



Psiquiatría Biológica

www.elsevier.es/psiquiatriabiologica



Psicoterapias cognitivas

Joana Guarch Domènech^{a,*} y Víctor Navarro Odriozola^{a,b}

^aPrograma de Trastornos Depresivos Unipolares, Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Instituto Clínico de Neurociencias (ICN), Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^bInstitut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, España

RESUMEN

Palabras clave:

Sesgos cognitivos
Terapia cognitivoconductual
Terapias de tercera generación
Terapia de rehabilitación neurocognitiva

AT Beck formuló la teoría cognitiva hace ya más de 50 años y, desde entonces, su aplicación terapéutica ha evolucionado paralelamente a los avances en neurociencias. La terapia cognitiva y la terapia cognitivoconductual se refieren a procedimientos terapéuticos similares y la denominación puede usarse indistintamente. Constituyen el modelo de tratamiento psicológico con mayor soporte empírico basado en la evidencia, y su eficacia y efectividad se demuestran para un amplio grupo de trastornos psiquiátricos y problemas psicológicos. Esta evidencia es especialmente relevante en su aplicación a los trastornos depresivos: es el tratamiento psicológico recomendado, e incluso de elección, por las principales guías de práctica clínica, al mismo nivel de eficacia que los fármacos antidepressivos para algunas formas de presentación clínica de la depresión. En los últimos 15 años, en busca de una mayor especificidad terapéutica, se ha desarrollado un grupo heterogéneo de tratamientos cognitivoconductuales que, basándose en similares propuestas etiológicas y comprensión del trastorno (la importancia del procesamiento cognitivo de la información para la regulación emocional), proponen incidir en el proceso del pensamiento disfuncional más que en su contenido. Se trata de las denominadas *terapias de tercera generación*. Más recientemente, la terapia cognitiva ha progresado estableciendo sus bases neurobiológicas, y de ello se derivan nuevas propuestas terapéuticas: terapias de remediación cognitiva centradas en mejorar la disfunción cognitiva de la depresión, con resultados muy prometedores, pero aún pendientes de validación.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Todos los derechos reservados.

Cognitive therapies

ABSTRACT

Keywords:

Cognitive biases
Cognitive behavioural therapies
"Third wave" therapies
Cognitive remediation therapy

Cognitive theory was formulated more than 50 years ago by Beck. Since then, its therapeutic applications have evolved in parallel with advances in neuroscience. Cognitive therapy and cognitive behavioural therapy refer to similar therapeutic procedures and the terms can be used interchangeably. They constitute the most evidence-based empirical model of psychological treatment and have demonstrated their efficiency and effectiveness in a wide range of psychiatric disorders and psychological conditions. This evidence is particularly strong for their application in depressive disorders. In the main clinical practice guidelines, cognitive therapy is the recommended psychological treatment, and even the treatment of choice, for these disorders, and has the same efficiency level as antidepressants for some of the clinical presentations of depression. In the search for greater therapeutic specificity, a heterogeneous group of cognitive-behavioural treatments have been developed in the last 15 years. These new cognitive-behavioural treatments, based on similar aetiological models and understanding of the disorder (the importance of cognitive information processing to achieve emotional regulation), propose to focus on the process of dysfunctional thought rather than on its content. These treatments are known as *"third-wave" cognitive-behavioural therapies*. More recently, cognitive therapy has progressed by establishing its neurological basis, resulting in new therapeutic proposals: cognitive remediation therapies, which focus on improving cognitive dysfunction in depressive disorders. The results are promising but require validation.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jguarch@clinic.cat (J. Guarch Domènech).

Introducción: fundamentos teóricos

La teoría cognitiva no se adhiere a ninguna tradición filosófica particular, pero se fundamenta en el “racionalismo crítico” de Karl Popper¹. Su modelo epistemológico asume que el conocimiento únicamente puede obtenerse a través del intento de *falsear* hipótesis que derivan de teorías científicas; es decir, descartar leyes y afirmaciones que contradicen la experiencia. En consecuencia, el conocimiento deviene objetivo y no puede reducirse a las preferencias particulares, a las “modas” o a la “verdades” a que uno pueda adscribirse.

El postulado básico de la teoría cognitiva de AT Beck² establece que los pensamientos (en adelante “cogniciones”) tienen una influencia causal en las emociones y en las conductas de las personas. Propone que la conducta y las reacciones emocionales de las personas están mediadas por la manera que cada una tiene de representarse y/o estructurar el mundo; esta representación está basada en actitudes y supuestos (creencias) desarrollados a partir de experiencias y aprendizajes vitales previos, y determina la manera con que la persona percibe, evalúa y etiqueta y reacciona (esquemas interpretativos) a un hecho en el momento actual. La asignación de un significado particular (cognición) a las experiencias y hechos concretos actuales a partir de creencias y esquemas preestablecidos a lo largo de la experiencia biográfica deriva en una interpretación sesgada y distorsionada de la realidad (sesgos cognitivos).

Este estilo de procesamiento de la información acaba teniendo un efecto etiológico en la psicopatología: cuando se activa un estado emocional se reactivan las creencias disfuncionales y el estilo de procesamiento sesgado de la información, porque la emoción promueve que la atención se dirija exclusivamente a estímulos y experiencias negativos; la información que la persona interpreta en estas condiciones se asume como verdadera sin opción a considerar explicaciones alternativas. Las personas vulnerables a la depresión se involucran en un ciclo recurrente y persistente de cavilaciones y pensamientos automáticos negativos sobre el concepto de sí mismo, de su relación con el mundo y el entorno y de su expectativa de futuro (tríada cognitiva de la depresión). Beck propone la “especificidad cognitiva”: cada tipo de trastorno o de estado psicopatológico tiene contenidos específicos o su propio “perfil cognitivo”³. Esta especificidad cognitiva en la depresión se caracteriza por un estilo interpretativo autocrítico y con sentimientos de culpa, de pérdida, de inutilidad, de desesperanza; la repercusión afectiva y conductual de estos sesgos cognitivos explica el desarrollo de los síntomas característicos del trastorno depresivo.

Terapia cognitiva de la depresión de Beck

El modelo cognitivo de la depresión formulado por AT Beck⁴ se fundamenta en 2 hipótesis: a) las cogniciones negativas y distorsionadas del paciente no son un producto secundario de la depresión, sino que pueden tener una relación causal en su desarrollo, y b) las cogniciones negativas y distorsionadas fomentan la predisposición a la depresión y, si no se corrigen, favorecen las recaídas y recurrencias.

Siguiendo el principio “popperiano” de que una teoría, en las ciencias empíricas, nunca puede ser probada pero sí falseada, y que, por lo tanto, debe escrutarse y discutirse a través de experimentos, el procedimiento de la terapia cognitiva (TC) consiste en generar hipótesis basadas en las creencias que los pacientes manifiestan sobre sí mismos, sobre su futuro y sobre el mundo en general, y falsearlas. En el tratamiento, aplicando el método denominado “cuestionamiento socrático”, con un estilo directivo pero colaborativo, el psicólogo formula preguntas que tienen por objetivo ayudar al paciente a identificar sus asunciones y pensamientos sesgados asociados a los estados emocionales, y, conjuntamente con él (empirismo colaborador), se diseñan “experimentos conductuales” para poner a prueba estas creencias y evaluar su veracidad. Finalmente, con el estilo colaborativo, se discuten, corrigen y reformulan las creencias disfuncionales —que sub-

yacen en el malestar emocional— y se generan formas alternativas y más adaptativas de pensar que puedan competir con la perspectiva disfuncional⁵. Esta estrategia terapéutica que se aplica en la TC se denomina “reestructuración cognitiva”.

El objetivo de la TC no trata, como erróneamente se simplifica a veces, de enseñar al paciente a pensar “en positivo”, sino de enseñarle una metodología que le capacite para cuestionar, “falsear”, la validez empírica de sus interpretaciones y de sus atribuciones y para formular sus experiencias en otros términos, sobre la base de datos derivados de evidencias concretas y objetivas.

La TC también se ocupa de normalizar el funcionamiento de la persona a través de la monitorización, la planificación y la asignación graduada de actividades, con el objetivo de aumentar el contacto con situaciones que proporcionen refuerzo positivo.

El procedimiento terapéutico en la TC se caracteriza por ser *activo* (el paciente participa en formular hipótesis, realizar experimentos o ensayos de conducta, discutir los resultados y las evidencias, y reformular sus atribuciones y reconsiderar sus creencias), *directivo* (el psicólogo toma la iniciativa al enseñar al paciente la aplicación de unas reglas y procedimientos de tratamiento específicos, hasta que, con el cambio en su estado psicopatológico, el paciente ya es capaz de asumir esta “metodología”), *estructurado* (sigue una secuencia determinada en la implementación de las distintas técnicas: evaluación, formulación de caso, “psicoeducación” o socialización del trastorno y del tratamiento, cuestionamiento socrático, experimentos conductuales, reestructuración cognitiva) y de *duración limitada* (en su aplicación al trastorno depresivo mayor el programa “clásico” de Beck requiere entre 16-20 sesiones de tratamiento, durante 4 a 6 meses, con una frecuencia que disminuye progresivamente).

El “mecanismo de acción” de la TC es el cambio cognitivo. Se considera un efecto específico de este tratamiento psicológico, y explica la perdurabilidad de sus beneficios respecto a otros tratamientos, incluidos los farmacológicos; diversos estudios confirman una menor tasa de recaídas y un mayor período libre de síntomas entre los episodios recurrentes para los pacientes que han seguido TC, ya sea en monoterapia o combinada con el tratamiento farmacológico antidepressivo⁵⁻⁸. Sin embargo, no está suficientemente clara la naturaleza de este cambio y cuáles son los componentes específicos que lo promueven⁹.

Evidencia empírica

Numerosos estudios controlados han demostrado la eficacia de los tratamientos psicológicos en adultos¹⁰. La terapia cognitivoconductual (TCC) es una de las formas de tratamiento psicológico más extensivamente investigada. Es cierto que las características metodológicas de su aplicación la hacen más sensible a ser “probada” que otros tipos de tratamiento, a partir de los diseños característicos de los estudios clínicos RCT. Y aunque distintos metaanálisis no consiguen identificar efectos significativamente diferenciales entre distintas formas de psicoterapia cuando se comparan conjuntamente con condiciones control (lista de espera, placebo psicológico o placebo farmacológico)¹¹⁻¹², en los estudios “face-to-face” los datos son más definitivos a favor de la TCC¹³⁻¹⁵.

Esta evidencia es especialmente significativa en el caso de la TCC aplicada al tratamiento de los trastornos depresivos: desde los primeros estudios del National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program¹⁶⁻¹⁷, a mediados de los años ochenta, hasta la actualidad se ha confirmado la TCC como un tratamiento eficaz y específico para distintos niveles de gravedad del trastorno depresivo, y en distintas modalidades de aplicación (individual, en grupo, como monoterapia o combinado con tratamiento psicofarmacológico), y para distintos subtipos del trastorno depresivo (episodio único, trastorno depresivo persistente o distimia, depresión resistente, recurrencia, especialmente a partir de 3 episodios previos), y en distintas fases del curso del trastorno (aguda, en fase de recupe-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5722500>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5722500>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)