

Optimización del Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos de Ansiedad

Jesús A. Salas Psy.D., ACT

Center for Integrative Psychotherapy, Allentown, Pensilvania

Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, Filadelfia, Pensilvania

Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Filadelfia, Pensilvania

La terapia de cognitivo-conductual (TCC) es ampliamente reconocida como un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad. Específicamente, estudios meta-analíticos recientes indican la TCC es efectiva al compararla con los cambios observados en pacientes que no reciben tratamiento, que reciben placebos (en forma de píldora o de atención) y con pacientes tratados con otras psicoterapias no enfocadas en la ansiedad. Estos resultados se han encontrado de manera consistente tanto en estudios aleatorios controlados (i.e., estudios de eficacia) como en estudios realizados en las prácticas clínicas comunitarias (i.e., estudios de efectividad). Sin embargo, a pesar de avances de la TCC para los trastornos de ansiedad, la falta de respuesta al tratamiento en una proporción significativa de pacientes es algo relativamente común. Ello ha motivado la búsqueda de nuevas estrategias de intervención que reduzcan las respuestas parciales al tratamiento y las recaídas después de la terapia. Esta presentación se centra en varias estrategias que han sido investigadas como un medio para aumentar la eficacia de la TCC para los trastornos de ansiedad.

Limitaciones en la Efectividad de la TCC

Las limitaciones en la eficacia de la TCC se manifiestan de diversas formas: (a) Un número de pacientes decide no continuar con su tratamiento antes de finalizarlo; (b) otro grupo de pacientes finaliza su tratamiento pero no responden al tratamiento; (c) otro grupo responde a las intervenciones, pero continua luchando con síntomas residuales al finalizar el tratamiento o los cambios alcanzados no son clínicamente significativos, (d) otro grupo responde bien al tratamiento, pero los beneficios no les duran y los síntomas de ansiedad retornan con el paso del tiempo y con la exposición a adversidades, y (e) otro grupo responde bien al tratamiento, pero

los pacientes no son capaces de generalizar los logros a sus entornos naturales o situaciones de riesgo.

Causas de las Limitaciones en la Efectividad de la TCC

Un paciente con trastornos de ansiedad puede no responder óptimamente al tratamiento cognitivo conductual debido a una multitud de factores que pueden agruparse en tres categorías: (a) Factores relacionados con la competencia del terapeuta y la forma como se implementó el tratamiento (p. ej., intervenciones implementadas pobremente, *conceptualización de caso imprecisa, dosis bajas de tratamiento, creencias negativas sobre el valor y la utilidad de las intervenciones a utilizar, implementar selectivamente componentes CBT en lugar de entregar el protocolo de tratamiento completo*), (b) Factores relaciones con el paciente (p. ej. *comorbilidad, poca motivación y ambivalencia hacia cambiar, adherencia pobre a las actividades para la casa, problemas de atención o memoria, y baja participación en el tratamiento*) y (d) Factores relacionados con la relación terapéutica (p. ej., *pobre alianza terapéutica o ruptura en la alianza terapéutica durante el curso de la terapia*).

Algunas Premisas de la TCC Sobre los Trastornos de Ansiedad

(a) La TCC moderna no se centra tanto en la reducción de ansiedad como la meta principal de trabajo, sino en ayudar a los pacientes a corregir sus errores de percepción de peligro y a desarrollar habilidades de afrontamiento más funcionales para hacer frente tanto a la ansiedad como a los eventos adversos que las dispara. La reducción de la ansiedad es vista como un objetivo final (es decir, un resultado a largo plazo), y no como la clave que determina cómo hacer la terapia de exposición. El objetivo fundamental es facilitar el aprendizaje inhibitorio. Por ello es importante hacerle ver a los pacientes que es valioso aprender a tolerar la ansiedad durante los ensayos de exposición para lograr una reducción de la ansiedad a largo plazo.

(b) El cerebro genera representaciones paralelas de un mismo evento o situación, una de las cuales consiste de información consciente (conocimiento explícito) y otra de información no consciente (conocimiento implícito). Los recuerdos explícitos e implícitos se forman y se almacenan por separado en el cerebro. Así, los pacientes con trastornos de ansiedad representan simultáneamente los estímulos y las respuestas de amenaza en dos formas diferentes, una consciente y lógica y otra no consciente y asociativa. Este procesamiento doble de la

información ayuda de para explicar la discrepancia frecuentemente observada entre el grado de ansiedad medido a través de indicadores conductuales o fisiológicos y los auto-reportes de las experiencias subjetivas de ansiedad. También ayuda a explicar una experiencia común en pacientes ansiosos: *Intelectualmente sé que no debería sentir miedo ante esa situación, sin embargo, me angustia la idea de exponerme a ella.*

(c) La mejoría de pacientes ocurre a través de un proceso de aprendizaje, el cual es un proceso cognitivo ya que implica crear nuevas representaciones no amenazantes de los eventos y situaciones. Cambiar las representaciones de amenaza y el procesamiento de la información requiere de diferentes tipos de intervenciones. Así, un reto para el terapeuta es diseñar intervenciones cognitivo-conductuales que modifiquen tanto las representaciones explícitas como implícitas de un mismo estímulo.

(d) El modelo de doble representación y procesamiento de la información explica por qué las cogniciones cargadas afectivamente (i.e., esquemas, cogniciones calientes y estructuras de miedo) no responden mucho al análisis lógico y desapasionado de la evidencia empírica no confirmatoria. Alternativamente, para lograr cambios clínicamente significativos y duraderos se requiere del uso de intervenciones experienciales tales como formas de exposición (incluyendo experimentos conductuales, juegos de roles y ejercicios de atención plena).

(e) Hallazgos recientes en neurociencia sugieren que el aprendizaje ocurre principalmente cuando se produce un error de predicción. Es decir, cuando los resultados esperados en una situación no concuerdan con los resultados reales. Específicamente, cuando los resultados reales contiene información nueva que es incompatible con la vieja representación amenazante de la situación o evento.

(f) La exposición repetida a estímulos inductores de ansiedad sin el uso de comportamientos de seguridad conduce al aprendizaje correctivo y eventualmente a la reducción de ansiedad

(g) Los resultados de estudios meta-analíticos recientes sobre la eficacia separada de los distintos componentes de la TCC en el tratamiento de los trastornos de ansiedad indican que las intervenciones basadas en formas de exposición son responsable por la mayor parte de los efectos del tratamiento. Específicamente, el tamaño del efecto de la exposición sola es equivalente al tamaño del efecto cuando se combina la exposición con restructuración cognitiva. Estos resultados sugieren que la exposición parece ser el ingrediente activo más importante de la

TCC para los trastornos de ansiedad. Varios investigadores han señalado que la mejoría clínica resultante de intervenciones conductuales y cognitivas se debe a cambios cognitivos subyacentes a ambos tipos de intervenciones.

¿Cómo Funciona la Terapia de Exposición?

Varias teorías intentan explicar los mecanismos psicológicos a través de los cuales las intervenciones basadas en formas de exposición funcionan para reducir o eliminar los temores de los pacientes con trastornos de ansiedad. En esta presentación discutiré cuatro teorías sobre la exposición.

Teoría de la extinción. La extinción es que una forma de aprendizaje asociativo (i.e., condicionamiento clásico) en el que la exposición a un estímulo incondicionado (p.ej., un accidente de tránsito) causó inicialmente una respuesta de miedo (respuesta incondicionada). Los estímulos neutros (no aversivos) asociados al estímulo incondicionado adquieren la capacidad de generar la respuesta de miedo. A través del proceso de generalización de estímulo, la respuesta condicionada de ansiedad es activada por otros estímulos que fueron inicialmente neutros, como otros autos los que se convierten en estímulos condicionados. Se asume que las intervenciones basadas en la exposición debilitan o eliminan las respuestas condicionadas de temor a través de la exposición repetida a los estímulos condicionados en la ausencia de resultados aversivos (i.e., del estímulo incondicionado).

Teoría del procesamiento emocional de Foa, Kozak y colaboradores (TPE). La TPE asume que los temores condicionados se almacenan en la memoria como estructuras de miedo. De acuerdo a la TPE el tratamiento exitoso de los trastornos de ansiedad requiere: (a) la activación de la estructura de miedo del paciente a través de la exposición a los estímulos temidos, y (b) la inserción de información nueva en la estructura de miedo que sea incompatible con la representación original disfuncional y la reemplace o compita con ella. El mecanismo de cambio fundamental subyacente a la terapia de exposición es la corrección de la información errónea, proceso se denomina procesamiento emocional.

Teoría Cognitiva de Beck y colaboradores. Según teoría de Beck, la restructuración cognitiva es el principal mecanismo del cambio en la terapia para los trastornos de ansiedad. A través de la exposición repetida al estímulo condicionado, la persona ansiosa aprende que los resultados temidos no suceden, que la ansiedad no dura por siempre, que no escala indefinidamente o que no tiene consecuencias catastróficas. En otras palabras, la interpretación

original amenazante de un evento y de la respuesta ansiosa se transforma en una nueva visión menos amenazante o no amenazante. Así, la terapia de exposición proporciona una nueva experiencia de aprendizaje para que se genere una nueva evaluación de la situación previamente temida. Según Beck, Clark y sus colegas, el uso de exposición es útil porque proporciona una activación más profunda de los esquemas de amenaza y una mejor oportunidad para probar que los resultados temidos no ocurren.

Teoría del Aprendizaje Inhibitorio de Craske y colaboradores (TAI). Luego de revisar los resultados de numerosos estudios, Craske y colaboradores (2008, 2014) propusieron que, contrario a la suposición tradicional en TCC, los miedos condicionados no se debilitan o extinguen (i.e., desaparecen) a través de la terapia de exposición sino que permanecen intactos y compiten activamente con los recuerdos nuevos aprendidos durante la exposición. Basado en esa premisa, Craske y colaboradores asumen que la terapia de exposición trabaja principalmente a través de facilitar el *aprendizaje inhibitorio*. Así, en lugar de borrar un recuerdo temeroso (i.e., asociación EC – RC) durante la exposición, lo que sucede es que se forma una nueva "memoria de seguridad" que compite con e inhibe la memoria de miedo original. El nuevo aprendizaje es llamado *aprendizaje inhibitorio* y el aprendizaje original se llama *aprendizaje excitatorio*. El ganador de esa competencia de recuperación de recuerdos determina la cantidad de ansiedad el paciente siente en una situación dada.

Tres Tipos de Optimización

Podemos optimizar la TCC para los trastornos de ansiedad en tres formas complementarias: (1) Reduciendo la proporción de pacientes que terminan prematuramente su tratamiento; (2) Aumentando la proporción de pacientes que responden al tratamiento, y (3) Incrementando la magnitud de los cambios alcanzados por aquellos que responden (i.e., cambios que sean clínicamente significativos, más rápidos en términos del número y duración de las sesiones, más estables en el tiempo y más generalizables a eventos o situaciones de la vida real).

Estrategias Para Optimizar el Tratamiento

Existen un número de estrategias transdiagnósticas para optimizar el tratamiento de pacientes con trastornos de ansiedad. Por ejemplo, intervenciones que aumenten la participación de los pacientes en la terapia, intervenciones que mejoren la involucración de los pacientes en las

prácticas de exposición e intervenciones que ayuden a mejorar la estabilidad y generalización de los cambios alcanzados en el tratamiento. En el resto de la presentación me voy a enfocar principalmente en cómo mejorar la involucración del paciente y su aprendizaje inhibitorio durante las prácticas de exposición.

1. Maximizar la disonancia cognitiva del paciente. Como mencioné previamente, el aprendizaje que tiene lugar durante la exposición depende de la discrepancia entre las expectativas y las experiencias reales. Para mejorar el resultado terapéutico debemos diseñar exposiciones que aumenten la violación de las expectativas del paciente. El objetivo de dicha estrategia es modificar más profundamente las creencias distorsionadas sobre el peligro.

Implicaciones clínicas: El terapeuta le pregunta al paciente sobre sus expectativas específicas de peligro (i.e., que sucederá, cuándo sucederá, cómo se puede saber). Los pasos para llevar a cabo la exposición o el experimento conductual son: (a) Antes de llevar a cabo la exposición o el experimento conductual, pregúntele al paciente: *¿Qué es lo que más temes del suceso?*; (b) Después de que llevar a cabo la exposición o el experimento conductual, pídale al paciente que describa lo que sucedió; por último, (c) Pídale al paciente que le explique la diferencia entre el resultado esperado y el resultado obtenido o real, y lo que él o ella aprendió de esa incongruencia.

2. Evocar y desafiar las cogniciones calientes. Es bien sabido que, cuando los pacientes no se sienten ansiosos, la credibilidad en las amenazas percibidas puede ser mínima (p.ej., “*Sé que volar es muy seguro y muy probablemente nada va a pasar*”). Sin embargo, cuando los pacientes están expuestos o van a estar expuestos a la situación temida y su ansiedad es alta, la credibilidad en las creencias de amenaza aumenta significativamente. El desafío de cogniciones calientes tiende a producir una mayor disonancia cognitiva entre el resultado esperado y el resultado real que cuando se disputa lógicamente una idea irracional.

Implicaciones clínicas: Exponer a los pacientes a los estímulos temidos y una vez que se sienten ansiosos, les pedimos que permanecer en la situación (en la vida real o en imaginación) y que identifiquen su actividad cognitiva automática (pensamientos, imágenes), sus emociones y reacciones corporales (sensación sentida). Una vez que el paciente se emocione y reporte las cogniciones calientes, pídale hacer una predicción precisa de lo que va a resultar de la exposición

basada en sus sentimientos acerca de la situación. Luego de la exposición, se le pide que describa los resultados observables de haberse expuesto al estímulo temido.

3. Facilite las experiencias de aprendizaje implícito y explícito durante la exposición. Como mencioné anteriormente, la exposición opera a través de mecanismos implícitos y explícitos para producir alivio de los síntomas. La meta es diseñar diferentes experiencias que modifiquen ambos tipos de aprendizajes.

Implicaciones clínicas: (a) Dado que el aprendizaje explícito e implícito puede interferirse entre sí cuando ocurren simultáneamente, si el terapeuta está utilizando una intervención predominante implícita como la exposición, es preferible reducir las instrucciones y hablar lo mínimo necesario durante la exposición real. El objetivo es reducir la involucración cognitiva del paciente durante la exposición ya que ello puede competir por recursos de codificación (memorización). (b) Mientras más tiempo pasen los pacientes practicando las cogniciones y conductas funcionales, más robusto será el almacenamiento a largo plazo del aprendizaje explícito e implícito.

4. Haga una exposición estratégica a los estímulos temidos. Con frecuencia los eventos traumáticos pueden ser muy complejos en cuanto al número y tipo de estímulos condicionados amenazantes involucrados. Terapia de exposición funciona más eficientemente si el terapeuta no trata de extinguir la totalidad de un acto complejo a la vez. De acuerdo a Rescorla (2000, 2006), un investigador en el área de aprendizaje, la exposición funciona mejor cuando se lleva a cabo en dos fases: Primero, descomponer el evento complejo en disparadores específicos, luego extinguir por separado las respuesta de miedo condicionado a cada una de las múltiples señales (internas o externas). Segundo, hacer exposición a combinaciones de diferentes señales condicionadas de peligro o a un apareamiento de señales extinguidas previamente con un estímulo condicionado nuevo.

Implicaciones clínicas: Por ejemplo, si se está tratando un caso de trastorno de pánico se puede llevar a cabo la exposición interoceptiva para flashes de calor primero hasta extinguir el miedo a sentir el calor en la cara. Luego puede tratarse el miedo a ahogarse y se hace exposición centrada en esa amenaza percibida hasta se extinga (i.e., se logre un aprendizaje inhibitorio fuerte). Luego pueden tratarse los mareos hasta que las sensaciones de inestabilidad no se

perciban como peligrosas el miedo desaparezca. Una vez que cada uno de esos miedos se apagan, se puede diseñar una intervención que combina la exposición de todos tres señales tales como hiperventilación, que eventualmente puede ser practicado en ambientes naturales. Es importante que todos los estímulos predigan el mismo resultado catastrófico (p. ej., morirse, volverse loco, perder el control y hacer algo humillante).

5. Manejar y eventualmente eliminar las señales y conductas de seguridad. Sin saberlo, los pacientes mantienen y empeoran sus trastornos de ansiedad es a través del uso de conductas y señales de seguridad. Ellas actúan como muletas que dan alivio de la ansiedad a corto plazo o evitan la activación emocional, pero cuando ya no están presentes, la ansiedad reaparece. El uso de señales o conductas de seguridad durante la exposición disminuyen su eficacia.

Específicamente, ellas: (a) interfieren con el desarrollo de una disonancia cognitiva ya que los pacientes falsamente creen que están impidiendo que el resultado temido mediante la evitación o el uso de rituales, conductas y objetos de seguridad; (b) evitan que el paciente que perciba la información que podría disputar su predicción amenazante; (c) dificultan que el paciente aprenda a percibir el evento o situación original como menos amenazante o no amenazante; (d) dificultan que la aceptación de la incertidumbre y tolerancia de la angustia como algo normal y útil; y (e) no estimula el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento más adaptativas. Sin embargo, es práctica común en el tratamiento de individuos con trastornos de ansiedad que el terapeuta sugiera al paciente el uso de algunas estrategias de control de la ansiedad como un medio de ayudarlos a tolerar el temor disparado por la exposición a eventos o situaciones difíciles. Se recomienda que el terapeuta haga una eliminación gradual de los comportamientos y señales de seguridad para evitar que el paciente se sienta abrumado y abandone el tratamiento. Sin embargo, si usted tiene un paciente dispuesto, inmediatamente eliminación de comportamientos y señales de seguridad se prefiere.

6. Alentar a los pacientes afrontar sus peores miedos. Con la meta de maximizar el reto de las creencias catastróficas es útil ayudar a los pacientes identificar y enfrentar la amenaza más temida. Al hacer exposiciones a la amenaza última es más probable que los beneficios de la exposición sean más generalizados y reduzcan muchos de los temores a situaciones específicas sin la necesidad de hacer exposición directa a cada uno de ellas. Incluso cuando los disparadores en la parte superior de las jerarquías de la exposición puedan ser muy difíciles, es necesario

ayudar al paciente a enfrentar sus peores miedos. Estudios recientes han encontrado que aquellos terapeutas cognitivos-conductuales tienen ideas negativas acerca del uso de exposición tienden a administrar el tratamiento de forma excesivamente cautelosa (p.ej., creando jerarquías de exposición menos ambiciosas, seleccionando tareas de exposición que no provocan mucha ansiedad, tratando de reducir la ansiedad del cliente durante la exposición).

Implicaciones clínicas: Con esta meta de ayudar a los pacientes a afrontar sus mayores miedos, los terapeutas pueden diseñar prácticas de exposición intensas que promuevan tanto una falsificación clara de las creencias irracionales amenazantes como la consolidación del aprendizaje inhibitorio (i.e., nuevas creencias, respuestas condicionadas, habilidades) para facilitar una recuperación completa. Algo esencial para que el paciente tenga la motivación de exponerse a los estímulos más temidos de su jerarquía es asegurarse que ellos comprenden y están de acuerdo con la importancia de hacer ese tipo de exposición. Si el paciente no está dispuesto a hacer las exposiciones, el terapeuta puede (a) revisar de nuevo con el paciente las razones para hacerlo y (b) hacer un análisis de ventajas y desventajas de hacer frente a no a dichos estímulos y reducir su ansiedad. Este análisis se hace en términos el costo de vida que conlleva quedarse con el nivel de ansiedad que siente en ese momento y de los obstáculos que el trastorno de ansiedad representa para lograr sus objetivos de vida. También podemos recordarles de los avances que ya han logrado en terapia y cómo lograron esos cambios (es decir, haciendo la exposición). Al no hacer exposiciones a los miedos principales de la jerarquía de exposición, el terapeuta hace más probable la posibilidad de una recaída.

7. Proporcionar la cantidad correcta de reaseguramiento. Ofrecer cierta cantidad de reaseguramiento a través de la educación de paciente acerca de su trastorno(s) de ansiedad, la naturaleza del tratamiento y sobre los resultados probables previamente a la exposición es necesario para ayudar a la persona a estar dispuestos a hacer la exposición. Sin embargo, no es recomendable ofrecer una cantidad excesiva de reaseguramiento que calme demasiado al paciente. Cuando el terapeuta reasegura excesivamente al paciente en que las consecuencias temidas no ocurrirán, sin quererlo impide que el paciente genere las predicciones catastróficas y no habiendo expectativas que desafiar, tampoco habrá aprendizaje.

Implicaciones clínicas: Cuando el paciente le pide reaseguramiento al terapeuta, éste debe determinar si la información que él o ella se le está solicitando es excesiva y perjudicial o

razonable y útil. Proporcionar cierto grado de reaseguramiento es particularmente útil al principio del tratamiento cuando los pacientes pueden beneficiarse de información correctiva sobre el proceso de tratamiento y resultados probables. Por ejemplo, un terapeuta puede preguntarle a un paciente con trastorno de pánico: *Si su riesgo de tener un ataque al corazón es tan alto, ¿por qué cree que su cardiólogo le sugirió consultar conmigo que soy un psicólogo? Los ejercicios de exposición que le describí previamente probablemente desencadenarán su miedo a de tener un ataque al corazón, pero no producirán un ataque al corazón real.*

8. Observar y manipular el foco de atención del paciente durante la exposición. Foco de atención es la puerta de la información entrante que está procesando el paciente antes, durante y después de la exposición. Durante la exposición, el terapeuta puede guiar el foco de atención del paciente hacia distintos aspectos de la situación de exposición dependiendo del objetivo del ejercicio.

Implicaciones clínicas: Cuando el objetivo es aumentar la conciencia del paciente, se le puede pedir que centre su atención en (a) la situación temida o estímulo; (b) la interpretación automática (i.e., pensamientos e imágenes) antes, durante, después de la exposición; (c) la respuesta emocional y fisiológica de ansiedad; (d) sus intentos de afrontamiento; y (e) las consecuencias emocionales a corto y a largo plazo de comportamientos de afrontamiento. Cuando la meta es desafiar las expectativas catastróficas y generar una disonancia cognitiva (i.e., error de predicción), se le pide al paciente que durante la exposición centre su atención en el estímulo condicionado en el que basa dichas expectativas y luego de la exposición, la atención se enfoca en los resultados reales. Como mencioné previamente, el objetivo de este segundo tipo de foco de atención es que el paciente aprenda que un evento o situación temida no es un predictor válido de las consecuencias catastróficas que estaba esperando.

9. Hacer énfasis en el aprendizaje de nuevas creencias y habilidades funcionales con el objetivo de facilitar el aprendizaje inhibitorio. Para lograr una mejoría clínicamente significativa, estable y generalizada, no es suficiente que el paciente reduzca sus respuestas condicionadas de ansiedad, sus hábitos de afrontamiento y creencias disfuncionales. También es necesario crear nuevas representaciones esquemáticas, comportamientos y condicionamientos funcionales alternativos. Esta perspectiva implica trabajar junto con el paciente para ayudarle a desarrollar una visión de nueva de cómo quiere pensar, sentir y actuar en las situaciones temidas.

Saber lo que no queremos experimentar no es igual a saber lo que queremos lograr. De igual modo, hablar de los cambios que se quieren alcanzar no es suficiente para lograrlos. Para ello es importante orientar al paciente a participar activamente en su tratamiento.

Implicaciones clínicas: (a) Es esencial que el paciente practique repetidamente en diferentes contextos los nuevos conocimientos, conductas y destrezas de la misma que se ensayan en la formación deportiva. El objetivo de la práctica repetida de intervenciones conductuales y experienciales es aumentar la accesibilidad de los conocimientos y destrezas nuevas (i.e., que adquieran mayor fuerza inhibitoria); (b) El resultado de la competencia entre las representaciones de amenaza y las de seguridad asociados al estímulo condicionado durante y después del tratamiento depende de la fuerza aprendizaje inhibitorio a través de tiempo y contextos, en lugar de la reducción del miedo durante las prácticas de exposición. Por ello, para obtener un indicador más confiable del grado de cambio logrado por paciente, es preferible medir el progreso alcanzado en la próxima sesión. La prueba más importante de la eficacia del tratamiento se obtiene en las evaluaciones de seguimiento cuando la fuerza de aprendizaje inhibitorio determinará cuál de las dos representaciones termina predominando.

10. Solicitar comentarios sobre la experiencia (durante las sesiones y fuera de sesiones). Los terapeutas pueden maximizar la potencia de sus intervenciones al obtener retroalimentación del paciente sobre su experiencia y aprendizaje terapéutico. La meta es utilizar esa información para ajustar su formulación del caso y las intervenciones utilizadas.

Implicaciones clínicas. Preste mucha atención a la experiencia del paciente en cada práctica de exposición y clarifique lo que le parezca importante. Pida retroalimentación frecuentemente. El terapeuta puede pedir retroalimentación durante la sesión, al final de la sesión y al principio de la sesión siguiente. Las preguntas varían de acuerdo a lo que estamos tratando de clarificar o lograr. Por ejemplo, las siguientes preguntas pueden ayudar al paciente a ver las consecuencias de lo sucedido (p. ej., *¿Qué espera aprender hoy? ¿Qué aprendió? ¿Qué espera que suceda al exponerse al estímulo temido durante la exposición? ¿Qué sucedió en realidad? ¿Por qué diferencia? ¿Qué le resultó útil? ¿Hubo algo que considera contraproducente o inútil?*).

Resumen

En resumen, en esta presentación discutí de una serie de procedimientos que pueden utilizarse para mejorar la eficacia de la TCC para los trastornos de ansiedad. Estos procedimientos transdiagnósticos se basan en estudios clínicos y experimentales acerca del procesamiento de la información, aprender, recordar y cambiar las respuestas de ansiedad disfuncional. Presenté algunos factores relacionados con la implementación de intervenciones basadas en la exposición con la meta de facilitar y maximizar cambios en las representaciones implícitas y explícitas, la adquisición de nuevas habilidades y el aprendizaje inhibitorio. Todavía se necesita mucha investigación para aclarar más aún las condiciones óptimas para mejorar memoria inhibitoria y cómo aplicar ese conocimiento en la práctica clínica. Los terapeutas cognitivo-conductuales nos hemos caracterizados por nuestro compromiso con basar de nuestros tratamientos en la integración de los avances teóricos y de investigación con los datos clínicos en lugar de simplemente utilizar intervenciones basadas en nuestras preferencias personales o hábitos. Espero que esta presentación haya ampliado su enfoque para tratar casos con trastornos de ansiedad.