

Asociación Argentina de Terapia Cognitiva

XVI Jornada de Actualización en Terapia Cognitiva. 25 de Septiembre de 1999. Buenos Aires, Argentina.

Trastorno Obsesivo Compulsivo:

¿Cómo Salir de Laberinto Junto con Otros?

Autor: Ma. Julia Suárez de Maciel

Es objetivo de esta presentación reflexionar entre todos sobre una experiencia terapéutica combinada, que incluye Terapia Cognitiva Grupal en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo que inicialmente recibieron y mantienen terapia psicofarmacológica.

Previamente al desarrollo del programa de tratamiento implementado desearía hacer una breve revisión sobre los aportes que nos brinda la teoría cognitiva, en referencia al trastorno obsesivo compulsivo y a quienes lo padecen.

Schapiro, en 1965, delinea la estructura y las características de lo que denomina "estilos neuróticos". Según él, *"el estilo general del pensamiento (de una persona) puede considerarse una matriz en la que cristalizan los diversos rasgos, síntomas y mecanismos de defensa"*. Dice este autor que *"el funcionamiento cognitivo de los obsesivos tiene tres características básicas: la rigidez de pensamiento, el modo de actividad "tenso" con distorsión del sentido de autonomía, y la pérdida del sentido de la realidad o del sentido de convicción sobre el mundo"*.

Beck y Freeman, en 1995, manifiestan que los pensamientos del obsesivo suelen ser irracionales y disfuncionales y conducen a emociones, conductas y respuestas fisiológicas inadaptadas. Diferencian entre las obsesiones y compulsiones específicas, características del Trastorno Obsesivo Compulsivo, y la existencia de estilos o rasgos de personalidad amplios y estables compatibles con un Trastorno Obsesivo Compulsivo de Personalidad.

María Dolores Avia, en 1994, complementa la descripción de Schapiro, destacando, que en los obsesivos *"...los intereses son muy definidos y tienen un foco intenso que limita pensamientos más elaborados y fructíferos"*. Motivacionalmente se caracterizan por una actividad tensa y en constante esfuerzo. Por otra parte, la falta de certeza, la incertidumbre afecta a la autoeficacia, y en algunos casos es la que directamente produce la sensación de malestar que desencadenan los ritos. Desde el punto de vista clínico, observa que en aquellos pacientes que padecen TOC en comorbilidad con un

"estilo" de personalidad obsesivo compulsiva, el pronóstico de mejoría es poco favorable.

Guidano y Liotti, en 1983, sostienen que el perfeccionismo, la necesidad de certidumbre, y una fuerte creencia de la existencia de una solución absolutamente correcta para los problemas humanos, son los componentes inadaptados que subyacen tanto en el Trastorno Obsesivo Compulsivo de la personalidad, como en la conducta ritualista del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

La conducta de parentaje, asume, según Guidano, en la organización obsesiva compulsiva, todas las características de un vínculo de apego bifronte verdaderamente ambivalente.

Desde otra perspectiva, el modelo biológico hace hincapié en el sustrato biológico del trastorno obsesivo compulsivo. Las teorías contemporáneas de este modelo atienden a tres corrientes interpretativas: la genética, la disfunción serotoninérgica y la neuroanatómica. En las últimas décadas, los avances de los estudios cerebrales por neuroimágenes han permitido recoger evidencias al respecto.

Desde una formulación cognitiva conductual, la información errónea de amenaza, es un sustrato cognitivo fundamental en todos los trastornos de ansiedad. En el caso específico del Trastorno Obsesivo Compulsivo, la estructura del miedo puede incluir asociación excesiva entre estímulo y respuesta. Hay desajustes en las redes de

memoria afectiva y en las reglas interpretativas (Kosak, 1991). Se da una evaluación errónea sobre el daño que puede resultar y la responsabilidad personal (Salkowsky, 1984). La duda y la culpa cumplen un importante rol en estos pacientes (Steketee y

Foa, 1987; Beck, 1989; Tallis, 1992; Frost, 1994).

El tratamiento de pacientes con TOC cumpliendo técnicas conductuales ha sido descrito por Steketee en EE. UU. (1993), teniendo en cuenta el trabajo individual y en grupo, las intervenciones del terapeuta, la inclusión de familiares y las dificultades que puede ofrecer el paciente para mantenerse en terapia.

En Inglaterra, Marks, desde 1987, ha incluido el ordenador y el teléfono para las tareas de autoexposición, limitando el accionar del terapeuta al de guía o evaluador. En ambos países se cuenta con Fundaciones para obsesivos compulsivos, que informan a pacientes, familiares y profesionales sobre el trastorno y el tratamiento más adecuado.

Las técnicas conductuales recomendadas y probadas como eficaces son:

- ◇ Exposición
- ◇ Prevención de respuesta

Tienen como objetivo romper la asociación obsesión - ansiedad, y ansiedad - ritual, respectivamente. Se logra aliviar los síntomas y que el paciente asuma un rol activo y modifique el proceso cognitivo patológico que relaciona la intrusión con la compulsión.

Los últimos aportes de la Teoría Cognitiva con obsesivos compulsivos atienden a técnicas cognitivas específicas que ayudan a modificar las evaluaciones y creencias subyacentes.

Van Open y Arntz (1994), citados por Tallis en 1995, y por Beck en 1997, trabajan en :

- ◇ Estimación de catástrofe (probabilidad de peligro y consecuencias)
- ◇ Percepción de responsabilidad personal (nivel de responsabilidad y consecuencias percibidas).

Para lograr una evaluación más objetiva en la sobreestimación de la posibilidad de peligro y grado de las consecuencias usan la técnica de Hoekstra. Esta permite el cálculo de probabilidad acumulada basada en el análisis de la secuencia de sucesos que llevan a la catástrofe. Otra sobreestimación para atender es la que se refiere a la responsabilidad, ya sea teniendo en cuenta el nivel de responsabilidad personal, en la que es útil usar técnica de pastel, como las consecuencias percibidas debido a la responsabilidad, para la que se recomienda usar técnica de estándar doble.

Es decir, para modificar cada tipo de sobreestimación, recomiendan técnicas específicas que permitan retribución objetiva y realista.

Sintetizando :

Tenemos caracterizado el paciente según el trastorno que padece, y descriptas las técnicas probadas como eficaces tanto en terapia cognitiva individual como grupal. El interrogante y el desafío que se nos presenta como terapeutas cognitivos de la Ciudad de Buenos Aires, es:

¿Cómo transculturalizar este programa de tratamiento? ¿Qué ventajas nos ofrece el formato de grupo ?

Nos encontramos con personas con una gran "duda" sobre su nivel de compromiso en salud mental, con un largo tiempo de padecimiento y en algunos casos con terapias anteriores frustradas. Aparecen muy vulnerables, como niños detenidos en su proceso de desarrollo, con temores absurdos, rituales casi mágicos, nivel de pensamiento que no alcanza la inclusión, falta de confianza en el mundo y en sí mismos, dificultad para ponerse en el lugar del otro. Hay figuras significativas familiares con trastornos similares y han transitado por experiencias infantiles que implican algún tipo de riesgo o maltrato.

El grupo les ofrece un espacio para intentar nuevas formas de aprendizaje con otros, reconstruir experiencias anteriores y evaluar proyectos para un futuro próximo. En el grupo, y en cada uno de los participantes, incluyendo al terapeuta, hay una historia personal y compartida de modelos psicológicos y pedagógicos propios de nuestra cultura, que va a teñir el quehacer psicoeducativo que se despliegue.

La estructura y el proceso del grupo se sostiene en determinadas pautas referidas a frecuencia, duración, participantes, agenda diaria, técnicas, dinámica dentro y fuera de sesión. Las palabras claves son : confianza y flexibilización. Sobre todo, cuando el objetivo terapéutico no es sólo aliviar síntomas, sino también intentar modificar hasta donde sea posible este "estilo personal", en que la rigidez, la ambivalencia, el control, la duda, y la culpa inciden en el funcionamiento cognitivo y en el malestar consecuente.

En la experiencia realizada en estos últimos dos años los resultados generales han sido buenos. Hay coincidencia con los datos de otros programas en porcentaje de mejoría (alrededor del 70 %) y en número de sesiones necesarias para empezar a aliviar síntomas (13 a 15 sesiones) sobre un total de 20, en que se logra mayor bienestar.

Se incorporaron a Terapia Cognitiva Grupal 14 pacientes, de los cuáles sólo 2 abandonaron, pero continuaron con tratamiento farmacológico.

Han registrado mucha mejoría 4 pacientes, moderada 6, y muy poca 2. Estos últimos corresponden a trastornos de personalidad obsesiva más severos.

Los grupos son pequeños (5 personas promedio), heterogéneos (de ambos sexos entre 20 y 50 años) y con modalidad semi - abiertos.

Las sesiones son quincenales, de 2 horas de duración. Se incluye la posibilidad de mantener entrevistas individuales antes de sesión o entre sesiones según necesidad del paciente o a requerimiento del terapeuta. También están previstas reuniones con miembros de la familia y seguimiento periódico con médico psiquiatra, así como evaluaciones en el proceso individual por parte del equipo responsable.

El programa de tratamiento incluye etapas de comienzo, desarrollo y culminación, a lo largo de las cuales se van realizando evaluación diagnóstica, socialización del paciente en Terapia Cognitiva Grupal, discriminación de sintomatología individual y compartida en obsesiones y compulsiones, evaluación del desarrollo personal en distintas áreas (familiar, académica, laboral, social), intercambio activo en el grupo, recuerdos infantiles (en relación con la vida familiar, escolar, juegos), proyectos actuales y dificultades para concretarlos, búsqueda de nuevas estrategias personales, reformulación cognitiva, basadas en evaluaciones más ajustadas a nivel individual y grupal.

Las técnicas privilegiadas en las primeras 10 sesiones del tratamiento son del tipo conductual. Se les informa que no sirve evitar, que hay que enfrentar porque es la única forma probada de salir de este "laberinto".

Los pacientes menos comprometidos en la sintomatología, inician rápidamente tareas de autoexposición y las traen al grupo, permitiendo un intercambio que enriquece a todos. En los casos más severos y con síntomas circunscriptos a la casa en que viven, se ha hecho necesario que la terapeuta los visite para cumplir actividades de exposición en vivo en el hogar. Estas experiencias también se evalúan en el grupo, y animan a los más remisos a tomar una actitud más activa. Se van seleccionando casi simultáneamente técnicas cognitivas y otras varias que se detallan en el programa adjunto, con el objetivo de empezar a construir formas más creativas de aprendizaje y flexibilizar estrategias. Se empiezan a observar cambios en las relaciones interpersonales más cercanas. Hay mayor registro emocional y una percepción más realista y objetiva de las distintas situaciones. Hay modelaje y aprendizaje grupal compartido. De a poco aparecen pequeños proyectos individuales y con otros que se van concretando y permiten evaluar la dimensión del cambio producido.

El grupo sostiene, estimula, se preocupa y ofrece nuevas posibilidades. El terapeuta, como dijo un paciente " navega" con ellos, tratando de no perder el rumbo, pero acompañando en las "tormentas", el "buen tiempo" y en los golpes de timón, que cada uno y todos juntos somos capaces de imprimir.