

DIFICULTADES, HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN 315 PACIENTES

Francisco Bas Ramallo¹

Centro de Psicología Bertrand Russell

RESUMEN. Introducción: Este estudio se centra en el proceso de cambio en la terapia cognitivo-conductual, en particular en la aplicación de la reestructuración cognitiva (RC). El objetivo es estudiar las habilidades y conocimientos básicos, así como las dificultades que presentan los pacientes crónicos con diferentes psicopatologías (Depresión, Ansiedad, Trastornos de la Conducta Alimentaria, etc.) en el proceso de reestructuración cognitiva. **Metodología:** Se realiza un cuestionario específico, diseñado por el autor del estudio, *Cuestionario de requisitos para usar la reestructuración cognitiva CRC* de Bas (1999) que cumplimentan 315 pacientes que se encontraban en tratamiento en una clínica privada, siendo tratados por 9 diferentes terapeutas. **Resultados:** Se presentan entre otros los siguientes resultados: entre un 15 y un 30% de los pacientes con más de un año de terapia presentan dificultades para acceder a sus pensamientos y emociones, no logran distinguir entre pensamiento y realidad, deseo y realidad o entre pensamiento y emoción. Entre un 15 y un 20% atribuyen la causa de sus problemas a las situaciones que viven o a variables biológicas. A los seis meses de terapia el 20% de los pacientes dudan de la creencia “nos sentimos según pensamos”. Al año de terapia un 25% dudan de la eficacia de cambiar el pensamiento para modificar emociones y el 8% no aplica la reestructuración cognitiva. También al año de terapia entre un 15 y un 25% no ven claro (y por lo tanto no usan) el carácter funcional o disfuncional de las creencias nucleares. Se presentan más resultados con respecto a las creencias funcionales y disfuncionales, la práctica de la reestructuración y los obstáculos para el cambio. **Conclusiones:** Estas variables son muy relevantes para la prevención de problemas en el diseño del proceso terapéutico, para optimizar el cambio y la prevención de recaídas.

Palabras clave: Proceso de reestructuración cognitiva, requisitos para la reestructuración cognitiva, dificultades en la reestructuración cognitiva, terapia cognitiva.

ABSTRACT. Introduction: This study focusing on the process of change in cognitive behavioural therapy, focusing on cognitive restructuring in particular. Its aim is to study basic knowledge, skills and difficulties in chronic patients with several pathologies (Depression, Eating Disorders, Anxiety Disorders) present in the process of cognitive restructuring. **Method:** A specific questionnaire (*Cuestionario de Requisitos para usar la Reestructuración Cognitiva (RC)* by Bas, 1999) is designed, which is filled in by 315 patients undergoing treatment

¹Correspondencia: Francisco Bas Ramallo. Centro de Psicología Bertrand Russell. C/ Marqués de Cubas, 6, 1º dcha, 28014, Madrid. E-mail: francbas35@gmail.com

with 9 different therapists in a private clinic. **Results:** Amongst others: between 15 and 30% of patients with over one year treatment have difficulties to access thoughts and emotions, and cannot distinguish between thought and reality; wish and reality, or thought and emotion. Between 15% and 20% attribute the cause of their problems to biological or situational factors. After six months of therapy, 20% of the patients still question the belief: “we feel as we think”. After a year of therapy, 25% question the efficiency of changing thoughts in order to change emotions, and 8% do not apply cognitive restructuring. Also after a year of therapy, between 15% and 25% are uncertain of the functional or dysfunctional nature of core beliefs, and hence do not use it. Further results concerning functional and dysfunctional beliefs, practice of restructuring, and obstacles for change are also presented. **Conclusions:** These variables are highly relevant to prevent problems in the design of the therapeutic process, and to optimize change and relapse prevention.

Key words: Process of cognitive restructuring, skills in cognitive restructuring, difficulties in process of cognitive restructuring, cognitive therapy.

Introducción

Este estudio se centra en el proceso de cambio de la terapia cognitivo-conductual, en particular en la aplicación de la reestructuración cognitiva (RC) especialmente en las dificultades. Beck (1967) y Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) subrayaban la necesidad de que el paciente adquiriese las habilidades cognitivas y meta cognitivas necesarias para acceder al conjunto de errores en el procesamiento lógico de la información (distorsiones cognitivas) que los seres humanos aprenden desde que nacen y que tienen la función esencial de hacer más creíbles y estables los supuestos disfuncionales de los pacientes. En ese sentido, investigar de un modo más monográfico los déficits que más abundan para poder tener acceso a esas distorsiones, las habilidades necesarias para cuestionar esas distorsiones, las dificultades para ejercer su práctica, las modalidades que usan los pacientes en este sentido, constituye uno de los objetivos principales para ayudar a nuestros pacientes a tener más éxito en la práctica terapéutica. Esta investigación tiene este objetivo.

Método

Participantes

Muestra de 315 pacientes crónicos, tratados en un Centro de Psicología Clínica privada, por nueve diferentes terapeutas, con carácter ambulatorio. Incluían todo tipo de problemas con exclusión de adicciones (trastornos depresivos, de ansiedad, de alimentación, de personalidad, etc.).

Materiales

Se diseña un cuestionario específico por parte del autor de este estudio: *Cuestionario de requisitos para usar la reestructuración cognitiva (RC)* de Bas (1999) que incluye: habilidades y conocimientos básicos (por ejemplo, diferencia entre pensamiento y emoción, entre pensamiento y realidad, etc.), creencias funcionales y disfuncionales para la práctica de la RC y factores que interfieren en esta práctica (obstáculos para el cambio). Se incluye el cuestionario en el Apéndice A.

Procedimiento

Se eligen los pacientes, al azar, que acuden al centro privado, a lo largo de dos años y se les pide que cumplimenten el cuestionario citado. Se estudian las variables relevantes para la práctica de la RC. Se recogen otros datos de los pacientes que no se incluyen en este estudio.

Diseño

Se realiza un análisis descriptivo de los resultados de las respuestas dados por los pacientes en las dimensiones que evalúa el cuestionario.

Resultados

Déficit en habilidades básicas para la RC

Entre un 15 y un 30% de los sujetos crónicos con más de un año de terapia presentaba dificultades meta cognitivas para acceder a sus pensamientos y emociones tanto en situaciones normales, como problemáticas o inmediatamente después de pasada la situación problema.

Igualmente, entre el 15 y el 30% de la población con más de un año de terapia expresaba dudar o no lograr distinguir entre pensamiento y emoción, entre pensamiento y realidad o entre deseo y realidad).

Creencias funcionales o disfuncionales para la práctica de la RC

Dentro de los supuestos básicos que podrían ayudar o dificultar el uso adecuado de la RC encontramos que:

Entre un 15 y un 20% de los sujetos con más de un año de terapia atribuyen la causa de sus problemas a las situaciones que viven o a sus características genéticas o biológicas.

Entre un 40 y un 50% atribuyen sus problemas a su historia. Ese porcentaje cree que su historia determina su presente

A partir de los 6 meses de terapia la duda acerca de esta idea cae, pero al cabo de un año de terapia todavía la aceptan más del 90% de los pacientes.

Por suerte, a los 2 años prácticamente todos la han superado y creen en su modificabilidad. El pasado puede influir en mi presente, pero no lo determina. La clave está en mi interpretación actual y ésta es siempre modificable.

La creencia de que “nos sentimos según pensamos”, nuclear en nuestra orientación terapéutica, sufre un periodo de duda sobre los 6 meses de terapia, que afecta al 20% de la población de pacientes, pero se recupera con el paso del tiempo quedando entre un 5 y un 10% de ellos con 1 y 2 años de terapia respectivamente.

Que el significado de las cosas está determinado por “nuestra cabeza” o, por el contrario, por el mundo, el contexto, el pasado, el futuro, etc., va a ser fundamental para crear una cierta autonomía en el sujeto a la hora de afrontar los problemas o, en el segundo caso, a generar dependencia de los otros, del pasado, etc.

Un 25% de sujetos, al año de terapia, todavía dudan acerca de lo que genera el significado de las cosas. Incluso con 2 años de terapia un 17% sigue dudándolo. Estratégicamente, por tanto, este tópico deberá atenderse en la profundidad y extensión necesarias.

¿Cómo evoluciona el uso de estrategias de cambio?

El intento de cambiar el pensamiento para generar modificaciones en las emociones, los sentimientos o la conducta va aumentando a lo largo del tiempo, pero al año de terapia casi un cuarto de los pacientes dudaban del uso (25%) o no lo aplicaban (8%).

Un año más tarde estas proporciones se mantenían sensiblemente iguales.

Pero entre un 15 y un 25% de ellos no veían (y por tanto no usaban) el carácter funcional o disfuncional de esas creencias

A partir de los 3 meses de terapia un 25% de pacientes no se implican y con 1 ó 2 años de terapia se mantiene la tasa.

Tras un año, del 40 al 50% de los pacientes tratan de cambiar sus ideas problemáticas esencialmente con otras ideas.

La reestructuración por vía conductual, es decir, haciendo cosas que vayan en contra de ella, en base a la exposición, al contraste empírico, a un programa de refuerzo y castigo, control de estímulos, etc., la realizan alrededor del 60% de sujetos después de un año.

Entre un 15 y un 20% de pacientes, a partir de los 3 meses y de forma estable hasta los de 2 años o más, no consiguen asociar emociones positivas ante la presencia de los pensamientos alternativos más adaptativos.

La falta de implicación emocional positiva y negativa, así como la no implicación conductual pueden limitar considerablemente la eficiencia de las RC.

Igualmente, entre el 50 y el 60% no debate sus ideas por escrito a partir de un año de terapia.

Con anterioridad, sólo uno de cada 3 lo hace, de modo que este es un sesgo bastante estable.

A partir de los 3 meses casi todos los pacientes empiezan a trabajar sus problemas fuera de las sesiones de terapia, aunque sólo un 40% trabaja las ideas problema de modo inmediato a su aparición. Del 40 al 50% dice esperar horas o días para hacerlo.

Otros obstáculos para el cambio

Finalmente, entre un 40 y un 50% de personas, a lo largo de toda la terapia, perciben en el contexto familiar factores que dificultan su trabajo en RC, en el cambio de ideas.

La tasa aumenta con el tiempo a partir del primer año.

Igualmente, factores económicos, temporales, de desplazamiento, etc., influyen negativamente en la práctica de la RC. A partir de los 3 meses va aumentando hasta afectar al 60% de los pacientes con 2 o más años de terapia.

Discusión/Conclusiones

No se pueden comparar los resultados de este trabajo con otros puesto que no hemos encontrado en la literatura investigaciones que tengan los mismos objetivos en el contexto de la práctica privada.

De las conclusiones más importantes de este trabajo se derivan los siguientes temas especiales a trabajar en la terapia:

1. El conjunto de habilidades meta cognitivas relativas al acceso a los pensamientos, imágenes, etc. y la distinción entre pensamiento y emoción, pensamiento y deseos y pensamiento y realidad.
2. La atribución a la historia como determinante del presente.

3. El significado de las cosas lo determina “nuestra cabeza” no el mundo.
4. 4.- Hincapié en la funcionalidad /disfuncionalidad de los pensamientos a la hora de reestructurar. No solo atender a la lógica o a la evidencia empírica.
5. La implicación emocional y/o conductual en la RC hay que incrementarla. Asociación emocional o conductual negativa a los pensamientos negativos y positivos (música, etc.) a los pensamientos adaptativos. Actuar más en base a las ideas alternativas para tener la posibilidad de ser reforzado y así seleccionar los nuevos pensamientos. No debaten por escrito. Hay que reforzar este hábito con más frecuencia.
6. Entrenamiento en RC contingente con la aparición del problema.
7. Los factores familiares, económicos, de tiempo, etc hay que vigilarlos estrechamente y adelantarse a ellos si es posible, porque podrían interferir, a veces, de modo muy negativo y desmotivar la práctica.

Entre las limitaciones de este estudio podemos señalar el carácter complejo de los constructos utilizados de cara a los pacientes. Así mismo sería interesante para futuros trabajos utilizar una muestra de pacientes no crónicos, con niveles educativos distintos, estudiar la muestra según las diferentes psicopatologías, nivel de gravedad o deterioro, variables que podrían influir en los resultados. En este momento el autor de este estudio está trabajando en esta dirección.

Referencias

- Bas, F. (1999). *Cuestionario de requisitos para usar la reestructuración cognitiva (CRRCC)*. Madrid: Centro de Psicología Bertrand Russell. Documento no publicado.
- Beck, A.T. (1967). *Depression, Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper y Row.
- Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: DDB.

Apéndice A. Cuestionario de requisitos para la reestructuración cognitiva (RC) (Bas, 1999)

Para poder ayudarle necesitamos conocer sus puntos de vista acerca de las siguientes preguntas. Si alguna de ellas no la entiende adecuadamente déjela sin responder. Utilice la respuesta “Lo dudo” sólo cuando, habiendo entendido la pregunta, no tenga clara la respuesta.

¿Qué tiempo lleva en terapia?:

¿Se ha entrenado en reestructuración cognitiva (cambio de ideas o creencias)?

¿Cree que ha mejorado en este tiempo?

¿Qué porcentaje de mejoría podría atribuir a la práctica de la reestructuración cognitiva?

La relación con su terapeuta ha sido:

Mala

Normal

Excelente

RESPONDA SÍ, NO O LO DUDO A CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Tiene una idea básica de lo que es una terapia cognitivo-conductual?
2. ¿Distingue claramente entre pensamiento y situación?

3. ¿Distingue claramente entre pensar y sentir?
4. ¿Distingue entre deseos y realidades?
5. ¿Es capaz de captar los pensamientos que tiene en las situaciones problemáticas?
6. ¿Es capaz de captar los pensamientos que tiene momentos después de la situación problema?
7. ¿Es capaz de captar los pensamientos que tiene en las situaciones normales, no problemáticas?
8. ¿Cree que son las situaciones las que causan su problema?
9. ¿Cree que es su historia la que determina su problema?
10. ¿Cree que es su biología lo que causa sus problemas?
11. ¿Acepta que esencialmente nos sentimos según pensamos?
12. ¿Utiliza la idea de que nos sentimos según pensamos para cambiar sus pensamientos, sentimientos o acciones?
13. ¿Sabe distinguir entre unos pensamientos y otros?
14. ¿Acepta que sus pensamientos negativos pueden compartir algún significado común (creencia básica)?
15. ¿Acepta que esa creencia básica puede estar asociada a sus emociones y conductas negativas?
16. ¿Acepta la relación existente entre sus creencias básicas negativas y sus problemas principales?
17. ¿Cree que sus creencias básicas no pueden modificarse por su antigüedad?
18. ¿Cree que las palabras, los gestos, etc. determinan el significado que le
19. ¿Cree que es “su cabeza” la que determina en cada momento el significado de las cosas?
20. ¿Cree que para poder cambiar las creencias negativas antes es necesario que cambie la sociedad?
21. ¿Cree que para poder cambiarlas antes es necesario que cambie su pareja o su familia?
22. ¿Ve la utilidad de buscar el fundamento lógico de sus pensamientos negativos?
23. ¿Acepta la utilidad de buscar los hechos a favor y en contra de sus pensamientos negativos?
24. ¿Cree que los pensamientos en sí mismos tienen consecuencias muy importantes al margen de ser lógicos o estar apoyados por los hechos?
25. ¿Cree importante intentar cambiar el significado y los sentimientos asociados al recuerdo de experiencias infantiles o juveniles?
26. ¿Conoce las consecuencias de pensar de un modo absoluto o radical? ¿Distingue entre necesitar y desear?
27. ¿Conoce algún método para enfrentarse a sus pensamientos negativos?
28. ¿Cree que simplemente los argumentos racionales serán suficientes para producirle cambios estables en sus problemas?
29. ¿Sabe si tendrá que trabajar duro y quizá durante bastante tiempo para llevar a cabo cambios duraderos en algunas de sus creencias básicas?
30. ¿Intenta cambiar sus creencias o pensamientos de modo mecánico, sin implicación emocional y sin hacer cosas?
31. ¿Discute sus pensamientos negativos de modo inmediato?
32. ¿Lo más frecuente es que espere horas o días para trabajar sus pensamientos negativos?
33. ¿Discute sus pensamientos negativos sólo con otros pensamientos?

34. ¿Los discute por escrito?
35. ¿Intenta cambiar sus pensamientos negativos haciendo cosas que vayan en contra de ellos?
36. ¿Intenta cambiar sus pensamientos negativos a la vez que trata de tener sentimientos más positivos?
37. ¿Trabaja sus problemas fuera de las sesiones de terapia?
38. ¿Cree que el cambio sólo puede proceder del terapeuta?
39. ¿Está dispuesto a discutir cualquier creencia, sea religiosa, ideológica, sexual, siempre que la vea en el centro de sus problemas?
40. ¿Cree que hay factores familiares que pueden dificultar su trabajo de cambio de creencias?
41. ¿Cree que existen factores físicos, económicos, de tiempo, que pueden interferir en su cambio de pensamientos negativos?