

El ABC de la Terapia Cognitiva

Lic. Javier Martín Camacho

-Año 2003-

info@javiercamacho.com.ar

Introducción

El presente artículo hará un breve recorrido por los principales lineamientos de la Escuela de Psicoterapia Cognitiva.

En los últimos años el auge, desarrollo y expansión de los modelos cognitivos le ha dado a esta orientación un lugar central dentro de las psicoterapias. Es importante establecer una diferencia entre Psicología Cognitiva y Psicoterapia Cognitiva, si bien ambas están relacionadas, los autores más destacados de la Psicología Cognitiva hicieron sus principales desarrollos lejos de los consultorios de clínica psicoterapéutica en la mayoría de los casos, marcando una clara diferencia con otros modelos.

Los modelos cognitivos ponen especial atención a las cogniciones, entendiendo por estas en un sentido amplio a las ideas, los constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas, etc.. La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular.

Los desarrollos cognitivos se extendieron a muchos ámbitos que exceden la práctica de la psicoterapia, como por ejemplo la educación, la inteligencia artificial, las organizaciones, etc..

Un aspecto relevante de los modelos cognitivos es la sistematización de sus tratamientos y el especial cuidado en cuanto a las validaciones empíricas; esto hizo que la psicología científica se acercara a la práctica psicoterapéutica.

Diferencias entre la Psicología Cognitiva y la Psicoterapia Cognitiva

La palabra Psicología deriva del griego, psique (ψυχή): alma, mente, espíritu, vida y logos (λόγος): palabra, razón, inteligencia, pensamiento. Entonces entendemos etimológicamente a la psicología como la razón o la palabra con sentido que puede dar cuenta de la mente humana o del espíritu.

Por otra parte la palabra Psicoterapia, también deriva del griego psique (ψυχή): alma, mente, espíritu, vida y terapeuo (θεραπεύω): que significa cuidar, cultivar, tratar, curar, podríamos traducirla como el cuidado del alma o de la vida.

Ya Sócrates proponía que la gente hiciera psicoterapia en el sentido etimológico del término, que cuidara y cultivara su espíritu. El sentido griego de la palabra ψυχή era más amplio que el de nuestra palabra alma o espíritu actual.

Por otra parte etimológicamente Cognitiva deriva de otra palabra griega que es gnome (γνώμη) que significa facultad de conocer, entendimiento, razón, juicio. La misma palabra se utiliza para aquella famosa y célebre sentencia que sintetiza el espíritu griego, la muy conocida “Conócete a ti mismo” (γνώθι σαυτόν τό).

Podemos decir entonces haciendo un análisis etimológico y conservando la significación original, que la Psicología Cognitiva será el estudio y comprensión de las facultades del entendimiento humano, y abarcará los diferentes procesos de la adquisición de conocimiento. En cambio la Psicoterapia Cognitiva será el cuidado y cura del espíritu mediante la razón. Podríamos traducir esto a un lenguaje más

fluido diciendo que es un procedimiento mediante el cual se puede conocer, mejorar, curar y cultivar el alma humana.

La Psicología Cognitiva estudia procesos básicos tales como la memoria, la concentración, la formación de conceptos, el procesamiento de la información, etc.. En cambio la Psicoterapia Cognitiva, diseñó métodos específicos (tratamientos) a partir de algunos desarrollos de la Psicología Cognitiva, que permiten ser aplicados a distintas personas con distintas problemáticas para mejorar su calidad de vida, solucionar problemas humanos y tratar trastornos mentales. También es importante señalar que la Psicoterapia Cognitiva no se basa exclusivamente ni es un desarrollo tecnológico de la Psicología Cognitiva (Ingram, 1986; Ibañez, 1988; Tous, 1989). En este trabajo pondremos especial énfasis en la Psicoterapia Cognitiva, ya que como dijimos si bien sus desarrollos son paralelos y existen algunos elementos que se relacionan, la práctica clínica no se sustenta ni encuentra su fundamentación exclusiva en los principios básicos de la Psicología Cognitiva.

Los antecedentes de la Psicoterapia Cognitiva

El principal antecedente histórico de la Terapia Cognitiva que se suele citar es el de Epícteto quien en el Enchiridion, en el Siglo I, dice: “No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas”. En esta frase se pone de manifiesto uno de los preceptos básicos de la cognitiva, lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó, el sentido o la atribución de significación, en síntesis la construcción particular de la realidad. El estoicismo es el referente filosófico más importante, desde Cicerón hasta Marco Aurelio se destacó el lado subjetivo de la realidad y el papel estrecho que los pensamientos juegan en las pasiones, elementos centrales que serán retomados y desarrollados por la Cognitiva. El Cognitivismo también toma aportes de autores como Kant y más actualmente de filósofos existencialistas, aunque es importante señalar que existen muchas líneas y escuelas dentro de la Psicoterapia Cognitiva y cada una de ellas toma algún referente particular.

En el campo de la Psicología uno de los principales exponentes fue Piaget que realizó importantes estudios, fundamentalmente en el desarrollo, maduración y adquisición de las capacidades cognitivas de los niños.

Particularmente la Psicoterapia Cognitiva surgió a partir de dos fenómenos:

- a- El Simposio de Hixson y el surgimiento de las Ciencias Cognitivas: en este famoso Simposio, celebrado en 1948, se sientan las bases de un nuevo paradigma que centra su atención en el procesamiento de la información.
- b- Los escasos resultados terapéuticos que obtenían las psicoterapias hegemónicas, tanto el psicoanálisis como el conductismo, particularmente en los trastornos depresivos.

El Cognitivismo surgió fundamentalmente como una reacción a los modelos y desarrollos conductuales, ya que para estos últimos la persona respondía sólo a partir de condicionamientos o aprendizajes ambientales, para la Cognitiva no sólo importará el estímulo, sino principalmente la particular configuración que la persona haga de esos estímulos, lo que se dio en llamar el Paradigma del Procesamiento de la Información.

El conductismo fue el paradigma imperante, desde principios del siglo XX hasta la década del 40', sobre todo en el campo de la psicología académica experimental, y el psicoanálisis ejercía su fuerte influencia en la práctica clínica, pero como genialmente señala Gardner (1996) en la Nueva Ciencia de la Mente: “Entre el ‘credo duro’ de los conductistas y las conjeturas desenfrenadas de los

freudianos, era difícil entrar de una manera científicamente respetable en el territorio de los procesos del pensamiento humano”.

El surgimiento de la Psicoterapia Cognitiva

La Psicoterapia Cognitiva surgió desde dos sectores, por un lado autores que venían del Psicoanálisis y por otro representantes del sector conductista, pero más allá de estas dos corrientes, se destaca Kelly (1955), como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo (Weishaar y Beck, 1987).

Kelly le daba una especial atención al fenómeno de la anticipación (Feedforward), que ya se esbozara en el Simposio de Hixson por psicólogos como Lashley (1948). La teoría de este autor se basa en el estudio de la organización particular de las estructuras que permiten darle significación a la realidad y su terapia en la comprensión y modificación de las estructuras disfuncionales para el individuo.

Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Ellis (1962) y Beck (1967), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica.

Ellis desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, en donde todos los componentes eran tomados en cuenta, lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas.

Beck en su ya clásico libro “Terapia Cognitiva de la Depresión” (1979), cuenta como comenzó a cuestionar primeramente algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, hasta que sus propias investigaciones con pacientes deprimidos, los pocos éxitos que encontraba entre sus colegas que estaban siendo sometidos a largos e ineficaces tratamientos y las inconsistencias que fue encontrando en el trabajo con pacientes depresivos, según sus propias palabras: “Me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente toda la estructura del psicoanálisis”. Es así que comienza a desarrollar lo que posteriormente se transformaría en una de las psicoterapias más eficaces para el tratamiento de la Depresión.

La otra línea de desarrollos que conformó los orígenes de la Terapia Cognitiva corresponde a los autores que provenían del Conductismo y viendo las limitaciones del mismo comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones, entre ellos los más destacados fueron Bandura (1969), Meichenbaum (1969) y Lazarus (1971). Es por eso que a veces se habla de la Terapia Cognitivo-conductual, para mostrar este carácter integrador de dos modelos que en aquel entonces comenzaban a confluir. El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática.

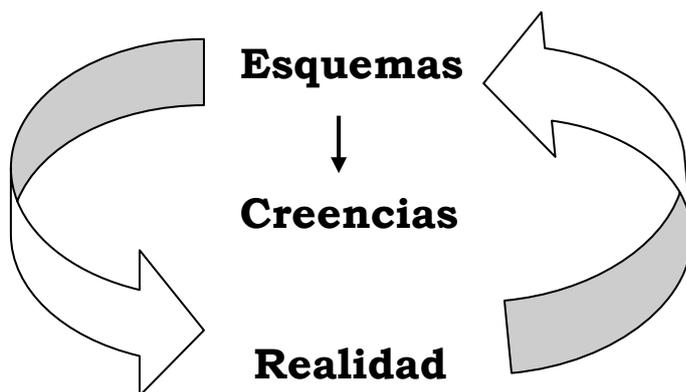
Conceptos fundamentales de la Terapia Cognitiva

En la Psicoterapia Cognitiva no existe como en otras escuelas un corpus teórico unificado o un autor centralizador, por eso a veces resulta difícil plantear los conceptos centrales sin tomar partido por uno u otro autor. En general existe

cierto consenso respecto de los lineamientos básicos, pero pueden encontrarse distintas conceptualizaciones o incluso términos diversos que hacen referencia al mismo proceso. Trataré de dar una conceptualización general de los principales aspectos relevantes para la Terapia Cognitiva.

Estructuras, procesos y resultados cognitivos

Las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas. Los resultados cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad, dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso.



Esquemas

El concepto de esquema es clave para todas las líneas cognitivas, fue utilizado originalmente por Barlett (1932) para referirse a procesos relacionados con la memoria, también fue mencionado posteriormente por Piaget (1951), también Neisser (1967) lo definió como la estructura responsable de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción; luego fue reformulado y ampliamente utilizado por Beck (1979).

Para Beck, los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Los esquemas también fueron definidos como estructuras más o menos estables que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan.

Todas las personas contamos con una serie de esquemas que nos permiten seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de tal forma que sean accesibles y tengan un sentido para nosotros, a su vez también posibilitan identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción.

Los esquemas podemos pensarlos en un continuo que va en cada persona de lo activo a lo inactivo y de lo modificable a lo inmodificable. En función de la valencia decimos que los esquemas que están siempre activos son hipervalentes y aquellos que lo hacen en situaciones particulares son latentes.

Los esquemas son adaptativos y van tomando su forma mediante las relaciones que las personas van estableciendo con el medio, a partir de allí y de los determinantes genéticos se van constituyendo las pautas propias de los mismos. Primeramente tuvieron un fuerte sentido adaptativo intentando la supervivencia tanto psicológica como física de la persona, pero en algunos casos las formas que se utilizaron para sobrevivir en una época son utilizadas de manera automática,

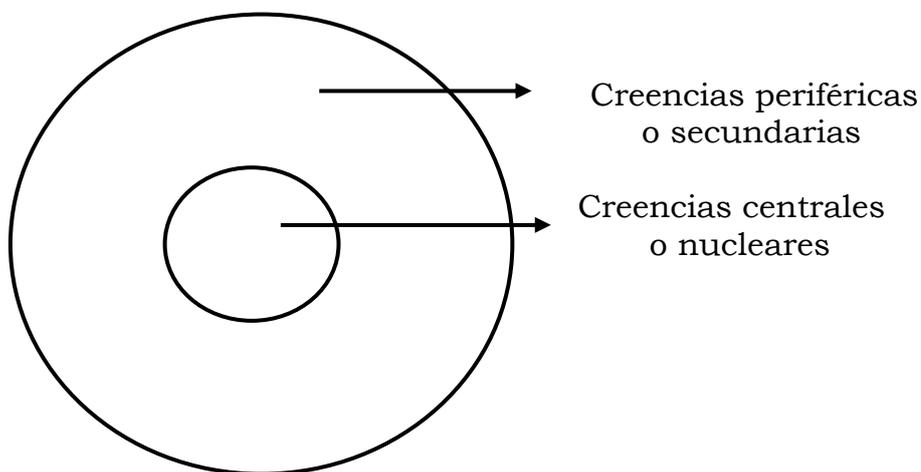
rígida y desadaptativa en cualquier situación, lo que puede llegar a ocasionar trastornos psicológicos severos.

Creencias

Las creencias son los contenidos de los esquemas, las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Podemos definir a las creencias como todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia.

Existen diferentes tipos de creencias, clásicamente hablamos de:

- ✓ Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: Yo soy varón.
- ✓ Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Ej.: La vida siempre te da una segunda oportunidad.



Las creencias nucleares constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e incommovibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quienes somos. En cambio las periféricas o secundarias son más satelitales y no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, por lo tanto pueden modificarse con más facilidad. Obviamente entre estas dos posibilidades existirá una escala amplia, en cuanto a la importancia o centralidad que cada persona le atribuya a las creencias.

Las creencias nucleares nos permiten decir quienes somos, por ejemplo al decir “soy varón” aunque parezca una verdad obvia, es una creencia fundamental, más que una verdad se trata simplemente de una creencia, ya que hay personas que siendo varones biológicamente hablando, creen que son mujeres y viven como tales, por lo tanto la afirmación sobre nuestro género, es una creencia. Al ser una creencia nuclear no la cuestionamos y la damos por supuesta, nos da estabilidad como personas y nos permite a partir de allí construir y proyectarnos como seres humanos. Sobre esta afirmación y creencia básica es que se asientan otras creencias centrales tal como la de “soy varón y me gustan las mujeres” o “soy varón y me gustan los varones”, estas dos opciones marcarán dos caminos distintos, pero la identidad de género no entra en juego, en los dos casos la afirmación central sobre el género ya está hecha. En el primer caso un varón se dirá ‘soy heterosexual’

y en el segundo caso se dirá 'soy gay' y a partir de allí se irán constituyendo otras creencias que dirán quiero que mi vida sea de esta manera o de esta otra. En este ejemplo vemos como las creencias se van consolidando a partir de ciertas afirmaciones nucleares, primero las creencias de género, luego las de orientación sexual, etc.. Podemos ver como las creencias comienzan a constituir un entramado de significaciones que van dando densidad a nuestra personalidad.

Si las creencias nucleares son puestas en duda se genera una sensación profunda de inestabilidad y angustia, porque todo lo conocido pasa a ser cuestionado, es como si se movieran los cimientos de un edificio, toda la estructura se mueve. Por eso cuando una persona se cuestiona sobre su orientación sexual es frecuente que se angustie, mucho más aún cuando se cuestiona su género.

Recordemos que uno de los factores que genera más estrés es la incertidumbre, por eso no saber algo central respecto de nosotros mismos puede ser tan angustiante. Habitualmente las personas van a terapia porque alguna de las creencias básicas que le daban sustento, estabilidad y tranquilidad es puesta en duda. Si una persona tiene la creencia: "Soy feliz con mi pareja", puede sentirse muy contenta, tranquila y satisfecha, pero si a esa misma creencia le agrega un simple signo de pregunta, las cosas cambiarían drásticamente: "Soy feliz con mi pareja?" ya no suena tan lindo como antes. La duda y la incertidumbre respecto de alguna o varias creencias suele ser uno de los motivos por los cuales las personas comienzan terapia. Es común que las personas se angustien y estresen mucho cuando no saben cuales son las reglas de juego o no sepan aspectos importantes de su vida o su self, cuanto más relevante y nuclear sea lo incierto más angustia generará. En las relaciones afectivas por ejemplo, es importante para reducir la incertidumbre y hacer predecible dicha relación, establecer ciertos parámetros y reglas de funcionamiento, por eso necesitamos ponerle un nombre a la relación, ya sea decir somos novios, amantes, amigovios, etc., habitualmente cuando no sabemos bien que tipo de relación tenemos el nivel de incertidumbre aumenta y puede transformarse en un foco estresogénico. Si no se sabe bien quien es el otro para nosotros y que tipo de relación tenemos, tampoco queda claro que tenemos que esperar del otro o que se espera de nosotros mismos respecto de dicha relación.

La dinámica entre las creencias y los esquemas son la base de sustento de los síntomas según la Terapia Cognitiva, por lo tanto el trabajo sobre las creencias es una labor central en este tipo de abordaje.

Pensamientos automáticos

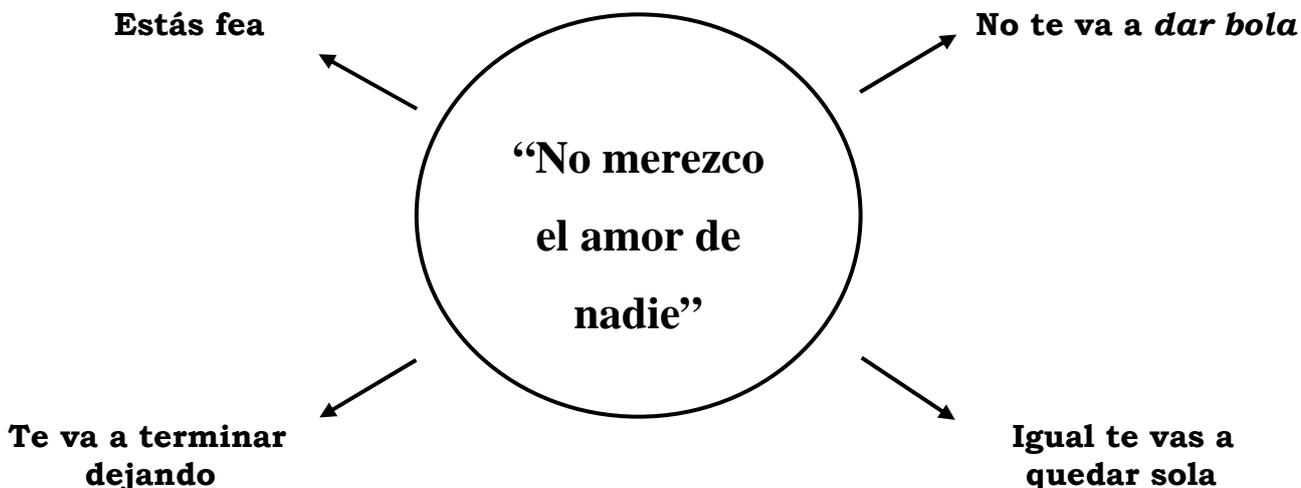
En general se dice que el pensamiento se relaciona con el fluir de la conciencia y que tiene tres elementos:

- ✓ La direccionalidad: hacia donde está dirigido dicho pensamiento.
- ✓ El curso: o la velocidad del pensamiento.
- ✓ El contenido: es lo que se piensa concretamente.

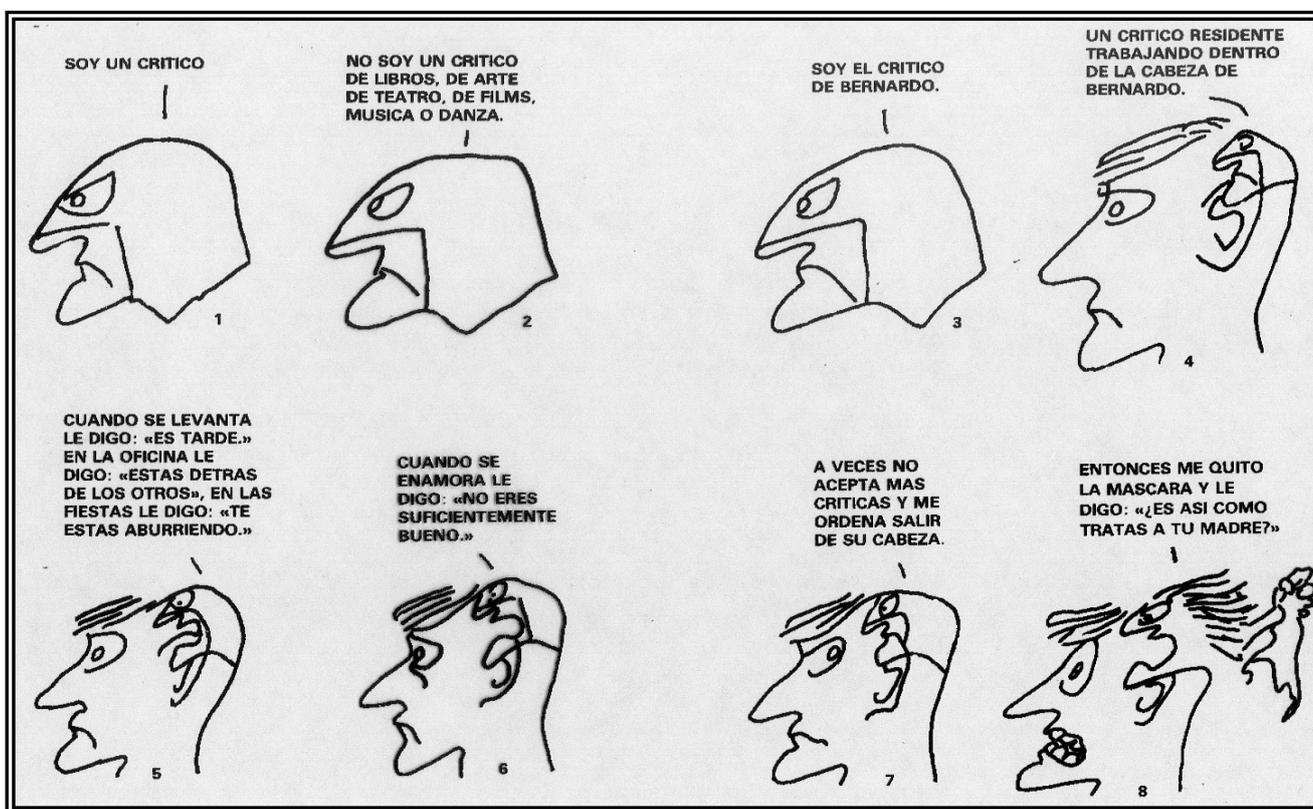
En el caso de los pensamientos automáticos, estos se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el fluir del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. En general son breves, telegramáticos, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes, a la persona se le imponen, por eso son automáticos.

Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias. Ya que en general las personas no son plenamente conscientes de sus creencias, pero si lo son o lo pueden llegar a ser de sus pensamientos automáticos. Un ejemplo de pensamiento automático podría ser el de una mujer que estando en una fiesta mira a un hombre

que le gusta y se dice: “Estás fea”, “ No te va a *dar bola*”, “Igual te vas a quedar sola” o “Te va terminar dejando”. Estos pensamientos automáticos podrían corresponder a una creencia nuclear del tipo: “No merezco el amor de nadie”.



La Psicoterapia Cognitiva trabaja con esos diálogos internos que todos tenemos, gran parte de nuestra vida la pasamos hablándonos a nosotros mismos, este fenómeno que ya sorprendió a los griegos es responsable de muchas de las cosas que nos pasan tanto las buenas como las malas. Al repetirnos tantas veces los mismos contenidos, terminamos creyendo con un nivel muy alto de certeza, lo que ellos afirman, sin someterlos a un juicio crítico. En el siguiente chiste¹ queda clara la importancia de los pensamientos automáticos y las creencias.



¹ Tomado del libro Terapia Gestalt (1988) de Castanedo Secadas, Editorial Herder, Barcelona.

El método terapéutico

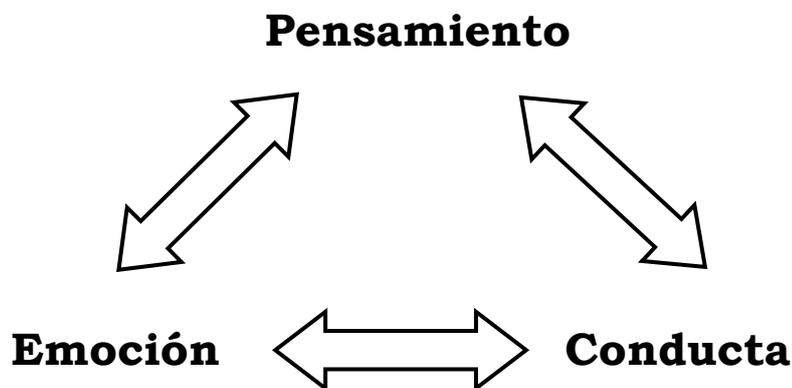
La Psicoterapia Cognitiva se caracteriza por ser un tratamiento:

- ✓ Activo: ya que terapeuta y paciente cumplen ambos roles activos en la terapia.
- ✓ Directivo: el terapeuta es el que dirige mediante sus intervenciones dicho tratamiento.
- ✓ Estructurado: existen ciertos pasos a seguir para la realización del mismo.
- ✓ Con tiempos limitados: se planifica el trabajo terapéutico acotando el mismo a cierto período de tiempo.

La Psicoterapia Cognitiva es un procedimiento que se desarrolló originalmente para tratar la depresión, pero actualmente se desarrollaron diseños que permitieron tratar otros trastornos y otras diversas problemáticas humanas.

El tratamiento se basa fundamentalmente en el supuesto teórico de que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo (Beck, 1976).

El esquema básico de la Terapia Cognitiva puede ser graficado como un triángulo en donde en cada vértice podemos ubicar a los pensamientos o cogniciones, la conducta y la emoción.



Los pensamientos se relacionan estrechamente con las emociones y las conductas, entre todas existe una influencia recíproca pero ésta no debe ser entendida como una causación. Analicemos un ejemplo: un paciente depresivo que se dice (pensamiento): “No sirvo para nada”, esto probablemente lo haga sentirse angustiado (emoción) y seguramente esto hará que lllore, se tire en la cama, intente suicidarse (conductas), al verse así corroborará su creencia inicial: “No sirvo para nada”.

Cuando el circuito está establecido basta que aparezca un leve pensamiento o emoción para que todo se active.

Recordemos que las creencias las personas las construyeron a partir de experiencias y procesos cognitivos particulares, por eso la Terapia Cognitiva se valdrá de estos mismos elementos para el trabajo clínico. El terapeuta junto con el paciente tratará de crear experiencias para contrastar sus creencias.

El vínculo o relación terapéutica

La relación terapéutica que se da entre el paciente y el terapeuta se describe por lo que se conoce como “empirismo colaborativo”. Se habla de empirismo porque se buscará evidencia que refute o confirme los supuestos o creencias en cuestión, no se trata simplemente de debatir sobre el tema, sino que el paciente junto al terapeuta construirán experimentos que permitan encontrar datos empíricos en la

realidad. Es colaborativo porque ambos se comprometen a trabajar juntos para mejorar los problemas del paciente, la actitud de ambos es de colaboración activa.

Este vínculo terapéutico se dio en llamar la “metáfora de los dos científicos”, terapeuta y paciente trabajan como dos científicos que colaboran para encontrar las mejores alternativas para uno de ellos, el paciente, que sabe de su padecer y en donde el otro, el terapeuta aporta su saber y experiencia para guiar el proceso. Esta caracterización tienen su origen en la comparación que hiciera Kelly (1955) del hombre entendiéndolo como a un científico.

La metáfora de los dos científicos es la mejor síntesis de lo que la Terapia Cognitiva ofrece, porque el tratamiento consiste básicamente en identificar las creencias disfuncionales del paciente, que tal como hacen dos investigadores se transforman en hipótesis a contrastar, todavía no se sabe de su certeza por eso se las someterá a contrastación para ver si dichas creencias son falsas o verdaderas.

El terapeuta debe mantener una actitud abierta, curiosa, desprejuiciada en la medida de lo posible, tal como se espera de un científico. Luego de identificadas las creencias (ahora transformadas en hipótesis) deben ser contrastadas con la realidad y para ello se necesitan construir experiencias o experimentos que permitan comprobar su grado de veracidad o su falsedad. Esta comparación entre la labor del científico con el trabajo clínico también remarca uno de los pilares de la Terapia Cognitiva, que es la investigación empírica.

El terapeuta cognitivo

El terapeuta según Beck (1979) debe tener tres características básicas que son:

- ✓ Aceptación: el terapeuta debe aceptar plenamente al paciente, su mundo y sus problemas, aunque no comparta su cosmovisión o filosofía de vida.
- ✓ Autenticidad: el terapeuta debe ser genuino, sincero y auténtico, la falta de honestidad por parte del mismo dificultan el establecimiento de un buen vínculo terapéutico. Si uno como terapeuta va a decir algo agradable sólo para hacer sentir bien al paciente, pero sin creerlo y sentirlo verdaderamente, será preferible no decirlo, la franqueza y la autenticidad deben ser valores fundamentales del terapeuta.
- ✓ Empatía: con este término se hace referencia a la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro, si bien esto puede ser difícil en muchos casos, se trata de ser receptivo con el sufrimiento del otro, tampoco es algo mimético que hace que uno esté en el lugar del otro realmente, sino simplemente que pueda resonar internamente, comprender y acompañar en el padecimiento al paciente.

El modelo de la Terapia Cognitiva para la depresión

La Psicoterapia Cognitiva como mencionamos anteriormente surgió fundamentalmente en el campo de los problemas afectivos, en particular como tratamiento para la depresión unipolar sin síntomas psicóticos. El modelo se basa en tres conceptos centrales que son los esquemas, la Tríada Cognitiva y las distorsiones cognitivas. Nos ocuparemos de las dos últimos, ya que de los esquemas nos hemos referido anteriormente.

Debido al carácter introductorio de este artículo, el mismo se centrará en el trabajo típico para la depresión, se eligió este cuadro ya que fue el que inicialmente motivó los principales trabajos de investigación clínica, aunque el abordaje

cognitivo también fue validado y mostró altos niveles de eficacia en muchos otros trastornos y problemáticas.

La Tríada Cognitiva

El paciente depresivo tiene una alteración en los patrones cognitivos que lo inducen a tener una:

- ✓ Visión² negativa de sí mismo: se considera un inútil, un perdedor, se ve desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente. Piensa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.
- ✓ Visión negativa de sus experiencias: considera las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente.
- ✓ Visión negativa del futuro: tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, les cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista. En los pacientes depresivos el síntoma principal es la desesperanza por eso el futuro se ve como algo tan sombrío.

Las distorsiones cognitivas

Durante el procesamiento de la información pueden ocurrir ciertas alteraciones que lleven a los pacientes a sacar conclusiones arbitrarias, se han descrito varias distorsiones o errores cognitivos para los pacientes depresivos, aunque también pueden encontrarse en muchas otras patologías y en personas sin trastornos psicológicos.

Las principales distorsiones cognitivas son:

- ✓ Inferencia arbitraria: es el proceso por el cual se adelanta una conclusión sin evidencia a favor que la sustente o cuando se sostienen ciertas afirmaciones incluso con evidencia contraria. Por ejemplo pensar que van a dar mal un examen, incluso habiendo estudiado mucho y teniendo aprobados todos los exámenes anteriores con buenas calificaciones.
- ✓ Maximización: consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades; en el caso de los pacientes depresivos maximizan los errores, las carencias, las faltas, las pérdidas.
- ✓ Minimización: se da cuando se subestiman o empequeñecen ciertos aspectos o cualidades; los pacientes depresivos minimizan los logros, los éxitos, las buenas cualidades, los aciertos.
- ✓ Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un aspecto, atributo o detalle sacándolo del contexto, dejando de lado características relevantes de la situación y a partir de allí elaborar ciertas conclusiones. Los pacientes depresivos tienden a recortar los aspectos negativos y mediante ellos sacar

² El canal privilegiado en la terapia cognitiva, al menos en las posturas clásicas, parece ocuparlo el sentido de la vista, este giro marca una distinción respecto del psicoanálisis, en donde el canal sobre el que se focaliza es la escucha. Este acceso al conocimiento mediante el canal de la vista acerca a esta postura con la tradición médica, que privilegia lo observable poniendo énfasis en el “ojo clínico”.

conclusiones que comprueben su inutilidad, su poca valía personal o sus defectos.

- ✓ Generalización excesiva: se da cuando a partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas se sacan reglas que se generalizan para otras situaciones. En el caso de los pacientes depresivos, por ejemplo pueden a partir de un fracaso sentimental concluir que nunca van a poder estar en pareja.
- ✓ Personalización: es la tendencia a autoatribuirse hechos y fenómenos externos que no tienen que ver con ellos mismos y sin evidencia que establezca dicha relación. Un paciente decía: “Yo maté a mi hermano”, al investigar esta creencia descubrí que el hermano se había suicidado, en la familia el único confidente y apoyo era mi paciente, quien evitó que varias veces se suicidara, de hecho casi el único motivo que su hermano tenía para vivir era el afecto que sentía por él, a la muerte de este mi paciente cargó con toda la culpa y se atribuyó la muerte de su hermano.
- ✓ Pensamiento dicotómico: también llamado pensamiento absolutista, todo o nada, o blanco o negro. Consiste en la utilización de categorías polares para clasificar a situaciones o personas, sin poder ver matices o grados, todo se evalúa en extremos. Por ejemplo: bueno/malo, santo/pecador, fiel/infiel, justo/injusto. Los pacientes depresivos tienden a atribuirse las categorías del extremo negativo.

Estas distorsiones cognitivas se dan como dijimos en distintas personas, no sólo en los pacientes depresivos, pondremos algunos ejemplos para mostrar como se da en otras ocasiones; en el caso de las personas que le tienen fobia a las cucarachas que suelen mirar más los zócalos y rincones, obviamente quien abstrae selectivamente este aspecto tiene más oportunidades de ver cucarachas que quien no lo hace. En el caso de los trastornos de la alimentación existe una marcada dicotomización del pensamiento en donde se le atribuye a las personas flacas una serie de características tales como: ser feliz, exitosa, etc. y en el otro polo se ubican a aquellas personas que tienen problemas con el peso, sin pensar grados intermedios, o se está absolutamente gorda o flaca, a las cuales se les atribuye: infelicidad, fracasos, etc.. En los paciente con ataques de pánico suelen estar maximizados las sensaciones corporales, en particular las respuestas fisiológicas tales como zumbidos, taquicardias, disneas, etc., la misma maximización se da en las personas hipocondríacas en donde las enfermedades ocupan su pensamiento constantemente y escudriñan su cuerpo constantemente en la búsqueda de esa enfermedad fatal. Habitualmente digo que si miramos a una hormiga es un *bichito* insignificante, pero si la miramos con una lupa se transforma en un monstruo, lo mismo le ocurre a las personas que distorsionan en este sentido.

Los modelos de intervención

La Psicoterapia Cognitiva tiene un grado de especialización muy alta; se han creado tratamientos específicos para trastornos específicos, lo que puede llegar a dificultar la generalización del modelo. Si bien todos los tratamientos cognitivos guardan un especial cuidado sobre los pensamientos automáticos y las creencias, los modelos de intervención para cada cuadro tienen diferencias significativas. Incluso las diferentes escuelas dentro del movimiento Cognitivo tienen una diversidad muy amplia.

A modo de panorama general simplemente señalaré los principales modelos de la Escuela Cognitiva, los mismos clásicamente fueron englobados en dos grandes grupos que son llamados: Racionalistas y Posracionalistas o Constructivistas, seguiré la clasificación que proponen Feixas y Miró (1993).

✓ Los modelos racionalistas:

❖ Entrenamiento en habilidades:

- De autocontrol: (Kanfer, 1970; Thoresen y Mahoney, 1974, Rehm, 1977; Rehm y Rokke, 1988).
- De resolución de problemas: (D´Zurrilla, 1976; D´Zurrilla y Goldfried, 1971; Spivack y Shure, 1974).
- De afrontamiento: (Meichenbaum, 1977; Meichenbaum y Jaremko, 1983; Suinn y Richardson, 1971; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).

❖ Reestructuración cognitiva (modelos clásicos): (Beck, 1976; Beck y col. 1979; Beck y Emery, 1985; Dryden, 1984; Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1977; Maultsby, 1984; Wessler 1980).

✓ Los modelos posracionalistas o constructivistas:

❖ Terapia de constructos personales: (Epting, 1984; Kelly, 1955; Neimeyer y Neimeyer, 1987; Winter, 1992; Feixas y Procter, 1997).

❖ Enfoques evolutivos:

- Estructurales: (Guidano, 1987, 1990; Guidano y Liotti, 1983; Reda, 1986)
- Procesos de cambio: (Mahoney, 1990)
- Piagetianos: (Ivey, 1986; Rosen, 1985; Weiner, 1975).

Los modelos racionalistas ponen el énfasis en cierto objetivismo, al plantear ciertos errores o distorsiones en el procesamiento de la información, como asimismo al proponer ciertas creencias erróneas, obviamente estas posturas fueron ampliamente cuestionadas por autores que adhieren a líneas constructivistas, en las cuales se pone el acento en el carácter subjetivista y activo de las personas en la construcción de la realidad. Esta líneas señalan lo ilusorio del planteo racionalista, por ejemplo al hablar de errores cognitivos se presupone una forma correcta de pensar (la del terapeuta), que debe enseñarle al paciente la correcta y verdadera forma de pensar. Esta diferencia gnoseológica y epistemológica es la principal discrepancia entre ambas corrientes, pero a partir de la misma surgen muchas otras diferencias tanto en aspectos técnicos como vinculares, etc.. Igualmente la mayoría de los terapeutas racionalistas han aceptado las críticas posracionalistas y han hecho algunos ajustes a sus concepciones y modelos clínicos.

Los recursos técnicos

La Psicoterapia Cognitiva es una modalidad que desarrolló una variedad muy extensa de recursos técnicos y asimismo utiliza muchos otros que surgieron o fueron desarrolladas por otras escuelas. En general se utilizan técnicas de todo tipo tanto cognitivas como afectivas y conductuales. Lazarus (1971) concibió lo que él denominó el eclecticismo técnico con consistencia teórica que le permitió a muchos

terapeutas cierta flexibilidad técnica en el trabajo clínico. La propuesta innovadora de Lazarus sería uno de los primeros pasos hacia la integración en psicoterapia, ya que su planteo permite manteniendo una mirada teórica particular (consistencia teórica), en este caso la Cognitiva, utilizar herramientas y técnicas de cualquier otra escuela, por eso él habla de eclecticismo técnico, se trata de seleccionar la mejor herramienta técnica independientemente de su origen teórico y utilizarla dentro de mi concepción teórica específica.

El excesivo acento puesto en las técnicas durante muchos años hizo que algunos terapeutas y teóricos cognitivos señalaran el olvido que la Cognitiva estaba haciendo del vínculo terapéutico y sus manifestaciones clínicas, alertando de las limitaciones que puede tener un tratamiento basado sólo en las técnicas (Safran y Segal, 1994). Recordemos que la mayoría de las investigaciones en psicoterapia señalan que uno de los principales factores de mejoría clínica se encuentra relacionado con el vínculo y la relación terapéutica.

Listaré las técnicas más utilizadas en la Terapia Cognitiva:

- ✓ Técnicas de relajación
- ✓ Técnicas de respiración
- ✓ Asignación de tareas
- ✓ Técnicas de distracción
- ✓ Dominio y agrado
- ✓ Desensibilización sistemática
- ✓ Autoafirmaciones
- ✓ Autoobservación o monitoreo
- ✓ Role Playing
- ✓ Ensayos conductuales
- ✓ Ensayos cognitivos
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales
- ✓ Técnicas de escalamiento
- ✓ Registro de pensamientos automáticos
- ✓ Identificación de distorsiones cognitivas
- ✓ Disputa racional
- ✓ Trabajo con el niño interior
- ✓ Búsqueda de soluciones alternativas
- ✓ Ventajas y desventajas
- ✓ Trabajo con imaginería
- ✓ Juegos
- ✓ Ejercicios gestálticos
- ✓ Ordenamiento en escalas

Psicoeducación

La Terapia Cognitiva utiliza frecuentemente la Psicoeducación que consiste en la explicación en forma breve del modelo teórico de trabajo, dándole al paciente información sobre sus problemas y padecimientos. Esto resulta muy importante y útil en muchas ocasiones, la psicoeducación merecería un desarrollo bastante más extenso que excede este artículo, pero podemos decir que el principal efecto que tiene este tipo de trabajo es el aumento de la adherencia al tratamiento, factor crucial para el éxito terapéutico. Esto se debe a que el paciente al entender lo que le pasa y notar que el terapeuta también logra comprenderlo en su padecer, se da frecuentemente un aumento en la motivación que logra incrementar lo que llamamos adherencia. La misma consiste en una colaboración activa por parte del

paciente en el tratamiento animándose a revisar creencias disfuncionales, cumplir ciertas tareas o estar abierto a las sugerencias o indicaciones terapéuticas.

En el campo de la medicina la psicoeducación está mucho mejor establecida, esto se va ampliando cada vez más a otras áreas de la salud. Todos nosotros tenemos la experiencia de lo que implica la educación y la adherencia, basta un ejemplo sencillo para entenderlo, si el médico nos receta un antibiótico y nos dice que tenemos que tomarlo durante una semana completa, lo más probable es que si los síntomas se van al segundo día suspendamos la toma o discontinuemos el tratamiento, tal vez lo tomemos por las dudas hasta el cuarto día. Sólo cumplimos con la indicación terapéutica o al menos lo hacemos más cuando nos explican porqué es importante tomar el medicamento tal como nos lo prescribieron, tal vez baste decir que el ciclo de la bacteria hace que sea necesario tomar la medicación una semana completa, porque sino podemos sufrir una recaída, incluso que debemos tomarlo aunque ya no tengamos síntomas o nos sintamos bien. El conocimiento aumenta el compromiso con el tratamiento, por eso en las enfermedades crónicas esto es fundamental tal es el caso de los pacientes HIV positivos, cardíacos, diabéticos, bipolares, esquizofrénicos, etc..

La psicoeducación o la educación respecto del trastorno o enfermedad no sólo es importante por sus efectos clínicos, sino que es una obligación ética con el paciente, nosotros no somos los dueños de la verdad, las personas tienen derecho a saber lo que les pasa, no debemos ponernos en una actitud paternalista, esto tampoco implica dar cualquier tipo de diagnóstico a cualquier paciente. Como toda herramienta puede ser bien usada o mal usada, el problema no es de la intervención sino de la pericia del profesional que hace uso de ella.

La correcta utilización de la psicoeducación es un tópico necesario en muchas situaciones y para ello es importante que el clínico tenga un profundo conocimiento del cuadro que está tratando como asimismo conozca las bases teóricas del tratamiento y sepa explicarlo en forma sencilla y clara. También es importante tener un modelo simple que permita ser transmitido al paciente, porque si se le dan explicaciones ambiguas, oscuras o abstrusas probablemente se logre el efecto contrario al buscado.

Biblioterapia

Esta modalidad técnica pone el énfasis en darle información precisa al paciente sobre su situación, para eso se le sugiere o se le dan ciertos libros que traten sobre sus problemas para que el paciente lea, esta es una forma efectiva de reforzar ciertos aspectos trabajados en el tratamiento, en ciertos casos también logra aumentar el compromiso y disminuir las ansiedades. Debe ser evaluado en que casos utilizarlo ya que para algunos pacientes esto puede ser iatrogénico generando miedos o preocupaciones desmedidas. Obviamente se debe averiguar si al paciente le gusta leer y seleccionar el material adecuado a su nivel de comprensión. A veces algunos pacientes ya vienen con ciertas lecturas hechas respecto de su padecer o sobre una modalidad terapéutica particular, también fomentados por los medios de comunicación, especialmente la televisión e internet.

El caso más conocido es el de "Coping with depression" (Cómo hacer frente a la depresión) de Geenberg y Beck, 1974, que los autores sugieren como parte de su tratamiento para la depresión.

Considero que el terapeuta debe tener la flexibilidad para sugerir no sólo libros, artículos, sino películas o actividades que puedan resultar de utilidad clínica para el trabajo que se está realizando con los pacientes. Es útil tener una serie de películas y libros que traten ciertos temas que luego pueden ser retomados en el tratamiento. Por ejemplo una película actual pero que para mí ya se transformó en

una obra de culto es “El último beso” la cual sugiero habitualmente a todos aquellos pacientes que están tratando en terapia el tema de los vínculos afectivos y las relaciones de pareja.

Investigación en Psicoterapia Cognitiva

Esta escuela tiene una fuerte tradición investigadora, que se ve reflejada tanto en sus orígenes, como en todo su desarrollo posterior, es una terapia que tiene una fuerte validación experimental lo que le permitió catapultarse en un período relativamente breve a todo el mundo como una de las terapias más reconocidas y eficaces, fundamentalmente para los trastornos mentales.

Existen tres tipos básicos de desarrollos en investigación que son:

- ✓ Los instrumentos de evaluación cognitiva: en particular escalas, cuestionarios e inventarios.
- ✓ Las investigaciones de resultados: en este campo se trata de medir la eficacia de un tratamiento para un trastorno o problema determinado.
- ✓ Las investigaciones de proceso: en ellas se intenta evaluar principalmente los procesos de cambio.

Las investigaciones lograron mostrar buenos niveles de eficacia y efectividad en muchos de los trastornos estudiados, por esa razón es una de las terapias de primera elección en varios cuadros, lo que la transformó en una de las predilectas de los sistemas privados de salud, que priorizan la eficiencia de los tratamientos, esto es lograr la mejoría clínica con la menor cantidad de recursos.

Modalidades de aplicación

La Terapia Cognitiva originalmente surgió como una terapia individual, pero pronto comenzaron a hacerse investigaciones y desarrollo que permitieron utilizarla en grupos, mostrando también buenos niveles de eficacia. En la modalidad grupal se utilizan los mismos conceptos teóricos y técnicos, aunque pueden agregarse algunos otros propios del dispositivo grupal. Los objetivos son los mismos, tanto para la terapia individual como grupal, básicamente lograr cambios de las creencias disfuncionales que sostienen los síntomas, restitución sintomática y prevención de recaídas.

La Cognitiva en otros campos

Los desarrollos y avances del Paradigma Cognitivo llegaron a campos tan diversos como la Inteligencia artificial, la Filosofía, la Psicología, la Neurología, la Educación, el Marketing, etc..

Entre los campos que mayores aportes hicieron en los últimos tiempos cabe destacar los desarrollos de las investigaciones básicas llevadas a cabo por neurólogos, psicólogos y filósofos de la mente. También la educación fundamentó gran parte de sus desarrollos y tecnologías en los avances cognitivos, en particular con los aportes de las líneas constructivistas.

Índice

Temas	Página
Introducción.....	1
Diferencias entre la Psicología Cognitiva y la Psicoterapia Cognitiva.....	1
Los antecedentes de la Terapia Cognitiva.....	2
El surgimiento de la Terapia Cognitiva.....	3
Conceptos fundamentales de la Terapia Cognitiva.....	3
Estructuras, procesos y resultados cognitivos.....	4
Esquemas.....	4
Creencias.....	5
Pensamientos automáticos.....	6
El método terapéutico.....	8
El vínculo o relación terapéutica.....	8
El terapeuta cognitivo.....	9
El modelo de la Terapia Cognitiva para la depresión.....	9
La Tríada Cognitiva.....	10
Las distorsiones cognitivas.....	10
Los modelos de intervención.....	11
Los recursos técnicos.....	12
Psicoeducación.....	13
Biblioterapia.....	14
Investigación en Psicoterapia Cognitiva.....	15
Modalidades de aplicación.....	15
La cognitiva en otros campos.....	15
Índice.....	16
Bibliografía.....	17

Bibliografía:

1. Bandura, A. (1982). Teoría del aprendizaje social. Espasa Calpe. Madrid.
2. Botella, C. (1986). Introducción a los tratamientos psicológicos. Promolibro. Valencia.
3. Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). Terapia cognitiva de la depresión. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
4. Beck, A., Freeman, A. y otros. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Editorial Paidós. Barcelona.
5. Caro, I. (comp.). (1997). Manual de psicoterapias cognitivas. Paidós. Barcelona.
6. Ellis, A. y Grieger, R. (comp.). (1977). Manual de terapia racional emotiva. Desclée de Brouwer. Bilbao.
7. Feixas, G. y Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Paidós. Barcelona.
8. Gardner, H. (1996). La nueva ciencia de la mente. Paidós. Buenos Aires.
9. Guidano, V. (1991). El sí mismo en proceso: hacia una terapia posracionalista. Paidós. Barcelona.
10. Kaplan, H., Saddock, B. y Grebb, J. (1996). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta Psiquiatría clínica. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
11. Mahoney, J. (1998). Cognición y Psicoterapia. Editorial Paidós. Barcelona.
12. Safran, J. y Segal, Z. (1994). El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Paidós. Buenos Aires.