

Técnicas cognitivas en el tratamiento de las drogodependencias.

José Antonio Carrobles Isabel.

Catedrático de Psicología.

Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.

Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción.

A la considerable variedad de técnicas de tratamiento o intervención disponibles en la moderna Psicología Clínica se ha venido a sumar recientemente el importante conjunto de las denominadas técnicas cognitivas, sobre el que fundamentalmente centraremos la actividad de este Módulo de Formación, en el que también consideraremos, no obstante, las principales técnicas de relajación, dirigidas al control del componente emocional de los trastornos mentales o de conducta humana.

Las técnicas cognitivas han venido, en este sentido, a llenar la laguna tradicionalmente existente en la labor clínica del Psicólogo, añadiéndose a las múltiples técnicas de modificación de la conducta o actividad manifiesta de los sujetos (Técnicas operantes, Técnicas de exposición...etc.) y a las centradas en el componente afectivo o emocional de la mayoría de los problemas clínicos humanos, englobadas generalmente bajo el epígrafe de técnicas de relajación o de desactivación emocional.

El abanico de técnicas cognitivas del que actualmente disponemos es muy considerable, creciendo el mismo, por otro lado, de forma igualmente importante. Así, a los primitivos dos bloques de técnicas cognitivas denominadas globalmente "técnicas de reestructuración cognitiva" y "técnicas cognitivo-conductuales" se ha venido a sumar recientemente el grupo denominado genéricamente "técnicas constructivistas o construccionistas" que incluye, por su parte, al igual que las dos anteriores, una variedad considerable de técnicas cognitivas específicas.

Supuestos y características de las terapias cognitivas.

El denominador común de todas las técnicas agrupadas bajo la etiqueta de cognitivas es el de apoyarse en el supuesto básico de conceder un valor

mediacional a las cogniciones respecto a los demás componentes del comportamiento humano (las emociones y la conducta motora o manifiesta) ante una experiencia o situación estimular determinada, atribuyendo con ello, finalmente, a las cogniciones una función causal sobre estos otros componentes del comportamiento humano. Este papel prioritario y fundamental concedido a las cogniciones respecto a la conducta normal, se traduce, igualmente, en el ámbito de la Psicopatología en el supuesto básico de que la mayoría de los trastornos emocionales o de conducta son producidos o causados por alteraciones o trastornos del pensamiento.

Aunque no es indudablemente cierto que las cogniciones o los pensamientos desempeñen en todos los casos este papel causal prioritario y fundamental sobre los trastornos emocionales o de conducta, sí es indiscutible que su función suele resultar, normalmente, relevante, tanto para comprender y explicar la génesis de muchos trastornos clínicos, como para facilitar la terapia y la prevención de los mismos. A modo de resumen, en el Cuadro 1 que incluimos a continuación pueden verse los principales supuestos y características que definen, en general, a las terapias cognitivas.

CUADRO 1	
PRINCIPALES SUPUESTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS TERAPIAS COGNITIVAS	
Supuesto Básico	Los trastornos psicopatológicos son producidos o causados principalmente por problemas o alteraciones cognitivas o del pensamiento.
Metas Terapéuticas	Hacer al paciente consciente y ayudarlo a comprender los errores cognitivos que comete. Modificar los patrones alterados o anómalos de pensamiento del paciente.

Tipo o Estilo de Tratamiento	<p>Intervención activa y directa por parte del terapeuta.</p> <p>Estilo de tratamiento directivo.</p> <p>Interacción y colaboración activa entre terapeuta y paciente (Empirismo Colaborador).</p> <p>Terapias normales breves o de tiempo limitado.</p>
------------------------------	--

Terapias cognitivas.

Las terapias cognitivas surgieron históricamente, por un lado, como una evolución del propio ámbito de la Terapia o Modificación de Conducta que constituía la principal forma de intervención dentro de la Psicología Clínica en los años sesenta (Carroble, 1983) a través de desarrollos y autores como los siguientes: la admisión de la existencia de los procesos mediacionales o encubiertos y el desarrollo de las denominadas **técnicas terapéuticas encubiertas** (Homme, 1965; Cautela, 1966); la propuesta de mecanismos (cognitivo)-simbólicos implicados en el cambio conductual en procesos y terapias tales como el **modelado** o aprendizaje por observación e imitación (Bandura, 1969); las investigaciones y desarrollo de modelos sobre el **Autocontrol** y habilidades de auto-manejo (Kanfer, 1970; Thoresen y Mahoney, 1974); los trabajos y modelos sobre auto-eficacia y determinismo recíproco propuestos igualmente por Bandura (1977, 1978); y los trabajos y técnicas terapéuticas desarrollados por Meichenbaum y su grupo sobre auto-instrucciones e inoculación de estrés (Meichenbaum, 1969; 1975); y los trabajos y técnicas de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfriend (1971); por sólo citar los más relevantes. Estas técnicas son denominadas con frecuencia por algunos autores como **Técnicas Cognitivo-Conductuales**.

Otro importante grupo de técnicas dentro de la Terapia Cognitiva lo constituye el englobado genéricamente bajo el nombre de **Técnicas de Reestructuración Cognitiva**. Estas técnicas fueron en la mayor parte de los casos frutos del desarrollo de modelos paralelos al de la Terapia o Modificación de Conducta, si bien en muchos de ellos se ha observado una clara confluencia o integración posterior con la misma. Como autores básicos de referencia en este ámbito cabe citar a Ellis (1958, 1968, 1979) y el importante desarrollo de la teoría y de la técnica terapéutica denominada **Terapia Racional Emotiva** (TRE). El otro gran autor en esta ámbito es Beck y la Propuesta de su Terapia Cognitiva o **Terapia de Reestructuración Semántica** (Beck, 1963, 1964, 1970).

Un hecho digno de destacar aplicable a estos dos autores, Ellis y Beck, es su desplazamiento reciente hacia posiciones más integradoras en relación

con otros modelos de los que inicialmente se mostraban separados. Un claro ejemplo en este sentido es el de Ellis y su reciente propuesta de integración con un modelo conductual o cognitivo-conductual actualizado, junto al consecuente cambio de nombre de su modelo de terapia que ahora ha pasado a llamarse **Terapia Racional Emotiva Conductual** (Ellis, 1993). En igual sentido, Beck (1991) también ha emprendido el camino de la integración entre distintas formas de Terapia, aunque desde una perspectiva algo diferente a la de Ellis, con la que, no obstante, guarda grandes similitudes.

Un último bloque de técnicas digno de mencionar, aunque por el momento de menor aplicabilidad práctica, es el denominado **Técnicas Constructivistas** o construccionistas, cuyo principio epistémico fundamental es el del constructivismo que postula que el conocimiento humano no es una reproducción exacta del mundo real (en sus representaciones y en sus leyes o relaciones), sino que supone siempre una interpretación de lo real. Es decir, que cuando construimos y en este sentido considera a los sujetos humanos como agentes activos que constituyen los significados de su mundo de experiencia, a diferencia de la postura empirista normalmente mantenida por los demás modelos cognitivos y no cognitivos que afirma la existencia y la influencia del mundo real con independencia del observador. A diferencia de los demás terapeutas cognitivos, el terapeuta constructivista, aunque busca el cambio del paciente como ellos, sus criterios de ajuste no son la mejor adaptación y visión de la realidad objetivamente existente, sino la exploración, la adaptación y el desarrollo de relaciones diferentes con el sí mismo y el mundo a través de la exploración de las consecuencias que para el paciente tiene su forma de ver y de interactuar con el mundo. Los autores y las propuestas terapéuticas dentro de este enfoque son muy recientes y diversas y por ello aún no apoyadas en un buen soporte práctico y experimental. Entre los autores más destacados cabe mencionar a Mahoney (1988, 1991); Guidano (1987) y Weimer (1975, 1977).

Principales tipos de terapia cognitiva aplicables a la drogadicción.

Aunque es muy amplia la variedad de técnicas cognitivas propuestas hasta el momento, no todas tienen una igual validez empírica y aplicabilidad práctica a los distintos problemas clínicos humanos, y mucho menos aún, a problemas tan específicos como los relacionados con la adicción a drogas o sustancias. Por ello, dada la finalidad fundamentalmente práctica de este Módulo o Seminario, en el mismo vamos a mencionar y describir sólo las principales técnicas cognitivas que han demostrado una relevancia y utilidad práctica suficientemente contrastada hasta el momento. Estas técnicas pueden ser vistas en el Cuadro número 2 que adjuntamos a continuación agrupadas según las dos categorías principales anteriormente mencionadas de **Terapias de Reestructuración Cognitiva** y **Terapias Cognitivo-Conductuales**, aunque en la práctica clínica esta distinción no puede mantenerse, aplicándose, en

realidad, ambos términos como intercambiables.

A las principales de estas técnicas nos dedicaremos a través de este Módulo de Formación, centrándonos, sobre todo, dada la limitación de tiempo en aquellas de mayor aplicabilidad en el ámbito de la terapia de las drogodependencias (Cuadro 2).

CUADRO 2	
PRINCIPALES TERAPIAS COGNITIVAS DE APLICABILIDAD PRÁCTICA EN LA DROGADICCIÓN	
Técnicas de reestructuración cognitiva	Técnicas cognitivo-conductuales
<ul style="list-style-type: none">. Terapia racional emotiva (TRE) (Terapia Racional Emotiva Conductual TREC).. Terapia cognitiva o de reestructuración semántica de Beck.. Técnica de auto-instrucciones.	<ul style="list-style-type: none">. Solución de problemas.. Inoculación de estrés.. Técnicas terapéuticas encubiertas.. Técnicas de autocontrol.. Habilidades sociales.