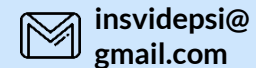
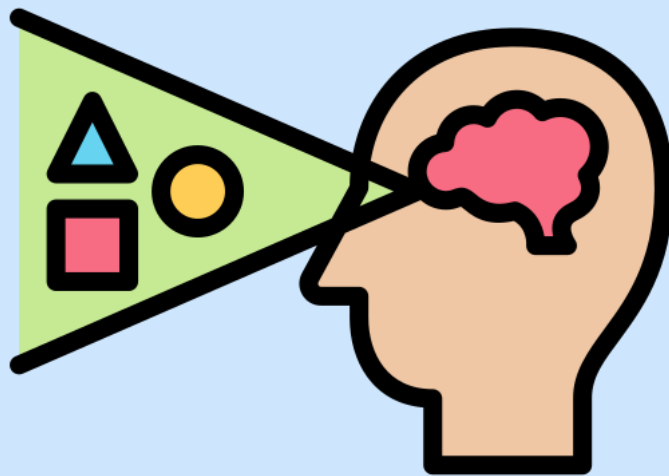


# Diplomado Avanzado en Modificación de Conducta 15



# Índice

- Cambiar la percepción del paciente: reestructuración cognitiva.
- Modificación de la conducta cognitiva.
- Reestructuración cognitiva.
- Bases teóricas de la Reestructuración Cognitiva.
- Identificación de cogniciones.
- Dificultades para la identificación de cogniciones.
- Identificación de supuestos y creencias.
- La flecha descendiente.
- Cuestionamiento de las cogniciones desadaptativas.
- Cuestionamiento verbal de las cogniciones desadaptativas.



# CAMBIAR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

# MODIFICACION DE LA CONDUCTA COGNITIVA

Los procedimientos de modificación de conducta cognitiva se utilizan para ayudar a las personas a cambiar sus comportamientos cognitivos. Algunos procedimientos, llamados de **reestructuración cognitiva**, están diseñados para reemplazar conductas cognitivas desadaptativas por otras más adaptativas.

Otros procedimientos, denominados de entrenamiento en **habilidades de afrontamiento**, están diseñados para enseñar nuevas conductas cognitivas, que, a su vez, son utilizadas para promover otros comportamientos deseables. Estos procedimientos se utilizan en caso de que haya déficits conductuales, es decir, cuando una persona no tiene el repertorio cognitivo necesario para enfrentarse con efectividad a las situaciones problema (Spiegler y Guevremont, 2003, 2010).

# REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La reestructuración cognitiva (RC) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual. Sin embargo, su aplicación no es nada fácil por varios motivos.

Para empezar, se requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar. Asimismo, se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente. Por último, la técnica no está tan pautada como otras técnicas de modificación de conducta y, por sus propias características, no puede estarlo en la misma medida.

En los procedimientos de RC, el terapeuta ayuda al cliente a identificar las conductas cognitivas problemáticas, a deshacerse de ellas o a reemplazarlas por pensamientos más deseables. Los pensamientos perturbadores podrían ser aquellos que eliciten respuestas emocionales como miedo, ansiedad o ira, o aquellos que están asociados a estados de ánimo desagradables, problemas de comportamiento o un pobre rendimiento.

## La RC consta de tres pasos básicos:

1. Ayudar al cliente a identificar los pensamientos perturbadores y las situaciones en las que se producen.
2. Ayudar al cliente a identificar la respuesta emocional, el ánimo disfórico o el problema de comportamiento que sigue al pensamiento perturbador.
3. Ayudar al cliente a abandonar esos pensamientos perturbadores mediante el desarrollo de pensamientos más racionales y deseables.

**No es fácil ayudar a un cliente a cambiar su patrón de pensamiento.** En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

La RC, en combinación con otras técnicas, ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar (en combinación con fármacos), trastornos de alimentación, trastornos somatomorfos (trastorno de somatización, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal), trastornos por abuso de sustancias, juego patológico, algunos trastornos de personalidad (p.ej., límite), trastorno negativista desafiante, insomnio, ira, etc... (Butler et al., 2006).

# BASES TEÓRICAS DE LA RC

## La RC se basa en ciertos presupuestos teóricos:

1. El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos.
2. Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a las mismas.
3. Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado modelo A-B-C por algunos autores (p.ej., Ellis, 1979a). Las tres letras se refieren a lo siguiente:

- **A** se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real. Por ejemplo, ser criticado por una persona muy querida o fracasar en una tarea importante tal como el tratamiento del primer paciente.
- **B** se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no.
- **C** se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B.

En el modelo ABC las cogniciones siempre preceden a la emoción. Sin embargo, la emoción puede existir por unos momentos sin cogniciones previas como cuando sentimos miedo o ira de repente al ver respectivamente como un coche ha estado a punto de atropellarnos o una persona nos ha dado un fuerte golpe. De todos modos, se piensa que las cogniciones son necesarias para el mantenimiento de la emoción. Si esto es así o bien las cogniciones simplemente potencian una emoción que tiene también otros factores que la influyen, es algo que está por dilucidar.

En resumen, una suposición básica en el empleo de la RC es que las cogniciones juegan un papel importante en la explicación del comportamiento humano en general y de las alteraciones emocionales en particular. No son los acontecimientos per se los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos.

En la RC el terapeuta ha de ayudar al cliente a:

1. Identificar las cogniciones pertinentes,
2. comprender el impacto de estas sobre las reacciones emocionales y conductuales,
3. considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba,
4. cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas, y modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado. **Estas cogniciones alternativas deben ser al menos relativamente plausibles para el cliente y fáciles de recordar y utilizar.**

# IDENTIFICACIONES DE COGNICIONES

Si un cliente no ve la necesidad de explorar sus cogniciones, será necesario proceder primero a emplear ejemplos relacionados o no con sus problemas que le hagan ver cómo las emociones y la conducta están influidas por lo que pensamos. Una cuestión importante a tener en cuenta es que la identificación de pensamientos no es simplemente una fase inicial, sino un proceso continuo que se prolonga a lo largo del tratamiento.

La identificación correcta de las cogniciones por parte del cliente requiere que este sea entrenado al respecto, lo cual incluye decirle que:

1. Muchos pensamientos son automáticos e involuntarios y que pueden ser tan habituales y plausibles que escapen a la atención consciente, a no ser que se haga un esfuerzo para captarlos.

2. Se asegure de que ha identificado los pensamientos importantes que producen el malestar emocional. Para ello, puede preguntarse a sí mismo si otras personas que piensaran eso se sentirían como él se siente.
3. Procure no confundir pensamientos y emociones; “me sentí fatal” o “estoy nervioso” son estados emocionales, no pensamientos.
4. Escriba pensamientos concretos; no hay que apuntar “quedaré mal” si lo que se piensa es “hablarán mal de mí y no me volverán a dirigir la palabra”.
5. Escriba cada pensamiento de forma separada, en vez de los típicos largos párrafos de un diario personal.
6. Las cogniciones pueden presentarse no sólo en forma de pensamientos verbales, sino también como imágenes. Por ejemplo, imaginar que uno se despeña con el coche o que tiene un infarto en la calle sin que nadie le ayude. Es infrecuente que los pacientes informen de imágenes sin que sean preguntados explícitamente al respecto.

# DIFICULTADES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE COGNICIONES

Razones de la dificultad para identificar pensamientos:

1. Los pensamientos son tan habituales y aparentemente plausibles que no atraen la atención del cliente.
2. Los pensamientos pueden ser ansiógenos, por lo que los clientes intentan evitarlos ya sea manifiestamente (silbando, cambiando de situación) o encubiertamente (pensando en otras cosas, maquillando los pensamientos ansiógenos).
3. En el caso de las imágenes, estas suelen ser breves (menos de 1 segundo) y, por lo tanto, difíciles de captar y recordar. Además, a veces son muy extrañas y los clientes son reacios a comentarlas.
4. Falta de congruencia entre el estado anímico actual y el estado emocional cuando dichas cogniciones surgen. El recuerdo de las cogniciones depende de que exista esta congruencia y, por ello, en la consulta el cliente puede tener dificultades para acceder a dichas cogniciones al estar más relajado.

Si en una situación perturbadora no pueden identificarse pensamientos negativos, una estrategia útil es preguntar al cliente por el significado que la situación tiene para él. En casos de evitación cognitiva se pueden ir escribiendo en una pizarra o en una hoja de papel los pensamientos que se van identificando; esto puede facilitar el surgimiento de pensamientos nuevos y más atemorizantes.

# IDENTIFICACIÓN DE SUPUESTOS Y CREENCIAS

Identificar los supuestos y creencias es generalmente más difícil que identificar pensamientos concretos. Técnicas para ello son (Bados, 2001; Burns, 1980/1990; Fennell, 1989; Wells, 1997):

1. Identificar temas o contenidos generales a partir de los pensamientos, verbalizaciones (culpa, perfección, vulnerabilidad) y acciones del cliente, y de las resistencias a ciertos comportamientos por parte de este.
2. Técnica de la flecha descendente. Se trata de identificar la creencia básica que está por debajo de un pensamiento. Para ello, se comienza haciendo alguna de las preguntas siguientes: *“si este pensamiento fuera verdad, ¿qué significaría para usted?”*, *“si este pensamiento fuera verdad, ¿qué habría de perturbador (o de malo) en ello?”*, *“si este pensamiento fuera verdad, qué sucedería”* (o bien *“¿qué pasaría si... (tal cosa fuera así)?”*).

# LA FLECHA DESCENDIENTE

- ▶ Me pondré roja → Los demás se darán cuenta → Se reirán de mí → Pensarán que soy rara → No querrán saber nada conmigo.
- ▶ (Supuesto: Debo evitar ponerme roja si quiero que los demás no me rechacen).
- ▶ Balbucearé al hablar → La gente lo notará → Pueden reírse de mí → No me tomarán en serio → Pensarán que soy estúpido → Pensaré que soy estúpido.
- ▶ (Supuesto: Si balbuceo, la gente pensará que soy estúpido, lo cual significa que lo soy).

# CUESTIONAMIENTO DE LAS COGNICIONES DESADAPTATIVAS

El cliente trabaja junto con el terapeuta para recoger datos que indiquen si sus cogniciones son válidas o útiles. La validez u objetividad de los pensamientos se refiere a en qué medida son correctos y realistas. La utilidad de los pensamientos se refiere a si sirven de ayuda para alcanzar los objetivos que uno se ha propuesto en un momento dado o bien generan consecuencias negativas.

Las cogniciones negativas significativas del cliente son cuestionadas de dos modos básicos:

1. **Verbalmente**, mediante el análisis lógico y la consideración de la información basada en las propias experiencias previas y/o en las de otros.
2. **Conductualmente**, buscando datos obtenidos a partir de pruebas o experimentos realizados a propósito.

Para poder reestructurar verbal o conductualmente un pensamiento de forma eficaz, es fundamental que este pensamiento sea definido en términos específicos o concretos. Así, por ejemplo, **“mi hijo puede tener un accidente de coche y quedar paralítico o morir”** versus “algo malo puede pasarle a mi hijo cuando sale fuera”; o **“voy a tener un ataque al corazón”** versus “me va pasar algo terrible”.

**Para cuestionar empezamos los pensamientos automáticos negativos en una primera etapa y posteriormente los supuestos y creencias disfuncionales.**

# CUESTIONAMIENTO VERBAL DE LAS COGNICIONES DESADAPTATIVAS

Pueden distinguirse de entrada dos estrategias principales (Bados, 2001):

- ▶ **Información directa contraria a los pensamientos inadecuados del cliente.** El terapeuta proporciona, verbalmente y/o por escrito, a) información de aspectos sobre los que el cliente no tiene ningún conocimiento o b) información dirigida a corregir ideas erróneas. Así, puede presentar pruebas y contraargumentos, rebatir errores lógicos y datos engañosos, y señalar las consecuencias negativas de ciertos comportamientos.
- ▶ **Diálogo socrático.** El terapeuta cuestiona los pensamientos del cliente mediante preguntas para que así este tenga que reconsiderarlos. Además, el terapeuta entrena al cliente a formularse dichas preguntas y lo guía en la evaluación crítica de sus pensamientos.

En el método socrático pueden seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar las pruebas o datos acerca de un pensamiento negativo.
2. Examinar la utilidad de dicho pensamiento.
3. Suponer que es cierto lo que se piensa y luego:
  - a) identificar qué pasaría y examinar las pruebas de esta nueva cognición.
  - b) buscar qué se podría hacer para afrontarlo.
4. Extraer las conclusiones pertinentes tras el paso o pasos realizados.

# Bibliografía

1. Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). **Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model.** *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 1-24.
2. Beck, J. S. (2021). **Cognitive behavior therapy: Basics and beyond** (3rd ed.). Guilford Press.
3. Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2019). **Handbook of cognitive-behavioral therapies** (4th ed.). Guilford Press.
4. Fenn, K., & Byrne, M. (2013). **The key principles of cognitive behavioural therapy.** *InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice, 6*(9), 579-585.
5. Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2018). **Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders** (2nd ed.). Guilford Press.

6. Padesky, C. A., & Greenberger, D. (2016). **Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think** (2nd ed.). Guilford Press.
7. Stallard, P. (2020). **Think good, feel good: A cognitive behaviour therapy workbook for children and young people** (2nd ed.). Wiley.
8. Wells, A. (2011). **Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide**. Wiley.
9. Wenzel, A., Brown, G. K., & Karlin, B. E. (2019). **Cognitive behavioral therapy for depression**. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 213-224.
10. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). **Schema therapy: A practitioner's guide**. Guilford Press.