

Toma de Decisiones Terapéuticas. Cómo decidir el plan de intervención.

Juan Sevilla y Carmen Pastor

Psicólogos Clínicos. Centro de Terapia de Conducta

RESUMEN

Ante el vacío de literatura científica aplicada donde se ofrezcan criterios prácticos acerca de como decidir el tratamiento más adecuado en cada caso, los autores ofrecen un modelo claro de toma de decisiones terapéuticas basado en tres niveles de datos: el científico, el funcional y el personal.

PALABRAS CLAVE

Toma de decisiones, nivel experimental, nivel funcional, nivel orgánico

I. INTRODUCCIÓN

La práctica de la psicoterapia Conductual es una labor extremadamente complicada y difícil. El trabajo clínico es arduo en todos y cada uno de sus objetivos: es difícil evaluar, es difícil empatizar con cada uno de los clientes independientemente de sus características peculiares, es difícil construir y hacerles entender las razones técnicas del mantenimiento de su problema, es difícil la fase intensiva de entrenamiento en técnicas, es difícil superar los estancamientos y crisis en terapia y es difícil que el cliente aprenda a autocontrolar su comportamiento y a generalizar.

Todos estos aspectos y muchos más que no aparecen en esta relación, son dignos de ser analizados en profundidad. Sin embargo, el presente artículo va a centrarse en un aspecto especialmente difícil y tan apenas tratado en la literatura científica: la toma de decisiones terapéutica. Definimos la toma de decisión terapéutica como decidir la estrategia de intervención para cada caso particular. Nuestro objetivo será operativizar qué criterios son los más adecuados para asegurar la

mejor y más eficaz toma de decisiones. A este aspecto se le ha dedicado un escaso volumen experimental y, cuando se ha hecho, las conclusiones han sido de difícil aplicabilidad práctica. Véase la excelente revisión de Godoy (1996).

En nuestra opinión, la razón principal de la escasez de artículos científicos sobre el tema, es que la mayor parte de la literatura proviene de la investigación. Muy frecuentemente en investigación, el procedimiento experimental no conlleva una toma de decisiones terapéutica, puesto que los tratamientos se desarrollan en forma de protocolos ya diseñados a priori, y los sujetos se asignan al azar a los grupos experimentales. Consideramos totalmente aceptable este modelo de trabajo, ya que el objetivo en investigación tiende a ser probar la eficacia clínica de diferentes tratamientos.

La poca literatura específica práctica que existe sobre toma de decisiones proviene de los estudios de caso publicados por psicólogos clínicos. También es intención de este artículo, animar a los clínicos a que sigan publicando sus experiencias.

2. Un modelo clínico de toma de decisiones

La investigación en psicología clínica tiene como objetivo demostrar qué técnicas de tratamiento son más eficaces para determinados trastornos psicológicos. De los resultados de esos datos, se pueden tomar decisiones terapéuticas que en un porcentaje estadísticamente elevado son acertadas. La investigación demuestra qué tratamiento es más eficaz para qué trastorno psicológico. Sin embargo, nuestra tesis es que tomar las decisiones terapéuticas basándose únicamente en ese criterio, es demasiado genérico, en exceso abstracto, y que la capacidad predictiva de ese modelo puede mejorarse.

Creemos firmemente que uno de los imperativos éticos del clínico es ofrecer el mejor tratamiento, pero no sólo el mejor tratamiento para un trastorno concreto, sino el mejor tratamiento para cada cliente en particular sufriendo de ese trastorno.

Nuestro modelo se basa en un enfoque donde el clínico tras completar la evaluación y recopilar toda la información necesaria para construir el Análisis Funcional, decide dónde intervenir y cómo hacerlo, basándose en tres fuentes de información complementarias: el nivel científico o experimental, el nivel funcional o técnico, y el nivel orgánico o personal (ver figura 1). Veamos cada uno de esos conceptos.

2.1. El nivel científico; sería la investigación, los datos experimentales. El clínico debería estar al corriente de cuáles son las técnicas que se han mostrado más eficaces para cada uno de los trastornos psicológicos. En ese sentido se podrían establecer taxonomías como:

Trastorno obsesivo-compulsivo
Depresión
Fobia Social
Ansiedad Generalizada

El nivel científico, para el clínico, debería funcionar como un marco de referencia, como unos bordes o límites entre los que debería moverse para saber que navega en la dirección adecuada. En el contexto clínico, es fácil caer en el terreno de la opinión personal, es fácil sacrificar ciencia a favor de arte, o peor aún, crear técnicas o usar algunas fuera del contexto para el que fueron creadas o diseñadas. También es fácil ser presa de creencias o datos aparentemente científicos que en realidad no lo son. Por ejemplo, en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, y en particular en las obsesiones sin rituales motores, durante años se ha asumido que la Detención de Pensamiento era una técnica eficaz. Basta con revisar la literatura (Emmelkamp, 1992) para ver que esto era un mito pseudocientífico y que esta técnica era absolutamente ineficaz.

En este sentido, el nivel científico haría que el clínico pusiera los pies en el terreno de los datos sólidos y sopesara dos veces los arrebatos de creatividad terapéutica.

2.2. El nivel Funcional; estaría basado en el paradigma conductual y en concreto implicaría la Contemplación de los datos del Análisis Funcional. Antes de poder intervenir necesitamos saber cuáles son las variables de mantenimiento que hacen que una persona siga sufriendo un problema, y ello implica construir el análisis funcional. Usar etiquetas diagnósticas generales es necesario, y sirve para entendernos y contemplar las regularidades que la ciencia exige, pero no es suficiente para diseñar la mejor de las intervenciones. El Análisis funcional explica rigurosamente porque una persona sigue sufriendo un trastorno a pesar de lo terriblemente doloroso que es.

Exposición in vivo
Terapia Cognitiva
Terapia Cognitiva + Exposición
Terapia Cognitiva + Exposición a los pensamientos

Desde nuestro enfoque, una vez construido el Análisis Funcional y entendida la naturaleza real del problema, el siguiente paso sería decidir cuál es la conducta blanco u objeto prioritario de modificación (ver figura 2). La conducta blanco suele ser la conducta operante, y así es, porque la operante es la que al ser ejecutada por el sujeto produce la consecuencia (refuerzo + o refuerzo -) que a su vez mantiene el problema. Como resultado, el trastorno se mantiene o incluso empeora a cada ensayo. Por ejemplo, en un trastorno de pánico: el cliente nota dificultad para respirar (estímulo interno fisiológico), piensa: «me voy a ahogar» (respuesta cognitiva respondente), siente: más ahogo, taquicardia, calor y mareo (respuesta fisiológica respondente) y se toma un ansiolítico y se distrae hablando con su cónyuge (respuesta motora operante), lo que le provoca mejoría y alivio (refuerzo negativo, consecuencia). Esta persona seguiría teniendo ataques de pánico porque escaparía de su malestar (respondentes cognitivos y fisiológicos) poniéndose a salvo con el fármaco y la distracción (operantes motoras). La secuencia se mantendría por el potente efecto aliviador que implica el refuerzo negativo que aparecería solo cuando el cliente da la operante. En conclusión, la única forma de eliminar el problema sería conseguir que el sujeto no diera la operante, porque así el reforzador (negativo en este caso) no aparecería y la respuesta (de pánico) empezaría a desaparecer.

Esto nos lleva a una interesante discusión teórica: ¿al contrario de lo que en ciertos círculos descontextualizadamente cognitivos se cree, la respuesta operante es la principal mantenedora del problema psicológico?. Desde nuestro punto de vista, rotundamente sí. La cognitiva, como la fisiológica, son una parte importante del proceso, pero si a continuación no apareciese la operante, el problema iría desapareciendo. Así pues, no podemos decir que la respuesta cognitiva inadecuada es la que mantiene un problema psicológico, aunque lo favorece. Por ejemplo, si después

de un accidente de tráfico, una persona hace un condicionamiento clásico, y al intentar conducir de nuevo (estímulo) piensa que va a tener un accidente y a morir (respuesta cognitiva) y se pone muy ansioso fisiológicamente (respuesta fisiológica), solo instalará y desarrollará una fobia a conducir si «inventar» una conducta de búsqueda de seguridad como evitar conducir (operante motora) porque esto le aliviará, reforzando negativamente todo el proceso. Pero si se refuerza a conducir, las respuestas cognitivas (por muy catastróficas que sean) y fisiológicas, desaparecerán. El peso en el mantenimiento de la operante es el más prominente. Terapeutas y teóricos de la Terapia Cognitiva de prestigio mundial estarían de acuerdo con esta tesis (Salkovskis, 1996 ; Clark y Fairburn, 1997).

El Análisis Funcional nos sirve para explicar el problema y para saber específicamente qué elementos hay que manipular para romper la secuencia de acontecimientos que componen ese trastorno.

Ya elegida la conducta blanco (la operante), el siguiente paso sería determinar metodológicamente cuál sería la mejor manera de conseguir que no apareciese. Para ello proponemos un modelo de decisiones excluyentes. En particular le proponemos al lector que tomando la ecuación funcional E-R-C vaya analizando en orden de izquierda a derecha si sería posible bloquear la secuencia en cada uno de los elementos, a fin de que no suceda la respuesta operante que provoca las consecuencias.

Para tomar estas decisiones, necesitaríamos aludir de nuevo al nivel experimental, y empezar a usar el nivel organizmico (consultar apartado siguiente). Empezando por el primer elemento, los **estímulos**, el clínico debería preguntarse ¿en este caso en particular sería plausible manipular los estímulos para impedir la aparición de la respuesta?. Ciertamente en muy pocos casos la respuesta sería sí. Las técnicas de manipulación de estímulos, entre las que destaca el Control de Estímulos,

se usan solo para una gama de problemas muy concretos: adicciones, obesidad y siempre con fines paliativos o provisionales. En el mejor de los casos, podría conceptualizarse como una manera de ganar tiempo o tomar un respiro, véase su uso en juego patológico (Echeburúa, 1994) y en el peor, por ejemplo en problemas de ansiedad, sería una evitación, reglada y prescrita por el terapeuta, pero evitación.

La siguiente pregunta se centraría en la **Respuesta Cognitiva**, que habitualmente es la que ocupa la primera posición en el orden de encendido (Pastor y Sevillá, 1990) ¿Podríamos manipular esa respuesta cognitiva en ese sujeto? Para contestar esa pregunta cotejaríamos los datos experimentales, y los organizmicos; ¿la investigación ha demostrado que el trabajo cognitivo es eficaz en este tipo de trastornos? y ¿esa persona reúne unos requisitos mínimos que aconsejen el uso de metodología cognitiva?. Obviamente, las estrategias de manipulación de la respuesta cognitiva suelen ser variantes de terapia cognitiva: Terapia Cognitiva al estilo de Beck, Autoinstrucciones, Terapia Racional Emotiva...

A continuación, vendría la **respondente fisiológica** ¿sería conveniente controlar en este caso la fisiología alterada? ¿qué nos dicen los datos científicos? ¿de qué tipo de persona estamos hablando? Los métodos más usados serían distintas modalidades de relajación.

Pasaríamos a la **operante**, ¿podríamos en este caso cambiar directamente la respuesta operante, que recordemos, suele ser la motora? Lo que el nivel científico nos dice varía en cada caso, por ejemplo en fobias específicas la exposición in vivo directamente parece ser la mejor alternativa, pero no así en trastorno de pánico, donde antes de manipular la operante conviene aprender a controlar las respuestas. Y el tipo de persona, la pregunta crucial suele ser ¿qué tal su capacidad de autocontrol?

En todos aquellos casos, la mayoría de la clínica adulta, donde los refuerzos mantenedores son fundamentalmente internos, la principal toma de decisiones ya estaría hecha. Al manipular la operante, desaparecería el refuerzo. Pero sobre todo en niños, es muy frecuente que la operante sea reforzada positivamente por el ambiente exterior (padres o educadores), con lo que aquí la intervención tendría que ser sobre el **ambiente reforzador**. Las estrategias más habituales serían entrenamiento operante a padres: extinción y refuerzo discriminativo.

En un cierto número de casos, además de eliminar la respuesta operante o directamente el/los refuerzo/s mantenedor/es, sería necesario otro tipo de intervención. Nos referíamos a aquellos casos donde la psicopatología no solo se mantiene por variables operantes sino también por déficits conductuales. Hablamos de lo que en términos clásicos se denominaba haberes conductuales. Por ejemplo, en un caso de fobia social en el que la persona además de la ansiedad, tuviese inhabilidad social, no sería suficiente con eliminar la ansiedad mantenida operante (evitación-escape) sino que además sería obligatorio dotarle del repertorio conductual social del que adolece. Otros ejemplos habituales serían: en fobia a exámenes, habilidades de estudio; en depresión, resolución de problemas, y en problemas sexuales, mejorar la técnica amorosa.

2.3. El nivel organizmico, sería el nivel personal. Los datos no directamente funcionales pero que nos muestran con que tipo de persona al margen del propio problema, estamos tratando. Para más información sobre el nivel organizmico, consultar Pastor y Sevillá (1990). Los datos del organismo pueden ser tan amplios como deseamos, y por supuesto en práctica clínica sería muy conveniente conocer a la perfección la vida del cliente. Sin embargo, por razones obviamente prácticas, esto es imposible. Para nuestro modelo de toma de decisiones, estas

son las variables del organismo que consideramos más útiles:

-Estilo personal; dentro de esta variable, mucho más amplia, nos interesa especialmente la edad y el nivel intelectual -forma de razonar. La edad, en muchas ocasiones, va a condicionar la posibilidad de aplicar un determinado tratamiento. Por ejemplo, aunque el nivel científico y el funcional lo aconsejen, creemos que no sería recomendable aplicar en un caso de obsesiones una exposición in vivo poco jerarquizada si nuestro cliente fuese un anciano de 76 años. El nivel intelectual, que no cultural, o quizás más exactamente la forma de razonar, a nuestro entender, condiciona el uso de los procedimientos cognitivos. El terapeuta debería valorar o usar o no este tipo de terapia, y en caso afirmativo, qué variante sería la mejor:

- Habilidades propias. Haberes conductuales. Más específicamente: capacidad de imaginación, de relajación, de autocontrol... etc. Es evidente que no podríamos aplicar una técnica imaginada, como la Exposición imaginada o la Desensibilización sistemática si el cliente no tiene capacidad de imaginación. El autocontrol, entendido aquí como disciplina o habilidad para retardar el refuerzo o soportar aversión, es uno de los haberes conductuales más crucial es a la hora de decidir modalidades terapéuticas. Bajo este criterio podemos tomar decisiones tan importantes como si la exposición será in vivo o imaginada, poco o muy jerarquizada, o si habrá que entrenarle en control de respondentes en trastornos de ansiedad, o si en depresión podemos asignarle una determinada cantidad de actividades dentro de un programa de aumento de refuerzo positivo.

- Habilidades de afrontamiento. Nos darán pistas acerca de qué terapia será más fácil de aprender para el cliente. Por ejemplo, en depresión si el cliente ya trata de cuestionar la validez de sus pensamientos negativos automáticos, sería un excelente indicador para usar terapia Cognitiva.

- Variables biológicas. Especialmente consideramos en este punto el uso de psicofármacos y si el cliente está sufriendo algún desarreglo orgánico que pudiese empeorar con la aplicación de la terapia. En psicofármacos el problema más habitual es que el cliente esté tomando una dosis de benzodiazepinas tan alta como para interferir en el proceso psicológico de extinción de la ansiedad. Respecto a las enfermedades, bastará para ver su importancia, comentar cómo condicionaría el tratamiento en un caso de trastorno de pánico el hecho de que el cliente realmente tuviera un problema coronario.

- Motivación hacia la terapia. La elección de las estrategias de intervención, así como su concatenación, va a depender también de la motivación del cliente; de sus expectativas y de cuán involucrado está en la terapia.

- Relación terapéutica. Credibilidad. En ocasiones el terapeuta podrá permitirse usar una determinada técnica aprovechándose de que la relación terapéutica está muy construida, y que su credibilidad profesional, en ese caso, es muy alta.

- Variables prácticas. En este apartado incluiríamos una serie de circunstancias externas al propio cliente pero que pertenecerían a su ambiente inmediato y que a nivel práctico podrían ser decisivas en el diseño de la intervención. Nos referimos a: tiempo disponible, contar o no con coterapeuta, periodicidad terapéutica... etc. Al lector le ejemplificará claramente a lo que nos referimos, cómo puede condicionar una terapia sexual el tener o no pareja estable.

3. Integrando los tres niveles

Nuestro modelo postula que la decisión terapéutica debe basarse en el uso combinado de los tres niveles de información ya definidos.

Una vez elaborado el Análisis funcional y decidida la conducta blanco, el clínico empezaría a tomar decisiones acerca de cuál sería la mejor forma de cambiarla, utilizando simultáneamente

la información del nivel científico y la del nivel orgánico. Tomando la secuencia funcional y su orden natural cronológico, el terapeuta crea una matriz de decisiones excluyentes en la que va eliminando y eligiendo dónde y cómo intervenir en consonancia con lo que la investigación ha validado como más eficaz, y con los datos personales que, frecuentemente, acaban siendo los más decisivos.

4. Un ejemplo práctico

Para ejemplificar nuestro modelo hemos elegido el trastorno de ansiedad más común: la agorafobia. Con el objetivo de conseguir la máxima claridad didáctica, hemos seleccionado dos casos clínicos que cumplirían los requisitos formales (DSM-IV) de agorafobia pero que, sin embargo, fueron tratados y resueltos eficazmente con estrategias terapéuticas distintas.

La funcionalidad en ambos casos era la misma. Los estímulos externos (salir de casa a solas, conducir, andar en grandes almacenes, coger ascensores...etc) producían respondentes cognitivas catastróficas («me dará allí», «me va a pasar algo malo»...) y respondentes fisiológicas (taquicardia, calor, mareo...) que eran bloqueadas con operantes motoras de escape y evitación (salir acompañados, cargar con los fármacos, volver a casa...). Obviamente estas maniobras eran reforzadas negativamente por el alivio que producían (consecuencias). Las únicas diferencias en el nivel funcional eran topográficas, es decir los estímulos, y las respuestas no eran idénticas.

En ambos casos, el nivel funcional nos obligaba a cambiar la respuesta operante porque ésta producía el refuerzo, y mantenía el problema.

La investigación o nivel científico ofrece datos contundentes: la mejor intervención es la Exposición in vivo.

A partir de aquí la decisión terapéutica toma caminos diferentes en cada caso. Estas diferencias provienen del nivel orgánico. El cliente A era una mujer de 32 años, de nivel intelectual

medio, con una gran capacidad de autocontrol, como habilidad de afrontamiento seguía forzándose a enfrentarse a las situaciones temidas a pesar de no saber como hacerlo, no le gustaba tomar fármacos pero tomaba alprazolam en dosis mínimas. Su motivación hacia el tratamiento era alta; venía derivada de una amiga que había recibido a su vez un tratamiento exitoso para otro tipo de problema. La relación terapéutica era buena, estableciéndose un alto grado de sintonía recíproca.

El **cliente B** era una mujer de 36 años, de nivel intelectual medio, con escasa capacidad de autocontrol, no solo con respecto a su problema sino en muchos ámbitos de su vida. Literalmente había tirado la toalla, no usaba ninguna habilidad de afrontamiento, teniendo además una total dependencia de su marido. Tomaba alprazolam pautado, pero además cada vez que se sentía mal, ingería una dosis extra. Había pasado por múltiples tratamientos tanto psiquiátricos como psicológicos y su motivación en este punto era baja. A pesar de ello, conseguimos una buena empatía aunque la credibilidad sólo la podríamos considerar como aceptable.

En el caso **A**, nuestro enfoque fue muy tradicional (Marks, 1991): Exposición in vivo poco jerarquizada con modelado del terapeuta en el primer ensayo de cada ítem, pasando rápidamente a un régimen de autoexposición.

En el caso **B**, el planteamiento fué muy distinto. Un enfoque tan directo y robusto como el del caso **A**, hubiera producido rechazo o rápido abandono. No era demasiado aventurado prever este desenlace basándonos en su baja tolerancia a la frustración y escasa motivación. El objetivo técnico era el mismo, hacer Exposición, pero los métodos para conseguirlo fueron significativamente distintos: la jerarquía de ítems agorafóbicos fue mucho más extensa, comenzamos con ítems que generaban muy poca ansiedad. Antes de pasar a autoexposición, usamos más puentes: el terapeuta y un coterapeuta (marido). Y añadimos procedimientos cognitivos simples (autoinstrucciones y

autorrefuerzo) para que el cliente aumentara su tolerancia a la frustración durante la exposición. La terapia, lógicamente fue más larga que en el caso **A**.

Desde nuestro punto de vista, si en el caso **B** solo se hubiera decidido el tratamiento en base al nivel científico, y/o al nivel funcional, quizás habríamos pasado a engrosar su listado de tratamientos fallidos.

Los tres niveles poseen una gran importancia, y en práctica clínica olvidar alguno de ellos puede llevar al fracaso terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CLARK, D. y FAIRBURN, C.: *Science and practice of Cognitive-Behaviour therapy*. Oxford University Press, 1997.

- ECHEBURUA, E.: *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Terapia de Conducta y salud, 1994.

- EMMELKAMP, P. y Cols: *Anxiety disorders*. Wiley, 1992.

- GODOY, A.: *Toma de decisiones y juicio clínico. Una aproximación psicológica*. Piramide, 1996.

- MARKS, I.: *Miedos, fobias y rituales*. Martinez Roca, 1991 (versión original, 1987).

- PASTOR, C. y SEVILLÁ, J.: *Análisis Funcional de la Conducta. Un modelo práctico de intervención*. Información Psicológica nº 42, junio 1990.

- SALKOVSKIS, P.: *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*. Wiley, 1996

TABLA - 1

MODELO DE DECISIONES TERAPÉUTICAS

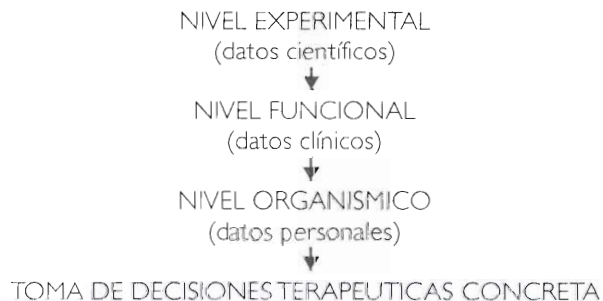


TABLA - 2

NUESTRO MODELO DE PLANIFICACION DE LA INTERVENCION

1º Elegir la Respuesta Blanco (la operante)

2º Estrategias generales para cambiar la Respuesta Blanco:

a. Cortar las cadenas conductuales lo más pronto posible

- intervención en los E (por ej: Control de E)
- intervención en la R; modificar la primera modalidad de R que podamos.

b. Actuar en las consecuencias

- eliminar consecuencias externas (por ej: extinción)
- en consecuencias internas, impedir que se dé el refuerzo negativo eliminando la R operante (por ej: Prevención de R) y eliminar el refuerzo positivo

c. Entrenar nuevas respuestas

- Enriquecer el repertorio conductual (por ej: HHSS, sexo, pareja...)