

ENTREVISTA DE “CLINICA PSICOLÓGICA” A PAUL SALKOVSKIS

Alejandra Coppo

ALEJANDRA: *¿Cómo eligió trabajar en Terapia Cognitiva?*

SALKOVSKIS: Empecé mi entrenamiento en el Instituto de Psiquiatría del Mosley Hospital, con David Clark, hacia fines de los setenta y, al terminar, me dediqué a la clínica. Hacía investigación, pero era meramente un clínico. Durante seis años trabajé de esta manera hasta que fue importante para mí dedicarme a la investigación y me transformé en un investigador que hacía algo de clínica.

ALEJANDRA: *¿Qué es lo que le llevó a interesarse por los Trastornos Obsesivo Compulsivos?*

SALKOVSKIS: Mi creencia es que cuando hacemos terapia tenemos que ver a la gente a la que no le va bien. Hacia finales de los setenta y ochenta empecé a ver que había muchos fracasos y deserciones de ellos tratamientos. Me interesé por los pacientes que no respondían bien a los tratamientos. Es difícil creerlo, pero es exactamente por este motivo por el que comenzamos a trabajar con pacientes agorafóbicos con pánico. En esa época el tratamiento por exposición para la agorafobia era muy popular. Pero a los pacientes agorafóbicos con pánico les iba muy mal con este tipo de terapéutica. Siempre me interesó desarrollar investigaciones sobre los pacientes que fracasaban en los tratamientos. Los tratamientos que en general interesan son los que responden. Y si bien hoy el pánico es fantásticamente fácil de tratar, es tal vez debido al trabajo que hemos desarrollado.

Las personas que asistimos y mejoran, son las que se van. En cualquier momento uno se da cuenta que su clínica se llena de tratamientos que han fallado. Por eso me gustan las obsesiones, me parece que me gustan todos mis pacientes, pacientes obsesivos, con problemas sexuales y agorafóbicos. A muchas personas no les gusta trabajar con estos pacientes. Me parece que, algunas veces, esto lleva a describirlos como Trastornos de Personalidad. En mi opinión muchas personas hacen un diagnóstico de Trastorno de Personalidad a pacientes que no les gustan. Antes del DSM3 solía ser el caso que el psicópata era aquel que no le gustaba al psiquiatra y, a partir del DSM-3R en adelante tenemos este otro criterio de Trastorno de Personalidad. Pero de nuevo el criterio está basado en un desagrado: creo que esto es un cambio utópico de diagnóstico.

Si yo digo que tengo un paciente que es Borderline ¿qué quiere decir esto?,

¿qué les aporta a ustedes? Es sólo una descripción que limita al terapeuta. Pero si digo que es una paciente que es artista con dificultades para establecer relaciones, y que se corta las venas frente a determinadas dificultades, ha cometido diversos intentos de suicidio, su madre ha sido un problema para ella, contamos con información más relevante para la labor terapéutica.

Me interesa que el terapeuta que va a trabajar con Trastornos de Personalidad nunca le va a decir al paciente que es eso lo que está tratando. Si estoy trabajando con un Trastorno de Personalidad estoy tratando una personalidad, y creo que si estamos preparados para compartir nuestros estudios con los pacientes, necesitaremos una comprensión diferente.

Otro aspecto importante es que creo que lo que hacemos es devolver el poder al paciente, normalizar sus problemas, ayudarlos a entender que sus problemas no son una enfermedad, que es un proceso normal que necesitan a aprender a cambiar. Por lo tanto, el proceso normalizador implica alcanzar un entendimiento compartido. Si trabajamos con personas que tienen un Trastorno de Personalidad. ¿a dónde apunta la normalización? Es muy difícil normalizar eso y conseguir una relación colaborativa diciendo implícitamente: “mi personalidad está bien, pero la suya está muy mal, desordenada, caótica...” Creo que el gran problema es que se crea una relación desigual en terapia, remueve los elementos que otorgan poder de una terapia cognitiva y los elementos normalizadores que despatologizan la personalidad. Yo no sé lo que es la personalidad; soy un psicólogo y no sé lo que es la personalidad. Y no creo saber lo que es un trastorno de personalidad. Creo que hemos cometido un error al adoptar la idea . Creo que tengo ideas de lo que es baja autoestima, y puedo entender que la gente tenga una autoestima baja y que haya personas con dificultades en sus relaciones . Si pensamos en estos términos aumentamos las posibilidades de ayudar a la gente que sufre. En cambio, si le decimos o creemos que tienen un desorden fundamental en su ser, creo que es un desastre y los que empeora aún más las cosas es que no tenemos datos relevantes de tratamientos de trastornos de personalidad. En cuadros como ansiedad, pánico, obsesiones, contamos con datos muy actualizados. Estamos haciendo tratamientos de tiempo prolongado muy complicados y no sabemos si funcionan, podrían ser basura.

En 1991 publiqué un artículo sobre personas que repetían intentos de suicidio, y muchas de estas personas recibían el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Borderline. Desarrollamos un tratamiento de resolución de problemas, porque la literatura nos dice que las personas que repiten un intento de suicidio tienen déficits para la resolución de problemas, por lo tanto hay un factor psicológico en una baja capacidad para la resolución de problemas. Lo que hicimos fue un tratamiento de cinco sesiones en entrenamiento cognitivo de resolución de problemas, sobre bases cognitivas y luego lo comparamos con los tratamientos usuales y los seguimos durante un año. Encontramos que el tratamiento de cinco sesiones, orientado a la

resolución de problemas, logró disminuir significativamente la falta de esperanza, la labilidad suicida, la repetición y ayudó a evitar intentos de suicidios seis meses después. Los resultados fueron publicados en el *British Annual Psychiatry*.

Creo que hay un futuro para este tipo de tratamientos. Aquellos que requieren cinco años, una vez o dos por semana, no creo que podamos seguir sosteniéndolos. Más aún, si no tenemos ninguna evidencia de que funcionan y esto es concluyente para mí. Creo que el modelo cognitivo nos da un mapa, en el campo de la personalidad no tenemos un mapa. Constatamos que las descripciones son siempre muy distintas a los pacientes que encontramos después. Con el pánico, en cambio, ocurre que tu tipo de paciente presenta un círculo vicioso que es el mismo que presenta mi paciente: teme un ataque cardíaco, o volverse loco; las crisis son, fundamentalmente, las mismas. En los intentos de suicidio, probablemente la resolución es una característica universal, porque estas personas tratan de resolver sus problemas a través de cortarse las muñecas. Estos son los factores que debemos identificar.

ALEJANDRA: *¿Cuál es la modalidad y duración de los tratamientos?*

SALKOVSKIS: Algunas veces trabajo con terapia de grupo, pero predominantemente en terapia individual. Estoy haciendo un estudio sobre un grupo de autoayuda para paciente con depresión. En trastornos de pánico, cuando comenzamos hacíamos 16 sesiones y funcionaban magníficamente. Entonces tratamos de hacerla más corta, 12 sesiones, queríamos el mismo efecto, así que teníamos que focalizarnos más; ahora el tratamiento de pánico es de cinco sesiones y mostramos que tenemos la misma respuesta en cantidad. Es un trabajo mucho más duro. No creo que se auna buena solución decir: “está bien, ésta es de 16 sesiones, le daremos a la gente un grupo de autoayuda y tendrán un poquito de mejoría y así se lo podremos dar a cientos de personas”. No creo que sea una buena solución, podrá estar bien en un principio, pero al final les queremos dar a todos una muy buena respuesta. Estoy seguro que lo estamos logrando con el pánico. Pienso que antes de dar a miles de personas una mala terapia, es preferible dar a unas pocas personas una buena terapia, para luego hacer una buena terapia para miles. Es difícil pero lo hacemos a través de la investigación, de pensar y de teorizar.

ALEJANDRA: *¿Cómo se desarrolla una obsesión?*

SALKOVSKIS: Creo que las personas tienen ideas obsesivas porque malinterpretan pensamientos normales implícitos. Todos tenemos pensamientos de ese tipo, como por ejemplo, con respecto a los niños: cuando pensamos que en el medio de la noche se puede morir. Estos pensamientos que todos tenemos, en los pacientes obsesivos presentan un especial significado y hay varios diferentes factores que lo generan. El primer factor es corregir la baja protección: como, por ejemplo, cuando uno es niño no tiene ninguna responsabilidad, porque uno es muy incompetente, así que el adulto hará todo para el niño y es bueno que así sea; pero llega el momento en que abandona el hogar y tiene que hacer las cosas por sí mismo:

no puede, o sea que no tiene la habilidad para tomar la responsabilidad. Ahora busquemos lo opuesto, por ejemplo tú eres la mayor de doce niños, tu padre es alcohólico, tu madre está ocupada teniendo niños, o sea que tú tienes responsabilidades por todo y tu padre está ebrio y muy estresado y cualquier cosa mala que ocurre tú cargas con la culpa. Notarán que son ejemplos de patrones opuestos.

Otro factor posible es que muchos pacientes creen que: “pensar en algo puede hacer que ocurra”. La idea aquí es que cosas muy simples pueden ocurrir. Por ejemplo, te enojas con tu abuela; deseas que se muera y luego se muere. Y luego cuando tienes un pensamiento similar con respecto a otra gente, piensas que va a ocurrir. La otra es la llamada “mala suerte”, y en la mala suerte ocurre por ejemplo, que olvidas que tienes que apagar la TV, y en la mitad de la noche se incendia la TV, la casa comienza a arder y escapas con tu hija, piensas entonces que tu marido está trabajando y al salir del fuego te das cuenta que su auto está fuera de la casa, que no está en el trabajo, que se está quemando, “yo lo hice, yo lo causé”. Lo que ocurrió es que él está trabajando, pero su coche está en casa porque se había averiado. Desde este día te dedicas permanentemente a revisar todas las instalaciones eléctricas. Esta es una historia triste, pero tiene algo de graciosa.

Muchas cosas malas pueden ocurrir: por ejemplo, caminando cerca de un lago una persona ve un perro; entonces se le ocurre tirar un palo al agua y el perro salta tras el palo, ahogándose. Estas historias ocurren, pero la persona piensa que son por su culpa, entonces piensa: “causo horror, debo tener cuidado porque soy peligrosa”. Estos tipos de factores suelen interactuar con creencias religiosas generalizadas muy extremas, pensar algo malo es como hacerlo posible, y así sucesivamente. Estas son también el tipo de cosas que operan también en los acontecimientos de la vida en la depresión. Desafortunadamente hay una compleja cantidad de cosas que se encuentran en el origen y, por tanto, tenemos que pensar en una forma compleja.

ALEJANDRA: *¿En qué proyectos está ocupado actualmente?*

SAL KOVSKIS: En estos momentos estamos haciendo un estudio piloto con adolescentes que presentan TOC y estamos muy sorprendidos de lo bien que han respondido al tratamiento.

ALEJANDRA: *¿Las familias participan en esto tratamientos?*

SAL KOVSKIS: Siempre tratamos que participen las familias, pero no necesariamente en una terapia sistémica. La idea es considerar los factores familiares que sostienen el problema, como por ejemplo, un padre que toma responsabilidades por un hijo constituirá un factor. Aquí la idea es que el niño o el adolescente llegue a entender porqué no debería involucrar a los padres en lugar de decirle a los padres que dejen de hacer esto. Es necesario que el paciente sea quien tome las responsabilidades del tratamiento. Si los chicos tienen a los padres controlándolos, por ejemplo, en los rituales de lavado de manos, siempre encontrarán la manera de hacerlo de manera más sutil. Son los chicos los que tienen que decir que van a parar

con esto, que lavarse las manos no es bueno. Quien llega a entender que el que alguien esté detrás de sus cosas no es bueno, toma la responsabilidad. Si le decimos a la madre que deje de hacer algo, causará problemas familiares que pueden transformarse en una batalla. Siempre en la terapia uno está buscando colaboración. Por lo tanto si enfrentamos una batalla entre el terapeuta, el paciente y/o la familia, estamos fallando como terapeutas. Cuando la batalla está instalada debemos retirarnos. Los expertos en cualquier problema son los pacientes y uno tiene que tratar de ayudarlos a que vean el problema en una forma diferente. Consiste en darle al paciente elecciones, no en decirles que están equivocados. (Que creo que es lo que los terapeutas lo hacen a menudo).

Estamos muy interesados en prácticas con familias particularmente, porque el aspecto excitante de la terapia cognitiva es que ningún otro tratamiento ha probado que funciona en el control de la conducta infantil., y, por lo tanto, tenemos el único tratamiento efectivo en el mundo. Estamos tratando de hacerlo más breve. Llevarlo a la práctica familiar implica que entonces tenemos que ir a ellos, y eso es algo que estamos haciendo. Estamos terminando un estudio sobre rumiaciones obsesivas. Estamos investigando acerca de exposiciones y respuesta preventivas; una con exposición pura, y otra con una exposición con una orientación cognitiva en las respuestas preventivas. Una exposición y respuesta preventiva en una forma cognitiva. Por lo tanto, el otro desafío que enfrentamos es saber si hacerlo o no de esta forma, es mejor o no, que la respuesta preventiva pura. Desarrollamos muchos estudios experimentales tratando de entender las creencias que tienen los pacientes con TOC, los orígenes, los comienzos de los TOC, y estamos desarrollando un estudio en depresión sobre hábitos de salud y medicación.

Estamos haciendo nuevos desarrollos en testeos gestálticos de cáncer de mama, por ejemplo: tenemos una cantidad de prueba médicas que están siendo desarrolladas y que aún no entendemos cuál es su correlato psicológico. Hacemos las pruebas, sacamos la sangre, encontramos que hay un 60% de cáncer de mama, 5% de diabetes, un 19% de enfermedades por drogas. Si sabemos ya, qué gente con cáncer de mama sufrirá una mastectomía en 20 años, podremos desarrollar estructuras preventivas.

ALEJANDRA: *¿Cómo piensa que va a evolucionar nuestro campo en el futuro?*

SALKOVSKIS: Bueno, esto es una de las cosas más difíciles, porque no sé si se pueden hacer predicciones. Lamentablemente creo que el campo se va a dividir, veo que hay algunas personas que han retornado al psicoanálisis y a conceptos más antiguos de psicoterapia y creo que esa gente se abrirá de gente más parecida a lo que hago yo. La relación con el terapeuta es importante, pero es la línea de base, no el fin. Y creo que el desarrollo de los trastornos de personalidad es un ejemplo de esto, porque estamos viendo un movimiento de retiro del trabajo empírico, no vemos gente que acierte con las necesidades de la gran cantidad de personas que

necesita nuestra ayuda.

Margraf hizo un estudio que indica que sólo el 1% de los pacientes en tratamiento para la ansiedad recibe Terapia Cognitivo-Comportamental. La ayuda que estamos ofreciendo a la gente es terapia psicodinámica para el pánico o las obsesiones y compulsiones; creo que esto es muy malo.

Mi predicción es que habrá una escisión. Otra predicción es que, creo que la psiquiatría biológica volverá a estar junto con la psicología. En los próximos años, pienso que tal vez vamos a ver un desarrollo muy sofisticado de la neurociencia, mientras tanto las aproximaciones cognitivas y comportamentales, entre otras, podrán clarificar la psicopatología de estos trastornos, y a lo largo de esta línea la psicopatología y psiquiatría podrán alcanzarlos y podrán comenzar a aprender algo de la neuropsiquiatría. Pero no será algo sencillo, porque debemos aprender que la mejor manera de modificar las cosas que andan mal en el cerebro, es haciendo cosas o hablarle a la gente. Creo que los trastornos que observamos son cambios biológicos muy sutiles y además creo que la mejor intervención biológica va a ser una de tipo psicológico y supongo que se podrá verificar dentro de veinte años. Tengo una fuerte convicción que esto será lo que aprenderemos.

ALEJANDRA: *¿Podría explicarnos más acerca de que la mejor intervención biológica es psicológica?*

SALKOVSKIS: Sí, veamos. Creo que, por ejemplo, en el pánico estamos presenciando una mala interpretación de un ataque cardiaco; por lo tanto, ¿cuál es el correlato biológico? ¿Es un problema serotoninérgico? No creo que sea ese el problema. Creo que es un muy pequeño y complicado patrón de cambios en el nivel de los neurotransmisores. Si quiere cambiar esto, hay que cambiar las interpretaciones fallidas, entonces los factores biológicos cambiarán. Ya sabemos esto en los TOC, los cerebros no pueden resolver obsesiones y compulsiones.

Estas personas tienen cerebros saludables, pero funcionalmente se comportan de una manera distinta. Si hago que mi paciente se preocupe y le administro un mapeo cerebral, entonces veremos una activación cerebral, y cuando detiene su preocupación, dicha activación desaparece. En los estudios podemos ver cambios funcionales. Si yo quisiera que un paciente dejara de estar preocupado, podría suministrarle benzodiazepina (Valium), diazepina, pero no sería muy bueno porque le haría sentir somnolencia; es mucho mejor ayudar a los pacientes a averiguar porque están preocupados y ayudarlos a cambiar su preocupación; y entonces haremos los cambios biológicos. Creo que esta es la manera en que varios neurocientíficos piensan que la investigación psicológica es una manera muy buena de sostener la biología.

En EE.UU. hay una investigación reciente en pánico, que muestra que darle medicación a pacientes con pánico arrojó peores resultados que tratamientos psicológicos solos.

Hay varios desórdenes en los que vemos una desventaja en la combinación de

tratamientos psicológicos y psicobiológicos. En el pasado era siempre posible decir “bueno, todos creemos que el tratamiento psicológico funciona”. Pero el tratamiento biológico también funciona y además es fácil de suministrar, entonces lo que hacemos es darle el mejor tratamiento farmacológico con un poco de psicoterapia y no importa, porque será bueno. Lo que nos muestran varios estudios es que no es una mala idea, pero en definitiva el mejor resultado se obtiene cuando se realiza un tratamiento psicológico sin administración de drogas, salvo en casos de emergencia. Ahora, esto es muy duro de aceptar para nuestros colegas. Nos dirán que no tenemos terapeutas bien entrenados. Mi respuesta en este caso es: si esto fuera un procedimiento quirúrgico y hubiera algún nuevo procedimiento que supusiera una gran diferencia para la vida de las personas ¿diríamos entonces que los cirujanos no pueden desarrollar este procedimiento? ¿Usaríamos un procedimiento inferior: o diríamos que es muy importante entrenar cirujanos para desarrollar esta técnica? Me parece muy importante entrenar gente para que hagan estas cosas. Un avance en Inglaterra (ciertamente) ha consistido en que el Colegio de Psiquiatras insiste en que los psiquiatras traten varios casos con terapia cognitiva en su entrenamiento, de tal manera que no pueden convertirse en psiquiatras sin haber recibido supervisión en terapia cognitiva. Y esto constituye el principio.

En los EE.UU. los terapeutas son reacios a abandonar sus consultorios, cuando es necesario ir a atender al paciente a su hogar o acompañarlo al mercado. Creo que deberíamos llevar nuestra psicoterapia adonde fuera necesario.

ALEJANDRA: *Muchas gracias.*

Nota Editorial:

Esta entrevista apareció publicada en la “Revista Argentina de Psicología Clínica” 1999, 8). Agradecemos el permiso para su publicación.