

# Terapia cognitiva: Mito y Realidad

Lic. Eduardo Bunge. [eduardobunge@psi.uba.ar](mailto:eduardobunge@psi.uba.ar)

Lic. Ricardo Rodríguez Biglieri. [rrodrig@psi.uba.ar](mailto:rrodrig@psi.uba.ar)

## Introducción

Todas las teorías son o serán falsas algún día. Esto se aplica tanto para las teorías más tradicionales como la psicodinámica, y para los modelos más recientes como el cognitivo, por ejemplo. Negarlo implica ignorar la historia del conocimiento e impide el avance del desarrollo de la práctica en salud mental.

El impacto de una postura no crítica respecto a los conocimientos actuales puede verse reflejado en las creencias de muchos terapeutas argentinos en torno al modelo cognitivo.

Dicho modelo, desde su aparición en los años 60, se impuso como una alternativa viable para el tratamiento de diversos trastornos, hasta llegar a ser ampliamente reconocido en numerosos países desarrollados.

En Argentina, si bien se observa un considerable crecimiento de las terapias cognitivas, surgieron numerosos cuestionamientos a dicha escuela. Muchos de ellos bien fundados y otros no tantos. Entre estos últimos se destacan los surgidos en base al desconocimiento de las premisas en las que reposan las TCC y en las críticas de escaso rigor epistemológico. Se desarrollaron a partir de dichas críticas “los mitos” respecto de la terapia cognitiva, algunos de los cuales se pretenden aclarar en este artículo.

En base a lo expuesto consideramos pertinente: en primer lugar, reforzar la noción de una postura crítica respecto de nuestros conocimientos. En segundo lugar, analizar algunos de los cuestionamientos clásicos al modelo cognitivo, teniendo en cuenta que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un modelo que aporta considerables beneficios a la psicoterapia pero tampoco es la panacea del mundo “psi”. Finalmente se resaltan las alternativas éticamente deseables que el modelo científico actual propone para zanjar estas dificultades epistemológicas.

## ¿Por qué una postura crítica?

Dentro del mundo intelectual suele darse como regla el temor de encontrarnos con cualquier evidencia que contradiga nuestras propias creencias. Es así como muchos terapeutas nos aferramos con uñas y dientes a los modelos que hemos aprendido y al mismo tiempo somos reacios a adoptar paradigmas contrapuestos con los propios. Por ejemplo, es frecuente ver como terapeutas de orientación psicoanalítica cuestionan el modelo cognitivo y como los cognitivos se aferran fanáticamente a él.

Bachelard afirmó que el hombre aprende contra el conocimiento. Es por ello que negarnos a cuestionarnos lo que ya sabemos nos impide crecer como agentes de la salud mental.

Popper, por su lado, postula que el espíritu científico no consiste en buscar la verdad sino en eliminar los errores y reforzar las mejores teorías.

Atarnos a un paradigma, sea cognitivo, psicodinámico o sistémico, no hará más que detener los avances en psicoterapia impidiendo una mejor atención de los pacientes que en definitiva, más allá del modelo que uno practique, es lo que todo terapeuta anhela.

## ¿Mitos y realidades?

Como dijimos anteriormente, es frecuente encontrar múltiples cuestionamientos al modelo cognitivo conductual. Cabe aclarar que el cuestionamiento en sí es lo que nos permitirá corregir los errores y que sería deseable que cada escuela tome la costumbre de cuestionar sus propios postulados.

Veamos entonces algunos de los principales cuestionamientos al modelo cognitivo y qué dice la evidencia al respecto, para poder discernir cuales de ellos estarían bien fundados y cuales no serían más que prejuicios basados en la falta de información.

**“La TCC etiqueta a las personas”.** Esto suele esgrimirse a partir del hecho que se realiza un diagnóstico de la problemática que presenta el paciente y en muchos casos se le comunica el mismo. Cabe aclarar que lo que se clasifica no es “la persona” sino el cuadro que ella padece, es decir el nombre que se le da al conjunto de síntomas y/o signos que la persona presenta, no lo que la persona “es”. Estas clasificaciones suelen ser necesarias para orientar el trabajo del terapeuta cualquiera sea la escuela. El psicoanálisis, por ejemplo, evalúa la estructura del sujeto y realiza clasificaciones como la de “neurosis”, “psicosis” o “perversión”. En terapia sistémica se observan los patrones de interacción, las soluciones intentadas, etc. En todos los casos, entonces, se diagnostica en base a cierta teoría. El error es pensar que las premisas sobre las que construimos nuestra nosología constituyen una realidad de hecho.

**“Cura el síntoma pero éste retorna”.** Es absolutamente cierto que muchos pacientes presentan recaídas e incluso que muchos otros ni siquiera responden al tratamiento. Esto puede deberse a que ciertos trastornos suelen caracterizarse por una predisposición a la recurrencia y que para muchos otros aún no se cuenta con tratamientos que den respuestas eficaces. Ahora bien, en muchos casos como los trastornos de ansiedad suele suceder que además de lograrse la remisión sintomática, muchas veces los logros terapéuticos pueden generalizarse a otros ámbitos. Por ejemplo, el paciente con un trastorno por pánico que logra re-evaluar sus pensamientos catastróficos respecto de las palpitations, puede lograr la re evaluación de otros temores también. Por otro lado, la premisa implícita en la noción de retorno del síntoma es que una vez resuelto el mismo, un paciente no debería presentar nunca más, suceda lo que le suceda a lo largo de su vida, ningún otro problema. El problema no es considerar esta noción como probable, sino considerarla como una verdad absoluta y no como una hipótesis.

**“Trata a todos por igual, no respeta la singularidad del paciente”:** El modelo cognitivo cuenta con manuales o protocolos de tratamiento y esto puede llevar a la confusión de que se implementa con cualquier paciente las mismas intervenciones. Ante esto sería pertinente aclarar que se trata de tratamientos específicos para trastornos específicos, con lo cual el modelo que se utiliza con un paciente con pánico no es el mismo que se utiliza con un paciente deprimido. Incluso dentro de los pacientes con depresión, por ejemplo, no hay un tratamiento igual a otro. Las estrategias suelen seguir una secuencia lógica pero el contenido de la sesión rara vez es el mismo entre distintos pacientes. Por otro lado, tal vez sea más preciso decir que las TCC tienen una noción diferente de singularidad; la cual se relaciona con la manera más íntima y particular que tiene cada ser humano de construir su mundo. Es decir, que la TCC respeta la singularidad del paciente, entendiendo por ésta a la forma única e irrepetible que tiene cada persona de adscribir significados.

**“Es un tratamiento superficial, no profundo”:** La metáfora de la profundidad en las terapias es ampliamente reconocida. Es cierto que la TCC no indaga los conflictos inconscientes tal como se los concibe en el modelo psicodinámico, pero ello no significa que no se aborden cuestiones nucleares o radicales con los pacientes, las cuales siguiendo la metáfora también podrían verse como “profundas”. Incluso hay modelos cognitivos basados en los “esquemas” para pacientes con trastornos de personalidad (Young) los cuales sorprenderían a quienes afirman que la terapia cognitiva es superficial. De todos modos sería recomendable dejar de homologar “profundidad” con “eficacia”, ya que por más profundo que realicemos un pozo en el jardín de nuestro hogar ello no implica que obtengamos petróleo.

**“Es un modelo anglosajón que no sirve con los pacientes argentinos”:** Es una gran verdad que el origen del modelo es anglosajón, que hay relativamente pocos estudios realizados con pacientes argentinos y que el modelo cognitivo rompe con el imaginario local de la terapia donde muchas veces completar una planilla de pensamientos puede ser visto como extraño por algunos pacientes. Claramente ello es uno de los mayores déficit con los que cuenta la psicoterapia en argentina, la falta de estudios que avalen la práctica de determinados modelos y es el precio que se paga por la falta de recursos económicos. Lamentablemente esto ocurre para la mayoría de las escuelas terapéuticas vigentes en nuestro país. Así como del psicoanálisis podría decirse que es un modelo vienés, la terapia sistémica un modelo americano y la gestáltica un modelo alemán; ninguno de ellos fue puesto a prueba en nuestro medio en estudios controlados que permitan tener una idea más clara de cómo operan dichos modelos en nuestros pacientes.

### **Modelo científico actual**

Teniendo en cuenta algunos de los aspectos recientemente mencionados, esta claro que la TCC no es la panacea de la terapia, pero ¿qué modelo puede jactarse de serlo?

Dijimos que todas las teorías son o serán falsas algún día. Agregamos ahora que estas son simples paradigmas cuyos resultados varían de acuerdo al ojo del observador. Si adoptamos esta filosofía del conocimiento ¿qué alternativa nos queda?

Hace unos años que en los países desarrollados se divulgó un modelo de psicoterapia basada en evidencia. Él mismo trabaja inagotablemente en mejorar las metodologías de evaluación de las psicoterapias para que la difusión de los tratamientos no dependa de la opinión del autor del modelo sino que sea lo más objetiva posible.

Es decir, la difusión de un modelo no dependerá de la opinión de un autor reconocido, sino de la posibilidad de demostrar resultados en estudios empíricos. En ellos se aplican metodologías de evaluación que impiden el sesgo del observador. Se comparan grupos de pacientes con diversos tratamientos, los grupos se forman aleatoriamente para impedir que los pacientes con niveles más leves de severidad vayan al grupo de tratamiento que se quiere evaluar. Además, quien evalúa la mejoría del paciente es un observador externo que no sabe qué tratamiento recibe dicho paciente y se realizan estudios de seguimiento a corto y largo plazo. Esto solo por mencionar algunas de las medidas que se toman para evaluar la eficacia de los tratamientos.

Al cabo de unos 50 años de investigaciones, hoy en día contamos con diversos tratamientos para las distintas patologías que dan muestra de su eficacia, aunque ello no

implica que funcionen para todos los pacientes y que no se requieran mejoras. Algunos de ellos son:

- TCC para los trastornos de ansiedad o el estado del ánimo,
- Terapia Interpersonal para la depresión,
- Psicoeducación para Pacientes con Trastorno Bipolar,
- Terapia conductual dialéctica para el caso de los trastornos límite de la personalidad,
- EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares) para el estrés post traumático,
- Sistema de análisis cognitivo conductual para la depresión crónica
- Terapia cognitiva basada en técnicas de “conciencia plena” (“mindfulness”) para la prevención de recaídas de pacientes que padecieron depresión crónica.

Esto es solo por mencionar algunos de los tratamientos que se hallan en constante revisión mediante las investigaciones.

Ante todo esto, consideramos que sería pertinente reconocer a la TCC como una opción pero también aspirar que sea superada poniéndonos al servicio de la salud mental, no de las teorías. Sería éticamente deseable que ahondemos nuestro conocimiento de los modelos que dan prueba de sus resultados pero no por ello cerrar las puertas a las nuevas alternativas que los superan. Y tener en cuenta, como dijo S. Freud, que: “la transformación de las opiniones científicas es evolución, progreso, y no demolición”. Si ello ocurriera los pacientes que se beneficiarían de nuestro ejercicio serían cada vez más, que en definitiva es a lo que todos aspiramos ¿O no?

- Beck, A. y Clark, D. (1997). El Estado de la Cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva. En I. Caro (comp.). Manual de Psicoterapias Cognitivas. Barcelona: Paidós.
- Borch-Jacobsen, M., Cottraux, J., Pluex, D., Van Riller, J., (2007) El libro negro del psicoanálisis. Vivir, pensar y estar mejor sin Freud. Buenos Aires : ed. Sudamericana.
- Colom, F. y Vieta, E., (2004). Manual de Psicoeducación para el trastorno Bipolar. Barcelona: Ars Medica.
- Freud, S.(1927). L’Avenir d’une ilusión, Paris, PUF.
- Klermann, et al, (1984). El abordaje interpersonal para la comprensión de la depresión.
- Linehan, M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders. Guilford Press, New York, NY.
- Young, J.; Klosko, J. (1999). Cognitive Therapy for Personality Disorders: A schema-focused approach. Resource Exchange Inc.
- Mc Culloch, J. P. (2000). Treatment For Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. London. The Guilford Press.
- Popper, K. (1969). Conjeturas and Refutations, Londres, Routledge and Kegan Paul.
- Shapiro, F. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures. New York: Guilford Press.
- Sacco, W.P.; Beck, Aaron T. (1995). Teoría y terapia cognitiva. En Beckham E.E. y Leber W.R. (eds.) Handbook of Depression. New York, Guilford Press
- Schramm, E (1998) Prólogo, prefacio y Cap. 5 “ Psicoterapia Interpersonal en visión de conjunto”. En Psicoterapia Interpersonal. Barcelona, Editorial Masson.