

Síntesis de Métodos para el Cambio Cognitivo en Psicoterapia

Juan José Sánchez Sosa

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumido y adaptado de:

Haaga, D. A. & Davison, G. C. (1991). Cognitive change methods. In. F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.). *Helping People Change*, (pp. 248-304). New York: Pergamon.

El supuesto central en la propuesta cognitiva en psicoterapia es que las emociones y la conducta ocurren básicamente en función de cómo se conciben los sucesos. Esta propuesta suele incluir tres sistemas principales:

- Terapia racional emotiva conductual (Ellis, 1962).
- Terapia cognitiva (Beck, 1964).
- Terapia de solución de problemas (D'Zurilla & Golfried, 1971).

Se abordan tres aspectos centrales de los tres enfoques: a) cómo se desarrolla la psicopatología. b) procedimientos terapéuticos principales. c) aspectos prácticos y conceptuales. Este abordaje se hace para: pacientes adultos, en tratamiento individual, de consulta externa, sin síndromes psicóticos, y sin trastornos de la personalidad.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC)

Las premisas medulares de la teoría de desarrollo de la psicopatología de la Terapia Racional Emotiva Conductual son:

1. Los sucesos activadores (cambios de vida, pérdidas, contrariedades importantes, estrés, etc.) no producen directamente las consecuencias emocionales o conductuales.
2. Son las creencias sobre dichos sucesos las principales generadoras de sentimientos y acciones incluyendo las disfuncionales.
3. En especial, las creencias irracionales llevan a conductas y reacciones emocionales desadaptativas.
4. Son irracionales aquellas creencias con poco o ningún apoyo empírico en el ambiente del paciente o que no promueven su supervivencia o bienestar.

Ejemplos figurativos de algunas creencias irracionales básicas:

- a) Todo debe salirme muy bien y merecer la aprobación de todos, si no es así, soy una porquería.
- b) Todos deben tratarme con consideración y amabilidad, tal y como yo quiera; si no lo hacen debería condenárseles y castigárseles a todos por desconsiderados.
- c) Mis condiciones de vida deben ser tales que yo consiga todo lo que quiera fácil y rápidamente y que no me pase nunca nada que no quiera.

Algunas formas comunes de pensamiento irracional

1. Concluir que una situación incómoda o molesta es horrible e inmanejable.

2. Creer que una situación desafortunada no debe existir (puede llevar a alguien a deprimirse por perder una relación y añadir enojo por creer que aquello no debió ocurrir).
3. Juicios globales del valor de alguien como ser humano, habitualmente uno(a) mismo(a).
Generan hiper-autocrítica y ansiedad aun con funcionamiento aceptable. Son ilógicas al no existir una medida objetiva de “valor humano”.

Así, la autoestima per se no necesariamente es sana, sino la auto-aceptación valorada de aspectos específicos.

Procedimientos terapéuticos de la Terapia Racional Emotiva Conductual

1. Es muy activa y directiva, el terapeuta habla mucho, sobre todo en las primeras sesiones. La terapia busca...

- a) Persuadir al paciente de que un análisis REC es útil.
- b) Identificar las creencias irracionales más importantes relacionadas con su queja psicológica actual.
- c) Mostrarle al paciente cómo confrontar esas creencias.
- d) Generalizar esa habilidad hasta que el paciente pueda funcionar como su propio terapeuta, confrontando nuevas creencias irracionales.

2. El terapeuta racional emotivo conductual:

- a) Aclara que no se espera expresión de sentimientos ni análisis de sucesos de la infancia.
- b) Construye una descripción del suceso que ejerce más presión sobre el paciente, tal y como éste lo percibe.
- c) Determina los problemas emocionales y conductuales que el paciente percibe como causados por aquél suceso.
- d) Supone que algunas emociones negativas pueden ser apropiadas y no necesitan modificarse.
- e) Determina las creencias que ligan los sucesos activadores con las consecuencias.
- f) Distingue entre respuestas (del paciente) a creencias y a emociones.
- g) Usa la forma “¿qué se dice, o qué piensa cuando tiene la...?” (emoción).
- h) Distingue las respuestas racionales (iniciales) de las irracionales (secundarias), por ejemplo... una cosa es haber perdido un buen empleo y otra que esto sea trágico o lo convierta en “un perfecto idiota”.
- i) Persuade al paciente de los beneficios de substituir las creencias irracionales con racionales.
- j) Argumenta que se sentiría y funcionaría mejor si realmente creyera los pensamientos racionales
- k) Cuestiona lo “racional” de creencias específicas:
- l) Pregunta cuáles son los datos que sustentan una creencia, buscando cambiar los estilos personales de análisis del paciente.
- m) Busca qué estilo de cuestionamiento funciona mejor con cada paciente.

Procedimientos cognitivos de la Terapia Racional Emotiva Conductual

Si hay datos de que la situación del paciente es especialmente difícil, fundamentando así una evaluación negativa conviene...

- * “Des-catastrofizar” examinando varios ejemplos de lo peor que hubiera podido ocurrir.
- * Anticiparse al hecho de que muchas creencias, incluso las irracionales, están reforzadas culturalmente y es probable que se mantengan socialmente.

- * Dada la tenacidad de algunas creencias irracionales se requiere considerable esfuerzo del terapeuta y el paciente para generalizar y mantener los cambios cognitivos.
- * Albert Ellis promueve un estilo terapéutico intenso y de confrontación.
- * Se incluyen tareas a realizarse en casa, que van desde lecturas y grabaciones hasta despliegues de conducta exótica para mostrar al paciente que no le pasará nada.
- * Se propone que enfoques más graduales refuerzan indebidamente la creencia de que la incomodidad es intolerable.

Una variante de procedimiento en Terapia Racional Emotiva Conductual

- El principio de intervención intensa no debe llevar a que la racionalidad se convierta en otro “debe ser”.
- Como la TREC incluye considerable presión sobre el paciente éste puede desarrollar resistencia e incluso abandonar la terapia.
- Una variante, la Reestructuración Racional Sistemática (RRS) propone la elaboración de una jerarquía.
- Se busca, además de un estilo con menos confrontación, graduar las creencias de menor a mayor esfuerzo para pensarlas racionalmente.
- Se evalúa tanto la precisión de los sucesos activadores como las inferencias del paciente.

Investigación de resultados en Terapia Racional Emotiva Conductual

- * La validez de constructo de las medidas de irracionalidad de las creencias es dudosa.
- * Suelen confundirse con ansiedad rasgo o afectividad negativa.
- * Funciona muy bien con ansiedad en exámenes y ansiedad social.
- * La variante RRS es tan eficaz como el entrenamiento conductual estándar en asertividad y menos eficaz en casos de fobias simples o agorafobia.
- * Afecta más al autoinforme que a la conducta o a medidas fisiológicas de ansiedad.

Algunos problemas de la TREC

- La investigación de resultados no delimita cómo funciona la terapia.
- No se ha probado que alterar la auto-crítica por tener síntomas genere el cambio terapéutico.
- Tampoco que el efecto surja del estilo intenso de confrontación.
- El propio Ellis propone que si el procedimiento central no funciona se usen otros procedimientos clásicos como relajación o auto-afirmaciones de afrontamiento.

TERAPIA COGNITIVA CLÁSICA (“Beckiana”).

El título es un tanto engañoso pues desde sus inicios esta terapia incluye numerosas técnicas conductuales. Esta terapia reconoce la importancia de factores biológicos, emocionales y conductuales y en ella se proponen tres niveles cognitivos: a) sucesos (“events”), b) procesos, c) estructuras.

Ejemplificados en la depresión estos niveles cognitivos de la terapia serían:

- * Sucesos: Son pensamientos e imágenes que se dan en el flujo de la conciencia, especialmente pensamientos negativos automáticos.
- * Procesos: Son los que transforman y procesan los estímulos ambientales, incluyen la atención, la abstracción y la codificación de información

* En el deprimido estos procesos están sesgados, muestran tendencia a formarse juicios sin sustento de manera sistemática y consistente.

* Por ejemplo, cuando piensan que las cosas nunca mejorarán a pesar de que otras opciones son plausibles.

Principales tipos de sesgo cognitivo

* Abstracción selectiva: formarse conclusiones a partir de un detalle o suceso aislado.

* Sobre-generalización: sostener ideas extremas a partir de sucesos particulares y aplicarlas a otros escenarios aunque no se parezcan.

* Pensamiento dicotómico: pensar en términos de todo o nada, categorizando experiencias o gente en uno de dos extremos.

Estructuras cognitivas

- Son características cognitivas más o menos estables que gobiernan la interpretación de los sucesos, como en el caso de creencias negativas típicas (esquemas que contienen creencias o actitudes implícitas “almacenadas”).

- También pueden concebirse como una estructura con una red de elementos interconectados que reflejan una “arquitectura”.

- En condiciones normales están latentes y se activan ante sucesos negativos, generando pensamientos automáticos negativos, tristeza, pérdida de energía, etc.

Procedimientos terapéuticos de la Terapia Cognitiva

* Para depresión consiste típicamente en un programa de 15 a 25 sesiones aunque hay variabilidad.

* El terapeuta frecuentemente busca realimentación del paciente sobre las conclusiones que éste va sacando respecto de las conversaciones (si va “agarrando la onda”).

* El terapeuta también escudriña las reacciones del paciente a la terapia y al propio terapeuta (busca datos más que suponerlos).

El terapeuta:

- Promueve la adopción de una lista de tópicos a abordarse al principio de cada sesión buscando: a) enfoque, b) acuerdo sobre prioridades y c) transferencia gradual de la responsabilidad del terapeuta al paciente.

- “¿Sobre qué quiere que nos concentremos hoy?” o (al final) “¿qué le pareció más importante de lo que cubrimos hoy?”.

- Aborda las expectativas del paciente respecto a la terapia. Por ejemplo, el deprimido tiende a creer que mientras no se sienta mejor no tiene porqué activarse.

Técnicas Conductuales en la Terapia Cognitiva

* Son especialmente importantes al principio de la terapia. En el deprimido buscan romper el círculo vicioso representado por la siguiente secuencia:

- a) Nivel reducido de actividad
- b) Sensación de incompetencia personal
- c) Desesperanza e impotencia
- d) Inmovilidad exacerbada

- e) Carencia de reforzamiento
- f) Talante deprimido y triste

- * El terapeuta promueve el aumento de actividad que hace posible el reforzamiento buscando un cambio cognitivo.
- * Junto con el paciente se buscan datos de que el pesimismo contribuyó a disminuir el nivel de actividad haciendo deseable (como meta) más optimismo.
- * Se le señala al paciente cómo su interpretación de los cambios y el resultado del procedimiento conductual contrasta con sus interpretaciones previas.
- * Las tareas conductuales se diseñan expresamente para que sus resultados sean relevantes a las cogniciones del paciente.

Procedimientos conductuales comunes en la TC

- * Programación de actividades de creciente dificultad.
- * Se le encargan al paciente tareas placenteras y de dominio, señalando cómo mejoran tanto el ánimo como la determinación de prioridades a futuro.
- * Asignación de tareas orientadas a metas (parciales o pequeñas) con seguimiento y dando crédito al paciente por los éxitos que vaya logrando.
- * Se puede usar imaginación guiada como pre-ensayo para vencer obstáculos.

Técnicas cognitivas propiamente dichas

- * Buscan identificar, evaluar y modificar pensamientos automáticos desadaptativos mediante el uso de preguntas clave tales como:
 - a) ¿Cuáles son los datos? (a favor o en contra de un pensamiento).
 - b) ¿Hay otra forma de verlo o explicarlo?
 - c) ¿Cómo puede someterse a prueba?
 - d) ¿Cómo afecta su pensamiento?
 - e) ¿Qué es lo peor que puede realmente pasar?
 - f) ¿Qué se puede hacer para resolverlo o evitarlo?

* Ante la posible reacción del paciente: “Lo entiendo y concuerdo intelectualmente pero no lo siento así emocionalmente”, se recomienda añadir:

- a) Ensayo conductual (role play) revertido, el terapeuta sostiene el pensamiento automático negativo y el paciente tiene que defender la respuesta racional.
- b) Expectativas o estándares realistas. El paciente lo cree pero aún no sólidamente.
- c) “Vea si le queda” se persuade al paciente de que lo considere o lo intente.

Generación de hipótesis sobre creencias básicas

- * Métodos enfocados al contenido de las cogniciones:
 - a) Conecte pensamientos automáticos con creencias subyacentes. “Y eso ¿cómo le molestaría?, en secuencia sucesiva.
 - b) Atienda a palabras globales que use el paciente ya que pueden reflejar creencias implícitas.
 - c) Indague sobre las explicaciones del paciente a pensamientos automáticos que coinciden con buen humor.

d) Ponga atención especial a pensamientos auto-referidos. Pueden implicar creencias cruciales.

Métodos enfocados específicamente a la forma de las cogniciones

* Determine el sesgo cognitivo más prevalente o típico en los pensamientos automáticos del paciente. Pueden adoptar la forma de generalizaciones casi absolutas.

* Note los pensamientos automáticos cuya exploración se asocia con emociones intensas pues suelen ser los más relacionados con creencias fundamentales

Investigación de resultados en la Terapia Cognitiva

* En cuanto al sustento teórico (cómo opera) hay resultados variados, a veces contradictorios por problemas metodológicos.

* En cuanto a efectividad terapéutica, es particularmente eficaz en el tratamiento de pacientes deprimidos, no bipolares ni psicóticos. También hay menos recaídas.

* Combinada con medicamentos antidepresivos parece más eficaz pero las diferencias no son significativas.

* No se recomienda en casos de problemas graves de pareja.

Aspectos conceptuales de la TC

* La psicopatología se asocia con varias formas de distorsión o sesgo cognitivo.

* Pero la depresión puede asociarse con percepciones más realistas en una probable relación curvilínea:

a) Disforia leve asociada con realismo.

b) Depresión clínica, con distorsiones negativas.

c) Ausencia de depresión con distorsiones positivas.

Procesos heurísticos y distinciones

* Con problemas o no, la gente usa representaciones esquemáticas del conocimiento y procesos heurísticos que pueden llevar a imprecisiones.

* La distinción puede residir más en el contenido de los sesgos cognitivos, que en que los haya o no.

* La acción constructiva (“qué puedo hacer”) y el pensamiento divergente (“¿hay otra forma de concebirlo?”), serían por tanto más importantes para la eficacia terapéutica.

TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (TSP)

En este sistema los problemas se definen como situaciones en las que no hay opciones de respuesta disponibles para el paciente. Conductual o cognitivamente la terapia busca:

a) Establecer opciones de respuesta efectivas.

b) Aumentar la probabilidad de que el paciente elija la mejor respuesta de entre esas opciones.

c) El proceso culmina cuando la situación ya no es problemática y los efectos colaterales son razonablemente favorables.

Un proceso más educativo...

- * Propone un esquema orientado a que el paciente aprenda a resolver diversos problemas actuales y futuros.
- * Ventaja: Se promueve que la mejora clínica se generalice.
- * Posible desventaja: El tratamiento puede entrar en conflicto con que el paciente espere ayuda rápida de un experto para resolver problemas específicos.

Etapas de la TSP

1. Orientación sobre el problema. Es una etapa principalmente motivacional que busca fincar:

- a) Una actitud positiva hacia la solución de problemas.
- b) Habilidad para identificar problemas.
- c) Aceptación de los problemas como algo modificable y como retos más que amenazas.
- d) La convicción de que la TSP es viable y útil.
- e) Expectativas altas de auto-eficacia para poner en práctica las tareas requeridas por la terapia.
- f) El hábito de detenerse, pensar y luego actuar, más planeada que impulsivamente y sin darse por vencido.

2. Definición y formulación de problemas

- a) Recolección de toda la información pertinente al problema en términos específicos.
- b) Separación de hechos, de suposiciones cuestionables.
- c) Análisis del problema en sus componentes o partes (¿qué lo define como problema? ¿qué es lo molesto de él?).
- d) Especificación de metas realistas. Si son demasiado ambiciosas el paciente nunca estará satisfecho con el resultado.

3. Generación de opciones

- a) Posposición de juicios. No ser crítico de principio sobre opciones preliminares (común en deprimidos).
- b) Generación de tantas opciones como sea posible.
- c) Establecer primero direcciones generales (estrategias) y después formas específicas de instrumentación (tácticas).
- d) Insistir en que el paciente no quede fijado en tácticas, perdiendo de vista las estrategias.

4. Toma de decisiones

- a) Se calcula la utilidad de estrategias y tácticas en función de sus posibles consecuencias, y...
- b) En función de que el paciente pueda llevarlas a cabo adecuadamente.
- c) Se incluyen consecuencias a corto y largo plazo, positivas y negativas, en caso de adoptarse o no dichas estrategias y tácticas.

5. Instrumentación y verificación de soluciones

- a) Supervisión de la ejecución o desempeño.
- b) Observación y registro sistemático de los resultados de la ejecución, de cambios en la situación y de las consecuencias.
- c) Evaluación, comparando los resultados con las metas.
- d) Reforzamiento ante resultados aceptables y avance a otros problemas.

Revisión del avance en términos de:

- a) Diagnóstico (en su caso) de la falla.
- b) Comparación de las consecuencias que ocurrieron con las esperadas.
- c) ¿Fueron realistas las metas?
- d) ¿Le faltó entrenamiento al paciente para ejecutar lo necesario?
- e) Al principio el terapeuta es más directivo, al final funge más como asesor.

Investigación de resultados de la TSP

- * Deprimidos inicialmente muy estresados pero hábiles para resolver problemas experimentan mucho menos estrés que los poco hábiles.
- * La secuencia en etapas es realmente útil.
- * Mejora las competencias de afrontamiento y reduce el consumo de alcohol en bebedores problema.
- * En deprimidos, la reducción de síntomas se asocia con eficacia auto-informada en la solución de problemas.
- * La generación de opciones numerosas no necesariamente mejora los efectos.

Aspectos conceptuales específicos de la TSP

- * Se aplica mejor a situaciones de toma de decisión estáticas, con decisiones relativamente irreversibles.
- * Apoya un enfoque calculador en la vida diaria.
- * Se podría sugerir que, en realidad la vida está llena de problemas y que sólo algunos requieren realmente el enfoque TSP.
- * Ser calculador requiere bastante esfuerzo para una mayoría de pacientes.

TERAPIAS COGNITIVAS EN GENERAL

Estrategias de control de estímulos para mejorar la adherencia en este tipo de terapias

- * Explicar al paciente las razones que justifican una tarea.
- * Señalar la correlación entre terminar tareas y la mejoría clínica.
- * Inducir el compromiso para completar cada tarea.
- * Asignar tareas por escrito.
- * Empezar con tareas sencillas.
- * Negociar los detalles de las tareas con el paciente.
- * Verificar que el paciente entienda cada tarea.
- * Anticiparse y cuestionar posibles razones para no realizar las tareas (no “verle caso”, no tener tiempo, etc.).
- * Re-etiquetar la tarea, a algunos pacientes no les gusta el término “tarea”. Se puede usar “ejercicio de auto-ayuda.”
- * Permitir al paciente llamar telefónicamente al terapeuta e informar en cuanto haya logrado cumplir una tarea.