

El error de los psicoanalistas: Creer que la Terapia Cognitivo-Conductual es superficial

Una de las críticas más fomentadas desde el psicoanálisis hacia la **Terapia Cognitivo Conductual (TCC)** afirma que nuestros tratamientos son superficiales. Nada más errado que ello. En otros artículos ya hemos destacado que la evaluación del pasado no garantiza la resolución de los problemas actuales y que, a la inversa, muchas dificultades presentes se resuelven sin necesidad de indagar el pasado. De todos modos, la revisión de hechos acaecidos tiempo atrás puede ser de utilidad en algunos casos, especialmente los crónicos o de larga duración. En pocas palabras, la TCC no desdeña a priori la importancia de episodios históricos, sino que ellos son examinados con un objetivo operativo puntual, a saber: la identificación de variables que permitan la modificación de la conducta que genera malestar en el paciente hoy.

En el presente artículo nos encargamos de responder a la crítica formulada, mencionando algunas de las tantas intervenciones que puede llevar a cabo el terapeuta cognitivo conductual a los fines de una evaluación pormenorizada de la historia clínica del paciente.

1. La TCC y la indagación del pasado del paciente

En la crítica de superficialidad formulada a la TCC se resalta habitualmente que otros estilos terapéuticos, particularmente los de orientación psicoanalítica, recurren a supuestas causas pasadas de los síntomas mientras que nosotros nos ocupamos de resolver los problemas “aquí y ahora” sin hacer mención de variables históricas. Esto es definitivamente un grueso error.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

En TCC no desechamos ciegamente las variables históricas relacionados con el malestar que aqueja al paciente, más aún, en muchos casos realizamos un análisis minucioso de las mismas, entrevistando incluso a personas significativas que nos pueden aportar datos del pasado. La diferencia respecto de los enfoques psicoanalíticos radica en que la investigación de la historia se lleva a cabo con el objetivo de mejorar nuestra comprensión del cuadro actual y, junto con ello, ampliar nuestra capacidad de intervenir eficazmente. Ilustrémoslo con algunos ejemplos:

- Algunos pacientes adultos con **Fobia Social** temen ser objeto de rechazo y burla en público. Al indagar más minuciosamente este temor, surgen recuerdos de la etapa adolescente, episodios traumáticos durante los cuales la persona sí fue objeto de burlas y humillación por parte de sus pares o incluso, de autoridades de una escuela. Ahí se han arraigado algunas creencias acerca de cómo los demás se comportan socialmente. Claro está que las prácticas sociales de la vida adulta resultan muy diferentes a las de la adolescencia. La reestructuración cognitiva en tales casos deberá tomar en cuenta los orígenes históricos de las creencias irracionales y ponerlos en la perspectiva de la maduración social y cultural, brindando una adecuada psicoeducación que el paciente pueda corroborar por sus propios medios.
- Cuando un **jugador compulsivo** se ha curado de su adicción, se producirán cambios en sus pensamientos y esquemas más arraigados. La persona, por ejemplo, comenzará a considerar que hay metas en su vida más importantes que ganar excesivos montos de dinero, valorando así otras áreas de la experiencia. Luego del cambio comportamental, el paciente suele darse cuenta de las creencias disfuncionales de su pasado, tal como “si tengo dinero voy a ser aceptado por los demás”.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

El referido caso de fobia social muestra un ejemplo donde se hace necesario modificar creencias actuales a partir del relato y análisis de los pensamientos automáticos asociados a episodios pasados. El paciente jugador compulsivo representa un característico cambio de esquemas arraigados en experiencias pasadas a partir de un cambio conductual actual.

En virtud de la relevancia que la TCC le otorga al trabajo sobre la historia del paciente se han desarrollado incluso técnicas específicas. Por ejemplo, la reestructuración de recuerdos tempranos, propuesta por Judith Beck, se aplicaría en casos como el mencionado de fobia social. Otro procedimiento prototípico consiste en la construcción de la historia clínica del sujeto y de la línea de tiempo de un problema determinado, el cual tiene por objetivo la evaluación de puntos tales como el inicio de la patología, su curso, recaídas y remisiones. En cuadros crónicos como trastornos bipolares, esquizofrenia o depresiones mayores tales abordajes no pueden omitirse.

2. La TCC y los aspectos singulares de la personalidad

Frecuentemente se cree que otros enfoques terapéuticos abordan la “totalidad” de la vida de la persona mientras que en TCC sólo nos ocupamos de aspectos “superficiales”. Creemos que tal afirmación contiene al menos dos críticas. Primero, que en TCC nos ocupamos sólo de un tema, aquél que es expresado de manera explícita por el paciente en primera instancia como motivo de consulta y que nos mantendremos encapsulados en el mismo sin indagar otras áreas potencialmente problemáticas. Segundo, que en TCC únicamente nos dedicamos a problemas concretos y acotados, fácilmente definibles en función de estímulos discretos. Discutamos por separado estos dos asuntos.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Verdaderamente, la primera parte de la crítica se responde sólo con observar la práctica clínica cotidiana en TCC. No sólo se puede sino que se deben abordar varios problemas con una misma persona. Casi uno diría que no existe el paciente “monosintomático”, sino que opuestamente, en todos los casos, una vez trabajado un tema surgen inmediatamente otros. Así pues, un paciente con **Trastorno Obsesivo Compulsivo** curado de sus compulsiones, tal vez deba ocuparse de modificar el estilo obsesivo de su pensamiento. O tal vez, si presenta creencias distorsionadas sobre las consecuencias fatales que pueden ocurrir en el futuro, aplicaremos la técnica “**análisis de probabilidades**”, que permite la cambiar patrones de pensamiento del tipo “puede ocurrir que en el futuro suceda que...”. Un tal estilo catastrófico de pensamiento pudo haberse originado en modelos familiares infantiles, hecho que será tomado en cuenta durante el abordaje.

La segunda parte de la crítica arguye que la TCC no responde bien a problemas que se presentan como difusos, poco concretos y frecuentemente relacionados con crisis vitales, denominados habitualmente “existenciales”. Algunos ejemplos son replanteos que una persona se formula acerca del **sentido de su vida, su relación de pareja o su orientación sexual**. Esto es, una vez más, un grueso error. La TCC trabaja sobre tales problemáticas aunque de una manera muy diferente a otras terapias.

Como ya se dijo, se parte de la idea básica y racional de que muchos pacientes se ven aquejados por múltiples problemas y no sólo por su motivo de consulta inicial. La crítica esgrimida por los psicoanalistas afirma que indagar aspectos diferentes al motivo de consulta inicial y explícito no es sencillo y que requiere muchos meses (incluso años) hasta que el paciente se encuentra preparado para identificar y hablar sobre tales temas “profundos”.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Desde la perspectiva científica en psicoterapia, NO existen evidencias de ello; contrariamente, la gran mayoría de los pacientes están desde el mismo comienzo abiertos y deseosos de revelar información íntima, tal como detalles acerca de su sexualidad, complejos de inferioridad no resueltos, infidelidades, errores cometidos tiempo atrás, etc. Por supuesto, esto se ve facilitado porque un psicólogo cognitivo conductual bien entrenado posee habilidades de comunicación para llevar a cabo un adecuado manejo de la relación terapéutica y la empatía.

3. Evaluación multimodal del sujeto: Los 7 niveles de análisis del comportamiento

Para representar cómo la TCC aborda la diversidad de aspectos del ser humano, basta con recordar la evaluación multimodal que propone Arnold Lazarus, denominada BASIC-ID. La sigla incluye los siguientes elementos a considerar en un tratamiento completo: (B) conductas, (A) afecto o emociones, (S) sensación fisiológicas, (I) imágenes mentales, (C) cogniciones -pensamientos y creencias-, (I) relaciones interpersonales y (B) bases biológicas del comportamiento. Nótese la cantidad y complejidad de áreas que se tienen en cuenta en la TCC. Asimismo, Lazarus hace hincapié en la construcción detallada de la historia clínica para lo cual ha diseñado un instrumento denominado “**Cuestionario Multimodal de Historia de Vida**”, en el cual se le solicita a la persona que describa conflictos familiares, características vinculares, relaciones sexuales entre otros hechos de su infancia y adolescencia.

Si bien la TCC pretende ser un tratamiento focalizado, ello no obsta para que el terapeuta lleve adelante un rastillaje amplio de ámbitos potencialmente problemáticos y que en ocasión de hallar alguno disfuncional, le proponga a su paciente un mayor análisis del mismo para su posterior abordaje. A modo de

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

ejemplo, si durante la construcción de la historia clínica, el psicólogo cognitivo-conductual detecta que el paciente tiene dudas sobre su orientación sexual, puede y debe proponerle trabajar dicha problemática.

El modelo multimodal de Lazarus refleja la riqueza de variables que analiza el terapeuta cognitivo-conductual durante la evaluación y conceptualización del caso. Este modelo refuta la idea que la TCC es superficial y sólo tiene en cuenta lo “inmediata y obviamente observable”.

4. El terapeuta cognitivo-conductual no es ingenuo

A veces nos topamos con pacientes que simplemente mienten, ocultan o distorsionan la información. Somos plenamente conscientes de esto y tanta importancia le damos que se han diseñado procedimientos específicos para tales eventualidades.

Mediante técnicas psicométricas especializadas, entrevistas a terceros, registro pormenorizado de información; los psicólogos pueden identificar las contradicciones propias de cada caso. Un terapeuta atento le transmitirá al paciente tales incongruencias e intentará investigar las causas de las mismas. Posteriormente podrán incluirse como parte de la agenda de trabajo terapéutico.

Frente a un hombre casado que padezca problemas sexuales con su esposa, el psicólogo deberá indagar si el paciente oculta datos relevantes, ya sea por vergüenza o por temor a ser juzgado negativamente por el profesional.

La TCC posee técnicas de entrevista puntuales para superar tales barreras. En el presente ejemplo, **la entrevista a terceros** (la esposa del paciente) se revela como un procedimiento muy valioso. Si el paciente se negase ello, también este

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

comportamiento de oposición es evaluado y considerado por el profesional como posible indicador de ocultamiento.

De más esta decir que en las adicciones, trastornos de la personalidad, psicopatía y otros varios trastornos en los que se observan mecanismos cognitivos de autoengaño y negación, el profesional estará preparado a no creer totalmente en el relato de su paciente. Aquí, frecuentemente se aplican **técnicas psicométricas que poseen escalas de validez**. Por ejemplo, el MMPI-II constituye una herramienta totalmente compatible con la perspectiva científica en la que se sustenta la TCC. Tal instrumento posee varias escalas que permiten identificar si la persona se contradice en sus afirmaciones, exagera, miente, simula o distorsiona en las respuestas que emite a los ítems. Varios cuestionarios que evalúan aspectos dimensionales de la personalidad poseen escalas de sinceridad orientadas al mismo fin.

5. Conclusiones

Respondida la crítica que se le formula a la TCC, llegamos a las siguientes conclusiones:

- La TCC trabaja puntualmente sobre el malestar del paciente. Sin embargo, ello no implica superficialidad alguna pues la modificación de la conducta actual conduce paralelamente al cambio en la percepción que el paciente tiene de la historia de su problema y de sí mismo.
- En algunos casos se necesita el examen pormenorizado de episodios históricos para la resolución de problemas actuales; en otros no. No hay evidencia empírica de que el rastreo de aspectos del pasado sea de suyo una condición para lograr los objetivos trazados.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

- No sólo abordamos el problema formulado en el motivo de consulta inicial y expreso, sino también consideramos áreas conexas no explicitadas por el paciente.
- No creemos ingenuamente todo lo que se nos dice. Somos consciente de que muchos pacientes mienten y ocultan.
- No nos ocupamos sólo de temas simples y concretos, también abordamos los llamados problemas “existenciales”, más difíciles de asir y definir.

Crear que la TCC no considera la complejidad del ser humano, sus aspectos subjetivos, sus emociones íntimas, sus secretos más privados; es una crítica simplista que refleja la total ignorancia de los que la emiten acerca de cómo se trabaja en Terapia Cognitivo-Conductual. Lamentablemente, estos prejuicios provocan que muchos pacientes no accedan a un tratamiento ético y eficaz, pues han sido adoctrinados por sus analistas. Es uno de los tantos mitos que tienen como objeto desacreditar a la TCC, tildándola, injustamente, de superficial.