



TERAPIA COGNITIVA

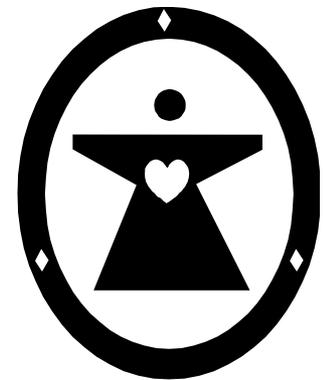
WALTER RISO

TERAPIA COGNITIVA.

La aplicación de la Terapia Cognitiva (TC) al caso individual se basa en la **Conceptualización Clínica Cognoscitiva (CCC)** del o los trastornos en cuestión, cuya fundamentación teórica proviene de la psicología cognitiva y del paradigma del procesamiento de la información.



Lo que define a la **CCC** es la planeación e implementación del tratamiento de acuerdo a unos principios y una metodología cognoscitiva. La TC no debe ser reducida a un conjunto técnicas sino a una manera de pensar y organizar la problemática del paciente en un conjunto conceptualmente integrado de datos. Es decir, la **CCC** parte de un **modelo cognoscitivo** que incluye una **fundamentación epistemológica**, unos **principios teóricos** debidamente validados y una **metodología específica**, que guían la recolección de información significativa y la generación constante de hipótesis clínicas.



El modelo cognitivo, tal como lo expresa Beck, (2000):

... propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común denominador una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

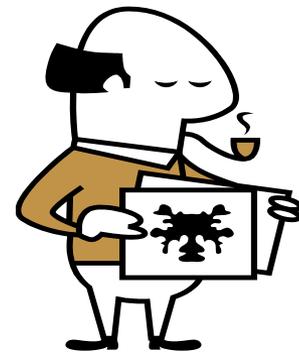
A	B (COGNICIÓN)	C (CONSECUENCIA)
SITUACIÓN ACTIVANTE	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: CREENCIAS INTERMEDIAS: Distorsiones Cognitivas ESQUEMAS: ideas, creencias predominantes pensamiento: orden y organización, razonamiento y conclusión, análisis y síntesis, anticipación y planeación ESQUEMA: BECK, J, YOUNG, W. RISO	EMOCIÓN CONDUCTA RESPUESTA FISIOLÓGICA B'

Por su parte, Leahy (2003) , afirma:

El modelo de terapia cognitiva está basado en la idea que los estados disfuncionales como la depresión, la ansiedad y la ira son frecuentemente mantenidos o exacerbados por pensamientos distorsionados. El papel del terapeuta es ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos idiosincráticos de pensamiento y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica.



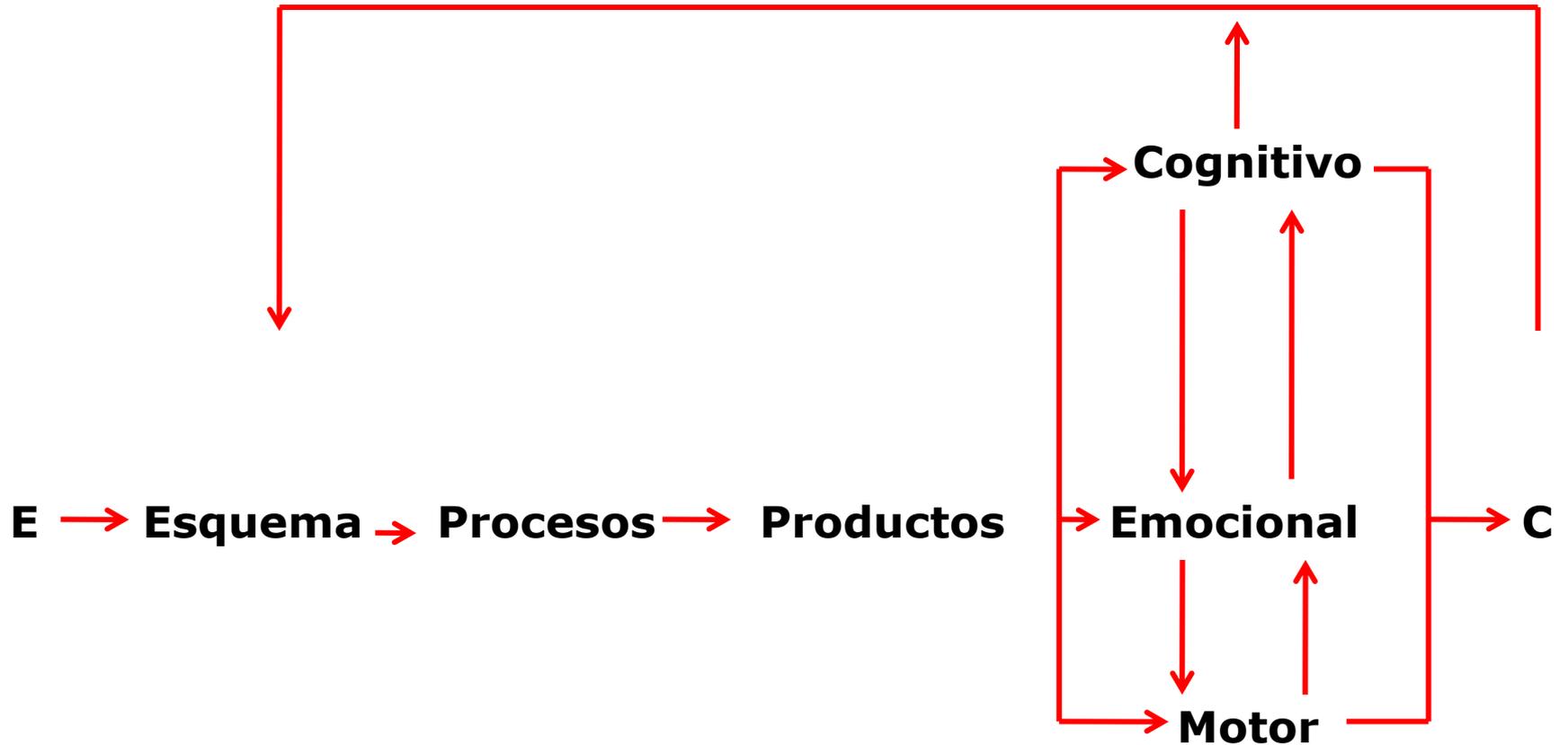
La TC, tal como veremos más adelante, parte de un modelo diathesis-estrés, el cual sostiene que para que la patología tenga lugar deben confluír tanto el evento estresante como la vulnerabilidad cognitiva. O dicho de otra forma: el acontecimiento estresante no es suficiente *per se* para que el trastorno ocurra, como tampoco lo es la manera inadecuada de procesar la información; la alteración se produce en la confluencia de ambos factores (Clark y Beck 1989; Clark, Beck y Alford, 1999).



Parafraseando a Mahoney (1977), podríamos afirmar que: “los organismos humanos responden en principio a las representaciones de su ambiente, más que el ambiente mismo”. La epistemología realista que asume la TC es congruente con la afirmación que hiciera Rubinstein (1964) desde la psicología soviética: ***“Las leyes externas actúan a través de las leyes internas”***



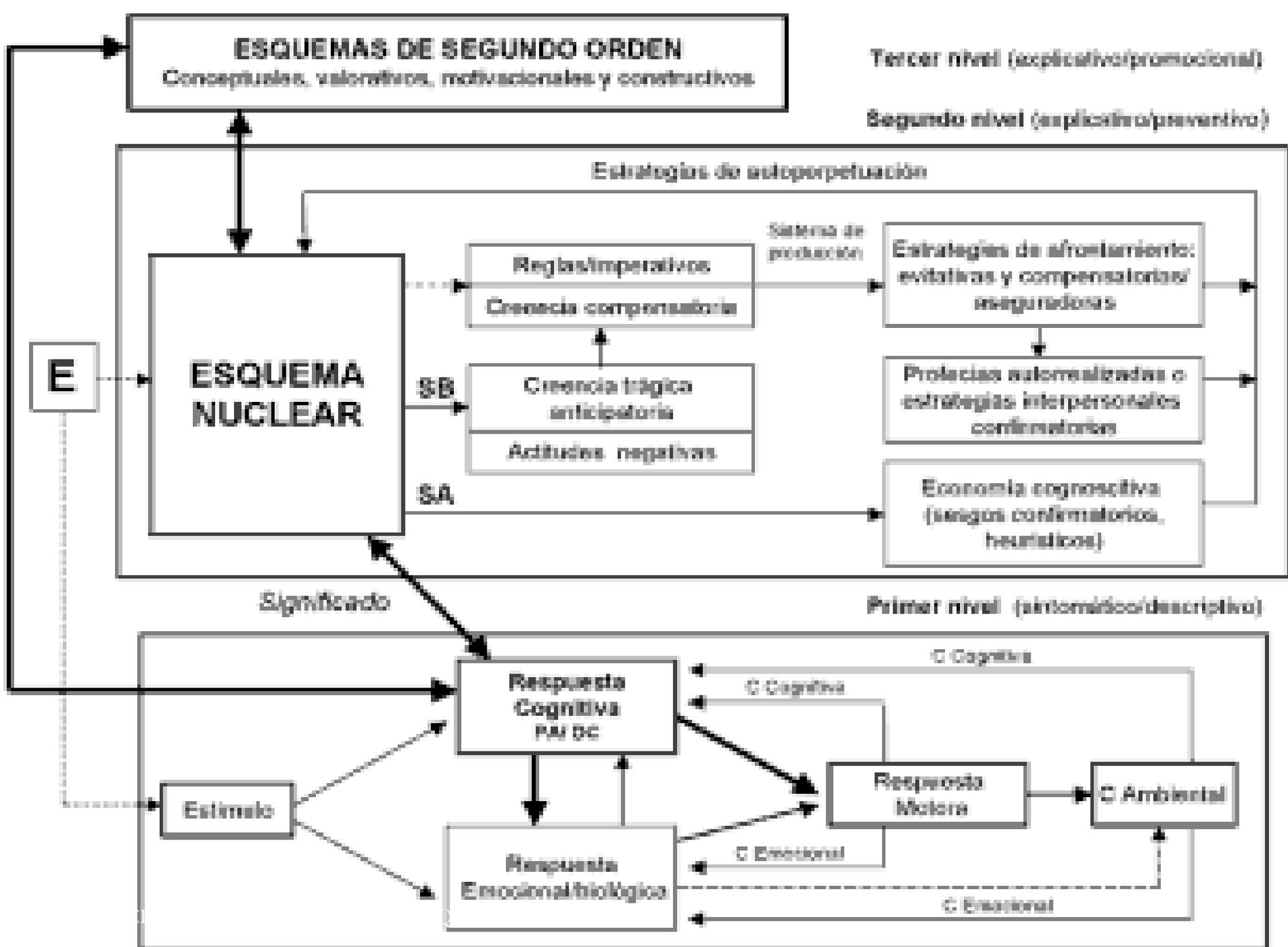
Retroalimentación esquemática



CONCEPTUALIZACIÓN CLÍNICA COGNITIVA MULTINIVEL

Se centra en tres niveles de estructuración psicológica que se entremezclan en un todo complejo:

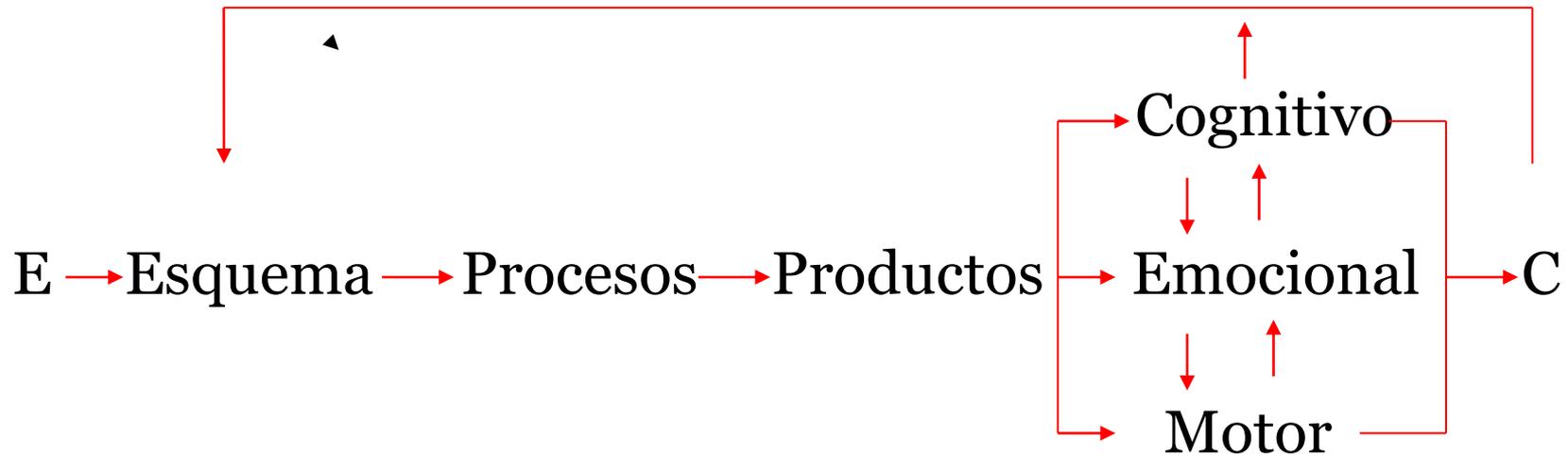
- A. nivel I.- Sintomático/descriptivo.
- B. nivel II.- Explicativo preventivo.
- C. nivel III.- Explicativo promocional.



NIVEL DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

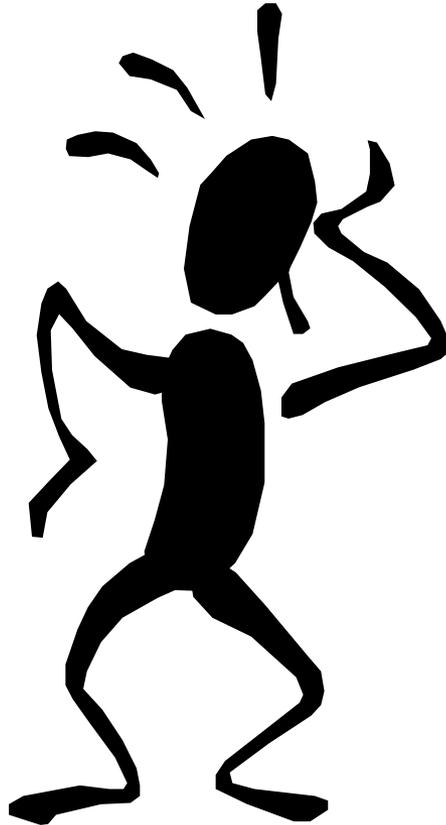
La ecuación informacional básica en la que se fundamentan los modelos cognitivos es como sigue:

Retroalimentación esquemática



- Los eventos ambientales (E) operan sobre un esquema de base (estructura con significado, teoría sobre uno mismo, el mundo y el futuro, constructos personales).
- Quien organiza y guía la información entrante y saliente por medio de determinados procesos u operaciones informacionales (atención, percepción, memoria, análisis inferencial), los cuales generan los productos finales o conclusiones (cognitivos, emocionales y motores).

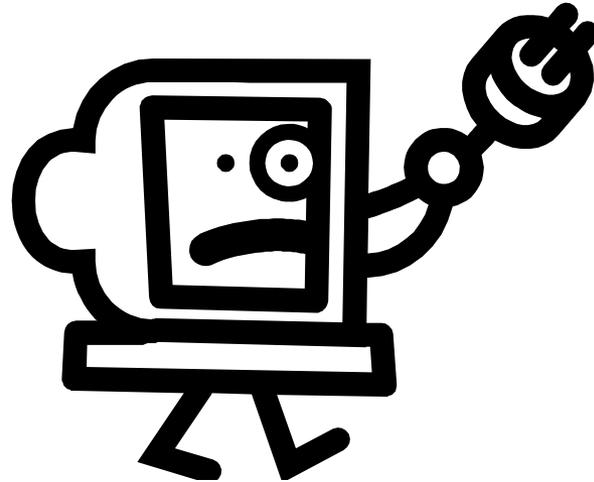
- A su vez estos productos interactúan entre si con el ambiente y retroalimentan el esquema de base fortificándolo o debilitándolo según sea el caso (mantenimiento esquemático).



La figura “E” presenta la conceptualización de los distintos niveles y los enlaces básicos intracognitivos (respuesta cognitiva, esquema nuclear y esquema de segundo orden).

El terapeuta cognitivo, durante el proceso de generalización de hipótesis, se mueve en los tres niveles simultáneamente, aunque puede centrarse en uno u otro:

- Dependiendo del momento de la conceptualización, la demanda del paciente o la urgencia de los síntomas.
- Lo importante es poder integrar las distintas variables que afectan la psicopatología del paciente



- Lo que el sujeto *piensa* y *las distorsiones cognoscitivas* asociadas (Nivel I), *el esquema nuclear* que ha desarrollado a lo largo de su vida (Nivel II), *los esquemas de segundo orden* (Nivel III).



La conceptualización clínica se refiere a la aplicación clínica de la *teoría cognitiva/informacional*, por lo tanto, solo debe ser considerada como una de tantas aproximaciones posibles.



Primer nivel

El *primer nivel* trata de establecer las relaciones interactivo/funcionales que los tres tipos de respuesta (cognitivo, emocional y motora) tienen con el ambiente y la interacción entre ellas.

Hace especial énfasis en los pensamientos automáticos (PA) y las distorsiones cognitivas (DC).



En este nivel, el terapeuta se concentra en el aquí y el ahora y en las demandas específicas que manifieste el sujeto consultante, generalmente vinculadas directamente al motivo de consulta.



Sin embargo, el análisis descriptivo de Nivel 1, es una "descripción con significado", es decir, además de resolver problemas específicos, es un medio para generar ideas de alto nivel en relación a las estructuras subyacentes o esquemas negativos responsables de la disfunción a tratar.

LA TERAPIA COGNITIVA. Aaron Beck.

Los modelos de personalidad presuponen una capacidad más o menos inherente para actuar de forma eficaz (rasgos).

El modelo conductual enfatiza:

- La capacidad de respuesta tiene que adquirirse.
- Y es un conjunto identificable de capacidades específicas.

Caballo, V. E. (2002) Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. España. Siglo veintiuno

En este sentido, la niñez es un periodo crítico, las primeras experiencias de aprendizaje podrían interaccionar con predisposiciones biológicas para determinar ciertos patrones relativamente consistentes de funcionamiento social, en por lo menos algunas personas, y en, al menos, una parte significativa de su infancia.

Caballo, V. E. (2002) Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. España. Siglo veintiuno



MODELO COGNITIVO.

El Modelo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes.



(J. S. Beck. Terapia Cognitiva. "Conceptos Básicos y Pofundización". Gedisa: España. 2000)

El terapeuta busca, mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo – en el pensamiento y en el sistema de creencias del paciente – para conseguir a partir de allí, una transformación duradera de sus emociones y comportamientos.



**PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS
(VERBALES – IMÁGENES)**



**CREENCIAS INTERMEDIAS
(REGLAS – ACTITUDES –
SUPUESTOS)**



**CREENCIAS NUCLEARES
(SOBRE SI MISMO, OTRAS
PERSONAS Y EL MUNDO)**

SEGUNDO NIVEL EXPLICATIVO - PREVENTIVO

- En este segundo nivel no solo se parte del punto de vista del paciente sino del punto de vista del psicólogo su experiencia y formación teórica.



Segundo nivel

- Su enfoque es cognitivo/informacional. En este nivel se pasa de la información a la descripción y de la descripción a la explicación, a través del estudio de la estructura interna del sistema que pretende hallar el mecanismo cognitivo responsable del trastorno, o lo que es lo mismo, su dinámica, a partir del principio del procesamiento de la información.



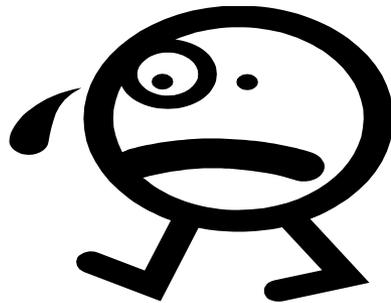
Segundo nivel

- Ya no responde al "*como*", sino al "*por que*". La pregunta central que guía el análisis en el Nivel II es: ¿Dónde se originan las respuestas cognitivas?
- Si consideramos que los pensamientos son los resultados últimos (out-put) del sistema del procesamiento de la información, es apenas natural preguntarse por la estructura de fondo (esquemas) que los determinan.



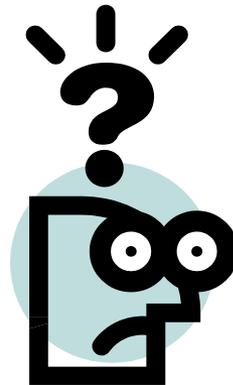
Segundo nivel

- Esta estructura define la vulnerabilidad o predisposición cognoscitiva/afectiva del paciente y nos ubica en un nivel preventivo. Su modificación, disminuirá la oportunidad futura de ocurrencia de los problemas emocionales a tratar.



Segundo nivel

- El segundo nivel se refiere a lo estrictamente clínico, es decir, a la dinámica que explica la patología en si misma (que se describe en el Nivel I), con relación a:



Segundo nivel

- 1.- El esquema nuclear del paciente (autoconcepto y esquema social/interpersonal): "como me veo a mi mismo y como me perciben los demás", las *distorsiones cognitivas* que se desprenden de dicha creencia central, las *estrategias compensatorias y de evitación* que se desprenden de las creencias básicas. (autoperpetuación originada en el sistema B).
- 2.- Los principios de *economía cognitiva* (autoperpetuación originada en el sistema A).

Segundo nivel

- El *Segundo nivel* permite formular los trastornos del eje II, incluidos ciertos estilos personales (rasgos de personalidad) que sin configurar un desorden de la personalidad muestran un perfil cognitivo (rasgo) similar a ellos.



Segundo nivel

- El *segundo nivel* , podría asimilarse en parte, pero de una manera mas amplia y actualizada, a lo que Beck (1979) llamo en su momento "supuestos inadecuados" o "creencias básicas predisponentes" con especial referencia a las recaídas que pudiera sufrir el paciente depresivo.
- Y también hace alusión a lo que Jeffrey Young ha denominado: Esquemas Tempranos Desadaptativos.

De acuerdo con el modelo de los esquemas, un individuo psicológicamente sano es el que puede conseguir satisfacer adaptativamente estas necesidades emocionales centrales.

Young establece la existencia de 18 esquemas, agrupados en 5 categorías o dimensiones:

a) DESCONEJIÓN (DESUNIÓN) Y RECHAZO.

- 1.- Abandono/Inestabilidad
- 2.- Desconfianza/Abuso
- 3.- Privación emocional
- 4.- Imperfección/Vergüenza
- 5.- Distanciamiento/Aislamiento social

b) DETERIORO DE LA AUTONOMÍA Y DE LA ACTUACIÓN.

- 1.- Dependencia/Incompetencia
- 2.- Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad
- 3.- Estar atrapado/Inmadurez de sí mismo
- 4.- Fracaso

c) LÍMITES DETERIORADOS.

- 1.- Grandiosidad/Estar en su derecho
- 2.- Insuficiente autocontrol/Autodisciplina

d) INCLINACIÓN HACIA LOS OTROS.

- 1.- Subyugación
- 2.- Autosacrificio
- 3.- Búsqueda de aprobación/Reconocimiento

e) SOBREVIGILANCIA E INHIBICIÓN.

- 1.- Negatividad/Pesimismo
- 2.- Inhibición emocional
- 3.- Normas inflexibles/Hipercrítica
- 4.- Castigo

PROCESOS DE LOS ESQUEMAS

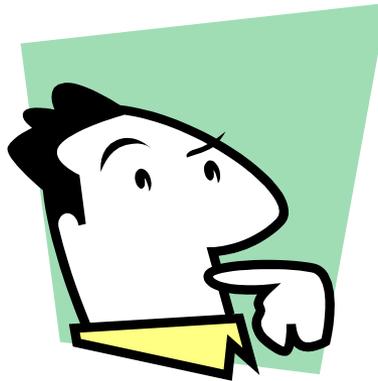
Existen tres formas bajo las cuales puede operar un esquema en un determinado individuo.

RENDICIÓN AL ESQUEMA	EVITACIÓN DEL ESQUEMA	COMPENSACIÓN DEL ESQUEMA
Maniobras cognitivas y conductuales que sirven para reforzar y conservar la vigencia del esquema. A través de la distorsión cognitiva, el sujeto interpreta y filtra la información que le permite reafirmar la validez del esquema	Cuando se activa el esquema, se experimentan emociones desagradables, por eso algunas personas tienen que desarrollar algunas estrategias encaminadas a prevenir la activación del esquema.	El individuo adopta estilos cognitivos y/o conductuales que parecen ser opuestos a lo que cabría esperar del esquema. Es un intento a corto plazo de "engañar" el contenido del esquema, que siempre termina por demostrar al individuo su incuestionable validez.

Caballo, V. E. (2004). Manual de Trastornos de la Personalidad. España: Síntesis.

Segundo nivel

- Este *Segundo Nivel*, también podría relacionarse en parte con la conceptualización de Judith Beck (2000) cuando se refiere a esquema nuclear, creencias intermedias y estrategias compensatorias. Sin embargo, en la presente propuesta se destacan nuevos elementos y el peso de la teoría informacional y del análisis conductual es mayor.



• **TERCER NIVEL**



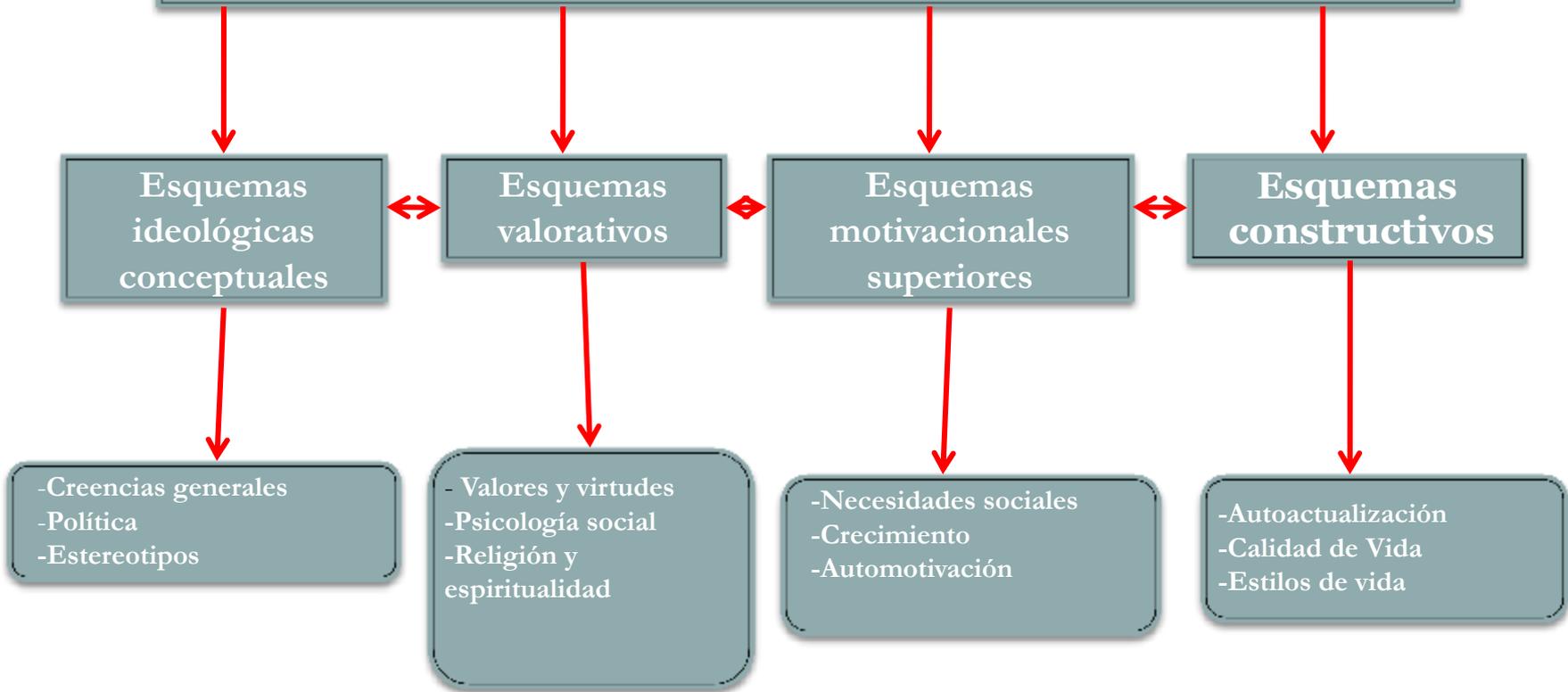
- El Tercer Nivel integra esquemas de segundo orden que al interactuar entre si conforman un sistema complejo y abstracto de significados o un modo integrado e idiosincrático (personalizado) de procesamiento de la información a través del cual es posible comprender el mundo y conectarse con él.

Esquemas de segundo orden.

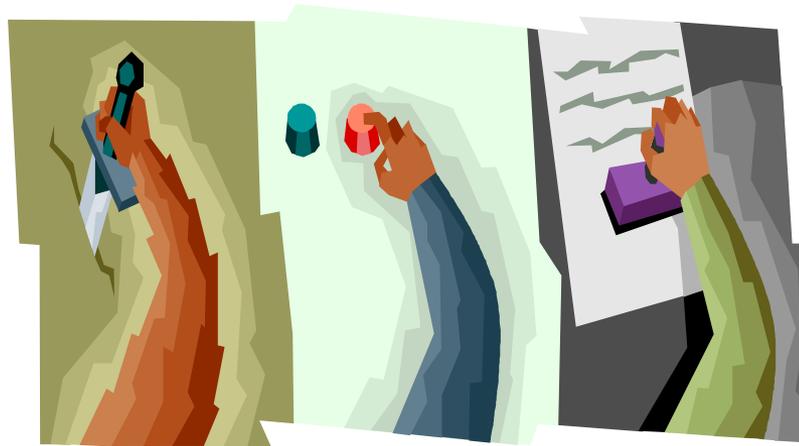
Varios autores han señalado la existencia de esquemas que parecen obrar como superestructuras cognitivo/afectivas, motivacionales o valorativas, que regulan y orientan el comportamiento humano en sus distintas facetas. Algunas de estas denominaciones son: *modos* (Clark, Beck y Alford, 1999; Padesky, 2004), *intenciones conscientes* (Beck, 1996), *aprendizaje de alto orden o metacognición* (Alford, 1997), *esquemas supra ordinales* (Clark y Beck, 1989), *inclinaciones naturales* (Young, 2001), etc.

ESQUEMAS DE SEGUNDO ORDEN

Conceptuales, valorativos, motivacionales y constructivos



Como puede observarse en la figura, el constructo de esquemas de segundo orden sugerido aquí, esta compuesto por cuatro esquemas: ideológico/conceptuales, valorativos, motivacionales superiores y constructivos, los cuales interactúan entre sí creando un mosaico móvil de alta complejidad. Como se verá más adelante, los esquemas constructivos ocupan un papel central en el proceso de intervención clínica.

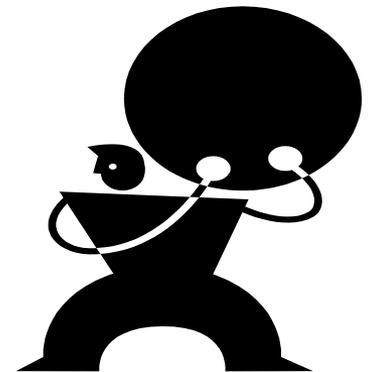


Más allá de las posibles explicaciones psicosociales, considerar la visión del mundo del paciente e incorporarla a las conceptualizaciones clínicas es beneficioso al menos en dos sentidos:

1. Incluir la perspectiva global, grupal, cultural e ideológica del paciente, ya sea como variable coadyuvante, contribuyente o predisponente, fortalece conceptualmente la formulación, ayuda a determinar los objetivos del tratamiento y aumenta la potencia predictiva, así como la posibilidad de trabajar en la promoción y prevención del problema.



2. Induce al terapeuta cognitivo a preguntarse por su *propia visión del mundo* y de qué manera ésta puede afectar o no el normal desarrollo del proceso terapéutico. No solo se aboga por una terapia culturalmente sensitiva, sino también metacognitiva, en el sentido de que el terapeuta debe ser capaz de explicar cómo su personal ideología, religión y sistema de valores puede llegar a crear estereotipos o prejuicios y distorsionar los objetivos de la intervención y/o imponer puntos de vista ajenos y contraindicados para el paciente.



A manera de resumen; los esquemas de segundo orden son esquemas supraordinales que conforman la visión del mundo del paciente a través de representaciones sociales y cognitivas, **cuyo origen y desarrollo no están necesaria o exclusivamente relacionados con el esquema nuclear,** sino que dependen principalmente de la historia vital del paciente en relación a los valores transmitidos por su grupo de referencia. La intención terapéutica es estudiar estas dimensiones de orden superior en cuanto a su generalidad, origen y contenido, para establecer su influencia en la patología del paciente. Como veremos el Nivel III se interesa por la promoción de la salud, mientras que en el Nivel I y II se concentran en la eliminación de la enfermedad psicológica y su prevención.



Esquemas ideológicos/conceptuales (EI/C) (sistema de creencias de segundo orden).

Las creencias que componen los EI/C son aprendidas y pueden desaprenderse y ser remplazadas por otras. Según Honderich (2001), las creencias son:

...un estilo mental de carácter representacional que toma como contenido una proposición (verdadera o falsa) e interviene, juntamente con factores motivacionales, en la dirección y control del comportamiento voluntario (pág. 221).



Esquemas Valorativos (EV)

Greene y Simons-Morton (1988) sostienen que las creencias tienen por lo menos tres características básicas:

- a) Pueden clasificarse como falsas o verdaderas.
- b) Un efecto cognoscitivo: las personas que las sostienen saben o creen saber que saben.
- c) Poseen un componente afectivo que *hace referencia al valor o grado de importancia que posee una creencia dada para un sujeto.*



Este último punto nos sitúa en el campo de los valores: ¿Cuál creencia es importante o “vale” para el paciente? Aquellas creencias que adquieren una categoría de valor/importancia especial son las que configuran el sistema de valores del paciente que puede llegar a ser relevante en la terapia. Estos valores ejercen gran influencia sobre el comportamiento humano y el estilo de vida de los individuos, ya que no solo guían conceptualmente la acción sino que determinan necesidades de alto orden, es decir motivaciones que van mucho más allá de lo meramente fisiológico.



3. Religión y espiritualidad.

Un aspecto adicional sobre los esquemas valorativos, el cual comporta especial interés para el terapeuta es el tema de la religión y la espiritualidad del paciente.

Lazarus y Folkman (1986) se han referido a las creencias religiosas como “creencias existenciales”:

“Las creencias existenciales, como la fe en Dios o en otro orden natural del universo, son creencias generales que ayudan a la gente a conservar la esperanza y buscar un significado de vida, a pesar de sus experiencias dolorosas” pág. 100).



Desde el punto de vista cognitivo y del procesamiento de la información, los esquemas religiosos parecen supeditarse a los mismos efectos de cualquier esquema pero con mucha más penetración y fuerza (Sinnott, 2000).

Esto nos lleva a ver que existen razones prácticas suficientes para incluir el tema de la religión/o la espiritualidad del paciente dentro de los protocolos de conceptualización clínica, ya que no hay duda de que la religión asumida juega un rol importante en la conformación de la visión del mundo del paciente.



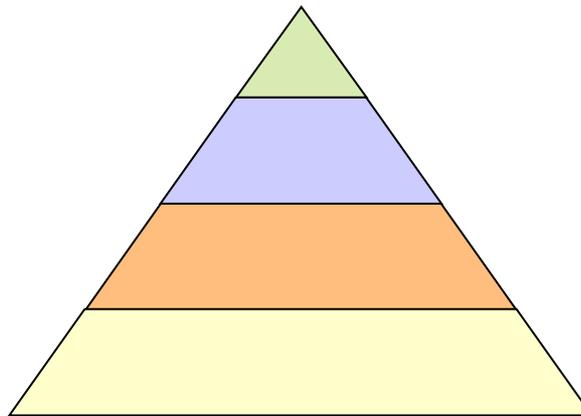
Esquemas motivacionales superiores (EMS).

Los procesos motivacionales que intervienen en cada nivel de análisis no son los mismos, aunque pueden estar íntimamente relacionados. Podríamos decir que las motivaciones que priman en el Nivel I son extrínsecas: aquellos incentivos y consecuencias ambientales que proporcionan energía y dirección a la conducta en distintos entornos.

No obstante una misma conducta puede adquirir distinto significado motivacional según el nivel de que se trate . Por ejemplo, buscar y esperar afanosamente el reconocimiento de alguna persona, en especial mediante comportamientos de sumisión en el Nivel I, puede ser interpretado en el Nivel II como resultado de una estrategia compensatoria más amplia que obra al servicio de un esquema de poca amabilidad (autoconcepto) o ser evaluado en el Nivel III como la expresión de una metanecesidad originada en una subcultura donde la aprobación social es considerada un valor de clase.

En el Nivel III las necesidades e intereses del paciente son aún más complejos porque resultan de la integración de tres fuentes motivacionales: las psicológicas que provienen del Nivel II (necesidades psicológicas que se desprenden de la patología del autoconcepto), las culturales (necesidades sociales) y las de crecimiento personal (necesidades de autorrealización).

Esta constelación de intereses/metas/necesidades determinan una organización de segundo orden a la cual llamamos *esquemas motivacionales superiores* (EMS), en el sentido que aporta Maslow (1987): sólo son humanos y referidos a sujetos adultos (una forma de “supervivencia psicológica”).

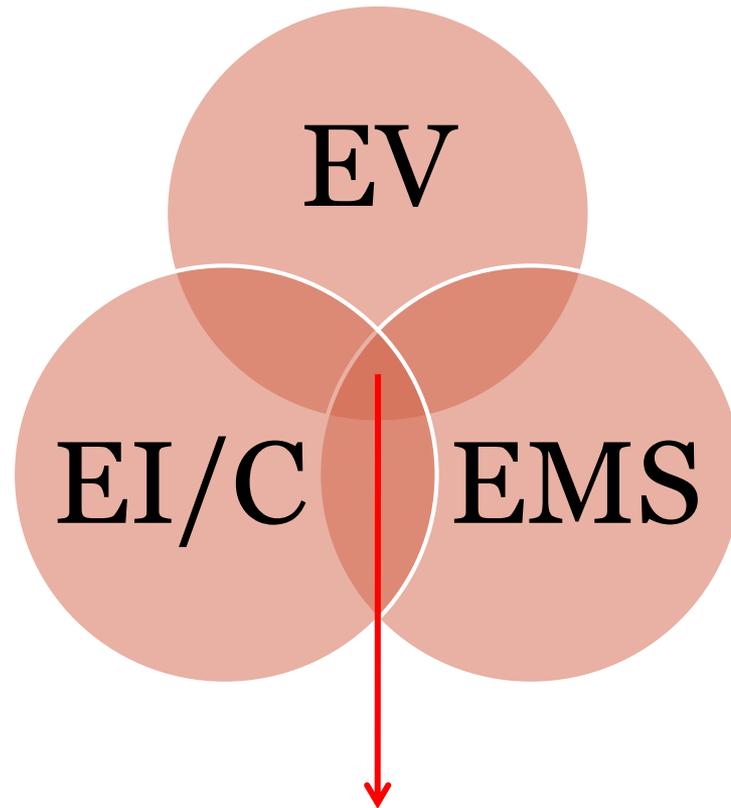


Esquemas constructivos (EC)

1. Concepto.

Los esquemas constructivos se organizan a partir de la coherencia informacional de los contenidos positivos de los EI/C, EV y EMS. Los puntos adaptativos en común de estos últimos facilitan la aparición de estructuras donde se desarrollan nuevas estrategias de afrontamiento y estilos de vida saludables (comportamientos de salud/felicidad) y se potencian los recursos cognitivo/comportamentales que posee el paciente, con el fin de mejorar su calidad de vida. Es decir, los EC son esquemas de inmunidad cognitivo/comportamentales y de crecimiento que no sólo disminuyen la probabilidad futura de adquirir patologías psicológicas (prevención), sino que incrementan la probabilidad de obtener una vida satisfactoria (promoción). Los EC parecen ser el “producto” de la interacción de los otros tres esquemas de segundo orden.

Estilos de vida y esquemas constructivos



**Estilos de vida:
Constructivos o destructivos**

3. Estilos de vida saludables y calidad de vida.

Sánchez López (1997) define el estilo de vida como las soluciones estratégicas que adopta el individuo para poder cumplir sus planes y objetivos globales. Es decir paquetes cognitivos, afectivos y comportamentales que apuntan a lograr una buena calidad de vida. Sin embargo, el autor también propone un concepto más general y transcultural que subsumiría el estilo de vida y el estilo cognitivo, al que denomina “estilo psicológico”. Manuera y col. (2004) dicen al respecto:

“así, cuando hablamos de estilo psicológico, partimos del supuesto de que es una categoría supraordinal en la organización de la personalidad, que se define como un conjunto de modalidades de funcionamiento psicológico observable ...” (pág. 76).

No obstante, Riso nos dice que, la mente humana puede adquirir una capacidad de vuelo sorprendente, tal como atestiguan las más antiguas tradiciones filosóficas y espirituales. Podemos crear estilos de vida o esquemas saludables que nos permitan superar o compensar algunas de las restricciones de nuestro cerebro y evolucionar hacia una existencia más tranquila y feliz: *cada quien debe configurar su propia filosofía del buen vivir de manera consciente y explícita. Pensarse a sí mismo en relación a su propio proyecto de vida: ¿Qué quiero?, ¿qué necesito?, ¿cómo he de vivir?, ¿qué es negociable y que no lo es? Preguntas existenciales, éticas y motivacionales.*



Coordinador académico:

Mtro. Clemente Barragán Velásquez

- <http://ismseper.webcindario.com/wordpress>
- <http://www.facebook.com/pages/Instituto-de-Salud-Mental-y-Servicios-Periciales-AC/181678765176394>
- servprofpsic@hotmail.com
- servprofpsic@yahoo.com.mx
- cleme65@yahoo.com.mx
- david80_ang@yahoo.com.mx