



**IMMERSIVE
HEALTHCARE
TECHNOLOGIES**

Integración de las TERV en el tratamiento de los trastornos de ansiedad

Documento Confidencial C1

No difundir - Estrictamente limitado a uso interno

©C2CARE 2024

ÍNDICE

1. Introducción	4
a. Advertencia	4
b. Integración de las TCC	4
c. Integración del Psicoanálisis	4
2. Formato	5
3. Règles hygiéno-diététiques	6
a. Reglas higiénico-dietéticas	7
b. Retomar el deporte de resistencia	7
c. Exponerse a la luz del sol	7
d. Consumir postres y chocolate	7
e. Tener relaciones sexuales frecuentes	8
4. Psicoeducación	9
a. Modelo Neurobiológico de Gray	9
b. Modelo de Condicionamiento (modelo conductual)	10
c. Modelo Etiológico de Barlow	10
d. Modelo Cognitivo	11
5. La Relajación	12
a. Preparación	12
b. Relajación Vagal o Respiratoria	13
c. Relajación Muscular Progresiva de Jacobson	14
d. Entrenamiento Autógeno de Schultz	16
6. ACARA	20
a. A de Aceptar la ansiedad	20
b. C de Contemplar las emociones	21
c. A de Actuar con la ansiedad	21
d. R de Repetir estos 3 pasos una vez más	22
e. A de Anticipar lo mejor	22
7. Terapia Cognitiva	22
a. Primera Etapa: Auto-Observación	22
b. Segunda Etapa: Búsqueda de Evidencias	23
c. Tercera Etapa: Generar una interpretación equilibrada	24
8. Estrategias Conductuales y Cognitivas	26
a. Estrategias para afrontar las tentaciones	26
b. Estrategias conductuales adaptativas	27
9. Auto-instrucciones positivas	27
10. Asertividad	29
a. Saber decir no / Saber rechazar	29
b. Las diferentes técnicas a utilizar	29
11. Imaginación Mental	31

12. Exposición a la realidad virtual: los grandes principios	32
a. Preparación	32
b. Progresivo	33
c. Prolongado	34
d. Repetido	35
e. Las Etapas de una sesión de TERV	36
f. El síndrome de ciber mareo	39
13. La transición con la realidad: La Generalización	39
14. Conclusión	40

1. Introducción

a. Advertencia

Los entornos virtuales de C2Care no deben utilizarse de inmediato con un paciente fóbico o que sufre de otro trastorno de ansiedad, ya que existe el riesgo de sensibilizarlo o provocar un ataque de pánico.

Deben ser utilizados una vez que el paciente ansioso haya sido preparado y entrenado en la terapia (TCC: terapia cognitivo-conductual, relajación, manejo de emociones, etc.).

Su propósito terapéutico es exponer al paciente a los entornos que normalmente evita, para que pueda aplicar las herramientas terapéuticas en estas situaciones, con el objetivo de habituación y extinción del miedo.

b. Integración de las TCC

Este manual para profesionales tiene como objetivo ayudarle a integrar la terapia de exposición a la realidad virtual (TERV) en su práctica de terapia cognitivo-conductual (TCC). Los principios generales, un método completo y las diferentes etapas de la terapia se detallarán en los capítulos posteriores.

c. Integración del Psicoanálisis

En lo que respecta al psicoanálisis, los psicoanalistas pueden utilizar estos entornos virtuales para hacer emerger ciertos recuerdos relacionados con traumas pasados, resaltar pensamientos reprimidos, realizar asociaciones libres en el contexto de ansiedad, evocar posibles representaciones simbólicas en la situación, ayudar en la regresión o simular esquemas vinculados a los puntos de goce.

De hecho, puede ocurrir que el paciente, cuando se enfrenta a entornos virtuales que representan situaciones temidas o evitadas (metro, avión, ascensor, sangre, etc.), recuerde repentinamente imágenes, pensamientos o recuerdos olvidados y posiblemente reprimidos. Así, puede ser una herramienta adicional para acceder al inconsciente del paciente.

2. Formato

1 sesión semanal de aproximadamente 40 a 50 minutos en el hospital o en consulta.

Un total de 8 a 15 sesiones, es decir, de 2 a 4 meses de tratamiento.

Es posible un seguimiento espaciado con una consulta cada 3 meses durante el primer año después de finalizar la terapia, con el fin de asegurar el mantenimiento de los beneficios obtenidos y responder a posibles preguntas que la exposición en la realidad haya generado.

En cuanto a su uso en psicoanálisis, el número de sesiones queda a discreción del terapeuta, quien deberá elegir entre la posibilidad de un proceso de transferencia antes de la exposición o la revelación de impulsos reprimidos, traumas olvidados o miedos desplazados durante la exposición en realidad virtual.

Primum non nocere: El objetivo del tratamiento es la emancipación del paciente y no hacer que dependa del terapeuta. El paciente es un adulto que debe aprender a volar por sus propios medios. Su rol no es encerrarlo en una terapia que dure años, sino devolverle las alas que tanto busca para elevarse y prosperar, disfrutando del pleno potencial de su personalidad y capacidades propias..

Las 4-5 primeras sesiones están dedicadas al aprendizaje de la relajación, la terapia cognitiva y la gestión de la ansiedad (que se detallarán en el presente manual), y las 4 a 10 sesiones restantes se enfocan en la TERV con el entorno virtual de C2Care. Si el paciente presenta fobia social o un trastorno obsesivo-compulsivo, será necesario añadir módulos específicos de afirmación personal (para la fobia social) y de prevención de la respuesta (para el trastorno obsesivo).

Las 4-5 primeras sesiones de relajación, terapia cognitiva y gestión de la ansiedad pueden realizarse en **grupos de 2 a 5 pacientes**. El efecto de compartir en grupo, la sensación de no estar aislado con su problema y los diferentes puntos de vista son muy constructivos para la terapia. Algunos pacientes incluso se ayudan mutuamente de manera espontánea e intercambian sus contactos.

Es necesario, en primer lugar, asegurarse de que el trastorno de ansiedad no tenga un origen orgánico. Busque antecedentes de trastornos hormonales (hipertiroidismo, síndrome de Cushing, síndrome de Stein-Leventhal, etc.) o patologías neurológicas (hidrocefalia, hematoma subdural crónico tras un traumatismo craneal, epilepsia, accidente isquémico, encefalitis, etc.) y realice un examen clínico en busca de signos neurológicos si es necesario.

La presencia de signos confirmados debe llevar a solicitar un análisis biológico y una tomografía cerebral, o incluso una resonancia magnética. A veces, en los servicios de psiquiatría, algunos pacientes han pasado por múltiples tipos de terapias durante años sin éxito, cuando en realidad la patología que origina el trastorno mental es somática, y un simple tratamiento médico puede resolver el problema en pocas semanas.

De hecho, es inútil insistir en hacer una psicoterapia a un paciente que presenta un trastorno mental de origen orgánico, ya que en estos casos el tratamiento será médico-quirúrgico.

Durante la primera consulta, después de haber establecido el motivo de consulta, el análisis funcional para los terapeutas de TCC, un estudio de las relaciones parentales para el psicoanálisis, la verificación del diagnóstico, el objetivo del paciente y su motivación, es importante proporcionar información sobre el psicoanálisis, las TCC, las modalidades de la terapia, el número de sesiones, su duración, el seguimiento y las etapas del tratamiento.

Tenga en cuenta que el paciente no está obligado a utilizar todos estos métodos, solo aquellos que le correspondan o que le agraden. De hecho, algunos de ellos no siempre serán efectivos dependiendo de los gustos del paciente, sus preferencias y su personalidad. Por lo tanto, es normal que el paciente no use todas estas herramientas al finalizar la terapia.

3. Reglas higiénico-dietéticas

Se trata de simples consejos sobre los hábitos de vida. Aquí están los consejos que puede dar a sus pacientes.

a. Reanudar el deporte de resistencia

Se recomienda encarecidamente la práctica de un deporte de resistencia o "cardio", como correr, ciclismo, natación, caminata rápida, etc. De hecho, la práctica de deportes de resistencia modifica la secreción de ciertas neurohormonas en el cerebro, y estos cambios tienen un efecto beneficioso sobre el estado de ánimo, los comportamientos agradables y la reducción de la ansiedad y los comportamientos hostiles. En particular, la serotonina aumenta con la actividad física. Por lo tanto, se recomienda practicar deporte al menos 2 a 3 veces por semana. Se prefiere la regularidad a la intensidad: es mejor 20 minutos de bicicleta todos los días que 2 horas de bicicleta solo los domingos.

b. Dejar otros excitantes o estimulantes

El café y el alcohol en exceso tienden a agravar la ansiedad debido a sus efectos estimulantes. El paciente debe optar por descafeinado y consumir alcohol con moderación (idealmente 1 a 2 copas de vino tinto al día y algún exceso ocasional).

c. Exponerse a la luz del sol

Al igual que la práctica de un deporte, la exposición a la luz solar modifica de manera beneficiosa los niveles de neurohormonas en nuestro cerebro, en particular la serotonina, que interviene en la mejora del estado de ánimo, los comportamientos y la reducción de la ansiedad.

Por lo tanto, se aconseja exponerse al sol caminando al aire libre en bosques o parques, yendo a la playa o cerca de los ríos (con protección solar y de manera razonable).

d. Consumir postres y chocolate

Dentro de lo razonable, por supuesto. Los carbohidratos de los postres provocan un aumento en la producción de serotonina en el cerebro (al permitir un mayor transporte de su precursor). Por lo tanto, es recomendable disfrutar de un delicioso postre al final de cada comida (pero no entre comidas para mantener una dieta equilibrada y evitar el aumento de peso).

Finalmente, algunos alimentos, como el chocolate, las almendras, los anacardos, los huevos, los productos lácteos y el pescado, contienen naturalmente el precursor de la serotonina (que es el triptófano). El paciente puede incluir estos alimentos en su dieta.

- (en) Wurtman RJ, Wurtman JJ, Regan MM, McDermott JM, Tsay RH, Breu JJ, « Effects of normal meals rich in carbohydrates or proteins on plasma tryptophan and tyrosine ratios », Am. J. Clin. Nutr., vol. 77, no 1, enero de 2003, p. 128–32 (PMID 12499331)

e. Tener relaciones sexuales frecuentes

En los homínidos, como el ser humano, el comportamiento reproductivo, que es menos necesario debido a la sobrepoblación, ha evolucionado hacia un comportamiento erótico porque proporciona un placer intenso que puede ser compartido. Las relaciones sexuales son clave para la complicidad corporal, así como para el acercamiento emocional y carnal de los dos miembros de una pareja. Producen sentimientos positivos y reflejan la calidad de la relación entre ambos. Además, el orgasmo logrado tras una relación sexual es responsable de la producción de endorfinas y oxitocina, que, además del placer inducido, ayudan a aliviar los conflictos y las tensiones sexuales, reducirán las preocupaciones y, por ende, disminuirán la ansiedad o la dependencia. Los efectos beneficiosos del orgasmo no solo tienen consecuencias a corto plazo, sino que en realidad pueden durar al menos una semana después del encuentro. Por lo tanto, se recomienda una práctica regular de las relaciones sexuales (al menos 2 a 3 veces por semana).

4. Psicoeducación

La psicoeducación se basa en 4 modelos provenientes de las ciencias biológicas, neurológicas, cognitivas y conductuales. Por lo tanto, es necesario enseñar estos 4 modelos a los pacientes con la ayuda de esquemas y explicaciones claras. Esta enseñanza debe ilustrarse con casos concretos, utilizando la anamnesis del paciente o relatos de otros pacientes.

a. Modelo Neurobiológico de Gray

Ce modèle est le reflet des théories anatomiques et neurobiologiques concernant l'anxiété et la peur. Il a été conçu essentiellement par Jeffrey Gray et Lazarus.

Lors d'une situation particulière comme prendre l'avion, l'ascenseur, faire un discours, toucher un objet sale, le patient phobique interprète de manière irréaliste cette action, induit une distorsion de l'information et y perçoit de la menace, il déclenche ainsi une évaluation primaire de la menace avec amplification de certains détails selon l'individu et sa structure cognitive (attente et intérêt) : localisation des sorties de secours, présence d'autres personnes, bouton de secours, aérations etc.

Tras este proceso, el paciente fóbico desencadena una respuesta primaria, es decir, una acción en ese contexto de amenaza real o no. Es otra entidad llamada FFS (Flight or Fight System - Sistema de lucha o huida) la que entra en juego. Puede inducir un comportamiento de lucha, donde el sujeto enfrenta la situación: toma el avión, usa el metro, entra en el ascensor, habla ante una audiencia, no revisa la puerta más de una vez o conduce en la autopista. En otro caso, puede dar lugar a un comportamiento de huida. El paciente pospone su vuelo, toma las escaleras, camina, cancela una reunión, revisa la puerta 20 veces o evita la autopista tomando una carretera nacional.

b. Modelo del condicionamiento (modelo conductual)

Este modelo se basa en las teorías del condicionamiento de Pavlov y del condicionamiento operante de Skinner.

En el experimento de Pavlov y Bechterev, que gira en torno al concepto de estímulo-respuesta, estos trabajos iniciales se realizaron con perros; indujeron una respuesta de salivación (respuesta incondicional) mediante la presentación de comida (estímulo incondicional).

Este modelo se enriqueció más tarde con la teoría del condicionamiento operante (o condicionamiento instrumental) del Conductismo radical de Skinner, que destaca una relación bidireccional entre estímulo y respuesta. Este tipo de condicionamiento deriva de la ley del efecto de Thorndike (1898), utilizada en conceptos posteriores del aprendizaje humano: «una acción que produce un resultado deseable probablemente se repetirá en condiciones similares».

Por lo tanto, el condicionamiento operante se basa en una relación de contingencia y motivación hacia un comportamiento condicionado por la presencia de reforzadores positivos (o recompensas), que aumentan la frecuencia e intensidad de dicho comportamiento, y reforzadores negativos (o castigos), cuyo evitamiento también incrementa la frecuencia e intensidad del comportamiento.

En otras palabras, las acciones se refuerzan por sus consecuencias. Así, en el caso de un claustrofóbico, el alivio provocado por el evitamiento, como tomar las escaleras en lugar del ascensor, es un reforzador positivo del comportamiento de huida, y la ausencia de ansiedad es un reforzador negativo. En conclusión, cuanto más huya el fóbico, **más seguirá huyendo en el futuro**. Al evitar la situación, siente alivio a corto plazo, pero agrava su fobia a largo plazo.

c. Modelo Etiológico de Barlow

El origen de la fobia o de otros trastornos de ansiedad se resume en este modelo. Se basa en experiencias pasadas que ha sufrido el paciente y que son la raíz de esta patología. Estas experiencias pueden ser:

- **Directas:** vividas por el paciente, como un accidente de coche, una avería en un ascensor, un primer ataque de pánico, una agresión, etc.
- **Indirectas:** el fóbico puede ser testigo de un evento que le sucede a otra persona, y a través de un proceso de identificación excesiva con esa persona, se sensibiliza a la situación vivida de manera indirecta (experiencia vicaria). Por ejemplo, cuando el paciente es testigo de un accidente de coche, de violencia hacia seres queridos, de un ahogamiento, de quedar atrapado en un ascensor averiado, etc.
- El estrés, que aquí se refiere a una forma de presión prolongada durante varias semanas o meses, está relacionado con eventos sentimentales, familiares, financieros o profesionales.
- La **información errónea** también puede conducir a procesos de alarma asimilados y luego adquiridos como leyes generales del sistema de pensamiento lógico, que en última instancia consolidan la fobia. Esta información errónea puede provenir del entorno del paciente, como padres o personas cercanas, quienes transmiten mensajes como: "No vayas demasiado lejos, te vas a perder", "No llegues tarde o te van a agredir", etc.

d. Modelo Cognitivo

Los modelos cognitivos se basan en las teorías del procesamiento de la información.

Una situación siempre requiere algún tipo de análisis o evaluación antes de tomar una acción. Sin embargo, el entorno que nos rodea es demasiado rico para que nuestra atención se enfoque en todos los detalles de un lugar al mismo tiempo. Por lo tanto, el paciente utiliza sus procesos atencionales de manera selectiva para centrarse solo en ciertas características del entorno (muebles, animales, objetos, etc.).

En resumen, estos procesos juegan un papel crucial en la interpretación de la situación al seleccionar ciertos detalles (puertas, multitud, miradas, etc.) y no otros. Si estos detalles son erróneos, como ocurre en los trastornos de ansiedad, o si se centran en el peligro y la vulnerabilidad, pueden llevar a una selección de detalles relacionados con el peligro (salidas, miradas hostiles, multitudes, puertas cerradas, espacios, ratas, etc.). Esta selección inapropiada conduce a una

interpretación irrealista de la situación, provocando pensamientos catastróficos como:

"me voy a morir"

"me voy a quedar atrapado en el ascensor"

"me voy a volver loco"

"voy a hacer el ridículo, me van a juzgar mal"

"voy a contraer el SIDA o me voy a contagiar"

"voy a tener un accidente", etc.

En última instancia, estos esquemas cognitivos, más primitivos, son extremos y precipitan al paciente fóbico u obsesivo en exageraciones irracionales, conclusiones irreales y generalizaciones estereotipadas de situaciones que, objetivamente, son triviales o inofensivas (tomar el ascensor, acariciar a un perro, hablar en público, estrechar la mano, etc.).

5. La Relajación

En la literatura se encuentran tres formas de relajación que han demostrado su eficacia durante más de 50 años y que emplearemos aquí para que el paciente logre un estado de relajación, tanto en los entornos virtuales de C2Care como en la realidad. Este estado de relajación es un elemento clave para gestionar mejor la ansiedad. El aspecto corporal de la ansiedad y sus manifestaciones sintomáticas deben ser mitigados por estas prácticas de relajación. La mente no está sola, reside en un cuerpo, y estas dos entidades interactúan constantemente. Al traer calma a una de ellas, se generan beneficios en la otra: una mente relajada reduce las tensiones del cuerpo y un cuerpo relajado apacigua la mente.

Las tres formas incluidas en esta terapia son :

- La relajación vagal o respiratoria.
- La relajación muscular progresiva de Jacobson (Durand de Bousingen, 1992, pp28).
- El entrenamiento autógeno de Schultz.

a. Preparación

Fuera de cualquier episodio de angustia, el entrenamiento previo en relajación es útil para familiarizarse con las técnicas, adquirir el hábito de aplicar sus principios y, posteriormente, utilizarlas de manera efectiva en situaciones de estrés o ansiedad intensa.

- Para entrenarse, elija un lugar tranquilo donde sepa que no será molestado. La iluminación debe ser tenue, por lo que se recomienda practicar, si es posible, en la penumbra.
- Apague su teléfono móvil.
- Libérese de prendas demasiado ajustadas (corsé, zapatos, faja, sujetador, moño, etc.) y afloje el cinturón y el cuello de la camisa.
- Es preferible no haber consumido, justo antes, una comida demasiado copiosa (pörkölt, tronco de navidad, yuebing, doriyaki, borscht, etc.).
- Puede acostarse o simplemente sentarse para practicar la relajación.

b. La Relajación Vagual o Respiratoria

Se trata del método más simple y rápido de usar durante episodios de ansiedad moderada o intensa. Se adquiere fácilmente y es muy apreciado por los pacientes.

El paciente puede acostarse o simplemente sentarse para practicarlo.

Pídale que coloque su mano sobre el abdomen para sentir bien su vientre.

Fase de inspiración: el paciente inhala y al hacerlo extiende o infla su abdomen (de ahí la mano colocada, que le permite verificar que el abdomen se expande).

Fase de espiración: el paciente exhala suavemente relajando el abdomen sin forzar. Aprovecha para relajar los hombros o el cuello.

Luego, de nuevo, la fase de inspiración, etc.

No hay un ritmo o conteo que seguir. Para evitar cualquier forma de control, el paciente respira a su propio ritmo sin contar.

Este método permite, gracias a la depresión creada en el abdomen, un aumento del diámetro de la vena cava inferior, lo que provoca una disminución del flujo hacia el atrio izquierdo del corazón y una estimulación del nervio vago, produciendo una ralentización del ritmo cardíaco. El paciente, por lo tanto, tiene la capacidad de disminuir voluntariamente su ritmo cardíaco.

c. La Relajación Muscular Progresiva de Jacobson

Este método se basa principalmente en la toma de conciencia de la relajación del tono muscular. Dicho de manera más simple, busca reducir las tensiones musculares para generar una relajación psíquica o mental.

Se fundamenta en la sucesión de una fase de contracción voluntaria y una fase de relajación de ciertos grupos musculares aislados. La concentración se centrará en la diferencia de sensación entre estos dos estados, de ahí su nombre. Este aprendizaje tiene como objetivo producir una reducción consciente y progresiva de la actividad de los grupos musculares.

Como resultado, este entrenamiento llevará a un traspaso de esta habilidad a situaciones estresantes y a la capacidad de contraer solo los músculos necesarios para realizar una actividad concreta, mientras que los músculos no implicados permanecen relajados y sueltos.

El paciente puede acostarse o simplemente sentarse para practicarla.

1ª fase: la contracción

Pida al paciente que coloque su mano derecha sobre su rodilla y contraiga la mano cerrando los dedos para formar un puño. La contracción debe ser progresiva hasta lograr una contracción intensa del puño, casi al límite del dolor (una contracción de aproximadamente el 80%).

“Aprieta tu mano derecha con fuerza, cada vez más, al 80%. Concéntrate en las sensaciones de la mano derecha, todo el resto del cuerpo está relajado, no contraigas el hombro...”

Esta fase debe durar entre 5 y 10 segundos. El paciente debe concentrarse en las sensaciones derivadas de la contracción de la mano (sensación de tensión, quemazón o incluso ligeras molestias). Durante esta fase de contracción de la mano, todo el resto del cuerpo debe permanecer relajado (hombro, cuello, muslo, etc. solo la mano debe estar contraída).

2ª fase: la relajación

Después de los 10 segundos de la fase de contracción, pida al paciente que relaje muy lentamente su puño derecho abriendo los dedos hasta lograr una relajación total de la mano. Debe concentrarse en la sensación de disminución de la tensión en la mano, en esta sensación de alivio que resulta de la desaparición de la contracción muscular. Esta fase debe durar entre 15 y 20 segundos.

“Ahora, relaja suavemente tu puño derecho y concéntrate en la agradable sensación de disminución de la tensión, de la quemazón o del dolor. Abre lentamente los dedos, la palma aparece, tu mano se relaja hasta llegar a una relajación total...”.

A continuación, se deben repetir estos dos tipos de contracción, tomando conciencia de la tensión y de la relajación para todos los grupos musculares. Así, el paciente desarrollará una percepción más aguda y directa del estado de tensión de su cuerpo y podrá relajar los músculos innecesariamente contraídos durante una postura o acción. Con el tiempo, podrá soltar su cuerpo más fácilmente en cualquier circunstancia, y esta relajación se convertirá en una reacción espontánea y un hábito con la práctica.

Después de la mano derecha, aquí está la lista de los grupos musculares que el paciente deberá activar sucesivamente y de manera aislada, utilizando siempre las dos fases de contracción/relajación:

El bíceps derecho (si el paciente no puede, indíquele que levante el brazo derecho contra su propia fuerza).

La frente, la mandíbula, el cuello, los hombros, el tórax, el abdomen, los músculos glúteos, el frente del muslo derecho (músculo cuádriceps), la pantorrilla derecha (músculo tibial anterior) y los dedos del pie derecho (músculos elevadores de los dedos).

Luego, repita esta misma secuencia para el hemicuerpo izquierdo (mano izquierda, bíceps izquierdo, frente, hombros, etc.). Para reducir la duración, se puede practicar un día con el hemicuerpo derecho y otro día con el hemicuerpo izquierdo.

d. El Entrenamiento Autógeno de Schultz

Desarrollada en los años 30 por el Dr. Schultz, esta técnica de relajación se basa en datos fisiológicos y psicológicos recopilados entre 1905 y 1932. Al medir estos parámetros e interrogar a pacientes bajo hipnosis, obtuvo un conjunto de sensaciones, emociones e impresiones explícitas (calor, pesadez, etc.). Después de organizarlas en una lista de pasos y frases que el paciente debe repetir mentalmente, el Dr. Schultz llegó a una técnica de autosugestión que calma los síntomas manifestados durante la hipnosis. Así, se considera que este método es una forma de autohipnosis.

El objetivo es hacer que el paciente experimente una serie de sensaciones variadas:

- La pesadez (relajación de los músculos)
- El calor (que indica una vasodilatación que favorece los intercambios sangre/células)
- La conciencia del ritmo cardíaco
- La conciencia de la respiración
- La sensación de calor en el plexo solar
- La sensación de frescura en la frente

El paciente debe colocarse en una posición cómoda, ya sea acostado sobre la espalda o sentado con la cabeza apoyada en un respaldo o contra la pared.

"Antes de cerrar los ojos, toma conciencia de tu entorno: los muebles, el cielo, la naturaleza, el ruido, la luz, la forma de la habitación, etc. Cuando estés listo, cierra los ojos. Concéntrate en mi voz y déjate guiar durante esta sesión de relajación.

Primero, toma conciencia de tu cuerpo imaginando las diferentes partes de él, comenzando desde los pies y subiendo lentamente hasta la cabeza. Visualiza tus pies, la posición de tus pies, la forma, los puntos de apoyo de tus pies sobre la alfombra. Cada vez que imagines una parte de tu cuerpo, identifica bien las sensaciones localizadas en esa parte. Sube lentamente. Imagina tus pantorrillas, la forma de tus pantorrillas, su posición, los puntos de apoyo en el suelo, el colchón o el respaldo. Imagina tus muslos, la forma de tus muslos, su posición. Imagina tus músculos glúteos, su posición, los puntos de apoyo de tus muslos y de tus músculos glúteos sobre el suelo o la cama. Sube un poco más, imagina el

huevo de la parte baja de tu espalda, luego sube lentamente, imagina que asciendes por tu columna vertebral y presta atención a las sensaciones relacionadas con los puntos de contacto de tu espalda con el suelo o el colchón. Imagina tus hombros relajándose, imagina su posición, luego imagina tus brazos y su posición. Imagina tu cuello y los puntos de apoyo de tu cabeza sobre la almohada o el respaldo de tu silla. Imagina tu cara como si te estuvieras observando en un espejo: tu mandíbula que dejas caer, el mentón, las mejillas, tu nariz, los párpados, las cejas, la frente que relajas, los puntos de apoyo de tu nuca contra el respaldo.

Ahora que has recorrido las diferentes partes que constituyen tu cuerpo, es posible que hayas notado múltiples sensaciones, que se mueven, que se desplazan, tal vez estén localizadas en una parte y de esa parte se generalizan al resto de tu cuerpo. Quizás también haya tensiones y estas tensiones poco a poco dejarán paso a sensaciones de bienestar, de relajación.

Para ayudar a que las sensaciones de bienestar se instalen, puedes repetirte mentalmente "me vuelvo tranquilo, cada vez más tranquilo, muy tranquilo" (pausa de unos segundos) y repítelo dos veces en tu cabeza. Presta atención a los cambios que puedas observar en tus sensaciones corporales. Tal vez sensaciones muy diferentes estén comenzando a instalarse. Por ejemplo, una sensación asociada al estado de relajación es la de pesadez.

Para sentirla mejor, puedes centrar tu atención en tu brazo dominante y repetirte mentalmente dos veces "mi brazo se vuelve pesado, cada vez más pesado, muy pesado". Tal vez una sensación de pesadez esté invadiendo tu brazo, puede estar localizada en una parte de tu brazo, en el antebrazo, o en la mano, y de esa parte, la sensación de pesadez aumenta y se generaliza cada vez más a todo el brazo. Quizás también sientas pesadez en el otro brazo y en el resto del cuerpo. Intenta seguir bien las modificaciones de esta sensación. Puedes repetirte mentalmente dos veces "mi cuerpo se vuelve pesado, cada vez más pesado, mi cuerpo se vuelve muy pesado".

Y ahora, imagina un lugar, un lugar que inventas o uno que conoces bien, como el lugar de tus vacaciones, una habitación de la casa o del jardín, un lugar de tu infancia. En este lugar, te sientes bien, relajado, feliz, tranquilo. Visualiza bien este lugar, puedes escuchar los sonidos de este lugar, sentir los olores, ver los colores, percibir sensaciones en la piel de tu cara o del resto de tu cuerpo. Puedes

moverte en este lugar, desplazarte. Tómate unos momentos para imaginarte en este lugar y experimentar las sensaciones de bienestar que te brinda.

Vamos a dejar este lugar de calma y bienestar y regresar a las sensaciones del cuerpo que está acostado sobre la alfombra. Observa bien tus sensaciones. Puedes repetirte mentalmente "estoy tranquilo, cada vez más tranquilo, muy tranquilo, mi cuerpo es pesado, cada vez más pesado, muy pesado". Observa las demás sensaciones de tu cuerpo. Aprende a reconocerlas. Por ejemplo, otra sensación relacionada con el estado de relajación es la de calor en invierno o frío en verano.

Para sentirla mejor, puedes centrar tu atención en tu brazo dominante y repetirte mentalmente dos veces "mi brazo se vuelve caliente, cada vez más caliente, muy caliente". Como si tu brazo descansara sobre la arena de una playa y estuviera expuesto a la suave calidez del sol. Tal vez una sensación de calor esté invadiendo tu brazo, puede estar localizada en una parte de tu brazo, en el antebrazo o en la mano, y de esa parte, la sensación de calor aumenta y se generaliza cada vez más a todo el brazo. Quizás también sientas calor en el otro brazo y en el resto del cuerpo. Intenta seguir bien las modificaciones de esta sensación. Puedes repetirte mentalmente "mi cuerpo se vuelve caliente, cada vez más caliente, muy caliente".

IMPORTANTE: si la sesión se lleva a cabo en verano, reemplaza la sensación de calor del brazo por la sensación de frío en el brazo. Como si el paciente metiera su brazo en el agua fría de un lago o de una playa en un día de verano.

Puedes repetirte mentalmente "estoy tranquilo, cada vez más tranquilo, muy tranquilo". Dirige tu atención a tu respiración. El ritmo de tu respiración es lento, cada vez más lento, como si estuvieras a punto de quedarte dormido. Puedes decirte mentalmente "mi respiración se vuelve tranquila, (profunda), lenta, relajada, serena. Mi respiración se vuelve tranquila, cada vez más tranquila, muy tranquila o mi respiración se vuelve relajada, cada vez más relajada, muy relajada".

Observa bien tus sensaciones. Puedes repetirte mentalmente "estoy tranquilo, cada vez más tranquilo, muy tranquilo". Tu corazón late lentamente también. Cada vez más lento, muy lento. (Pausa de unos segundos).

Observa bien tus sensaciones. Puedes repetirte mentalmente "estoy tranquilo, cada vez más tranquilo, completamente tranquilo", "mi cuerpo es pesado, cada

vez más pesado, muy pesado", "mi cuerpo es caliente, cada vez más caliente, muy caliente". Observa las demás sensaciones de tu cuerpo. Aprende a reconocerlas. Por ejemplo, otra sensación relacionada con el estado de relajación es la de calor en tu abdomen, en el plexo solar.

Para sentirla mejor, puedes centrar tu atención en tu abdomen y repetirte mentalmente dos veces "mi vientre se vuelve caliente, cada vez más caliente, muy caliente". Imagina que hay un sol o una estrella en tu abdomen que emite una luz cálida y tranquilizadora. Tal vez una sensación de calor esté invadiendo tu abdomen, puede estar localizada en una parte de tu vientre, a nivel de tu diafragma o de tu esternón, y de esa parte, la sensación de calor aumenta y se generaliza cada vez más a todo tu abdomen. Intenta seguir bien las modificaciones de esta sensación. Puedes repetirte mentalmente "mi vientre se vuelve caliente, mi vientre se vuelve cada vez más caliente, mi vientre se vuelve extremadamente caliente"... "mi vientre se vuelve caliente, mi vientre se vuelve cada vez más caliente, mi vientre se vuelve extremadamente caliente" (Pausa de unos segundos).

IMPORTANTE: si la sesión se lleva a cabo en verano, reemplaza la sensación de calor del abdomen por la sensación de frío en el abdomen. Como si alguien estuviera vertiendo agua fresca sobre el abdomen del paciente en un día de verano.

Observa bien tus sensaciones. Puedes repetirte mentalmente dos veces "estoy tranquilo, muy tranquilo, completamente tranquilo" o "estoy tranquilo, cada vez más tranquilo, muy tranquilo".

La última sensación relacionada con el estado de relajación es la de frescura en tu frente. Para sentir mejor esta frescura, puedes centrar tu atención en tu cara y, más específicamente, en tu frente y repetirte mentalmente dos veces "mi frente se vuelve fresca, cada vez más fresca, muy fresca". Tal vez una sensación de frescura esté invadiendo tu frente. Intenta imaginar que una persona que te quiere te coloca un paño empapado en agua fresca sobre la frente. Es agradable, te relajas completamente. Intenta seguir bien las modificaciones de esta sensación.

Observez bien vos sensations. Vous pouvez vous répéter mentalement deux fois "je suis calme, de plus en plus calme, très calme"

La reanudación se realiza gradualmente a través de una serie de pasos bien determinados: movimiento de los brazos, de la cabeza, de las extremidades inferiores y luego de todo el cuerpo, seguido de dos respiraciones profundas antes de abrir los ojos. "Vas a reanudar lentamente, a tu ritmo, cuando lo desees. Se trata de poner un poco de energía en tu cuerpo. Por ejemplo, puedes mover lentamente los dedos de tus manos, girar lentamente la cabeza de derecha a izquierda, tomar dos respiraciones profundas y luego abrir los ojos. Realiza los movimientos que sueles hacer por la mañana al despertar."

6. ACARA

ACARA es un acrónimo que significa que cada letra representa un término de una técnica, lo que facilita su recuerdo y uso durante episodios de ansiedad en cualquier situación, ya sea en exposiciones en realidad virtual o en la vida real.

a. A para Aceptar la ansiedad

El control de las emociones, la lucha, el combate o el intento de dominar solo provocan, agravan o mantienen la ansiedad. Por lo tanto, es esencial que el paciente elija aceptar la ansiedad, abandonando cualquier idea de control, lucha o resistencia. Es importante insistir en esta noción de elección, ya que no se trata de una resignación pasiva.

El paciente debe permitir que las emociones o la ansiedad vengan sin intentar controlarlas. Debe aceptarlas porque forman parte de él, al igual que sus manos o sus piernas. Aceptar la ansiedad es permitir que exista y se disipe sin juicio por parte del paciente: "la dejo venir y la dejo ir", "sé que es inofensiva porque forma parte de mí".

Aceptar así la ansiedad, y en general, sus emociones, permite alcanzar un alto nivel de madurez: sin ansiedad, no hay madurez...

b. C para Contemplar sus emociones

Al igual que en la tabla de terapia cognitiva (ver capítulo homónimo), el paciente debe contemplar y evaluar la intensidad de sus emociones de anhelo de 0 a 100. Debe seguirlas en el tiempo, evaluando y anotando sus fluctuaciones con el desapego de un observador externo.

Al hacer esto, le ayuda a tomar distancia respecto a estas emociones, pero sobre todo le recuerda un hecho muy útil: el deseo de consumir puede ser intenso, pero siempre es temporal e incluso efímero. Hay un principio y un final.

c. A para Actuar con la ansiedad

Durante un episodio de ansiedad, el paciente debe continuar con la acción que había emprendido. Debe actuar como si no estuviera ansioso. Su actividad puede estar ralentizada o ser más rígida, pero debe seguir adelante. Esto le muestra que, incluso estando ansioso, se puede mantener la organización.

Los pacientes ansiosos tienden a creer que la ansiedad siembra el caos en su mente y les impide actuar. Sin embargo, al actuar a pesar de la ansiedad, se demuestra lo contrario.

d. R para Repetir estas 3 etapas una vez más

El paciente debe repetir las etapas: aceptar la ansiedad, contemplar la ansiedad y actuar con la ansiedad una vez más.

e. A para Anticipar lo mejor

Especifica al paciente que sus pensamientos ansiosos no son realistas y que lo que teme no ocurrirá.

Por lo tanto, debe esperar lo mejor: las puertas del ascensor se abrirán, el avión aterrizará, no tendrá ninguna enfermedad, el metro llegará a su estación, su ansiedad pasará, llegará a casa, el perro se irá, la araña saldrá, etc.

7. Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva se ha desarrollado a partir del modelo cognitivo descrito anteriormente. Ha sido definida y desarrollada por varios autores, como Beck y Emery. Se divide en tres etapas, que están presentadas en tres tablas sucesivas de terapia cognitiva (I, II y III) al final del manual.

a. Primera Etapa: Auto-Observación

Para hacer la transición con la psicoeducación y el modelo cognitivo mencionado anteriormente, durante el diálogo puedes preguntar al paciente desde hace cuántos meses o años sufre de su fobia u obsesión. A partir de esta información, puedes resaltar que, con el tiempo, como una costumbre, el paciente produce casi intensamente un pensamiento catastrófico en una situación temida.

Estos pensamientos catastróficos son tan rápidos que a veces se les denomina pensamientos automáticos. Esta forma de automatismo puede evolucionar hasta el punto en que el paciente ya no es consciente de ellos. Por lo tanto, es primordial que recupere la conciencia de sus pensamientos catastróficos.

b. Segunda Etapa: La Búsqueda de Evidencias

Ser el detective de uno mismo buscando pruebas: La técnica del por/contra

Después de enumerar las creencias irracionales y los pensamientos catastróficos, invita al paciente a transformarse en un detective y guíalo gradualmente durante el diálogo para que entienda su papel como investigador: el de buscar pruebas o

hechos concretos. Es necesario insistir en que las pruebas son hechos objetivos e indiscutibles, no hipótesis ni impresiones.

A continuación, el paciente deberá separar las pruebas "A FAVOR": aquellas que respaldan sus pensamientos catastróficos y refuerzan su interpretación irrealista, y las pruebas "EN CONTRA": que contradicen o invalidan esos mismos pensamientos catastróficos.

Ex:

Pensamientos catastróficos	Prueba A FAVOR	Prueba EN CONTRA
Me voy a ahogar en el ascensor.	El ascensor es un lugar estrecho	Los ascensores no están hechos para ser estancos. El aire circula.
Voy a quedarme atrapado.	No hay ventanas	El ascensor es reciente. Puedo respirar.
El ascensor va a fallar	Las puertas están cerradas	Las otras personas están tranquilas y respirando. Mis uñas son de color normal (sin cianosis).
	Es un aparato mecánico, por lo que puede ocurrir una avería	Puedo moverme y moverme. El cierre es temporal, las puertas se abrirán pronto. Si los ascensores fueran peligrosos, nadie los usaría.

Este ejemplo ilustra bien la presentación de los hechos. Haz notar al paciente que hay muchas más pruebas "EN CONTRA" que pruebas "A FAVOR", lo que demuestra de manera flagrante el error en la interpretación de la situación vivida por el paciente.

Además, un error que el terapeuta debe evitar, prima facie, es responder en lugar del paciente o sugerirle sistemáticamente las respuestas. Resiste esa tentación y tómate el tiempo para permitir que el paciente formule sus propias respuestas.

c. Tercera Etapa: Generar una interpretación equilibrada

La fase final que sigue a la búsqueda de pruebas consiste en la formulación de pensamientos alternativos más realistas relacionados con la situación de ansiedad o temor del paciente fóbico u obsesivo. A veces, el paciente puede imaginar lo que debería pensar si fuera otra persona. Sin embargo, es útil ayudarlo a estructurar este pensamiento más realista para que pueda surgir.

La elaboración de pensamientos alternativos se establece recordando al paciente:

- **Reconocer sus emociones**

Cuando uno se encuentra en una situación que provoca ansiedad o desencadena una crisis de angustia, no se trata de estar en negación diciendo "todo está bien", sino de reconocer la presencia de la ansiedad, que de todos modos no es peligrosa, como se explicó en el capítulo de psicoeducación. Se puede decir entonces: "es cierto, estoy ansioso, es un poco difícil, es bastante complicado, etc."

- **Buscar la oportunidad en la situación**

La situación de ansiedad, como el avión, el metro, una fiesta o una calle sucia, representa, por el contrario, una oportunidad para que el paciente practique en el terreno las técnicas que ha aprendido.

Al igual que un nadador que ha pasado meses entrenando para los Juegos Olímpicos o un corredor que se ha sometido a ejercicios rigurosos para participar en un maratón, una situación temida representa para el paciente el momento de aplicar todo lo que ha aprendido durante la terapia. Por lo tanto, el paciente debe verse a sí mismo como un campeón preparado para este desafío.

- **Revisar brevemente las pruebas EN CONTRA**

Esto consiste simplemente en repasar brevemente las pruebas EN CONTRA (y únicamente las EN CONTRA) enumeradas en la parte anterior (buscar las pruebas).

- **Formular las ventajas de la situación**

Este aspecto es diferente de la oportunidad. El paciente debe darse cuenta de cómo la situación que enfrenta es una ventaja para él.

Por ejemplo: "La autopista me permite ir más rápido, evitar el tráfico, y relajarme porque requiere menos atención que en el centro de la ciudad."

- **Concluir con un futuro realista**

Las hipótesis y pensamientos catastróficos del paciente no son realistas (me voy a ahogar, voy a hacer el ridículo, voy a tener un accidente, etc.), por lo que no sucederán en la realidad. Lo que teme el paciente no se producirá.

Lo que realmente sucederá es simplemente lo más probable o evidente: el avión aterrizará, las puertas del ascensor se abrirán, la reunión terminará, la ansiedad disminuirá, se alcanzará la salida de la autopista y el paciente logrará su objetivo, llegando a buen puerto o regresando a casa.

8. Estrategias Conductuales y Cognitivas

a. Estrategias para hacer frente a las tentaciones

- **Evitación:** En un primer momento, es importante evitar las tentaciones tanto como sea posible para prevenir situaciones peligrosas que podrían llevar a una recaída, especialmente durante las primeras semanas de desintoxicación (por ejemplo, fiestas, momentos de descanso, evitar tomar café al principio...).
- **Sustitución:** Reemplazar el estímulo desencadenante del deseo por otro estímulo (por ejemplo, si hay una asociación entre el café y el cigarrillo al

final de la comida, se puede sustituir el café por otra bebida caliente, como té o infusiones...)

- **El cambio** : Modificar la situación desencadenante (contexto): Tomar el café en otro lugar, en otra taza, a otro momento...
- **Evasión**: Esta técnica es aplicable cuando no se ha podido evitar una situación de riesgo, por lo que escapar se presenta como una buena estrategia. (Hacer una pausa durante una reunión estresante para reducir el estrés; durante una fiesta, salir de la habitación, ir a tomar aire fresco...).
- **Distracción**: Hacer una lista de actividades que se pueden realizar durante un "deseo urgente". Es importante elaborar la lista con anticipación para no tener que pensar en cómo ocupar el tiempo en el momento del "deseo urgente". Las actividades de distracción pueden ser cognitivas o conductuales. Objetivo: Al dejar pasar el tiempo ocupándose con otra cosa, se observa que después de un cierto tiempo el deseo disminuye y desaparece. También permite recordar todos los inconvenientes de ceder a la tentación.
- **Retraso**: Esperar cuando se manifiesta el "deseo urgente", lo que nos permite darnos cuenta de que el deseo disminuye rápidamente y desaparece después de unos minutos.
- **La exposición a situaciones de riesgo** : Después de haber practicado múltiples veces las otras estrategias y cuando se ha entrenado bien en todos los métodos, se puede comenzar a exponerse a la situación de deseo sin consumir. Esto conducirá a un refuerzo positivo, satisfacción personal, orgullo y aumento de la autoeficacia.

b. Estrategias adaptativas conductuales

- **Relajación** : Relajación vagal como se vio en la sesión 1.
- **Actividad física** : La actividad física se utiliza a menudo como sustituto. Hacer ejercicio en el gimnasio, surfear, correr, andar en bicicleta, nadar, practicar windsurf, caminar rápidamente, hacer las tareas del hogar o jardinar pueden ayudar a disminuir las tensiones. Además, el ejercicio físico te involucra en una actividad que es incompatible con la realización simultánea del comportamiento de fumar.

- **Consumo alternativo** : Apio, zanahoria, palomitas de maíz. Beber té y café son buenos sustitutos, siempre que no formen parte de la "rutina de fumar". Chupar caramelos que se disuelven lentamente en la boca (tic-tac, gomas, caramelos...) o usar bolígrafos, pajitas y palillos.
- **Habilidades de afirmación** : La capacidad de negarse a participar en una actividad relacionada con la adicción en cuestión.
- **Actividad breve (y placentera)**: abrazo, bebida fresca, un beso, malvavisco, un masaje, consumir una fruta, cepillarse los dientes, baño en el mar o en la bañera...
- **Apoyo**: Hablar con una persona de apoyo. Esta será tu "guardián". Habla sobre tus problemas, pídele que te motive a no recaer hablando de las ventajas, comprométete a realizar una actividad con él (deportes, juegos, baile, un abrazo si es tu pareja). Esta ayuda será colaborativa, y tú también deberás ayudarlo en alguna de sus actividades.

Pídale al paciente que elija 5 estrategias que le parezcan más adecuadas a su personalidad y a sus dificultades.

9. Auto-instrucciones positivas

Para mantener el aspecto dialéctico de la terapia, pregunte al paciente qué son los lemas. Los lemas que observamos en nuestra sociedad son frases bastante simples, impactantes y repetidas infinitamente. Su finalidad es persuadir a las personas o a las masas a adoptar un comportamiento específico: elegir y comprar un producto en el caso de un lema comercial, votar por un candidato en el caso de lemas electorales, o adoptar un dogma en el caso de lemas de propaganda política. Proporcione algunos ejemplos.

Por lo tanto, se tratará de lemas terapéuticos: las auto-instrucciones positivas. El paciente no puede controlar sus emociones o pensamientos, lo cual es normal (debe aceptarlos), pero puede controlar lo que se dice a sí mismo, ya que hablarse a uno mismo es un comportamiento voluntario.

El paciente podrá utilizarlos recitándolos en su mente o recordándolos durante episodios de deseo o cuando duda en enfrentar una situación de riesgo en la realidad virtual durante la Terapia de Exposición a la Realidad Virtual (TERV), ya sea en su imaginación o en la realidad. Este momento en que el paciente toma esa decisión es un momento crítico.

Aquí hay 15 lemas provenientes de la literatura (Beck) y de mi experiencia, pero cada uno es libre de añadir nuevos:

- Debo esforzarme.
- Debo lanzarme.
- Debo actuar con impulso.
- No sé hasta que lo intente.
- Debo tomar riesgos.
- Debo sorprenderme.
- Debo tomar riesgos.
- Soy lo suficientemente fuerte para superar esto.
- Debo recuperar mi libertad.
- Debo conquistar este lugar.
- La fuerza está conmigo.
- ¿Quién dijo que no podía hacerlo?
- La ansiedad siempre es temporal, esto pasará.
- La ansiedad parece desagradable, pero no es peligrosa.
- La caverna en la que entro contiene el tesoro que busco.

De estas 15 frases que el paciente habrá anotado meticulosamente, debe elegir en casa las 5 que más le correspondan o que más le gusten. Estas últimas deben escribirse en el reverso de la tarjeta de cartón (tipo bristol) que había utilizado para las frases del sistema ACARA (ver capítulo ACARA). Deberá llevarlas siempre consigo para usarlas en situaciones difíciles, tanto virtuales como reales, o cuando, bajo el efecto del deseo de consumir, haya olvidado su contenido.

10. Asertividad

Es poder expresar lo que uno siente, lo que uno experimenta o sus necesidades, respetando al mismo tiempo lo que siente o experimenta el otro, así como sus necesidades.

a. Saber decir no / Saber rechazar.

Saber rechazar, el procedimiento a seguir:

- Practicar la escucha activa, es decir, escuchar y, si es necesario, pedir aclaraciones sobre la solicitud.
- Verbalización directa y precisa de la respuesta.
- Uso del "disco rayado" (repetir con calma y firmeza la misma respuesta).
- Hacer una "revelación sobre uno mismo", saber utilizar las propias emociones y sentimientos. Emociones negativas ("lo siento, no lo tomes a mal, pero...") como positivas ("me alegra verte").
- ADS empático (afirmación de sí mismo empática), saber ponerse en el lugar del otro. Comunicarse primero con el otro mostrando comprensión de su postura o problemas, para luego verbalizar nuestra respuesta, opinión, solicitud o sentimiento.
- Las alternativas y compromisos, y la afirmación de uno mismo en negativo también pueden ser utilizados.
- Terminar de manera cálida.

Los dos últimos puntos se emplean sobre todo cuando el interlocutor es susceptible, o cuando la respuesta que doy es difícil para él. Atención, hay que asegurarse de no justificarse, desviarse o explicar demasiado, de lo contrario, la formulación del rechazo puede volverse muy complicada.

b. Las diferentes técnicas a utilizar

La técnica del "disco rayado"

- Saber persistir.
- Repetir lo mismo sin enfadarse, cada vez de manera más amable.
- No desviarse ni justificarse.

No justificarse

- No buscar demasiadas excusas ni dar demasiadas razones.
- De hecho, dar demasiadas razones disminuye la claridad del mensaje, ya que le proporciona al interlocutor argumentos adicionales para la discusión, e incluso "el palo para golpearse a uno mismo".
- Tu palabra es suficiente porque eres un adulto

No desviarse

- No dejarse llevar hacia un tema que no tiene relación directa con el objeto de la discusión: esto provoca una pérdida de claridad en el mensaje y perjudica el objetivo buscado

No explicar demasiado

- Es cierto que las explicaciones son a menudo útiles y necesarias.
- Explicar demasiado perjudica la claridad del mensaje y generalmente conduce a la justificación y la desviación.
- Es mejor proporcionar información en lugar de explicar.

Corregir los pensamientos erróneos o disfuncionales

- Mi rechazo va a molestar o hacer daño, tal vez sea muy importante para la otra persona que yo acepte.
- Si me niego, me van a guardar rencor, tener una mala opinión de mí, o dejar de apreciarme.
- Si la otra persona no acepta bien mi negativa, expresa tristeza o enojo, ¿qué hacer? Me sentiré desconcertado.
- Si me lo piden es porque es importante; no puedo negarme, las necesidades de los demás están por encima de las mías.
- ¿Vale la pena decir que no?

Hay que eliminar estos pensamientos, ya que son falsos. Se reemplazan por pensamientos más realistas.

11. Imágenes mentales

Está compuesta por un conjunto de métodos cuyo objetivo es utilizar la imaginación para manejar mejor la ansiedad.

La sustitución positiva

Durante un episodio de ansiedad, se trata de sustituir los pensamientos catastróficos por recuerdos agradables del pasado del paciente. Recuerdos de la infancia, eventos de la adolescencia, memorias de la edad adulta. El paciente debe experimentar esta vivencia como una verdadera reminiscencia de su pasado. Debe involucrar todos sus sentidos en este viaje en el tiempo: lo que ve, oye, huele, lo que percibe bajo sus pies, la posición de su cuerpo, lo que siente en su piel, etc.

Imagen simbólica

Se trata de pedir al paciente que imagine un objeto que le brinde seguridad cuando se encuentre en una situación ansiosa. El paciente debe visualizar un objeto imaginario en un lugar real. Este objeto está relacionado con el tema de sus miedos y sus pensamientos catastróficos.

Imaginar un futuro positivo

El objetivo es visualizar un futuro cercano o lejano que presente un desenlace realista. Existen dos posibilidades: visualizar un futuro próximo o un futuro lejano.

En la modalidad de futuro próximo, se invita al paciente a proyectarse, mediante la imaginación, en los minutos o las horas que siguen al evento ansioso que está enfrentando.

Ejemplo: en el avión, el paciente visualiza su llegada, el aterrizaje, la puerta de la cabina que se abre, el aire exótico que entra en la cabina, los rostros de sus amigos que lo esperan, etc.

En la modalidad de futuro lejano, el paciente se imagina en algunos años en la misma situación. Se ve a sí mismo cómodo en el avión, el metro, la autopista, frente a un público. Se imagina indiferente y relajado en estas situaciones, sin prestar atención a todas las señales que antes vigilaba (puertas, salidas, ventilaciones, ventanas, miradas).

Imaginar escapar de un peligro más grave (con humor)

Con una cierta dosis de humor y autoironía, o utilizando referencias cinematográficas, el terapeuta sugiere al paciente imaginar algo aún más catastrófico que su miedo, lo cual lo llevaría a enfrentar la situación que está evitando.

Imaginar un modelo

La idea principal es proponer al paciente que imagine que, en la situación real, se encuentra una persona a quien ama o admira y que le brinda seguridad: el modelo. Este personaje imaginario puede ser el/la cónyuge, un amigo, un familiar (vivo o fallecido), o incluso una persona que el paciente no conoce personalmente, como un actor o un héroe de manga, cómics o historietas. Una vez más, se pone énfasis en la implicación de todos los sentidos: el paciente debe visualizar la apariencia de la persona, su rostro, su voz, su perfume, su contacto físico.

Modificar la realidad de manera divertida o positiva

En esta última modalidad, el paciente tiene la libertad de modificar parcial o completamente la realidad de la situación enfrentada para hacerla más divertida o agradable. Puede cambiar a las personas, el lugar, detalles del entorno, los sonidos, etc.

12. Exposición a la realidad virtual: los grandes principios

Una vez que el paciente ha adquirido los diferentes métodos mencionados anteriormente, puede exponerse a entornos virtuales y luego reales. Los modelos conductistas derivados de las teorías del condicionamiento han demostrado que el efecto buscado es una forma de habituación a los estímulos ansiógenos con el objetivo de lograr la extinción del miedo.

a. Preparación

Como se especificó al principio de este libro, la fase llamada de exposición a entornos virtuales o a eventos 3D con el visor de realidad virtual solo debe realizarse después de haber entrenado a los pacientes en los métodos terapéuticos que el terapeuta haya elegido (TCC: terapia cognitivo-conductual, psicoanálisis, relajación, mindfulness, gestión de emociones, etc.). Sin estas enseñanzas, el paciente corre el riesgo de sufrir una recaída o un craving demasiado fuerte sin saber cómo manejar las emociones que lo abruman. Esto puede resultar en una recaída contraproducente.

El terapeuta redacta una lista de los entornos virtuales o de las situaciones 3D que tiene a su disposición y que corresponden a los lugares temidos por el paciente.

Ejemplo: para la acrofobia (miedo a las alturas): puente, pasarela, tejado de un edificio.

A partir de esta lista, el paciente deberá establecer una jerarquía de los lugares ansiógenos o de las situaciones evitadas. Los clasificará por sí mismo, desde el más fácil (los menos ansiógenos) hasta el más difícil (los más ansiógenos).

Ejemplo: para la agorafobia, primero el supermercado, luego el cine, el aparcamiento subterráneo, después el metro y finalmente el avión.

b. Progresivo

El paciente deberá comenzar la exposición enfrentando los entornos más fáciles para él, a partir de la lista que haya establecido. En efecto, la exposición no debe ser brusca. Debe provocar suficiente ansiedad, pero a un nivel razonable. Si la ansiedad fuera demasiado intensa, el paciente no podría aplicar los métodos de manera eficaz, ya que estaría abrumado por la ansiedad.

En resumen, la situación virtual o real enfrentada debe ser algo difícil, pero no demasiado: el nivel de ansiedad del paciente expuesto debe ser de 50-60 sobre 100 como máximo en un entorno virtual. Si es superior a esta cifra, significa que la situación sigue siendo demasiado ansiógena y será necesario utilizar una situación más fácil: "retroceder un paso", "ralentizar", "salir un poco".

El paciente progresa a su propio ritmo de una situación a otra. Cuando la ansiedad del paciente ha bajado a 0 o a 10-20 sobre 100 después de una o varias sesiones en un mismo entorno, es la señal de que puede pasar al siguiente.

Este concepto de progresión sigue siendo válido dentro de una misma situación real o virtual (si ha sido configurada de esa manera). Una misma situación puede fragmentarse en varios pasos intermedios para facilitar la progresión.

Ejemplo: para el avión

- El paciente comenzará permaneciendo en el aeropuerto, donde puede surgir la ansiedad. Describe un nivel de ansiedad de 50 y tiene las manos sudorosas. Luego practica la relajación respiratoria seguida de ACARA (ver los capítulos correspondientes).
- La ansiedad baja a 10 después de 15 minutos, y podrá progresar hacia el transbordador, lo que hará que su ansiedad aumente temporalmente. Luego practica la imaginación mental seguida de la terapia cognitiva (ver los capítulos correspondientes).
- La ansiedad baja nuevamente a 10 después de 15 minutos, y puede avanzar hacia la cabina del avión sin pasajeros al principio, y así sucesivamente, a medida que avanzan las sesiones, hasta que el paciente consiga tomar un vuelo prolongado en la cabina virtual llena de pasajeros.

Si la ansiedad no disminuye, no se debe incitar al paciente a avanzar, sino invitarlo a permanecer más tiempo o regresar a la etapa anterior (más fácil) para intentarlo repetidamente más adelante.

Estas etapas pueden elaborarse ad infinitum según los parámetros y detalles descritos por el paciente.

Hora del día, acompañado o no, presencia de otras personas, meteorología, tiempo de exposición, número de pisos, extensión de las manchas de sangre, número de perros, etc.

c. Prolongado

Dado que la ansiedad es un fenómeno transitorio, la habituación al miedo solo puede ocurrir si el paciente permanece en la situación durante mucho tiempo (más de 5 minutos, y preferiblemente más de 15 minutos). De este modo, verá por sí mismo que, en los lugares tan temidos, la ansiedad siempre termina por desaparecer.

Sin embargo, para que el paciente se mantenga en un lugar real o virtual evitado (metro, avión público, etc.), es importante que este no sea demasiado ansiógeno o difícil, de ahí la importancia de avanzar paso a paso como se mencionó anteriormente.

Para ayudarlo a permanecer en la situación ansiógena, el paciente puede practicar los métodos terapéuticos detallados en los capítulos anteriores (relajación, ACARA, terapia cognitiva, etc.). También puede dialogar libremente con el fin de buscar asociaciones y evocar pensamientos reprimidos, en el contexto del psicoanálisis.

d. Repetido

El aprendizaje, sea cual sea la materia abordada, implica frecuentemente la noción de repetición del gesto. Dado que la exposición es una forma de aprendizaje para habituarse, practicar y ver las cosas de manera diferente, se recomienda al paciente entrenarse varias veces por semana en realidad virtual y luego, progresivamente, en la realidad.

En la realidad virtual, el paciente debe elegir una etapa del entorno virtual para exponerse (subir a un avión virtual medio lleno, conducir en una autopista con algunos coches, acercarse a un suelo con manchas de sangre, etc.). Una vez elegida esta etapa, el paciente se enfrenta a ella de manera repetitiva durante la misma sesión o de una sesión a otra.

Si durante las sesiones el paciente ha experimentado varios entornos virtuales pero expresa dudas sobre un entorno que ya ha superado en sesiones anteriores, es necesario retroceder y proponerle repetirlo tantas veces como sea necesario

para asegurarse de que el paciente está relajado y cómodo en la situación en cuestión.

Bonus: La recompensa

Toda exposición, ya sea en realidad virtual o en la realidad, que se haya llevado a cabo es una exposición exitosa. El paciente no debe buscar una forma de perfección o esperar resultados académicos sobresalientes. Haber tenido el coraje de enfrentar la situación y permanecer en ella ya es un gran éxito en sí mismo.

Después de una sesión de exposición en realidad virtual, el paciente a menudo se sentirá cansado, incluso agotado. El tiempo le parecerá haber transcurrido más rápido. Estos son fenómenos normales relacionados con el nivel de atención necesario para gestionar las emociones. No tienen consecuencias.

Para reforzar la sensación de satisfacción que experimenta el paciente después de una sesión de TERV (Terapia de Exposición en Realidad Virtual), es útil reforzar esta sensación aconsejando al paciente que se dé un gusto. Por lo tanto, debe recompensarse con un momento de calidad, de placer: beber una copa de champán, leer un buen libro, saborear deliciosos chocolates, ver una película en el cine, disfrutar de suculentos pasteles, cenar en un restaurante, salir al teatro, a la ópera, recibir masajes agradables de su pareja, etc.

e. Las Etapas de una sesión de TERV

El paciente habrá recibido previamente una preparación en TCC o en psicoanálisis durante varias sesiones.

- Explique el funcionamiento del visor de realidad virtual al paciente y los posibles ajustes que deberá realizar. Muéstrole el espacio del que dispone en su despacho o consulta para evitar que se golpee con los muebles circundantes.
- Inicie el ordenador y conecte el visor de realidad virtual a este (puerto USB para la alimentación y el rastreador, puerto HDMI para la transmisión de sonido o imágenes).

- Inicie el entorno virtual elegido con el paciente, comenzando por el más fácil y, por lo tanto, el menos ansiógeno de la lista de situaciones establecida con él (ver el apartado de progresión más arriba).
- Asegúrese de que el paciente tiene suficiente espacio a su alrededor (al menos 4 m²) para moverse y girar. También tenderá a caminar o desplazarse de manera espontánea.
- Coloque el visor de realidad virtual en la cabeza del paciente. Déjelo ajustarlo y hacer los ajustes necesarios. Entregue los auriculares.
- El paciente puede comenzar ahora, bajo su supervisión, su exposición en realidad virtual.
- En primer lugar, déjelo familiarizarse tranquilamente con el equipo y el modo de navegación.
- Una vez que haya comprendido su funcionamiento, puede sugerirle que inicie su exposición: "puede entrar en el edificio", "el ascensor está a su derecha", "abra la puerta", "ingrese al pasillo", "camine hacia la multitud", etc.
- El paciente debe ser invitado a actuar, pero no debe ser forzado; es él quien debe elegir su acción.
- Cuando el paciente esté ansioso, asegúrese de que practique los métodos terapéuticos detallados en los capítulos anteriores.
- En momentos clave, pida regularmente al paciente que le precise su nivel de ansiedad de 0 a 100:
 - De 0 a 30, puede continuar avanzando en la situación.
 - De 40 a 60, debe detener su progresión y quedarse en el lugar para practicar los métodos terapéuticos detallados en los capítulos anteriores.
 - De 70 a 99, el nivel de ansiedad es demasiado alto, invítelo a retroceder hacia una situación o posición más fácil.

- En momentos clave, pida regularmente al paciente que le indique su nivel de ansiedad de 0 a 100:

De 0 a 30, puede seguir avanzando en la situación.

De 40 a 60, debe detener su progresión y permanecer en el lugar para practicar los métodos terapéuticos detallados en los capítulos anteriores.

De 70 a 99, el nivel de ansiedad es demasiado alto; invítelo a retroceder hacia una situación o posición más fácil.

- Un diálogo puede perfectamente establecerse entre el terapeuta y el paciente durante la exposición:

PACIENTE: "Me siento ansioso aquí, ¿qué debo hacer?"

TERAPEUTA: "¿Cuál es su nivel de ansiedad?"

PACIENTE: "50"

TERAPEUTA: "Bien, en ese caso, deténgase donde está y, ¿qué puede hacer aquí?"

PACIENTE: "La relajación respiratoria."

TERAPEUTA: "Bien, hagámosla juntos."

PACIENTE: "Me siento un poco mejor, ¿qué debo hacer después?... se me ha olvidado."

TERAPEUTA: "Comience a hablarme del sistema ACARA, creo que le gusta bastante ese sistema."

PACIENTE: "Sí, entonces la primera A significa aceptar la ansiedad, no debo controlarla ni luchar, debo..." [...]

TERAPEUTA: "Ahora, hábleme de la terapia cognitiva, ¿cuáles son sus pensamientos catastróficos? ¿Qué teme que suceda aquí?"

PACIENTE: "Me voy a ahogar, no podré salir, voy a quedarme atrapado."

TERAPEUTA: "Muy bien, déme las pruebas a favor y luego las pruebas en contra." Etc.

- Al final de la exposición, el paciente debe tener un nivel de ansiedad bajo (de 0 a 30) y haber salido de la situación (del ascensor, del edificio, del avión, de la autopista, de la multitud, etc.).

- Nunca detenga el programa mientras el paciente aún esté en la situación; debe haber salido de ella por cuestiones de coherencia, pero también para grabar en su memoria un episodio de exposición exitosa, en el que logró salir de la situación con un nivel de ansiedad bajo. Esto mejorará la autosatisfacción, reforzará la confianza en sí mismo y dejará un recuerdo agradable.
- Si no es el caso, antes de concluir la exposición, invítalo a salir de la situación (salir del ascensor, dirigirse hacia las salidas del edificio, pasar por el portal del avión, tomar la salida de la autopista, salir de la multitud, etc.).
- Finalmente, discuta con el paciente sobre sus acciones en la realidad virtual, sus progresos, y felicítalo. Luego, fije la fecha de su próxima cita y proponga, después de la tercera sesión de TERV o más, que se exponga en la realidad siguiendo los mismos principios y métodos que en la realidad virtual. Insista nuevamente en el carácter progresivo de la exposición. El paciente debe exponerse paso a paso, comenzando por la situación menos ansiógena, avanzando a su propio ritmo y sin saltarse los peldaños de la jerarquía.

f. El síndrome de ciber malestar

Podría traducirse como malestar ciber inducido, cibermareo o mareo del simulador. Representa el conjunto de síntomas funcionales secundarios al uso de equipos de realidad virtual en algunos pacientes.

Se asemeja a la fatiga ocular y al mareo por movimiento (náusea). La sintomatología está compuesta principalmente por sensación de inestabilidad, mareos, náuseas, incluso raros casos de vómitos, fatiga ocular y sensación de visión borrosa.

Por lo tanto, si el paciente presenta síntomas de náuseas durante la sesión de TERV, se le aconsejará que ralentice sus movimientos, que gire la cabeza más lentamente y que tome descansos cada 5 a 10 minutos. Este fenómeno, que puede resultar molesto para la terapia, a veces ocurre en el primer intento. Sin embargo, el síndrome suele disminuir progresivamente a medida que se realizan más sesiones.

13. La transición a la realidad: La generalización.

In fine, el objetivo es proponer y enseñar a los pacientes una variedad de herramientas para gestionar mejor la ansiedad y alcanzar ese "clic" cognitivo que le permitirá reconceptualizar su entorno. Su visión generará pensamientos más realistas y tranquilizadores.

La exposición le permitirá ganar una mayor confianza en sí mismo, combinada con una sensación de orgullo y autosatisfacción. De hecho, habrá superado una prueba que antes le parecía imposible. Será su logro personal y el garante de una evolución constante en su vida. Además, el paciente no está obligado a utilizar todas las herramientas descritas aquí. Ese es precisamente el interés de ofrecerle varias opciones. La observación clínica ha mostrado que preferirá algunas en detrimento de otras, que no utilizará, lo cual es un proceso normal. Permítale la libertad de explorar la terapia y hacerla suya, siempre que sea efectiva y beneficiosa para él.

14. Conclusión

En conclusión, el objetivo es proponer y enseñar a los pacientes una variedad de herramientas. La exposición les permitirá ganar una mayor confianza en sí mismos, combinada con una sensación de orgullo y autosatisfacción. De hecho, habrán superado una prueba que anteriormente les parecía imposible. Será su logro personal y el garante de una evolución constante en su vida.

Además, el paciente no está obligado a utilizar todas las herramientas descritas aquí. Ese es precisamente el interés de proporcionar varias opciones. La observación clínica ha mostrado que preferirá algunas en detrimento de otras, que no utilizará, lo cual es un proceso completamente normal. Permítale la libertad de explorar la terapia y hacerla suya, siempre que sea efectiva y beneficiosa para él.

Lectura opcional

Si desea acceder a más conocimientos, puede consultar las siguientes obras:

En Francés:

- Guía clínica de terapia cognitivo-conductual. O. Fontaine. Edición en rústica.
- Chartier, J.-P. (2001). Introducción al pensamiento freudiano. París: Payot.

En Inglés:

- AT BECK, Anxiety and Phobias: A Cognitive Perspective. Es un texto antiguo, pero representa la base de la TCC.
- MARKS, Fears, Phobias and Rituals. La referencia diagnóstica de los trastornos de ansiedad.
- Bateman, A. & Holmes, J. Introduction to Psychoanalysis: Contemporary Theory and Practice (Routledge, 1995).