



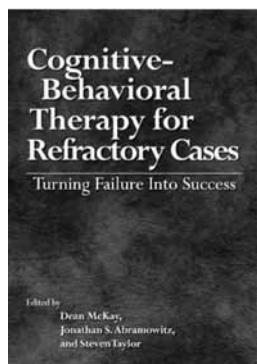
Revista Argentina de Clínica Psicológica
ISSN: 0327-6716
racp@aigle.org.ar
Fundación Aiglé
Argentina

Salgueiro, María del Carmen
Cognitive-Behavioral Therapy for Refractory Cases. Turning failure into success
Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XX, núm. 3, noviembre, 2011, pp. 283-284
Fundación Aiglé
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922826012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA



COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR REFRACTORY CASES. TURNING FAILURE INTO SUCCESS

Editado por Dean McKay, Jonathan S. Abramowitz y Steven Taylor
American Psychological Association
Washington, DC, 2010 (432 páginas)

A pesar de los abrumadores datos sobre la efectividad de las terapias cognitivo-comportamentales para diferentes trastornos psicológicos, sabemos que un significativo porcentaje de pacientes no mejora. En las últimas décadas ha habido diversos intentos de encarar los fracasos en la terapia, los casos complejos, los pacientes difíciles, incluso se ha hablado de las situaciones imposibles.

El objetivo del libro es revisar el estado actual de conocimiento acerca de los factores que complican y/o obstaculizan buenos resultados en una gran diversidad de condiciones clínicas y sus contenidos transcurren a lo largo de tres apartados:

- En la Parte I se describen las características de los pacientes refractarios a la terapia cognitivo-comportamental y cuál es el impacto de las mismas en la clínica.
- En la Parte II se desarrollan los diferentes desafíos con los que se encuentran los terapeutas en aquellas situaciones clínicas para las cuales se predicen resultados positivos.
- En la Parte III se encaran específicamente los tratamientos psicológicos para aquellas situaciones clínicas típicamente consideradas difíciles de tratar.

La primera parte es una introducción general al tema y a los factores que explican los fracasos. La idea de que no son los pacientes sino los tratamientos o los terapeutas mismos los que fallan es compartida por la mayoría de los colaboradores que participan en el libro. Además, definen el concepto de refractario en su doble aspecto de resistente al tratamiento o a la cura y, también, como resistente al control o la autoridad. Ya en las primeras páginas ofrecen una serie de principios prácticos para dar respuesta a aquellas situaciones en las que los pacientes no responden en la medida esperada:

- Ponga los obstáculos sobre la mesa y explórelos abiertamente.
- Toda vez que aparecen obstáculos, investigue lo que sucede en el contexto interpersonal del paciente.
- Si los problemas persisten supervise/pregunte/consulte con un colega.
- Si los problemas persisten pero considera que está en el buen camino, siga tratando.
- Si los problemas persisten y no sabe por qué, intente otra cosa.

Los factores derivados de la teoría a los cuales se les atribuye la falta de respuesta son: un funcionamiento intelectual o cognitivo bajo, creencias disfuncionales acerca del cambio, problemas con el insight, bajo nivel de motivación, comorbilidad Eje I y Eje II. Entre los factores ligados al diagnóstico, numerosos estudios demuestran una estrecha relación entre la severidad de los síntomas y los resultados de la terapia y el funcionamiento previo. Por ejemplo, niveles elevados de depresión pre-tratamiento y aplanamiento emocional son predictivos de respuesta parcial o pobre a la TCC del estrés postraumático. También los niveles severos de perfeccionismo o depresión. Por otra parte, las obsesiones y compulsiones vinculadas con el acaparar/colecciónar son más difíciles de tratar que las de otro tipo.

Los factores del terapeuta son sumamente relevantes: falta de habilidad o confianza en el tratamiento, inadecuada conceptualización, indeterminación de objetivos, falta de orientación y lineamiento en la terapia, problemas de oportunidad de las intervenciones, expectativas poco realistas, creencias peyorativas acerca de la enfermedad mental, errores técnicos, terminación prematura de las sesiones, falta de postura terapéutica colaborativa y/o empática.

Safran y Segal sugieren evaluar la adecuación del paciente para instalarse en el modelo cognitivo, por ejemplo, su habilidad para darse cuenta de pensamientos automáticos y emociones, para discriminar entre diferentes estados emocionales y cuál es el grado de aceptación de la responsabilidad para el cambio.

Toda vez que aparecen obstáculos es necesario seguir los principios generales delineados más arriba y modificar el contenido de las sesiones para encarar el desafío específico. Es necesario preguntarse cuán bien entiende el paciente el modelo cognitivo-comportamental y cuáles son sus fundamentos básicos, expandir y modificar esta información para

hacerla accesible, explicar exhaustivamente el por qué se pide que complete determinadas tareas, usar metáforas y analogías y proveer materiales psicoeducativos (lecturas, películas) para ilustrar algunos aspectos, explicar conceptos y hacerlos más comprensibles y amigables a la experiencia cotidiana del paciente. Incluso se puede adecuar el contenido para ajustarlo al nivel intelectual y cognitivo del paciente, simplificar y reforzar con repeticiones regulares. En ocasiones, es importante proveer ejemplos de estudios de investigación que demuestran cómo las intervenciones cognitivas impactan en el funcionamiento cerebral, especialmente con aquellos pacientes que creen que sus síntomas se deben a cuestiones biológicas, genéticas o desequilibrios químicos. Es fundamental ajustar las expectativas y estimular el completamiento de las tareas; evaluar la longitud de la terapia y la eficacia relativa de los formatos individuales y grupales, para implementar el que predice mejores resultados y se ajusta más al estilo y preferencias del paciente. En aquellos casos con presentaciones comórbidas es necesario secuenciar tratamientos.

La emergencia de la tercera ola de TCC ofrece alternativas para superar algunos de los obstáculos y orientar los cambios necesarios y posibilita una integración flexible entre intervenciones orientadas al cambio con las intervenciones orientadas a la aceptación. Entre estos modelos se encuentran:

- Los abordajes de entrevista motivacional
- La terapia de aceptación y compromiso
- La terapia dialéctico comportamental
- Las terapias basadas en mindfulness
- Los programas que operan sobre la regulación emocional
- La implementación del entrenamiento en habilidades

En la Parte II hay una puesta a punto, en diferentes capítulos, del estado del arte para aquellos trastornos en los que la terapia cognitiva, típicamente, ofrece buenos resultados. Se ofrecen datos de efectividad y se puntualizan las razones específicas del fracaso en pacientes refractarios en cada una de las entidades clínicas. También se describen casos clínicos. Estos trastornos son: pánico con agorafobia, ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, los trastornos alimentarios, la depresión (depresión mayor y distimia), los trastornos por abuso de sustancias, los trastornos de control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, compradores compulsivos, cleptomanía, trastorno explosivo intermitente, dermatillomanía y conducta sexual compulsiva), los problemas sexuales (vaginismo y dolor genital), el insomnio y la ira.

Cito a continuación tres ejemplos de información significativa:

- Para el trastorno de ansiedad generalizada, los tratamientos que enfatizan la aceptación y la regulación de la experiencia emocional, que focalizan en el presente y ayudan a los pacientes a tomar decisiones de acuerdo a los propios valores en lugar de hacerlo guiados por la ansiedad y la preocupación tienen mejores resultados.
- En el trastorno por estrés postraumático los factores predictores de respuestas pobres o parciales al tratamiento son: indicadores demográficos, tipo de trauma, rasgos clínicos anteriores al tratamiento, severidad del cuadro, presencia de creencias disfuncionales, duración del trauma, depresión, síntomas disociativos, culpa, vergüenza, abuso de sustancias y comorbilidad con Eje II. También vivir con otros significativos enojados o críticos y padecer dolor crónico.
- En los trastornos alimentarios aproximadamente la mitad de los pacientes que culminan su tratamiento remiten o no mejoran. Para la Anorexia Nerviosa se destaca la falta de motivación como factor que explica el fracaso del tratamiento, la severidad en la disminución de peso y el aumento de la rigidez y la necesidad de seguir dietas y rituales con mayor imperiosidad y la asociación de auto-concepto con el control sobre la ingesta. La alternativa que se ofrece para este importante número de pacientes que no mejora con la TCC tradicional son las técnicas motivacionales y también el Oxford-Leicester Trail que utiliza una versión mejorada de la TCC basada en una concepción transdiagnóstica. Esta versión incluye técnicas para mejorar el registro de la conciencia metacognitiva, para operar sobre factores de mantenimiento, por ejemplo, el chequeo del cuerpo y la sobrevaloración del peso y la figura, la baja auto-estima, el perfeccionismo, las dificultades interpersonales y la intolerancia a ciertas emociones.

Los trastornos que se consideran inicialmente como situaciones difíciles de por sí son la hipocondría, el trastorno de personalidad límite, las parafilias y el trastorno antisocial y las psicopatías. En la Parte III se destina un capítulo a cada una de estas presentaciones clínicas, que ofrece información actualizada sobre las características que vuelven particularmente difícil, desafiante y demandante el trabajo con estos pacientes y también datos sobre intervenciones o modos de conceptualizar la psicopatología que permiten aspirar a cierto optimismo. Para citar un solo ejemplo, la expansión de la conceptualización de la hipocondría más allá de considerarla un trastorno somatoform (por el excesivo foco atencional puesto en los síntomas corporales) para incluir el rol de la ansiedad ligada a la salud, ha permitido ampliar el número de opciones de tratamiento y mejorar su efectividad.

Como cierre quiero destacar algunos comentarios finales de los editores del libro que creo sintetizan su espíritu y su riqueza. En ellos puntualizan en características de la TCC que la habilita para tratar situaciones difíciles: su disposición a hacerlo, su capacidad para aprender de los desafíos y usar los fracasos para mejorar los resultados y su sabiduría para identificar y reconocer los límites de su práctica. La fuerte base empírica y la apertura a integrar otros modelos de intervención es, según la opinión de los autores, opinión que comparto, su mayor fortaleza.

María del Carmen Salgueiro