



ARTICULOS DE OPINION

Puntualizaciones acerca de la Terapia de Expos Variantes y aplicaciones en los trastornos de ansiedad

José Dahab, Ariel Minici. Carmela Rivadeneira.
CETECIC

La terapia de exposición es definitivamente la técnica más utilizada y la más efectiva en el tratamiento de la ansiedad patológica. Algunas de las ideas iniciales, planteadas en los años 40 por Isaac Marks y otros psicólogos conductuales de la época, parecen mantenerse hoy prácticamente inalteradas. Tal como él afirmó, ningún tratamiento para el miedo o la ansiedad puede considerarse efectivo si no incluye algún ingrediente de exposición a lo que la persona teme.

En efecto, quien teme de modo patológico a algún hecho real o imaginario de su entorno no podrá considerarse curado si no pone fin a la evitación y finalmente toma contacto con ello. Hay quienes temen a los gatos, las arañas, las multitudes, los monstruos, las personas o lo que ellas puedan decirnos, hacernos o pensar de nosotros, las agujas, las enfermedades, los gérmenes, etc., etc., etc. En cualquiera de estos casos podríamos pasar días hablando de nuestros miedos, recordar cómo se gestaron, reflexionar acerca de qué factores los producen o mantienen, o discutir largas horas sobre su irracionalidad; pero si no logramos acercarnos y tomar contacto con ellos, si no dejamos de escaparles, no estamos curados; punto. El fóbico a las arañas habrá de poder matar al insecto, el que le teme a las multitudes habrá finalmente de ir a un partido de fútbol, quien teme a los monstruos deberá poder abrir su placar durante la noche, quien es temeroso de la gente y sus posibles dichos habrá finalmente de afrontar situaciones sociales donde pueda ser juzgado negativamente; en ningún caso una persona

que padece de cualquiera de estos miedos podrá considerarse curada si no ha logrado hacer conductas de aproximación a lo que le dispara el temor.

Tan solo pensando con un poco de sentido común uno llega a conclusiones como las anteriores, y **resulta realmente sorprendente que aún existan tratamientos psicológicos aplicados al miedo y ansiedad patológica que no incluyan a la exposición como un elemento clave.**

La terapia de exposición, en su mínima y más sencilla definición, consiste en que el paciente tome contacto con lo que teme, se mantenga en esa situación, permitiendo que la ansiedad aumente, y alcance un pico máximo para luego descender; habrá de repetirse esta acción hasta que se convierta en algo habitual, es decir, que el estímulo del que se trate ya no genere ansiedad. Ahora bien, ¿por qué sucede este proceso descripto? ¿Por qué la ansiedad aumenta, hace un pico y luego baja? ¿Por qué tiene lugar esta curva de ansiedad en los miedos patológicos? O, en otras palabras, ¿por qué la exposición funciona produciendo este patrón típico de respuesta de activación ansiosa que, a largo plazo, siempre decrece y se extingue? Esta pregunta, que toca al corazón mismo del mecanismo de la terapia de exposición, indaga también por qué la ansiedad no se extingue en los casos patológicos.

Si uno desea entender cómo y por qué funciona la técnica de exposición, habremos de buscar la respuesta en los factores de mantenimiento de la

ansiedad patológica. Dicho breve y claramente, en las conductas de evitación y escape. Así pues, quien padece de ansiedad patológica no teme únicamente, sino que también huye; la evitación y el escape son los comportamientos que mantienen el proceso de ansiedad patológica, pues ellos interfieren con el proceso natural de extinción que tendría lugar si la persona no evitara. Es decir, si el fóbico a los insectos, a las tormentas o a los balcones no evitara dichos estímulos, a largo plazo terminaría por extinguir su ansiedad. Lo mismo sucede con cualquiera de las formas que adopta la ansiedad patológica.

En las fobias simples el mecanismo es más sencillo de observar, pero en toda la gama de trastornos de ansiedad asistiremos siempre a un conjunto de conductas de evitación y escape. Estas conductas pueden ser más o menos evidentes, más o menos sutiles, en diferentes planos de respuestas e intensidades, a veces típicas del cuadro y en otras ocasiones muy idiosincrásicas, pero siempre están presentes. **No existe trastorno de ansiedad ni ansiedad patológica sin conductas de evitación y escape.**

Por ello, como terapeutas habremos de estar atentos a tales conductas, dado que no tanto lo que el paciente teme, sino sobre todo lo que el paciente evita es lo que constituye la guía más sólida para establecer el protocolo de la terapia de exposición. Lo que se teme y lo que se evita son dos preguntas críticas en la formulación del caso, lo que se teme y lo que se evita a veces coincide, a veces no, pero siempre están relacionados funcionalmente.

Entonces, reformulando sobre las ideas anteriores, el principio básico de la exposición queda en exponer al paciente a lo que evita, permitiendo que la ansiedad aumente y haga su pico para luego descender, repitiendo esta acción hasta que se transforme en algo habitual y ya no genere más ansiedad. Así dicho, las cosas parecen muy sencillas y muy complejas a la vez.

¿Es tan sencillo como que la persona que teme al encierro, por ejemplo, se suba a un subte toda

una tarde y pasee de punta a punta del recorrido durante horas y, así, al bajar estará curada? Pues bien, teóricamente sí, pero las cosas no resultan tan fáciles. Pensemos en la situación de consultorio, donde una persona llega y le cuenta al terapeuta que tiene miedo al encierro y, por ende, no puede viajar en subte, ascensores o trenes. El terapeuta le dice que para curarse lo que debe hacer es subirse a un subte, un ascensor o un tren durante un largo período de tiempo... ¡justamente lo que el paciente no puede! Muy probablemente el paciente no se sentirá comprendido, no regresará y se irá pensando que el psicólogo es un inepto.



Si bien sí es correcto que el núcleo de la terapia de exposición consiste en que el paciente tome contacto con lo que evita, los medios para lograr este objetivo varían mucho y en virtud de ellos tendremos una línea de variantes de la terapia de exposición. Por otro lado, las personas que padecen ansiedad patológica no llegan al consultorio con la claridad



diagnóstica tal como para decirle al psicólogo a qué temen y qué evitan. Por ejemplo, en el reciente caso de la persona que padece temor al encierro, ¿cuál es el foco de su miedo del cual escapa?, ¿el subte?, ¿quedar atrapada?, ¿no poder respirar?, ¿sufrir un ataque de pánico y no poder recibir ayuda?, ¿todos los anteriores? El paciente con ansiedad social nos va típicamente a narrar que tiene miedo de asistir a una reunión, hablar en un grupo, dar un examen oral, reclamar si le trajeron el café frío y pedirle a su jefe unos días extra de vacaciones; nosotros como terapeutas habremos de unir todos esos ejemplos en el denominador común “temor a la evaluación negativa y rechazo de los demás”.

De la identificación adecuada del foco de miedo y evitación dependerá gran parte de la efectividad del tratamiento por exposición, lo cual a su vez nos otorga otro criterio para establecer un conjunto de variantes de la técnica. A este último punto nos referimos en lo que sigue del presente trabajo.

La identificación del temor

La ansiedad es patológica cuando su foco no constituye un peligro real. Es por ese motivo que podemos tratarla ayudando al paciente a que se exponga a los estímulos que la disparan, porque sabemos que no habrá peligro objetivo alguno. Ahora bien, ¿cómo sabemos a qué exponer al paciente? ¿Cuál es en cada caso el foco de miedo y, por ende, de evitación?

Michael Eysenck, el hijo del gran psicólogo Hans Eysenck, propuso un modelo de ansiedad patológica denominado “de cuatro factores”. La tesis básica sostiene que las personas con alguna forma de trastorno de ansiedad padecen de un sesgo atencional e interpretativo en el procesamiento de la información dirigido a uno de cuatro grandes focos.

- En el Trastorno de pánico el foco de ansiedad es propioceptivo, es decir, centrado en el funcionamiento de las propias sensaciones.

- En la Fobia Social el sesgo se dirige a la propia conducta, esto es, se monitorea la propia acción por su vertiente comunicativa interpersonal.
- En el caso del TOC el sesgo se orienta hacia el propio pensamiento, vale decir, la persona percibe a su propio pensamiento como una fuente de peligro.
- En el TAG el sesgo ansioso es amplio, dirigido a un gran número de situaciones.

La teoría ha recibido fuerte apoyo empírico y en gran medida, al echar mano de algunas etiquetas diagnósticas, las hipótesis nos orientan mucho acerca del entorno de estímulos hacia el cual habremos de apuntar la exposición.

La exposición en las Fobias Simples

Se trata del caso seguramente más claro de todos. Quien padece este diagnóstico puede temer a los perros, los gatos, las tormentas, los truenos, los fantasmas, los espíritus o algún otro objeto relativamente fácil de demarcar en el ambiente externo. La exposición implicará alguna forma de aproximación a ese objeto. Dicha aproximación se puede llevar adelante de forma gradual, implosiva o en algún punto medio entre ambos; podrá adoptar forma imaginaria o en vivo, pero sí o sí, a la larga, la persona deberá tomar contacto directo con lo que teme, abandonando las conductas de evitación y escape; ahí se habrá curado. ¿Y qué hay de los fantasmas, espíritus y otros resucitados?

Ya desde los cuadros más sencillos, la terapia de exposición se encuentra con algunos desafíos de este tipo, los fantasmas no existen ni los muertos regresan, pero la gente les tiene miedo de todos modos. En estos casos el temor constituye una respuesta a un evento imaginario, un hecho de la misma mente de quien lo padece. En general, y si se trata sólo de Fobias Simples, basta con llevar la exposición a los entornos que disparan la aparición de las imágenes que evocan el miedo, como por ejemplo exponerse a dormir a oscuras y destapado o abrir las puertas del placar durante la noche.



En algunos casos, estos miedos se hallan insertos en un contexto más general de ansiedad patológica que amerita una evaluación ideográfica y otro tipo de tratamiento. Pero nótese que desde los cuadros más simples ya operamos con el principio de “exponerse a lo que se evita”: el paciente le tiene miedo a los fantasmas, por lo cual evita mirar hacia su placar durante la noche; consecuentemente, el tratamiento consistirá en que gradualmente mire, se acerque y finalmente abra el placar, que es lo que evita, no lo que teme. Y por si acaso no queda claro, salvo alguna rara excepción, no lo guiamos a que imagine monstruos y fantasmas.

La exposición en el Trastorno por Pánico

De todas las aristas psicopatológicas del Trastorno por Pánico, una de las más sobresalientes es el miedo a las propias sensaciones corporales y, por ende, su evitación. Quien sufre crisis de pánico reacciona con miedo a las sensaciones del cuerpo, como los propios latidos cardíacos, el calor o la transpiración. Tales sensaciones actúan a su vez como disparadores de nuevas oleadas de ansiedad que las vuelven a incrementar, un círculo vicioso en el cual el paciente queda atrapado. Por un lado, el círculo vicioso depende en gran medida de la interpretación de las sensaciones como señales de catástrofes inminentes. Por ejemplo, la persona pensará en el infarto ante la taquicardia o en el desmayo ante el mareo; vale decir, existe sin duda una cognición mediadora entre la señal propioceptiva y el aumento del miedo. Pero esto no es lo único.

Las señales propioceptivas se convierten también en estímulos condicionados de ansiedad, vía condicionamiento pavloviano, y de ese modo adquieren la capacidad de evocar la reacción de miedo sin necesidad de un procesamiento cognitivo complejo. De hecho, esto suele notarse no tanto en las formas severas del cuadro o cuando el paciente ya está en plena crisis de pánico, sino en las formas sutiles, en los inicios de un estado ansioso menor o en la fase final del tratamiento, cuando los pacientes

ya aprendieron que la ansiedad no es peligrosa. En todos estos casos, observamos reacciones de malestar, incomodidad y activación ansiosa leve ante las propias sensaciones, sin que el paciente llegue a experimentar una crisis necesariamente. En efecto, el individuo puede saber y recordar que la taquicardia no es peligrosa pero su cerebro límbico sigue reaccionando ante ella como un peligro pues se ha convertido en un estímulo condicionado.

Este es el lugar de la exposición que, en este cuadro, adquiere el nombre de **interoceptiva**. Habremos de encontrar las señales corporales que más específicamente disparan la ansiedad y conductas de evitación en el paciente para luego aplicar los ejercicios que lo expongan a las mismas. Así, si teme a la asfixia o la sensación de falta de aire que le dispara la ansiedad, entonces le enseñaremos un ejercicio para respirar lento y provocar la situación temida; si su temor radica en el mareo, la técnica consistirá en mantenerse parado y concentrado en la propia sensación del equilibrio durante unos cuantos minutos. Sólo así lograremos desactivar el proceso de condicionamiento clásico que opera en la base del cuadro.

Por otra parte, también es claro que los pacientes con trastorno de pánico suelen desarrollar toda una parafernalia de conductas de evitación sutiles para mantener a raya las propias reacciones corporales. Por tal motivo, pueden dejar de hacer deportes o tener relaciones sexuales para no experimentar las sensaciones de su cuerpo. También pueden evitar movimientos o posturas, como acostarse o levantarse rápidamente a fin de no generar un mareo. Todos estos hábitos habrán de ser objeto del tratamiento, pues claramente son conductas de evitación y escape de las sensaciones normales del organismo.

Así, en el trastorno de pánico, la especificidad de la exposición radica en ser **interoceptiva**, esto es, afrontar las sensaciones corporales que se temen y evitan.



La Exposición en la ansiedad social

El miedo a las demás personas adopta muchas formas e intensidades, desde una timidez leve no patológica hasta formas graves denominadas en la actual nosología diagnóstica “Trastorno de Ansiedad Social”. Bajo tal rúbrica se ubican un conjunto amplio (y tal vez heterogéneo) de miedos a las interacciones con otras personas. Así, por ejemplo, padece de ansiedad social patológica quien no puede saludar, iniciar o mantener una conversación, preguntar en una reunión de trabajo, aproximarse a alguien que le gusta, comer o escribir en público, comprar un producto y hasta a veces, en las formas más severas, simplemente permanecer esperando un medio de transporte a la vista de otros. Solemos afirmar que el común denominador de todas estas situaciones temidas y evitadas radica en el potencial escrutinio público o, dicho más sencillamente, en que “los demás pueden pensar mal de mí y entonces rechazarme”. Entonces la exposición, ¿a dónde habrá de dirigirse?

El tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social incluye típicamente una jerarquía de entornos sociales evitados a los cuales el paciente irá exponiéndose, en general de forma gradual y con ayuda de ejercicios de reestructuración cognitiva. De acuerdo a la gravedad, podremos acompañar al paciente y hacer de modelos en alguno de estos escenarios. Pero, justamente, como una de las cosas que más teme y evita el paciente es el rechazo social, habremos de favorecer algunas exposiciones en las cuales el rechazo social sea probable. Ahora bien, surge acá la cuestión crítica de qué es el rechazo social para el paciente que estamos tratando.

Frecuentemente, el rechazo social es una situación social embarazosa que a la mayoría de los seres humanos se nos presenta con alguna frecuencia, la cual sorteamos con un poco de incomodidad y punto. Por ejemplo, puede sucedernos que al ir de compras no nos demos cuenta de que hay una fila de personas esperando y vayamos directamente al mostrador, lo

cual genere que nos digan “señor, por favor, haga la fila”; o quizá en el cine nos sentamos en una butaca equivocada, lo cual termina en que al llegar su genuino ocupante nos pida que nos vayamos. Este es el tipo de eventos de rechazo social que se teme y evita a toda costa y, por consecuencia, es el que a veces favorecemos. Por si acaso, no deberíamos exponer al paciente a situaciones sociales claramente vergonzosas como pasearse en ropa interior o hablar en un lenguaje inapropiado, ello sí causaría un rechazo por parte de los demás, pero también podría dañar seriamente la reputación de la persona.

Existe una técnica llamada “terapia de la vergüenza”, propuesta hace muchos años por Albert Ellis, el padre de la **Terapia Racional Emotivo Conductual**. Ellis sí proponía ejercicios tal vez un poco más desafiantes, como por ejemplo pedir a un paciente que se pasee con ropa de colores llamativos y una gran sombrilla por un lugar de la ciudad céntrico y concurrido en pleno horario de oficina. El procedimiento sí resulta efectivo para relativizar el catastrofismo vinculado al rechazo social, sobre todo en fases avanzadas del tratamiento, pero muchas veces es innecesario y, obviamente, poco aceptado por los pacientes. La “terapia de la vergüenza” tampoco se enmarca dentro de los actuales protocolos de exposición y, hasta donde sabemos, es poco utilizada en la actualidad.

La exposición en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Uno de los síntomas cardinales de TAG es la preocupación patológica incontrolable. El paciente se habla a sí mismo en un lenguaje confuso acerca de problemas que no son problemas, esto es, imagina y se anticipa excesivamente a escenarios negativos catastróficos de bajísima probabilidad y sobre los cuales resulta imposible actuar en el presente.

Por ejemplo, un paciente arquitecto imagina que en 20 años una de sus obras puede derrumbarse por falta de mantenimiento adecuado, lo cual le acarrearía un juicio por mala praxis profesional que

terminaría en una condena en prisión. El paciente piensa fútilmente sobre el tema, se asusta, por momentos se tranquiliza diciéndose que él trabaja responsablemente, pero luego piensa que él no puede controlar el trabajo de todos los operarios y que, por difícil que parezca, no es imposible que suceda lo que teme, así el pensamiento regresa una y otra vez. Este tipo de casos son muy frecuentes en la clínica actual. Ahora bien, ¿qué es lo que teme y evita el paciente con TAG? En el caso concreto y citado, está claro que sí teme terminar preso o que se caiga una de las estructuras que él dirige, pero claramente la mayoría de estos pacientes terminan por reconocer la irracionalidad de su temor o, al menos, la imposibilidad de actuar en el presente para resolver algo. ¿Dónde está acá la evitación? **La preocupación patológica es una conducta de evitación de las imágenes catastróficas.**

La psicopatología del TAG es algo más compleja que la de otros cuadros de ansiedad, pero a los fines de este artículo tengamos en cuenta que el cerebro produce imágenes mentales de hechos negativos altamente improbables pero muy graves. Esas imágenes activan fisiológicamente al individuo, quien escapa de ellas interfiriéndolas con una cadena verbal, es decir, preocupándose. Y si bien la preocupación genera angustia, el monto es mucho menor del que se dispararía con una imagen visual. De este modo, las preocupaciones son una conducta de evitación y lo que se evita son las imágenes catastróficas. Por consecuencia, a ellas debemos exponer al paciente.¹

La exposición específica del TAG se denomina “funcional cognitiva”, pues se orienta a recrear y mantener vívidas en la consciencia las imágenes catastróficas temidas, las cuales, por otro lado, no suceden. Naturalmente, el protocolo de tratamiento del TAG es mucho más amplio, pero la exposición funcional cognitiva cumple un rol crítico.

La exposición en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Al hablar de TOC, debemos contemplar a una entidad que admite un amplio conjunto de subtipos, tanto así que para algunos no se trata de una entidad sino de varias, o tal vez de un espectro en el cual se presentan muchas combinaciones de procesos y síntomas de variada intensidad. Por otro lado, vale remarcar que en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), el TOC salió del capítulo de los Trastornos de Ansiedad para conformar uno aparte e independiente. Ello no significa para nada que la exposición no tenga en el tratamiento de este cuadro un rol fundamental; todo lo contrario, la terapia de exposición constituye la técnica psicológica de primera elección, pues a todas luces resulta la intervención de corte psicológico más eficaz. Pues bien, ¿qué teme y qué evita el paciente con TOC, entonces?

La respuesta fácil es que el paciente teme y evita a sus obsesiones mediante sus compulsiones. De hecho, existe entre ambas una relación funcional, pues mientras las obsesiones disparan el malestar, las compulsiones lo alivian. Por lo tanto, la intervención principal consiste en exponer al paciente a las obsesiones o las situaciones disparadoras de las mismas, al tiempo que impedimos que se lleven adelante las compulsiones. Y si bien esto es correcto, apenas nos da un panorama de lo que en la práctica verdadera hay que hacer.

El primer problema arranca en que las definiciones de obsesiones y compulsiones constituyen categorías amplias que pueden contener fenómenos psicológicos disímiles. Por otro lado, frecuentemente nos encontramos frente a variantes que no cumplen claramente los criterios de ambos conceptos (obsesiones y compulsiones). Así, por ejemplo, tiene un TOC la persona que imagina gérmenes en el pasamanos del colectivo y ejecuta compulsiones de lavado, pero también quien tiene pensamientos intrusivos de abusar de un niño, y por lo tanto se aleja de las plazas y los parques. El primero es un clásico TOC de subtipo contaminación; el segundo,



de pseudopedofilia. Llamamos TOC atormentado al que se caracteriza por obsesiones que se alivian con compulsiones mentales o evitador al que alivia sus obsesiones previniendo situaciones que le dispararán las obsesiones. Dada la cantidad de formas y variantes que puede adoptar el cuadro, resulta imprescindible efectuar un análisis ideográfico pormenorizado del caso a los fines de conocer qué evita el paciente y, por ende, a qué se lo habrá de exponer.

Por ejemplo, en los casos más difundidos de contaminación llevaremos adelante una jerarquía de exposición relacionada con objetos progresivamente más contaminados (claro está, en la imaginación del paciente), desde un sillón de nuestro propio consultorio hacia, tal vez, el uso de un baño público de asistencia masiva. Justamente, como se trata de obsesiones y malestar relacionado con el contacto y es eso lo que se evita, el paciente debe aproximarse, la esencia de la técnica está en la exposición por acercamiento. Contrariamente, en los casos de TOC de verificación, la parte más crítica del procedimiento radica en la prevención de la respuesta, o sea, en que el paciente no verifique (la llave del gas, la cerradura de la puerta, etc.), porque lo que el individuo evita es contener un impulso que lo lleva a “compulsivamente” ejecutar un acto inútil pero que calma su malestar. Por tal motivo, debemos exponerlo al propio malestar subjetivo que se dispara por la misma prevención de la respuesta.

La idea central de este artículo, **“exponer al paciente a lo que evita y no a lo que teme”**, no puede ser mejor apreciada que en el entorno del TOC, un cuadro que nos sorprende con variantes, temores y evitaciones poco comunes. El TOC es tal vez el cuadro en el cual más deberemos afinar la puntería para no perder de vista el objetivo crítico de la exposición, esto es, lo que el paciente evita.

CONCLUSIONES:

La conclusión más evidente y simple de este artículo ha sido repetida varias veces a lo largo del texto; en síntesis, “en los casos de ansiedad patológica, la técnica de exposición habrá de centrarse en lo que el paciente evita y no en lo que teme”. Esta conclusión conduce inevitablemente a la revalorización de una adecuada y pormenorizada evaluación conductual, basada en el análisis funcional.

Si bien la categorización diagnóstica propuesta por el DSM debe operarse y es sin duda útil, nunca logra capturar toda la complejidad del caso, no al menos como la necesita el **terapeuta cognitivo conductual** a los fines de planificar y conducir la intervención. En este sentido, la evaluación ideográfica fundada en el análisis funcional tiene un rol esencial irremplazable, particularmente en los casos de trastornos de ansiedad y ansiedad patológica en general. Esto incluye la tarea irremplazable de distinguir lo que el paciente teme, lo que evita y cómo lo evita, vale decir, cuáles son las conductas de evitación que lleva a cabo. Y, a propósito de esto, recordemos que las conductas de evitación se definen no por su forma sino por su función y que, por ende, pueden adoptar formas francas y evidentes (como escapar físicamente de una situación o no asistir a un entorno social) o disimuladas y sutiles (como tomar agua para eludir la sensación de atragantamiento).

Somos conscientes de que hemos dejado fuera de este artículo un conjunto de patologías relacionadas con la ansiedad y que también requieren a la exposición como ingrediente técnico fundamental. Así, por ejemplo, el Trastorno por Estrés Postraumático o la Ansiedad ante la Salud son cuadros en los cuales se aplica todo lo que hemos discutido en este artículo. Probablemente serán tema de un próximo trabajo.