

Sociedad de Hipnoterapia Clínica.

TERAPIA COGNITIVA

Introducción a la Psicología Cognitiva

La percepción humana

El reconocimiento de formas; ¿cómo se convierten los signos externos que llegan a los órganos de los sentidos, en experiencias perceptivas llenas de significado?. Esta tarea de aparente facilidad y fluidez, resulta de extrema complicación cuando queremos construir sistemas de reconocimiento de formas. Analizamos entonces esta tarea:

-Patrones de reconocimiento de formas.

Es el modelo más simple para reconocer y clasificar formas. A partir de una señal visual, busco un modelo que se le parezca de entre los patrones que tengo en la memoria, y el más parecido es el que se activa con más fuerza. Este patrón no es rígido, sino que se puede correr, aumentar, girar, etc.

El límite de este sistema de patrones es que no se pueden reconocer nuevas formas, cosa que sabemos que el ser humano está en condiciones de hacer. Los patrones son pocos flexibles, y si no encuentro algo que se parezca a lo que estoy viendo, el sistema falla.

-Procesamiento guiado por datos y guiado conceptualmente.

Aquí el procesamiento de lo que vemos comienza con una conceptualización de lo que puede estar presente, guiando los datos de lo que estamos viendo (recordemos las diapositivas que podían a la vez representar formas de distintas cosas).

El proceso guiado conceptualmente y el proceso guiado por los datos casi siempre tienen lugar juntos, y cada dirección del procesamiento contribuye al análisis total.

-Algunos fenómenos de la percepción.

Las cosas no siempre aparecen como son realmente. Lo que vemos u oímos no siempre es lo que es. El sistema perceptivo comete errores frecuentemente. A veces vemos ilusiones, otras necesitamos algún tiempo para recuperarnos de una estimulación prolongada que nos lleva tiempo para interpretar la imagen que se nos presenta.

-Organizaciones en Competencia.

Una imagen puede ser ambigua porque carece de información relevante o por exceso de datos irrelevantes. También puede serlo por la existencia de distintas formas de construir una interpretación significativa.

Existen ciertas reglas de percepción, que influyen al momento de nuestra visión:

-Nada se elabora aisladamente, toda información debe integrarse en una interpretación consistente y total de la escena visual.

-Cuando reunimos información sensorial, debe producirse una imagen consistente del mundo.

Los siguientes, son explicaciones muy específicas acerca de nuestros mecanismos de visión:

Posefectos: surgen luego de una estimulación fuerte. Si miramos una luz durante un tiempo prolongado y luego vemos sobre una superficie blanca, vemos su color complementario.

Fijación de la imagen: las imágenes están en constante movimiento en el ojo, no simplemente por los movimientos del ambiente, sino también por un continuo temblor del ojo.

Posefectos de movimiento: aquí miramos un objeto en movimiento por algún tiempo, luego vemos uno fijo y vemos que se mueve en sentido contrario.

TERAPIA COGNITIVA. La terapia cognitiva la constituyen una serie de procedimientos dirigidos a corregir las distorsiones cognitivas y los errores específicos y habituales en el pensamiento (cogniciones). Se pueden utilizar una amplia variedad de técnicas terapéuticas específicas. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente a identificar, contrastar la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y creencias disfuncionales subyacentes a estas cogniciones. Se pueden observar contenidos cognitivos específicos para trastornos psiquiátricos específicos.

-Terapia Racional-Emotiva de Ellis (TRE): Es una terapia cognitivo-conductual, que se basa en la hipótesis de que las emociones y la conducta son producto de las creencias del individuo. Una característica de estos pensamientos es que se rigen por exigencias absolutistas como "debo de" y "tengo que", que crean distorsiones cognitivas provocadoras de estrés y conflictos psicológicos. Así los trastornos psicológicos son producto de un pensamiento irracional, por lo tanto la terapia consiste en reemplazar el pensamiento "irracional" por otro "racional", que le permitan modificar sus emociones y conductas positivamente.

Existen una serie de creencias irracionales que se presentan con frecuencia.

Ideas o Pensamientos irracionales comunes tabulados por Ellis y col.

- Que siempre debes ser amado y aprobado por las personas significativas.
- Que debes probarte a ti mismo que eres absolutamente competente, adecuado y realizado; o que al menos debes ser realmente competente o talentoso en alguna cosa importante.
- Que las personas que te perjudican o cometen una mala acción generalmente son consideradas como malas, malvadas, o villanas y que deben ser severamente culpadas, condenadas y castigadas por sus pecados.
- Que la vida es horrorosa, terrible, horrible o catastrófica cuando las cosas no van como te gustaría que fueran.
- Que las miserias emocionales provienen de presiones externas y que tienes pocas capacidades para controlar tus sentimientos o para librarte de la depresión y hostilidad.
- Que si algo parece peligroso o temible, debes preocuparte mucho y volcarte en ello.
- Que encontrarás más fácil evitar muchas responsabilidades y dificultades de la vida, que intentar alguna forma gratificante de auto-disciplina.
- Que toda tu vida pasada es importante y que si algo influyó fuertemente tu vida, está determinando tus sentimientos y conductas actuales.
- Que las personas y las cosas deberían ser mejor de lo que son y es terrible y horrible no encontrar rápidamente soluciones para los contratiempos de la vida.
- Que puedes conseguir la felicidad por inercia e inactividad o por "disfrutar de sí mismo" pasivamente.
- Que debes tener un alto grado de orden o certeza para sentirte comfortable, o que se necesita algún poder sobrenatural en el cual confiar.
- Que uno puede autocalificarse como persona y que la valoración y autoaceptación dependen de la buena ejecución y grado de aprobación de las demás personas.

Perfil cognitivo de los trastornos psiquiátricos

•Trastorno	Contenido Cognitivo Específico.
•Depresión	Visión negativa de sí mismo, de la experiencia y del futuro.
•Hipomanía	Visión aumentada de sí mismo, de la experiencia y del futuro.
•Trastorno ansioso	Temor al peligro físico o psicológico.
•Trastorno por angustia	Malinterpretaciones catastróficas de experiencias corporales y mentales.
•Fobia	Temor y evitación de situaciones específicas.
•Estado paranoide	Ideas de perjuicio e interferencia.
•Histeria	Concepto de anormalidad motora o sensorial.
•Obsesión	Dudas o temor repetido acerca de la seguridad.
•Compulsión	Actos repetitivos para protegerse de las amenazas.
•Conducta suicida	Desesperanza y deficiencia en la solución de problemas.
•Anorexia nerviosa	Temor a engordar o distorsión de la imagen corporal.
•Hipocondriasis	Atribución de enfermedades médicas graves.

La TRE utiliza el modelo ABCDE, en que A es el acontecimiento activante, B es la creencia que genera A, que puede ser "racional" o "irracional", y C es la o las consecuencias de B, que pueden ser emociones o conductas. D es la disputa o refutación entre el terapeuta y el paciente sobre las creencias irracionales. E simboliza el resultado o efecto de la confrontación apropiada de las creencias irracionales. Una vez identificados los pensamientos irracionales, mediante procedimientos conductuales, por ejemplo inundación, se somete al individuo a la situación ansiógena y se rebaten los pensamientos que surgen de forma automática.

La Terapia Cognitiva de Beck se solapa con la TRE, pero se diferencia en algunos puntos. Beck utiliza las clasificaciones psiquiátricas convencionales, y relaciona explícitamente los estilos cognitivos desadaptativos de las diferentes categorías diagnósticas, especialmente en la depresión, pero también en trastornos ansiosos, histeria, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos psicósomáticos, etc. La terapia cognitiva sigue un patrón inductivo, mientras que la TRE es deductiva. En la terapia cognitiva se contrastan las creencias del paciente con la realidad externa, a través de experiencias conductuales, en las que el paciente utiliza sus propias conductas

para probar la veracidad de sus creencias, mientras que en la TRE el cambio cognitivo se obtiene como consecuencia del razonamiento y la persuasión.

Se han realizado estudios comparativos de la terapia cognitiva de Beck aplicada a la depresión que ponen de manifiesto su utilidad en la depresión unipolar y no psicótica, tanto en el tratamiento como en la prevención de recaídas. Es un procedimiento terapéutico bien estructurado, orientado a la modificación de cogniciones específicas implicadas en la depresión. Según este modelo, el paciente tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; las cogniciones distorsionadas del paciente pueden tener una relación causal y favorecen las recaídas; las creencias del paciente son absolutas, arbitrarias y desadaptativas, éstas pueden permanecer inactivas durante años y hacerse patentes en presencia de un acontecimiento activador. Estos elementos generan una serie de pensamientos automáticos. Por lo tanto, hay que identificar los pensamientos automáticos, identificar las normas que los generan y analizar de qué manera las distorsiones cognitivas predisponen a la producción de evidencias que confirmen los pensamientos automáticos.

APLICACION CLINICA. Las técnicas cognitivo-conductuales se pueden aplicar en una amplia gama de trastornos, en este apartado mencionaremos algunas de las más importantes.

- Trastornos por ansiedad: los estudios controlados que comparan la psicoterapia conductual, placebo, fármacos y otras psicoterapias, indican que la terapia conductual es la psicoterapia de elección en los trastornos fóbicos, rituales obsesivo-compulsivos y trastorno por estrés post-traumático. Es necesario valorar un abordaje cognitivo que complemente la terapia conductual para tratar los pensamientos automáticos negativos.

En la agorafobia con o sin crisis de angustia se utilizan tratamientos de exposición a las situaciones fóbicas y que el paciente evita. Pueden ser in vivo (inundación) o en imaginación (desensibilización sistemática): los estudios coinciden en que la exposición in vivo es más efectiva. Desde el punto de vista cognitivo el tratamiento de las crisis de angustia se centra en la tendencia del paciente a realizar malinterpretaciones catastróficas sobre sus sensaciones corporales o experiencias mentales, se pueden utilizar técnicas de distracción durante una crisis, etc.

En la fobia social se utiliza el entrenamiento en habilidades sociales, que incluye exposición, modelado, ensayos conductuales, refuerzo y entrenamiento de la comunicación verbal y no verbal. El temor a hablar en público se puede tratar con un programa de desensibilización sistemática y exposición. El tratamiento de las fobias simples se puede realizar con exposición, modelado y en los casos en que el acceso al objeto fóbico sea difícil (por ejemplo el avión) se realiza desensibilización sistemática.

Los trastornos obsesivo-compulsivos se pueden tratar con técnicas de exposición y prevención de respuesta y reestructuración cognitiva. Los pacientes con rituales responden peor al tratamiento.

En la ansiedad generalizada se utilizan técnicas de control de la ansiedad y se potencian las habilidades sociales cuando los factores precipitantes surgen del entorno, y reestructuración cognitiva.

En el trastorno por estrés post-traumático se utilizan técnicas de exposición en imaginación. En los últimos años se ha descrito la utilización de los movimientos sacádicos oculares para el tratamiento de este trastorno.

- Trastornos afectivos: no hay una terapia que se aplique de forma sistemática en los trastornos bipolares. Para la distimia y depresión mayor no psicótica se utiliza la terapia cognitiva de Beck y otras técnicas cognitivo-conductuales, como entrenamiento de habilidades sociales, refuerzo de conductas adaptativas, manejo y control de la ansiedad asociada, etc.

- Disfunciones sexuales: Master y Johnson desarrollaron técnicas conductuales como focalizar sensaciones, desensibilización sistemática, formas sucesivas de aproximación a través del refuerzo de pequeñas tareas conductuales, modelado y ensayo conductual. Estas técnicas se pueden aplicar individualmente y con la pareja.

El programa de tratamiento para las parafilias incluye técnicas conductuales para reducir la activación sexual hacia los objetos sexuales inapropiados y aumentarla hacia los objetos y en situaciones adecuadas; educación sexual y técnicas de reestructuración cognitiva; entrenamiento en habilidades sociales; tratamiento del abuso de sustancias, que se observa con frecuencia en estos individuos; técnicas de mantenimiento de conductas adecuadas y prevención de recaídas.

•Esquizofrenia: se utilizan procedimientos de refuerzo para aumentar o disminuir ciertas conductas, modificación del entorno, entrenamiento en habilidades sociales, para fomentar la autonomía del paciente.

•Trastornos alimentarios: en la bulimia nerviosa se aplica terapia cognitivo conductual y exposición con prevención de respuesta. En la anorexia nerviosa se utilizan el reforzamiento positivo y negativo, retroalimentación a través de la información sobre calorías ingeridas y peso ganado y comidas abundantes. Además, se enseñan al paciente hábitos alimentarios apropiados y auto-monitorización lo que fomenta su auto-control y confianza en sí mismo, también se mejora su autoestima y autoimagen. En la obesidad se procura modificar los hábitos alimentarios y fomentar el ejercicio físico, para mantener el peso adecuado se utilizan refuerzos y técnicas de auto-control.

•Trastornos por abuso y dependencia de tóxicos: las técnicas conductuales utilizadas para reducir el consumo de alcohol son:

1) terapias aversivas abiertas.

2) sensibilización encubierta.

3) entrenamiento en habilidades sociales.

4) terapia cognitivo conductual.

5) técnicas de manejo conductual, como refuerzo positivo para reducir la ingesta y consecuencias aversivas de la ingesta.

En la dependencia al tabaco se utilizan:

1) reducir el valor reforzante del fumar.

2) crear una aversión al fumar.

3) desarrollar una auto-monitorización de la conducta de fumar.

4) fomentar capacidades de respuesta por imitación. En el abuso de otras sustancias se utilizan técnicas similares.

En los Trastornos psicósomáticos o la llamada medicina conductual se utilizan técnicas de biofeedback, relajación, modificación de hábitos (dietéticos, estilo de vida, etc.), información sobre la enfermedad y manejo de episodios agudos. Estas técnicas se aplican en hipertensión arterial, síndrome de Raynaud, cefalea, asma, dolor crónico, trastornos gastrointestinales, insomnio, etc.