

## **EXPOSICION FORZADA, CONTROL RESPIRATORIO Y MANEJO DE RESPUESTAS AGRESIVAS EN EL TRATAMIENTO DE UN CASO DE TANATOFOBIA REACTIVA A ESTRES POSTRAUMATICO**

**M. Dolores Avia**

Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

### **RESUMEN**

*Se presenta un caso de tanatofobia y ansiedad generalizada con fuertes signos de hiperventilación, todo ello reactivo a un suceso muy traumático (observación de la muerte repentina de un familiar, y de la posterior descomposición del cadáver por diversas circunstancias). El caso se considera producto de un condicionamiento de un sólo intento en el que la aversividad de la situación, la asociación a ella de diversos estímulos condicionados "preparados", y la existencia de una variable orgánica importante (gestación incipiente en la paciente) determinaron una reacción emocional muy intensa hacia la muerte y las enfermedades, con generalización secundaria progresiva a cualquier situación que produjera signos corporales alarmantes, reduciendo casi por completo el repertorio de conductas normales (salir de casa, cuidar de los hijos y la casa). El tratamiento consistió en exposición abrupta a la situación aversiva en imaginación (tres sesiones), reatribución de los signos corporales como debidos a hiperventilación y entrenamiento en respiración (cuatro sesiones) y manejo de las respuestas de ira y agresión asociadas a la experiencia, que se trabajan como respuestas incompatibles con la ansiedad ( dos sesiones). Se analiza también el papel que pudieron cumplir factores "inespecíficos", manejados voluntariamente durante la terapia, en la eliminación rápida y duradera, en un tiempo muy breve, de todos los problemas de la paciente, que habían tenido una duración de seis años.*

## SUMMARY

*A case of thanatophobia and generalised anxiety, with strong hyperventilation signs, is presented, being all symptoms reactive to a very traumatic event (observation of the sudden death of a relative, and the subsequent decay of the corpse due to several circumstances). The case is considered result of one-trial conditioning, in which the situation aversiveness, the fact of having several prepared CS been associated to it, and the presence of one important organismic variable (patient's early pregnancy) determined an intense emotional reaction to death and illness with secondary generalization to any situation in which unknown and potentially dangerous body signs were elicited. This in turn generated an almost complete reduction in the repertoire of adaptive behaviors ( going out, taking care of the house and the children). Treatment consisted in abrupt imaginal exposure to the aversive situation (3 sessions), reattribution of abnormal body signs as due to hyperventilation, together with breathing control (4 sessions) an anger management (92 sessions). The role that "non-specific factors", supposedly used during therapy, played in the rapid and succesful managements of this case, which had lasted six years, were also analyzed.*

## INTRODUCCION Y DESCRIPCION DEL CASO

En mi comunicación pretendo, a partir de un caso clínico tratado con éxito en un número muy corto de sesiones, ilustrar algunos problemas presentes en la teoría y en la terapia de los trastornos de ansiedad.

El caso se categoriza como una *tanatofobia reactiva a un suceso muy traumático*, que correspondería, por tanto, a la clasificación de la DSM-III de *trastorno por estrés postraumático*, en la subdivisión de *crónico o retardado*, ya que su duración fue muy superior a los 6 meses, que corresponden al subtipo agudo.

La paciente es una mujer de 28 años, casada, con dos niños de 8 y 5 años, de un nivel educativo bajo y muy poco colaboradora en la 1ª entrevista. El motivo de consulta es la gran alteración emocional que padece desde hace 6 años, en que presenció la muerte por infarto de un tío de su marido que contaba 31 años, y por las especiales circunstancias que rodearon el fallecimiento, de las que le cuesta gran trabajo hablar. En el momento del suceso se encontraba embarazada de un mes de su segundo hijo, y durante todo el embarazo tuvo la preocupación de que, a causa del impacto sufrido, el niño naciera mal. Al nacer la niña sana, se le agudizaron los problemas (decaimiento, miedo a quedarse sola en casa, miedo a meterse en la cama por la noche por si muere), que se incrementan aún más al año y medio, en que muere su padre de cáncer. En el momento en que solicita ayuda presenta fuertes *sensaciones físicas* como mareo constante, gran cansancio, dolo-

res de estómago y digestiones difíciles, taquicardia, temblores en las manos, adormecimiento de los miembros, a veces con inmovilidad total, insomnio y sueño alterado, tomando Orfidal dos veces por día desde el inicio del suceso. *Subjetivamente siente un gran temor al infarto o a un cáncer incurable, y a quedarse postrada y enferma, y tiene a lo largo del día y durante el sueño imágenes y pensamientos frecuentes sobre la muerte. Las repercusiones conductuales de todo ello son la evitación de las salidas de casa, y en raras ocasiones en que sale, el escape (se pone muy mal y se vuelve, a veces dejando a los niños solos en la calle), dificultad grande en estar sola en casa y la visita frecuente a médicos a que le practiquen pruebas, que siempre ofrecen resultados negativos que ella no cree. Ha reducido también el trabajo en la casa, y su madre la ayuda y le hace generalmente la compra. Le preocupa también la salud de sus hijos, y señala como objetivo conductual importante poder dejar de tomar Orfidal, objetivo que ha intentado varias veces sin éxito. Tanto ella como el marido, presente en la 1ª entrevista, son muy poco colaboradores en ofrecer información relevante, y rehusan rellenar unos cuestionarios de evaluación (motivo por el que no se ofrecen datos cuantitativos).*

## PLANTEAMIENTO Y REALIZACION DEL TRATAMIENTO

Se considera un caso poco favorable al tratamiento, y en función de ello se decide insistir bastante en la explicación del problema y en elaborarle un plan muy concreto y detallado que debe seguir estrictamente y que se considera poco probable que cumpla. La explicación insiste en el aspecto más físico del trastorno, y trata de resaltar que le pasa algo "real" y biológico, ya que tiene una fuerte creencia en que lo suyo es una enfermedad física, y, a pesar de acudir a un psicólogo, rechaza la explicación que le dan sus familiares de que es "todo nervioso". Al mismo tiempo, se pretende con ello aprovechar el modelo médico en la relación terapéutica, ya que es el único que parece aceptar. Así, se le informa de que, como reacción normal a una situación muy traumática, se le produjeron una serie de reacciones de temor acompañadas de signos corporales intensos que ha cronificado mediante una forma anómala de respiración (hiperventilación), que elimina cantidades excesivas de CO<sub>2</sub>, lo que le produce sensaciones parecidas a la intoxicación o a la subida a grandes altitudes. Se le explica también que esa hipocarbica acelera la transmisión sináptica y produce irritabilidad e hiperreacción a estímulos normales, así como taquicardia, dolor en el pecho, temblores y calambres. Asimismo, la visión anómala de la que también se queja, está producida por la vasoconstricción cerebral, consecuencia de la falta de CO<sub>2</sub>. Por ese motivo, desde la sesión primera, se le prescribe la realización de tres ejercicios respiratorios durante 15 min. 2 veces al día, que se le enseñan al final de la misma, recalcando la importancia de seleccionar bien los antecedentes en que se realizan (lugar, hora).

Se hace a la vez la hipótesis de que las ideas obsesivas y la fuerza de las reacciones corporales se mantienen porque todo lo relacionado con el hecho traumático se ha convertido en un complejo de estímulos sobre el cual evita pensar y del que no habla. La paciente no ha hablado de la experiencia con nadie, ni habla nunca del muerto con su marido, evitando ambos cuidadosamente mencionar ningún suceso en los que aquél estuviera presente. Por tanto, se planifica una exposición paulatina, pero exhaustiva, a todo ello, como meta inmediata de las siguientes sesiones, adecuada al ritmo de la paciente.

La paciente cumple escrupulosamente los ejercicios respiratorios, desapareciendo de inmediato mareos y el entumecimiento, pero señala gran nerviosismo por la anticipación de la próxima muerte de un familiar, por lo cual se comienza en la sesión 2ª la exposición detallada de la experiencia traumática. En ella se confirman evitaciones adicionales que toman la forma de ritos, tales como tratar de no pensar en ello estando los niños delante, no sentarse en lugares donde lo ha pensado, retirar todas las fotos del fallecido, no llamarle por su nombre nunca, no ir a lugares que se lo recuerden, como hospitales (excepto cuando tiene que hacerse alguna prueba), cementerios o visitas a enfermos.

Se le pide que trate de recordar en gran detalle la secuencia de sucesos desde que empezó hasta el final, recordándole la importancia de cualquier sensación o circunstancia que recuerde y que le impresionara. Durante algo más de una hora relata cómo, cuándo y dónde se encontraba cuando la mujer del fallecido, que vivía en el piso de al lado, pasa a llamarla para que se quede un momento en su casa, mientras ella busca un médico por encontrarse él mal al levantarse; cómo al rato de estar allí, observa en él convulsiones, expresión muy alterada, ojos revueltos, y se da cuenta de que está próximo a morir, lo que ocurre en menos de 20 min. estando aún ella sola; cómo se desmaya la mujer al volver de la calle y asume ella misma toda la responsabilidad en la situación; cómo le amortaja y cuánto le impresionan los miembros fríos y el resto, especialmente el pecho, todavía caliente; y cómo, por producirse el fallecimiento en un largo puente del mes de Julio, tardan varios días en enterrarle, asumiendo ella siempre el papel principal. Especialmente difíciles son los momentos en que relata cómo, mientras siente las náuseas de su incipiente embarazo, le empiezan unas dudas obsesivas sobre cómo puede producirse la descomposición y la muerte en tan pocos minutos; cómo se produce pronto un olor fétido, que asocia a un spray que alguien echa y que no ha podido volver a oler, evitando también cualquier colonia que se lo recuerde; y, especialmente, cómo al llegar, finalmente, los empleados de la funeraria y abrir la caja, encuentran el cadáver en un estado de descomposición muy avanzado y cómo les salpican los jugos a la cara y a la pared, desmayándose incluso uno de ellos, y teniendo que limpiar todo ella, ayudada por otras personas.

Al terminar la sesión, la paciente manifiesta su temor de que le vengan ahora más los pensamientos, especialmente cuando está en presencia de sus hijos o

cuando les besa al llevarlos a dormir, así como el temor de que la pidan que vea el cadáver de su padre al cambiarle próximamente del nicho en que está enterrado. Se termina la sesión con un nuevo ejercicio respiratorio, pidiéndole que para la próxima traiga una foto del fallecido.

En las dos sesiones siguientes, la paciente evita enfrentarse de nuevo a la experiencia en imaginación, aunque continúa realizando los ejercicios respiratorios. No acude a la primera, y en un contacto telefónico se queja de grandes dolores torácicos, que se le reinterpretan muy positivamente, como “guerra de tirones” por la expansión de la caja torácica debido a la práctica respiratoria. A la sesión posterior acude, pero sin la foto, por lo cual se le explica la fuerte tendencia a la evitación que se suele producir en estos casos, y se dedica todo el tiempo de consulta a practicar relajación, respiración abdominal y a examinar las sensaciones corporales presentes. (Es importante el gran alivio que le produce reatribuir el dolor en el hombro y los brazos, los dos signos en que se basa cuando más teme al infarto, a la fuerte tensión muscular que experimenta.)

Se produce, a partir de este momento, una importante reducción en los signos físicos, como desaparición del temblor en las manos y del dolor en el hombro, y menor excitación al tratar con los niños, al tiempo que atribuye las fuertes agujetas que siente en la zona abdominal, que casi le impiden sentarse, al efecto del nuevo ejercicio respiratorio. Tras una breve sesión de relajación se inicia la segunda sesión de exposición en presencia de la foto del fallecido, (es de resaltar el enorme parecido físico que tenía con su propio marido, del que parece gemelo, aunque ella nunca ha sentido temor a la muerte del marido) con el que inicia una “conversación” que da lugar a fuertes emociones encontradas: *desconcierto ante la muerte* (“estás en la nada, ¿cómo puede ser?”), *la pérdida* que ha supuesto para ellos su desaparición (único socio de su marido en el trabajo, padrino de boda y de su primer hijo, amigo íntimo con el que hacían habitualmente vida social- la paciente relata que nunca había expresado estas pérdidas y nunca pudo llorar su muerte), y muy especialmente *ira y gran rencor* ante la viuda (se rehizo pronto, mientras ella, seis años después, se encuentra totalmente alterada), junto con *desencanto ante la amistad* (la consideraba su mejor amiga y ahora no se hablan, a pesar de verse todos los días, por problemas en la herencia del negocio) y *celos* (“ella querrá que me vaya mal con mi marido para quedarse con él, como es tan parecido al suyo”).

De nuevo, tras esta sesión, la paciente falta a la próxima cita, aunque acude a la siguiente indicando grandes logros conductuales (quedarse sola en casa, salir de compras y a tomar café, salir con la familia el domingo, mirar a la cara a la viuda sin evitarla, y reducir a la mitad el Orfidal). Acude, por indicación terapéutica, con la madre y el marido ante los cuales habla, aunque con reticencias, de la experiencia traumática. Se realizan y revisan los ejercicios respiratorios y de relajación y se planifican las actividades de autoexposición para los días siguientes (Ver fotos del muerto, hablar con el marido de lo que pasó, programar salidas y actividades.)

**Presentación esquemática de la conceptualización, tratamiento y posibles factores terapéuticos del caso (Tanatofobia por estrés postraumático)**

Conceptualización	Condicionamiento de un solo intento ante EE preparados y en condiciones de vulnerabilidad (gestación)
Duración del problema	Seis años
Duración tratamiento	Nueve sesiones de 1 h. 45 min. (duración media)
Ingredientes hipotéticos del tratamiento	<p data-bbox="487 849 977 898">Exposición en imaginación a la experiencia traumática (<i>rehearsal relief</i>)</p> <div data-bbox="484 898 985 1025"> <pre> graph TD     A[Exposición en imaginación a la experiencia traumática (rehearsal relief)] --&gt; B[Práctica en exposición]     A --&gt; C[Duelo supervisado]     A --&gt; D[Competencia exposición] </pre> </div> <p data-bbox="487 1075 990 1125">Exposición in vivo a EE externos (fotos, cementerios) e internos (sensaciones corporales anómalas)</p> <p data-bbox="487 1179 1002 1229">Entrenamiento en respuestas incompatibles con la ansiedad</p> <div data-bbox="484 1229 884 1334"> <pre> graph TD     E[Entrenamiento en respuestas incompatibles con la ansiedad] --&gt; F[Respiración]     E --&gt; G[Relajación] </pre> </div> <p data-bbox="487 1384 1002 1433">Explicación del problema y del tratamiento (factor educativo reatribución)</p> <p data-bbox="487 1483 977 1533">Potenciación de la adhesión al tratamiento (uso provisional de un modelo quasi-médico)</p>

Para la sesión VI, la paciente informa de llevar 15 días seguidos sin obsesiones sobre la muerte, tomar la medicación en días alternos, haber adquirido una facilidad para identificar la tensión muscular y soltarla, haberse "acostumbrado" a múltiples sensaciones corporales molestas debidos a los ejercicios (agujetas), y, sobre todo, haber acudido a iniciativa propia a visitar la tumba sin tomar el ansiolítico, y haber permanecido allí largo rato mirando la foto que, dice, "ya no le mira desde cualquier sitio, como antes", volviendo a poner, al volver a casa, las fotos de él que había retirado. (Las visitas al cementerio se repiten en dos ocasiones más, con motivo de asistir, por primera vez en todo este tiempo, a un entierro, ocasión que aprovecha también para visitar la tumba de su padre, a la que no había ido nunca.)

Las tres sesiones siguientes se dedican a trabajar en más detalle la respiración y relajación (reaparecen algunas molestias al dejar de practicar en casa ocasionalmente, fundamentalmente porque algunos ejercicios la hiperventilan, y se busca la secuencia de forma que termine siempre con los ejercicios que más la relajan) y, sobre todo, a facilitar la expresión adecuada de la gran agresión que se le ha ido acumulando hacia la viuda, al darse cuenta, a través de la terapia, de lo que ha influido lo ocurrido en su vida de estos años. En dos sesiones se realiza *rol playing*, que acaba siendo una dramatización de un duro enfrentamiento entre ellas en el que ella expresa su rencor y acaba como triunfadora. Se refuerza también, y se repasa con gran detalle, la importancia de su tarea actual al haber recuperado la actividad y dedicarse con entusiasmo a su familia, informando del cambio en las relaciones íntimas con su marido, y en haber vuelto a experimentar alegría. Para entonces está haciendo prácticamente vida normal y planificando la próxima comunión de su hijo, que le exige mucha actividad.

En total, se llevan a cabo nueve sesiones de tratamiento, de las cuales una es la sesión de evaluación, dos se dedican a exposición imaginada, y el resto incluye instrucciones para la práctica en autoexposición in vivo y para la prevención de respuestas, junto con ejercicios para el manejo de las sensaciones corporales (ansiedad y rabia). Los seguimientos realizados al mes y a los tres meses señalan el mantenimiento de todos los logros, incluida la ausencia de mediación, que sólo toma, por indicación terapéutica, muy ocasionalmente y siempre antes de realizar algo considerado durante el tratamiento como muy difícil (por ej., ir a una discoteca). Un seguimiento a los cinco años confirma la eliminación completa del trastorno y el mantenimiento de los logros terapéuticos.

## DISCUSION

El caso plantea algunas cuestiones de interés, teórico y aplicado, para la terapia de conducta de los trastornos de ansiedad. En primer lugar, ilustra el proceso de

aparición de fuertes reacciones fóbicas a partir de un único ensayo de condicionamiento, cuando los estímulos condicionados están "preparados" y existen variables organísmicas de vulnerabilidad. En efecto, la experiencia traumática que vivió la paciente puede considerarse como un complejo de EI aversivos (pérdida de un ser querido, descomposición, olor fétido, observación de la muerte violenta e inesperada y los signos que la preceden), a los que han quedado asociados otros estímulos, tanto externos como especialmente internos, que, aunque de aversividad menor, difícilmente pueden llamarse neutros (olores, hospitales, cementerios, molestias y enfermedades leves, signos físicos de ansiedad), muchos de los cuales -los internos- se encontraban presentes en parte por la condición de gestante de la paciente, especialmente vulnerable. El incremento en las sensaciones corporales estuvo mediado por la anómala pauta respiratoria, y la no extinción de las reacciones emocionales a lo largo del tiempo se explica por la evitación completa de toda experiencia, las frecuentes visitas al médico por enfermedad suya o de sus hijos, que refuerzan negativamente el temor a la enfermedad, y el escape de todas las situaciones que le producen hiperventilación, como salir de casa, hacer tareas domésticas, etc. La interpretación que hace la paciente de su problema, especialmente la expectativa, mantenida ocho meses, de haber producido daños al bebé, y la semejanza que encuentra entre sus síntomas y los que llevaron a la muerte a su familiar, son factores cognitivos cruciales para el análisis del problema y la planificación del tratamiento.

En segundo lugar, ¿qué técnicas y procesos parecen explicar la rápida y permanente reducción de un problema que despertó inicialmente expectativas de cambio poco favorables?

Un enfoque parecido a éste se ha utilizado con éxito en el tratamiento de las pesadillas persistente, muchas de las cuales incluyen experiencias con personas fallecidas. Geer y Silverman (1967) combinaron relajación con la práctica repetida de los sueños traumáticos en estado de vigilia, y Marks (1978) aplicó la repetición detallada de un sueño, al que se daba un final feliz, en el tratamiento de un problema de 14 años de duración. El éxito de este procedimiento, denominado por el último autor "*rehearsal relief*" lo explica posteriormente (Marks, 1981) por tres ingredientes: En primer lugar, por la propia *exposición ante los EE temidos*, de probados efectos en los trastornos fóbicos y obsesivos; en segundo lugar, por el "*duelo supervisado*" de la persona muerta, proceso que, debido a la reacción emocional misma, no se había realizado en el presente caso, con las consecuencias consiguientes; finalmente, el final triunfante del sueño del paciente de Marks, y la dramatización de éxito en la contienda con la viuda, en el caso presente, incluyen la *experiencia de dominio (mastery)* ante toda una situación que se había tenido que evitar por inabordable.

Junto con este "alivio por la práctica", llamado abreacción en otros sistemas, la paciente adquirió un *repertorio de respuestas incompatibles con la ansiedad* que

sirvieron, a la vez, para *exponerla a las mismas sensaciones que temía*.

Con todo, dos elementos más han sido, posiblemente, especialmente útiles en este caso. El primero es el *aspecto "educativo"* del tratamiento, que permitió corregir la atribución de la paciente y ofrecerle una alternativa creíble de sus problemas. El segundo es el *lenguaje*, deliberadamente técnico y en remedo de la jerga médica, que se utilizó en la presentación de la estrategia a seguir y en las primeras sesiones, lo que acercaba la relación terapéutica al modelo que la paciente estaba dispuesta a aceptar, y en el que creía (1). Estos dos últimos factores llaman la atención hacia aspectos que se han considerado secundarios en el tratamiento, y han sido incluso llamados placebo. Frente a esta consideración, ofrecer al paciente una explicación creíble, razonada y convincente de su problema y de la estrategia para cambiarlo, me parecen fundamentales para la terapia de conducta. Los tratamientos por exposición son eficaces, pero duros, y requieren de la colaboración del paciente. En su evaluación, más que sus fracasos, que son pocos, hay que atender a los abandonos o a los rechazos a aceptarlos. Una adecuada explicación, adaptada siempre al nivel cultural del paciente, puede ser un modo eficaz de incrementar sus logros y extender su aplicación.

## BIBLIOGRAFIA

- GEER, J.H. y SILVERMAN, I. (1967): Treatment of a recurrent nightmare by behaviour modification procedures. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 188-190.
- MARKS, I. (1978): Behavioural psychotherapy of adult neurosis. En S. Garfield y A.E. Bergin (Eds): *Handbook of Psychotherapy and behavior modification* (2ª. Ed) Chichester, J. Wiley, pp. 493-547.
- MARKS, I. (1981): *Cure and care of neuroses*. N. York, Wiley, 1981.

---

(1) Es importante precisar que este tipo de relación se modificó en el curso de las sesiones siguientes, una vez que se habían conseguido los objetivos iniciales.