

## Evaluación y modificación de conducta en un caso de *calambre del escribiente*

DIEGO MACIA ANTON\*  
FRANCISCO XAVIER MENDEZ CARRILLO

### SUMARIO

Se presenta el tratamiento de un caso de *calambre del escribiente*. En una primera fase se empleó exitosamente la desensibilización sistemática; en una segunda fase, tres meses después, se aplicó, junto a la DS, un conjunto de técnicas cognitivo-conductuales: terapia racional-emotiva, detención del pensamiento, aserción encubierta, entrenamiento asertivo. El problema desapareció totalmente en seis semanas. Este resultado se mantiene en el seguimiento realizado a los seis, doce y dieciocho meses.

El caso ilustra la necesidad de realizar una adecuada evaluación conductual de los tres sistemas de respuesta, tal y como se presenta el problema en cada sujeto particular.

### 1. INTRODUCCION

Hay una serie de trastornos agrupados bajo el nombre genérico de *calambres profesionales, laborales u ocupacionales*, como son el del violinista, el

---

\* Dirección de los autores: Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, sección de Psicología. Universidad de Murcia. 30071 Murcia.

del relojero, el del telegrafista, el del pianista, el del mecanógrafo, el del automovilista, etc., de los cuales el más conocido es el *calambre del escribiente*. Es éste uno de los cuadros clínicos más confusos en cuanto a su adscripción a una determinada categoría diagnóstica; de hecho no viene reseñado en el DSM-III (1980).

El *calambre del escribiente* ha sido catalogado de múltiples maneras, pero básicamente y puesto que la ansiedad juega un papel importante en el desencadenamiento y mantenimiento de esta distonía muscular selectiva de la escritura, esa patología se encuentra a caballo entre el grupo de las neurosis y el de los trastornos motores.

Con frecuencia se ha considerado como alguna forma de neurosis. El ICD-9 (1978) al hablar de «otras neurosis», cita las neurosis ocupacionales y entre ellas el *calambre del escribiente*. Brun (1942), comentando ciertas ideas populares sobre la naturaleza de la neurosis, señala que el «agente provocador» de este *calambre ocupacional* es la fatiga o agotamiento nervioso debido a un esfuerzo excesivo. Glover (1932) relaciona este trastorno con la histeria. Ey, Bernard y Brisset (1965) clasifican este grafoespasmo dentro de los trastornos funcionales neuróticos. Crisp y Moldowsky (1965) concluyen que estos pacientes tienen una personalidad obsesiva, meticulosa y presentan una dificultad específica para expresar su enfado o ira en las relaciones interpersonales.

Otros autores han preferido colocar el acento sobre los aspectos motores. Así Brisset, Mazet y Fortineau (1970) encuadran en los trastornos de las funciones tónica y motriz la tortícolis espasmódica, el *calambre del escribiente*, ciertos síntomas coreicos, los tics y ciertas modalidades de temblores. Ley (1971) advierte que este calambre era conocido antiguamente como *parálisis del escritor*. Obeso, Martínez-Lage y Martínez Vila (1983) lo definen como una distonía de torsión idiopática de tipo focal. Labrador (1984), al enumerar las aplicaciones del *biofeedback*, inserta dentro de los trastornos musculares el *calambre del escribiente*. Bajo este punto de vista, los trastornos que se le consideran generalmente más cercanos son la tortícolis espasmódica, los tics nerviosos y diversas diskinesias.

Esta ambivalencia diagnóstica del *calambre del escribiente*, esto es, trastorno de ansiedad «versus» trastorno muscular, hace que Vázquez Valverde (1983) estime los espasmos profesionales —de los que el *calambre del escribiente* sería uno de los más típicos— como alteraciones de la psicomotricidad y al mismo tiempo afirme que son frecuentes en personas calificadas como neuróticas o histéricas. Esta incertidumbre da también pie a López Ibor (1966) para referirse a este calambre como neurosis coordinatoria o motora.

Obviando esta indecisión nosológica, podemos describir al *calambre del escribiente* como una contracción tónica que aparece después de que el sujeto haya estado escribiendo durante un cierto tiempo e incluso, en los casos más serios, el espasmo se puede presentar ante la simple tentativa de iniciar la escritura. En cualquier caso, lo que suele ocurrir es que los dedos se crispan atezando con fuerza el bolígrafo y los músculos del antebrazo se ponen rápidamente tensos; a menudo esta tensión irradia al brazo, a la parte superior de la espalda y al cuello, aunque evidentemente en menor grado. Los trazos se tornan rígidos, la grafía descoordinada y el individuo tiene que interrumpir su escrito hasta que desaparezca la contractura.

Se ha empleado una variada gama de tratamientos con los sujetos que padecen el *calambre del escribiente*, que abarca desde diversas formas de relajación, por ejemplo, Ajuriaguerra, García Badaracco, Trillat y Soubiran (1956) trataron cuarenta y siete casos mediante la *relajación progresiva* de Jacobson (1938) y el *entrenamiento autógeno* de Schultz (1932), hasta *biofeedback* EMG (Labrador, 1984) y reeducación psicomotriz, a veces con ayuda de instrumentación más o menos específica. También se ha utilizado terapia aversiva; así, Sylvester y Liversedge (1960) trataron 39 casos mediante la administración contingente de choques eléctricos con la ayuda de un aparato especialmente diseñado para la ocasión.

Pasamos a exponer un caso de *calambre del escribiente* remitido por un neuropsiquiatra, cuyo juicio diagnóstico rezaba textualmente: «cuadro de dificultad gráfica (en la escritura) consistente en una inhibición del movimiento al comienzo de palabras escritas o cada vez que interrumpe por un momento el movimiento gráfico enlazado»; a renglón seguido aconsejaba: «os lo mando para que iniciéis una terapia de relajación y descondicionamiento progresivo».

Se utilizó la desensibilización sistemática satisfactoriamente y en el seguimiento realizado a los tres meses se comprobó que el problema empezaba a reaparecer nuevamente. En esta segunda oportunidad, tras una exhaustiva evaluación de los tres componentes de la respuesta de ansiedad (Lang, 1968), se diseñó un paquete terapéutico de amplio espectro.

Nuestro objetivo es subrayar una vez más cómo en la clínica el proceso de evaluación y la terapia se interrelacionan estrechamente (Fernández Ballesteros y Carroble, 1981) y cómo el éxito terapéutico final puede verse comprometido si previamente no se ha realizado una adecuada y completa evaluación conductual que abarque los tres sistemas de respuesta.

## 2. METODO

### 2.1. Sujeto

M. A., varón de 25 años de edad, trabajaba de administrativo desde hacía nueve años en la misma empresa; anteriormente había desempeñado idéntica labor en una oficina de su padre.

El problema, iniciado año y medio o dos atrás, había aparecido, en opinión del sujeto, cuando pasó a desempeñar tareas progresivamente más complejas. El cliente atribuía la causa de su trastorno a que era una persona muy nerviosa.

En el momento de acudir a la consulta podía mecanografiar perfectamente, puesto que los calambres los padecía exclusivamente al escribir a mano. En un principio, la dificultad surgía ante la presencia de personas pendientes de su escritura; en cambio, cuando se encontraba solo desaparecían los inconvenientes; por ejemplo, podía perfectamente firmar un cheque en borrador, pero era incapaz del todo si tenía que estampar su rúbrica en el talón original delante del empleado del banco o del acreedor. Posteriormente, este impedimento se había generalizado hasta el punto de que incluso hallándose sin gente a su alrededor y/o en vacaciones notaba a veces una dificultad semejante.

En los últimos meses se había producido un agravamiento, coincidiendo con la escasez de faena en el despacho y con el hecho de que otro oficinista deseaba que su hija fuese contratada. Nuestro paciente creía que este colega suyo estaba al acecho, «esperando a que alguien fracasase para que (la hija) ocupe ese puesto».

Por otra parte, el sujeto se autoevaluaba como muy perfeccionista en su desempeño laboral; a pesar de saber con seguridad que un determinado informe estaba bien, lo repasaba una y otra vez.

Finalmente, nada destacable de su historial personal. M. A. había cursado estudios medios. Llevaba casado catorce meses, después de un noviazgo de tres o cuatro años con su mujer; no tenían hijos. Calificaba positivamente las relaciones con su familia y sus amistades. Su situación económica era desahogada, ya que su esposa también trabajaba fuera del hogar. Gozaba de buena salud: comía con apetito, conciliaba el sueño con facilidad y practicaba asiduamente deportes como el tenis y la caza, que requerían movimientos precisos del brazo derecho.

## 2.2. Procedimiento

Se empleó un diseño de series temporales elementales (000 I, 000). La primera vez el tratamiento consistió fundamentalmente en la aplicación de la desensibilización sistemática para descondicionar la ansiedad asociada con la escritura en situaciones específicas; en la segunda ocasión, se manejó todo un conjunto de técnicas cognitivo-conductuales como veremos seguidamente.

### 2.2.1. Evaluación inicial

Los procedimientos de evaluación fueron:

1) entrevistas al cliente, 2) «Inventario general de miedos III» (FSS-III-122) de Wolpe (1969), 3) auto-registros de los calambres.

En la autoobservación se le pedía al sujeto que, después de cada episodio en el que experimentara dificultad o incapacidad para escribir, anotase junto al grado de ansiedad, las condiciones antecedentes —día, hora, lugar, personas presentes, documento y/o texto (hacer una multiplicación, redactar una carta...), etc.—, y las consecuencias que seguían a estos incidentes.

### 2.2.2. Tratamiento

Inicialmente el tratamiento se redujo al procedimiento estándar de la DS, expuesto en repetidas ocasiones por Wolpe (1958, 1969).

El entrenamiento en relajación se llevó a cabo en seis sesiones, a razón de tres semanales, más práctica diaria en casa, siguiendo una abreviación del método de *relajación progresiva* de Jacobson (1938) y la secuencia de grupos musculares propuesta por Cautela y Groden (1979).

La jerarquía se construyó conjugando dos elementos relevantes:

a) Las distintas situaciones en las cuales el sujeto debía escribir algo; en casa, en su mesa de la oficina, en el mostrador de un banco, en el despacho de su jefe, etc.

b) La ausencia o presencia de personas; la ansiedad se incrementaba progresivamente a partir de estar solo y en función del número y clase de personas que le rodeasen al tener que escribir.

Se trataba, pues, de una jerarquía mixta (Paul, 1969), que combinaba una

temática y otra dimensional. A modo de ejemplo, he aquí algunos de sus ítems:

— Ítem que ocupaba un lugar bajo en la jerarquía: «Estás en casa con tu mujer y de pronto ella te ruega que le escribas una dirección en un sobre».

— Ítem que se situaba en la zona intermedia de la jerarquía: «Te hallas solo en la oficina, no hay nadie más. Te pones a escribir y a firmar unos papeles».

— Ítem que se ubicaba en las posiciones superiores de la jerarquía: «Entras al despacho de tu jefe, quien se encuentra reunido con otras cinco personas; te pide que te sientes y que le escribas unos datos mientras toda la gente te mira».

Con objeto de controlar el nivel de relajación durante las sesiones se utilizó un miófono ALEPH ONE LTD, colocando dos electrodos superficiales en los extensores y flexores del antebrazo derecho del cliente, dado que en este caso resultaba sobremanera importante relajar esos músculos.

La aplicación propiamente de la DS se efectuó en diecisiete sesiones de treinta y cinco minutos de duración más o menos. No obstante haber ejecutado exitosamente una prueba en vivo en la undécima sesión —el paciente fue capaz de cumplimentar tranquilamente un impreso en un banco ante el cajero—, se prosiguió hasta agotar la jerarquía. Llegado este punto, el paciente informó que escribía sin problemas de ningún tipo, por lo que se le dio de alta y se le indicó que telefonara transcurridos tres meses con intención de comprobar si se mantenía después de un trimestre la mejoría conseguida.

El paciente regresó en la fecha convenida y manifestó que en casa seguía escribiendo normalmente, pero que en la oficina empezaba a notar nuevamente dificultades; algo parecido le sucedía cuando debía efectuar cualquier gestión fuera de la misma, especialmente si tenía prisa o estaba nervioso por algún otro motivo. «He perdido la tranquilidad y la confianza que poseía», reconoció el cliente.

Esta segunda vez se realizó una evaluación más extensa y cuidadosa. Además de las entrevistas y los auto-registros, el sujeto contestó a los siguientes auto-informes: «Inventario de detención del pensamiento» (TSSS) de Cautela y Upper (1976), «Inventario de creencias personales» (PBI) de Muñoz y Lewinsohn (1976), «Escala de asertividad» (RAS) de Rathus (1973), «Inventario de asertividad» (AI) de Gambrill y Richey (1975), «Miedo a la evaluación negativa» (FNE) de Watson y Friend (1969), «Escala de evitación y ansiedad social» (SAD) de Watson y Friend (1969).

El tratamiento multimodal en esta nueva fase se orientó:

a) a corregir ciertas creencias irracionales, como «es terrible fracasar en algo que uno quiere hacer» o «la incompetencia en algún área indica que una persona carece de valor», mediante terapia racional-emotiva y a sustituir por pensamientos constructivos determinadas ideas obsesivas similares a «me voy a equivocar», «siempre voy a estar nervioso», «voy a perder mi trabajo», empleando las técnicas de detención del pensamiento y aserción encubierta;

b) a adquirir habilidades sociales, en concreto asertividad en el ámbito laboral; por medio del entrenamiento asertivo se fue ensayando y modelando el comportamiento del sujeto en situaciones interpersonales, tales como negarse a peticiones abusivas de los compañeros de oficina, hablar serenamente con su jefe, etc.;

c) a eliminar la ansiedad condicionada a situaciones sociales, en general, y a situaciones relacionadas con el *calambre del escribiente*, en particular, utilizando la desensibilización sistemática.

Después de trece sesiones en seis semanas se dio por finalizado este tratamiento.

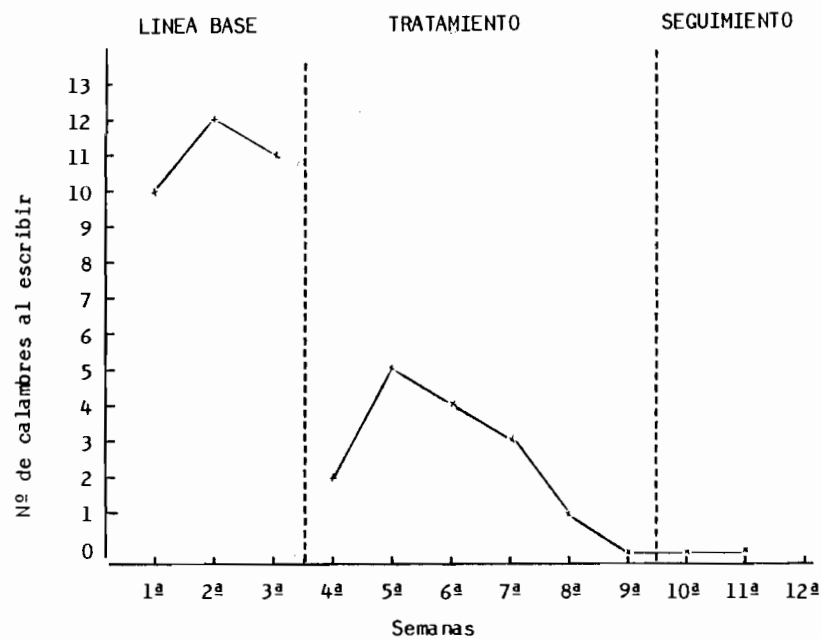
### 3. RESULTADOS

Como ya hemos mencionado los resultados del primer tratamiento, es decir, cuando se utilizó únicamente la DS, nos vamos a ceñir al comentario de los resultados del segundo tratamiento, cuando el cliente acudió de nuevo a la consulta pasados tres meses desde su alta.

Los datos de la línea base y el tratamiento se especifican en la figura 1.

Como se puede apreciar en la gráfica la línea base se encontraba estabilizada en torno a once veces semanales en las que el individuo experimentaba dificultades en su escritura. Ya en la primera semana de tratamiento se produce un descenso brusco y, aunque se observa inmediatamente después un ligero incremento, a medida que avanza la terapia la reducción es progresiva hasta alcanzar el valor cero en la sexta semana de tratamiento.

Estos resultados se mantienen en el seguimiento realizado a los 6, 12 y 18 meses.

*Figura 1*

#### 4. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Una vez más la desensibilización sistemática ha sido efectiva y, en el caso presente, en un trastorno como el *calambre del escribiente* sobre el que no abundan excesivas referencias bibliográficas.

Sin embargo, es interesante comprobar que la DS por sí sola fue capaz de modificar significativamente un patrón de conducta inadaptativo, pero no consiguió que la mejoría granjeada fuera duradera. Por contra, cuando se combinó la DS con otras técnicas cognitivo-conductuales, sí que se alcanzó el doble objetivo de obtener el cambio terapéutico y lograr su mantenimiento.



Esta constatación pone de relieve la necesidad tantas veces recordada de evaluar y tratar los tres componentes en cualquier problema clínico: el cognitivo-verbal, el motórico y el fisiológico (Fernandez Ballesteros y Carrobes, 1981; Llavona, 1982). Asimismo deseamos llamar la atención sobre la importancia de identificar el «sistema de respuesta predominante» en cada paciente, sin olvidar las otras dos modalidades, y planificar la terapia en función de esta evaluación conductual, no desde apriorismos psicopatológicos dudosos.

Con otras palabras, un terapeuta convencido de que el calambre del escribiente es un trastorno motor, puede limitarse a aplicar una técnica aconsejable en estos casos como es el *biofeedback* EMG de los músculos de la mano o del antebrazo dominantes. En cambio, el profesional que destaque el papel de la ansiedad en el *calambre del escribiente* puede recurrir al entrenamiento en relajación. Empero, lo que a nosotros nos parece más correcto es realizar la evaluación conductual de los tres componentes en cada cuadro clínico tal y como se presenta en un sujeto particular. Como nuestro paciente manifestaba una intensa ansiedad condicionada ante la escritura en situaciones sociales y mostraba una notable reactividad fisiológica —sudoración de las manos, palpitaciones...— nos decidimos por la desensibilización sistemática y cuando ésta se complementó con técnicas dirigidas a modificar ciertos pensamientos desadaptativos y a dotar al sujeto de habilidades sociales, el problema desapareció.

Así, pues, la adecuada evaluación conductual de las tres modalidades de respuesta en cualquier sujeto con un problema clínico es el primer paso para un tratamiento exitoso.

## BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. de, GARCIA BADARACCO, J., TRILLAT, E. y SOUBIRAN, G. (1956): Traitement de la crampe des écrivains par relaxation. Le processus de guérison à partir de l'expérience tonique. *Encéphale*, 45 (2), 141-171.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (third edition). Washington: APA.
- BRISSET, Ch., MAZET, Ph. y FORTINEAU, J. (1970): Neurologie et psychosomatique. Médecine psychosomatique. En A. Laffont y F. Durieux (Eds.), *Encyclopédie Médico-Chirurgicale: vol. 3. Psychiatrie*. Paris: Editions Techniques.
- BRUN, R. (1942): *Allgemeine Neurosenlehre. Biologie, Psychoanalyse und Psychohygiene leibseelischer Störungen*. Basilea: Benno Schwabe & Co.
- CAUTELA, J. R. y GRODEN, J. (1979): *Relaxation*. Illinois: Research Press Co.
- CAUTELA, J. R. y UPPER, D. (1976): A behavioral inventory battery: the use of self-report measures in behavioral analysis and therapy. En M. Hersen y A. S. Bellach (Eds.), *Behavioral assessment*. New York: Pergamon Press.
- CRISP, A. H. y MOLDOFSKY, H. (1965): Psychosomatics study of the writer's cramp. *British Journal of Psychology*, 111 (478), 841-858.
- EY, H., BERNARD, P. y BRISSET, Ch. (1965): *Manuel de Psychiatrie*. Paris: Masson et Cie., Editeurs.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J. A. I. (1981): *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- GAMBRILL, E. D. y RICHEY, C. A. (1975): An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- GLOVER, E. (1932): An essay of psychoanalytical classification of mental disorders. *Journal of Mental Science*, 78, 819-842.
- JACOBSON, E. (1938): *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- LABRADOR, F. J. (1984): Técnicas de biofeedback. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- LANG, P. J. (1968): Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (vol. 3). Washington: APA.
- LEY, P. (1971): Writer's cramp. En W. Arnold, H. J. Eysenck y R. Meili (Eds.), *Lexikon der Psychologie* (vol. 1). Freiburg im Breisgau: Verlag Herder KG.
- LOPEZ IBOR, J. J. (1966): *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Gredos.
- LLAVONA, L. M. (1982): Consideraciones sobre el análisis de los tres sistemas de respuesta en la evaluación conductual. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 0, 3-7.
- MUÑOZ y LEWINSOHN, P. M. (1976): *Inventario de creencias personales* (adaptación española). Madrid: Universidad Autónoma.
- OBESO, J. A., MARTINEZ-LAGE, J. M. y MARTINEZ VILA, E. (1983): Terapéutica de las distonías, tics y otras disquinesias. En J. Flórez y J. M. Martínez-Lage (Eds.), *Neurofarmacología fundamental y clínica* (vol. 1). Pamplona: EUNSA.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1979): *Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación*. Ginebra: O.M.S.

- PAUL, G. L. (1969): Outcome of systematic desensitization. I: Background and procedures, and uncontrolled reports of individual treatments. En C. M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- RATHUS, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- SCHULTZ, J. H. (1932): *Das autogene training. Konzentratione Selbstentspannung*. Stuttgart: Verlag.
- SYLVESTER, J. D. y LIVERSEDGE, L. A. (1960): Conditioning and the occupational cramps. En H. J. Eysenck (Ed.), *Behaviour therapy and the neuroses*. Oxford: Pergamon Press.
- VAZQUEZ VALVERDE, C. (1983): Alteraciones de la psicomotricidad. En A. Polaino-Lorente (Ed.), *Psicología patológica* (vol. 1). Madrid: UNED.
- WATSON, D. y FRIEND, R. (1969): Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-451.
- WOLPE, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- (1969): *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.