

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

Obstáculos y errores técnicos a prever en el diseño del tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad

En el presente artículo procederemos a enunciar algunos obstáculos y situaciones especiales que pueden aparecer durante las intervenciones clínicas en pacientes con ansiedad. Estas particularidades pueden derivar en errores técnicos u omisiones que afecten a la eficacia de los procedimientos seleccionados por el clínico. Revisaremos algunas situaciones puntuales que incrementan la probabilidad de errores en las intervenciones; el psicólogo deberá detenerse en tales inconvenientes para que los mismos no afecten el proceso terapéutico y la eficacia de los procedimientos seleccionados.

Para propiciar la especificación de las intervenciones, veremos algunos inconvenientes asociados a cinco trastornos: Trastorno por pánico, Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia Social y Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

En cada apartado, se enuncia el problema en cuestión y el modo específico de intervención correspondiente

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

Trastorno por pánico

El paciente tiene como expectativa de tratamiento la “eliminación” de sus sensaciones físicas

Uno de los problemas más frecuentes que debe afrontar el terapeuta en el abordaje de los casos de pacientes con trastorno por pánico, es la insistencia del paciente en que “no le aparezcan nunca más” las sensaciones corporales de ansiedad. Esta “obsesión por eliminar” la ansiedad puede derivar en el incremento de la misma; la atención permanente del paciente hacia su propio cuerpo puede aumentar la sensación de incremento de la intensidad de las palpitations, la sequedad en la boca, la alteración de la sensación de fluidez respiratoria, etc.

En términos generales, el paciente focaliza la atención en las sensaciones fisiológicas de ansiedad para chequear que no aparezcan las mismas. Dicho afán de control deriva en un incremento de la ansiedad. El paciente “cree” pues, que el tratamiento está fracasando.

Modo de intervención

El terapeuta debe clarificar al paciente que no es el objetivo del tratamiento la eliminación de las sensaciones, sino la eliminación del miedo a las mismas. De hecho, muchos pacientes conceptualizan como “recaídas” la mera aparición de sensaciones corporales. En este caso, el psicólogo debe identificar como el paciente interpreta las mismas y cómo dicho modo de interpretación deriva en el incremento de las mismas y el miedo concomitante. Por supuesto, es necesario volver a revisar nociones asociadas a la naturaleza de la ansiedad y al circuito de autoactivación del pánico, mediante psicoeducación. El psicólogo aplica esta técnica junto a la

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

reestructuración cognitiva para que el paciente modifique sus expectativas distorsionadas sobre el objetivo del tratamiento.

Presencia de rituales sutiles de evitación

En algunos casos de personas con trastorno por pánico, puede suceder que el paciente ejecute rituales mínimos de evitación y que no se lo comente al terapeuta; esto sucede no porque el paciente mienta intencionadamente al psicólogo, sino que él paciente mismo aún no ha comprendido como las conductas evitativas, siendo muy sutiles, pueden entorpecer la habituación a las sensaciones de ansiedad. Además, es más laboriosa la identificación de tales rituales de evitación y escape. De hecho, el terapeuta puede inferir tales rituales de evitación, si el paciente, por ejemplo, llega en taxi al consultorio o si llega unos minutos antes de su horario de sesión y presenta impaciencia o temor durante el tiempo de espera hasta el instante en que el psicólogo puede atenderlo. Por ejemplo, una paciente llega tarde a las sesiones en reiteradas oportunidades. Cuando se le indaga por los motivos de sus tardanzas, nos responde: “el subte venía muy lleno” “no encontraba taxis” “caminé algunas cuadras porque me bajé del colectivo”. Estas conductas cotidianas y aparentemente nimias pueden estar asociadas a rituales de evitación de las sensaciones de ansiedad. A partir de ello, se le indaga más específicamente y nos comenta que ella se retira de su trabajo a las 18 hs. y que debe tomar el subterráneo a las 18.15 hs. para regresar a su domicilio. El psicólogo indaga aún más e intenta identificar elementos específicos que la paciente no ha relatado; la paciente nos comenta que espera hasta las 19 hs. en el andén, unos 45 minutos o más, hasta que el tren del subterráneo está con menos gente en su interior y siente que “hay más aire”. Y que esta conducta de reaseguro, a veces, deriva en llegar tarde a la sesión y a varios compromisos. Nótese que el psicólogo ha observado una conducta

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

asociada al encuadre de la relación terapeuta-paciente, en este caso, las reiteradas llegadas tardes a la consulta, para indagar elementos propios de conductas de evitación. Otros ejemplos de rituales sutiles de evitación son evitar tomar un café o mate por temor a sentir palpitaciones, hablar con alguien, ir a respirar mejor hacia una ventana o balcón, asistir a lugares sólo si es acompañada por alguien, evitar ver películas sobre enfermedades por el temor a la activación psicofisiológica, etc. Estos rituales mínimos pueden derivar en que el paciente no venza el miedo a la aparición de sensaciones en determinados contextos.

Modo de intervención

El psicólogo puede continuar solicitándole a la paciente, durante las fases medias y avanzadas del tratamiento, que ella continúe registrando situaciones específicas donde aparecen tales rituales mínimos de evitación. La paciente deberá registrar en una planilla de registro, la situación que provoca la ansiedad o tensión corporal, los pensamientos asociados a la misma, la emoción que siente en dicho instante y finalmente la conducta de evitación sutil que ejecuta para no exponerse a la tensión. De ese modo, la terapia no sólo se circunscribe a modificar las conductas de evitación y escape más notorias (ej. no viajar en avión, ómnibus, ascensor o evitar agitarse), sino también a las menos obvias y de más difícil detección. El psicólogo deberá estar atento a los registros que trae el paciente e indagar en las sesiones elementos específicos de dichas situaciones. Desde ya, complementariamente a esto, se implementarán instrucciones puntuales de exposición para que el paciente no ejecute los rituales sutiles de evitación en los contextos que debe afrontar.

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

Interpretación idiosincrásica de episodios de ansiedad como “recaídas”

En diversas situaciones, el paciente cree haber tenido una “recaída” o “una crisis de pánico” y en realidad, sólo ha tenido algunas sensaciones. El modo que tiene el paciente de interpretar sus propias sensaciones no es un detalle menor. El paciente cree que ha tenido una crisis de pánico y en realidad, ha sentido algunas sensaciones aisladas.

Modo de intervención

El psicólogo puede aplicar una técnica de entrevista muy específica, denominada búsqueda de significado idiosincrásico. Hoy día, el término pánico está muy de moda en la jerga ciudadana. Muchos pacientes, incluso en la primera sesión, se autodiagnostican emitiendo frases tales como: “tengo ataques de pánico” o “soy fóbico”. Un ejemplo típico es confundir la sensación de opresión en el pecho con “dolor” en el pecho. Por ello, entre otras preguntas, el psicólogo puede indagar de modo preciso el significado de los términos que utiliza el paciente, pudiendo preguntar: ¿sentías dolor o sensación?, ¿a qué llamás vos ataque de pánico?, ¿qué es para vos la ansiedad?, ¿a qué llamas dolor? Una vez que el psicólogo identifica la magnificación o exageración del paciente en la forma de interpretar y verbalizar algunas sensaciones corporales, procede a explicar al mismo la relación entre pensamientos catastróficos y ansiedad. Insistimos: el modo en que el paciente verbaliza sus problemas no es una cuestión menor. El mismo creerá estar empeorando, cuando en realidad asigna significados fatalistas a situaciones menores.

Fobias específicas

Ejecución parcial de conductas de exposición

En las sesiones más avanzadas del tratamiento se observa que ha habido avances parciales; de todos modos, el paciente verbaliza que ha dejado de preocuparse por su fobia, desviándose el foco de la terapia hacia otros temas o manifestando sentirse muy bien con la terapia, sin haber ejecutado de modo completo las tareas de exposición al estímulo fóbico. Por ejemplo, un paciente con fobia a viajar en avión, ha realizado diferentes viajes, aunque bajo los efectos de ansiolíticos; y aún continúa en esta fase del tratamiento, sustituyendo el viaje en avión por uno en ómnibus. Si bien se han visto mejoras en su evolución aún presenta dudas con respecto a realizar exposiciones futuras sin medicación.

Modo de intervención

En este ejemplo, se observa que la modificación de la conducta fóbica no ha sido completa. Es sabido que es conveniente que en fases avanzadas, el paciente lleve a cabo exposiciones sin medicación; esto conllevará inevitablemente la extensión del tratamiento, hasta que el paciente logre alcanzar con totalidad el objetivo terapéutico. El psicólogo deberá aplicar una vez más procedimientos que habitualmente se aplican en la fobia a viajar en avión, tales como relajación muscular progresiva y desensibilización por autocontrol; será necesario que el paciente no abandone o interrumpa el tratamiento sin que éste se haya aplicado en su totalidad. Recuérdese también que una vez que se le otorga el alta al paciente, es recomendable mantener un seguimiento de al menos una vez cada 2 o 3 meses, para chequear si el paciente ha continuado con exposiciones. De este modo, el

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

psicólogo se asegura que se ha modificado la conducta del paciente frente al estímulo fóbico.

El paciente no lleva a cabo las tareas solicitadas por el terapeuta

Continuando con el ejemplo del apartado anterior, el psicólogo ha enseñado los pasos de determinada técnica y le ha asignado la instrucción de que practique la relajación muscular progresiva antes y durante un vuelo; el paciente comenta que la ha aplicado durante el vuelo, aunque expresa que no ha obtenido el resultado deseado.

Modo de intervención

En este caso, es necesario chequear si el paciente fehacientemente ha comprendido y ha practicado la técnica entre sesiones; el psicólogo debe aplicar el procedimiento durante varias sesiones y no omitir las fases de entrenamiento y consolidación de habilidades, con el objeto que su paciente aplique correctamente la técnica cuando se expone sin ayuda del terapeuta ni familiares, a situaciones de ansiedad. En este caso en particular, es necesario que el paciente practique la técnica todos los días previos al vuelo durante la semana previa al mismo; y el día del viaje, unas 2 horas antes de dirigirse hacia el aeropuerto. Nótese que en este ejemplo, el paciente no sólo no practicó los ejercicios indicados, sino que sólo lo ha aplicado durante el viaje en avión.

Este tipo de problemas técnicos puede observarse también en pacientes con trastorno por pánico, cuando es el paciente mismo quien debe aplicar la respiración abdominal en situaciones que provocan ansiedad; la ausencia de práctica entre sesiones, deriva en que el paciente luego no tiene incorporada la habilidad para aplicarla en los momentos que mas requiere de ella. Por eso, se sugiere la repetición

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

de la enseñanza de la respiración abdominal y de los procedimientos clínicos en varias sesiones, hasta que el psicólogo constate el dominio del paciente en la autoaplicación de la técnica.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El paciente envía mensajes de texto al psicólogo durante la semana

Uno de los problemas frecuentes en el TAG es que ante cada preocupación, el paciente ejecute preguntas al terapeuta para tranquilizarse. Si el psicólogo “tranquiliza” al paciente ante cada nueva preocupación que tenga, puede reforzar, inadvertidamente, el esquema cognitivo denominado “intolerancia a la incertidumbre”.

Modo de intervención

Cuando aparece una preocupación, se recomienda que el psicólogo evalúe los procesos cognitivos que derivan en la proliferación de preocupaciones pero que sea el paciente mismo quien se autoaplique un nuevo método terapéutico. También es necesario que el psicólogo evite acceder a charlas telefónicas espontáneas o diálogo por mensajes de texto, mails o whatsapp durante la semana, cada vez que el paciente tiene una preocupación. Por ejemplo, si un paciente le escribe al psicólogo por whatsapp: ¿“te puedo hacer una consulta”? el psicólogo puede responder: “por mensajes de celular, no; por favor, toma nota en la planilla de registro del tema que te preocupa y lo hablamos en la próxima sesión”. Si el paciente insiste, el terapeuta podrá anunciar que no responderá mensajes de texto o podrá comentarle al paciente que en la sesión le explicará los motivos de tal decisión. Por supuesto, en sesión, el psicólogo deberá explicar al paciente que el uso de mensajes de texto, reforzará su

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

intolerancia a la incertidumbre y por ello no es conveniente apelar a tal tipo de diálogo espontáneo entre sesiones.

Fobia social

De modo análogo a los pacientes que padecen trastorno por pánico, el paciente desea que no aparezca “nunca más” el sonrojamiento o la sudoración cuando está frente a un grupo de gente. También en la fobia social, la “obsesión” del paciente por eliminar una sensación fisiológica puede incrementar su propia tensión ante una situación grupal.

Modo de intervención

Es necesario evitar instaurar como objetivo del tratamiento la “eliminación” del sonrojamiento o la sudoración. Se recomienda formular como objetivos del tratamiento, que el paciente adquiera habilidades específicas para el manejo de su ansiedad, su vergüenza y los pensamientos asociados a los eventuales juicios de los demás. Por otra parte, también en estos casos, es necesario hacer psicoeducación, sobre como el “afán de control” de las sensaciones es uno de los aspectos esenciales en la provocación de la ansiedad social. Precisamente, en diversos ejercicios de exposición social, se procura que el paciente acepte que puede ponerse colorado en público y que ello no es tan dramático. No se apunta a la eliminación de la sensación señalada, se apunta a la modificación del dramatismo y la tensión derivada del mismo, ante la aparición del sonrojamiento.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

Ejecución de rezo compulsivo y/o conductas supersticiosas durante las exposiciones

Si bien en la nueva edición del DSM se ha separado al TOC de los trastornos de ansiedad, algunas dificultades técnicas que surgen en el proceso terapéutico están asociadas a la presencia de respuestas autonómicas de activación fisiológica. De modo semejante a los pacientes con trastorno por pánico y ansiedad generalizada, algunos subtipos de TOC, presentan intolerancia a la respuesta de ansiedad y “luchan” para que la misma no aparezca. De todos modos, en el TOC, las conductas de reaseguro se presentan en forma de rituales encubiertos, tales como rezar o distraerse mentalmente; también puede recurrir a conductas supersticiosas, para disminuir su ansiedad derivada de sus obsesiones; por ejemplo, llevar consigo un amuleto, cruzar los dedos o rezar compulsivamente durante la exposición. Desde ya, que en Terapia Cognitivo Conductual se respetan las creencias y religión de cada paciente, eso no está en tela de juicio. El inconveniente a prevenir es que el paciente ejecute el rezo a modo de compulsión para neutralizar obsesiones o emita conductas supersticiosas en el momento en que se aplica el procedimiento de exposición al estímulo, indicado por el psicólogo.

Modo de intervención

Es necesario evitar establecer como objetivo de tratamiento la eliminación de pensamientos o imágenes mentales. El objetivo es modificar y eliminar los rituales de neutralización que el paciente lleva a cabo frente a las obsesiones; como diría gráficamente la Terapia de aceptación y compromiso, que “desmonte la lucha” frente a las mismas. También es necesario volver a aplicar psicoeducación e instrucciones específicas. Se le comenta al paciente la relación existente entre obsesiones y

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

compulsiones y como éstas impiden la superación de su trastorno obsesivo.

Obviamente el paciente puede rezar en diferentes momentos de su semana; lo que se le solicita es que no ejecute el rezo durante las exposiciones.

La exposición y prevención de la respuesta, implica que el paciente acepte que va a sentir ansiedad durante las exposiciones. Y que ello es totalmente normal, especialmente entre los primeros 30 a 60 minutos de exposición al estímulo.

Dicho sea de paso, recordemos también, que en los casos de trastorno por pánico, fobia social y ansiedad generalizada, el paciente debe aceptar y conocer que aparecerá la respuesta de ansiedad durante las exposiciones y que es necesario no escapar del estímulo para que se alcance la habituación al mismo. Uno de los obstáculos frecuentes a superar en estos casos es la expectativa del paciente en sentir “ansiedad cero” durante la aplicación de la exposición y prevención de la respuesta. Una vez más, una pormenorizada psicoeducación sobre las características de esta técnica incrementará la probabilidad que el paciente acepte la aparición de la ansiedad como parte de su exposición.

El paciente asiste simultáneamente, a dos tratamientos psicológicos diferentes

El paciente ha iniciado terapia cognitivo-conductual, aunque aún continúa asistiendo a las sesiones de psicoanálisis; es decir, asiste simultáneamente a dos terapeutas. Nos comenta que cada vez que le comenta una situación de ansiedad o pánico a su analista, éste le puntualiza que es necesario averiguar que “hay detrás de eso”, que es necesario “identificar las causas o por qué en su pasado y que la ansiedad no se eliminará hasta que se encuentren sus causas”; esta intervención por parte de su analista, ha derivado en que el paciente emprendiese una “búsqueda mental”

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

cotidianamente, a los fines de alcanzar una explicación posible frente a sus sensaciones corporales de ansiedad. En este caso, el paciente nos ha comentado también que el hecho de pensar sobre posibles causas de su pasado, le incrementaba la sensación de tensión durante el día.

Modo de intervención

En este caso, la rumiación que el paciente tiene está incrementada por la intervención del analista. Se presenta un obstáculo técnico no menor cuando el paciente asiste a dos terapeutas que trabajan desde orientaciones clínicas opuestas. El caso que estamos describiendo es el de un paciente que continuaba sesiones de psicoanálisis unas dos veces por semana y paralelamente, inició tratamiento cognitivo-conductual. Como modo de intervención se planteó al paciente que escoja entre uno u otro procedimiento debido a que desde la perspectiva de la TCC, las intervenciones de su analista parten de una perspectiva teórica diferente.

En lo que concierne estrictamente al trabajo clínico en TCC, es necesario aplicar procedimientos para disminuir la rumiación sobre las supuestas causas de la ansiedad; también el entrenamiento en refocalización atencional permite disminuir la atención permanente hacia las sensaciones corporales. La búsqueda permanente de las supuestas causas derivan en que el paciente crea que, hasta que no halle las mismas, ningún tratamiento será exitoso. [el lector interesado puede consultar un artículo de nuestra revista electrónica: "Sobre las causas de los síntomas en Terapia Cognitivo-Conductual", Revista de Terapia Cognitivo-Conductual, edición nº 9. Sobre el TOC, puede consultar el artículo "Efectos iatrogénicos del psicoanálisis en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo", Revista de Terapia Cognitivo-Conductual, edición nº 23].

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

Estos ejemplos y situaciones clínicas, son sólo algunos de los obstáculos más representativos que pueden surgir durante el proceso terapéutico en la terapia cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad.

A modo de síntesis, recapitulemos algunas de las intervenciones que facilitan llevar a cabo ajustes durante el tratamiento:

- Importancia de la evaluación continuada y específica de situaciones de tensión.
- En el caso en que sea necesario, volver a clarificar al paciente cuales son los objetivos del tratamiento en relación al manejo de la ansiedad, más que a la “eliminación de la ansiedad”.
- Evaluar el significado idiosincrásico que el paciente asigna a determinadas palabras críticas, tales como “pánico”, “dolor”, “recaída”, “ataque”, “no poder respirar”, etc.; en algunos casos será necesario extender la reestructuración cognitiva del caso.
- Insistir sobre la necesidad de interrumpir la ejecución de rituales sutiles de reaseguro que impiden exposiciones al estímulo que provoca la ansiedad.
- Continuar solicitando al paciente el autorregistro de situaciones de ansiedad, a los fines de identificar elementos sutiles que requieran implementar ajustes en el tratamiento.
- Recordar que el aprendizaje de técnicas de afrontamiento y de manejo de la ansiedad consta de tres fases: adquisición, entrenamiento y consolidación de habilidades específicas..

Naturalmente, algunos casos pueden presentarse más complejos que otros; una de las claves radica en que el profesional, más allá del conocimiento de las técnicas

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. Ariel Minici y Lic. José Dahab

generales de tratamiento, posea habilidad en la indagación e identificación pormenorizada de variables específicas -de cada caso en particular-, que interfieren en la adecuada aplicación de los procedimientos técnicos.