II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010.

Esquemas y creencias. El origen del eclecticismo técnico y la integración en terapia cognitiva.

Korman, Guido Pablo.

Cita:

Korman, Guido Pablo (2010). *Esquemas y creencias. El origen del eclecticismo técnico y la integración en terapia cognitiva. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-031/204

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eWpa/ZQM

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

G. (2004) Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Editorial Novedades Educativas

JANIN, B. (2007) El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. Cuestiones de Infancia N°11 .

JANIN, B, KAHANSKY E., LLANOS L., RODRIGUEZ PONTE M., SILVER R. (2007) La desatención y la hiperactividad en los niños como efecto de múltiples determinaciones psíquicas en Memorias de las XIV Jornadas de Investigación en Facultad de Psicología, UBA

KAHANSKY E.,RODRIGUEZ PONTE, M, SILVER R.(2005) Trabajo con padres en el Psicoanálisis con Niños . Cuestiones de Infancia N° 9

ESQUEMAS Y CREENCIAS. EL ORIGEN DEL ECLECTICISMO TÉCNICO Y LA INTEGRACIÓN EN TERAPIA COGNITIVA

Korman, Guido Pablo
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Centro Argentino de Etnología Americana- Universidad de Buenos Aires - Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica

RESUMEN
Este trabajo se propone describir las causas teóricas y técnicas que hacen que los modelos cognitivos tiendan al eclecticismo técnico y a la integración. A través de los conceptos de esquema y creencias el autor intenta destacar los factores teóricos y clínicos que hacen que la terapia cognitiva sea tan diversa en la actualidad.

Palabras clave
Eclecticismo Integración Terapia cognitiva

ABSTRACT
SCHEMES AND BELIEVES. THE ORIGIN OF TECHNICAL ECLECTICISM AND INTEGRATION IN COGNITIVE THERAPY
This paper intends to describe the theoretical and technical reasons that make cognitive models tend to technical eclecticism and Integration. Through the concepts of schema and beliefs the author attempts to highlight the theoretical and clinical factors that make cognitive therapy cognitive so diverse nowadays.

Key words
Eclecticism Integration Cognitive therapy

INTRODUCCIÓN

La terapia cognitiva (TC) no es un ámbito homogéneo ni en el plano teórico ni en el plano clínico. Las TC nacieron en los años 60 en Estados Unidos, de la mano del desarrollo de teorías y modelos psicoterapéuticos cuyo objetivo era disminuir el malestar generado por los trastornos depresivos y ansiosos en un lapso relativamente breve. Se diferenciaron rápidamente de las corrientes psicológicas dominantes en la época: el psicoanálisis y el conductismo. Su foco particular era -y es actualmente- el papel de la cognición en los fenómenos mentales patológicos (Fernández Álvarez y Opazo, 2004; Keegan, 2007). Previamente, se produjo una gran revolución en las ciencias humanas, conocida como revolución cognitiva (Kris, 2002), que influenció todo el ulterior desarrollo de la psicoterapia. Desde un comienzo, estos desarrollos se vincularon de forma muy estrecha con la investigación empírica, tanto a las técnicas como a las teorías que las sustentaban (Beck, 2005).

Podemos discernir dos ámbitos de la TC: el plano teórico y el plano clínico. En el ámbito clínico, el éxito de la terapia cognitiva se debe a la creciente importancia de la investigación clínica como criterio de validación de una práctica con apoyo empírico, un pilar epistemológico de las TC, tanto en lo que concierne a su difusión en el público general como en el campo científico (Korman, Viotti y Garay, 2009). Es así como hoy día podemos decir con certeza que la terapia cognitiva es la forma más investigada de psicoterapia. Entre los años 1986 y 1993 fueron realizados más de 120 estudios controlados (Hollon & Beck, 1994); en el 2006 había ya más de 324 estudios publicados en lo que hace a intervenciones cognitivo-conductuales (Butler *et al,* 2006) y su número continúa en aumento. En la actualidad tenemos tratamientos cognitivos para la depresión, para el trastorno de angustia, la fo-

bia social, el trastorno por estrés post-traumático, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo, la esquizofrenia, la bulimia, la anorexia, el dolor crónico, entre muchos otros (Garay, Korman y Keegan, 2008). En el plano clínico la terapia cognitiva ha dado muestras de probada eficacia y un constante interés por la evaluación de sus resultados (Garay y Korman, 2008). Ejemplo de ello es que Beck no dio a conocer sus primeros desarrollos en la clínica de la depresión sino hasta después de terminados los estudios que daban cuenta de que la terapia cognitiva era un tratamiento eficaz para este trastorno (Keegan, 2007).

En el plano teórico, al menos en los inicios de la TC, podemos describir un modelo bastante sencillo que varía según el trastorno. Hay una interacción de tres áreas que funcionan como un continuo: la esfera cognitiva, la emocional y la conductual. El ámbito sobre la que se desarrolla la terapia cognitiva es el área de la cognición. El tratamiento influencia la cognición y a partir de ello se producen cambios en las otras esferas (emocional y conductual). Esta idea es coincidente con que otros modelos de tratamiento que afectan las áreas de la emoción y de la conducta podría obtener resultados favorables de tratamiento. Ejemplo de ello es el tratamiento farmacológico, cuyo eje de acción es la emoción (Beck, 1988).

TERAPIA COGNITIVA O ECLECTICISMO TEÓRICO Y TÉCNICO

El eclecticismo implica no adherirse a una escuela concreta. La primera propuesta ecléctica fue formulada por Lazarus (1967) quien defiende esta posición debido a que ve en la integración teórica un esfuerzo inútil, sosteniendo que es necesario seleccionar la técnica que funcionará mejor con un cliente concreto.

El eclecticismo técnico que propone Beck (1991) consiste en seleccionar las técnicas de origen diverso en función del cliente, pero siempre según la conceptualización realizada desde una orientación teórica cognitiva. Es lo que se ha dado en llamar eclecticismo técnico guiado por la coherencia con una teoría concreta en función del tipo de cliente (Feixas y Botella, 2000). Desde este modelo podemos ver las otras formas de psicoterapia como una fuente de procedimientos terapéuticos que pueden enriquecer la TC en la medida que estos procedimientos sean congruentes con el modelo cognitivo. Los distintos procedimientos aumentan las posibilidades de ofrecer un tratamiento en función de la conceptualización específica del caso, y por ende consolidan la más integradora de las terapias. (Beck, 1991).

Sin embargo, desde los inicios de la terapia cognitiva, antes de que fuera objeto de reflexión por parte de Beck, podemos ver en algunos de sus conceptos la apertura para entender cómo es el que el eclecticismo puede ser incorporado.

En los inicios de la TC hay dos conceptos esenciales para entender este eclecticismo: El concepto de esquema y el de creencias. Ambos conceptos son genéricos y abiertos.

El esquema es utilizado para explicar los motivos que llevan al paciente a mantener el sesgo negativo sobre la realidad. El esquema es el filtro que significa y evalúa el exterior e incluso determina qué estímulos serán evaluados y cuáles no:

"*Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (…) Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de una persona"* (Beck, 1983:21).

Beck sugiere que en el desarrollo normal de todo ser humano se construyen esquemas con los cuales procesamos e interpretamos las situaciones que nos tocan vivir. Los esquemas se constituyen en la infancia, atravesando distintos estadios que concluyen hacia finales de la adolescencia y funcionan en todo momento como una manera de organizar en forma comprensible la realidad que percibimos. Ciertas circunstancias vitales pueden determinar la constitución de esquemas, que al ser evocados en años posteriores conduzcan a interpretaciones idiosincrásicas.

Beck formula una teoría cognitiva de la depresión según la cual este trastorno resultaría de la activación de esquemas disfuncionales generados en la infancia, disparados por circunstancias específicas en la adolescencia y en la adultez (Keegan, 2007). Para Beck no es el ánimo decaído el centro del trastorno depresivo, sino el efecto de la activación del esquema depresogénico (Keegan, 2007). Partiendo de este concepto, Beck elaboró un modelo general para los desórdenes psicológicos en cuya cadena causal se postula la existencia de un conjunto de esquemas o modelos cognitivos desadaptativos que dan lugar a los distintos síndromes psiquiátricos y se expresan en forma de pensamientos automáticos. Ello da lugar a la posibilidad de que terapeuta y paciente colaboren para dilucidar los esquemas que sustentan el sufrimiento del paciente. Los esquemas se manifiestan como afirmaciones de creencias, hecho que se presta a la verificación lógica y el análisis empírico (Semerari, 2002).

Por lo que podemos ver, los esquemas son modelos cognitivos abiertos que se organizan de manera distinta según el trastorno. Es decir, si logramos rearmar ese dispositivo de procesamiento de una manera distinta brindaremos paliativos a gran parte de los sufrimientos. El concepto de esquema es abierto, y funciona de manera pragmática de acuerdo a cada trastorno. La modificación de un esquema es amplia, debido a que no hay una única forma de modificarlo. No hay un modo claramente definido de distinguir cuál es la forma asertada de corregir el funcionamiento de un esquema. Es por ello que se puede observar una importante diversidad de herramientas para la modificación de estos esquemas. De hecho, la terapia cognitiva incorpora distintas herramientas, sin importar el marco teórico en que ellas hayan sido desarrolladas, cuyo objetivo es modificar el modo de procesamiento de la información.

Por su parte, el segundo término que rescatamos, el concepto de creencia es tan general como el concepto de esquema. De hecho, las creencias componen los esquemas, son su contenido cognitivo. Según Judith Beck (2000), las creencias pueden ser divididas en creencias centrales e intermedias. Las creencias intermedias consisten en actitudes, reglas y presunciones que son formuladas a partir de las creencias centrales. Las creencias centrales, por su parte, son ideas fundamentales y amplias, que no suelen salir a la conciencia en forma verbal. Ambas reflejan una manera de percibir la realidad, que no es elaborada críticamente por el sujeto; son consideradas una verdad sin más. Algunas creencias pueden activarse en ciertos contextos, tales como el momento de estar deprimido. Otras pueden ser patrones que funcionan en contextos diversos. Por ejemplo, la creencia de Dios puede estar inalterada en distintos momentos, y a su vez puede ser puesta en duda ante alguna circunstancia específica. A su vez, cuando esta creencia está funcionando, el mundo es leído a partir de ella, esto es, organiza la realidad percibida por el sujeto, influyendo en la forma en que la persona lee el mundo. Judith Beck (2000) sostiene que dado que las creencias (centrales e intermedias) son modos de organización de la realidad aprendidas a partir de la interacción con el mundo, éstas también pueden ser desaprendidas.

DISCUSIÓN

Podemos sugerir que los motivos que hacen a la diversidad técnica de las TC se fundan en conceptos amplios como el de esquema y creencias, sumado a una visión puesta en la eficacia y en la mejora de la calidad de vida de la persona que padece un trastorno mental, más que en la etiología y en las bases teóricas.

Ello nos permite sugerir que el eclecticismo técnico es una de las características de la TC desde sus inicios. Las técnicas que se pueden utilizar con el objetivo de reducir el malestar son casi ilimitadas. Ello implica que, si se investiga y los resultados son positivos, la técnica podrá ser incorporada. Esto puede ser apreciado en la gran cantidad de técnicas de otros modelos que son incorporadas. Ejemplo de ello son la incorporación de técnicas conductuales (Dobson, 2001; Leahy, 2003; Mc Mullin, 2000) y en la importante implementación de técnicas orientales de conciencia plena en los tratamientos cognitivos (Hayes, 2002; Lau, 2005).

BIBLIOGRAFIA

BECK, A.T. (2005). The current state of Cognitive Therapy. Archives of General Psyquiatry,62, 953-959.

BECK, A.T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy. Journal of Psychotherapy Integration, 1, 191-198.

BECK A.T. (1988). Terapia cognitiva, terapia conductual, psicoanálisis y farmacoterapia, un continuo cognitivo. En Mahoney, M.J. ; Freeman. A. (eds.): Cognición y psicoterapia, pp.123-147. Barcelona: Paidós.

BECK, A.T.; A. RUSH; S. SHAW ; EMERY, G. (1983).Terapia cognitiva de la depresión . Bilbao: Desclée de Brouwer.

BECK, J. (2000): Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa.

BUTLER, A.; CHAPMAN, E.; FORMAN, E.; BECK, A. (2006) The empirical status of cognitive-behavioral therapy:A review of meta-analyses. Clinical Psychology Review, 26, 17-31.

CLARK D. M., BECK A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Caro I. (comp.): Manual de psicoterapias cognitivas, pp. 119-129. Barcelona, Paidós.

DOBSON, C. (2001). Handbook of cognitive behavioral therapies. New York: Guilford Press. Elkin, I.; Shea, M.T. ; Watkins J.T. et al. (1989). National Institute of Mental Health. Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry, 46, 971-82.

FEIXAS, G.; BOTELLA L. (2000). Integración en Psicoterapia: Reflexiones y Contribuciones desde la Epistemología Constructivista. Obtenida el 5 de Ocutubre de 2009 en http://recerca.blanquerna.url.edu/constructivisme/Papers/Integración%20en%20Psicoterapia.pdf

FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.

FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H.; OPAZO-CASTRO, R. (2004). La Integración en Psicoterapia: Manual de Aplicaciones. Barcelona: Paidós.

GARAY, C., KORMAN, G. (2008). Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, XIX (77): 491-495.

GARAY, C.; KORMAN, G.; KEEGAN, E. (2008). Terapia cognitivo-conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Revista Subjetividad y procesos cognitivos, 12: 61-72.

HAYES, S.C. (2002). Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. Cognitive and Behavioral Practice, 9, 58-66.

HOLLON, S.D.; BECK, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. en Bergin, A.E.; Garfield, S.L. (Eds.), Handbook ofpsychotherapy and behavior change, (4th ed.), pp. 428–466. New York: J.Wiley & Sons, inc.

KEEGAN, E. (2007). Ensayos de Terapia Cognitiva. Buenos Aires: EUDEBA.

KORMAN, G.; VIOTTI, N. y GARAY, G. (2009). Orígenes y profesionalización de la psicoterapia cognitiva. Algunas reflexiones sobre la reconfiguración del campo psi en Buenos Aires. Inédito.

KRIZ, J. (2002). Corrientes fundamentales en psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu.

LAU, M.A. (2005). Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena: Integrando la Conciencia plena, la meditación y la terapia cognitiva para reducir el riesgo de la recaída en la depresión. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 13 (3): 7-15.

LAZARUS, A.A. (1967). In support of technical eclecticism. Psychological Reports, 21, 415-416.

LEAHY, R.. (2003). Cognitive Therapy Techniques. A practitioner´s guide. New York: Guilford Press.

MCMULLIN, R.E. (2000). The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques. New York: Norton professional books.

SAFRAN, J. D.; GEENBERG, L. S. (1998). Feeling, thinking and acting: A cognitive framework for psychotherapy integration. Journal of Cognitive Psychotherapy, Vol 2 Nº1, 109-130.

SAFRAN, J.; SEGAL, Z. (1994). El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Barcelona: Paidós.

SEMERARI, A. (2002). Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. Barcelona: Paidós.

SISTEMAS DE CREENCIAS, CULTURA Y RELIGIÓN EN EFECTORES DE LA SALUD MENTAL DE BUENOS AIRES

Korman, Guido Pablo; Etchevers, Martin; Sarudiansky, Mercedes; Rosales, Ma. Guadalupe; Simkin, Hugo Andrés; Oeyen, Isabel

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas- Centro Argentino de Etnología Americana- Universidad de Buenos Aires - Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica

RESUMEN

Durante largo tiempo la religión ha sido considerada como un aspecto secundario en los temas que atañen a la salud mental y a la práctica clínica. Sin embargo en los últimos años esta postura ha comenzado a revertirse y la religiosidad es actualmente una variable de gran importancia tanto en la clínica como en las distintas investigaciones científicas. En este trabajo los autores indagan respecto de las creencias y prácticas religiosas en psicólogos y psiquiatras clínicos del área metropolitana de Buenos Aires, tanto en su dimensión personal como en su relación con la práctica clínica.

Palabras clave

Religión Psicólogos-psiquiatras Buenos Aires

ABSTRACT

BELIEF SYSTEMS, CULTURE AND RELIGION IN EFFECTORS OF MENTAL HEALTH IN BUENOS AIRES

For a long time religion has been considered as a secondary issue on mental health and clinical practice. Nevertheless, in recent years this view has begun to be reviewed, and religion is now a remarked variable in both clinical and scientific papers. In this work the authors inquire about the beliefs and religious practices on psychologists and psychiatrists in the metropolitan area of Buenos Aires, both in its professional and personal dimensions.

Key words

Religion Psychologists-psychiatrists Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia de que las tradiciones culturales determinan la manera de interpretar la salud y la enfermedad (Kleinman & Hall-Clifford, 2009; Korman & Idoyaga Molina, 2010). De esta manera, lo que es considerado saludable en una sociedad puede ser visto como no saludable en otra.

Desde el campo de los estudios psicológicos y psiquiátricos en contextos interculturales se ha problematizado la idea de que aquello que desde una cultura puede ser considerado “normal” o normativo, desde otra perspectiva cultural puede ser visto como insólito o fuera de las reglas que rigen a esa cultura en particular (Korman & Garay, 2005). Tomemos el ejemplo de la llamada “locura sagrada”, término con el que Devereaux definió a los terapeutas de las sociedades étnicas, los shamanes, a quienes consideró “psicóticos culturalmente adaptados” (Deveraux, 1980). Esto nos da cuenta de que nuestra definición de normalidad está basada en nuestras creencias acerca de lo que es vivir y desarrollarnos en sociedad. Hay ciertos hechos que nos parecen razonables que ocurran y otros que no; ello es lo que moldea nuestra idea de la normalidad (Kleinman, 2010).

En lo que hace a la psicología y psiquiatría clínica, esta cuestión sigue estando vigente, ya que se considera que, si no es tenido en cuenta el contexto, muchas prácticas religiosas pueden ser consideradas patológicas (Kleinman & Benson, 2006).