CORRIENTE COGNITIVA

Por N. Sabaté

Albert Ellis en 1956 inicia una nueva corriente en psicoterapia que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual. Algunos años después, Aaron T. Beck (1962) inicia una nueva propuesta en psicoterapia que la denomina Terapia Cognitiva. Ambas corrientes, junto con nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, actualmente están comprendidas en la Corriente Cognitivo Conductual que adopta el modelo de la ***psicología cognitiva***.

La terapia cognitiva, la terapia racional-emotiva, y la terapia cognitivo-conductual está entre los tratamientos psicosociales empíricamente probados en los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente.

Vamos ha exponer cada una de las terapias englobadas en la psicología cognitiva:

TERAPIA COGNITIVA

Conceptos básicos:

- La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo:
    - Este modelo postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos.
    - La situación por sí misma no es la que determina lo que una persona siente, sino la forma en que la persona interpreta la situación.
- Las reacciones pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas.
- La psicoterapia cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro, es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan.
- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su realidad.
- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- Las personas pueden acceder a los contenidos cognitivos.
- La modificación de las creencias y esquemas es central en el proceso de cambio.
- Los *pensamientos automáticos* son:
    - Pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino que aparecen automáticamente.
    - Los pensamientos automáticos son los contenidos de las distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales.
    - Las características generales de los pensamientos automáticos corresponden a que:
        - Son mensajes específicos, que parecen taquigráficos.

        - Estos pensamientos pueden tener forma verbal y/o visual (imágenes).
        - Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
        - Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
        - Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
        - Conllevan una determinada percepción y valoración de los eventos. Así pues: 1) los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros. 2) Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas. 3) La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros.
- Los pensamientos automáticos surgen de las *creencias*.
    - Las creencias son ideas tomadas por la persona como verdades absolutas.
    - Las creencias centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, pues no tienen clara conciencia de ellas.
    - Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo.

Características de la terapia cognitiva:

- La alianza terapéutica, la colaboración y participación activa del paciente son importantes en el proceso terapéutico.
- Es un enfoque orientado al problema y objetivos.
- La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.
- Este modelo psicoterapéutico destaca pues, por:
    - Su brevedad.
    - Estar centrado en el presente, en el problema y en su solución.
    - El carácter preventivo de futuros trastornos.
    - El estilo de cooperación entre paciente y terapeuta.
    - La importancia de las tareas de auto-ayuda realizadas entre sesiones.
- Se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, ansiedad, depresión, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.)
- Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y las conductas de un individuo están determinados por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.
- Las cogniciones del sujeto se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.
- Las estructuras cognitivas denominadas ***esquemas*** dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas.
    - Los esquemas son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.
    - Los esquemas personales se desarrollan en la vida temprana pudiendo ser adaptable o desadaptable, universal o idiosincrásico, positivo o negativo.

  - Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo, pero ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos).
  - Los esquemas vienen influenciados por la historia del desarrollo del niño.
  - En las situaciones estresantes, los esquemas negativos latentes pueden ser activados por las circunstancias similares al evento original. Se evocan pensamientos o esquemas automáticos que tienden a ser redundantes y fuera de la lógica, con lo cual se genera una reacción desmesurada del afecto y de la conducta.
- El terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando los síntomas.
- La terapia implica una modificación de las estructuras cognitivas o esquemas con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará una modificación de las respuestas emotivas y/o conductuales.
- Se utiliza el concepto de reaprendizaje (Ej Modelo social cognitivo de Bandura, 1986).
- El proceso posee un carácter educativo (o reeducativo), capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.
- Se buscan experiencias de aprendizaje dirigidas a ***enseñar al paciente*** las operaciones de:
  - Darse cuenta de las distorsiones cognitivas.
  - Controlar los pensamientos automáticos negativos.
  - Identificar las relaciones entre cognición, conducta y afecto.
  - Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.
- Se parte de la base de que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas influye en el estado afectivo y en las pautas de conducta de una persona.

Los pensamientos pueden revelar distorsiones y errores de la lógica cuyo resultado puede llevar a los trastornos psiquiátricos, cuando el paciente se sensibiliza a situaciones que evocan tales distorsiones cognitivas, no pudiendo regular la conducta. En estos momentos la persona no controla el sentido común y las cogniciones negativas de sí mismo, del mundo, y de su futuro.

Distorsiones cognitivas o errores sistemáticos asociados con la depresión:

- La *inferencia arbitraria*: es el proceso por el cual se adelantan las conclusiones específicas en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
- La *abstracción selectiva*: los detalles se sacan de contexto y se ignoran los datos pertinentes, conceptuándolos como una experiencia entera.
- La *personalización*: se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.

- *Pensamiento absoluto*: todas las experiencias se ponen en las categorías extremas y el paciente selecciona las más negativas.
- *Sobregeneralización*: proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre si.
- *Maximización y minimización:* se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado sobre la base de la evidencia real.
- *Pensamiento dicotómico o dolarización:* tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas obviando la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Metas de la terapia cognitiva:

- Revelar los síntomas y prevenir el trastorno futuro.
- El terapeuta será activo y director que se preocupará y ayudará en la transferencia y los problemas de resistencia.
- La estrategias iniciales del tratamiento se dirigen a clasificar el modelo teórico, definir el problema y revelar los síntomas.
- Las hipótesis testables son cruciales para entrenar al paciente a identificar sus pensamientos automáticos.
- Es central la inscripción del problema y las prioridades a tratar que se incorporarán al plan de tratamiento global y a las agendas de cada sesión.
- Se usa el diálogo Socrático guiado para que el paciente aprenda a identificar las cogniciones desadaptativas y las asunciones subyacentes para probarlas a través de la consideración de alternativas.
- Se espera que el cambio conductual ocurra a través de la comprobación de las hipótesis y gracias a la asunción más realista y adaptable y aumentando las conductas congruentes.
- La técnica cognitiva permite identificar, probar y corregir las distorsiones mediante la supervisión de los pensamientos negativos automáticos, reconocer los afectos y la conducta. Se permite sustituir las interpretaciones de la realidad distorsionadas, cambiando la disfuncionalidad y corrigiendo las creencias.
- Una vez una asunción se identifica, el paciente y el terapeuta se comprometen en un proceso de prueba de validez, es decir, determinar su aplicación universal, los pro y contra, las evidencias, etc.

¿Cuál es la aplicación de la terapia cognitiva en los niños y adolescentes?:

- Se necesita entrevistar a la familia entera para observar y corregir el contexto en que los síntomas aparecen en el entorno familiar.
- Es difícil evaluar y probar los pensamientos automáticos en los niños, incluso después de haberlos reconocido.
- La naturaleza de la alianza terapéutica en los niños y adolescentes difiere del adulto.
- Los jóvenes no perciben la necesidad del tratamiento. Creen que el problema es de los padres.
- Según algún autor, postula que en adolescentes es preferible enseñar maneras alternativas de percibir los eventos, que identificar y corregir los errores lógicos.
- La terapia debe clarificar al adolescente que no puede controlar su conducta.

- Los jóvenes tienen dificultades para las sesiones largas, toleran bien las que duran unos 30 minutos, complementadas con las reuniones con el adulto familiar.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC)

La terapia racional emotiva conductual representa un puente entre la terapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual.

Enfoca su atención en la identificación de las cogniciones distorsionadas y la eliminación de las fuentes que causan los síntomas.

Características de la TREC:

- Busca el cambio de personalidad profundo y duradero.
- Las creencias expresan los valores que forman la apreciación y evaluación de la realidad y no tanto la propia interpretación.
- Las creencias irracionales son asunciones no empíricas sostenidas que se forman en la vida temprana.
- Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente.
- El trastorno psicológico deriva de las creencias irracionales. La creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.
- La terapia tiene como fin, no solo tomar conciencia de las creencias irracionales, sino también la sustitución activa por creencias más racionales y la puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.
- Postula el modelo A-B-C del funcionamiento psicológico: considera que la mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos. Define las tres variables implicadas en el modelo atribucional donde:
    - A: equivale a los acontecimientos.
    - C: las consecuencias.
    - B: las creencia sobre A
- No son los acontecimientos externos los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas sino el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre los eventos, quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos.
- El que esos eventos (A) tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias (C), produciendo estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales, dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de cada sujeto particular (B).
- Los tres focos pueden y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una TREC. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobretodo en la modificación de creencias irracionales.

Técnicas de tratamiento

- Las primeras fases consisten en la *identificación y valoración del problema*.
    - Se ha de determinar la existencia real del problema y si pertenece al niño o a los individuos del ambiente que le rodea.
    - La fase de análisis del problema es continua en la terapia.
    - Las cogniciones distorsionadas, las emociones y las conductas con contribuyen al problema, se integran en el plan de tratamiento.
    - A más niveles de relación mayor serán las revelaciones de las preocupaciones centrales.
    - En la valoración también se han de incluir las habilidades cognitivas y las debilidades.
    - Se ha de valorar el grado de dominio del lenguaje y la capacidad de distanciarse del problema.
    - Se han de identificar las condiciones antecedentes y consecuentes de la conducta, designando la severidad de las emociones desadaptativas.
    - Es útil ayudar a los jóvenes a acceder a sus propios sentimientos y pensamientos, al igual que mantener el mecanismo de auto-instrucciones.
- La siguiente fase es la de *adquisición de habilidades*.
    - Se ayuda a usar la habilidad de resolución de problemas.
    - Se ayuda a tomar responsabilidad del control de las emociones y sentimientos a través del pensamiento racional.
    - Aprender a tranquilizarse antes de tomar una acción.
    - En los adolescentes se les enseña las diferencias entre las creencia racionales e irracionales, y la habilidad del pensamiento crítico.
- La fase final consiste en la *aplicación fuera de la sesión* terapéutica de las habilidades de pensamiento racional recientemente aprendidas.
    - Se asignan tareas fuera de la sesión.
    - La aplicación fuera permite supervisar los efectos y los sentimientos asociados.
    - Se puede utilizar el refuerzo positivo.
    - Para disminuir las resistencias del niño o adolescente para aplicar tareas fuera de la sesión, se puede desarrollar un sistema de refuerzos, cooperación y colaboración de los padres.
- La colaboración de los padres en todas las fases facilita un resultado positivo.
- Se ayuda a los padres ha comprender las creencias disfuncionales básicas y las alternativas más constructivas para ayudar al desarrollo del niño.

Clasificación de las principales técnicas de la TREC:

En función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados destacan tres grupos de técnicas:

TÉCNICAS COGNITIVAS:

- *Detección*: Consiste en buscar las creencias irracionales que conducen a las emociones y conductas perturbadoras. Se suelen utilizar auto-registros con un

listado de creencias irracionales que permite su identificación o un formato de auto/preguntas.

- *Refutación*: Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales planteadas y que posteriormente puede emplear el paciente. (Ejemplo, "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.).
- *Discriminación:* Se enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
- *Definición*: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta (p.e. cambiar el “No puedo” por “Todavía no pude”..)
- *Técnicas referenciales:* Se pide al paciente hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

TÉCNICAS EMOTIVAS:

- *Métodos humorísticos*: se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
- *Auto-descubrimiento*: El terapeuta puede mostrar que también es humano y ha tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador.
- *Modelado vicario*: Se emplean historias, leyendas y parábolas para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
- *Inversión del rol racional*: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.
- *Ejercicio de riesgo*: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias persona desconocidas para superar el miedo al rechazo).
- *Repetición de frases racionales* a modo de autoinstrucciones.

TÉCNICAS CONDUCTUALES:

- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.
- Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
- No demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.
- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Metas de la terapia cognitivo-conductual:

- La terapia cognitivo-conductual pretende aliviar los síntomas y cambiar el estilo de presentación del mundo del paciente a través de tareas que el terapeuta propone.

- Se basa en el supuesto de que el pensamiento lógico asegura la mejor forma de enfrentarse a los problemas, cambiando las creencias y los pensamientos negativos.
- La función del terapeuta será la de ayudar al paciente a cambiar las actitudes negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro.
- Ofrece a los pacientes oportunidades de aprender y practicar conductas y cogniciones a medida que responden a las demanda grupales en continua evolución.

Técnicas de tratamiento:

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

- Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez.
- Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Clasificación de las principales técnicas de la terapia cognitivo-conductual:

TÉCNICAS COGNITIVAS:

- *Detección de pensamientos automáticos*: se entrena a los sujetos para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones y conductas a esa situación o evento. Se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o mediante la discusión de las expectativas terapéuticas que permitan detectar los pensamientos automáticos.
    - "¿Qué quiere decir con...?"
    - "¿Por qué razón piensa o cree eso?"
    - "¿Por qué es tan importante eso que piensa para usted?"

- *Clasificación de las distorsiones cognitivas*: se enseña a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerles frente.
    - "De los errores cognitivos vistos, ¿qué tipo de error sería este?"
    - "¿Qué alternativas podríamos encontrar a ese error?
- *Búsqueda de evidencias* para comprobar la validez de los pensamientos automáticos:
    - (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.
    - (2) Diseñar un experimento para comprobar una determinada hipótesis. A partir de ello, el paciente predice un resultado y se comprueba.

  - (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.
  - (4) Usar preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente.
- *Concretizar las hipótesis*: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones se operacionalizan lo más claramente posible para su contrastación. se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.
- *Reatribución*: el paciente se hace responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.
    - "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?"
    - "¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera..?"
- *Descentramiento*: al paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante la recogida de información proveniente de otros se puede comprobar esa hipótesis.
- *Descatastrofización*: el paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta realiza preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.
- *Uso de imágenes*: consiste en usar imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Pueden utilizarse imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.
- *Manejo de supuestos personales*:
  (1) Uso de preguntas tales como:
    - Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.
    - Preguntar por la evidencia para mantenerla.

  (2) Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.
  (3) Diseñar un experimento para comprobar la validez de la asunción.

TÉCNICAS CONDUCTUALES

- *Programación de actividades incompatibles*: se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema.
- *Escala de dominio/placer*: llevar un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y anotar para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona. Esta información se utilizará para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.
- *Asignación de tareas graduadas*: cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.
- *Entrenamiento asertivo*: se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.

- *Relajación:* es utilizada para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.
- *Rol-playing*: se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.
- *Exposición en vivo*: el paciente es enfrentado de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que disminuyan sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

¿Cuál es la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en niños y adolescentes?

- Se asume que el niño es un participante activo que interpreta y registra experiencias.
- En la mayoría de los niños y adolescentes se da más importancia a las estrategias eficaces para el control de la conducta y el estilo cognitivo reflexivo que al problema de las cogniciones distorsionadas.
- Es necesario enseñar al niño a identificar y resolver los problemas.
- Con la edad, el niño se vuelve más reflexivo. Las estrategias que se llevaran a cabo en las intervenciones deben considerarse con relación al nivel de desarrollo de las habilidades cognitivas, la atención, la memoria, y las habilidades sociales del niño.
    - El niño en un nivel de desarrollo cognitivo concreto pueden llegar al uso de la estrategia de la resolución de problemas, pero pueden perderse en los detalles del proceso.
    - El niño en un nivel de desarrollo cognitivo pre-operacional funcionan en un aquí y ahora. Son incapaces de planificar la resolución de problemas de una situación.

BIBLIOGRAFIA:

Alford, B. & Beck, A. (1997) The Integrative Power of Cognitive Therapy. New York: Guilford Press.

Bandura, A. (1986) Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Beck, J. (1995) Cognitive Therapy, Basics & Beyond. New York: Guilford Press.

Ellis, A. (1994) Reason & Emotion in Psychotherapy, Revised and Updated. New York: Carol Publishing.

Lazarus, R. (1991) Emotion and Adaptation. New York: Oxford University Press.

Safran, J. (1998) Widening the Scope of Cognitive Therapy. . Northvale (1996): Jason Aronson.