing components*. Firsts European congress of Psychology. Amsterdam. Holland: Julio.

Sánchez-Canovas, J. y Soriano, J., (1990): *Situaciones y Estrategias de afrontamiento: diseño multivariado de caso único*. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.

Seligman, M.E.P. (1994): *What you can change and what you can't: The complete guide to successful self-improvement*. New York: Knopf.

Shaffer, L., and Myers, J.K. (1954): Psychotherapy and social stratification: An empirical study of practice in a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatry*, 17, 83-93.

Shapiro, D.A. and Shapiro, D. (1982): Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.

Shapiro, D.A. and Firth, J.A. (1987): Prescriptive vs. exploratory psychotherapy: outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project. *British Journal of Psychiatry*, 151: 790-9.

Shapiro, D.A., Barkham, M., Reynolds, S., Hardy, G.E. and Stiles, W.B. (1992): Prescriptive and exploratory psychotherapies: toward an integration based on the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2: 253-72.

Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G.E., Reynolds, S. and Startup, M. (1994): Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and

psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 522-34.

Sheehan, D.V. y Sheehan, K.H. (1982): The classification of phobic disorders. *International Journal of Psychiatric 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.

Sloane, R.B., Staples, R.F., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. and Whipple, K. (1975): *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Smith, M.L. and Glass, G.V. (1977): Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32: 752-60.

Smith, M.L., Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980): *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins.

Spearman, C. (1927): *The abilities of man*. London: Macmillan.

Spielberger, C.D. Gorsuch, R.L. y Lushene, R.D. (1970): *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Spitzer, R.L. y Williams, J.B. (1987): *Diagnosis and classification in psychiatry: A critical appraisal of DSM-III*. New York, NY, US Cambridge. Uni. Press.

Spranger, E. (1928): Types of men. Halle, Niemeyer (trad. Esp. Revista de Occidente, Madrid).

Stagner, R. (1936a): Fascist attitudes: An exploratory study. *Journal of Social Psychology*, 7, 309-319.

Stagner, R. (1936b): Fascist attitudes: determining conditions. *Journal of Social Psychology*, 7, 438-454.

Stagner, R. (1976): *Psicología de la personalidad*. México, Trillas.

Stiles, W.B. and Shapiro, D.A. (1989): Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9: 521-43.

Stiles, W.B., Shapiro, D.A. and Elliott, R. (1986): "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist*, 41: 165-80.

Teasdale, J.D. (1985): Psychological treatments for depression: how do they work? *Behaviour Research and Therapy*, 23: 157-65.

Teasdale, J.D., Fennell, M.J.V., Hibbert, G.A. and Amies, P.L. (1984): Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 144: 400-6.

Tennov, D. (1976): *Psychotherapy: The hazardous cure*. New York: Anchor Press.

Thurstone, L.L. (1934): The vectors of mind. *Psychological Review*, 41, pp 1-32.

Tous, J.M. (1989): Modificación de conducta, personalidad y psicología clínica. *Análisis y modificación de conducta*, 15, 221-237.

Tyler, L.E. (1974): *Individual Differences: Abilities and Motivational Directions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Vallejo, J. (1985): *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Salvat.

Van Den Bos, G.R., (1980): *Psychotherapy: Practice, research, policy*, Beverly Hills, Calif., Sage.

Van Den Bos, G.R., (1986): Psychotherapy research: A special issue. *American Psychologist*, 41, 111-112.

Whitehorn, J.C. and Betz, B. (1954): A study of psychotherapeutic relationships between physicians and schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 3: 321-31.

Witmer, L. (1996): Clinical Psychology: Reprint of Witmer's 1907 article. *American Psychologist*, Mar; vol 51 (3): 248-251.

Wolman, B.B. and Stricker, G. (1994): *Anxiety and related disorders: A handbook*. New York: John Wiley & Sons.

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jun, vol 67 (6): 361-370.