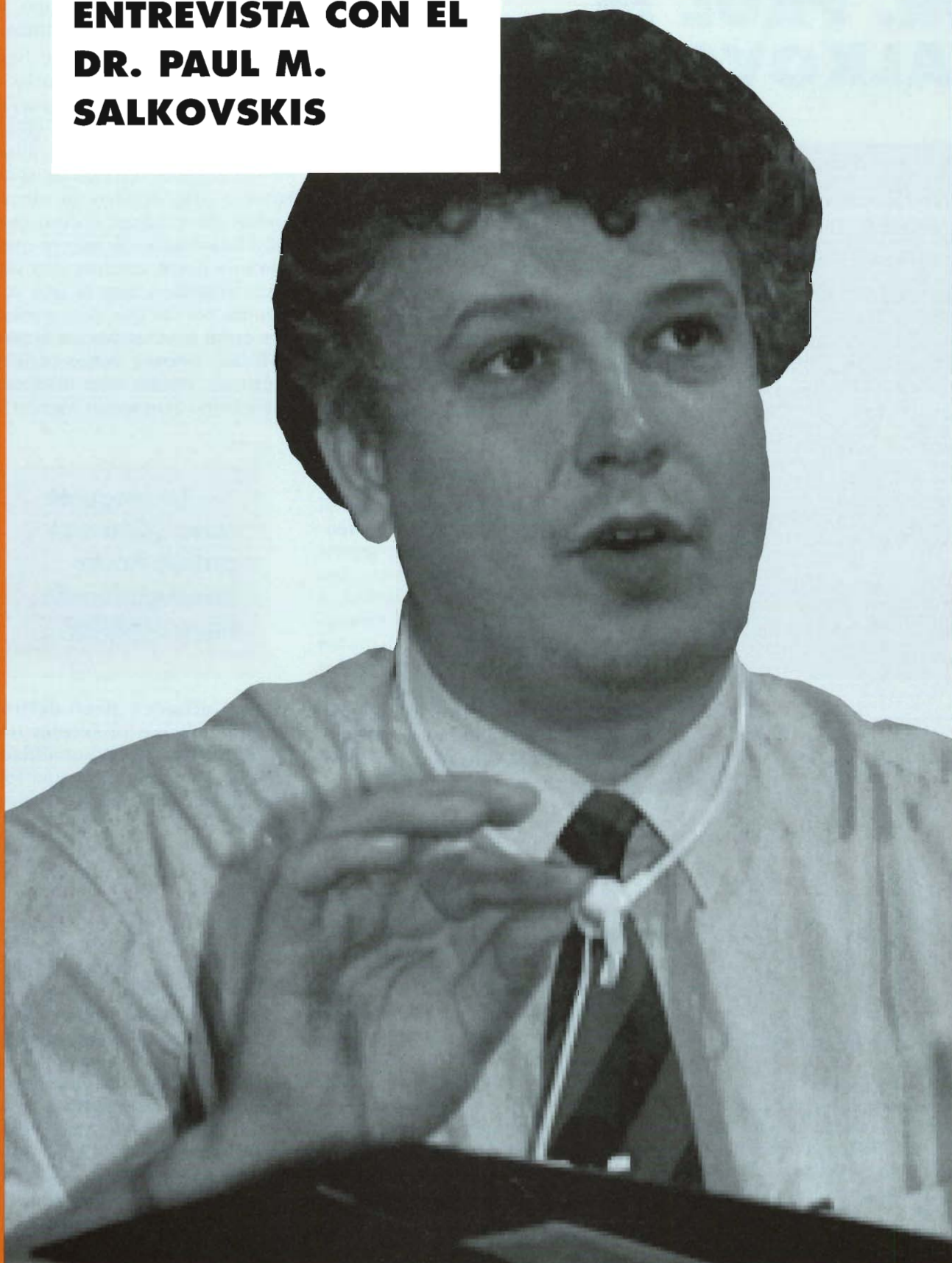


E N T R E V I S T A

**ENTREVISTA CON EL
DR. PAUL M.
SALKOVSKIS**



ENTREVISTA CON EL DR. PAUL M. SALKOVSKIS

Juan Sevilla*
Carmen Pastor*

¿Podría hablarnos de su formación como psicólogo?

Como la mayoría de los psicólogos clínicos ingleses hice la carrera de psicología, y luego un master de psicología clínica en el Instituto de Psiquiatría (Maudsley) con el profesor Rachman, luego trabajé durante 7 años como psicólogo clínico en varios hospitales, sobre todo con trastornos de ansiedad y medicina conductual. Durante este tiempo hice un poco de investigación en pánico con el Dr. Clark, también investigaba en Obsesiones e hipocondría, y tuve que decidir si continuar con la investigación yéndome a la Universidad, o seguir con el trabajo clínico, así que me fuí a la Universidad de Oxford, y desde entonces trabajo en investigación de terapia, de una forma un poco diferente. Desde que llegué a Oxford tengo menos clientes generales pero todavía tengo algunos, pero realmente me he especializado en hipocondría, pánico y obsesiones.

Cuando nosotros conocimos su trabajo, una de las cosas que más nos sorprendió gratamente, es que usted realiza directamente sus estudios.

La pregunta, supongo sería ¿por qué no la hacen los otros? Por supuesto, no lo hacemos todo nosotros mismos, pero solíamos hacerlo. Ahora, a veces, entrenamos a terapeutas. Cuando estás investigando un problema clínico, sería tonto no ver clientes con ese problema, realmente no entiendes lo que está ocurriendo si no trabajas directamente con ellos. Lo que en teoría suena muy bien o muy elegante, al llevarlo a la práctica puede ser tonto. Cuando empezamos, trabajamos clínicamente y hacíamos un poco de investiga-

ción, ahora hacemos más investigación y clínica como parte de ello.

Es un ejemplo del modelo científico prácticamente (aplicado), es una de las mejores formas de hacer investigación, y es el sello distintivo de terapia cognitivo-conductual, habiendo una integración de estudios de caso único, de grupo, y de laboratorio con práctica clínica.

Algunos conceptos que hemos desarrollado en el laboratorio, que son importantes teóricamente, también son muy útiles clínicamente, y algunas técnicas clínicas, se han empezado a usar en el laboratorio. Hay tráfico de ideas en ambas direcciones, y creo que es muy importante. Si sólo te quedas con una parte, tendrás una visión distorsionada, y ésta es una de las razones por las que tantos psicólogos están interesados en la personalidad, porque como concepto abstracto, resulta muy interesante, pero como fenómeno clínico real

"... La pregunta sería: ¿Cómo es posible hacer investigación sin hacer terapia?..."

es algo difuso o poco definido. Tendrás muchos problemas trabajando a nivel de personalidad en terapia, creo que no es una forma sensata de tratar los problemas de la gente.

¿Qué relación hay entre terapia de conducta y terapia cognitiva?

Creo que la postura actual, en términos generales, es que la terapia Cognitiva ha absorbido a la terapia conductual, pero la terapia de conducta es el padre de la terapia cognitiva, así que podría decirse que hemos asesinado a nuestro propio padre. Pero yo no creo que sea lo que realmente haya ocurrido, sino que la terapia cognitiva, la auténtica terapia cognitiva tiene sus orígenes en la terapia de conducta, y lo que vemos es una evolución, donde la terapia de conducta avanzó científicamente mucho,

* Centro de Terapia de Conducta Valencia

Esta entrevista fue realizada en Valencia el pasado febrero, cuando el Dr. Salkovskis impartió un seminario sobre Terapia Cognitiva para los trastornos Obsesivo-Compulsivos; organizado por el Centro de Terapia de Conducta.

encontró problemas, sobre todo en el área de la depresión donde realmente empezó la terapia cognitiva. Se hizo claro que las teorías conductuales de la depresión, como baja tasa de refuerzos era insuficiente, porque cuando le pedías al cliente que aumentara la tasa de refuerzos no le hacían efecto, y era porque las cosas que aparentemente eran reforzantes, se percibían como desagradables, y la única manera en que esto se puede manejar, es usando métodos cognitivos. Un punto importante a recordar es que la terapia de conducta, se basa en los principios de aprendizaje, y la teoría del aprendizaje ahora es cognitiva. Es un famoso y reciente artículo "El condicionamiento clásico no es lo que crees", se describen las bases cognitivas del aprendizaje, tanto en humanos como en animales, y sugiere que no es un simple reflejo de Estímulo-Respuesta. Por ejemplo el Condicionamiento Clásico se describe mejor como la percepción

"... creo que la terapia Cognitiva, la auténtica terapia Cognitiva, tiene sus orígenes en la terapia de Conducta, es su evolución..."

de expectativa (algo va a suceder). Hemos sabido esto desde hace mucho tiempo, así que de todas estas formas, la terapia de conducta y la terapia cognitiva han ido evolucionando. Una visión rígidamente conductual sería ignorar la evolución de las teorías de aprendizaje y de otros campos. Entiendo el porqué de esta resistencia. La razón es que los terapeutas de conducta han tenido que luchar mucho tiempo contra enfoques no científicos y mentalistas, y la gente que luchó contra ideas mentalistas encuentra muy difícil aceptar nuevas ideas que también incluyen procesos mentales. Lo que habría que informarles es que la terapia

cognitiva y los enfoques de procesamiento de la información, tienen una fuerte base científica. Los practicantes como yo mismo, o vosotros, consideramos la base científica, como lo más importante, y no nuestros sentimientos. No es extraño porque cualquier terapeuta conductual bueno, sea el profesor Marks, Rachman o Barlow, todos te dirán que si tienes mala relación el cliente, si no confía en ti, no puedes hacer buena terapia. Siempre hemos sabido que existían reglas base referidas a la relación y que no sólo era cuestión de meter a la gente en cajas de skinner. Así que no creo que haya guerra, aunque sí discusiones muy interesantes sobre la importancia que se debería dar a la conducta o a la cognición. La única forma de resolver la cuestión, es por medio de investigación que, ahora se está llevando a cabo.

Creemos que en algunos artículos, sobre todo de ansiedad, los investigadores cognitivos olvidan (no mencionan) que uno de los principales factores de mantenimiento son las conductas de evitación. Creemos que ellos focalizan demasiado en los pensamientos negativos automáticos y dejan de lado las conductas operantes.

Sí, tenéis razón. En 1991 escribí un artículo en que trataba de destacar la relación entre amenaza y evitación. Lo que señalábamos es que en vez de la posición anterior en la que se veía como diferentes facetas separadas de la ansiedad, las conductas, cogniciones y fisiología, debemos mantener una posición de continua interrelación, fallábamos en entender la interacción entre las tres.

Por supuesto, tenéis razón. Hay algunos cognitivistas, tal vez de la escuela llamada Constructivismo, que focalizan exclusivamente en las creencias, lo que me parece tonto. No podemos olvidar la interacción entre lo conductual, lo biológico, y lo cognitivo. Yo tengo mi propia opinión, pero de nuevo es una cuestión empírica. Cualquiera que ignore lo conductual, se arriesga a equivocarse, estaría mal hecho. Cuando hablo, escribo o enseño sobre desórdenes de ansiedad, una de las cosas que tengo cuidado en hacer es recordar que

nuestros fundamentos están en el trabajo Conductual y en la Exposición. Podemos añadir a estos principios nuevos conceptos, y puede que lo entendamos de forma diferente, pero lo que no podemos hacer nunca es rechazarlo porque sigue siendo totalmente válido. Tenemos muchos datos de ellos. Los primeros trabajos de Mathew, Gelder y Jonhson, de Marks y de Rachman sobre exposición, nos permitieron construir una buena terapia focalizando en eliminar la conducta de evitación. Por supuesto, ahora lo entendemos de forma distinta, pero no significa que tengamos que tirar los datos anteriores. En mi país hay una expresión que dice "No hay que tirar al bebé con el agua del baño".

Perdone por esta pregunta, porque usted ha escrito y ha hablado muchas veces sobre este tema, pero tal vez nuestro problema es que seguimos siendo terapeutas de conducta. Así que ¿cuál es la diferencia entre técnicas de distracción (tal y como se usan en terapia cognitiva) y escape encubierto?

Es una de las razones por las que escribí el artículo del 91 donde destacué que como terapeuta conductual te puedes encontrar haciendo un Análisis Funcional de ansiedad y el paciente te cuenta que cuando está en el supermercado y empieza a notar ansiedad se distrae, el terapeuta anota "...¡ajá! esto es evitación". Tres semanas más tarde, durante el entrenamiento de manejo de ansiedad, le enseñas al paciente a distraerse, y dices cuando lo usa "...¡ajá! esto es afrontamiento". La cuestión es: ¿Por qué cuando el paciente usa distracción es malo y cuando la enseña el terapeuta es bueno? Creo que la solución es realmente simple. Tiene que ver con la razón por la que la persona cree que lo hace. Por ejemplo, si la persona entra en el supermercado antes de la terapia, y cree que va a volverse loco, o que va a tener un infarto, y se distrae eliminando la ansiedad y luego piensa "no me pasó nada malo porque me distraje", entonces esto es evitación, porque bloquea la ansiedad y le impide al paciente descubrir que lo que teme no va a ocurrir. Esto se entiende en términos conductuales o en términos cognitivos, no importa, es

lo mismo. Cuando trabajas en terapia, el sistema de creencias del paciente empieza a cambiar, y empieza a juzgar lo que pasa de forma diferente. Va al supermercado, nota las sensaciones y piensa: "... ¡ahí viene la ansiedad!, si me distraigo de los pensamientos

"... no se puede olvidar que la base de nuestro trabajo es la terapia Conductual y la Exposición..."

negativos, me sentiré mejor". Lo hace, y esto le ayuda a confirmar que no hay peligro real, y que su problema es un problema de ansiedad. El terapeuta puede distinguir, por lo tanto, si la distracción es escape o afrontamiento, preguntando: "¿Qué te hubiera pasado si no te hubieras distraído?". En el primer caso, contestaría: "Volverme loco o tener un infarto". En el segundo, contestaría: "Oh, nada serio, tener un poquito de ansiedad".

El problema es que, a veces, se aprende mal la técnica y la usan pensando todavía que si no se distraen, les pasará algo terrible. Esa es una de las razones por las que en nuestra terapia ponemos poco énfasis en el control. Nuestro objetivo no es el control, ni creemos que sea necesario. De alguna forma, si el paciente entra en una situación ansiógena y usa técnicas como distracción, relajación... u otra, esto puede convertirse en evitación, y puede creer que si no bloquea la ansiedad le pasará algo malo. De hecho, les pedimos que no usen distracción, "Vé a la situación y comprueba que metiéndote en ella sin distraerte no pasa nada". Puede ocurrir, si utilizas distracción con un paciente con pánico que le provoques ansiedad generalizada, porque están constantemente vigilando su ansiedad para bloquearla. Creemos que tenemos que enseñar a la gente, a no utilizar técnicas de control. Ahora bien, una vez que ya saben que no



deben hacerlo, entonces pueden usar control. En ese caso ya es afrontamiento, y una forma de sentirse más cómodo en la situación.

En terapia de conducta a la vieja usanza, consideras un éxito si tu paciente sigue usando las técnicas de control un año después de la terapia. En terapia cognitiva el objetivo es cambiar creencias. Si esto se consigue, un año después no se necesita utilizar ninguna técnica de control.

¿Cuál es la principal diferencia entre su terapia cognitiva para el pánico y el tratamiento conductual del pánico del Dr. Barlow?

Bien, de nuevo su énfasis está en el control, y nuestro objetivo es cambiar explícitamente las creencias, las malinterpretaciones de las sensaciones corporales.

Hace ya unos años, predijimos que el nivel de cambio de las malinterpretaciones corporales era un excelente predictor de los resultados del tratamiento y de las probabilidades de recaída a largo plazo. Recientemente hemos acabado un estudio comparando terapia cognitiva, imipramina y relajación. Nuestra predicción era cierta sin importar de qué tipo de terapia estábamos hablando. No sólo en terapia cognitiva sino también en las otras dos condiciones experimentales, el mejor predictor de éxito y de no recaídas era el cambio de las malinterpretaciones.

Volviendo a la pregunta concreta, creo que en el tratamiento del

Dr. Barlow, algunas veces, incluso aprendiendo estrategias de control directamente, los pacientes se dan cuenta de que su problema no es peligroso, y en ese sentido funciona. En nuestro estudio, la gente que utilizaba relajación aplicada, y mejoraban, decían cosas como "lo que he aprendido es que no voy a tener un infarto, porque cuando me siento mal, aplico relajación y mejoro. Si tuviera un problema cardíaco, no pasaría así, luego es un problema de ansiedad". Quizá, para mucha gente, aprender ese control es una buena forma de cambiar pensamientos. Para nosotros, sin embargo, es más eficaz dirigirse directamente al cambio de las creencias. También nuestro tratamiento suele ser más corto, puesto que no necesitamos enseñar al paciente distintas estrategias de control, como relajación, autoinstrucciones..., etc., lo que sí es necesario en el tratamiento del Dr. Barlow. Recientemente hemos hecho un estudio donde hemos comparado una versión de 5 sesiones de terapia cognitiva (un tercio el tratamiento standard) con el tratamiento completo, y los resultados son igual de satisfactorios. Esto lo interpretamos como que el tratamiento cognitivo cada vez es más eficaz.

El Dr. Barlow ha cambiado desde su formulación original de 1988 a la actualidad, básicamente eliminando relajación.

Hay cambio; creo que al final va a ser lo mismo. David estuvo con nosotros y sus ideas han cambiado.

El foco está más ahora en la exposición interoceptiva y la terapia cognitiva.

Nosotros usamos un poquito de exposición. Estamos haciendo unos experimentos para examinar la eficacia de la exposición dirigida a cambiar creencias como distinta a la exposición por habituación. Los resultados, otra vez, indican que si la exposición se dirige a cambiar las creencias, puedes lograr muchos cambios en pocos minutos en la ansiedad, comparado con el período más largo necesario cuando se usa exposición por habituación. Tenemos datos que demuestran que si diriges la exposición a las creencias, la mejora. No creo que el Dr. Barlow esté en desacuerdo con nosotros en este momento. Creo que apuntamos al mismo objetivo.

¿Qué opina sobre lo que dice el Dr. Ellis de que la terapia cognitiva es una forma descafeinada de la RET, en el sentido de que la RET es más fuerte, más filosófica y es la forma de hacer "cambios elegantes" de creencias?

Lo importante es que el Dr. Ellis es uno de los tres fundadores de la terapia cognitiva junto con Beck y Kelly. En cada caso, la creación ha superado a los maestros. Que es como debe ser. Me es difícil citar los méritos de RET, porque hay muchas formas diferentes de hacerla. Creo que tengo que decir que los descubrimientos más significativos no son en RET, y tampoco en la Terapia Cognitiva de Beck, sino en la evolución continuada de estas teorías, por ejemplo en un trabajo del Dr. Teasdale llamado "Dos tipos de significado en la terapia cognitiva", él comenta algo sobre que Ellis en ese aspecto tiene razón, y eso es en el sentido de que sería importante cambiar el modelo filosófico del paciente. El problema está realmente en el método de la RET. Tiene tendencia a ser mecánica, porque existe la idea de que hay grandes creencias irracionales. Quizá la idea importante que hay que dejar de lado es que la RET requiere una forma de pensar racional, o pensamiento positivo. La terapia cognitiva no se centra en ninguna de estas cosas. Intenta identificar los factores implicados

"...tendrás muchos problemas trabajando a nivel de personalidad en terapia, creo que no es una forma sensata de tratar los problemas de la gente..."

en el problema de una persona concreta, de forma idiosincrática. Puede suponer algo muy superficial y vemos en muchos pacientes de pánico que tampoco hay que indagar mucho. En otros, hay que entrar más a fondo, y con otros problemas más a fondo aún. Es falso decir que hay una forma única de hacerlo. La forma no superficial de hacerlo es escuchar a tu paciente. Hacer una formulación para esa persona. Comprobar tal formulación en la forma que lo hace Kelly, y yo creo que Ellis y Beck fueron influenciados por Kelly en esto, aunque también creo sus ideas ahora un poco pasadas. Hay una base filosófica común. Realmente no deberíamos estar riñendo entre nosotros, con esas

riñas sobre quién tiene la verdad. El que tiene la verdad es el paciente. La otra forma de encontrar "la verdad" es observando a través de la investigación cuidadosa los factores de mantenimiento en individuos y grupos. No estoy totalmente en desacuerdo con Ellis pero creo que RET no se ha desarrollado y la terapia cognitiva sí. Y si miras lo que escribía Bec en 1985 sobre ansiedad, y miras lo que se escribe ahora sobre terapia cognitiva de ansiedad tipo Beck, ha habido un cambio enorme. El problema que tengo con el trabajo de Ellis, es que no veo el mismo desarrollo, no veo la investigación impulsando el desarrollo, Ellis es un gran hombre, Wolpe también, y Beck, y merecen respeto porque son terapeutas estupendos, la contribución es única y muy importante, pero el valor de su contribución es que el campo evoluciona, se supera, no esta dándose en ellos y tal vez no les gusta.

Un famoso profesor de psiquiatría ya muerto, Hamilton (creador de la escala de depresión Hamilton) con el que trabajé, decía sobre la psicología que atraviesa por etapas: "en la 1.ª etapa no sabíamos nada y creíamos que sabíamos, en la 2.ª etapa, no sabíamos nada y así lo creíamos... y ya no hay más etapas"

Muchas gracias, Dr. Salkovskis

SUBSCRIPCIÓ

INFORMACIÓ
psicològica

REVISTA DEL COL·LEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS
DEL PAÍS VALENCIÀ

Desitge suscriure'm a la revista **Informació Psicològica** durant l'any 1994.

Nom

Adreça

Població

Enviament: Xec nº

Transferència al compte corrent. Banco Popular Español, c/. Navellos, 1 - 46003 Valencia
Entidad 0075 - Sucursal 0497 - Nº c/c 600079650

El preu de subscripció del període d'un any natural és de 2.500 pessetes, 3 números.

NOTA: Els col·legiats de la Delegació del País Valencià ja reben gratuïtament Informació Psicològica.

