

Tema 12: Terapia cognitiva de Beck

1. Bases teóricas

Orixínase en 1986. Beck ten formación en psicanálise e varios estudos sobre depresión, e enfatiza a importancia dalgúns aspectos da terapia condutual: o método científico, a investigación empírica e os factores actuais que manteñen o problema.

Segundo Beck, as reaccións emocionais e condutuais dunha persoa ante un acontecemento dependen de como esta percibe, valora e interpreta a situación, así como das súas atribucións e expectativas. As cognicións e os procesos cognitivos poden modificarse. Neste sentido, dinstínguense tres tipos de cognicións: pensamentos automáticos, supostos e crenzas nucleares.

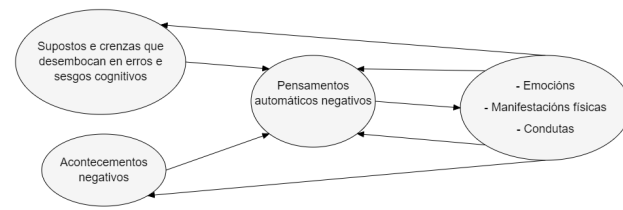


Figura 1: Modelo do desaxuste emocional e/ou condutual

2. Tipos de cognicións

- **Pensamentos automáticos:** Imaxes e/ou autoverbalizacións que aparecen ante estímulos internos e externos, como resultado da interacción entre supostos, crenzas, procesos cognitivos e elementos situacionais. Algúns aspectos característicos deste tipo de pensamentos é que surxen coma se foran reflexos, parecen totalmente plausibles e válidos e son involuntarios, polo que costa detelos.
- **Supostos:** Crenzas condicionais, manifestadas a través de proposicións “se ... entón ...”, normas e actitudes.
- **Crenzas nucleares:** Crenzas incondicionais, duradeiras e globais, sobre un mesmo, os demais e o mundo. Son máis profundas e máis difíciles de modificar que os supostos, pero igual ca estes, proveñen en gran medida de experiencias de aprendizaxe e relaciónanse en interacción co medio. Tamén igual que os supostos, poden permanecer latentes e activarse debido a un acontecemento importante, facendo que o suxeito cometa erros ou sesgos cognitivos.

3. Fundamentos conceptuais e empíricos

As distorsións ou erros cognitivos son erros sistemáticos no procesamento da información, isto é, no razoamento. Poden manifestarse de diferentes xeitos:

- ◇ Inferencia arbitraria: Conclusións negativas precipitadas, que o paciente ten en forma de “lector de mentes” (supón o que os demais pensan) ou de “erro do adivino” (espera que as cousas salan mal sen motivo).
- ◇ Xeralización excesiva: Debido a un ou uns poucos sucesos negativos, suponse que todos serán iguais.
- ◇ Filtro mental: Centrarse nun único detalle negativo, obviando o resto.
- ◇ Personalización: Atribuírse toda a responsabilidade de sucesos que teñen consecuencias negativas para os demais; comparación cos demais.
- ◇ Pensamento dicotómico: Ver as situacións de forma extrema, sen ter en conta a existencia de estados intermedios.
- ◇ Magnificación e minimización: Esaxerar ou quitar, respectivamente, a importancia que teñen as situacións.
- ◇ Descalificación do positivo: Interpretar os propios comportamentos positivos e os acontecementos agradables que ocoren como “o normal”.
- ◇ Etiquetación: Xeralizar unha (ou poucas) cualidade negativa para dar lugar a un xuízo global.
- ◇ Os “deberías”: Esixencias absolutas e rixidas, semellantes a dogmas, acerca dun mesmo, dos demais e do mundo.

4. Procedemento en depresión

A estrutura dunha sesión típica sería a seguinte:

1. Breve revisión da sesión anterior e das actividades entre sesións (tarefas para casa).
2. Fixación da orde do día e temas para a sesión. As prioridades determínanse conxuntamente, de acordo coas preferencias do paciente.
3. Novas tarefas para casa.
4. Resumo da sesión e *feedback*.

O procedemento da terapia desenvólvese en tres fases:

■ **Fase inicial:** Avaliación, conceptualización e xustificación da terapia.

1. Relación terapéutica: Entre as habilidades do terapeuta deben incluírse o interese polo benestar do paciente, o coñecemento de si mesmo, a ética, a proximidade e o coñecemento de contextos socio-culturais diversos. Entre as actitudes do terapeuta, son importantes a calidez, a cordialidade, a autenticidade, a empatía e a aceptación positiva incondicional.
2. Avaliación do problema: Ó longo da entrevista determinaranse os síntomas anímicos, condutuais, cognitivos, psicofisiolóxicos e interpersoais. Para avaliar o problema poden empregarse distintos métodos: preguntas directas, descubrimento guiado (orientar o diálogo cara sucesos concretos que permitan determinar pensamentos, imaxes, condutas...), momentos emocionais, inducción de estados emocionais, representación de interaccións, asignación e análise de tarefas condutuais e autorrexistros (de situacións, emocións e pensamentos automáticos).

3. Modelo explicativo do problema e da terapia: O paciente debe entender o que lle pasa e por que. Tamén debe comprender o importante que é a súa participación para solucionar o problema. Para explicar todo isto, pode ser útil o uso de exemplos. Por último, debe explicárselle en que consiste a terapia e canto dura, a duración das sesións e a periodicidade das consultas.
4. Establecemento de obxectivos: Específicos para cada caso, acórdanse co paciente.

■ **Fase intermedia:**

1. Planificación de actividades (activación condutual): Consensuar co paciente o que está disposto a intentar, e ser realista planificando as actividades. Comezar por actividades sinxelas e moi gratificantes e ir aumentando a dificultade en función dos resultados obtidos e da implicación do paciente.
2. Identificación e cuestionamento de pensamentos automáticos: Análise de validez, de utilidade e doutros puntos de referencia, e reatribución (determinar que porción de responsabilidade é atribuíble ó paciente e cal a outros factores). Os pasos a seguir son:
 - a. Identificar o problema.
 - b. Identificar unha ou máis cognicións e avaliar o grao de crenza.
 - c. Discutir o pensamento, instaurar un pensamento alternativo e avaliar o grao de crenza.
 - d. Facer unha predición específica que poida someterse a proba, e avaliar o grao de crenza.
 - e. Diseñar un experimento condutual para poñer a proba os pensamentos automáticos. Estes experimentos consisten en emitir ou deixar de emitir unha conduta, observar a reacción dos demais e preguntarlles acerca da situación.
 - f. Avaliar o resultado, discutilo e extraer conclusións (avaliar o nivel de crenza).
3. Identificación e cuestionamento de supostos e crenzas: As ideas irracionais son crenzas centrais negativas, instauradas nun nivel profundo da conciencia, formando parte dos valores fundamentais da persoa. Son ríxidas e pouco realistas, non se apoian na experiencia. Adoitan incluír contidos acerca da persoa, dos demais e do mundo.

Para a identificación das crenzas poden empregarse varios métodos:

- **Inferencia de regras xerais**: Inferir ideas de fondo subxacentes a partir de pensamentos concretos.
- **Contidos de regras e normas**: Explorar o significado oculto dos “debería” e dos “teño que”.
- **Análise de expresións**: Concretamente daquelas que o paciente poida reiterar, coma se se tratase de refráns.
- **Uso de cuestionarios**: Por exemplo, o *Dysfunctional Attitude Scale* (Weissman e Beck, 1978).
- **Técnica da frecha descendente**: Consiste en realizar preguntas sucesivas sobre as distintas afirmacións do paciente, para que el mesmo identifique as súas crenzas irracionais.
- **Búsqueda de valores**: Indagar na xerarquía de valores do paciente para atopar aqueles que poden resultar disfuncionais.

Á hora de cuestionar as crenzas, deben examinarse as probas a favor e en contra das mesmas, analizar a súa utilidade e buscar e fortalecer crenzas alternativas.

- **Fase final. Prevención de recaídas**: Importante que o paciente domine as habilidades aprendidas e as poña en práctica. Ante a posibilidade de que aparezan situacións conflitivas, débense deseñar programas con técnicas para afrontalas. Realizar un seguimento do paciente e non baixar a garda.