

## Sobre las causas de los síntomas en terapia cognitivo conductual

### ¿Por qué y para qué identificar la causa de los síntomas?

Uno de los tópicos que más debate ha generado en la clínica psicológica se refiere a si necesitamos indefectiblemente hallar las “causas” de los problemas actuales que traen al paciente a consultarnos. La polémica se encuentra signada, naturalmente, por la concepción psicoanalítica de que los síntomas constituyen el resultado de un conflicto inconsciente que debe ser desanidado a los fines de la cura.

Quienes trabajamos en Terapia Cognitivo Conductual no acordamos con un tal punto de vista. Por el contrario, basados en un amplio conjunto de evidencias producto de la investigación científica de los últimos 60 años, sostenemos no sólo que resulta superflua la búsqueda de las supuestas causas o conflictos inconscientes, sino más aún, sostenemos que se trata de un problema mal planteado. Pues, por un lado, nunca se define con precisión qué se entiende por causa; por otro, lo que la persona cree que constituye una causa, no necesariamente lo es.

Ni que mencionar la vasta cantidad de casos exitosos en los cuales se trabaja haciendo omisión de las supuestas causas inconscientes y a la inversa, lo cual es mucho peor, la vasta cantidad de casos que pasan años buscando una solución en el recorrido de las “causas históricas inconscientes” con resultados claramente infructuosos sobre los problemas que traen sufrimiento a la persona...

Discutimos a continuación algunos aspectos relevantes del problema en cuestión.

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

## 1. Tratamientos efectivos que no apuntan a causas históricas o inconscientes

Desde el punto de vista de la Terapia Cognitivo Conductual, la discusión debe partir de un hecho simple: la inmensidad de casos en los que trabajando sin atención a las tan mentadas “causas inconscientes”, se obtiene no obstante un éxito indiscutible. Baste un vistazo a las listas de Tratamientos con Apoyo Empírico editados por organizaciones como la Asociación de Psicólogos Americanos cuyos informes hasta el año 2001 identifican 108 procedimientos terapéuticos con apoyo empírico para trastornos en adultos y 37 en niños. Más del 90 % de ellos constituyen o derivan de procedimientos conductuales y cognitivos, ninguno hace un franco apoyo de sus intervenciones en la búsqueda de causas inconscientes.

Los datos hablan por sí mismos. Vale la pena aclarar que no estamos proponiendo la opinión de un autor en particular o una corriente de la Psicología, sino de varios grupos de trabajo en todo el mundo, de la comunidad científica contemporánea. Por ejemplo, se ha mostrado que para el Trastorno de Angustia (crisis de pánico) el tratamiento psicoeducativo, consistente en brindar información correcta acerca del problema, decrementa significativamente el nivel de ansiedad, incluso en muchos casos las crisis de pánico desaparecen con esta sola intervención.

Por otra parte, la Agorafobia suele aliviarse e incluso desaparecer totalmente con algunas sesiones de “exposición o desensibilización en vivo” acompañada de “entrenamiento en respiración abdominal”, sin que el paciente relate acontecimientos de su infancia. De más está aclarar que todos estos cambios permanecen duraderos y estables, vale decir, sin recaídas, un punto al que nos dedicamos más adelante.

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

## 2. Diferencia entre causalidad histórica inconsciente y causalidad funcional presente

En Terapia Cognitivo Conductual no ignoramos las “causas” de los síntomas; todo lo contrario, ellas juegan un rol muy importante en la elección de las estrategias terapéuticas. No obstante, no hablamos de “descubrir causas históricas” o “develar cuestiones del pasado del paciente”, por el contrario, nos referimos a las “causas funcionales”, es decir, variables actuales que provocan y mantienen los comportamientos-problema.

Por ejemplo, quien sufre de temor a contaminarse puede lavarse las manos cientos de veces por día y evitar tocar determinados elementos como manijas, ceniceros, dinero, trapos, muebles, entre otros. La creencia falsa en el riesgo de contaminación y la evitación del contacto con los objetos que generan ansiedad constituyen causas funcionales que mantienen el problema.

En otras palabras, la patología persiste porque el paciente no experimenta la “prueba de realidad de la exposición” de que si toca los objetos y luego no se lava, no habrá consecuencias perjudiciales, que la contaminación no se produce. En efecto, aplicando la técnica “exposición a la situación y prevención de la respuesta”, los rituales de lavado compulsivo desaparecen.

Queda claro pues, que en Terapia Cognitivo Conductual tenemos en cuenta las causas funcionales, aquéllas que se revelan útiles a los fines de la modificación de los comportamientos problemáticos actuales; los aspectos históricos también se consideran siempre y cuando aporten datos para explicar, predecir y operar sobre el motivo de consulta.

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

### 3. Lo que el paciente cree que es la causa, no necesariamente lo es

Muchas veces hay una diferencia entre las causas reales y lo que la persona cree que es la causa de su problema. Las terapias que afirman actuar sobre las causas históricas e inconscientes suelen fundamentarse en el relato verbal del paciente acerca de sus recuerdos, tamizados estos por la teoría de turno a la cual adhiera el terapeuta.

Ahora bien, ¿cómo sabemos que se trata de recuerdos verídicos?, ¿cómo podríamos asegurarnos de que el terapeuta, convencido por las hipótesis del marco teórico desde el cual opera, no induzca deliberada o inadvertidamente a su paciente para que verbalice los sucesos de manera tal que se acoplen perfectamente a las suposiciones teóricas de las cuales él parte? Un sesgo, por lo menos, peligroso...

Por ejemplo, el dolor de cabeza suele originarse por consecuencia del estrés, la ansiedad, la fatiga, los problemas de sueño, entre otros. A pesar de ello, un paciente puede creer que sus dolores de cabeza son provocados por un tumor cerebral. Obsérvese que en este caso, el paciente atribuye causas erróneamente.

También puede suceder que guiado hacia su pasado por el terapeuta, el paciente recuerde sucesos infantiles en los cuales su madre lo atemorizaba gritándole: “¡qué tenés adentro de esa cabeza, eh!”. Y desde allí, entre vericuetos del lenguaje e interpretaciones metafóricas, se concluye que las cefaleas se relacionan con los conflictos infantiles con la madre. Entonces, se sostiene que hemos encontrado la causa del problema. Pero, lamentablemente, los dolores de cabeza continúan. Y por supuesto, sucedió que el psicólogo en lugar de concentrarse en las causas funcionales que mantienen el problema, toma como datos fiables aquéllos aportados

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

por el paciente en su relato, como si ello fuese garantía de que lo recordado por el paciente efectivamente ocurrió y esa es la causa de su trastorno.

Que el paciente crea que la causa del problema es la relación con su madre, no implica que efectivamente sea así. Tales atribuciones conducen a que el foco del tratamiento se concentre en las variables histórico-familiares; se parte de la hipótesis que la identificación y resolución de conflictos familiares “inconscientes” que se arrastran del pasado conducirá necesariamente a la solución de los problemas actuales.

El resultado es infructuoso: las cefaleas continúan pues no se opera sobre los factores actuales que las mantienen, por ejemplo, pocas horas de sueño o acontecimientos estresantes cotidianos.

## 4. Los síntomas no retornan ni se sustituyen

También se arguye habitualmente que si no nos ocupamos de las causas inconscientes de los síntomas, ellos reaparecerán una vez eliminados o peor aún, otro síntoma más grave surgirá en su lugar pues hemos dejado al paciente sin defensa frente al conflicto inconsciente.

No obstante, estudios de seguimientos por períodos superiores a 5 años, reportados por doquier en la literatura psicológica, dan al tratarse con el argumento de la sustitución de síntomas. No sólo que las recaídas no acontecen, más aún, las investigaciones evidencian frecuentemente el fenómeno contrario, esto es, una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Justamente, las patologías en las que sí sobrevienen recaídas son aquéllas a las cuales ninguna corriente de la Psicología ha dado respuestas satisfactorias y

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

definitivas, como la esquizofrenia o la dependencia a sustancias químicas. Además está recordar que en la historia de la Psicología, el modelo conductual ha aportado más estudios de seguimiento que cualquier otro; basta con una simple revisión bibliográfica para comprobarlo.

Pero tal vez, lo más asombroso sea que desde los enfoques teóricos que sostienen la importancia de la búsqueda de causas histórico-inconscientes, rara vez se han presentado estudios avalando que en los tratamientos que ellos mismos defienden no se produzcan recaídas o la tan temida “sustitución de síntomas”.

## 5. El paciente solicita ayuda, no una revisión de su pasado

Finalmente, vale la pena plantearnos algunos interrogantes. ¿Qué busca una persona cuando acude a una terapia psicológica? ¿Qué busca, por ejemplo, alguien que a raíz de un nivel de ansiedad elevadísimo sufre recurrentes temores sobre su salud? ¿Qué espera la persona que padece de un trastorno de ansiedad social que lo incapacita para hacer amigos, formar una pareja o simplemente, trabajar? ¿Qué expectativas tiene alguien que ha perdido su capacidad de sentir placer y motivación, tanto que ya ni se baña ni come como consecuencia de un cuadro depresivo? Una sola palabra resume la respuesta a estas preguntas: soluciones.

Normalmente, a la persona que sufre no le interesa tanto volver a hurguetear en lo que acaeció cuando tenía 3, 10 ó 15 años, si lo hace es porque su terapeuta lo induce a creer que por esa vía hallará alivio a su padecer. Entonces no confundamos las cosas, el paciente no solicita la búsqueda de causas inconscientes a sus problemas; por el contrario, desde un sentido pragmático, nos pide que lo ayudemos a dejar de sufrir.

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

## 6. Conclusiones

Una vez revisadas las cuestiones anteriores, nos surgen las siguientes preguntas:

- ¿Tiene sentido la búsqueda de “la causa”, cuando lo más probable es que exista una multiplicidad de factores explicativos?
- ¿Cuál es el propósito de buscar las causas histórico-inconscientes de los síntomas cuando nada nos garantiza que ellas no sean el fruto de creencias erróneas y distorsionadas?
- Y si incluso encontráramos la tan ansiada causa histórico-inconsciente, ¿qué nos garantiza que ella nos conduzca a la resolución de los síntomas?
- ¿Es razonable pasar años hurgando en el pasado cuando en unos pocos meses se puede mejorar la calidad de vida del paciente identificando las variables funcionales actuales que nos guían hacia la elección de procedimientos terapéuticos de efectividad probada?
- ¿Es ético que sólo porque el terapeuta de turno cree que hay que buscar las causas histórico-inconscientes, entonces no se apliquen técnicas psicológicas eficaces, dejando así a la persona con su padecimiento?
- ¿Es ético implementar un tratamiento que no coincide con el pedido del paciente, a quien no le interesa revisar su historia sino aliviar su sufrimiento actual?

En otros términos, no parece necesario buscar algo que probablemente sea falso, poco útil para solucionar el problema actual y además, éticamente controvertido. Si hay estrategias que mejoran la calidad de vida del paciente, las aplicamos,

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

apoyándonos en criterios técnicos y también éticos. Esto es respetar a la persona.  
En pos de la búsqueda de supuestas “causas”, no es justo dejarlo sufrir.