

POIÉSIS

ISSN 1692-0945

Revista electrónica de Psicología Social
FUNLAM

CUESTIONES ACTUALES EN TERAPIA COGNITIVA

Ps. Gabriel Jaime Ramírez Tobón

Especialista en Terapia Cognitiva
Especialista en Trabajo Social Familiar
Docente Investigador - FUNLAM
Coordinador Académico ACOTEC

Lo esencial es invisible a los ojos
Antoine de Saint-Exupery

*...se podría afirmar que cualquier terapia es cognitiva
en la medida que maneja el lenguaje, las expectativas,
los recuerdos y las fantasías...*
Carmelo Vásquez, 2007

La Terapia Cognitiva es uno de los modelos de intervención y explicación de la psicopatología que se ha mostrado más efectivo en los últimos años (Riso, 2006). Desde sus inicios, a partir de los trabajos de Albert Ellis y Aaron Beck en los años sesenta, se ha presentado un desarrollo progresivo, que ha logrado mostrar importantes avances en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo (Depresión mayor y Trastorno Bipolar), Trastornos de Ansiedad (Trastorno de Pánico con y sin Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, entre otros), Trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia y Bulimia), así como algunos menos documentados, pero en los que se ha evidenciado el impacto de la intervención (Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T., 2006, Chambless, D.L., & Ollendick, T. H. , 2001). Incluso, en el trabajo con niños se han venido teniendo grandes avances en la intervención de diversas problemáticas (intervención en el espectro de ansiedad, Barrett, Dadds & Rapee, 1996; Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004 Kendall et al., 1992; March & Franklin, 2006; March & Mulle, 1998; Piacentini & Langley, 2004; intervención en problemas de depression, McCarty & Weisz, 2007, citados por Friedberg y Khan, 2007),

logrando el reconocimiento de aquellos elementos que alcanzan a dar mayor fuerza a los resultados de la investigación.

Pueden nombrarse múltiples investigaciones adicionales, pero en este caso no se trata de reiterar lo que muy pocas personas discuten, es decir, la efectividad comprobada de las intervenciones clínicas desde la terapia cognitiva. Día a día la actividad clínica muestra logros cumplidos en el trabajo con pacientes, así como el mantenimiento de dichos cambios en el tiempo. Pero, al margen de ello, van quedando algunos puntos clave sobre los que se hace necesario volver una que otra vez, para no olvidar la tradición científica sobre la que se asienta este modelo.

En palabras de W. Riso (2006) para referirse a la Terapia Cognitiva, éste la presenta como *“un sistema clínico abierto y maleable, pero sin alejarse de los criterios científicos de la investigación controlada”* (p. 77).

Podría decirse que este es un punto crítico al cual es necesario hacer referencia, en tanto que el surgimiento de la Terapia Cognitiva, así como los avances posteriores, han propendido por mantener el modelo dentro de la perspectiva de la tradición científica de interpretación de la conducta, el afecto y la cognición humana. De hecho, la Terapia Cognitiva está relacionada con elementos puntuales del procesamiento de la información, tales como: el análisis y procesamiento de la información semántica (declarativa y procedimental), episódica (afectiva) y las conductas emitidas por el sujeto; en esta dirección, en una aproximación todavía más esquemática, se habla de creencias centrales, creencias intermedias, procesos y productos, pudiendo estos últimos manifestarse en forma de conductas, afecto o pensamientos, logrando con ello circuitos reverberantes que mantienen en muchos casos las problemáticas que consolidan los cuadros psicopatológicos, lo mismo que las características de lo que podría denominarse como “personas sin problemas”.

De aquí surge el primer aspecto a señalar, y hace referencia a la pregunta de ¿hasta qué punto se ha mantenido la interacción entre la psicología cognitiva y la terapia cognitiva?; se habla de esquemas subyacentes, procesamiento automático, impacto del afecto sobre la cognición, entre otros

elementos, pero ¿Qué hay sobre la investigación de estos aspectos, para mantener la línea de la comprensión en el terreno de lo científico?.

Se han venido depurando algunas estrategias de evaluación, desarrollando o validando instrumentos de medición para diversas condiciones (Londoño et al, 2001), y se ha fortalecido el trabajo sobre los perfiles cognitivos y la psicopatología, particularmente en Medellín con la línea que lleva este nombre en la maestría en psicología de la Universidad de San Buenaventura. No obstante, es allí donde es necesario dirigir la mirada para hacer otras preguntas, que a veces pareciera que han dejado de ser interés de los investigadores.

A ello se dirige fundamentalmente este trabajo, orientado a desarrollar un sentido crítico de cara al modelo, de modo que ese auge por reconocer la efectividad de la intervención, así como la sustentación empírica de dichos logros, junto con la claridad en su propuesta científica, sigan siendo el punto relevante y crítico para la formación de los terapeutas cognitivos. No se trata de “hacer terapia y mejorar a los pacientes”, sino de buscar aquellos puntos de referencia sobre los que se fundamenta un trabajo que aún exige múltiples investigaciones para mantener el liderazgo no sólo en efectividad, sino en fundamentación científica concreta. La idea, de manera explícita, es presentar una serie de interrogantes que contribuyan a aumentar el bagaje de conocimientos sobre el cual asentar la intervención clínica cognitiva, además de propender por un ejercicio de autocrítica frente al modelo mismo.

¿Cuál es el estado de la investigación aplicada, relacionada con las técnicas de intervención?, ¿qué puntos de la fundamentación teórica requieren una actualización? ¿Cuáles son las condiciones de la formación en intervención clínica de los psicólogos que egresan hoy de las facultades de psicología?, o ¿cuáles son los requerimientos para un buen terapeuta cognitivo? entre otros interrogantes, son los elementos sobre los que se sustenta este ejercicio reflexivo, con miras a generar una mirada crítica sobre las condiciones actuales de la Terapia Cognitiva en nuestro medio. No obstante, más que respuestas, se pretende dejar planteados algunos cuestionamientos, que pueden incluso convertirse en base para futuras investigaciones.

El primer elemento al que es necesario hacer referencia, tiene que ver con aquello que aborda la Terapia Cognitiva: los pensamientos o productos cognitivos, que en última instancia retoman “*verbalizaciones conscientes de fácil acceso*” (Vásquez, 2007) a partir de las cuales el paciente y su terapeuta lograrán acceder a los contenidos esquemáticos y los procesos sobre los que se asienta el manejo de la información; en esta dirección, dichos esquemas y procesos, pertenecen a una información que no es, por así decirlo, “accesible a la consciencia”. No obstante, dicha referencia a *lo inconsciente*, ha tenido sus reservas, evitando con ello que se pueda plantear una postura que podría denominarse como “ecléctica” en el abordaje de la cognición humana.

En relación al tema, y retomando algunos aportes de la neurociencia actual, es válido rescatar el concepto de “inconsciente”, puesto que en él se asienta una parte importante de la información que el individuo tiene sobre sí mismo. Por ejemplo, se ha podido demostrar que muchas de las condiciones que pueden denominarse como traumáticas tempranas, se presentan en los primeros cinco años de vida de la persona, y por razones de madurez neurobiológica ellas no consolidan ningún recuerdo directo en el sistema de representaciones para el sujeto, pero si queda una huella marcada en el sistema interno de almacenamiento de información (Vásquez, 2007), que posteriormente podría incluso constituirse como característica de vulnerabilidad para el desarrollo de algunos trastornos. El punto crítico sería, ¿hasta qué punto este tipo de investigación viene alimentando el cuerpo teórico y de la formación de los terapeutas cognitivos actuales?. Quizá en el campo particular del estrés postraumático, o en relación al estudio de las fobias se haya avanzado en este tema en particular, pero qué hay de otros terrenos donde se requiere hacer mayor investigación. De hecho, como lo plantea Froufe (1997), una cantidad considerable de la actividad cognitiva, se presenta en un terreno por fuera de la consciencia, que en última instancia, es una referencia a lo que permanece inconsciente.

Por otro lado, particularmente desde lo propuesto por A. Beck (1983), hay un énfasis importante en el análisis clínico frente a los contenidos proposicionales de la expresión de los pacientes (ideas, esquemas, pensamientos, creencias irracionales, ente otros), pero hasta qué punto se esta dejando de lado otros elementos que también hacen parte de la realidad de los

sujetos, que pueden interferir en la manera como se procesa la información, y por lo tanto, en la forma como el sujeto construye su realidad para poder reaccionar ante ella. ¿qué pasa con aquello que no es directamente “verbalizable”, pero que igual se presenta inmerso en los códigos de comunicación y procesamiento humano de la información?

Esta inquietud no es nueva, pero requiere de mayor investigación básica, lo que amerita un retorno al laboratorio de psicología para la búsqueda de evidencia, de modo que no se abandone el análisis de datos como punto relevante para adelantar un trabajo desde una psicología científica. Como lo expresan Teasdale y Barnard (1993, citados por Vásquez, 2007): “en la representación del conocimiento intervienen diferentes códigos sensoriales (p.e. información acústica), intermedios (p.e. reconocimiento de morfemas y lexemas) y de significado (p.e. reconocimiento de una palabra completa y su correspondiente activación de palabras o significados asociados)” (p. 15). El tono, el timbre, la velocidad de expresión, las inflexiones particulares que se encuentran en las conversaciones, pueden estar haciendo parte fundamental en el análisis de procesamiento de la información, pero podrían pasar desapercibidos en ocasiones para el clínico, puesto que el énfasis del trabajo terapéutico se ha puesto en las condiciones de expresión verbal.

Desde el inicio de la propuesta terapéutica cognitiva, Aaron Beck (1983, 1990) ha enfatizado que los modelos cognitivos, a pesar de su denominación, no pueden verse como explicaciones del comportamiento humano en donde exclusivamente la cognición tiene el privilegio explicativo; simplemente es el énfasis del modelo, y desde éste se trabaja para activar cambios en la conducta y en la expresión afectiva. Además, aun cuando resulta ser una expresión que no requiere mayor análisis, es fundamental tener presente que la cognición *no es conducta*, independiente de lo que algunos autores hayan expresado; en este sentido, “...la realidad de la cognición humana comporta códigos de representación particular, modalidades de transformación del *input* y productos resultantes que son difícilmente reducibles a las condiciones de conducta” (Vásquez, p. 33).

La afirmación anterior es clara para cualquier terapeuta cognitivo, puesto que se haya familiarizado con los conceptos de esquema cognitivo,

creencia y pensamiento. Sin embargo, resulta claro que aun se conoce muy poco de lo que son los procesos como tales, la manera como actúa ese “complejo sistema de procesamiento de la información” que según Lachman, Lachman y Butterfield (1979, citado por Riso, 1996), es un “sistema que selecciona, transforma, decodifica, almacena, recupera y genera información (cognitivo-afectiva) y comportamientos motores” (p. 82). En este sentido, y retomando algunos señalamientos de Vásquez (2007) ¿cómo funcionan realmente los procesos cognitivos?, ¿cómo se dan los sesgos en el procesamiento de la información, y cuáles son los que caracterizan a las problemáticas psicopatológicas, más allá de los problemas de ansiedad y depresión?, ¿cómo se dan los errores de cálculo de probabilidades a los que hacen referencia los heurísticos?, ¿cómo surgen los errores en el procesamiento de la información, y cómo se da el proceso de mantenimiento de los mismos?, son sólo algunos de los cuestionamientos que aún quedan pendientes por resolver en el campo de la terapia cognitiva.

Quizá la Terapia Cognitiva deba volver su atención a los aportes de la Psicología Cognitiva y el campo de las Neurociencias, puesto que la comprensión de los elementos subyacentes a los pensamientos, así como el acercamiento necesario a los contenidos esquemáticos, requieren pensar en niveles de abstracción más complejos, en tanto que los planteamientos de organización del procesamiento de la información, pueden resultar hoy algo incompletos. Los significados implícitos, el reconocimiento de cualidades particulares metalingüísticas de la comunicación, y aún los sesgos en el procesamiento de la información, podrían estar asentados en condiciones neurocognitivas complejas, y en esa misma dirección, requerir atención más clara, de modo que se abre de nuevo una puerta al trabajo interdisciplinario, buscando fundamentar más aun los pilares sobre los que se sostiene la intervención.

En esa misma dirección, quizá sea necesario retomar también los conocimientos que surgieron de las investigaciones sobre el condicionamiento clásico, particularmente en situaciones en las que los mismos pacientes reconocen sus conductas como “irracionales” pero aún así continúan con ellas, bajo el precio que ello representa para su vida cotidiana. Como lo plantea el llamado Condicionamiento Clásico Cognitivo (Davey, 1998, citado por Vásquez,

2007), “en muchos procesos de condicionamiento intervienen mecanismos cognitivos que pueden amplificar extraordinariamente las respuestas condicionadas” (p. 33).

Algunos aspectos adicionales para la investigación en el campo de la Terapia Cognitiva, han sido propuestos por Alford y Beck (2007):

- Cuáles serían las estrategias para desarrollar intervenciones preventivas, que puedan impactar en las comunidades, de modo que la Terapia Cognitiva pueda impactar sobre grupos poblacionales, más allá de la intervención clínica individual, pero prestando atención a la modificación de esquemas depresógenos, de modo que las personas puedan desarrollar algún sentido de control.
- La depresión puede entenderse como un déficit de esquemas cognitivos positivos o como una sobreproducción de esquemas negativos; esto no sólo es un interés de carácter teórico, sino que compromete elementos que hacen parte de la base para la intervención, puesto que ello podría incluso condicionar el énfasis que se hace durante el proceso.
- Jacobson y Hollín (1996, citados por Alford y Beck, 2007), hacen un señalamiento bastante importante, puesto que la pregunta esta dirigida a la dificultad que resulta la perspectiva de evaluar la competencia en la aplicación de la Terapia Cognitiva, puesto que ello se asocia con una evaluación “integral” en la que se tiene que poner énfasis en múltiples elementos que hacen parte del proceso.
- Teasdale (1995, citado por Alford y Beck, 2007), hace referencia también a un aspecto importante, y es el efecto del componente educativo en la terapia. Múltiples aproximaciones ponen de manifiesto la necesidad de utilizar este tipo de trabajo en el inicio de la intervención o a través del tiempo en que el paciente permanece en terapia, no sólo haciendo referencia a la comprensión de la problemática, sino también en función de la intervención como tal. En este sentido, es importante buscar la manera de retomar dichas afirmaciones y llevarlas a la práctica clínica, puesto que la investigación no debe ser ajena en el campo de la

intervención, si bien es cierto que la clínica no es por sí misma investigación.

Adicional a estos planteamientos, viene un cuestionamiento que seguirá siendo importante, y es lo que se refiere a la “pureza” o “calidad “ de las intervenciones, puesto que en muchas ocasiones en la interacción con otros terapeutas, se reconoce que hay una fusión de múltiples modelos o estrategias, que no siempre responden a un modelo claro de intervención clínica cognitiva. La utilización de psicofármacos, junto con la aproximación cognitiva “eclectica” podría generar resultados positivos, pero cuál sería el punto de referencia para dichos logros.

Un último punto al que se puede hacer referencia, se relaciona con los aspectos que complementan el trabajo sobre la Terapia Cognitiva, y es lo que se refiere a la emoción, en tanto que allí todavía existe un terreno casi inexplorado, por lo menos en cuanto a la explicación se refiere, porque ya se han hecho aproximaciones claras a la intervención con énfasis en dicho aspecto, como lo plantean autores como Young (2001), para señalar sólo algunas de las aproximaciones más conocidas.

Kossylin, Gonis y Thompson, (2001, citados por Vásquez, 2007), plantean como la investigación en el campo de las neurociencias ha logrado demostrar que las imágenes reconocidas por los sujetos, son capaces de evocar reacciones neuro-emocionales que son equiparables a las que son provocadas los estímulos sensoriales reales de la misma categoría. Ello muestra como los circuitos neuronales se convierten en un punto crítico a la hora de identificar la emoción, pero no dan todos los elementos para la intervención desde la Terapia Cognitiva propiamente dicha. De igual manera, las imágenes o el reconocimiento de la realidad a través de los sentidos puede ser modificada por la influencia de las emociones (como lo demuestran los estudios de afecto y memoria, afecto y percepción, o los experimentos con la Prueba de Stroop), y a partir de esto habría qué preguntar, ¿cómo puede influir esto en la Terapia Cognitiva?.

Con los planteamientos aquí expresados, no se agota el análisis de las condiciones actuales en relación a la Terapia Cognitiva. Todavía existen

elementos que requieren atención, particularmente con las nuevas tendencias de la psicología positiva, o lo que tiene que ver con meta-análisis necesarios, particularmente en relación a lo que se denomina como filosofía de vida o la influencia de las creencias culturales sobre la estructuración de los esquemas.

Adicional, quedaría la pregunta sobre lo que sucede con los esquemas después de la intervención clínica, puesto que si de entrada se reconoce que hay experiencias que son “inconscientes”, cómo asegurar que dichos contenidos arraigados en lo “profundo de la mente” realmente cambian o se modifican lo suficiente como para no continuar siendo un factor de vulnerabilidad en el sujeto.

Como se planteó al inicio del trabajo, quizá haya que aceptar para la Terapia Cognitiva el planteamiento de Saint-Exupery, y lo esencial todavía seguirá siendo invisible a la mirada del clínico.

REFERENCIAS

Alford, BA y Beck, AT (2007) Psicoterapia de la Depresión y del Trastorno Bipolar, página 69-102. En: Evans, DL, Charney, DS y Lewis, L (2007). Guía para el médico. Depresión y Trastornos Bipolares. McGraw-Hill - Interamericana: Madrid.

Beck, AT, Rush, J.A., Shaw, B. F. (1983) et al. Terapia Cognitiva de la Depresión. DDB: Barcelona.

Beck, J. S. (2007) Terapia Cognitiva para la superación de retos. Gedisa, Barcelona.

Ellis, A. (1999) Una Terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la Terapia Racional Emotivo-Conductual. Barcelona: Paidós.

Friedberg, R y A, Khan (2007) Cognitive Therapy for Children & Adolescents. Visualizado el 12 de septiembre de 2008 en: <http://www.academyofct.org/Library/InfoManage/Guide.asp?FolderID=1187>

Londoño, N. E. et al (2001) Perfiles cognitivos y psicopatología. Línea de investigación programa de Maestría en Psicología. Universidad de San Buenaventura: Medellín.

Mahoney, M. J. (1997) Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Teoría, investigación y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer [orig. 1995]

Ramírez T, G. J. (2003). Retos y Perspectivas por desarrollar. Medellín: Acotec. Conferencia realizada en la Universidad de San Buenaventura, en el marco de la Jornada de actualización en Terapia Cognitiva.

Riso, W. (2006) Terapia Cognitiva: formulación del caso clínico. Bogotá, Norma.

RISO, W. (1996) La terapia cognitivo informacional: crítica a las terapias tradicionales e implicaciones clínicas. CEAP: Medellín.

Vásquez, C. (2007) Técnicas Cognitivas de Intervención Clínica. Madrid: Síntesis.

Young, J. E. (1999) Cognitive Therapy for personality disorders: A Schema-focused approach (3er ed) Professional Resource Exchange, Sarasota, Fl.