

Formulación de objetivos y dirección del tratamiento en Terapia Cognitivo Conductual

Los objetivos que nos proponemos en Terapia Cognitivo Conductual organizan y dirigen las estrategias de intervención. Así, las entrevistas no son charlas improvisadas sobre la marcha sino que giran en torno a ejes previamente acordados entre paciente y terapeuta. Otros enfoques terapéuticos, particularmente el Psicoanálisis, no plantean metas claras en términos concretos; ello hace que las sesiones se conviertan en conversaciones libres y hasta caóticas, sin una guía clara que las ordene. ¿Cuáles son las consecuencias que acarrea cada una de estas diferentes posturas?

La psicología, como disciplina profesional, ofrece hoy día diversos tipos de abordajes terapéuticos. Entre dicha variedad, se destacan la Terapia Gestáltica, la Terapia Sistémica, el Psicoanálisis y la Terapia Cognitivo Conductual. En otros artículos publicados, ya hemos analizado y debatido acerca de la eficacia e ineficacia de las diversas vertientes terapéuticas. En este caso, nos abocaremos a revisar uno de los tópicos principales, imposible de desdeñar y que distingue a la Terapia Cognitivo Conductual de otros abordajes, a saber, los objetivos del tratamiento.

Como ya sabemos, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un abordaje basado en los paradigmas que adhieren al uso del método científico en Psicología. Tres operaciones esenciales lleva a cabo el terapeuta cognitivo conductual: explicación, predicción y modificación del comportamiento.

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

Los objetivos del tratamiento se derivan de dichas instancias y no desde un criterio arbitrario o de gusto personal del psicólogo hacia determinada técnica. Esto no excluye el papel activo del paciente en el tratamiento e incluye la consideración ética de que los objetivos formulados son acordados entre terapeuta y paciente a su vez que expresamente aceptados por este último. Precisamente, a los fines de poder formular objetivos concretos y racionales, es necesario en primera instancia que el psicólogo cognitivo conductual lleve a cabo una evaluación del caso.

No es el objetivo del presente artículo explayarnos sobre los pasos de la evaluación conductual. En otros trabajos de la presente revista ya nos hemos dedicado a la importancia de la evaluación específica del caso en cuestión; por ello, sólo nos limitamos a continuación a sintetizar los elementos esenciales que caracterizan a la evaluación en TCC.

En primera instancia, es necesario que el psicólogo delimite el trastorno psicológico particular que el paciente padece. Por eso, durante la recopilación de datos, es necesario identificar:

- La conducta(s) problema(s) que el paciente padece (esto incluye no sólo conductas observables sino también variables inferidas, como pensamientos y emociones).
- Las situaciones ambientales, interpersonales y contextuales pertinentes al estado psicológico del paciente.
- El diagnóstico psiquiátrico.
- El inicio, evolución y curso del problema del paciente así como algunos datos relevantes de su historia clínica.

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

Una vez que el psicólogo ha dedicado algunas sesiones a la evaluación (generalmente entre 3 y 5), llevará a cabo un análisis pormenorizado de los datos, formulará hipótesis sobre el mantenimiento de la(s) conducta(s) problema(s) y diseñará un plan de tratamiento específico. Llegado este punto, es necesario que el terapeuta tenga muy en claro 3 cuestiones:

- Las variables que provocan y mantienen la(s) conducta(s) problema(s).
- Los objetivos generales y metas específicas a alcanzar.
- Las técnicas a implementar.

Planteados los ejes troncales de la evaluación conductual, volvamos a concentrarnos en los objetivos de la terapia. Ya dijimos que los mismos son acordados entre terapeuta y paciente. Los objetivos “dirigirán”, por así decir, las intervenciones que llevemos a cabo.

En relación a este punto, es necesario no solo tener en claro la “conducta-problema”, sino también la conducta opuesta a la misma, es decir, la que procuramos alcanzar, denominada, “conducta-meta”. De paso, recordemos que en TCC se adaptan y ajustan los pasos de las técnicas al caso por caso, no el paciente a la técnica. Ilustrémoslo con un ejemplo.

Un paciente plantea como motivo de consulta su deseo de dejar de fumar. Si en la evaluación no se detectan temas más graves, el psicólogo entonces procederá a aplicar técnicas para que el cese el tabaquismo en unos meses. Un modelo de intervención característico de los programas conductuales para el tabaquismo tiene una duración aproximada de unos 4 meses.

Luego de la evaluación, el psicólogo presenta el plan de trabajo al paciente. En primera instancia, le solicita que elija y fije una fecha dentro de unos 4 meses, en la

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

cual dejará de fumar. Durante 16 semanas, el psicólogo aplicará diversos procedimientos, tales como control de estímulo precedente al consumo, extinción y reforzamiento diferencial de conductas incompatibles a fumar, disminución gradual del consumo, entrevista motivacional, análisis de consecuencias, sensibilización encubierta y reestructuración cognitiva.

Naturalmente, durante el plazo acordado de 4 meses, las intervenciones del profesional durante las entrevistas y las técnicas aplicadas se subordinan al objetivo en cuestión, la cesación tabáquica. Si bien la TCC incluye una visión de amplio espectro del caso, es necesario que el psicólogo no descuide la especificidad de su trabajo orientando hacia el objetivo formulado.

Una pregunta que podría surgir al lector es qué sucede si el paciente desea tratar además otros temas en la terapia. La respuesta es simple: se trabajará el tema que motiva al paciente (dejar de fumar) y paralelamente, se revisarán y considerarán otros temas que generen malestar y padecer a la persona (por ejemplo, estrés). No suelen presentarse mayores obstáculos en ello, siempre y cuando la terapia no ronde sobre muchos problemas simultáneamente.

De todos modos, volvemos a remarcar que aun cuando el psicólogo focalice sus intervenciones en más de un problema, no debe perder de vista los objetivos principales del tratamiento. De hecho, sucede con bastante frecuencia que algunos pacientes abren diversos temas en diferentes sesiones; en este caso, será necesario que el psicólogo evalúe el proceso psicológico que provoca e influye en la variada aparición preocupaciones (por ejemplo dificultades en el manejo de la ansiedad, sesgos en el procesamiento de la información, intolerancia a la incertidumbre, dificultades generales en la resolución de problemas cotidianos, emisión intermitente de hábitos disfuncionales, etc.).

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

Más allá de estos detalles, lo que seguramente no hace el terapeuta cognitivo conductual es llevar a cabo la entrevista con el paciente como una charla libre y espontánea sobre una multiplicidad de temas diversos e inconexos. La entrevista no es una mera conversación. Contrariamente, posee pasos puntuales, objetivos, silencios, reflexiones, resúmenes de información, entre otros tantos tecnicismos cuya intención es recopilar datos precisos o intervenir con especificidad sobre la problemática del paciente. Y, justamente en el sentido que venimos discutiendo, los objetivos del tratamiento son los que ordenan nuestro trabajo clínico, evitando numerosas conversaciones con el paciente sin una dirección determinada.

A los fines de esclarecer la importancia de los objetivos en TCC, analizaremos 4 cuestiones cruciales y necesarias en el trabajo del psicólogo cognitivo-conductual: la importancia de la psicoeducación, las técnicas a implementar, la diferencias de objetivos entre TCC y Psicoanálisis y la ética en Terapia Cognitivo-Conductual

1. Objetivos terapéuticos y psicoeducación

La psicoeducación consiste en proporcionar al paciente información sobre la naturaleza de su problema, las variables que lo mantienen y las técnicas que pueden modificarlo.

En lo que concierne a la naturaleza de su problema, el psicólogo explicará en términos claros y concretos los conceptos y nociones que la psicología científica ha aportado para la comprensión de su trastorno. Por ejemplo, a un paciente cuyo diagnóstico psiquiátrico es “Trastorno Bipolar tipo II” (y, por ende, ha padecido en el transcurso de su vida episodios cíclicos de hipomanía y de depresión), el psicólogo le transmitirá una explicación basada en las investigaciones en psicología.

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

Ya sabemos que los datos proporcionados en la psicoeducación permiten que el paciente tenga formas más saludables para afrontar futuras crisis depresivas o hipomaníacas. Ahora bien, ¿qué relación tiene la psicoeducación con los objetivos terapéuticos? Sigamos con el ejemplo de la bipolaridad.

Supongamos que el paciente con Trastorno Bipolar consume alcohol en exceso o drogas. Indefectiblemente, es necesario incluir en la agenda de trabajo que el paciente deje de consumir tales sustancias. Ya dijimos que los objetivos del tratamiento son acordados entre terapeuta y paciente, aunque muchas veces el psicólogo advertirá que los objetivos propuestos por el paciente no son racionales y deberá, por lo tanto, explicarle al mismo la necesidad de su reformulación. En este caso, la psicoeducación, permitirá que el paciente entienda que el consumo de sustancias aumenta drásticamente las fluctuaciones en su estado de ánimo y precipita la aparición de crisis.

Por ello, insistimos, la psicoeducación está íntimamente relacionada con la adherencia al tratamiento y a la aceptación racional por parte del paciente de los objetivos terapéuticos. En las depresiones severas, en la esquizofrenia, en los trastornos bipolares, en los casos de ansiedad patológica grave, en pacientes con un proceso de estrés intenso y demás cuadros clínicos de magnitud, los objetivos y expectativas del paciente son considerados. No obstante, el psicólogo propondrá la reformulación de los mismos a la luz del conocimiento específico derivado de los hallazgos de las investigaciones científicas contemporáneas del trastorno en cuestión.

De esto se desprende pues, y máxime en casos graves o complejos, que no podemos darle siempre al paciente la libre elección de sus objetivos, si estos aumentan la probabilidad de agravamiento de su estado psicológico.

2. La Formulación de objetivos y metas y su relación con las técnicas terapéuticas

La formulación de objetivos se halla íntimamente asociada al plan de tratamiento a implementar. Tal como planteamos en nuestro artículo sobre [Terapias Eficaces](#), el psicólogo le dará prioridad a aquellas técnicas que han mostrado su eficacia en estudios controlados de investigación clínica. Por ejemplo, si un paciente padece depresión pueden formularse los siguientes objetivos generales:

1. Que el paciente incremente la frecuencia de actividades placenteras.
2. Que el paciente pueda identificar y cuestionar creencias distorsionadas e irracionales sobre sí mismo, el ambiente y su futuro.

Nótese que ambos objetivos son casi ineludibles en el abordaje de la depresión y de ellos se desprenden procedimientos validados y conocidos por los psicólogos conductuales: la activación conductual (1) y la reestructuración cognitiva (2).

De todos modos, es necesario aclarar que, según las particularidades del caso en cuestión y la personalidad del paciente, el psicólogo adaptará tales objetivos generales en forma de metas específicas, realistas y concretas; acordes con la gravedad y complejidad de cada uno de los problemas que presenta el paciente.

Veamos dos ejemplos específicos de formulación de metas: “que el paciente pueda salir a caminar con un amigo, al menos una vez a la semana, durante 30 minutos” (meta derivada del primer objetivo general), “que el paciente pueda llevar un registro escrito de pensamientos alternativos a los pensamientos automáticos negativos que provocan su tristeza” (meta derivada del segundo objetivo general).

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

Como el lector habrá notado, intentamos establecer metas claramente definidas, concretas y concisas. La delimitación de objetivos y metas surgidas de una adecuada evaluación conductual del caso y también de los aportes propios de las investigaciones científicas del trastorno que padece el paciente evitan un abordaje caótico, facilitando el curso del tratamiento y la dirección de las intervenciones terapéuticas. Si el psicólogo no tiene en claro hacia dónde debe llegar el paciente, es poco probable que pueda ayudarlo consistentemente a cambiar su comportamiento.

Cerramos este apartado destacando que, durante la psicoeducación, el psicólogo le presentará al paciente las técnicas terapéuticas que implementará, otorgándole al mismo la posibilidad de plantear sus objeciones o diferencias con ellas.

3. Diferencias entre los objetivos de la TCC y los objetivos del Psicoanálisis

Un tema que no podemos omitir (y de hecho es una de las preguntas más frecuentes que nos formulan los pacientes en la primera sesión) es la diferencia entre los objetivos terapéuticos en TCC respecto de los del Psicoanálisis.

En Psicoanálisis, el objetivo consiste en la indagación y búsqueda de supuesto material inconsciente reprimido por el paciente. Las sesiones de Psicoanálisis no apuntan, por ejemplo, a la aplicación de técnicas de modificación de conducta, tales como la desensibilización en las fobias, la exposición interoceptiva en la ansiedad y el pánico, las técnicas cognitivas en casos de depresión, los ejercicios de focalización sensorial en ciertas disfunciones sexuales o la prevención de rituales en el trastorno obsesivo compulsivo.

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

En Psicoanálisis no se aplican técnicas de modificación de conducta pues su doctrina defiende la creencia en que la implementación de procedimientos cognitivos y conductuales directos de cambio obturará la aparición de supuesto material oculto inconsciente. A diferencia de la TCC, el Psicoanálisis propone un método exclusivo, la “asociación libre”, cuyo objetivo radica en la escucha del deseo inconsciente. Por ende, la dirección del análisis es ajena a la formulación de metas precisas y aplicación de técnicas puntuales para alcanzar la modificación de conductas, pensamientos y emociones.

El tratamiento postulado por la TCC no se encuentra basado en la premisa de que el paciente “oculta algo que debe develarse” ni considera que debe buscarse “algo detrás”. Por otra parte, considera que la idea planteada por el Psicoanálisis de que las conductas y síntomas de los pacientes caerán cuando se acceda al supuesto material oculto no posee apoyo empírico. En efecto, no existen estudios controlados de investigación científica que hayan demostrado la eficacia de la interpretación de los sueños o la asociación libre para el cambio del comportamiento. Esta diferencia no es menor: los objetivos son diametralmente opuestos entre ambos paradigmas. La ética dictamina que el paciente conozca claramente desde la primera sesión desde qué orientación trabaja el profesional.

La psicoeducación sobre el trastorno del paciente, los objetivos y las técnicas terapéuticas que se aplicarán se encuentran en íntima consonancia con la ética de la Terapia Cognitivo-Conductual, tema que analizaremos a continuación.

4. Objetivos terapéuticos y ética de la TCC

Hasta aquí el lector habrá notado que el psicólogo tiene un papel bastante activo y puntual en el establecimiento de objetivos y metas del tratamiento. Sabemos que

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

algunos lectores plantearán las siguientes preguntas: ¿y la subjetividad del paciente?; ¿acaso el paciente no tiene derecho a plantear él mismo los objetivos que quiere alcanzar en la terapia?; ¿el psicólogo le impone sus metas? ; ¿el paciente no opina? Todas preguntas pertinentes que atañen a cuestiones éticas importantísimas que son consideradas en Terapia Cognitivo-Conductual.

En primera instancia, recordemos que los objetivos y metas se formulan luego de la evaluación pormenorizada del caso por caso; por ende, estamos considerando la subjetividad y la particularidad única de la persona que nos consulta.

Respondiendo al segundo interrogante, destacamos que el psicólogo cognitivo conductual le pregunta indefectiblemente al paciente en la primera entrevista qué objetivos le interesa alcanzar con el tratamiento. Está claro que esto no puede desdeñarse y se considera fundamental en el tratamiento que se aplicará, aunque el psicólogo también deberá ajustar el motivo de consulta cuando el mismo no sea acorde a los estándares de salud que persigue el tratamiento psicoterapéutico.

Por ejemplo, si un paciente con alcoholismo le plantea al psicólogo que su objetivo es “tomar menos cantidad de alcohol”, el terapeuta le transmitirá durante las sesiones de psicoeducación que lamentablemente, el objetivo no es acorde a lo sugerido por los protocolos de tratamiento para el alcoholismo ya que resulta altamente probable que una ingesta incluso mínima de alcohol, derive en episodios de embriaguez. Y esta confrontación no es, por así decir, un capricho del profesional de turno, sino que se sustenta en la dirección del tratamiento establecida por las investigaciones clínicas y epidemiológicas existentes acerca de la prevención de recaídas en pacientes con alcoholismo.

En este ejemplo, nosotros mostramos que estamos respetando la subjetividad del paciente, pues trabajamos para que deje de consumir alcohol, aunque proponemos

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

objetivos más realistas y racionales. Dejar que el paciente tenga total libertad de elegir qué hacer ante la ingesta de alcohol significaría descuidar la ética, en un caso como el mencionado, porque el psicólogo ya conoce cuáles son las consecuencias negativas de avalar metas terapéuticas deslindadas de las investigaciones sobre la terapéutica del alcoholismo.

Nótese que el psicólogo orientado en TCC no impone la dirección del tratamiento al paciente, sin considerar su motivación; opuestamente, considera su motivo de consulta, pero propondrá los ajustes pertinentes emanados de las investigaciones científicas sobre su trastorno. Este punto nos da el pie para responder la tercera cuestión de este apartado, en el sentido en que el psicólogo perteneciente a la TCC no “impone” metas, sino que “propone” metas.

Por último, de más está decir que la ética de la TCC requiere que en la propuesta de objetivos que el psicólogo efectúa al paciente, el profesional le pregunte expresamente al paciente si está o no de acuerdo. En TCC adherimos a la aplicación del consentimiento informado y defendemos la idea que el paciente tiene derecho a opinar e incluso a plantear su disconformidad con la dirección del tratamiento. Afortunadamente, la mayoría de las veces, cuando el psicólogo ha llevado a cabo una evaluación correcta del caso y se halla por ende en condiciones de explicar claramente al paciente los fundamentos teóricos y clínicos de los objetivos a alcanzar, esto es muy bien recibido por los pacientes, ya que perciben que el psicólogo tiene un plan de trabajo específico para ayudarlo a superar su padecer.

En síntesis, la ética está íntimamente relacionada a la eficacia. El paciente nos deposita su confianza y nos pide que lo ayudemos a cambiar. La formulación de objetivos y de metas precisas es un componente central en TCC, pues incrementa la probabilidad de eficacia de los procedimientos seleccionados. Un tratamiento caótico

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

no es un tratamiento ético. La ética terapéutica implica que el psicólogo tenga en mente el cambio que desea alcanzar su paciente y, por supuesto, que posea él mismo como profesional claridad respecto del modo específico de dirigir el proceso terapéutico.