

El rol de las conductas de búsqueda de seguridad en los Trastornos de Ansiedad.

Rodriguez Biglieri, R., Colombo, M.C., Azrilevich, P., Rinaldi, F., Aiello Rocha, V. & Vetere, G. (2011). El rol de las conductas de búsqueda de seguridad en los Trastornos de Ansiedad.

Cita:

Rodriguez Biglieri, R., Colombo, M.C., Azrilevich, P., Rinaldi, F., Aiello Rocha, V. & Vetere, G. (2011). El rol de las conductas de búsqueda de seguridad en los Trastornos de Ansiedad. (Septiembre, 2011). *El rol de las conductas de búsqueda de seguridad en los Trastornos de Ansiedad. II CONGRESO DE PSICOLOGIA DEL TUCUMAN. NACIONAL E INTERNACIONAL. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional del Tucumán, San Miguel de Tucumán..*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/vanesa.aiello.rocha/2>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p5ds/tHd>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

El rol de las conductas de búsqueda de seguridad en los Trastornos de Ansiedad

Autores:

Mg. Ricardo Rodríguez Biglieri¹

Lic. María Cecilia Colombo²

Lic. Paula Azrilevich²

Lic. Federico Bruno Rinaldi³

Lic. Vanesa Aiello Rocha¹

Lic. Giselle Vetere¹

Institución: ¹Facultad de Psicología, UBA. ² Hospital Gral. de Agudos Dr. I. Pirovano. ³ Facultad de Medicina, UBA.

Teléfono: 11-4856-6506

Correo electrónico: rodriguezbiglieri@yahoo.com.ar

Eje temático en donde ubica el trabajo: Psicología Clínica

Resumen

La noción de Conductas de Búsqueda de Seguridad (CBS) es sin dudas uno de los mayores aportes a la hora de entender el rol de las estrategias de afrontamiento en el mantenimiento de los trastornos de ansiedad y su conceptualización ha tenido un impacto notorio en la forma en que se han desarrollado los diversos protocolos de tratamiento cognitivo conductuales. Sin embargo, no existe un consenso absoluto respecto del impacto que las CBS tendrían en las tareas de exposición. El examen de la bibliografía indica la presencia de dos posturas alternativas respecto de la forma de conceptualizar el impacto que las CBS poseerían en los ejercicios de exposición. El presente artículo intenta definir y analizar el rol que las distintas conductas de búsqueda de seguridad poseen en los trastornos de ansiedad, así como discutir sus implicancias en relación al tratamiento de estas patologías. La discusión final se centra en la necesidad de que los tratamientos incluyan estrategias destinadas a ampliar el repertorio de habilidades de afrontamiento de los pacientes, en aras de incrementar su percepción de auto-eficacia y capacidad de afrontamiento.

Palabras Clave: Trastornos de Ansiedad – Afrontamiento - Conductas de búsqueda de seguridad.

Introducción

El concepto de estrategias de afrontamiento hace referencia a todos aquellos recursos que las personas empleamos para enfrentar y lidiar con situaciones estresantes o problemáticas (Lazarus y Folkman, 1984). Los Trastornos de Ansiedad (TA) constituyen uno de los cuadros psicopatológicos más frecuentes y que afectan en mayor medida la calidad de vida de quienes los padecen, convirtiéndose de esta manera en una gran fuente de estrés (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Si bien las investigaciones sugieren que no existirían estrategias de afrontamiento funcionales o disfuncionales *per se* (Endler & Parker, 1990), en los últimos años hemos asistido a un aumento en el número de estudios destinados a

delimitar y analizar aquellas estrategias que pudiesen acarrear un impacto negativo en los pacientes que presentan TA.

La noción de *Conductas de Búsqueda de Seguridad (CBS)* es sin dudas uno de los mayores aportes a la hora de entender el rol de las estrategias de afrontamiento en el mantenimiento de los TA y su conceptualización ha tenido un impacto notorio en la forma en que se han desarrollado los diversos protocolos de tratamiento cognitivo-conductuales. Sin embargo, no existe un consenso absoluto respecto del impacto que las CBS tendrían en las tareas de exposición.

El presente artículo intenta definir y analizar el rol que las distintas conductas de búsqueda de seguridad poseen en los TA, así discutir sus implicancias en relación al tratamiento de estas patologías.

Conductas de Búsqueda de Seguridad

El concepto de CBS tiene su origen en la literatura relacionada con los TA, aunque recientemente ha sido empleado con éxito en la conceptualización de diversas formas de psicopatología (Sharp, 2001). Las CBS se definen como comportamientos llevados a cabo con la finalidad de prevenir o minimizar los efectos de una situación o evento percibidos como amenazantes (Salkovskis, 1991; Salkovskis, Clark y Gelder, 1996). Dichas estrategias incluyen no sólo las conductas de evitación sino también conductas que se llevan a cabo para huir de un estímulo percibido como amenazante y también comportamientos encubiertos utilizados, mientras se permanece en una situación temida, con la finalidad de evitar sus consecuencias negativas.

Si bien la introducción del concepto de CBS ha dado lugar a avances significativos en la comprensión y tratamiento de los TA su relación específica con la severidad de la sintomatología y su efectos sobre las tareas de exposición durante los tratamientos aún permanecen como temas controvertidos (Bouton, 2002; Wells, Clark y Salkovskis, 1995).

A continuación delimitaremos algunas de las estrategias de afrontamiento que comúnmente se incluyen dentro del concepto de CBS.

Conductas Evitativas y de Escape

Las *conductas evitativas* son estrategias puestas en marcha por los pacientes para evitar la confrontación con el estímulo temido. Dichas estrategias pueden ser manifiestas (comportamientos observables), como la negativa del sujeto a acercarse a una situación que percibe como peligrosa; pero también existen técnicas de evitación de tipo cognitivo. En ese sentido, los intentos de ignorar, suprimir o neutralizar las obsesiones en el Trastorno Obsesivo Compulsivo y la preocupación patológica del Trastorno de Ansiedad Generalizada pueden ser considerados como ejemplos de estrategias de evitación de tipo cognitivo.

La presencia de conductas evitativas es una de las características más sobresalientes de los TA y se asocian a menudo con la mayor parte del deterioro funcional de los pacientes.

Seligman y Johnston (1973) desarrollaron un modelo que destaca que las conductas de evitación que producen resultados consistentes con las creencias que los motivaron refuerzan dicha creencia. Por ejemplo, si una persona con agorafobia evita viajar en un ascensor hermético por temor a no poder respirar adecuadamente, cada vez que evita la situación y puede respirar normalmente se produciría una aparente “prueba” en apoyo de la creencia.

La teoría de Seligman y Johnston tiene dos implicaciones clínicas principales. En primer lugar, sostiene que para detener una conducta de evitación el organismo debe obtener información que invalide las creencias que la promueve. La segunda implicación clínica es que el comportamiento de evitación no es inocuo, sino que tiende a generar efectos que son tomados como prueba de la exactitud de las creencias que los generaron, desplegándose así un círculo vicioso disfuncional que contribuye al mantenimiento de la patología.

En relación a este último punto un metaanálisis sobre estrategias de afrontamiento encontró que si bien algunas estrategias de evitación (negación, distracción, represión y supresión de pensamiento) fueron más eficaces en el corto plazo en la reducción de la ansiedad, las estrategias no evitativas (atención, darse cuenta, focalización) eran las que generaban efectos más positivos a largo plazo (Suls y Fletcher, 1985). En la misma dirección, existen cada vez más pruebas sobre los resultados beneficiosos que la reducción de la evitación emocional posee sobre diferentes formas de psicopatología (Hayes et al., 2006). Esta área

de investigación, sin embargo, cuenta con un número de estudios significativamente menor en comparación con la centrada en identificar conductas de afrontamiento de tipo disfuncional.

Por otro lado, las *conductas de escape* consisten en huir, fugarse de la situación o estímulo temido una vez que el paciente se encuentra frente a este. Dado que este tipo de estrategia produce un alivio repentino del malestar, ello produce una reafirmación de la necesidad de evitar el estímulo aversivo.

Tanto las conductas de evitación como las de escape son empleadas en un intento por prevenir, eliminar o reducir el estado de malestar provocado por la presencia de estímulos percibidos como amenazantes. Por ende, cuanto más eficaz sea la respuesta de evitación o escape en aras de alcanzar dicho objetivo, mayor será su refuerzo.

Los estudios fenomenológicos de los TA han encontrado que alguna forma de escape y evitación se haya presente en la mayoría de los estados de ansiedad. Escape y evitación son tan prominentes en los TA que se incluyen como una de las características esenciales para su diagnóstico (American Psychiatric Association, 2002).

Tanto las teorías cognitivo-conductuales como las biológicas sostienen que las respuestas de escape y evitación serían dos estrategias automáticas para el afrontamiento ante la activación del miedo. Sumadas al congelamiento y el ataque son respuestas universales empleadas por todas las especies como medio de protección ante el peligro.

Desde los enfoques cognitivo-conductuales estas repuestas automáticas se ven facilitadas por la hiperactivación del *modo de amenaza primario*, un conjunto de esquemas que procesan información relacionada con la amenaza. Es por dicha hiperactivación que las conductas mencionadas se tornan disfuncionales, ya que tienden a desplegarse de manera permanente cada vez que se produce una evaluación primaria amenazante. Con posterioridad, los procesos de evaluación secundaria, conscientes y voluntarios, tienden a sacar conclusiones sobre la utilidad de las respuestas desarrolladas y sobre la propia capacidad de afrontamiento de situaciones temidas, la cual incrementa y afianza la hiperactivación del modo de amenaza primario.

Conductas de Seguridad

Las *conductas de seguridad* son estrategias que las personas utilizan para sentirse seguros ante una situación temida, generalmente implican aferrarse a algún recurso mientras se permanece ante una situación temida (ej. botella de agua, medicamento, acompañante) con la creencia de que éste impedirá que las consecuencias negativas se concreten.

White y Barlow (2002) definen las conductas de seguridad como "aquellas acciones que ayudan al paciente a sentirse más seguro o protegido" (p. 343). El objetivo de las conductas de seguridad es sentirse a salvo, lo que produce un alivio casi inmediato de los síntomas de ansiedad.

Bouton (2002) propuso que la presencia de señales de seguridad impediría la generalización de los efectos terapéuticos de la exposición. Esta idea ha acarreado grandes debates entre los terapeutas ya que muchos pacientes no quieren acercarse a las situaciones temidas sin utilizar las estrategias de seguridad (Rachman, 1983).

Al respecto, Sloan y Telch (2002) sostienen que el uso o la focalización en las señales de seguridad reduce el procesamiento de la información relacionada con la amenaza, impidiendo al individuo percibir si la situación resultaba o no peligrosa. Del mismo modo, Wells y colaboradores (1995) proponen que los comportamientos de seguridad socavan los efectos terapéuticos de la exposición ya que la no ocurrencia de la catástrofe temida suele ser atribuida a la presencia de la señal de seguridad (por ejemplo, pude enfrentarme a la situación porque sabía que tenía el ansiolítico a mano). Además, este mismo mecanismo impediría que el paciente aumente su sensación de dominio, ampliando su capacidad de afrontamiento, ya que la posibilidad de enfrentarse a las situaciones temidas es vista como dependiendo de la disponibilidad de un agente externo.

En concordancia con esta línea de pensamiento, la mayoría de los tratamientos para los TA incluyen intervenciones destinadas a identificar y bloquear las conductas de seguridad (White & Barlow, 2002; Clark, 2001; Schut, Castonguay, y Borkovec, 2001). Al respecto, existen estudios que han demostrado que la mejora global tras el tratamiento de pacientes con pánico se asocia más con la disminución de la evitación que con una reducción de los episodios de pánico (Basoglu et al., 1994).

Sin embargo, algunos autores han cuestionado la necesidad de bloquear las conductas de seguridad como método terapéutico. La *teoría de la señal de seguridad* (safety-signal theory) de Rachman (1983) sugiere que en algunas circunstancias es posible que el uso de conductas de seguridad puedan promover el cambio cognitivo. Dicha teoría predice, por ejemplo, que aparear señales de seguridad con estímulos temidos durante un ejercicio de exposición puede incrementar la motivación del paciente y facilitar, a largo plazo, la disminución del temor y la evitación. Existe un cúmulo de investigación creciente que brinda apoyo a estas conceptualizaciones (Milosevic y Radomsky, 2008).

Estas diferentes formas de conceptualizar el impacto de las CBS no son problemas meramente teóricos, ya que conllevan a diferentes formas de implementar los tratamientos, tema que mencionaremos a continuación.

Discusión

La evaluación de los estilos de afrontamiento es un área de sumo interés para el desarrollo de conceptualizaciones más precisas de los TA y para la inclusión en los paquetes de tratamiento de intervenciones focalizadas en el aprendizaje de habilidades funcionales. Hasta la fecha, la mayoría de los estudios se han focalizado en el impacto negativo de las CBS sobre la sintomatología y los resultados de la exposición. No obstante, sería pertinente la delimitación de aquellas estrategias que posean un impacto positivo sobre dichas áreas, en aras de potenciar los efectos de los tratamientos.

Respecto de la relación de las CBS con las tareas de exposición existen dos posturas diferenciadas. Por un lado, la mayoría de los programas de tratamiento tienden a su bloqueo total ya que entienden que su uso conlleva a un detrimento en las ganancias que pudieran obtenerse mediante la exposición. Por otro lado, un grupo menor de investigadores señalan la posibilidad de que los ejercicios de exposición puedan desarrollarse en forma concomitante a que el paciente implemente alguna conducta de seguridad, sosteniendo que ello no necesariamente menoscabaría el resultado del ejercicio. Este tema es crucial debido dado que gran parte del rechazo o abandono prematuro de los tratamientos se asocian con el temor de los pacientes a las tareas de exposición.

Es posible que esta aparente dicotomía pueda resolverse si se tiene en cuenta que ambas posiciones acuerdan en sus aspectos básicos, es decir, respecto del rol negativo de las CBS a largo plazo. Sin embargo, en aquellos casos en los cuales resulta imposible el bloqueo total de dichas conductas puede ser de gran utilidad el enfoque alternativo, ya que permite un grado de exposición que, gradualmente, puede generar efectos positivos a largo plazo. En esa dirección, el trabajo de Bandura, Jeffery y Wright (1974), inmerecidamente poco tenido en cuenta en la literatura sobre el tema, parece señalar que dicha alternativa es una opción sólida.

En todo caso sí parece haber un acuerdo marcado respecto del impacto a largo plazo que las CBS poseen sobre las creencias de los pacientes en sus propios recursos de afrontamiento. En ese sentido, los tratamientos deberían incluir estrategias destinadas a ampliar el repertorio de habilidades de afrontamiento de los pacientes, en aras de incrementar su percepción de auto-eficacia y capacidad de afrontamiento.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. (4° edición revisada). Barcelona: Masson.
- Bandura, A., Jeffrey, R. W., & Wright, C. L. (1974). Efficacy of participant modeling as a function of response induction aids. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 56–64
- Basoglu, M., Marks, I. M., Kilic, C., Swinson, R. P., Noshirvani, H., Kuch, K. (1994). Relationship of panic, anticipatory anxiety, agoraphobia and global improvement in panic disorder with agoraphobia treated with alprazolam and exposure. *British Journal of Psychiatry*, 164, 647–652.
- Bouton, M. E. (2002). Context, ambiguity, and unlearning: Sources of relapse after behavioral extinction. *Biological Psychiatry*, 52, 976–986.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self* (pp. 405–430). Chichester, UK: Wiley.

- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 844–854.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y Procesos Cognitivos*. México: Ediciones Roca
- Milosevic, I. & Radomsky, A. (2008). Safety behaviour does not necessarily interfere with exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1111–1118
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Autor.
- Rachman, S. J. (1983). The modification of agoraphobic avoidance behaviour: Some fresh possibilities. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 567–574.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, *19*, 6–19.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition–behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 453–458.
- Schut, A. J., Castonguay, L. G., & Borkovec, T. D. (2001). Compulsive checking behaviors in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(6), 705–715.
- Seligman, M. E. P., & Johnston, J. C. (1973). A cognitive theory of avoidance learning. In F. O. McGuigan & D. V. Lumsden (Eds.), *Contemporary approaches to conditioning and learning* (pp. 69–107). Washington, DC: V. H. Winston.
- Sharp, T. J. (2001). The “safety seeking behaviours” construct and its application to chronic pain. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 241–244.
- Sloan, T., & Telch, M. J. (2002). The effects of safety-seeking behavior and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 235–251.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, *4*, 249-288

- Wells, A., Clark, D. M., & Salkovskis, P. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy, 26*, 153–161.
- White, K. S., & Barlow, D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 328–379). New York: Guilford Press.