

Entrevista a Cristina López Altschwager

Por Consuelo Martínez



Cristina López Altschwager es doctora en Psicología. Ha sido colaboradora de investigación en el instituto Max-Planck de Psiquiatría de Munich y hasta 2008 ha sido Profesora Titular en la Universidad de Valencia.

P. Podría comentar cuál es, en su opinión, lo más significativo de la evolución que ha tenido el abordaje de los Trastornos de Ansiedad (TA) en las últimas décadas en España.

R. Me consta, puesto que en mi primer caso tratado con desensibilización sistemática ya lo hice, que desde antes de 1970 se han utilizado imágenes grabadas, en fotos, diapositivas y películas, para apoyar el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, el avance tecnológico e informático ha introducido una variable enormemente versátil al permitir la incorporación de la llamada “realidad virtual” a los tratamientos de TA. Antes, con el cliente se tenía que pasar de presentar imágenes, a un enfrentamiento en la vida real, salto que en ocasiones es difícil de hacer en la medida en que los estímulos ansiógenos (aviones, tormentas, ciertos animales, por ejemplo), no están siempre a disposición del terapeuta. Hoy en día, cuando no resulta conveniente o fácil el enfrentamiento real, se puede echar mano de esa realidad virtual tridimensional, eligiendo el momento más adecuado para presentar los estímulos, controlando totalmente su intensidad y duración. En mi opinión, éste es el avance más significativo, como ilustra, por ejemplo, el artículo de Cristina Botella y cols. “Using a Flexible Virtual Environment for

Treating a Storm Phobia”, publicado en el *PsychNology Journal*, 2006, 4, 2, pp 129 – 144. La ventaja adicional es que, gracias a que todos tenemos a disposición algunos de los medios necesarios (ordenadores, TV, videojuegos o similares), podemos elegir los estímulos máximamente adecuados al cliente, sin tener que comprar aparatos especiales y costosos.

P. ¿Podemos hablar de modas en el tratamiento de los TA o sólo se trata de muy diversos enfoques en su tratamiento?

R. Siempre ha habido modas, tanto en la medicina, como en psicología. En el caso de los trastornos de ansiedad, aún dentro del entorno cognitivo conductual hay discusiones acerca de qué método es mejor o más eficaz. Hoy, en España han vuelto a imponerse en muchos centros de tratamiento los métodos más alejados de la psicología científica, hay un interés especial por métodos provenientes de técnicas orientales y combinaciones, a veces, algo esotéricas. Sin embargo, los que me conocen saben que nunca me ha parecido una buena idea que el psicólogo clínico se limite a un enfoque o a una técnica. Considero que el terapeuta debe conocer y, en lo posible, dominar, los “muy diversos enfoques en el tratamiento”, para combinarlos de manera adecuada según el cliente, sus condicionantes, sus posibilidades. Lo importante, como diría Hans Westmeyer, es la justificación de cada paso terapéutico, es decir, que no sea la moda o mi “firme creencia” lo que determine el tratamiento, sino más bien la correcta evaluación y diagnóstico del pro-

blema, así como los efectos previsibles de cada elemento terapéutico en ese caso concreto. Lo “más eficiente” varía mucho, aún con el mismo diagnóstico de base.

P. ¿Han aparecido TA nuevos a consecuencia de la crisis o del uso de las nuevas tecnologías, por ejemplo?

R. En mi experiencia personal, no han aparecido nuevos trastornos, simplemente, el contenido concreto, o los estímulos ansiógenos concretos, pueden ir variando según las condiciones de vida de la persona, pero dentro de los mismos parámetros ya establecidos por las diversas categorizaciones diagnósticas. Esta es una pregunta de epidemiología, a la que sólo puedo responder desde mi experiencia personal, puesto que no me he dedicado a seguir los últimos estudios de este tipo.

P. ¿Cree que los TA están bien diagnosticado o quizá existe demasiada laxitud a la hora de hacerlo? ¿Que recomendaría desde su experiencia?

R. De forma genérica, esta pregunta no tiene respuesta. Depende del o los métodos diagnósticos que utilice cada terapeuta, así como del tipo de diagnóstico que desee obtener. En mi experiencia y, dado que trabajo principalmente con técnicas cognitivo-conductuales, para determinar el tratamiento óptimo en cada caso el diagnóstico debe hacerse en varias etapas: primero, la entrevista no estructurada, con un esquema similar al de la terapia centrada en el cliente, luego, los instrumentos diagnóstico estandarizados y los inventarios específicos (como el “Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad”), luego, entrevistas con el cliente y otras personas significativas para afinar lo obtenido, acompañadas eventualmente por observación directa y/o

Registros de Conducta y, finalmente, la aplicación del Análisis Funcional de Conducta, para ordenar los datos. Evidentemente, estos pasos pueden ser simultáneos o sucesivos y se puede saltar alguno si se considera que ya se tiene toda la información necesaria. Nuevamente, se trata de no quedarse con un sistema de diagnóstico, sino de elegir los adecuados para alcanzar la meta terapéutica... (estoy segura que un psicoanalista ortodoxo no elegiría mi sistema diagnóstico en la medida que su concepto de diagnóstico es diferente.)

P. La aportación más relevante que hace el DSM V es poder diagnosticar el trastorno de angustia y la agorafobia como entidades separadas, dando la opción de que exista comorbilidad, es decir que podamos diagnosticar trastorno de angustia y agorafobia a la vez. ¿En qué medida cree usted que esto contribuye a facilitar a los profesionales el diagnóstico de los TA?

R. Como ya dije anteriormente, afinar un diagnóstico al máximo, adecuarlo a la persona y a la meta terapéutica siempre es bueno. Pero para decidir acerca de una programación terapéutica no basta una clasificación, por buena que sea. No olvidemos que DSM es, más que nada, una forma de entendernos entre profesionales, para saber a qué nos estamos refiriendo cuando utilizamos un “rótulo”. A partir de ahí se inicia el diagnóstico más individualizado y, a mi entender, indispensable. No olvidaré nunca el consejo de mi profesor de Psiquiatría Infantil, que nos recordaba una y otra vez que “en Psicología, una vaca no es una vaca, es sólo “un animal en la línea de lo vacuno””. Han pasado décadas, el consejo sigue estando vigente: cada ser humano es diferente a los otros, no se pueden meter en categorías absolutas de ningún tipo. Por otra

parte, y si se me permite la digresión, eso es lo que hace tan fascinante la profesión del psicólogo clínico, ¿verdad?

P. La investigación sobre los TA es muy prolífica, ¿en qué medida ha contribuido esta investigación al tratamiento profesional de estos trastornos?

R. Toda investigación bien hecha contribuye al desarrollo de la disciplina en que se centra. De hecho, creo que hay muy poca, y no demasiada, investigación centrada en el tratamiento profesional de los trastornos psicológicos, sobre todo en cuanto a su eficiencia y eficacia diferencial. Lo que sucede es que tal investigación es difícil y costosa de hacer, tanto a nivel económico, como por los planteamientos éticos que tales investigaciones pueden suscitar.

P. ¿Existen diferencias en el tratamiento de los problemas de ansiedad en nuestro país en comparación con otros países europeos?

R. Aquí tenemos un problema: lo que se publica generalmente está dentro del contexto de una Universidad o de Centros de Investigación. Los terapeutas que ejercen la profesión sin estar vinculados a tales entidades no suelen publicar sus resultados, ni ir a Congresos. Con lo cual, el conocimiento de lo que hacen, o dejan de hacer, sólo puede adquirirse de primera mano, por contactos personales. Por esta razón, sólo puedo responder con real conocimiento de causa comparando Alemania y España. Por lo que sé, en ambos países se aplican mayoritariamente métodos cognitivo-conductuales, pero en Alemania se trabaja más frecuentemente de forma multimodal, es decir, combinando varios enfoques y aún, varios tipos de profesionales (por ejemplo: neurólogo, asistente social, endocrinólogo, etc.). Por otra parte,

si comparamos las publicaciones españolas de los últimos años, es decir, de este siglo, con las publicaciones europeas y americanas, vemos una gran similitud en cuanto a temas y técnicas tratadas. Por ejemplo, en los libros de E. G. Fernández-Abascal & M. P. Jiménez Sánchez (Eds.): Control del Estrés (UNED, 2002); de A.Cano-Vindel, A. La ansiedad. Claves para vencerla. (Arguval, 2004); de C.S.Sosa y J.Capafons: Estrés post-traumático (Síntesis, 2005); de A.Bados López: Tratando pánico y agorafobia (Pirámide, 2006); o de Cano-Vindel, A., & Serrano Beltrán, M. : Para no enfermar de estrés. Cómo combatir la ansiedad laboral (Recoletos Grupo de Comunicación, 2006),. También hay similitud en las publicaciones en revistas, para las cuales no cito ejemplos por no alargar demasiado la respuesta. Otra similitud está en los libros de autoayuda: desde que Hahn y Hennenhofer publicaron en 1984 el libro "Angst Überwinden", que se tradujo como "Vencer el Miedo" (Mensajero, 1987) y se vendió hasta en las librerías del Corte Inglés, se han publicados numerosísimos libros, de mayor o menor calidad, dedicados a los que padecen trastornos de ansiedad, en todos los idiomas y países. Personalmente, creo que sólo sirven cuando un terapeuta ayuda a la persona a aplicar a su propio problema lo escrito en el libro, pero sin duda pueden ser un instrumento de apoyo válido para la terapia, y una buena guía de inicio para el terapeuta más novato (se sobreentiende que sólo aquellos escritos por profesionales serios).

P. La evidencia empírica es concluyente en cuanto a considerar el tratamiento de elección para los TA a los tratamientos psicológicos, quedando como facilitador en algunos casos el tratamiento farmacológico. Sin embargo en la práctica el tratamiento de elección para los trastornos de pánico es

farmacológico y administrado por el médico de atención primaria. ¿Por qué cree que sucede esto? Y ¿qué tendría que pasar para que esto cambiara?

R. ¿Por qué en España se tratan todos los trastornos psicológicos en primera instancia, o prioritariamente, con fármacos? Creo que ésa es la pregunta correcta. Y la respuesta es tristemente pragmática: porque es lo más fácil de conseguir, a través de la Seguridad Social, del farmacéutico amigo, de la amiga o amigo “que tiene lo mismo”, etc. Además, es más barato, produce con frecuencia un alivio rápido (aunque efímero) y no exige esfuerzo por parte del cliente, salvo tragar la pastilla. En cuanto a cómo cambiar esta situación creo que estamos en ello, con los últimos logros conseguidos en materia de leyes y reconocimiento del papel del psicólogo (por ejemplo, la Ley General de Salud Pública, BOE 5.10).

P. ¿Cree que la población general conoce lo que es un problema de ansiedad y cuál es el profesional más indicado para tratarlo?

R. Tal como comenta José Ma. Sánchez Monge en la Revista Infocop de Noviembre-Diciembre 2011, pese a la incidencia de enfermedad mental en nuestro país, el tratamiento psicológico se sigue considerando en muchas ocasiones “un extra”. Lo que este autor comenta para la enfermedad mental en general, vale también, quizás aún más, para los problemas de ansiedad. La población general no suele estar capacitada para distinguir cuándo un trastorno de ansiedad puede superarse - o no, con “poner voluntad”, con medicación o con ayuda de un psicólogo especializado. Desde hace muchas décadas que algunos de nosotros opinamos, medio en broma, medio en serio, que si en las tutorías de los colegios se enseñara correctamente relajación, control de estrés y comunicación positiva, ade-

más de dar una adecuada educación sexual, muchos de nosotros nos quedaríamos sin clientes. Creo firmemente que la solución está en la prevención, lo que implica una información temprana y adecuada antes de que surjan los problemas. Si los niños y los padres aprenden pronto que el psicólogo no es sólo para los niños problemáticos (o los “locos”), que pueden acudir a él con sus “problemas normales”, esto ayudaría mucho a paliar los errores de tratamiento. Pero, claro, en el momento en que estamos, hablar de ampliar institucionalmente el rol del psicólogo en Escuelas, Institutos, o Centros de Salud, es decir, invertir dinero en ello, es casi una utopía - o sin el “casi”. Está claro que se ahorraría mucho en medicación si la primera intervención fuera psicológica y no farmacológica, pero me temo que esto sólo lo tenemos claro nosotros...

P. ¿Considera usted que existe una red pública suficientemente dotada para tratar los problemas de ansiedad de manera eficaz y eficiente?

R. Rotundamente, no. Desde mi actual situación privilegiada de jubilada, puedo darme el lujo de pasar horas hablando acerca del tema (directamente o por internet) con las personas y profesionales de mi entorno, así como de entornos más lejanos. No creo que exista ni de lejos esa red pública suficientemente dotada. Más bien, existen muchos profesionales muy sacrificados que entregan horas de más, poco o no remuneradas, a ayudar en los Centros en que trabajan, en sus Consultas, etc., sin recibir un apoyo oficial de ninguna clase.