

RESPUESTAS A ALGUNAS OBJECIONES Y CRÍTICAS A LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

César Sparrow Leiva¹. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú

RESUMEN:

La *terapia cognitivo-conductual* (TCC) es un modelo de intervención o tratamiento de muy diversos trastornos psicológicos. Es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo. A la fecha, se han publicado centenares de estudios que indican la utilidad y efectividad de la TCC para numerosos trastornos psicológicos. No obstante aun persisten una gran cantidad de objeciones y críticas hacia ella. En este documento se responden las principales.

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual.

ANSWERS TO SOME CRITICAL AND OBJECTIONS TO COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

César Sparrow Leiva. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú

ABSTRACT:

The cognitive-behavioral therapy (CBT) is a model of intervention or treatment of a wide variety psychological disorders. This is the strategy most commonly used clinical intervention and with better results around the world. To date, there are hundreds of studies that show the usefulness and effectiveness of CBT for many psychological disorders. However are still a lot of objections and criticisms towards it. This paper will answer the key.

Keywords: cognitive-behavioral therapy.

La *terapia cognitivo-conductual* (TCC) es un modelo de intervención o tratamiento de muy diversos trastornos psicológicos. Es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo. Opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente. Consta de 3 fases o etapas: la evaluación, la intervención propiamente dicha, y el seguimiento. Se apoya en 4 pilares teóricos básicos: los aprendizajes *clásico* (Pavlov, Watson), *respondiente / operante* (Skinner), *social* (Bandura) y *cognitivo* (Beck, Ellis)².

¿Para qué es útil la Terapia Cognitivo-Conductual?

A la fecha, se han publicado centenares de estudios que indican la utilidad y efectividad de la TCC para numerosos trastornos psicológicos, e incluso físicos, alrededor del mundo. En 2001, Chambless &

¹ csparrowl@yahoo.es

² Una presentación en Power Point más completa sobre la TCC puede encontrarse en Conductitlan.net, el sitio web de la Asociación Oaxaqueña de Psicología, en la Sección "Shows – Psicología y Salud": Sparrow, C. (2007). *¿Qué es la Terapia Cognitivo-Conductual?* http://www.conductitlan.net/terapia_cognitivo_conductual.ppt / www.conductitlan.net

Ollendick revisan varias investigaciones que identifican intervenciones psicológicas empíricamente validadas o **Tratamientos con Apoyo Empírico** (TAE)³.

El estudio mostró que en las investigaciones compiladas, los procedimientos y técnicas cognitivos y conductuales son las intervenciones de elección específicas más útiles y efectivas para la mayor parte de los problemas de salud mental, tanto en adultos como en niños –a veces en combinación con la terapia farmacológica–. En adultos: en trastornos de ansiedad y estrés, como fobias social y específicas, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático; en trastorno bipolar y depresiones; en dependencia y abuso de sustancias, tabaquismo, cleptomanía, ludopatía, trastornos sexuales, parafilias, abusadores sexuales, trastornos de la personalidad, esquizofrenia y otras psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia, y trastornos del sueño. En niños: en trastornos de conducta, fobias, depresiones, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, enuresis, encopresis, trastornos de ansiedad y evitativo, retraso mental, autismo, etc. Asimismo, la TCC ha mostrado ser eficaz en la atención de algunas afecciones físicas como la demencia, los dolores crónicos por enfermedad reumática, los efectos colaterales de la quimioterapia para pacientes con cáncer; fibromialgia, diabetes, obesidad, migraña, entre otras.

Críticas y Objeciones a la TCC:

- *El tratamiento y la supresión de los síntomas son puramente superficiales; éstos retornarán más adelante o se sustituirán por otros*

R: Gran cantidad de estudios de seguimiento ha mostrado que la mayoría de las veces este fenómeno no se produce

Las recaídas corresponden generalmente a trastornos en los cuales ninguna estrategia psicológica ha obtenido una eficacia significativa permanente, por ejemplo, en la esquizofrenia o el trastorno antisocial de la personalidad. Los índices de eficacia de la TCC para síndromes de altísima incidencia, como los trastornos de ansiedad, rondan el 90% de casos recuperados o muy mejorados en estudios de seguimiento a más de 2 años.

No obstante, en las adicciones a sustancias psicoactivas, los índices de eficacia bajan abruptamente; sólo el 50% de los pacientes atendidos en comunidades terapéuticas que operan con los principios de la TCC se mantienen abstinentes por más de 2 años. Aunque desalentadoras, estas cifras son las más elevadas que hasta la actualidad se han reportado en lo que a adicciones se refiere.

- *La TCC es una intervención superficial porque sólo se dirige a atacar los síntomas o las conductas, mas no se ocupa de las causas de los mismos, a las cuales se subordinan*

R: La TCC no ignora las causas de los síntomas

Las causas a menudo determinan la elección de las estrategias terapéuticas a utilizar. Sin embargo, es en el contexto de investigación, más que en el clínico, donde se procura identificar dichas causas. La

³ Chambless D. & Ollendick T. (2001). Annual Review of Psychology. *Tratamientos con apoyo empírico: Controversias y evidencia*. Extraído de: <http://www.geocities.com/ansiedadvinculos/TAE.htm>

* Para información adicional al respecto, consultar la Tabla N° 2 al final del presente artículo: "Técnicas Conductuales / Cognitivas y Áreas de Aplicación".

clínica constituye el ámbito de aplicación de los conocimientos que han surgido y se han validado a través de la investigación.

La investigación provee de hipótesis y teorías explicativas acerca del comportamiento humano, las cuales se articulan según cada caso individual a fin de escoger las estrategias terapéuticas más apropiadas. A través de las entrevistas, tanto la *evaluación*, primera fase de la terapia, como una *anamnesis* o *historia clínica* detallada, nos ayudan a comprender mejor la historia de aprendizaje y las causas que originaron y mantienen los problemas particulares que presenta el cliente.

- *La TCC, al igual que el Conductismo, es mecanicista; ellos sólo se ocupan de «conductas» y de relaciones de Estímulo - Respuesta entre fenómenos, mas no de la subjetividad o de los aspectos más profundos y complejos de cada individuo; por lo tanto proponen paquetes con soluciones homogéneas, cosificadoras y totalizadoras, desconociendo o ignorando las particularidades personales*

R: No se ignoran las particularidades, los aspectos internos ni la subjetividad

Pero se cuestiona que los contenidos subjetivos tengan un estatuto especial, exclusivo o diferente de la conducta, ya sea ésta observable, verbal (lenguaje) o encubierta (pensamientos). El conductismo, en su vertiente operante, más que una psicología E→R, vendría a ser una R→E: Es la propia conducta la que genera las contingencias y los estímulos discriminativos activadores de respuestas (E^Ds). El sujeto se comporta y las consecuencias de sus acciones lo influyen recíproca e interactivamente.

La dificultad del estudio científico de los fenómenos mentales “subyacentes” estriba en su inaccesibilidad a la observación, la medición y el registro. El lenguaje, la conducta verbal, su adquisición y funciones, dan cuenta de los fenómenos mentales internos. El conductismo trata los aspectos subjetivos como funciones del lenguaje o conducta verbal. La noción de “inconsciente” es innecesaria para el análisis funcional de los problemas a tratar. No obstante, un punto flaco de las “terapias conductistas” ha sido su descuido en el abordaje de los trastornos de la personalidad, situación que ya se revierte de un tiempo a esta parte.

- *Las investigaciones que «demuestran» la supuesta eficacia de la TCC están sesgadas, ya que son efectuadas o son auspiciadas por grupos [de poder] interesados en favorecer la modalidad de terapia que más les conviene, o bien tienen direccionalidades políticas/económicas discriminatorias o explotadoras*

R: Las revisiones e investigaciones publicadas proceden de muchas partes del mundo

Prácticamente no hay región del mundo donde no se hayan realizado estudios de eficacia de terapias; hay centenares –elaborados por investigadores de muy diversas instituciones y varias nacionalidades–, desde los Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido y el resto de Europa, hasta la China comunista, Hong Kong, Japón y varios otros países del Asia. Los estudios de efectividad de las terapias psicológicas son aún escasos en África y varios países de América Latina; condición que se espera cambie en un futuro próximo⁴.

⁴ En el siguiente enlace electrónico pueden encontrarse las referencias de 256 estudios sobre la efectividad de las terapias psicológicas: Shadish, W. (2006): <http://faculty.ucmerced.edu/wshadish/psychotherapy.htm>

R: Las Terapias con Apoyo Empírico (TAE) están basadas en *Ensayos Clínicos Aleatorizados* que comparan un grupo terapéutico con un grupo de control en condiciones de máximo rigor experimental

- (1) Los pacientes son asignados aleatoriamente a las condiciones de tratamiento y control.
 - (2) Se utilizan diseños de *ciego* donde se desconoce el grupo al que pertenece el paciente.
 - (3) Los controles son rigurosos: no sólo hay pacientes que no reciben el tratamiento, sino que tanto pacientes como terapeutas reciben los ingredientes terapéuticos y *placebos* de forma creíble (doble ciego).
 - (4) Los objetivos son adecuadamente operacionalizados con indicadores.
 - (5) Los tratamientos son manualizados con detalladas descripciones de la terapia; la fidelidad a la guía se mide utilizando sesiones de video.
 - (6) Los pacientes reciben un número fijo de sesiones.
 - (7) Los pacientes cumplen el criterio de sólo un trastorno diagnosticado, y los que tienen múltiples trastornos son típicamente descartados.
 - (8) Los pacientes son seguidos durante un período fijo después del tratamiento.
- *Los manuales en los cuales se basan muchos de los diagnósticos especificados por la TCC (DSM-IV, CIE-10) son herramientas que psiquiatrizan o psicopatologizan cualquier supuesto problema que se considere socialmente desadaptado o "anormal" desde una óptica estadística, volviéndolo luego un "trastorno" a ser objetivado, cuantificado y tratado. Se deshumaniza así cada caso particular al pretender parametrarlo y generalizarlo, etiquetándolo como "inadecuado", lo cual involucra intereses de dominación socio-política y mercantil*

R: Los diagnósticos cognitivo-conductuales *pueden* estar basados en algún sistema de clasificación vigente, como los manuales psiquiátricos; no obstante ...

Pueden implicar también otro sistema de nomenclatura fiable y válido para definir y describir aquellos problemas que son "*alteraciones clínicamente significativas*", o sea, malestares que afectan persistentemente la vida de la persona en las áreas afectiva, social, laboral, académica o familiar. Por ejemplo, criterios de evaluación para categorizar "habilidades sociales" o "autoestima". Es necesario algún método que agrupe los problemas o síndromes presentados en categorías, para permitir que los clínicos evalúen la probabilidad de extrapolación de las muestras estudiadas, en el contexto de investigación, a su propia práctica. Sin alguna categorización, la síntesis de la evidencia es sumamente difícil, si no imposible. Cualesquiera sean las deficiencias y limitaciones de los sistemas diagnósticos vigentes, los críticos aún tienen que sugerir alguna alternativa factible que sea mejor.

- *Los enfoques científicos experimentalistas, reduccionistas o fisicalistas –cosificantes– no son los mejores métodos para el estudio de los problemas y avatares humanos; al respecto tienen más que aportar la filosofía, la sociología, la antropología, la lingüística y otras construcciones y disciplinas culturales*

R: La idoneidad de los métodos científicos para el estudio de los problemas humanos puede ser un tema discutible o de criterio particular, discrecional, sin embargo ...

¿Es ético que, conociéndose la eficacia de determinadas técnicas terapéuticas disponibles, un psicólogo las ignore o se niegue a su implementación por el hecho de adherir a un marco teórico diferente? ¿Es

justificable el sufrimiento de las personas y el mantenimiento de sus problemas cuando las investigaciones señalan la utilidad de procedimientos específicos para contrarrestarlos? ¿Por qué negarse a utilizarlos? ¿No sería razonable al menos preguntarle al paciente si desea que tales procedimientos le sean aplicados?

Normalmente, la persona que recurre a un profesional de la salud mental en busca de ayuda psicológica no se halla al tanto de la diversidad de enfoques existentes en el campo de la clínica; desea únicamente que el terapeuta la ayude a resolver los problemas que le ocasionan sufrimiento, de la manera más sencilla y rápida posible: una terapia eficaz. Lamentablemente, muchos psicólogos parecieran no darse cuenta de este hecho tan obvio y de puro sentido común: El pedido de efectividad no es escuchado.

Si el psicólogo elige determinada técnica simplemente por preferencia o porque “cree” en una teoría particular, no tan sólo desestima la importancia de la investigación científica para aliviar el sufrimiento humano, sino que también atropella el derecho de la persona de conocer y elegir la manera en que desea ser tratada. Cuando un psicólogo se niega a conocer la eficacia clínica de determinados tratamientos, le impide a los pacientes acceder a los mismos: El tratamiento que recibe el paciente queda librado al gusto o mejor parecer del terapeuta. Se le está ocultando, a veces por desconocimiento, otras por decisión dogmática, la existencia de procedimientos potencialmente eficaces para el tratamiento de su malestar, basados en la Psicología científica.

Este punto es CRÍTICO desde el punto de vista ético: La suerte del paciente depende no de los contrastes científicos, sino de las creencias subjetivas y la escuela u orientación a la cual el psicólogo adhiere.

❖ Entonces ...

No todos los tratamientos psicológicos son igualmente eficaces

Cuando tomamos un medicamento, confiamos que su eficacia ha sido puesta a prueba para saber si es acaso perjudicial, o si es igual o más o menos eficaz que no tomar nada o que tomar algún otro medicamento. No tomaríamos un medicamento que no sabemos si funciona o sobre el cual tenemos dudas o no disponemos de información suficiente sobre sus efectos. Del mismo modo deberíamos comportarnos respecto de las terapias psicológicas.

A diferencia de los medicamentos establecidos en el mercado formal, la mayoría de las terapias psicológicas disponibles carecen de pruebas científicas sobre sus efectos. El paciente debe seleccionar aquellas intervenciones psicológicas que están respaldadas por la comunidad científica: por pruebas científicas con apoyo empírico y un estricto CONTROL DE CALIDAD y, ante igualdad de condiciones, escoger la más breve y menos onerosa⁵.

El psicólogo clínico debe considerar que la situación de la psicología es precaria en muchos aspectos; la psicoterapia no se encuentra comprendida en la mayor parte de los planes de salud nacionales. Por lo tanto es preciso especificar la naturaleza y el alcance de los tratamientos psicológicos como un medio que garantice el avance y reconocimiento social e institucional de la disciplina.

⁵ Labrador, F., et al. (2007). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos: *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Extraído de: <http://www.cop.es/vernumero.asp?id=1062>

“Triste época la nuestra. Es más fácil desintegrar un átomo que superar un prejuicio.”
“Algo he aprendido en mi larga vida: que toda nuestra ciencia, contrastada con la realidad, es primitiva y pueril; y, sin embargo, es lo más valioso que tenemos.”
Albert Einstein

“Muchos pensarán que tienen motivo para reprocharme, diciendo que mis pruebas contradicen la autoridad de ciertos hombres tenidos en gran estima por sus inexperimentadas teorías, sin considerar que mis obras son el resultado de la experiencia simple y llana, que es la verdadera maestra.”
Leonardo Da Vinci

“Si una manera es mejor que otra, ello prueba que es el camino de la naturaleza”
Aristóteles

“La educación es lo que sobrevive cuando todo lo que se ha aprendido se ha olvidado.”
B. F. Skinner

Tabla N° 1 – “Qué funciona para quién”: Revisión sistemática de la Psicoterapia de Roth & Fonagy para el Departamento de Salud del Gobierno Británico (1996)⁶

	Terapias cognitivas / conductuales	Terapia interpersonal	Intervenciones familiares	Psicoterapia psicoanalítica	Consejería general
Depresión	++	++	o	?	o
Pánico / Agorafobia	++	o	o	o	o
Trastorno de ansiedad generalizada	++	o	o	o	o
Fobias específicas	++	o	o	o	o
Fobia social	++	o	o	o	o
Trastorno obsesivo-compulsivo	++	o	o	o	o
Trastorno de estrés postraumático	++	o	o	?	o
Trastornos de conducta alimentaria	++	++	?	o	o
Algunos trastornos de personalidad	++	o	o	?	o
Esquizofrenia	?	o	++	o	o
Trastorno bipolar	o	o	o	o	o

TERAPIAS PSICOLÓGICAS EMPÍRICAMENTE VALIDADAS PARA TRASTORNOS COMUNES EN ADULTOS	
<i>Clave para los juicios resumidos de Roth & Fonagy</i>	
++	= Claramente efectiva
?	= Promisoria o con apoyo de eficacia limitado
o	= No bien validada actualmente. <i>Esto indica una falta de evidencia suficiente para juzgar la eficacia. No implica necesariamente que haya buena evidencia de que una terapia en particular sea ineficaz.</i>

Nota: Desde la publicación de esta información, estos datos han cambiado, de modo que la TCC es ahora considerada también con buena evidencia en psicosis y limitada en trastorno bipolar, y la consejería con evidencia limitada en la depresión.

⁶ Lundbeck Institute (2005). CNSforum. *The development of Evidence-Based Psychotherapy*. Extraído de: http://www.cnsforum.com/magazine/nonpharmacological_treatment/psychotherapy/

Tabla N° 2 – Técnicas Conductuales / Cognitivas y Áreas de Aplicación⁷

Técnicas Conductuales / Cognitivas	Áreas de Aplicación
<i>Técnicas de relajación y respiración: Relajación progresiva, relajación diferencial, relajación condicionada, relajación pasiva; entrenamiento autógeno; técnicas de respiración</i>	Trastornos de ansiedad y estrés: fobias específicas, agorafobia, trastornos de ansiedad generalizada; depresión y trastornos ansioso-depresivos, insomnio, conductas adictivas, como alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia; trastornos de la alimentación en obesidad y anorexia nerviosa; agresividad, tics, tartamudez; en la atención de delincuentes institucionalizados; trastornos cardiovasculares, como hipertensión, arritmias y enfermedad de Raynaud; asma, trastornos gastrointestinales, dolor crónico (de espalda, artritis, dolor del miembro fantasma en pacientes amputados, colitis ulcerosa, etc.), dismenorrea funcional (dolor menstrual), lumbalgias, cefaleas, diabetes, cáncer, preparación a la hospitalización y a la cirugía, etc.
<i>Desensibilización sistemática (y variantes, como desensibilización automatizada, autodirigida y grupal, ira inducida, imágenes emotivas, etc.)</i>	Trastornos de ansiedad, como fobias; trastornos de la alimentación, como anorexia; disfunciones sexuales, cefaleas, asma, insomnio, alcoholismo.
<i>Técnicas de exposición: inundación, terapia implosiva</i>	Trastornos de ansiedad: trastorno obsesivo-compulsivo, fobias específicas, agorafobia, fobia social, trastorno de pánico.
<i>Técnicas operantes (Reforzamiento y castigo positivos y negativos, extinción, moldeamiento, desvanecimiento, encadenamiento, reforzamiento diferencial, costo de respuesta, tiempo fuera, saciación, sobrecorrección, economía de fichas, contratos de contingencias)</i>	Desarrollar y mantener conductas deseables, reducir y eliminar conductas indeseables; organización de contingencias, tanto en el ámbito familiar, escolar y laboral, como en la educación especial y en ambientes institucionalizados psiquiátricos. Hipocondriasis, depresión, anorexia nerviosa, esquizofrenia, trastornos sexuales, tabaquismo, toxicomanías, conductas autolesivas, autismo, retraso mental, conductas infantiles agresivas y disruptivas, enuresis, encopresis, rumiaciones, pica, coprofagia, tics, como síndrome de Gilles de la Tourette y bruxismo; tricotilomanía, onicofagia, obesidad; inadecuadas contingencias familiares y de relación de pareja.
<i>Procedimiento de modelado: aprendizaje observacional (vicario)</i>	Aprendizaje de nuevas conductas: habilidades académicas como la ortografía o el cálculo; educación para la salud, educación sexual, enuresis, encopresis, fobias específicas, psicosis, tabaquismo, retraso mental, autismo, adquisición de habilidades sociales en personas con déficit de asertividad, en alcohólicos, farmacodependientes, delincuentes, pacientes institucionalizados, etc.

⁷ Esquematación a partir de: Olivares, J. & Méndez, F. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*, 3ra. Edición. Madrid: Biblioteca Nueva.

Tabla N° 2 – Técnicas Conductuales / Cognitivas y Áreas de Aplicación (Continuación)

Técnicas Conductuales / Cognitivas	Áreas de Aplicación
<i>Técnicas de condicionamiento encubierto (Reforzamiento positivo, sensibilización, costo de respuesta, modelado y aserción encubiertos, detención del pensamiento)</i>	Trastornos de ansiedad: fobias específicas, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo; alcoholismo, tabaquismo y otras adicciones; trastornos sexuales: impotencia secundaria, fetichismo, travestismo, sadismo, paidofilia, exhibicionismo; ludopatía, cleptomanía, onicofagia, tricotilomanía, alucinaciones, autolesiones, conductas delictivas, déficit de asertividad, obesidad, dismenorrea, cáncer.
<i>Técnicas aversivas</i> [CON RESERVAS]	Alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías; rumiaciones obsesivas, conductas autolesivas, problemas de la orientación e identidad sexual, pica, obesidad, parálisis histéricas.
<i>Técnicas de Biofeedback (electromiográfico, electroencefalográfico, de temperatura periférica, de respuesta psicogalvánica, de presión sanguínea, del volumen sanguíneo, de la tasa cardíaca, de erección del pene, de los músculos del cérvix, etc.)</i>	Rehabilitación neuromuscular (torticolis espasmódica, parálisis facial, síndrome de Guillain-Barré, hemiplejía, espasticidad producida por parálisis cerebral, recuperación de la articulación tibiotarsiana); trastornos cardiovasculares y disfunciones circulatorias periféricas (enfermedad de Raynaud, cefaleas vasculares, arritmia cardíaca, hipertensión); problemas de ansiedad (ansiedad general, en asma); disfunciones sexuales (impotencia, exhibicionismo); trastornos gastrointestinales (encopresis, úlceras gástricas y duodenales, síndrome de intestino irritable); bruxismo, acné, cefaleas tensionales, miopía, epilepsia, dismenorrea primaria, dolor crónico.
<i>Entrenamiento en habilidades sociales</i>	Problemas de interacción social, tartamudez, fobia social, depresión; esquizofrenia y otras psicosis; disfunciones sexuales, problemas de pareja; tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones; anorexia nerviosa, obesidad, cefaleas, asma, espasmos abdominales, problemas dermatológicos crónicos, diabetes; integración y reinserción social de minorías marginadas: discapacitados, ex-convictos, etc.
<i>Técnicas de autocontrol</i>	Problemas de alimentación, ludopatía, tabaquismo y otras adicciones, hipertensión arterial, diabetes.
<i>Reestructuración cognitiva: Terapia cognitiva de Beck / Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis</i>	Depresiones, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, problemas de pareja y familiares, conducta suicida, disfunciones sexuales, impulsividad, agresividad, toxicomanías.
<i>Técnicas de resolución de problemas (D'Zurilla & Goldfried, Spivack & Shure, Mahoney)</i>	Esquizofrenia, problemas de pareja y familiares, delincuencia, obesidad, hipertensión.