

La terapia cognitiva: Una visión general

«La emoción no es un proceso que pueda apartarse del resto de las actividades humanas y es a través de la cognición que estas adquieren una representación significativa»

Albert Ellis

Diego Zuluaga Mejía*

Resumen

El enfoque cognitivo ha explorado y analizado la estructura y funcionamiento de los aspectos internos del ser humano. Los procesos internos o variables cognitivas describen las creencias, las atribuciones, los pensamientos, las estrategias cognitivas, las imágenes, las expectativas y los esquemas, a través de los cuales el ser humano procesa información. Cuando ello es disfuncional, aparece la psicología cognitiva. Para intervenirla, las terapias cognitivas tienen como premisa la modificación de la cognición para cambiar los afectos y la conducta, y algunas de ellas son: condicionamiento encubierto, entrenamiento autoinstruccional e inoculación del estrés, detección del pensamiento, resolución de problemas, autocontrol encubierto, terapia racional emotiva, cognitiva conductual, centrada en los esquemas, de valoración cognitiva, lingüística de evaluación, de constructos personales, cognitivo - narrativa, postracionalista y psicoterapia constructiva

Palabras claves:

Psicoterapia cognitiva, distorsión cognitiva, procesamiento de información.

Resulta incomprendible tratar de elaborar una teoría de la conducta humana congruente, dejando de lado los procesos cognitivos, siendo estos los que le dan al hombre su principal característica como ser pensante. La comprensión del comportamiento humano como producto de una relación entre estímulos y respuestas desconociendo el rol de los procesos cognitivos como variables mediadoras o intervinientes entre estos dos eventos, refleja un reduccionismo que no nos permite explicar satisfactoriamente el comportamiento humano. Para superar y trascender esta visión tan simplista, mecanicista y ambientalista, se fue desarrollando, dentro del enfoque comportamental, la corriente cognoscitiva, configurándose de esta forma los modelos mediacionales (Mahoney, 1983).

Una variable mediacional es un factor inferido (no observado) que relaciona el estímulo de entrada con la respuesta de salida. Inferido significa no observado y no, no observable. Los psicólogos del enfoque cognitivo han explorado y analizado sistemáticamente la denominada «Caja Negra de Skinner», es decir, han estudiado la estructura y el funcionamiento de estos aspectos «privados, internos y ocultos» del ser humano. El conocimiento psicológico ha evolucionado y es necesario reconocer que existen modelos más actualizados dentro del enfoque comportamental, debido a las limitaciones de los modelos inicialmente propuestos (no mediacionales, mecanicistas), lo cual representa

el proceso lógico del desarrollo científico. El ser humano posee un mundo «público» y un mundo «privado». El primero hace referencias a los comportamientos manifiestos y públicamente observables y, el segundo, a los comportamientos encubiertos como los pensamientos, los sentimientos y los recuerdos.

El enfoque Cognitivo ha descrito las siguientes variables cognitivas:

- a) Las **creencias**, que son consideradas reglas para la acción, proporcionadas por los padres, maestros u otras figuras vinculares durante la infancia e internalizadas por el individuo.
- b) Las **atribuciones**, que se refieren a las explicaciones que el individuo da un evento observado, es decir, la causa percibida de algo que acontece.
- c) Los **pensamientos**, consisten de frases internalizadas, diálogos privados, un lenguaje interior. El individuo habla consigo mismo al pensar.
- d) Las **estrategias cognitivas**, hacen referencia a las operaciones mentales que el individuo realiza secuencial y lógicamente para la resolución de un problema que es planteado por la persona misma o por otros.
- e) Las **imágenes**, que se consideran representaciones mentales de un objeto, persona o situación.
- f) Las **expectativas**, son las consecuencias anticipadas de nuestro comportamiento, es decir, el ser humano tiene la capacidad de prever los efectos de sus acciones.
- g) Los **esquemas**, son estructuras cognitivas que le permiten al individuo interpretar la realidad y organizar su experiencia. Se forman en la infancia por medio de las relaciones con las figuras vinculares (padres, maestros, hermanos). Representan un conjunto de ideas con respecto a sí mismo y los demás. Son el resultado de la cultura y la educación. Por medio de tales variables o procesos cognitivos, el individuo recibe, selecciona, elabora, transforma, interpreta, procesa y construye la información que le llega de la realidad interna y externa, lo que significa que el ser humano no es un receptor pasivo de la estimulación sino un procesador activo y permanente de la información que recibe. En este sentido, Palacio (1990) plantea que cada unidad del conocimiento debe ser considerada como producto de la interacción del sujeto que conoce y el objeto conocido, de tal manera que puede tomar la forma de una serie de construcciones o aproximaciones continuas a la realidad. Agrega, que el cerebro no copia la realidad, sino que construye de una forma activa su propio modelo.
 - h) Si para las teorías sensoriales, la percepción es el intermediario en la interacción Organismo - Medio, para las teorías motrices, la actividad del organismo sería el intermediario. Esta actividad se expresa a nivel motriz (exploración del medio), a nivel sensorial (detección y selección de la información) y a nivel cognitivo (elaboración y prueba de hipótesis).
 - i) En ocasiones, el procesamiento de la información se distorsiona y se torna disfuncional, alterándose una o varias de las variables cognitivas previamente señaladas, contribuyendo significativamente a la iniciación y mantenimiento de diversos problemas psicológicos como depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultad en las relaciones interpersonales, fobias, bajo rendimiento laboral, etc., configurándose el modelo cognitivo de la psicopatología. La ilustración más conocida y completa de dicho modelo, es la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Beck, 1983 y Beck y Freeman, 1985), la cual plantea que este trastorno afectivo es el producto de una percepción negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.
 - j) También se genera comportamiento anormal cuando la persona tiene creencias irracionales, atribuciones falsas, imágenes y auto instrucciones

negativas, bajas expectativas, déficit en la resolución de problemas y esquemas desadaptativos tempranos. En tal sentido, Ferrer (2003) se refiere al «Enfoque cognitivo informacional de los trastornos mentales», siendo este un modelo que logra una integración de los aspectos teóricos del paradigma de procesamiento de información, con los aspectos técnicos y prácticos de la Terapia Cognitiva como tal.

k) Para abordar los problemas psicológicos que surgen de estas distorsiones cognitivas o patrones erróneos de pensamiento, se ha propuesto la Terapia Cognitiva. La premisa fundamental de este enfoque psicoterapéutico consiste en que el afecto y la conducta son primordialmente funciones de la manera como las personas elaboran, estructuran e interpretan su mundo, estableciéndose una estructura tridimensional: lo que pensamos, sentimos y hacemos, dándose una interacción y retroalimentación permanente entre tales dimensiones. Al respecto, Ellis (1980) plantea que en el ser humano ocurren cuatro procesos: percepción, movimiento, pensamiento y emoción, los cuales están relacionados integralmente entre sí.

l) Por lo tanto, la Terapia Cognitiva pretende modificar los sentimientos y las acciones a través de una intervención sobre los procesos cognitivos. Para Beck (1979, citado por Riso, 1992), los objetivos de dicha terapia son: a) ayudar al paciente a percatarse de las distorsiones cognitivas (inferencia arbitraria, sobregeneralización, magnificación, minimización, personalización, razonamiento dicotómico, etc.); b) que el paciente reconozca las relaciones existentes entre el pensamiento, el afecto y la conducta y c) sustituir los pensamientos disfuncionales por interpretaciones más realistas y lógicas. Clark y Beck (1989, citados por Caro, 1997) plantea que la Terapia Cognitiva es una terapia estructurada, con límite de tiempo y orientada al problema que pretende aliviar el malestar psicológico mediante la modificación de los esquemas disfuncionales (creencias) y del procesamiento de la información sesgado. Para conseguir un cambio cognitivo, la TBC. utiliza una gran variedad de técnicas de intervención de otras escuelas psicoterapéuticas, es una forma de eclecticismo técnico, aunque las formas principales de intervención son la persuasión verbal y la comprobación empírica de hipótesis.

m) Guidano y Liotti (1980, citados por Palacio, 1990) plantean que el objetivo de la T.C. es el cambio de los aspectos del conocimiento del paciente que le producen un sufrimiento innecesario. La terapia toma la modalidad de un debate científico, en el sentido de un trabajo cooperativo entre terapeuta y paciente, de exploración, búsqueda y modificación. La función del terapeuta es enseñarle al paciente a reconocer sus teorías causales y sus implicaciones, la forma de probarlas, la utilidad de los experimentos que pueden desaprobar dichas teorías. El aspecto más interesante de la terapia es la intención del terapeuta por conservar una perspectiva científica. El consultante aprende a enfrentar su problemática de una forma similar a la que utiliza un científico al explorar las reglas que gobiernan la relación entre los fenómenos naturales. La relación terapéutica es eminentemente racional, pero el «contrato» permite el análisis y utilización de los sentimientos, emociones y comportamientos para el logro de los cambios cognitivos deseados.

Por su parte, Cormier y Cormier (1994, citados por Puchol, 2002) conceptualizan la Terapia cognitiva como un conjunto de técnicas que ayudan al cliente a determinar la relación existente entre sus percepciones y cogniciones y las emociones y conductas resultantes; a identificar las percepciones autopunitivas o defectuosas y a sustituir estas cogniciones por patrones de pensamiento más adaptativos y funcionales. En

todas las técnicas, un objetivo fundamental es aprender a identificar y manejar esas cogniciones.

Ferrer (2003) menciona las siguientes características de la Terapia Cognitiva: a) propende por hipótesis cognitivas integradoras, con un modelo y una metodología propia de la psicología científica cognitiva. b) se enfatiza el elemento cognitivo en su propuesta explicativa y de intervención para los trastornos mentales y del comportamiento, sin descuidar la importancia que puede tener la participación de otros elementos (afectivos, comportamentales, biológicos y sociales), c) los «productos cognitivos» (pensamientos automáticos) son el resultado de transacciones entre la situación, las creencias de las personas y los mismos procesos cognitivos, lo que permitirá entonces tener una mayor claridad sobre la dinámica que sigue la conformación de estos productos, d) además de los principios técnicos y científicos, involucra el análisis y comprensión de planteamientos ideológicos, filosóficos, humanistas y existenciales, entre los que se puede contar con propuestas para el análisis de la conciencia, la libertad, la intencionalidad de las acciones y el desarrollo de un sentido y filosofía de vida, e) presta atención a las metacogniciones de las personas como base para la aparición de los trastornos psicológicos, pero reconoce que la sola idea o deseo de cambio, no puede alterar las condiciones de la vida de los sujetos, f) reconoce que hay que tener presente las relaciones con el entorno, las diferencias individuales y la interacción dinámica de múltiples factores como el terreno propicio para generar procesos terapéuticos dinámicos, de mayor eficacia y eficiencia en la intervención de los problemas psicopatológicos. g) pretende conocer de la manera más clara posible la forma como los sujetos humanos procesan la información.

En resumen, lo que se realiza es una reconstrucción de las estructuras cognitivas del paciente y de sus teorías causales, es decir, hacer que el paciente tome conciencia de sus declaraciones como «teorías», que son las reglas que dirigen, mantienen y previenen el cambio comportamental y emocional, por medio del cuestionamiento lógico, la crítica permanente y la confrontación de sus interpretaciones erróneas de la realidad.

La Terapia Cognitiva tiene dos corrientes, una técnica y otra conceptual. Dentro del primer grupo se incluyen: a) Condicionamiento Encubierto (Cautela, 1966) con sus diferentes modalidades como son la Sensibilización Encubierta, los reforzamientos positivo y negativo encubiertos, la extinción y modelado encubiertos. El eje central de esta estrategia es la modificación de las imágenes; b) Entrenamiento Autoinstruccional e Inoculación del Estrés, los cuales tratan de fomentar el pensamiento positivo en situaciones de estrés (Meichenbaum, 1977); c) Detención del pensamiento (Taylor, 1955), por medio de la cual se intenta controlar las ideas obsesivas; d) Entrenamiento en Solución de Problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971) el cual pretende enseñar a las personas a enfrentar y resolver los problemas eficazmente y facilitar la adecuada toma de decisiones; e) Autocontrol Encubierto (Thoresen, 1981), en donde el propio individuo y con la asesoría del terapeuta, realiza a nivel cognitivo, una reestructuración sistemática de los antecedentes y consecuentes internos actuales de la conducta problema.

Dentro de la corriente conceptual se incluyen: a) La Terapia racional emotiva conductual (Ellis, 1962), cuyo objetivo es modificar el conjunto de creencias irracionales que subyacen a los problemas emocionales; b) La Terapia cognitivo-conductual (Beck, 1979), que pretende cambiar las distorsiones cognitivas que mantienen la conducta patológica; c) La Terapia centrada en los esquemas (Young, 1987, citado por Caro, 1997), la cual es considerada como una expansión de la Terapia cognitiva estándar. Su núcleo central son los esquemas desadaptativos tempranos los cuales se definen como patrones extremadamente estables y resistentes de pensamiento que se desarrollan durante la

infancia y son elaborados a través de la vida de un individuo. Tales esquemas moldean el procesamiento de experiencias posteriores en la vida y son activados por estímulos ambientales. La aplicación de éste ósculo a la acción terapéutica se desarrolla en dos fases. En la primera se busca identificar y activar dichos esquemas y en la segunda, modificarlos a través de diferentes estrategias cognitivas, experienciales y conductuales.

Caro (1997) menciona y describe otras estrategias terapéuticas de más reciente aparición: d) La Terapia de Valoración Cognitiva (Wessler, 1984, 1987). Su teoría se configura sobre el aprendizaje social y la teoría interpersonal y sus procedimientos incluyen elementos de la terapia centrada en el cliente, la terapia gestalt y la terapia racional emotiva. La TVC toma de la teoría general de sistemas el supuesto de la interdependencia entre los componentes - afecto, conducta y cognición-, e) La Terapia Lingüística de Evaluación (TLE, Isabel Caro, 1990). Su sustrato teórico se encuentra en la teoría de la semántica general y representa la aplicación de tal teoría a los problemas clínicos.

Maneja los siguientes supuestos: 1. La evaluación entendida como un proceso clínico. Toda reacción psicológica es una evaluación. Cuando conocemos evaluamos y nuestras evaluaciones tienen dos vertientes, una no verbal y la otra verbal. 2. La orientación intencional. Se manifiesta en lo que el paciente siente, se dice y nos comunica. Cómo usamos el lenguaje y de cómo esto se relaciona con problemas. Existen tres tendencias básicas que representan cómo aportamos significado, cómo conocemos a través del lenguaje: **Identificar**, es decir, convertir palabras en «hechos». Ejemplo: «Soy un fracaso»; **anticipar**, es decir, anteponer palabras a «hechos». Traer el futuro al presente y convertirlo en una certeza. Adelantarnos a los acontecimientos. Lingüísticamente, se manifiesta en enunciados con verbos en tiempo futuro. Ejemplo: «no quiero salir de excursión con mi familia, pues vamos a tener un accidente»; **intencionalización**, incluye los dos anteriores. Se manifiesta cuando se utiliza un lenguaje sin matices, absolutista, rígido. Ejemplo: «todo lo que he hecho lo he hecho mal». 3. La orientación extensional. Entrar en contacto con los «hechos» de forma continua. La meta terapéutica principal radica en hacer que el paciente desarrolle una actitud distinta frente al uso del lenguaje reconociendo, sobre todo, lo que suele ser una saludable diferenciación: aquella que se establece entre palabras y «hechos».

f) La Terapia de constructos personales (TCP, Kelly, 1955). Consiste en la aplicación clínica de la siguiente postura filosófica «todas nuestras interpretaciones actuales del universo están sujetas a la revisión o sustitución». Como modelo psicológico, la teoría de los constructos personales (TCP) pretende entender e investigar la tendencia humana a atribuir significado a las cosas mediante el estudio de la estructura del sistema de creencias personales, sus procesos constantemente cambiantes, y la naturaleza social de incluso nuestras convicciones más privadas. Intenta cambiar la construcción del sí mismo del cliente y sus circunstancias.

g) La Psicoterapia Cognitivo-Narrativa (PCN, Osear F. Goncalves, 1995; Poikinghorne, 1998; Terrell y Lyddon, 1996). Tiene como objetivo llevar al cliente a construir, en el curso de su interacción con el terapeuta y con su comunidad conversacional, una realidad múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significación. Se intenta que el cliente construya un discurso narrativo rico en términos de multiplicidad, complejidad y coherencia, adaptado a las exigencias impuestas por una sociedad que es esencialmente multivocal, multicultural y Multifrénica. El término cognitivo, hace referencia a que todo problema existencial es un problema de conocimiento y, el término narrativa, significa que a través de la narrativa se organiza y se transforma este conocimiento. Esta actitud narrativa se divide en cinco elementos esenciales que estructuran, a su vez, otras tantas fases del proceso terapéutico:

recuerdo, objetivación, subjetivación, metaforización y proyección, h) La Terapia cognitiva posracionalista (Vittorio F.Guidano, 1995) y j) La Psicoterapia constructiva (Michael J. Mahoney, 1995).

Este panorama general del origen, evolución y estado actual de la Terapia Cognitiva, nos permite apreciar una visión más amplia, compleja y comprensiva de la Psicoterapia en general, del conductismo mediacional y del enfoque comportamental en el estudio del comportamiento anormal y en su respectiva intervención terapéutica.

Bibliografía

AYUSO, J.L. y SALVADOR, L (1992).Manual de Psiquiatría. Madrid: Me Graw-Hill Interamericana de España.

BECK, A.y FREEMAN, A. (1985) Terapia Cognitiva de los Trastornos de personalidad. Barcelona: Ediciones Paidós ibérica, S,A.

BECK, A. (1983) Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer

CARO, I. (1997) Manual de psicoterapias cognitivas. Compiladora. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A. 1ª. Edición.

ELLIS, A. (1980) Razón y Emoción en psicoterapia.2ª edición. Bilbao: Desclee de Brouwer

MAHONEY, J.M. (1983). Cognición y modificación de conducta. México: Editorial Trillas.

PALACIO, JA. (1990). Terapia estructural cognitiva. Una concepción sobre los procesos de cambio personal!. Universitas Xaveriana Cali. No. 5 37-61

RISO, W. (1992). La Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información. Medellín: Ediciones gráficas Ltda.

THORESEN, C. y MAHONEY, J.M. (1981). Autocontrol de la conducta. México: Fondo de Cultura Económica.

ZAGMUTT, A. y RUIZ, A. (1988). Terapia Cognitiva Hoy: una actualización. Revista Terapia Psicológica. Año VII., No. 10. 7-14.

FERRER B., Alberto. ¿Qué es y qué no es la Terapia Cognitiva? En Boletín de la Asociación Colombiana de Terapia Cognitiva (ACOTEC). Medellín: Año 1 N°1 Ab rí! de 2003.

PUCHOL E., David. Teoría y práctica de la psicoterapia cognitivo-conductual. En Memorias del 3er. Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2002. Valencia, España.