

trastornos adaptativos. Un estudio de caso

Rosa María BAÑOS RIVERA

Universitat de Valencia

Verónica GUILLEN BOTELLA

Centro Clínico Previ

Cristina BOTELLA ARBONA

Universitat Jaume I

Azucena GARCÍA PALACIOS

Universitat Jaume I

Mercedes JORQUERA RODERO

Centro Clínico Previ

Soledad QUERO CASTELLANO

Universitat Jaume I

Resumen

Los Trastornos Adaptativos (TA) constituyen un importante problema de salud por las implicaciones personales, sociales y económicas que conllevan. Tienen una alta prevalencia y provocan un elevado coste económico (asociado a bajas y disminución del rendimiento laboral). Sin embargo, actualmente no existen tratamientos protocolizados basados en la evidencia para estos trastornos. En este trabajo, a través de un estudio de caso, presentamos un programa de tratamiento (cognitivo-comportamental) que incluye estrategias de Psicología Positiva y que utiliza técnicas de realidad virtual ("El mundo de EMMA"), cuyo objetivo es ayudar a la persona no sólo a superar el acontecimiento estresante y las consecuencias que ha tenido en su vida, sino también a aprender de lo sucedido, de forma que salga fortalecida de esta situación.

Palabras clave: trastornos adaptativos, tratamientos psicológicos, realidad virtual, psicología positiva.

Abstract

The Adaptive Disorders (TA) constitute an important problem of health for the personal, social and economic implications that they carry. They have a discharge pre-

Dirección de la primera autora: Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia. *Correo electrónico:* banos@uv.es

Rosa María Baños, Cristina Botella, Azucena García-Palacios y Soledad Quero están vinculadas al grupo de investigación *Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición* (CB06/03) del Instituto de Salud Carlos III.

Este trabajo ha sido financiado en parte por el proyecto: "BIEN-E-STAR: Nuevas tecnologías de la información y la comunicación: integración y consolidación de su uso en ciencias sociales para mejorar la salud, la calidad de vida y el bienestar", financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia, PROYECTOS CONSOLIDER-C (Código: SEJ2006-14301/PSIC).

Recibido: diciembre 2007. *Aceptado:* abril 2008.

valencia and provoke a high economic cost (associated with falls and decrease of the labour performance). Nevertheless, nowadays taken minutes treatments based on the evidence do not exist for these disorders. In this work, across a study of case, let's sense beforehand a program of treatment (cognitive-behavioral) that includes strategies of Positive Psychology and that uses technologies (skills) of virtual reality ("EMMA'S world"), which aim is to help the person not to overcome only the stressful event and the consequences that it has had in his/her life, but also to learn of the happened, so that she should work out strengthened of this situation

Keywords: Adaptive Disorders, Psychological Treatments, Virtual Reality, Positive Psychology.

Todas las personas nos enfrentamos a sucesos negativos o estresantes a lo largo de nuestra vida. Sin embargo, algunas personas, ante algunos acontecimientos, no reaccionan de modo adaptativo. En algunas ocasiones, estas reacciones desadaptadas no son ni graves ni duraderas, por lo que no se debe establecer un diagnóstico psicopatológico, pero en otras ocasiones generan un intenso malestar e interfieren en la vida de la persona. Los Trastornos Adaptativos (TA) se definen como una reacción de desajuste (inadaptación) ante uno o más acontecimientos estresantes. Estos trastornos tienen una alta prevalencia, afectando a un porcentaje muy elevado de pacientes que acuden a los Centros de Salud, y provocando un coste económico importante, ya que se asocia en un gran porcentaje a bajas laborales y disminución del rendimiento en el trabajo. Sin embargo, hoy por hoy no existen tratamientos protocolizados basados en la evidencia para estos trastornos, por lo que es muy necesario investigar en la mejora de su abordaje.

Los criterios diagnósticos de los TA son la aparición de síntomas emocionales y/o comportamentales en respuesta a un estresor identificable, que se expresan como un malestar mayor de lo esperable, y/o un deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica (DSM-IV, APA, 1994; CIE-10, OMS, 1994). Los estresores que pueden provocar los TA son muy variados (uno solo o

varios, recurrentes o continuos, leves o severos, comunes o extraordinarios, ...). Los más frecuentes son los relativos al grupo primario de apoyo (problemas familiares, de pareja, etc.), problemas en el ambiente social (con amigos, de vecindad, etc.), problemas laborales (desempleo, trabajo estresante, etc.), relacionados con la enseñanza (problemas en la escuela, con el profesor, con compañeros, etc.), económicos, etc. No es posible predecir qué estresor provocará un TA y puede que un acontecimiento aparentemente inocuo provoque el trastorno, mientras que otros intensamente traumáticos no impacten al individuo de modo significativo. Para poder diagnosticar un TA, los problemas han de causar un impacto importante en la persona, provocando una notable interferencia y deterioro (social, personal o laboral) en su vida, junto con un gran malestar y sufrimiento personal. En cuanto a las manifestaciones sintomáticas de los TA también son muy variadas: humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimientos de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar con la situación presente, etc. La reacción predominante puede ser una reacción depresiva (breve o prolongada), o una alteración de otras emociones (ansiedad, ira, ...) y de la conducta (alteraciones disociales). El DSM-IV y la CIE-10 reconocen diversos subtipos de TA en función de la sintomatología.

Los TA tienen una elevada prevalencia, siendo uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria: 21% aprox. de adultos tratados en régimen ambulatorio (APA, 1994; Despland *et al.*, 1995; Fabrega *et al.*, 1987), con una incidencia estimada del 7,1 % en admisiones psiquiátricas hospitalarias (Greenberg *et al.*, 1995). En nuestro país, Gómez-Macías *et al.*, (2006) encontraron una incidencia del 13,5 % en un centro de salud, analizando pacientes nuevos con este diagnóstico en un periodo de 8 meses. Los TA también son muy frecuentes en personas que padecen condiciones médicas (Strain *et al.*, 1998), especialmente si son graves (por ejemplo, 35% aprox. de pacientes oncológicos). Además, estos trastornos TA tienen un alto porcentaje de morbilidad, con tasas muy elevadas de autolesiones, que en ocasiones llegan al suicidio (Kryzhanovskaya y Canterbury, 2001; Schnyder y Valach, 1997; Strain, 1995), problema que ha llevado a recomendar la necesidad de evaluar el riesgo de suicidio, especialmente en adolescentes con diagnóstico de TA (Portzky *et al.*, 2005). Por otro lado, dentro de la categoría de los TA también se incluyen problemas cada vez más frecuentes como los relacionados con el acoso (“*mobbing*”, “*bullying*”, etc.), o el “síndrome del quemado” (“*burn out*”), etc., que se consideran “formas extremas de la sintomatología propia de los TA” (Gómez-Macías *et al.*, 2006).

Otros argumentos de peso que indican que los TA constituyen un importante problema de salud se refieren a los altos costes sociales y económicos que originan, ya que es muy frecuente que el malestar y deterioro de la actividad asociado a los TA lleven a una disminución del rendimiento en el trabajo y, en la gran mayoría de los casos, a bajas laborales. Los datos en este sentido son con-

tinentes. Por ejemplo, los TA son la causa más importante de baja laboral en los Países Bajos (van der Klink *et al.*, 2003), donde los trastornos mentales son la causa del 33% de las bajas, y más del 50% se deben a problemas relacionados con el estrés, como los TA, con una importancia mucho mayor que otros trastornos como la depresión, la ansiedad, las psicosis o los trastornos de personalidad. En nuestro país, parece que las estadísticas no reflejan de forma fidedigna la realidad ya que, en muchas ocasiones, los partes de baja no indican el problema concreto de la persona. Datos datos proporcionados por diferentes mutuas destacan que las reacciones depresivas son la segunda causa de baja laboral en España y la primera en determinados colectivos, como la enseñanza. El 50% aprox. del tiempo de las bajas laborales se lo llevan los trastornos psicológicos. Además de las mutuas y del ámbito sanitario, los profesionales que trabajan en las distintas administraciones de justicia, también señalan que los TA suelen ser el diagnóstico más frecuente en la población que atienden. En este sentido, la OMS está alertando sobre este problema social, sanitario y laboral, subrayando que las reacciones desadaptativas son las patologías mentales más frecuentes en Europa.

La relevancia que tienen los TA en términos de sufrimiento personal, gasto sanitario y pérdidas laborales, choca con la notable escasez de trabajos existentes sobre el tratamiento de este trastorno (Casey *et al.*, 2001). Por el momento, no existe un tratamiento de elección basado en la evidencia para estos trastornos. Sólo existen recomendaciones generales, junto con algunos estudios de investigación aislados sobre el tema. Por tanto, no hay datos que puedan apoyar la elección una determinada estrategia de tratamiento, lo que sigue siendo una decisión clínica. Strain (1995) y Benton y Lynch

(2005) ofrecen recomendaciones generales en cuanto a las metas a contemplar en la terapia de estos trastornos. En general, se recomiendan estrategias basadas en técnicas cognitivo conductuales. Dependiendo de cada caso, cabría utilizar procedimientos de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades de comunicación, control de los impulsos, manejo de la ira y manejo del estrés. Además, también se debería tomar en consideración el estado emocional del paciente y su sistema de apoyo social, para intentar potenciar su capacidad de adaptación y de afrontamiento. Por su parte, Araoz y Carrese (1996) han planteado un enfoque de tratamiento (“Terapia breve orientada a la solución de problemas para los TA”), de la que no ofrecen resultados sobre su eficacia. Se trata de una terapia breve (ocho sesiones) focalizada en resolver los problemas que afectan al paciente. Recientemente, han surgido trabajos interesados por los problemas de baja laboral asociados a este trastorno. En esta línea, Van der Klink *et al.*, (2003) han diseñado y sometido a prueba una estrategia de tratamiento breve para TA basada en los principios del enfoque de contingencia temporal (incremento de la actividad de la persona según un esquema temporal estructurado previamente) y de los tratamientos cognitivo conductuales (estrategias de inoculación de estrés), con el fin de ayudar a los pacientes a desarrollar y poner en marcha procedimientos de solución de problemas (básicamente, para problemas laborales).

Como conclusión, se podría decir que los escasos estudios sobre el tratamiento de los TA aconsejan que la intervención sea focal, breve y rápida, utilizando estrategias cognitivo-conductuales y considerando las dificultades de la persona para hacer frente al estrés, evaluando sus capacidades personales y brindando un contexto de apoyo y seguri-

dad, donde se pueda facilitar la expresión emocional y enfatizar las significaciones del factor estresor.

La aportación de la psicología positiva

En los últimos años está surgiendo un enfoque, denominado Psicología Positiva, que plantea que aunque la Psiquiatría y la Psicología han elaborado algunas muy buenas respuestas a los problemas del sufrimiento humano, no deberían concluir ahí su camino y, sin dejar de preocuparse por lo patológico y negativo, deberían también preocuparse por cómo se construyen las cualidades humanas positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Tradicionalmente la Psicología y Psiquiatría han centrado su atención en los puntos negativos, débiles, del ser humano y, desde esta perspectiva, han considerado a la persona que sufre una experiencia negativa como una víctima que potencialmente puede desarrollar un trastorno. Sin embargo, en los últimos años, se está cambiando el foco de atención y se está proponiendo otra perspectiva que considera que la persona es un ente activo y fuerte, que cuenta con una capacidad natural de resistir y rehacerse, a pesar de vivir adversidades (Seligman, *et al.*, 2005; Vera *et al.*, 2006).

Algunos estudios incluso indican que un porcentaje de personas, tras acontecimientos que se suelen calificar como “traumáticos”, parece que “aprenden” y “crecen” de esta experiencia. Es decir, no sólo salen “ilesos”, sino fortalecidos. A la hora de estudiar este “crecimiento”, muchos autores se han fijado en algunas características psicológicas, como la “resiliencia” (*resilience*) y la fortaleza (*hardiness*). Actualmente, algunos autores (por ejemplo, Zoellner y Maercker, 2006) están planteando el enorme potencial que estos conceptos tienen para la terapia y el

olvido que, generalmente, han sufrido en los enfoques terapéuticos tradicionales. Consideran que la terapia constituye un contexto muy adecuado para explorar los cambios positivos después de acontecimientos adversos, animando al paciente a explorar esos cambios como resultado de sus procesos de afrontamiento. No se trata de negar el sufrimiento, ni de un uso ingenuo del “pensamiento positivo”.

Desde estos planteamientos, se está planteando la utilidad de desarrollar intervenciones específicas, cuyo objetivo sea promover el bienestar y las emociones positivas y fortalecer las cualidades positivas de las personas. Este tipo de intervenciones se consideran como complementarias a la terapia “tradicional”, basada en los problemas. Se trata de una ayuda más para el terapeuta. La idea es que la intervención psicológica no sea sólo un contexto donde se traten los problemas y debilidades, sino que también sea un contexto en el que se construyen las fortalezas. Como señalan Seligman y Csikszentmihalyi, (2000) “*el tratamiento no es sólo arreglar lo que se ha roto, sino cultivar lo mejor de la persona*” y “*los clínicos han de reconocer que mucho del mejor trabajo que hacen ya en sus consultas es amplificar las fortalezas, más que reparar las debilidades de sus clientes*”.

Creemos que este planteamiento tiene un gran potencial, que puede ayudar tanto en la comprensión de los trastornos mentales como en su tratamiento. En esta línea, los TA pueden llegar a ser un ejemplo paradigmático de lo que se puede lograr analizando y aplicando las características positivas “o virtudes” que muestran los seres humanos y que nos protegen de las adversidades y de los problemas. Estas estrategias pueden ser de gran utilidad en el tratamiento de los TA, ayudando a las personas no sólo a superar

los acontecimientos estresantes que les están perturbando, sino también a desarrollar capacidades para hacer frente a los retos de la vida cotidiana.

La contribución de la realidad virtual: “El mundo de Emma”

Las nuevas tecnologías, especialmente la Realidad Virtual (RV), están demostrando su utilidad en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos. Actualmente existen varios estudios que avalan la eficacia de la RV para el tratamiento de trastornos relacionados con el estrés, como es el caso del Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT) (por ejemplo, Difede y Hoffman, 2002; Rothbaum *et al.*, 2001).

Aunque estos resultados son preliminares, son esperanzadores. Sin embargo, en todos estos estudios se utilizaba un mismo escenario virtual (que simulaba el acontecimiento traumático) para todos los pacientes, ya que el acontecimiento traumático era el mismo para todos. Por tanto, una limitación de este acercamiento es su escasa flexibilidad, ya que no se pueden utilizar esos escenarios virtuales con pacientes que hayan sufrido experiencias traumáticas diferentes.

Si el objetivo es tratar situaciones estresantes diversas (por ejemplo, abuso, acoso, agresiones, etc.) entonces se necesitarían escenarios virtuales más flexibles, capaces de evocar acontecimientos traumáticos diferentes. Una manera posible de hacer esto es utilizar símbolos que representan el acontecimiento adverso. Este es el acercamiento que ha utilizado nuestro equipo.

Hemos desarrollado un sistema de RV que permite disponer de ambientes clínicamente significativos para cada participante, atendiendo al significado específico que tiene el trauma para cada persona y no meramente

simulando las características físicas del acontecimiento traumático. Este software de RV, llamado “*El mundo de EMMA*” (Baños *et al.*, 2005, Botella *et al.*, 2005), se desarrolló dentro de un proyecto de investigación del V Programa Marco de la Unión Europea (“EMMA”, IST-200-39192). La eficacia de esta aplicación fue estudiada en una personas diagnosticadas de TEPT y de Duelo Patológico. La experiencia con este tipo de problemas nos sugirió que esta aplicación podría ser útil para los TA.

En “*El mundo de EMMA*” el paciente visualiza un ambiente virtual en el que hay disponibles una serie de herramientas, que pueden seleccionarse bajo el control tanto del paciente como del terapeuta (una descripción más detallada puede encontrarse en Rey, Montesa, Alcañiz, Baños y Botella, 2005). En este sistema de realidad virtual, se pueden usar y personalizar una serie de objetos y ambientes virtuales, de modo que tengan un significado para la persona. El objetivo es que estos mundos virtuales supongan una representación física de los significados y emociones personales que la persona asocia a diferentes situaciones problemáticas. Así, se puede escoger entre 5 escenarios diferentes pre-definidos: un desierto, una isla, un bosque, un paisaje nevado, y un prado. El uso específico de estos escenarios dependerá de los objetivos específicos de la sesión de terapia y pueden ser seleccionados por el terapeuta en tiempo real. En principio, los ambientes se diseñaron para diferentes emociones: así el desierto puede estar más relacionado con el enfado o ira, la isla puede usarse para inducir relajación, el bosque puede estar relacionado con ansiedad, el paisaje nevado con el ánimo triste, y el prado con la alegría. Además de poder cambiar el aspecto completo del ambiente virtual, el terapeuta y el paciente también pueden hacer diferentes

modificaciones del escenario y graduar su intensidad. De este modo, se pueden realizar diferentes efectos; arco-iris, lluvia, nieve, tormenta con rayos y truenos, también se puede cambiar el momento del día (y su iluminación correspondiente), y la música y los sonidos. Todos estos efectos y su intensidad pueden ser controlado y “disparados” por el terapeuta en tiempo real.

Además, en el mundo de EMMA se encuentra la “habitación de EMMA”, una estructura arquitectónica donde se sitúan diferentes herramientas. En primer lugar, está la “base de datos”. En ella el paciente puede seleccionar diversos elementos de diferentes categorías: objetos, vídeos, colores, imágenes. Estos elementos pueden colocarse en “peanas”, donde el paciente puede trabajar con estos símbolos, mezclándolos y asociándolos como quiera. Otra herramienta importante es “el libro de la vida”, un libro en el cual la persona puede escribir y re-escribir (con palabras, imágenes, objetos, colores, músicas,...) la experiencia emocional. Además, también contamos con el “procesador emocional”, en el que el paciente se puede liberar de los significados y emociones negativas asociadas con las experiencias aversivas.

El terapeuta acompaña en todo momento al paciente durante la sesión, y le ayuda en la personalización del ambiente virtual. Para ello utiliza otro ordenador que le permite controlar el aspecto del mundo virtual en todo momento.

A continuación presentamos un estudio de caso de un paciente al que se le aplicó este tratamiento.

El caso de JM

JM tenía 30 años y era Ingeniero de Telecomunicaciones. Acudió a consulta tras una ruptura sentimental. Su pareja le había

dejado después de dos años de relación, cuando habían acordado planificar la boda. JM estaba viviendo en Alemania por cuestiones de trabajo, pero tras la decisión de casarse se había trasladado a vivir a Valencia. Esto supuso para él cambiar de trabajo, ganar menos dinero, cambiar de ciudad y dejar toda la vida que tenía montada en Alemania. Una vez de vuelta a España, su novia le abandona sin “motivo alguno”, según informa. Como consecuencia, JM presenta un estado de ánimo muy decaído: ganas de llorar la mayor parte del día, casi todos los días; anhedonia,

apatía, sentimientos de culpa, dificultades para concentrarse, dificultades para tomar decisiones, fatiga y, en ocasiones síntomas de ansiedad (activación fisiológica) ante situaciones relacionadas con la pérdida o a la hora de dormir. Fue diagnosticado de un Trastorno Adaptativo mixto ansioso-depresivo. Tras dos sesiones de evaluación, recibió tratamiento durante 7 sesiones semanales. Los resultados obtenidos en diferentes pruebas, antes y después del tratamiento, y a los 3 y 6 meses de seguimiento, son expuestos en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Puntuación en cuestionarios.

	PRE	POST	S1	S2
Inventario de Depresión de Beck	21	0	0	0
Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) Afecto Positivo	16	32	37	38
Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) Afecto Negativo	27	13	10	10
Valoración del terapeuta: Interferencia (0-10)	5	0		
Valoración del terapeuta: Gravedad (0-10)	5	0		
Valoración del terapeuta: Global (0-10)	5	0		
Intensidad Ansiedad (0-10)	6	0		
Intensidad Tristeza (0-10)	6	0		
Intensidad Enfado (0-10)	5	0		
Intensidad Alegría (0-10)	1	8		
Intensidad Relax (0-10)	0	5		

Tabla 2. Puntuaciones en la Escala de Miedo/Malestar y Evitación (de 0 a 10).

	<i>Miedo/Malestar</i>				<i>Evitación</i>			
	PRE	POST	S1	S2	PRE	POST	S1	S2
<i>Salir con los amigos por la noche</i>	9	0	0	0	10	0	0	0
<i>Poder tomar decisiones</i>	7	2	0	0	7	2	2	0
<i>Centrarse en el trabajo</i>	6	1	0	0	6	0	0	0
<i>Pensar en momentos buenos con mi novia</i>	5	0	0	0	5	0	0	0
<i>Pensar en el momento de la ruptura</i>	9	1	2	0	9	0	1	0
<i>Pensar que me he equivocado</i>	5	0	0	0	5	0	0	0

Los componentes principales del programa de tratamiento que recibió JM fueron: un componente psicoeducativo, el afrontamiento de problemas, el libro de mi vida y la prevención de recaídas. También se incluyeron la exposición in vivo y estrategias paliativas para manejar los síntomas emocionales (entrenamiento en respiración lenta, técnicas de distracción, actividades agradables).

- a) *Psicoeducación*. En este componente se proporciona información acerca de las reacciones comunes a los acontecimientos estresantes. Además, se presenta la base lógica de las técnicas de tratamiento que se van a utilizar. Se informa que el objetivo fundamental de este programa es intentar ayudarle a superar el acontecimiento estresante y, al mismo tiempo, procurar que aprenda de lo sucedido. Esto es, se trata de intentar fortalecer a la persona y así fomentar su desarrollo y su crecimiento personal. Por otro lado, también se ofrece psicoeducación sobre el significado de las dificultades y los problemas y el impacto de los acontecimientos estresantes en nuestras vidas. Se introduce el significado “positivo” de tener problemas. Se insiste en la utilidad de los problemas para crecer psicológicamente y lograr una mayor autoeficacia personal y sabiduría.
- b) *Afrontamiento de problemas*. La lógica de este componente va más allá de lo que plantean D’Zurilla y Goldfried, (1971) en su orientación de solución de problemas. Aunque también se entrena a la persona en la generación de respuestas potencialmente eficaces ante la situación problemática, al estilo tradicional, el objetivo de este componente va mucho más allá, pretendiendo que el paciente llegue a percibir el acontecimiento estresante,

las dificultades o los problemas que ha experimentado (o está experimentando) desde otra perspectiva. Para ello se analiza el papel crucial que ha tenido y tiene la “resolución de problemas”, tanto en nuestra evolución como especie (el ser humano) como en nuestras vidas como individuos concretos. Se explican las enseñanzas sobre este tema de Karl Popper, un filósofo central del siglo XX. Frente a la postura tan extendida del “deseo imperioso y necesidad absoluta de ausencia de dificultades” (algo totalmente imposible), Popper hablaba acerca de la utilidad de los “problemas” e indicaba la conveniencia de adoptar una sana actitud de aceptación de las dificultades. Esta actitud supone entender que los problemas son necesarios, que *vivir es solucionar problemas*, que no puede existir vida sin problemas y sin capacidad para solucionar problemas. El ser humano, puede desesperarse, abatirse o deprimirse, o por otro lado, puede adoptar una actitud “filosófica”, de aceptación y de progreso: sabemos que no podemos dejar de tener problemas, incluso nos alegramos de tenerlos, pues son ellos los que nos hacen progresar. Para profundizar en el análisis acerca de encontrar otros posibles significados (positivos) al hecho de tener problemas y poder afrontarlos de manera más eficaz en el futuro, se empleó la estrategia de la “*Carta de proyección hacia el futuro*”: En esta tarea, basada en el trabajo de Neimeyer (2000), se le pide a la persona que dedique un tiempo a imaginarse a sí mismo/a dentro de 10 años (qué piensa que estará haciendo, dónde vivirá, cuál será su trabajo, qué personas habrá en su vida, qué cosas serán importantes para él/ella). Esta tarea debe hacerla al

menos durante 10 minutos unos 2 o 3 días. Después, tendrá que escribirse una carta a si mismo(a) desde el futuro. La carta la escribirá en segunda persona, como si le escribiese una carta a un amigo íntimo o a una persona muy querida. Se presta atención especialmente a aquellos aspectos de la carta que muestran que el paciente empieza a ver “más allá” de la situación actual, a las expectativas que tiene respecto al futuro y a los aspectos positivos. Se enfatiza la evolución del paciente desde el inicio del tratamiento, resaltando la metáfora del acontecimiento estresante como un viaje que tiene que proseguir una vez finalizada la terapia, pero señalando la importancia de empezar a considerar que hay no una “luz al final del túnel”; sino millones de luces y millones de posibilidades de funcionamiento personal y de vida distintas.

- c) *El libro de la vida*. Este es un componente fundamental para el trabajo de elaboración y asimilación del acontecimiento estresante y el aprendizaje a partir de él. El propósito del “Libro de Mi Vida” es ayudar al paciente a recordar y elaborar los acontecimientos significativos que le han sucedido en relación al acontecimiento adverso. Este componente está basado en las sugerencias de Neimeyer (2000) para el tratamiento del duelo. Para escribir este libro se pueden utilizar no sólo palabras, sino también distintos símbolos (como por ejemplo, fotografías, dibujos, frases, etc.). Se trata de intentar reflejar la situación traumática o adversa, la persona fallecida, la relación rota, etc. El “Libro de Mi Vida” ha sido pensado para que la persona pueda recuperar sus recuerdos, sus pensamientos, sus sentimientos y emociones, que muchas veces

generan confusión, dolor, o sufrimiento. Cuando la persona “se permite” traer a su mente todo aquello que le produce malestar, se da la oportunidad de corregir mucha de esa información que estaba mal almacenada en su memoria, es decir, se da la oportunidad de reelaborar significados alternativos a los que había elaborado. De esta forma, a una vez recuperados, puede empezar el proceso de aceptación de sus pensamientos, sus sentimientos y emociones. Finalmente, la persona podrá, “ordenar” y guardar esos pensamientos, sentimientos y emociones ya que son parte importante de su vida y ya no producen el mismo dolor o sufrimiento.

- d) *Entrenamiento en técnicas paliativas*. Como componente opcional, se ofrecen diversas estrategias para reducir los síntomas de ansiedad o de depresión, como el entrenamiento en “respiración lenta”, las “técnicas de distracción”, o la planificación de actividades agradables, para que pueda empezar a experimentar dominio y agrado en determinadas actividades que antes realizaba con normalidad.
- e) *Exposición*. Se trata de un componente a utilizar si se identifica que la persona evita determinadas situaciones, objetos, personas, sentimientos o pensamientos. Se subrayan las consecuencias negativas de la evitación y se elabora un listado de todas las cosas que la persona evita. A continuación se presenta la base lógica de la exposición y se construye la jerarquía de exposición.

En la primera sesión de tratamiento de JM, se le explicó su diagnóstico, en qué consiste un TA y porqué se produce. Posteriormente se le explicó la base lógica del tratamiento que se iba a aplicar. Además, como JM manifestó experimentar elevados niveles

de ansiedad y estado de ánimo depresivo, se le enseñó “Entrenamiento en respiración lenta”. En la primera sesión también se le explicó la lógica de la aplicación de Realidad Virtual “*El mundo de Emma*” y se le enseñó a utilizarlo, dando un paseo por el mundo virtual. JM era un gran usuario de las nuevas tecnologías (ingeniero de telecomunicaciones) y manifestó que creía que el programa informático podía resultar muy eficaz para su recuperación.

En la segunda sesión, se le explicó al paciente la base lógica de “El libro de la Vida” que se va a utilizar en el *Mundo de EMMA*. También se abordó el papel de los problemas en nuestras vidas, y el posible significado positivo que pueden tener en nuestro crecimiento como personas. Por otro lado, como JM indicó que las estrategias de respiración lenta “no me funcionan, no logro relajarme”, se optó por enseñarle “técnicas de distracción” para manejar los síntomas de ansiedad, concretamente, el recrearse en recuerdos agradables (ajenos a su relación de pareja). Por otro lado, y para mejorar el estado de ánimo se explicó el papel de los síntomas depresivos como mantenedores de su problema y la importancia de la actividad y de la planificación de actividades agradables. Se planificaron actividades positivas, estrategia que según manifestó posteriormente “me ayudó mucho a empezar a hacer cosas”.

En la tercera sesión se comenzó a trabajar el “Libro de la Vida” que había redactado el paciente, referido a la relación con su pareja. El paciente comentó que cuando empezó a escribir el libro de la vida, le permitió reorganizar toda la información en su cabeza. Asimismo, le ayudó a ser “más objetivo” y desmitificar la figura de su exnovia, pues, a la hora de narrar los hechos, empezó a recordar también defectos de ella y ver que la relación no había sido “tan” positiva. Esto, a su vez,

contribuyó a que el sentimiento de culpa disminuyera.

En la tercera sesión también se presentó la Base lógica de la Exposición en vivo y construcción de la jerarquía. La exposición en vivo se empleó con el objetivo de generalizar los resultados obtenidos en imaginación. También le resultó muy eficaz y le ayudó a tomar conciencia de la situación actual.

En las sesiones posteriores se trabajaron estrategias de aceptación, elaboración, asimilación y reconstrucción de significado del acontecimiento de la ruptura, utilizando el “*Mundo de EMMA*”. Según informó “el programa agilizó en gran medida mi recuperación”; “creo que fue un proceso muy rápido. A pesar de que la sesión me parecía dura, me iba a casa con buen ánimo”; “me motivaba mucho trabajar con instrumentos informáticos”; “me resultaba más fácil expresar emociones con los entornos virtuales y los dispositivos que contenía el sistema. Utilizamos fotografías de mi ex novia y el escenario de la playa como entorno que me evocaba recuerdos. He experimentado sensaciones muy positivas y me ha agradado, ahora no me encuentro triste”.

Según refiere, también le ayudó mucho el empleo de objetos del entorno virtual. Los símbolos que eligió fueron:

- *Espada*: “Representa mi espíritu luchador y mi forma de ser, ya que siempre lucho por lo que creo o por las personas que quiero”.
- *Caja de regalo*: “Representa la unión y la forma de ser de mi familia ya que refleja el estado en el que estamos siempre, unidos y pensando siempre en los demás, siempre tenemos detalles para los demás”.
- *Sofá*: “Representa los buenos momentos de relax, paz y tranquilidad que he compartido con mi ex novia, sobre todo,

cuando hemos planificado muchas cosas sobre nuestro futuro, nuestra forma de ser, de plantearnos la vida, la familia que íbamos a tener, etc.”

- *Cruce de caminos*: “Para mi representa las muchas decisiones que he tenido que tomar en la vida, a nivel de estudios, trabajo, etc. Aunque me podido haber equivocado en alguna, siempre he sacado conclusiones positivas.”

También incluyó en el sistema fotografías de su novia. Se utilizó el entorno virtual de la playa para evocar recuerdos con su pareja en su casa de veraneo, y también se utilizaba como entorno de relajación, al finalizar las sesiones. Se produjeron importantes descargas emocionales en los diferentes entornos virtuales. Por otro lado, también se representaron tanto el cambio de su situación, como todos los cambios en su vida como consecuencia de la ruptura. Para abordar estos aspectos, se utilizaron metáforas. Con la que más se identificó fue con la imagen del pozo: “Es así como me sentía como consecuencia de la ruptura”.

Con respecto a las estrategias de aceptación del problema, indicó que le fueron muy útiles como punto de partida para cambiar su actitud de negación del problema, le sirvió para aceptar, fundamentalmente, los pensamientos y emociones que no toleraba (pensar en los momentos buenos que tuvo con su novia, pensar en los momentos de la ruptura, pensar que el se había podido equivocar en algo, etc.). Asimismo, para la aceptación y el cambio de significado fue muy útil la resiliencia, extrayendo cosas que había aprendido de su relación y cosas que había enseñado a su novia. Además pude ver otras cosas buenas que había aprendido de mi relación y que me había enseñado mi ex novia.

En la última sesión se le pidió que escribiera una carta de proyección del futuro, para

tener nuevas expectativas de vida. Todas las sesiones fueron grabadas en audio y posteriormente el paciente las escuchaba durante la semana. Según indicaba JM, el hecho de escuchar la cinta de cada una de las sesiones hizo que el proceso de aceptación fuese mucho más rápido.

Discusión

El tratamiento que se ha expuesto en este trabajo, mediante el caso de JM, supone el uso de las nuevas tecnologías como herramientas de gran utilidad para promover el cambio terapéutico. “El mundo de EMMA” es un “dispositivo emocional”, que pretende favorecer el desarrollo de “narrativas vitales” que tengan impacto emocional para el empleo en terapia psicológica. Este “dispositivo emocional” fue inicialmente diseñado para el tratamiento del TEPT, el Duelo patológico, y posteriormente se extendió a los TA.

En el tratamiento de cada uno de estos trastornos psicológicos las aplicaciones virtuales que se utilicen han de ser flexibles, de manera que a través de los escenarios exista la posibilidad de evocar los diferentes eventos estresantes en cuestión. Así, con “*El mundo de EMMA*” se pueden usar símbolos y aspectos que representen el acontecimiento traumático o estresante, que evoquen reacciones emocionales que ayuden a alcanzar el procesamiento emocional del mismo y que además serán variables entre unas personas u otras. Como se ha mencionado anteriormente, nuestro grupo de investigación ha adoptado esta perspectiva consistente en diseñar ambientes clínicamente significativos y personalizados para cada paciente, atendiendo al significado de la experiencia negativa de cada uno de ellos. Todo lo anterior continua manteniendo las ventajas de los sistemas virtuales tradicionales que simulan la realidad ya señaladas en otros tra-

bajos de revisión llevados a cabo por nuestro grupo (por ejemplo, Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998; Botella, Quero *et al.*, 2004) y por otros autores (por ejemplo, Wiederhold y Wiederhold, 1998; Zimand *et al.*, 2003). Por ejemplo, la terapia se da en un ambiente protegido y seguro para el paciente. Pero además, en este sistema adaptable, el terapeuta y el paciente pueden representar de forma específica la experiencia sufrida de acuerdo a las necesidades particulares de la terapia.

La meta de “*El mundo de EMMA*” es proporcionar un “contexto seguro y atemporal”, donde la persona pueda afrontar la situación adversa y aprender a manejar y regular las emociones negativas asociadas con ella. Se pretende no sólo que la persona logre superar el acontecimiento estresante y las consecuencias que éste ha tenido en tu vida, sino también que pueda aprender de lo sucedido, de forma que salga fortalecida de esta situación. El objetivo es ayudar a estas personas a procesar de forma adecuada las emociones y experiencias que les perturban, y a aprender a vivir desde otra perspectiva.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*. Washington, DC: APA. (Traducción española: *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson, 1995).
- American Aroz, D.L. y Carrese, M. (1996) *Solution-Oriented Brief Therapy for Adjustment Disorders: A Guide for Providers under Managed Care*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Baños, R., Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Osma, J. y Lasso de la Vega, N. (2005). Using “traditional” strategies in a “virtual world” for the treatment of pathological grief. Ponencia presentada en *Cybertherapy*. Basilea (Suiza), Junio 2005.
- Benton, T.D., y Lynch, J. (2005). Adjustment Disorders. Consultado en: <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm>.
- Botella, C., Baños, R.M., García-Palacios, A., Quero, S., Guerrero, B. y Liaño, V. (2005). Using “traditional” strategies in a “virtual World” for the treatment of pathological grief. Ponencia presentada en el *5th International Congress of Psychotherapy*. Goteborg, Suecia.
- Botella, C., Baños, R., Perpiñá, C. y Ballester, R. (1998). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 5-26.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García-Palacios, A. y Riva, G. (2004). Virtual Reality and Psychotherapy. En G. Riva, C. Botella, P. Legeron, G. Optale (Eds.), *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience* (págs. 37-54). Amsterdam: IOSS Press.
- Botella, C., Quero, S., Lasso de la Vega, N., Baños, R.M., Guillén, V., García-Palacios, A. y Castilla, D. (2006). Clinical issues in the application of virtual reality to the treatment of PTSD. En M. Roy (Ed.), *New Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. NATO Security Through Science Series, 6*. Amsterdam: IOSS Press.
- Casey, P., Dowrick, C., y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychology*, 179, 479-481.
- Despland, J.N., Monod, L. y Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of adjustment

- disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry* 36, 454-460.
- Difede, J. y Hoffman, H. (2002). Virtual reality exposure therapy for World Trade center post-traumatic stress disorder: a case report. *Cyberpsychology & Behavior*, 5, 529-535.
- D'Zurilla, T.S. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 117-126.
- Fabrega, H., Mezzich, J.E., y Mezzich, A.C. (1987). Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM. *Archives of General Psychiatry* 44, 567-572.
- Gómez Macías V., De Cós Milas A., García Blanco C., García Sánchez F., Ballesteros García, M., Jiménez Ávalos, M.C. (2006). Trastornos adaptativos: factores estresantes en el momento actual. *Interpsiquis*.
- Greenberg, W.A., Rosenfeld, D.N. y Ortega, E.A. (1995). Adjustment disorder as an admission diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 459-461.
- Kryzhanovskaya, L. y Canterbury, R. (2001) Suicidal Behavior in Patients with Adjustment Disorders. *Crisis*, 2 (3), 125-131.
- Neimeyer, R.A. (2000). *Lessons of Loss*. Keystone Heights, Florida: PER (Traducción española: *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós, 2002).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
- Portzky G, Audenaert K. y van Heeringen K. (2005). Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 87(2-3), 265-70.
- Rey, B., Montesa, J., Alcañiz, M., Baños, R. y Botella, C. (2005). A Preliminary Study on the Use of an Adaptive Display for the Treatment of Emotional Disorders. *Psychology Journal*, 3, 101-112.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. y Ready, D. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 62, 617-622.
- Schnyder U. y Valach L. (1997) Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *General Hospital Psychiatry*, 19, 119-129
- Seligman, M. E, Steen, T., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Seligman, M.E. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Strain, J.J. (1995). Adjustment disorders. En G.O, Gabbard (Ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders (2ª Ed.)*. Washington, DC: APA Press.
- Strain, J.J., Smith, G.C., Hammer, J.S. et al. (1998). Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 139-149.
- Van der Klink, J.L.J., Blonk, R.W.B., Schene, A.H. y van Dijk, F.J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-437.
- Vera, B., Carbelo Baquero, B, y Vecina, M. (2006) La experiencia traumática des-

- de la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 40-49.
- Wiederhold, B.K. y Wiederhold, M.D. (1998). A review of virtual reality as a psychotherapeutic tool. *Cyberpsychology & Behavior*, 1, 45-52.
- Zimand, E., Rothbaum, B., Tannenbaum, L., Ferrer, M. S. y Hodges, L. (2003) Technology meets psychology: Integrating virtual reality into clinical practice. *The Clinical Psychologist*, 56, 5-11.
- Zoellner, T. y Maercker, A. (2006). Post-traumatic growth and psychotherapy. En L. Calhoun y R. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Nueva York: Erlbaum.