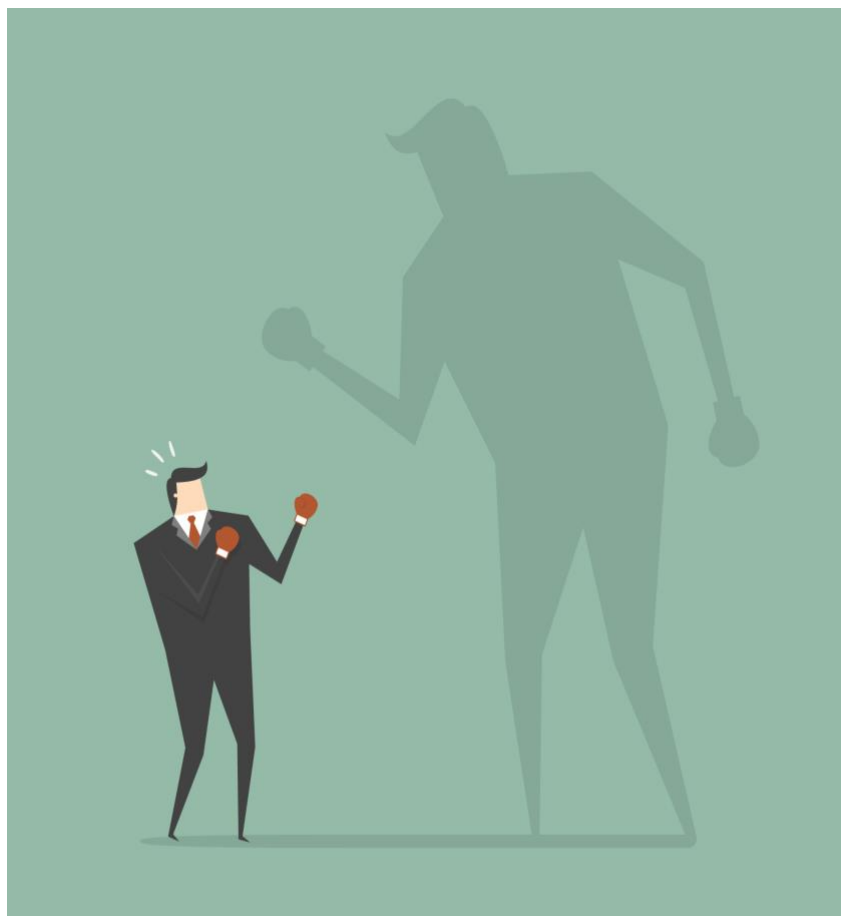


En este apartado hablaremos de las **terapias de exposición** y de su aplicación en el campo de la oncología.

Terapias de exposición

Conocimientos básicos para psicooncólogos

Los **miedos** o las **fobias** pueden tener **consecuencias graves** en los **pacientes oncológicos**: retraso en la detección del cáncer e interferencia en la aplicación de pruebas diagnósticas y tratamientos. Es importante, pues, que los psicooncólogos dominemos diferentes procedimientos de exposición. En este documento se explicará **qué son y cómo se adquieren las fobias**, qué **miedos y fobias** son **más importantes** en oncología y qué tipos de técnicas se pueden emplear: la **desensibilización sistemática**, la **tensión aplicada de Öst**, la **exposición prolongada o inundación** y la **exposición interoceptiva**, entre otras.



QUÉ SON Y CÓMO SE ADQUIEREN LAS FOBIAS

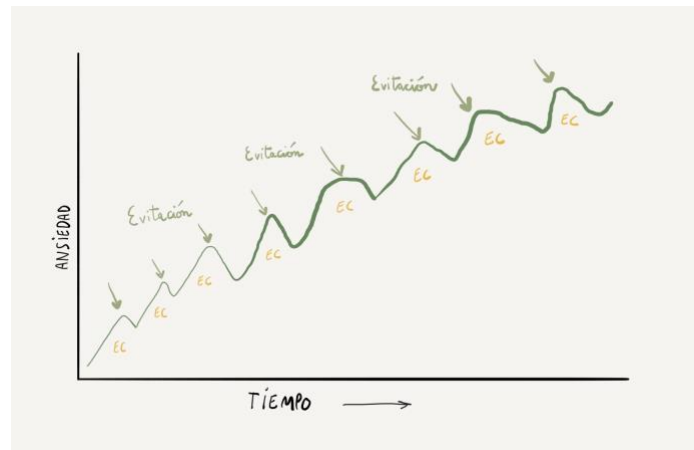
La **experiencia del miedo es común y universal** (Marks, 1987, citado en Fernández-Arias, 2019) y **se expresa en todos los niveles de respuesta** (cognitivo, motor y fisiológico). El miedo es adaptativo cuando se activa de manera compensada y específica, va seguido de un afrontamiento adecuado y no interfiere en la vida de las personas. Hablamos de **fobia cuando la experiencia de miedo o ansiedad es desproporcionada** (independientemente del nivel de respuesta), no puede ser explicada o razonada por el individuo, persiste a lo largo del tiempo y es **desadaptativa** (Fernández-Arias, 2019)

Existen varios tipos de trastornos fóbicos: las fobias específicas, la fobia social y la agorafobia (Fernández-Arias, 2019). El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) afirma que en todos ellos las situaciones o estímulos fóbicos son evitados o se resisten con un elevado miedo o ansiedad.

Las fobias pueden **adquirirse mediante la experiencia directa**, por **modelado o aprendizaje vicario**, e incluso por **informaciones verbales o advertencias**. Es importante destacar que muchos pacientes no recuerdan cómo empezó el problema porque este no tuvo un inicio traumático, sino insidioso y progresivo. No es tan importante, pues, encontrar el origen de dicha fobia, sino ver qué conductas son las que la mantienen: evitación, escape, conductas de seguridad o defensivas. Estas actúan como un reforzamiento negativo, disminuyendo la ansiedad y el miedo que produce el estímulo fóbico (Cruzado, 2014). Es por ello, que el abordaje terapéutico incluirá siempre la exposición a dicho estímulo o situación.

Es importante que expliquemos a nuestros pacientes la necesidad de la exposición. Para ello se puede hacer uso de estos dos gráficos adaptados de Cruzado (2014) que explican como se adquieren las fobias y el proceso de habituación al miedo (*figura 1 y figura 2*).

PSICOEDUCACIÓN

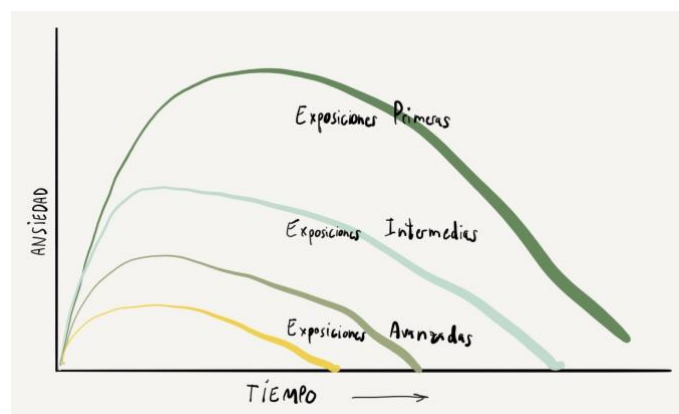


Explicación que daríamos, por ejemplo, a un paciente con claustrofobia sobre el **proceso de formación de la fobia**: “Este gráfico explica lo que te pasa cada vez que tienes la expectativa de entrar en un espacio cerrado.

Como ves cada vez que sabes, por ejemplo, que tienen que hacerte una resonancia magnética (EC), tu ansiedad aumenta... Tienes tales niveles de ansiedad que decides evitarlo... Lo que pasa cuando evitamos es que la ansiedad disminuye y nos sentimos más tranquilos. El problema es que, como ves en el gráfico, la próxima vez que tenemos la expectativa de entrar en un espacio cerrado tenemos más ansiedad que la última vez. Y así sucesivamente... Y es que, con el tiempo, el miedo que nos producen los espacios cerrados va aumentando... Incluso podemos tener miedo a espacios que antes no nos lo producían. Esto último se llama **generalización** y es muy frecuente y normal que se de”.

Figura 1. Cómo se adquieren las fobias. Adaptado de Cruzado (2014)

PSICOEDUCACIÓN



Explicación que daríamos, por ejemplo, a un paciente con claustrofobia sobre el **proceso de habituación al miedo**: “La manera de romper con el gráfico anterior e invertirlo es exponiéndonos a los que nos da miedo. Cuando lo hagamos sentiremos mucha ansiedad, pero poco a poco esta irá disminuyendo porque te habituarás a la situación... No va a ser fácil porque hay que llegar a un nivel máximo de ansiedad y sostenerlo, pero luego esta baja”

Figura 2. Proceso de habituación al miedo. Adaptado de Cruzado (2014)

MIEDOS Y FOBIAS MÁS IMPORTANTES EN ONCOLOGÍA

Los miedos y las fobias más frecuentes en cáncer según Cruzado (2010) son los indicados en la *figura 3*.

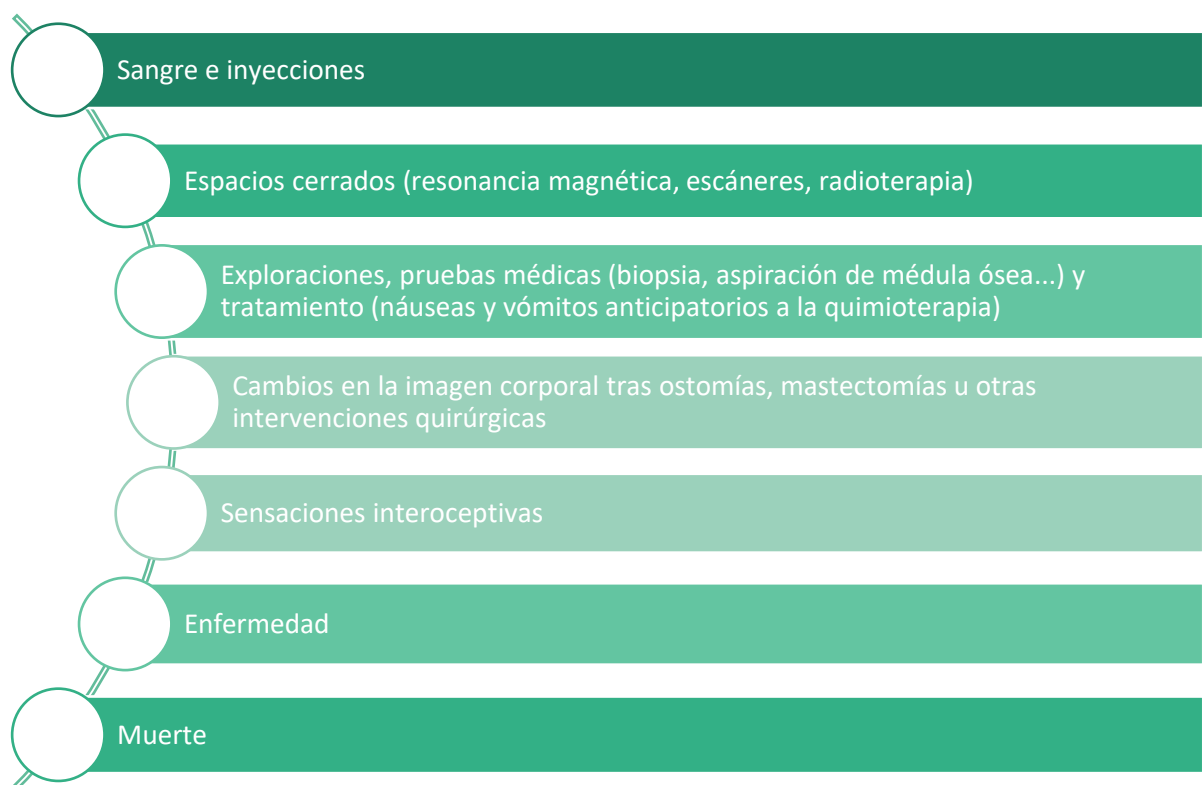


Figura 3. Principales miedos y fobias en los pacientes oncológicos

Cabe destacar que las técnicas de exposición pueden ser muy útiles también para tratar otros trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad social) y el trastorno de estrés postraumático, que se encuentran frecuentemente en la práctica clínica (Cruzado, 2010).

¿EN QUÉ CONSISTEN LAS TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN?

El **objetivo** de las técnicas de exposición es **que el paciente afronte de manera sistemática y deliberada las situaciones** (p.ej. espacios cerrados) **o estímulos internos** (p.ej. miedo a quedarse sin aire) **que le generan ansiedad** u otras emociones negativas y/o que le provocan el impulso de realizar una acción determinada (p.ej., lavarse las manos). El paciente deberá permanecer en la situación o afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente y/o hasta que compruebe que aquello que anticipa no ocurre (Bados y García Grau, 2011).

La clave del tratamiento, más que frenar la evitación o el escape, es impedir que estos se conviertan en una señal de seguridad por asociarse a una disminución de la ansiedad (Echeburúa, Corral, y Ortiz, 2008). Debemos dar al paciente la oportunidad de aprender que la ansiedad puede reducirse sin la evitación (Cruzado, 2014).

Los mecanismos que explican la reducción del miedo experimentado por el paciente a través de la exposición son tres (Mathews, Gelder y Johnston, 1985, citados en Echeburúa, Corral, y Ortiz, 2008):

- La habituación (desde una perspectiva psicofisiológica).
- La extinción (desde una perspectiva conductual).
- El cambio de expectativas (desde una perspectiva cognitiva).

Pero, ¿cuál es entonces la diferencia entre la exposición y la desensibilización sistemática (DS) si su objetivo es el mismo (reducir las respuestas de ansiedad y las conductas motoras de evitación)? La diferencia radica en que la **exposición** se explica a través del mecanismo de **habituación** y la DS, que fue propuesta por Wolpe en los años cincuenta, se basa en los principios de **inhibición recíproca** y **contracondicionamiento**.

La inhibición recíproca tiene su fundamento en el concepto fisiológico de Sherrington (1961, citado en Labrador y Crespo, 2008), el cual afirma que dos estados fisiológicos incompatibles no pueden tener lugar de manera simultánea (por ejemplo, la ansiedad y la relajación). Por su parte el contracondicionamiento señala que, al asociar un estímulo ansiógeno con una respuesta incompatible, se facilita el condicionamiento, sustituyéndose la respuesta de ansiedad por la respuesta incompatible.

Es importante destacar que tanto la DS como la exposición son técnicas que pueden hacerse en vivo o en imaginación y que pueden jerarquizarse.

PROCEDIMIENTOS DE EXPOSICIÓN

Aunque para diagnosticar una fobia, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ya no considera necesario el **criterio de irracionalidad**, sí que es **imprescindible** que el paciente reconozca que el miedo es irracional y desproporcionado **para emplear la exposición**. Si el paciente cree por ejemplo que se va a quedar sin aire durante la resonancia magnética, debemos modificar primero esta cognición para luego exponerle (Cruzado, 2014).

Como hemos visto en el anterior apartado, las técnicas de exposición pueden variar según se utilice o no una respuesta incompatible con la ansiedad, pero también según se gradúe o no la exposición (exposición gradual vs. inundación). Se recomienda empezar por situaciones o estímulos que generen niveles bajos o medios de ansiedad para garantizar la adherencia del paciente y para evitar la incubación del miedo.

Bados y García Grau (2011) describen varios tipos de exposición (*ver Tabla 1*).

Tabla 1.
Tipos de exposición

TIPOS	CONSISTE EN...
Exposición en vivo	Exponerse sistemática y deliberadamente a las situaciones temidas en el contexto real
Exposición en imaginación	Imaginar que se están afrontando las situaciones temidas y/o que se están experimentando los estímulos internos que generan ansiedad. Imaginar con precisión el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas
Exposición interoceptiva	Exponerse a las sensaciones corporales que se temen (p.ej. falta de aire) mediante la realización de unos ejercicios (p.ej. retener la respiración)

Exposición mediante ayudas audiovisuales	Exponerse empleando fotos, vídeos, sonido o diapositivas . Se suele emplear de manera complementaria a las otras modalidades de exposición.
Exposición usando la escritura	Escribir sobre los sucesos que generan ansiedad (p.ej. acontecimientos traumáticos, pesadillas u obsesiones)
Exposición mediante realidad virtual	Exponerse, mediante ordenadores y un casco o gafas especiales o mediante un ambiente virtual automático computarizado , a los estímulos o situaciones temidas de un modo vívido y presencial. Se consigue que lo que el paciente ve y oye esté influido por lo que hace. De este modo, se suscitan emociones similares a las que se dan en la exposición en vivo.
Exposición simulada (también conocida como ensayo conductual o <i>role-playing</i>)	Exponerse a situaciones sociales problemáticas que son simuladas o reproducidas en la sesión (p.ej. pedir a alguien que te devuelva el dinero que le prestaste)

Nota. Elaborado a partir de Bados y García Grau (2011)

Desensibilización sistemática (DS)

En primer lugar, es importante mencionar que **para la aplicación** de esta técnica es **necesario que** (Cruzado, 2014):

- Los **estímulos o situaciones fóbicas sean graduables** (de niveles bajos o medios a niveles altos de ansiedad).
- El paciente tenga **una fobia específica o pocas**.
- Los **niveles crónicos de ansiedad sean bajos**.

En caso de que no se den las condiciones anteriores deberíamos emplear la exposición prolongada o inundación.

Como se ha comentado anteriormente, la **DS consiste en exponer al paciente de manera gradual, progresiva y repetitiva a aquello que le suscita miedo, utilizando una respuesta incompatible con la ansiedad durante la exposición** (Cruzado, 2014). Es importante destacar que son muchas las respuestas incompatibles que se pueden emplear (autoaserción, distracción, imaginación...), pero que la más usada es la relajación porque es fácil y rápida de aprender y puede aplicarse en cualquier situación. En caso de que el paciente ya disponga de alguna estrategia para

relajarse que cumpla las condiciones de eficacia, rapidez y facilidad de aplicación sería bueno emplearla en la DS (Labrador y Crespo, 2008).

En la figura 4 se explica el procedimiento a seguir.

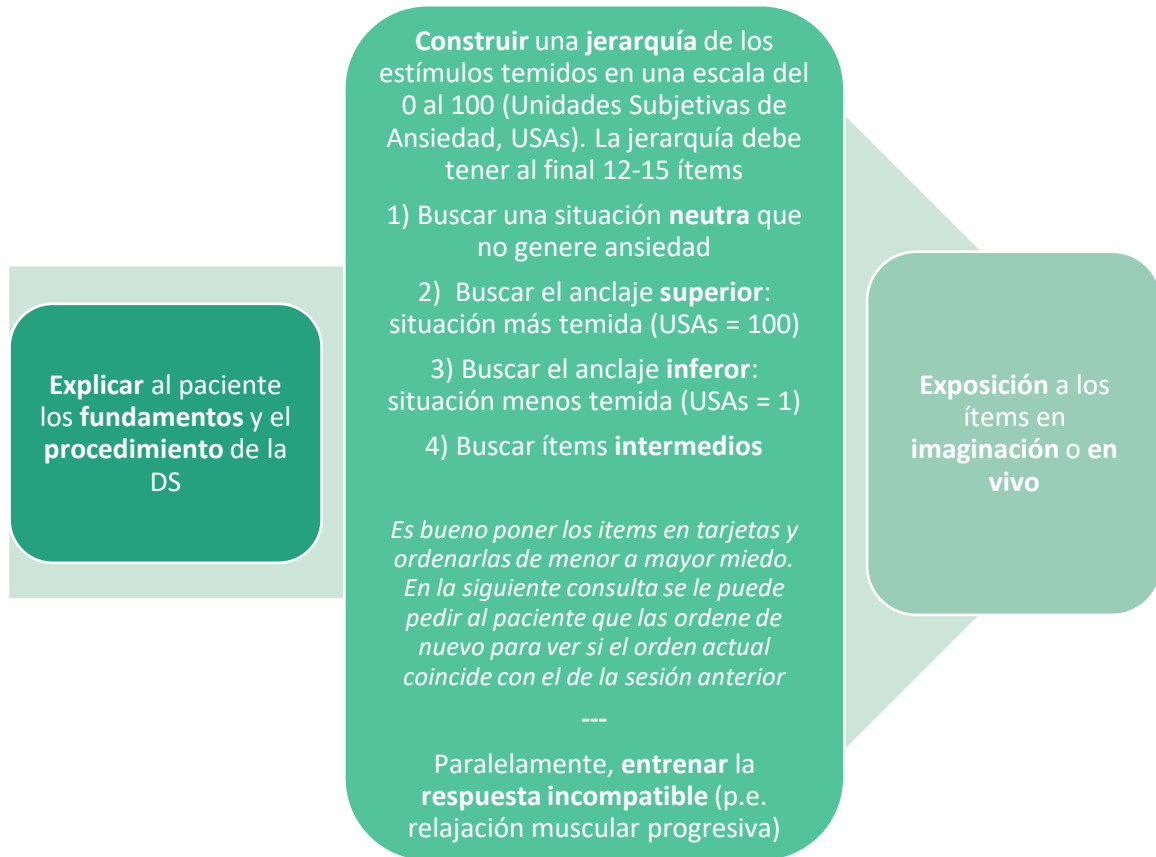


Figura 4. Procedimiento a seguir en la DS

Una sesión de **DS en imaginación** se desarrolla de la siguiente manera (Cruzado, 2014):

- 1) Inducir el estado de relajación en el paciente.
- 2) Presentarle el primer ítem de la jerarquía (5-7 segundos) y terminar la presentación. Es importante entrenar al paciente en imaginación para que se imagine el estímulo o la situación con todo lujo de detalles. Se pueden emplear algunos sonidos relacionados con la escena (p.ej. ruido de la resonancia magnética).
- 3) Preguntarle por su nivel de ansiedad del 0 al 100.
- 4) Volver a la relajación.
- 5) Presentar el primer ítem de nuevo, pero más tiempo (10-15 segundos).

El proceso debe repetirse hasta que el paciente indique dos veces seguidas que su nivel de ansiedad es de 0 USAs. Si el paciente refiere niveles altos de ansiedad (≥ 25 USAs) se le debe pedir que deje de imaginar y se relaje. A continuación, le presentamos el ítem anterior de la jerarquía

para ver si está bien desensibilizado. De estarlo, volvemos al ítem que nos ha llevado problemas. En caso de que vuelva a presentar un nivel alto de ansiedad se le pide, de nuevo, que deje de imaginar y se relaje, y examinamos el contenido de la imagen para ver si se ha modificado. Si la imagen no se ha modificado sería necesario reestructurar la jerarquía, añadiendo un ítem intermedio.

En una sesión se pueden trabajar 3 o 4 ítems (30-45 minutos) y es importante terminar siempre en positivo, con un ítem que esté desensibilizado. En la siguiente consulta debemos empezar la DS por el último ítem desensibilizado en la sesión anterior.

Es importante destacar que la DS en imaginación debe complementarse con la **DS en vivo** para conseguir una adecuada generalización. Podemos empezar a introducir la DS en vivo cuando hayamos llegado a la mitad de los ítems de la jerarquía (Cruzado, 2014). Esta modalidad de DS se usa con más frecuencia, siendo más eficaz y actuando de manera más rápida. No obstante, la DS en imaginación presenta como ventaja una mayor facilidad y flexibilidad a la hora de su aplicación, pudiéndose realizar en la consulta o en casa. Además, permite una mejor graduación de los ítems y un mejor control de los estímulos, que la DS real (Labrador y Crespo, 2008).

En Psicooncología la DS en vivo se emplea, entre otras:

- **Para la ansiedad y las náuseas anticipatorias a la quimioterapia.** Se trata de asociar el tratamiento con una sensación de tranquilidad. Como siempre, se empieza por una situación que genera una ansiedad mínima. Algunos ítems de la jerarquía podrían ser: (1) En casa, una semana antes del tratamiento (5USAs); (2) En casa, el día anterior al tratamiento (10USAs); (3) Camino del hospital (15USAs); (4) En la puerta del hospital (20USAs), etc.

El programa de preparación para la quimioterapia expuesto en el apartado de la página web "*Técnicas de desactivación*" se basa, también, en el principio de contracondicionamiento de la DS.

- **Para el miedo a los espacios cerrados (resonancia magnética).** Lo ideal sería emplear la visualización como respuesta incompatible. Se podría hacer una DS en imaginación al principio y podríamos ayudar al paciente a ponerse en la situación colocándole toallas en la cara y un audio con el ruido que hace la resonancia.



- **Tras una mastectomía.** Deben pasar al menos 48h desde la cirugía para iniciarla. El objetivo es que tanto la paciente como su pareja se habitúen al cambio de imagen corporal.
- **Para el vaginismo,** mediante la introducción progresiva de dilatadores de distintos tamaños y con el objetivo de sustituir el dolor por el placer y los espasmos por la relajación. El tratamiento no incluiría solo la DS vaginal, sino que constaría de las siguientes partes (Cruzado, 2019):
 1. **Exploración de la fobia.**
 2. **Educación sexual.**
 - **Información sobre la contracción de la vagina como un reflejo involuntario** (con el objetivo de desculpabilizar a la paciente).
 - **Psicoeducación** sobre la función sexual, la anatomía genital y la fisiología y la conducta sexual.
 3. **Tour guiado (auto-exploración):** la paciente en posición semi-sentada, las piernas separadas y un espejo frente la vulva explora sus genitales con el médico, que le va explicando la anatomía y la fisiología.
 4. **Control de los músculos abductores y del isquio-coxígeo:**
 - **Ejercicios de relajación para los músculos abductores (para relajarse antes de la penetración vaginal):** el médico mantiene juntas las rodillas de la paciente firmemente mientras ella intenta separarlas. Poco a poco se va dejando que las separe.
 - **Ejercicios de contracción y relajación de Kegel:**
 - Se le indica a la paciente que, en el baño y con las piernas separadas al máximo, empiece y luego detenga el flujo urinario para que se haga consciente del músculo pubocoxígeo (este se contrae para impedir orinar y se relaja cuando orinamos). Se pasará a los ejercicios siguientes cuando esta sea capaz de cortar y dejar fluir el chorro de orina a voluntad.
 - Los **ejercicios** son los siguientes: (1) **ejercicios lentos de Kegel** (apretar el músculo pubocoxígeo y retenerlo, como lo hacía al detener la orina, relajándolo pasados 3 segundos); (2) **ejercicios rápidos de Kegel** (apretar y relajar el músculo tan rápido como sea posible); (3) **aspirar y empujar** (tirar hacia arriba toda el área pélvica como si quisiera retener agua dentro de los genitales y después empujar hacia fuera, como si quisiera expulsarla). **3 ejercicios x 10 repeticiones x 3 series al día** (cada semana se van añadiendo 5 repeticiones más; de este modo en la segunda semana la serie sería **3 ejercicios x 15 repeticiones x 3 series al día**).
 - **DS vaginal.**
 - **Paso 1: inserción, bajo estado de relajación, del dedo y de los dilatadores.** Se realiza en casa, en privado, en un ambiente relajado y no sexual. Los dilatadores se cubren con agua tibia y lubricante soluble. Mientras tiene el dilatador, conviene que practique los ejercicios de Kegel. Progresivamente, se introducirán dilatadores de mayor tamaño.

Si la paciente no puede relajarse lo suficiente como para colocar el dilatador más pequeño se puede recetar propranolol o alprazolam.

- **Paso 2: compartir el control con su pareja.** Permitir que sea la pareja quien introduzca los dilatadores, manteniendo ella el control de la velocidad a la que lo realiza.
- **Paso 3: inserción del pene con el control de la paciente** (sentada o de rodillas encima de su pareja es ella quien introduce el pene).
- **Paso 4: la pareja pasa a controlar la inserción del pene.**

Durante la terapia se recomienda **abstenerse del coito**. En la DS vaginal se pide a la paciente que practique 10-15 minutos cinco veces a la semana. Las sesiones se realizan cada dos semanas.

Por último, comentar brevemente que se puede realizar una **DS en grupo, una DS por contacto** y una **mediante realidad virtual**:

- **DS en grupo.** Labrador y Crespo (2008) recomiendan hacerla con un grupo reducido de pacientes (4 o 6), que compartan el mismo problema de ansiedad. Se debe intentar conseguir una jerarquía con la que todos los sujetos se identifiquen, así como indicar a los participantes del grupo que si un ítem les causa ansiedad deben comunicarlo al terapeuta y pasar a relajarse de manera inmediata. La progresión se ajusta, obviamente, al miembro más lento y la exposición puede realizarse mediante simulaciones, *role-playing* o en imaginación (Cruzado, 2014). Es especialmente útil en caso de problemas de asertividad, miedos a la interacción social o a hablar en público. Además, se aprovecha el **efecto del modelado**. Sus ventajas son claras: **reducción de tiempo y costos** (Labrador y Crespo, 2008).
- **DS por contacto (modelado participante o participativo).** En este caso hay una persona que sirve de modelo, normalmente el mismo terapeuta, que se expone a las situaciones temidas antes que el paciente. Posteriormente, el paciente se expone en compañía del psicólogo quien le ayuda guiándole físicamente (p.ej. cogiéndole la mano para que toque una jeringuilla) o verbalmente. La presencia y las ayudas del terapeuta se retiran paulatinamente y el paciente tiene que exponerse por sí mismo (Labrador y Crespo, 2008).

Tensión aplicada de Öst

Esta técnica se emplea cuando el paciente presenta una **fobia a la sangre-inyección-lesión**. Cabe destacar que en esta son frecuentes la presencia de mareos, sudor, palidez, náuseas y desmayos. A diferencia de las otras fobias, su patrón fisiológico de respuesta es distinto: hay una **respuesta difásica** en la que existe primero una activación del sistema nervioso simpático (como en las otras fobias), pero que en este caso es seguida de una caída de la presión sanguínea y del ritmo cardiaco (activación del sistema nervioso parasimpático), que es lo que puede conducir al desmayo (Bados, 2015).

La tensión aplicada de Öst es una técnica que **permite enseñar** al paciente a **identificar** los primeros **signos de pérdida de presión y a aplicar** una respuesta incompatible a la disminución de la presión sanguínea: la **tensión muscular** (Cruzado, 2014). Vemos, pues, que es un tipo de DS.

El procedimiento consta de cinco sesiones (ver figura 5).



Figura 5. Procedimiento de la técnica de la tensión aplicada de Öst. Elaborado a partir de Cruzado (2014)

Exposición prolongada o inundación

Como se ha comentado anteriormente, este tratamiento puede aplicarse en aquellos pacientes que tengan **niveles de ansiedad elevados, donde no es posible realizar una jerarquía de miedos graduada desde niveles bajos (<20 USAs)**, así como en aquellos **casos que se presenten cuatro o más fobias** (Cruzado, 2014). Se emplea frecuentemente en pacientes que presentan trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo e hipocondría (Bados y García, 2008 y Echeburúa et al., 2008, citados en Cruzado, 2014). No obstante, está contraindicado emplearlo en pacientes que no toleran niveles altos de activación, que presentan psicosis, una marcada depresión, riesgo de suicidio, deterioro cognitivo o problemas médicos importantes, como, por ejemplo, algún trastorno cardíaco o cáncer avanzado. Tampoco debería emplearse con mujeres embarazadas (Bados y García Grau, 2011).

Es importante destacar que, aunque a veces no se pueda emplear una jerarquía porque todas las situaciones provoquen niveles de ansiedad parecidos, siempre puede existir cierto nivel de jerarquización. Podemos, pues, construir una jerarquía que empiece por niveles medios de ansiedad (40-50 USAs) o inventar una graduación que consista en añadir de modo progresivo más detalles, pensamientos, emociones y sensaciones somáticas a la escena.

La exposición prolongada puede ser **en vivo o en imaginación** (Bados y García Grau, 2011) y se puede exponer al paciente a las siguientes situaciones (Cruzado, 2014):

- **Situaciones externas** como el hospital, la sala de quimioterapia, espacios estrechos, multitudes, etc.
- **Situaciones imaginarias o pensamientos.** Los miedos pueden estar ocasionados por pensamientos o imágenes, como en el trastorno obsesivo-compulsivo, en el trastorno de ansiedad generalizada o en el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Por tanto, dichas imágenes u ideaciones deben incluirse en la exposición.
- **Estímulos interoceptivos o sensaciones fisiológicas.** Se emplea con pacientes que presentan ataques de pánico.
- **Situaciones catastróficas** que los pacientes han de imaginar, como volverse loco, llegar a causar daño a otros o sufrir deformidades.
- **Situaciones traumáticas.** En pacientes que han sufrido situaciones traumáticas o altamente estresantes, hablar o escribir sobre ello e imaginar las escenas traumáticas es de gran ayuda. Esto es así porque la exposición repetida produce habituación y extinción de la ansiedad; facilita el procesamiento de la información; permite un procesamiento objetivo, capaz de distinguir qué aspectos de las imágenes o memoración de los hechos traumáticos o estresantes son neutrales y cuáles son amenazantes; y ayuda a aceptar como uno se siente, fomentando un afrontamiento adecuado y un sentido de autoeficacia (*“Yo afronto las situaciones y las manejo”*).

La **duración de la exposición prolongada** tiene que ser de **al menos una hora y debe realizarse, la primera vez, con el psicólogo**. Conviene además, si es posible, **empezar con una situación que produzca niveles de ansiedad moderados (40 USAs)**.

El paciente ha de permanecer en esta situación hasta que la ansiedad desaparezca o disminuya al menos en un 50% y nunca se debe terminar la sesión si la ansiedad de la persona es elevada, ya que ello puede sensibilizar el miedo. Durante la exposición, el terapeuta tiene que **ir preguntando** al paciente **cada 5 minutos por su nivel de ansiedad** (“¿Qué nivel de ansiedad dirías que tienes ahora?” Vale, muy bien, sigue así, va a ir disminuyendo”) con el objetivo de registrarlo y poder enseñarle luego que la ansiedad disminuye mediante un gráfico (ver figura 2). Siempre se debe finalizar la sesión con una experiencia de éxito y una discusión sobre el aprendizaje obtenido (Cruzado, 2014).

Otros métodos de exposición: escritura expresiva y exposición mediante cinta

La **escritura expresiva** consiste en que el paciente escriba todo aquello que le preocupa y evita o teme durante 15 o 20 minutos al día (cuatro días seguidos). La consigna que se da al paciente es que busque un espacio privado y libre de distracciones y que escriba del tema que él escoja, pero sin preocuparse por la gramática o la ortografía (Cruzado, 2014). Después se puede llevar el escrito a consulta para verlo con el terapeuta.

Por otro lado, la **exposición mediante cinta** consiste en escribir una historia detallada del suceso temido (en primera persona), grabarla y escucharla cada día 45 minutos. Se emplea con frecuencia con pacientes que presentan obsesiones. Esta técnica requiere de una alta motivación por parte del paciente, puesto que este tiene que invertir un tiempo en escribir la historia con todo lujo de detalles (lugar, acción, respuestas de los otros, palabras e imágenes que le vienen a la mente...) y en ensayarla en alto para que la grabación posterior refleje sus emociones (Cruzado, 2014).

Exposición interoceptiva

Esta técnica es muy útil en los pacientes que presentan ataques de pánico. En primer lugar, tenemos que explicar al paciente que **consiste en exponerse a las sensaciones corporales temidas** y que persigue varios objetivos: (1) Comprobar que, si no todas, algunas de las sensaciones temidas pueden ser provocadas deliberadamente; (2) Aprender que aquello que se teme no ocurre; (3) Romper la asociación entre las sensaciones temidas y las reacciones de ansiedad o pánico (Bados y García Grau, 2011).

La práctica debe realizarse bajo la supervisión de un terapeuta y se combina con tareas entre sesiones. No se recomienda su empleo en pacientes con cáncer avanzado, trastornos cardiovasculares y trastornos respiratorios, entre otros (Cruzado, 2014).

Tabla 2.

Pasos a seguir para la realización de la exposición interoceptiva

1

Identificar las sensaciones corporales temidas por el paciente. Según las sensaciones elegiremos un ejercicio u otro (*ver Tabla 3*)

2

Psicoeducación:

- **Explicar al paciente qué factores pueden producir las sensaciones u hacerlas más intensas** (ansiedad máxima, activación autonómica, tensión muscular y **atención focalizada**)
- **Repasar con él cuándo es necesario buscar atención médica** (solo si aparecen síntomas graves como mareos + pérdida de fuerza muscular en un lado del cuerpo)

3

Mostrar al paciente cómo se realiza cada ejercicio

4

Realización de los ejercicios por parte del paciente (hasta que note las sensaciones). Al notarlas tiene que levantar la mano y seguir con el ejercicio 30 segundos más (10 en el ejercicio de retener la respiración). Si no puede aguantar ese tiempo, podemos empezar con periodos más cortos e ir aumentándolos

5

Al finalizar el ejercicio y una vez el paciente esté recuperado **pedirle que puntúe del 0 al 100:**

- **El nivel de malestar de las sensaciones**
- **El grado de similitud con las experimentadas en la vida diaria**
- **El nivel de ansiedad experimentada**

Seleccionar los ejercicios que provoquen las sensaciones más parecidas a las que tiene en su vida (se pueden jerarquizar)

6

Repetir el ejercicio 2-4 veces más en la sesión. La ansiedad tiene que reducirse a la mitad o alcanzar un nivel muy bajo. Es importante tener claro que el objetivo es reducir la ansiedad a las sensaciones, no las sensaciones en sí (que suelen permanecer). Una vez superado un ejercicio, se puede pasar a otro.

7

Practicar en casa 3 veces al día cada ejercicio que se haya hecho en la sesión. Conviene dar al paciente un autorregistro para que lo cumplimente (*ver Tabla 5 del siguiente apartado*).

Nota. Adaptado de Cruzado (2014)

Es importante añadir a lo anterior, que debemos **identificar y modificar los pensamientos perturbadores** del paciente (“*Seguro que me voy a desmayar*”, “*Me va a dar un infarto*” ...) y que es necesario combinar la exposición interoceptiva con la exposición en vivo a aquellas situaciones, como subir escaleras o hacer ejercicio físico, que le provocan estas sensaciones. Además, una vez finalizado el tratamiento y para prevenir futuras recaídas, sería interesante planificar sesiones de práctica de exposición ocasional.

A continuación, se describen algunos de los tipos de ejercicios más empleados.

Tabla 3.

Ejercicios de exposición interoceptiva

MIEDOS Y TEMORES	EJERCICIOS	DURACIÓN DEL EJERCICIO
Temor a desmayarse Sensaciones disparadoras: mareo, vértigo, inestabilidad	1. Hiperventilación sentado. Inspirar por la nariz y expirar por la boca con fuerza y de forma rápida (una inspiración cada 2 segundos)	30 segundos a partir de notar las sensaciones temidas
	2. Hiperventilación de pie. Igual que el anterior, pero de pie y permaneciendo con los ojos abiertos en todo momento	30 segundos a partir de notar las sensaciones temidas
	3. Sacudir la cabeza. Sentado, girar la cabeza de un lado a otro de una forma rápida	30 segundos a partir de notar las sensaciones temidas
	4. Girar en un sillón con ruedas. Sentado dar vueltas sobre uno mismo	30 segundos a partir de notar las sensaciones temidas
	5. Dar vueltas de pie. Igual que el anterior, pero girando sobre uno mismo de pie	30 segundos a partir de notar las sensaciones temidas
	6. Levantar el tronco bruscamente. Mantenerse sentado en una silla con la cabeza apoyada contra las rodillas, tras 3 minutos, levantar el tronco bruscamente volviendo a la posición de sentado	3 minutos aproximadamente
Temor a problemas cardíacos Sensaciones disparadoras: taquicardia, opresión en el brazo, pinchazos, dolor en el brazo izquierdo	1. Saltos estáticos. Ponerse de pie con las piernas separadas al ancho de los hombros y dar saltitos, adecuando la respiración a los saltos	1 minuto a partir de notar las sensaciones temidas
	2. Flexiones de piernas. De pie, sujetándose con una mano a la silla para mantener el equilibrio, descender el cuerpo flexionando completamente las piernas y subir	1 minuto a partir de notar las sensaciones temidas
	3. Tensión simultánea de los músculos del tórax y brazos. Sentado, apretar los músculos de los brazos (bíceps, tríceps y antebrazo), los	15 segundos a partir de notar las sensaciones temidas

	pectorales y los hombros	
	4. Respiración forzada. Respirar intentando mantener la mayor cantidad de aire posible en los pulmones. Tomar aire por la nariz, llenando al máximo los pulmones, y expirar una mínima cantidad de aire	30 segundos a partir de notar las sensaciones temidas
	5. Tensión en el brazo izquierdo. Cerrar el puño, doblar el brazo ligeramente y tensar con energía el antebrazo, bíceps, tríceps, hombro y pectoral izquierdo	1 minuto a partir de notar las sensaciones temidas
Temor a volverse loco o perder el control Sensaciones disparadoras: Irrealidad, ver lucecitas	1. Hiperventilación	30 segundos a partir de notar las sensaciones temidas
	2. Mirar fijamente, con los ojos abiertos, luces brillantes (p.ej. fluorescentes o un foco de luz) durante 1 minuto y luego leer un párrafo o mirar a una pared blanca para experimentar la post-imagen	1 minuto (exposición a la luz) + el tiempo que dure la post-imagen
	3. Fijar la vista en una luz. Mirar una luz potente durante 30 segundos. Apartar la mirada bruscamente y mantener los ojos abiertos	30 segundos (exposición a la luz) + el tiempo que dure la post-imagen
	4. Mirar a la luz mientras se parpadea (abrir y cerrar los ojos cada segundo)	30 segundos (exposición a la luz) + el tiempo que dure la post-imagen
Temor a la asfixia Sensaciones disparadoras: ahogo, opresión en la garganta, dificultades para tragar y respirar	1. Hiperventilación	30 segundos a partir de notar las sensaciones temidas
	2. No respirar. Contener la respiración todo lo que se pueda hasta notar la falta de aire	----
	3. Respirar en una bolsa de plástico. Colocarse una bolsa de plástico en la cara de tal forma que la nariz y la boca estén dentro de esta. Presionar con las manos para que no entre aire y respirar dentro de la bolsa con normalidad hasta que se note la falta de aire	----
	4. Presionar la garganta. Con la mano en forma de pinza, presionar la garganta y respirar normalmente. Ir aumentando la presión en los sucesivos ensayos	1 minuto a partir de notar las sensaciones temidas

Nota. Elaborado a partir de Cruzado (2014)

Cuando no sea viable provocar las sensaciones y síntomas físicos que refiere el paciente mediante los ejercicios (p.ej. dolor estomacal), se puede hacer lo siguiente:

- **Buscar esas sensaciones, cerrando los ojos y dirigiendo la atención a la parte del cuerpo afectada durante 6 minutos.** Después se puede pedir al sujeto que describa la habitación donde se encuentra, con el objetivo de que se de cuenta que, al cambiar el foco de atención, las sensaciones desaparecen. Este ejercicio se utiliza mucho en pacientes hipocondríacos.
- **Atender y focalizar la atención en los síntomas** que aparezcan a lo largo de la semana sin tratar de ponerles fin.
- **Usar la exposición en imaginación** para combatir los síntomas y pensamientos de ansiedad relacionados con la experiencia de los síntomas. La narración por parte del paciente de estos síntomas y pensamientos puede ser de ayuda.

AUTORREGISTRO DE LAS EXPOSICIONES

A continuación, se presenta un modelo de autorregistro que se puede emplear para cualquier tipo de fobia y otro específico para la exposición interoceptiva.

Tabla 4.

Autorregistro de exposición

Día	Situación a la que me voy a exponer (¿estoy solo o acompañado?)	¿Qué temo que vaya a suceder?	Nivel máximo de ansiedad experimentado (0-100)	Ansiedad al finalizar la exposición (0-100)	¿Qué he hecho para manejar la ansiedad?	Conclusiones (¿Qué he aprendido?)

Nota. Adaptado de Cruzado (2014)

Tabla 5.

Autorregistro para la exposición interoceptiva

Día	Hora de comienzo-fin de la exposición	Situación (solo / acompañado)	Ansiedad máxima (0-100)	Sensaciones corporales	Interpretaciones negativas y grado de creencia en ellas (0-100)	Emociones sentidas	Ansiedad al finalizar la exposición (0-100)

Nota. Elaborado a partir de Cruzado (2014)

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bados (2015). Fobias específicas. Publicación electrónica. Colección Objetos y Materiales Docentes (OMADO). Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/65619>
- Bados, A., y García Grau, E. (2011). Técnicas de exposición. Publicación electrónica. Colección Objetos y Materiales Docentes (OMADO). Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/18403>
- Cruzado, J. A. (2010). Guía para el terapeuta. En J. A. Cruzado, *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer* (pp. 115-224). Madrid: Editorial Síntesis.
- Cruzado, J. A. (2014). Terapias de exposición. En J. A. Cruzado (Coord.), *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (pp. 123-147). Madrid: Pirámide.
- Cruzado, J. A. (2019, marzo 15). *Técnicas de exposición* [Apuntes Académicos]. Recuperado de <https://cv4.ucm.es/moodle/course/view.php?id=127021>
- Echeburúa, E., Corral, P, y Ortiz, C. (2008). Técnicas de Exposición. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 261-279). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Arias, I. (2019, octubre 26). *Trastornos fóbicos* [Apuntes Académicos]. Recuperado de <https://campus.universidadcisneros.es/course/view.php?id=3559>
- Labrador, F. J., y Crespo, M. (2008). Desensibilización sistemática. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 243-259). Madrid: Pirámide.
- Pinto, L. (2016, diciembre 3). *Resonancia magnética nuclear (RMN) // Efecto de sonido* [Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=D8lh8lWuGqE>