

ESTUDIO EXPLORATORIO: USO DEL DEBATE COGNITIVO EN TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL

Gabriela Pollini¹
Mónica Micheff²
Mónica Pedrowicz Better³

RESUMEN

Revisión bibliográfica y estudio exploratorio sobre el uso del debate cognitivo en la práctica clínica. Metodología: Encuesta (92 terapeutas con al menos 1 año de experiencia clínica) analizada mediante estadística descriptiva, sobre: frecuencia de uso, tiempo para comenzar a implementarla, estrategias y estilos más utilizados, eficacia según los tipos de pacientes, tiempo estimado por sesión, tiempo estimado para el cambio en sesiones y consejos a nuevos terapeutas.

Resultados: la mayoría de los terapeutas manifiestan: utilizar la técnica siempre o casi siempre; que tiene entre un 50 y 100 % de eficacia; iniciar la aplicación entre la 1ª y 4ª sesión, utilizar entre 10 y 30 minutos para realizar el debate; que se necesitan entre 5 y 10 sesiones para que resulte eficaz, siendo más eficaz en trastornos de ansiedad o depresión, y menos en trastornos de personalidad y/o bajo nivel intelectual; utilizar más tanto la estrategia como el estilo socrático; aconsejar a nuevos terapeutas tener claros los fundamentos teóricos.

Palabras clave: debate cognitivo, encuesta, terapeutas, estadística.

EXPLORATORY STUDY: ABOUT THE USE OF COGNITIVE RESTRUCTURING IN COGNITIVE BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY

ABSTRACT

Bibliographical revision and an exploratory study about cognitive restructuring in therapy. Methodology: Survey (92 therapists with at least 1 year of clinical experience) analyzed by descriptive statistics about: frequency of using, moment of beginning, most used strategies and styles, general effectiveness and according to the type of patient, estimated time in one session and for the cognitive change along the process, and recommendations for new therapists. Results: most therapists said that: always or almost always use the technique and qualify it with a 50 to 100% of effectiveness; beginning time between the 1st and 4th session, and use between 10 and 30 minutes for the restructuring in a session; 5 to 10 sessions are needed for effectiveness, better to use with anxiety or depression disorders and less with personality disorders and/or low intellectual levels; the most used strategy is the Socratic questioning and the chosen style is the Socratic one; recommendation for new therapists is to have a good theoretical basis.

Key words: cognitive restructuring, survey, therapists, statistics.

¹Licenciada en Psicología / S.U.A.M.O.C (Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta): Estudiante de Nivel III del curso de Terapeuta Cognitivo Conductual.

² Médica Psiquiatra / S.U.A.M.O.C (Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta): Estudiante de Nivel III del curso de Terapeuta Cognitivo Conductual.

³ Licenciada en Psicología / Institución: S.U.A.M.O.C (Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta): Estudiante de Nivel III del curso de Terapeuta Cognitivo Conductual.

Introducción

Elegimos investigar sobre el debate cognitivo teniendo en cuenta dos factores que nos gustaría destacar:

1) Nuestra búsqueda se orientaba hacia un tema que no sólo nos despertara interés para la investigación, sino también que tuviera un cierto protagonismo en la práctica clínica.

2) Debido a la eficacia de la técnica en el marco terapéutico, porque en última instancia, es allí hacia donde apuntamos: a un cambio eficaz y duradero en el paciente.

Dentro de las técnicas posibles de ser empleadas en un proceso psicoterapéutico cognitivo conductual, se destaca la Reestructuración Cognitiva, que apunta a descubrir y cambiar las cogniciones asociadas al malestar psicológico o al comportamiento inadecuado. Esta técnica se basa en los principios de la Terapia Cognitiva Conductual de Aaron Beck y la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, considerados los dos principales teóricos cognitivos. A pesar de las diferencias entre estos enfoques existen concepciones comunes a ellos tales como considerar que los humanos desarrollan conductas desadaptadas y patrones afectivos a través de procesos cognitivos, y que la tarea del terapeuta es la de diagnosticar y psicoeducar respecto a los procesos cognitivos desadaptados, y luego desarrollar experiencias que puedan alterar las cogniciones y los patrones afectivos y conductuales relacionados con ellas.

Es dentro de la reestructuración cognitiva que se enmarca el debate cognitivo, el cual constituye una técnica utilizada para debatir y modificar: ideas irracionales, pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales. El debate apunta al cambio cognitivo del paciente, en el cual se conjuguen pensamientos, emociones y conductas, más funcionales y adaptativas. Las estrategias de debate se ocupan del contenido, mientras que el estilo de debate del terapeuta se define por la forma como se realiza el debate cognitivo.

Según Verátegui Quintero (2004), como características principales del debate cognitivo desde el modelo de Ellis destacamos las siguientes: las creencias disfuncionales se convierten rápidamente en el blanco terapéutico; se utiliza, sobre todo, el método del debate racional para contrastar la validez de las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales); la tendencia innata a la irracionalidad y la baja tolerancia a la frustración aconsejan centrarse rápidamente en las creencias disfuncionales; y se destaca la diferenciación entre emociones apropiadas e inapropiadas. El énfasis es filosófico y humanista, junto con el científico. Ellis busca demostrar filosóficamente que ser demandante no es funcional. Privilegia la autoaceptación frente a la autovaloración.

La Terapia Cognitiva de Aaron Beck está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos (Beck, 1976). Las situaciones por sí mismas no determinan directamente cómo se sienten y actúan las personas sino que su respuesta emocional y conductual está mediada por su interpretación de la situación, y por lo que piensan, perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro.

Dentro de las características del debate realizado en base a su modelo de Terapia Cognitiva podemos destacar las siguientes: las creencias disfuncionales se trabajan como último blanco terapéutico tras el manejo de las distorsiones cognitivas; se utiliza sobre todo, el método de verificación de hipótesis, en base a la evidencia real, para contrastar las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales); la

dificultad en detectar las creencias disfuncionales reales del paciente, y no las inducidas por el terapeuta, aconsejan un método inicial centrado en las distorsiones cognitivas, para reunir datos sobre ellas. Se hace énfasis en lo científico, aunque no antihumanista. Se apunta a una autoevaluación realista frente a la distorsionada. Se trabaja las emociones perturbadoras para el sujeto y su base cognitiva. Beck se especializó en los supuestos, buscando demostrar que los pensamientos no realistas distorsionan los hechos. El enfoque de Beck tiende a ubicarse en el modelo educativo en el cual se destaca la idea de aprendizaje de nuevas formas de conocimiento que permitan adquirir nuevas conductas más apropiadas o útiles para lograr las metas personales (Obst Camerini, 2005). Obst Camerini (2005) plantea que el proceso sigue una secuencia que va desde lo más “superficial (pensamientos automáticos, que son más flexibles y examinables) a lo más profundo” (creencias intermedias y centrales, que son más difíciles de modificar).

Para finalizar podemos decir que si bien los modelos de Ellis y Beck presentan características específicas y diferencias entre ellos, es posible establecer puntos de encuentro entre ambos modelos, ya que tienen en común los siguientes aspectos: la relación que establecen entre pensamiento-afecto-conducta; el papel central de las cogniciones en los trastornos psicológicos y como objetivo último del cambio terapéutico; la relevancia de un enfoque de aprendizaje y autoayuda donde el paciente aprende habilidades cognitivas-conductuales para manejar sus dificultades; la relevancia de las tareas intersesiones; y la relevancia de la relación terapéutica y del papel de las cogniciones en ella. (Verátegui Quintero, 2004)

Dentro de la terapia cognitiva- conductual, existen muchas y variadas técnicas que apuntan al cambio o reestructuración cognitiva del paciente. Sin embargo, el debate cognitivo, desde principios de los años setenta, ha sido una técnica que miles de personas han empleado eficazmente durante años (Ellis, 2000).

La estrategia de debate es la técnica que se elige para realizar el debate cognitivo. Se refiere específicamente al contenido y no a la forma. Ellis utiliza 4 estrategias para debatir las creencias irracionales: lógica, empírica, funcional o pragmática y alternativa racional, mientras que Beck (Beck J, 2000) utiliza una variedad de técnicas para debatir los pensamientos automáticos, las creencias intermedias y las creencias centrales (cuestionamiento socrático, análisis de ventajas y desventajas, dramatización racional- emocional, actuar “como si”, experimentos conductuales, continuum cognitivo, expresión de la propia experiencia, contrastes extremos, desarrollo de metáforas, comprobaciones históricas, reestructuración de recuerdos tempranos, tarjetas de apoyo, entre otras).

Ellis (Obst Camerini, 2005) define 5 tipos de Estilos que el terapeuta puede utilizar como forma de llevar a cabo el debate cognitivo: Didáctico, Socrático, Metafórico, Humorístico y Autorrevelador. Cabe resaltar que para Ellis los Estilos y las Estrategias de debate se combinan unas con otras en el curso del debate; una combinación posible podría ser utilizar el estilo didáctico con una estrategia lógica, empírica, funcional o racional alternativa.

Sabemos que las bases teóricas de una técnica son fundamentales, pero también, hemos aprendido a lo largo de estos años que tanto la estrategia terapéutica como la técnica, deben acomodarse dependiendo del paciente y no de manera contraria. Es por este motivo que nos pareció que no alcanzaba simplemente con una exposición de fundamentos teóricos, sino que en este tema en particular, era imprescindible cotejar con la realidad práctica.

Habiendo expuesto los aspectos teóricos elaboramos un cuestionario relativo a la utilización de la técnica de Debate cognitivo por parte de los terapeutas cognitivo-

conductuales en la práctica clínica. Luego de la aplicación del cuestionario, realizamos la estadística descriptiva pertinente sobre los aspectos indagados.

Esperamos con este trabajo, realizar una aproximación a la realidad práctica sobre si la técnica del debate cognitivo es frecuentemente aplicada o no en la terapia y de qué modos se instrumenta.

Metodología

Definimos la metodología a utilizar, como una exploración bibliográfica a través de la teoría, y una exploración práctica a través del método de encuesta.

Participantes

Para la aplicación del cuestionario, tomamos como muestra a 2 poblaciones: 43 terapeutas cognitivo- conductuales uruguayos, y 49 terapeutas cognitivo- conductuales extranjeros (Argentina (14), Brasil (12), Colombia (4), Perú (4), México (4), España (4), Chile (2), Panamá (2), Venezuela (1), Paraguay (1) y Guatemala (1)). Todos con al menos un año de experiencia clínica.

Instrumentos:

La técnica utilizada fue la investigación de campo a través del método de encuesta mediante diferentes tipos de preguntas: preliminares identificatorias (datos personales), 1 cerrada con filtro (2 alternativas de respuesta y pregunta indispensable para continuar respondiendo o no el cuestionario), 1 abierta (pregunta formulada sin establecer categorías de respuestas) y 8 categorizadas con respuestas sugeridas (5 preguntas con posibilidad de marcar sólo una opción de respuesta y 3 preguntas con posibilidad de marcar varias opciones de respuesta).

Cada pregunta representaba algún aspecto de la técnica que nos parecía interesante de investigar (uso o no de la técnica, frecuencia de uso, tiempo para comenzar a implementarla, estrategias y estilos más utilizados, eficacia de la técnica, eficacia según los tipos de pacientes, tiempo estimado por sesión, tiempo estimado para el cambio en sesiones y consejos a nuevos terapeutas). Adicionalmente a las preguntas, se encontraban los datos personales que se debían completar: edad, sexo, título universitario, lugar de egreso como terapeuta cognitivo- conductual, años de experiencia, forma de ejercer su práctica clínica (centros públicos, privados o consulta privada) y país de residencia. Estos datos se encuestaron con fines estadísticos para su exploración posterior.

Procedimiento de recolección de datos

El cuestionario sobre debate cognitivo está dirigido a profesionales con especialización en terapia cognitivo- conductual. Dichos profesionales son tanto locales como extranjeros. En cuanto al ámbito local, son integrantes del grupo de psicoterapeutas avalados por SUAMOC u otras instituciones reconocidas. Y en el ámbito extranjero, hemos recurrido por un lado, a diversas instituciones reconocidas en sus países e integradas por profesionales de variados niveles académicos. Y por el otro, a profesionales que han participado en el 2º Congreso Uruguayo de Psicoterapia Cognitivo- Conductual y VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas.

(Organizado por ALAPCO y SUAMOC del 8 al 10 Mayo de 2008, Montevideo-Uruguay).

Su aplicación se realiza por las integrantes de la presente monografía, 2 Licenciadas en Psicología y 1 Doctora en Medicina con especialización en Psiquiatría (vía correo electrónico, personal o telefónicamente). La elección de la población se basó en los requisitos planteados.

El comité de ética de nuestra institución aprobó la realización de este trabajo de investigación (documento firmado por la representante del Comité de Ética de S.U.A.M.O.C Lic. Ps. María Ester Lagos).

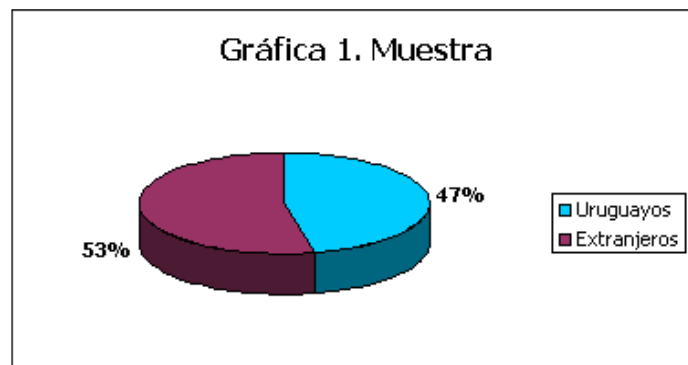
Análisis de los datos

Luego de la aplicación del cuestionario, realizamos la estadística descriptiva en base a aspectos tales como edad, sexo, años de experiencia, diferencias entre terapeutas locales y extranjeros, frecuencia de uso y eficacia de la técnica, consejos a nuevos profesionales, entre otros. Elegimos centrarnos en estos aspectos de la técnica, de acuerdo a la importancia que a nuestro criterio tienen dichos temas a la hora de ser investigados.

Resultados

A modo de análisis de los *datos identificatorios*, es interesante remarcar que hubo una leve mayoría de colaboración de participantes extranjeros para contestar la encuesta (53% contra 47%), lo cual se podría atribuir a una mayor habituación por parte de los mismos a participar en encuestas e investigaciones de campo.

Gráfica 1. Muestra



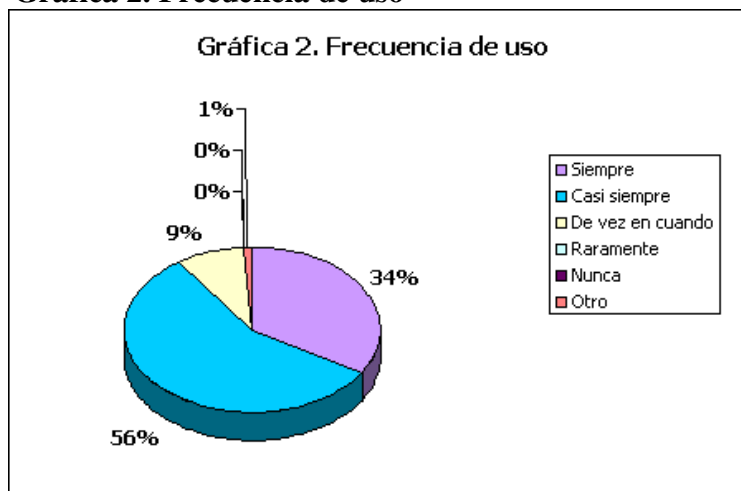
En cuanto al sexo hubo una marcada mayoría de participantes de sexo femenino (63% a 37%). Con respecto al rango etario, se destaca la población comprendida entre los 40 y 50 años (31%), seguido de cerca por la franja de los 30 a 40 años (26%). También existe una cercana coincidencia entre las medias de edades de terapeutas uruguayos y extranjeros (41,8 y 44,8).

Con respecto a la distribución según la formación académica se destaca una amplia mayoría de Licenciados en Psicología (57%), seguidos por Médicos Psiquiatras (15%). En cuanto a los años de experiencia clínica, existe también una prevalencia del rango entre 1 y 10 años (57%), seguido del grupo comprendido entre 10 y 20 años de experiencia (28%).

Aquí cabe destacar que hay una coincidencia entre los años de experiencia promedio de uruguayos y extranjeros (10,6 y 12,7 años respectivamente).

Los datos acerca de la *frecuencia de uso del Debate Cognitivo* destacan que el 90% de la muestra se inclinan entre las opciones de “casi siempre” (56%) y “siempre” (34%).

Gráfica 2. Frecuencia de uso



Si discriminamos la *frecuencia entre las dos poblaciones* estudiadas, encontramos resultados muy similares (Uruguayos 54% “casi siempre” y 35% “siempre”, y Extranjeros con 59% “casi siempre” y 33% “siempre”).

Con respecto al *momento de comienzo* de uso de la técnica, el 50% de la muestra elige para comenzar a instrumentar la técnica entre la 3ª y 4ª sesión, seguido de un 23% que opta por comenzar entre la 1ª y 2ª sesión. Con respecto a la *comparación entre las dos poblaciones*, el predominio uruguayo de comienzo en la 3ª o 4ª sesión es superior al extranjero (55% y 45% respectivamente); sin embargo la elección de comenzar en la 1ª o 2ª sesión es bastante superior en los extranjeros con un 39% de adhesión frente a un 12% de los uruguayos (que presentan como segunda opción para comenzar a usar la técnica, entre la 5ª y 6ª sesión, con un 14% de adhesión).

En cuanto al *tiempo promedio de realización del Debate Cognitivo*, la muestra general se inclina por realizarlo en un tiempo promedio de 20 a 30 minutos (46%), seguido de un 35% que opta por realizarlo entre 10 y 20 minutos. Con respecto a la *discriminación según poblaciones*, vemos que los uruguayos tienden a realizar el debate en un tiempo promedio de 20 a 30 minutos (51%) seguido de un 30% que lo realizan entre 10 y 20. En cambio esta diferencia no es tan marcada en la población de extranjeros (41% entre 20 y 30 minutos y 39% entre 10 y 20).

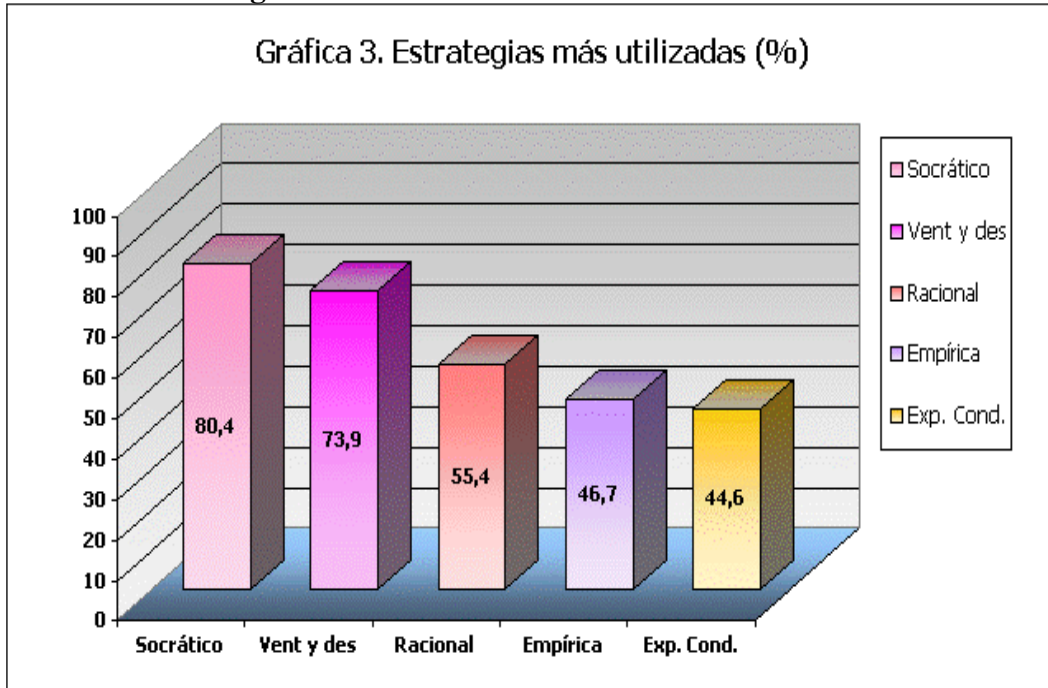
Con relación al *tiempo que se estima necesario para que la técnica sea eficaz*, la muestra general coincide en el porcentaje (23%) al elegir las opciones de: “5 a 6 sesiones” así como la opción “otro”. En la opción “otro” las respuestas más frecuentes hacían referencia a que el tiempo necesario para que sea eficaz la técnica dependería de: el paciente y su “problemática o patología”; de la flexibilidad cognitiva, del motivo de consulta, del nivel intelectual, de la idea a reestructurar, entre otros.

Si comparamos las *dos poblaciones*, en los uruguayos predomina la elección de la opción “otro” (32%) seguido de la opción “5 a 6” sesiones y “más de 10” (ambos con 21%). Los extranjeros presentan un 25% que se inclinan por la opción “5 a 6” sesiones,

seguido de un 19% que opta por la opción de “3 a 4” sesiones; con una mínima diferencia aparece la opción de “6 a 10” sesiones con un 18%.

En referencia a las *estrategias de debate* más frecuentemente utilizadas, encontramos que la muestra general se inclina por amplísima mayoría hacia la técnica de “cuestionamiento socrático” con un 80,4% de adhesión a la misma, seguido de un 73,9% que elige la técnica de análisis de “ventajas y desventajas”. Ambas técnicas refieren a la terapia cognitiva planteada por A. Beck. La tercera opción más elegida es la “alternativa racional” con un 55,4% de adhesión (esta técnica proviene de la TREC).

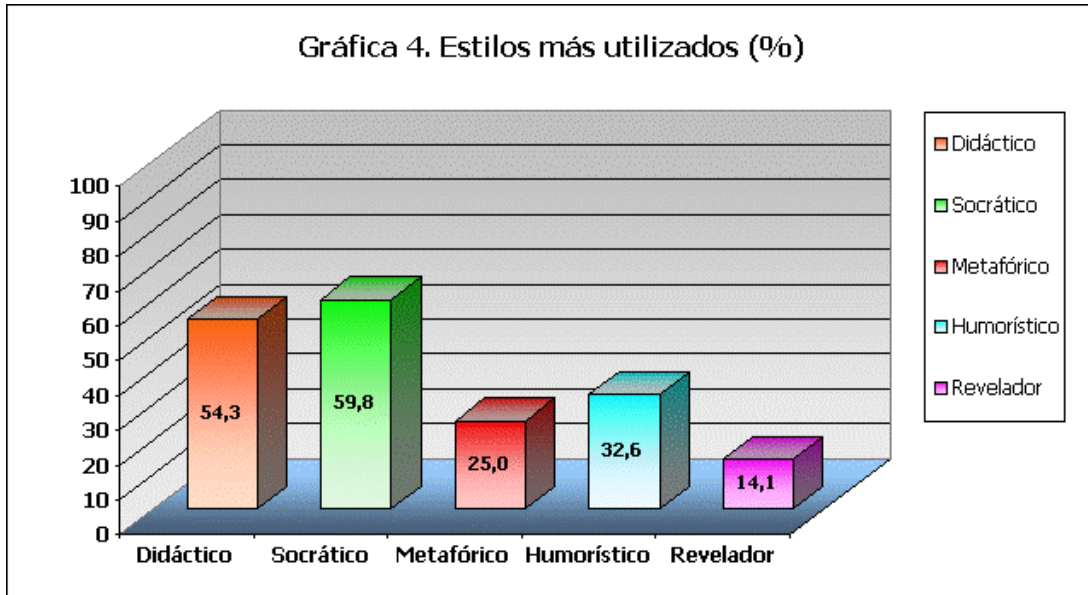
Gráfica 3. Estrategias más utilizadas



Si discriminamos las estrategias de debate según sus autores, encontramos dentro de la línea de Ellis, a la “alternativa racional” nombrada anteriormente como la más elegida, seguida de la estrategia “empírica” con un 46,7% de adhesión. En referencia a Beck, las estrategias más elegidas son el “cuestionamiento socrático” y el “análisis de ventajas y desventajas” (porcentajes ya mencionados), seguido de los “experimentos conductuales” con un 44,6%.

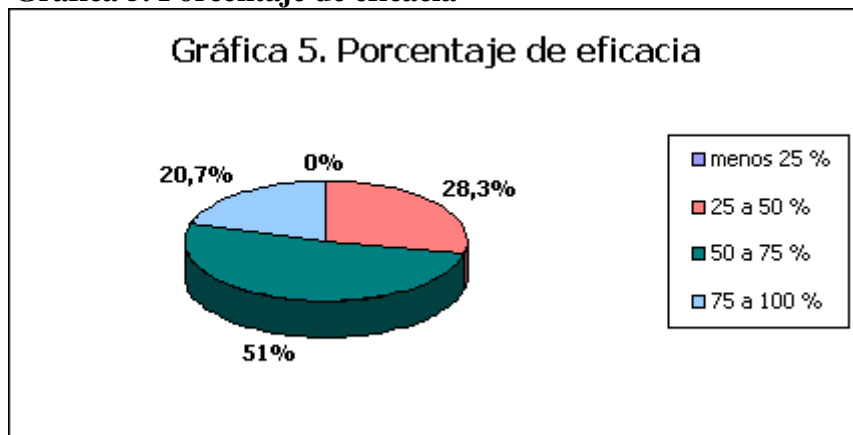
En cuanto a los *Estilos de Debate* encontramos en la muestra general, al “socrático” y al “didáctico” con un 59,8% y 54,3% respectivamente, como los más elegidos. Discriminando según poblaciones, los uruguayos adhieren más al estilo “didáctico” y luego al “socrático” (67,4 y 51,2% respectivamente). En cambio los extranjeros eligen en primer lugar al “socrático” y luego al “didáctico” (67,3 y 42,9% respectivamente). En general el estilo “Humorístico” aparece como la tercera opción más elegida.

Gráfica 4. Estilos más utilizados



Con respecto al *porcentaje de Eficacia del debate* encontramos que en la muestra general, el 51% considera que la técnica tiene de 50 a 75% de eficacia. Al comparar las dos poblaciones, no encontramos diferencias significativas.

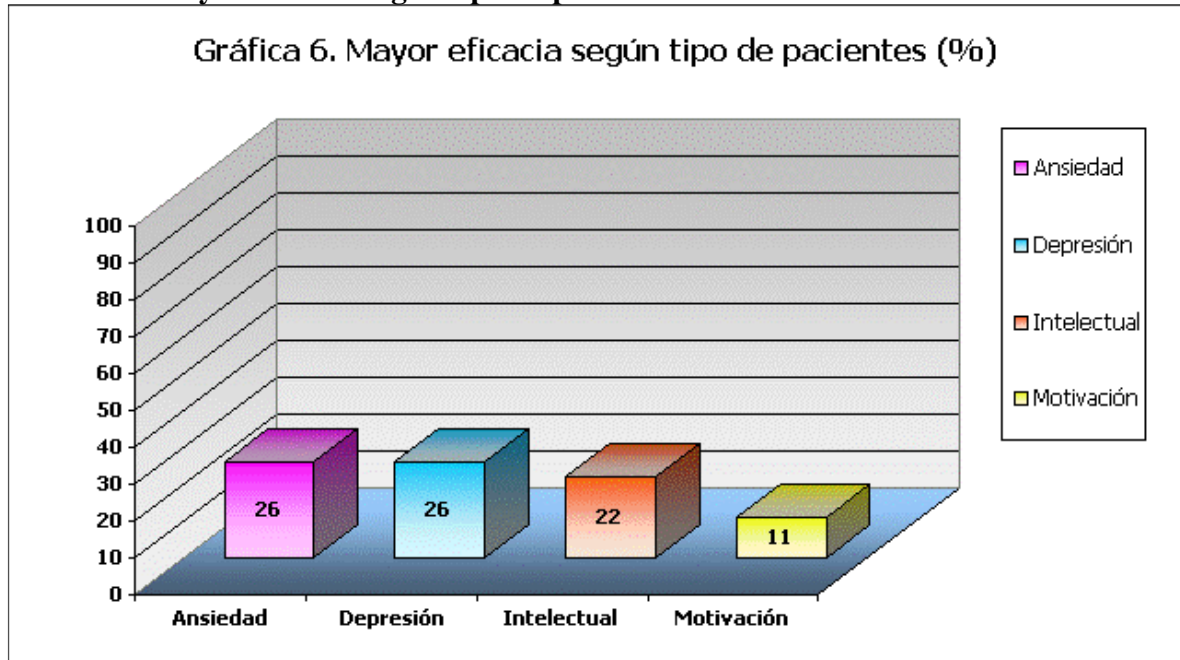
Gráfica 5. Porcentaje de eficacia



En relación a los *consejos a nuevos terapeutas*, acerca de la técnica, se destacan ampliamente los siguientes: 1) tener claros los fundamentos teóricos (81,5%), y 2) no olvidar que la creatividad es fundamental (62%).

Por último, los resultados acerca de la *eficacia de la técnica según el tipo de paciente* (pregunta abierta) arrojan lo siguiente: los factores que aumentan la eficacia son los trastornos de ansiedad, depresivos y/o distímicos (ambos con 26%), seguidos de un nivel intelectual más elevado (22%).

Gráfica 6. Mayor eficacia según tipo de pacientes



En cuanto a los factores que disminuyen la eficacia encontramos a los trastornos de personalidad (30%), y un nivel intelectual más bajo (12%).

Discusión Y Conclusiones

Uno de los aportes que nos brindó la realización de este trabajo, enriqueciéndonos tanto en la teoría como en nuestra práctica profesional, fue el reconocimiento de que el Debate Cognitivo constituye una técnica muy utilizada a lo largo de todo el proceso terapéutico y con alto porcentaje de eficacia, y para cuya puesta en práctica no basta solamente contar con los conocimientos teóricos sino que requiere un cierto grado de creatividad por parte del terapeuta. A nuestro criterio esto la hace aun más interesante pues estimula la capacidad personal del terapeuta y flexibiliza los procesos, dando al técnico una mayor libertad de acción y expresión. En relación a esto se destaca la necesidad de profundizar en el estudio teórico de la técnica (como se reflejó en los resultados de la encuesta acerca de los consejos a nuevos terapeutas).

Es interesante destacar que no encontramos diferencias significativas entre las dos poblaciones de la muestra, sino por el contrario, hubo un grado bastante elevado de coincidencias en la mayor parte de los aspectos indagados.

En el marco de las limitaciones del cuestionario, consideramos que se requeriría de una validación previa para que los resultados fueran estadísticamente significativos (para lo cual habría que aumentar la muestra, realizar pre tests para disminuir posibles errores de comprensión, sintaxis, etc.). Por otra parte, sabemos que previamente a la aplicación de técnicas en terapia, son muchos los factores que el terapeuta debe evaluar para determinar qué tipo de abordaje instrumentará con cada uno de sus pacientes.

Aspectos tales como tiempo de realización del diagnóstico previo, estrategia de trabajo, psicopatología específica, tipo de paciente, vínculo establecido, etc., son algunos de los factores a tener en cuenta. Por lo tanto, establecemos como una limitación a nuestro cuestionario, el hecho de que los profesionales hayan tenido que

optar por respuestas encasilladas dentro de las opciones planteadas, fijando así un criterio general a su forma de trabajo. Para tal circunstancia, establecimos la opción de respuesta "Otros" en casi todas las preguntas, tratando de disminuir lo más posible la rigidez del cuestionario. Igualmente, entendemos a los resultados como una aproximación parcial de la instrumentación clínica de la técnica.

Con respecto a los resultados del cuestionario aplicado a 92 profesionales (nacionales e internacionales), obtuvimos datos interesantes: todos los encuestados utilizan la técnica de Debate cognitivo en su práctica clínica y le otorgan un alto porcentaje de eficacia. El momento de comienzo de utilización de la técnica se da generalmente en las primeras sesiones y se utilizan en promedio 20 minutos para realizar el debate. Esto nos resulta interesante pues pone en duda nuestra creencia previa respecto a la necesidad de un tiempo prolongado para realizar un debate cognitivo.

Dentro de la amplia gama de estrategias y estilos existentes, se destacaron los métodos socráticos, que marca una tendencia a elegir un método de cuestionamiento guiado para la reestructuración cognitiva de los pacientes.

Finalmente cabe destacar que quedan muchas variables para seguir investigando tales como la comparación por sexo, edad y años de experiencia, que podrán ser abordados en futuros trabajos.

Referências Bibliográficas:

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- Ellis, A. (2000). *Vivir en una sociedad irracional*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica S.A.
- Obst Camerini, J. (2005). *Introducción a la terapia cognitiva: teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos*. Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Verátegui Quintero, S. (2003). *Comunalidades y diferencia entre las terapias de Ellis y Beck*. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas (Online) v. 64. (Citado en 2003) p. 19. Disponible en: <http://www.coplaspalmas.org/07biblio/psicot/psicot13.pdf> .

Dirección de correspondencia:

Gabriela Pollini
Joaquín Velazco 3186/104
11600 Montevideo- Uruguay
E-mail: monica@dedicado.net.uy

Recebido em 20/12/2008.
Aceito para publicação em 15/02/2009.