

“Abriendo Fronteras en el Tratamiento de los Trastornos por Ansiedad”

Programa Estructurado utilizado en la Clínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas.

Desarrollado por la Lic.Ps.María Esther Lagos.

Psicoterapeuta Cognitivo Conductual

e-mail mel@adinet.com.uy

◆ Fundamentación:

Los Trastornos de Ansiedad han ido en aumento en los últimos tiempos y constituyen hoy por hoy el motivo más frecuente de consulta clínica. Muchas veces la demanda se presenta por cuadros depresivos, pero luego de la cuidadosa evaluación integral, muy frecuentemente observamos que es el trastorno de ansiedad el responsable, confirmando la hipótesis de que en estos casos la depresión suele ser secundaria al trastorno de ansiedad.

◆ ¿Porqué han ido en aumento?

Muchas podrían ser las explicaciones a este fenómeno. Entre otras la creciente inseguridad en la que desde hace mucho tiempo vivimos los ciudadanos de un mundo globalizado, inseguridad que se ha ido incrementando dramáticamente en los últimos años.

Pueden también aludirse causas socio-económicas, generadas por el aumento de la pobreza y la desocupación.

Concomitantemente la pérdida de referencias y certezas generadas por los cambios, cada vez más vertiginosos; la percepción de incontrolabilidad de los sucesos así como la impredecibilidad de los mismos, genera una desesperanza aprendida (M. Seligman) que daría cuenta también del aumento de la ansiedad y la depresión que vive de la población.

◆ ¿Porque un Programa de Tratamiento Grupal?

En el año 1997 en el Equipo Docente- Asistencial de psicoterapia cognitivo conductual que funciona en la Clínica de Psiquiatría, Hospital del Clínicas, se observó en la consulta un aumento de la incidencia de los Trastornos por Ansiedad, particularmente de los AP y la Ag., lo cual nos impulsó a desarrollar para ese medio hospitalario, donde se trabaja con personas de muy escasos o inexistentes recursos socio-económicos, un programa estructurado para el “Tratamiento Grupal de la Agorafobia con o sin ataque de Pánico” el cual se llevó adelante hasta el año 2002.

En el Programa se desarrolla un proceso de re-aprendizaje activo en el cual el terapeuta ayuda al consultante a tomar conciencia de su trastorno, a conocer sus reacciones fisiológicas, a reconocer la incidencia de sus cogniciones en sus reacciones emocionales y a modificar su respuesta de evitación; brindándole herramientas (técnicas) para un manejo adecuado de su problemática.

◆ ¿Cuales son las ventajas y desventajas de un abordaje grupal?

✓ Las ventajas son muchas, entre otras:

- En este abordaje más pacientes se benefician en menos tiempo, utilizando menos recursos humanos.
- es más económica

- más corta porque está focalizada en el trastorno específicamente.
 - genera percepción de pertenencia y cohesión.
 - el aprendizaje vicario es más productivo.
 - el grupo es un ámbito “protegido” en el cual exponerse
 - los participantes se benefician del feedback inusualmente rico que se genera en una interacción plural.
 - ha demostrado ser por lo menos igualmente efectiva, y en algunos casos más efectiva que una intervención individual.
- ✓ En cuanto a las posibles desventajas, en lo que me es personal, y después de 14 años de experiencia en abordajes grupales, me siento capaz de afirmar que- si los integrantes están bien seleccionados y si el terapeuta tiene las competencias y destrezas suficientes- no las tiene.

En el caso de la experiencia que nos ocupa, si bien estos aspectos fueron tenidos muy en cuenta, fundamentalmente pesó la necesidad de dar respuesta a una demanda creciente, de una población que por sus carencias no tenía otra posibilidad de ser atendida.

◆ **El Programa.**

El programa del año 1997, que continuamos aplicando hasta el 2002, estuvo dirigido a tratar específicamente Ataque de Pánico con o sin Agorafobia.

En principio fue un Tratamiento Estructurado de 12 sesiones, de frecuencia semanal; a continuación 2 encuentros quincenales y luego 2 seguimientos al mes y a los dos meses respectivamente.

Sus características eran las de un grupo a término –16 sesiones en total- homogéneo en cuanto a la problemática abordada, heterogéneo en cuanto a la franja etaria, sexo y procedencia de sus integrantes.

Fué coordinado por dos terapeutas, sin experiencia en trabajo grupal, supervisados a través de la cámara Gessel. Este recurso, que no estaba siendo utilizado fue puesto en funcionamiento por nuestro equipo, ya que lo consideramos es muy valioso desde el punto de vista didáctico. Permite al supervisor, que se encuentra con los psicoterapeutas en formación, observar directamente lo que ocurre en el grupo, realizar comentarios, apuntalamientos y aportes más efectivos, de lo cual se benefician tanto los pacientes como los terapeutas coordinadores y el grupo de psicoterapeutas en formación.

Este programa fue evaluado positivamente en cuanto a los resultados obtenidos por los 49 pacientes que recibieron tratamiento en él. Estas evaluaciones coinciden con las realizadas tanto por los coordinadores como por el supervisor y se ven confirmadas con parámetros más objetivos a través de las mediciones que se realizan a lo largo del proceso.

◆ *Evaluación y Criterios de selección.*

Como es de rigor para nuestro modelo, realizamos una exhaustiva evaluación de los posibles integrantes del grupo para la cual, además de la entrevista clínica se aplicaron los siguientes inventarios:

- Ficha general de vida.
- Inventario de Agorafobia de Echeburúa y Corral (modificado).
- Inventario de Depresión de Beck.

- Inventario de Asertividad de Gambrill y Ritchie, que mide el grado de ansiedad y probabilidad de respuesta en los niveles de oposición y aceptación asertiva.
- PSSI - Inventario que mide rasgos de Personalidad.(*)

Tratamos detectar, a fin de no incluirlas, patologías del Eje II, ya que los trastornos de personalidad no solo no se benefician de este tipo de tratamiento, sino que sin duda interfieren con el desarrollo del mismo, perjudicando a los demás integrantes.

(*). Inventario desarrollado por Küll, psicólogo alemán, en etapa de validación.

Innovaciones. Porqué?

A partir del año 2003, al calor de los resultados obtenidos y capitalizando la experiencia, ganada en el proceso, fuimos realizando innovaciones que permitieron ampliar la intervención en el sentido de incluir otros trastornos por ansiedad así como otros aspectos relacionados con estos trastornos, manteniendo estables las otras características del programa.

Continúa siendo un grupo a término, pero ahora es de 16 sesiones y seguimientos a un año y medio. Ahora es heterogéneo también en cuanto a los trastornos tratados.

- ✓ Integramos al grupo las otras patologías incluídas dentro del capítulo de Trastornos por Ansiedad del DSM IV, como por ejemplo Ansiedad Generalizada, Trastornos por Estrés Agudo y Post Traumático, Trastornos Obsesivos, Fobia Social y Fobia específica.
- ✓ También incluimos el abordaje de problemas, que si bien trascienden al trastorno en sí por ser pre-existentes o haberse generado a partir de él, que pueden obstaculizar el proceso y/o el mantenimiento de la mejoría obtenida en el proceso. Me refiero por ejemplo a los déficits en Habilidades Sociales, de Asertividad, de Comunicación en general, Problemas de Baja Autoestima, a dificultades en la Resolución de Problemas y Toma de Decisiones.
Estos trastornos suelen generar relaciones de dependencia así como sentimientos ambivalentes de amor-odio hacia aquellos en quienes se apoyan. Asimismo es frecuente que estos hagan uso manipulativo de su poder y, de esa manera, pueden obstaculizar los progresos en el tratamiento.

◆ *HIPÓTESIS.*

La hipótesis que me formulé para realizar estas inclusiones estuvo guiada por la observación de que:

a.-Los trastornos de ansiedad tienen algunos aspectos que les son comunes.

Uno de ellos es que la ansiedad se dispara en situaciones en las cuales no es una reacción adaptativa sino desadaptativa, e incluso perjudicial, porque los lleva a desarrollar limitaciones vitales y a enfermar emocional, psicológica u orgánicamente.

Por lo tanto algunos de los recursos terapéuticos utilizados para un Trastorno por Pánico-por ej.- son también utilizados en el tratamiento de otros trastornos por ansiedad.

b.-Lo que comparten es que todos experimentan altos niveles de ansiedad inherente a su trastorno, y que todos tratan de evitar o interrumpir esa emoción mediante la evitación de diferentes situaciones, objetos o pensamientos ansiógenos.

c.-Lo particular es que cada uno de ellos experimenta esa ansiedad y evita situaciones, objetos o pensamientos muy diferentes. De manera que las diferencias están fundamentalmente en la exposición a aquello que temen, más que en otros aspectos. Por lo tanto a un agorafóbico habrá que ayudarlo a exponerse en el afuera. A un TOC a mantenerse cognitivamente expuesto a su pensamiento obsesivo o a exponerse con prevención de respuesta si es un ritual. Mientras que a un fóbico social habrá que ayudarlo a exponerse en situaciones sociales e interpersonales varias.

d-En general, en la mayoría de ellos, el abordaje terapéutico consiste en enseñarle al consultante a entender su problema; a disminuir su nivel de ansiedad general, a modificar sus expectativas catastróficas así como sus pensamientos anticipatorios ansiógenos y a exponerse, enfrentando en forma graduada o masiva, tanto en la imaginación como en la realidad, las situaciones asociadas a cada trastorno de ansiedad en particular.

Algunos ejemplos:

En una Fobia Social lo característico en los esquemas cognitivos es la desvalorización, la visión negativa de su ser, el temor a ser rechazada o desaprobada y en lo conductual la evitación de las instancias interpersonales en las cuales se auto-percibe ansioso e incapaz y tiene una constante autoconciencia de su estado, lo cual le impide expresarse e interactuar con el entorno.

En este caso, ayudarlo a modificar sus anticipaciones ansiógenas y a exponerse, expresándose, dentro del entorno protegido del grupo, le permite recibir de sus compañeros evaluaciones positivas acerca de su desempeño con lo cual es ayudado a modificar sus cogniciones con respecto a sí mismo, lo cual contribuye a disminuir su ansiedad y le facilita su tarea de generalización al “mundo real”.

En un Trastorno por Pánico con agorafobia, lo característico en lo fisiológico es la sintomatología física; en lo cognitivo los pensamientos de locura, muerte pérdida de control y el temor a que pueda volver a experimentarlo y en lo conductual la evitación de los lugares o situaciones en las que anticipa puede volver a experimentar pánico.

En este caso, se lo prepara para exponerse planificadamente en el afuera, siguiendo una jerarquía graduada, previamente construida, utilizando todas las herramientas cuyo manejo ha estado aprendiendo dentro del grupo.

Estas diferencias entre los trastornos se expresan a lo largo de todo el proceso y son aprovechadas para generar retroalimentación desde aquellos otros miembros del grupo que no comparten ese trastorno y tienen otra mirada sobre el mismo, dando lugar a las intervenciones terapéuticas correspondientes.

De esta manera todos, al incrementar su nivel de información aumentan la comprensión de su propia problemática y el terapeuta trabaja con todos en la modificación cognitiva, potenciada por las intervenciones de los pares.

◆ *Actualmente.*

En este Programa con el que empezamos a trabajar en el año 2003, se realizaron dos modificaciones de relevancia:

- A fin de que los familiares entendieran a los pacientes y comprendieran la problemática, y sea involucrados en el proceso, se los invitó a participar de las sesiones informativas y de psicoeducación

Este es un aspecto también innovador y, en mi opinión, relevante ya que ellos pueden de esta manera, al entender el problema, convertirse en aliados que colaboren en el proceso psicoterapéutico.

- Se incluyó y enfatizó, con la finalidad de promover la independencia de los integrantes del grupo, el trabajo sobre Asertividad, Habilidades Sociales, Toma de Decisión y Resolución de Problemas.
- Teniendo en cuenta las ventajas del aprendizaje imitativo en la facilitación y adquisición de nuevas conductas, se incorporó en la etapa de trabajo de exposición, el testimonio de algún paciente que habiendo participado de este Programa en años anteriores, había recuperado su bienestar personal.
- Se puso mayor énfasis en trabajar sobre el final del programa y en los seguimientos sobre las formas de evitar las recaídas.

Los contenidos de las diferentes sesiones incluyen:

◆ *-Psicoeducación.*

- ✓ Explicar en profundidad, en que consiste su problema.
- ✓ Que lo que le ocurre no es algo “loco” sino una enfermedad que padecen millones de personas en el mundo, la cual tiene diagnóstico y tratamiento.
- ✓ Proporcionarles materiales de apoyo, organizado específicamente para estos grupos, para que aumenten su comprensión del problema.
- ✓ Informarles la metodología de trabajo, en que consiste el programa, cuales son las reglas de funcionamiento, el rol que cada uno de ellos y de nosotros vamos a tener y que pueden obtener en este proceso grupal.
- ✓ Enseñarles sobre la compleja respuesta de ansiedad que involucra todo nuestro organismo e incluye reacciones fisiológicas producidas por la activación del sistema simpático, reacciones motoras y vivencias subjetivas displacenteras.
- ✓ Hacerles conocer los diferentes síntomas de la Ansiedad.
- ✓ Ayudarles a identificar sus propias señales de ansiedad.
- ✓ Ayudarlos a darse cuenta de la incidencia que sus propias cogniciones, verbales o imagógicas, tienen en el aumento de su vivencias de Ansiedad.
- ✓ Ofrecerles una explicación coherente y sólida acerca de cómo pudieron haber desarrollado el trastorno y de cómo van a poder mejorar.

◆ *Abordajes:*

- ✓ Adhesión al Tratamiento

En general los pacientes vienen derivados por los servicios de psiquiatría, ya medicados. Otras veces hay que derivarlos al psiquiatra e incluso conectarnos con él a fin de brindarle información. Este

último aspecto no está, como sería deseable, facilitado como lo estaría si funcionáramos en equipos interdisciplinarios.

Se hace necesario entonces investigar si tiene tratamiento psiquiátrico que medicación tiene indicada, si la toma o no, como la toma, para apoyarlo también en ese importante aspecto que coadyuva en la mejoría.

Esto implica muchas veces tener que modificar ideas equivocadas con respecto al significado de tomar psicofármacos, significados que en general son culturales y están asociados a ideas tales como estar loco; autoculparse por no tener “fuerza de voluntad” para superar el problema; el temor a la dependencia que los medicamentos le generarán o acerca de los síntomas secundarios que le causarán, y que a veces incluso pueden ser confundidos con los síntomas propios del trastorno que padecen.

◆ *Abordaje Fisiológico*

Entrenarlos en el manejo de la Relajación/ Respiración/Relajación Instantánea.

Es de suma importancia que aprendan a identificar los niveles de ansiedad que van experimentando y, al mismo tiempo, a poner en práctica su capacidad de relajarse a través del uso (entrenamiento) de la técnica de relajación que hayamos elegido. Las técnicas utilizadas según los casos pueden ser: relajación muscular profunda (Jacobson), progresiva (Schultz) o bien ejercicios de Respiración y/o Relajación instantánea.

Para facilitar la práctica de los ejercicios de relajación estos se graban en un casete de audio que se le entrega a cada integrante del grupo y con el cual, cada uno de ellos, trabajará en su casa durante la semana.

(Gráfica 1)

◆ *Abordaje Cognitivo*

✓ *Re-atribución*

La atribuciones causales erróneas que estos pacientes hacen de su sintomatología, hace que su ansiedad aumente, con lo cual contribuyen a que los síntomas también aumenten. Al continuar con sus atribuciones equivocadas se establece un círculo de retroalimentación de la ansiedad que, a partir de esta intervención se interrumpe.

✓ *Reestructuración cognitiva*

En general se detectan en estos pacientes esquemas cognitivos irracionales centrales relacionados con el peligro, por lo cual sus pensamientos aumentan sus niveles de ansiedad. Las anticipaciones catastróficas que en general manejan hacen que continúen evitando el exponerse a situaciones ansiógenas, con lo cual su estado se perpetúa, y le genera otros problemas intra e interpersonales. Por ejemplo desvalorización, baja autoestima, dependencia, miedo a oponerse o discrepar con aquellos de quienes dependen.

Modificar este aspecto es central en la superación del problema.

(Gráfica 2)

◆ *Abordaje Conductual*

Exposición graduada a los estímulos desencadenantes de la ansiedad.

Dado que desde nuestra perspectiva el mantenimiento del problema está determinado por la evitación de las situaciones temidas o el enfrentamiento esporádico, breve y con altos niveles de ansiedad, un aspecto relevante a incorporar en el proceso es la exposición graduada, sistemática, planificada, muy frecuente y prolongada, a las situaciones u objetos temidos en cada caso.
(Gráfica 3)

◆ *Evolución del nuevo programa.*

En el año 2003 pusimos en funcionamiento este nuevo programa que abre fronteras en el tratamiento de los trastornos por ansiedad. Los resultados del mismo han sido lo suficientemente alentadores como para que en el 2004 hayamos transitando nuevamente por esta esta experiencia, con un grupo integrado por 7 pacientes, con muy buena evolución.

En el año 2005 estamos en la 8ª sesión de este nuevo grupo que tiene un perfil muy diferente a los anteriores ya que, llamativamente, ninguno de los 9 integrantes padece agorafobia y solo uno de ellos sufre ataque de pánico.

Esto hace que el trabajo de las sesiones tenga un fuerte contenido de manejo cognitivo.

Uno de los desafíos interesantes de este nuevo formato es que obliga al terapeuta a ser sumamente flexible y creativo para, ajustándose a los tiempos y objetivos específicos, modificar las intervenciones de acuerdo a las necesidades o perfil del grupo.

◆ *Evaluaciones y reflexiones*

Evidenciamos una mayor cohesión del grupo con respecto a los anteriores, nuestra hipótesis es que esta se ha visto favorecida por la apertura de las interacciones promovida por la variedad de entidades tratadas que facilitan participación de los integrantes hacia problemáticas que en lo particular, difieren de las propias.

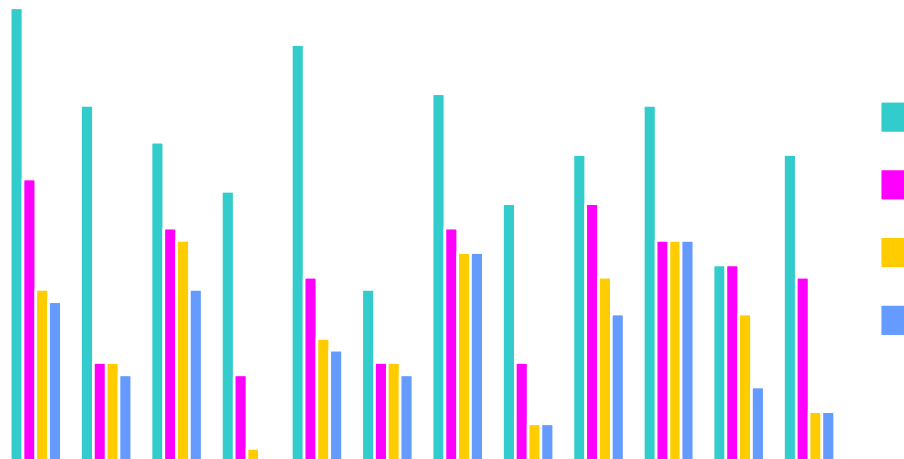
Las manifestaciones de los integrantes del grupo con respecto a sus múltiples progresos y la mejoría de su estado emocional nos proporcionan feedback positivo, que reflejan en las gráficas de las evaluaciones y seguimientos.

Un aspecto, que no por conocido es menos relevante, es la confirmación de la comorbilidad entre Tr. por Ansiedad y Depresión. Desde el año 1997 a la fecha hemos podido constatar que la depresión disminuye y/o desaparece a pesar de no haberla tratado. Esto sugiere fuertemente que la depresión es, en estos casos secundaria al trastorno de ansiedad. (Gráfica 4)

Cabe finalmente destacar que estos pacientes estaban , previamente medicados, lo cual permite también confirmar algo que también sugieren muchas investigaciones en el sentido de que la asociación de psicofármacos con psicoterapia cognitivo conductual obtiene mejores resultados que cada una de esas intervenciones por separado.

Abajo se presentan las gráficas de los resultados obtenidos en las mediciones realizadas con el grupo del año 2003 y 2004

DEPRESIÓN - BDI - 2003



(GRAFICAS)

Ref. Bibliográficas:

- Manual Práctico de Evaluación de la Conducta, Bellak, M..
Editorial Desclee de Brouwer, año 1993
- Manual de Tratamiento Cognitivo Conductual de Trastornos Psicológicos. Caballo, V. Editorial Siglo XXI, año 1998
- Dinámica de Grupo 1 y 2, Miranda, S.
- Pánico y Agorafobia. Chappa, H.
Editorial Salerno, año 1997
- Avances en el Tratamiento psicológico de los Trastornos de Ansiedad. Echeburúa, E. Editorial Pirámide, año 1996
- Trastornos OC y síndromes relacionados. Cia, A.H. Editorial El Ateneo, año 1995

- Miedos, fobias y rituales, Vol 1 y 2. Marks, I.M. Editorial Martínez Roca, año 1991
- Venciendo el Pánico. Manual de tratamiento para 1: Terapeutas; 2: Pacientes. Rangé, B. Inst. de Psicología UFRJ, año 2001
- Psicoterapia Cognitivo Conductual, Abordaje Grupal. Lagos. M.E. Conferencia en video, año 2003