

COLECCIÓN
TERAPIA

FAMILIAR

Judith S. Beck

TERAPIA COGNITIVA

Conceptos básicos y profundización

Prólogo de Aaron T. Beck

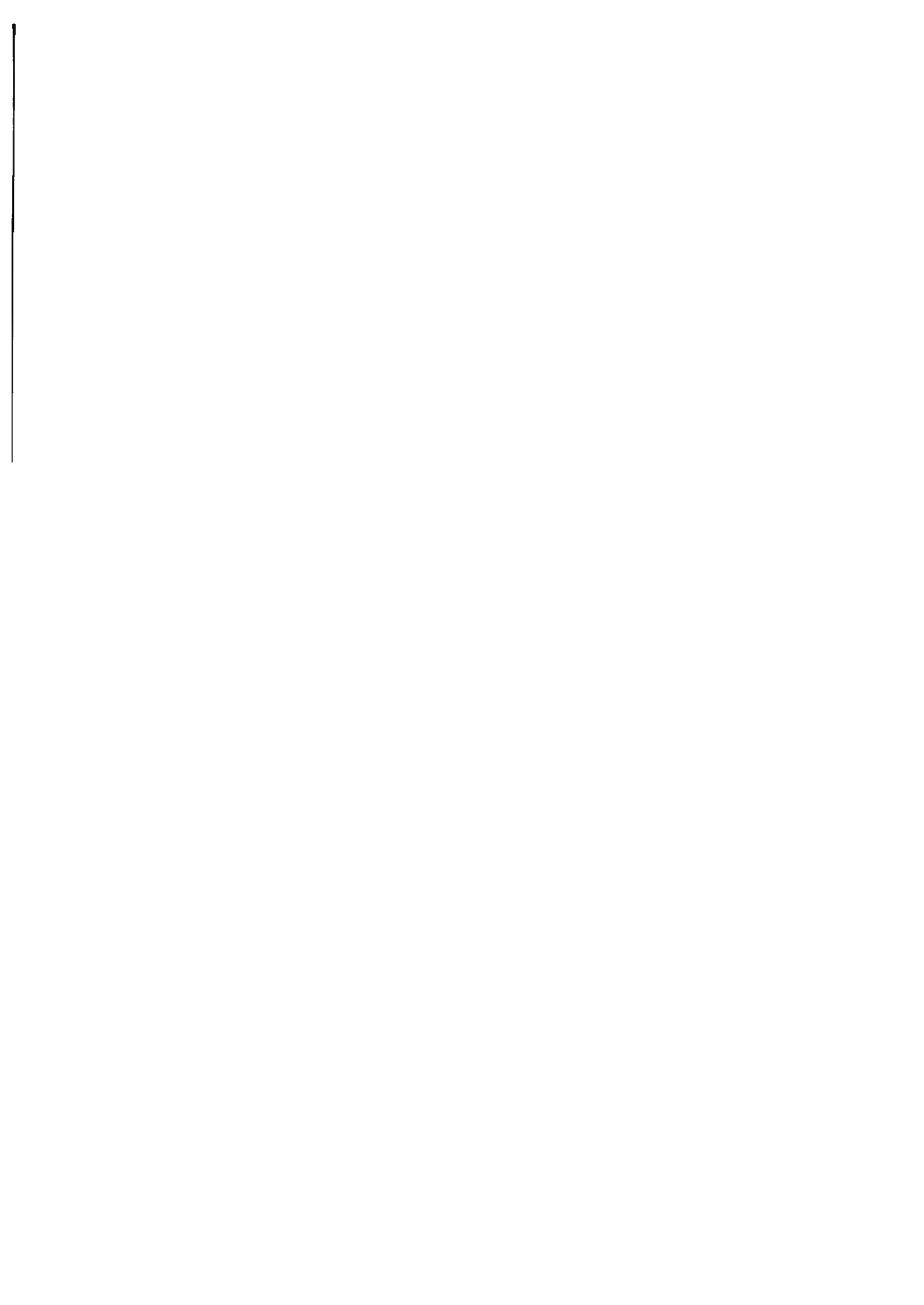


gedisa
editorial

Judith S. Beck

TERAPIA COGNITIVA

Grupo: PSICOLOGÍA
Subgrupo: TERAPIA FAMILIAR



Editorial Gedisa ofrece
los siguientes títulos sobre

TERAPIA FAMILIAR

- JUDITH S. BECK** *Terapia cognitiva*
Conceptos básicos y profundización
- JOHN S. ROLLAND** *Familias, enfermedad
y discapacidad.*
Una propuesta desde la terapia sistémica
- EVAN IMBER-BLACK** *La vida secreta de las familias*
- STEVE DE SHAZER** *En un origen las palabras
eran magia*
- CARLOS E. SLUZKI** *La red social: frontera de
la práctica sistémica*
- TOM ANDERSEN (COMP.)** *El equipo reflexivo*
- MICHAEL WHITE** *Guías para una terapia
familiar sistémica*
- JAY S. EFRAN,
MICHAEL D. LUCKENS Y
ROBERT J. LUKENS** *Lenguaje, estructura y cambio.*
La estructuración del sentido
en psicoterapia
- RALPH E. ANDERSON
E IRL CARTER** *La conducta humana en el
medio social.*
Enfoque sistémico de la sociedad
- MICHAEL DURRANT
Y CHERYL WHITE (COMPS.)** *Terapia del abuso sexual*
- STEVE DE SHAZER** *Claves en psicoterapia breve.*
Una teoría de la solución
- HEINZ VON FOERSTER** *Las semillas de la cibernética*

TERAPIA COGNITIVA

Conceptos básicos y profundización

Judith S. Beck

Prólogo de
Aaron T. Beck

gedisa
editorial

Título del original en inglés: *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*
Publicado por The Guilford Press, New York, London
© 1995 The Guilford Press. By arrangement with Mark Paterson

Traducción: Adelaida Ruiz

Primera edición: noviembre del 2000, Barcelona
Segunda reimpresión: 2006, Barcelona

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© Editorial Gedisa, 2000
Paseo Bonanova, 9, 1ª 1ª
08022 Barcelona, España
Tel. 93 253 09 04
Fax 93 253 09 05
correo electrónico: gedisa@gedisa.com
<http://www.gedisa.com>

ISBN: 968-852-123-X
Depósito legal: B-3476-2006 E.U.

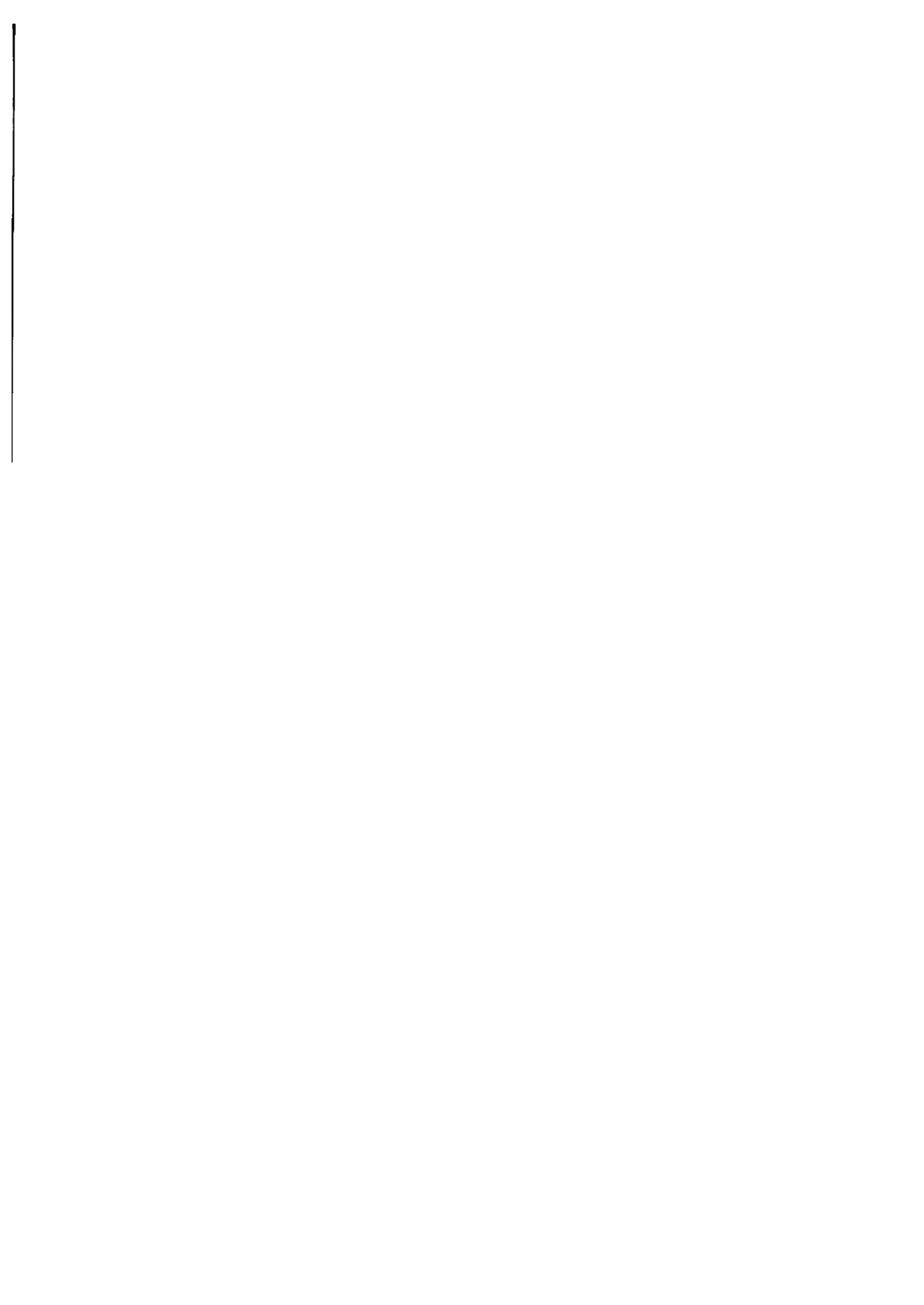
Impreso por: Publidisa

Impreso en España
Printed in Spain

Gestión, representación y dirección de esta edición:
© Editorial Gedisa Mexicana, S.A.
Guanajuato 202 loc.1 Col. Roma
06700 México D.F.
E-mail: clientes@gedisa-mexico.com

Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión, en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o cualquier otro idioma.

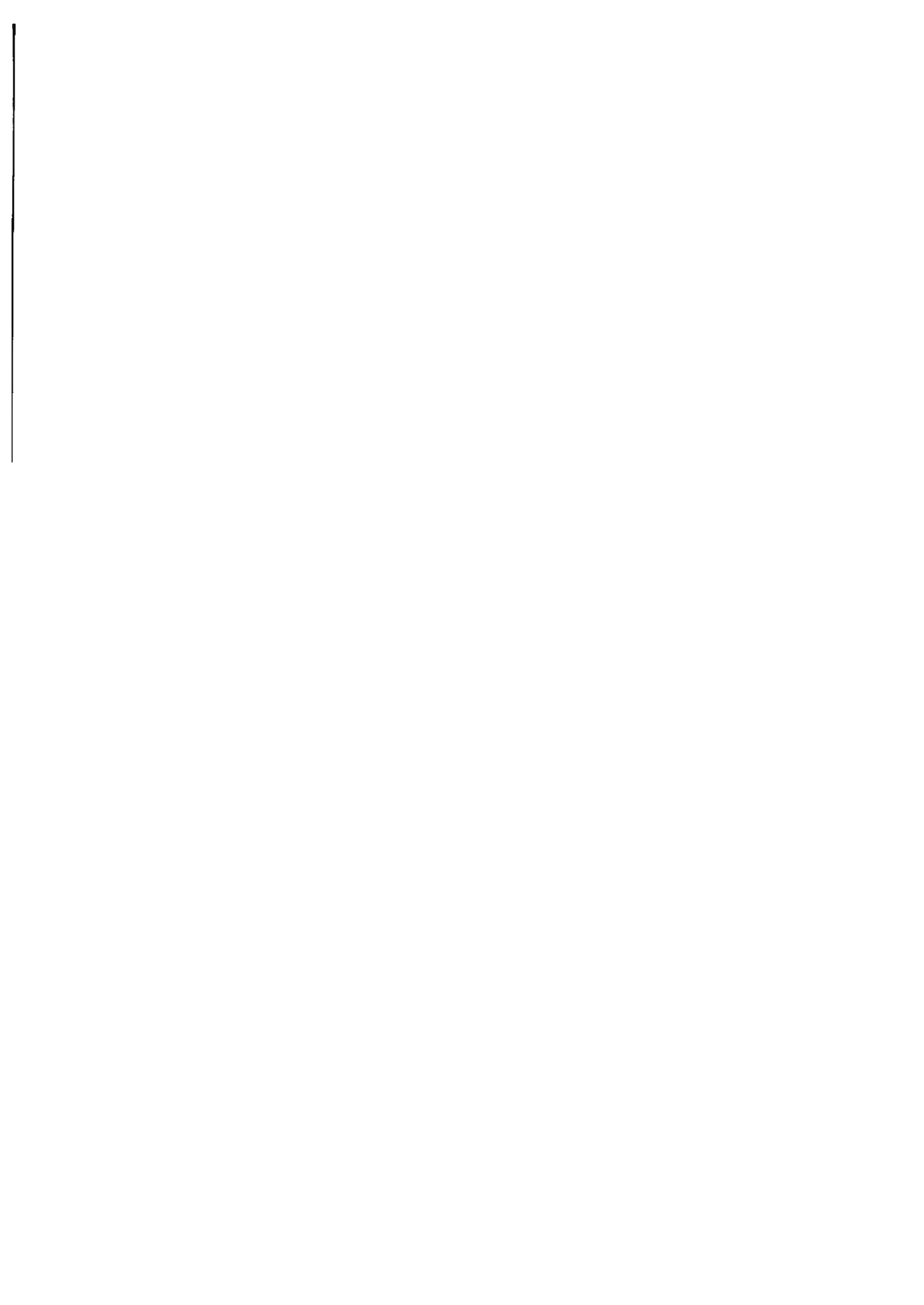
*Para mi padre,
Aaron T. Beck, M.D.*



Índice

PRÓLOGO	11
PREFACIO	15
1. Introducción	17
2. La conceptualización cognitiva	31
3. La estructura de la primera sesión de terapia	45
4. Segunda sesión y siguientes: estructura y formato	67
5. Problemas en la estructuración de las sesiones de terapia	89
6. Identificación de los pensamientos automáticos	103
7. Identificación de las emociones	125
8. Evaluación de los pensamientos automáticos	137
9. Combatir los pensamientos automáticos	159
10. Identificación y modificación de creencias intermedias	173
11. Las creencias centrales	205
12. Otras técnicas cognitivas y conductuales	235
13. Las imágenes mentales (imaginería)	273
14. Las tareas para el hogar	293
15. Finalización y prevención de las recaídas	317
16. Planificación del tratamiento	333
17. Problemas en la terapia	351
18. La formación de un terapeuta cognitivo	367

Apéndice A. Formulario de resumen de caso	371
Apéndice B. Lista de lecturas básicas para terapeutas	375
Apéndice C. Lista de lecturas sobre terapia cognitiva para pacientes (y terapeutas)	379
Apéndice D. Recursos de terapia cognitiva	381
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	383
ÍNDICE TEMÁTICO.....	391



Prólogo

¿Cuál es el objetivo de este libro? Esta es una pregunta que se plantea naturalmente el lector de cualquier obra sobre psicoterapia, y a la que debe encontrar respuesta en el prólogo. Para responder a esta pregunta a los lectores del libro de Judith Beck, *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*, intentaré hacerlos remontarse a las primeras épocas de la terapia cognitiva y al desarrollo que ha tenido desde entonces.

Cuando comencé a tratar pacientes aplicando un conjunto de procedimientos terapéuticos que más tarde denominé “terapia cognitiva”, no sabía adónde me llevaría este abordaje, que difería profundamente de mi formación psicoanalítica. Tomando en cuenta mis observaciones clínicas y algunos estudios y experimentos sistemáticos, había llegado a la conclusión de que, en el núcleo de ciertos trastornos psíquicos tales como la depresión y la ansiedad, subyacía una alteración del pensamiento. Esta alteración se manifestaba en una deformación sistemática en el modo como los pacientes interpretaban experiencias particulares. Descubrí entonces que, al señalar esa desviación de la interpretación y proponer otras alternativas posibles —que constituían explicaciones más probables— producía un alivio casi inmediato de los síntomas. Si además entrenaba al paciente en el desarrollo de estas habilidades cognitivas, ayudaba a que la mejoría se mantuviese. El hecho de concentrarnos en los problemas de aquí y ahora parecía producir una remisión casi total de los síntomas en un lapso que iba de 10 a 14 semanas. Posteriores experimentos clínicos llevados a cabo por mi propio grupo y por otros terapeutas e investigadores confirmaron la eficacia de este abordaje para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, las depresiones y el trastorno de pánico.

Puede decirse que hacia mediados de los años ochenta, la terapia cognitiva había alcanzado el nivel de “Sistema de Psicoterapia”.

Para ese entonces ya comprendía: 1) una teoría de la personalidad y la psicopatología, cuyos postulados básicos eran sustentados por sólidos hallazgos empíricos; 2) un modelo de psicoterapia, que contaba con conjuntos de principios y estrategias, que se amalgamaban con la teoría psicopatológica y 3) sólidos hallazgos empíricos que, basándose en los resultados clínicos, demostraban la eficacia de este abordaje.

A partir de esos, mis primeros trabajos, una nueva generación de terapeutas/investigadores/docentes ha llevado a cabo investigaciones básicas acerca del modelo conceptual de la psicopatología y de la aplicación de la terapia cognitiva a un amplio espectro de perturbaciones psiquiátricas. Mediante investigaciones sistemáticas se han explorado las dimensiones cognitivas básicas de la personalidad y de los trastornos psiquiátricos, el procesamiento idiosincrásico y la evocación de información en estos trastornos, y la relación entre la vulnerabilidad y el estrés.

La aplicación de la terapia cognitiva a una serie de perturbaciones psicológicas y médicas se extendió mucho más lejos de lo que yo imaginaba cuando lo hice por primera vez en casos de depresión y ansiedad. Investigadores de todo el mundo y particularmente de los Estados Unidos, basándose en los resultados de experiencias clínicas, han demostrado que la terapia cognitiva es eficaz para el tratamiento de enfermedades tan diversas como el estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, las fobias de todo tipo y los trastornos de la alimentación. Combinada con el uso de fármacos, también ha resultado de utilidad en el abordaje de patologías tales como el trastorno bipolar afectivo y la esquizofrenia. La terapia cognitiva también se ha aplicado con buenos resultados al tratamiento de enfermedades crónicas como el dolor de cintura, la colitis, la hipertensión y el síndrome de fatiga crónica.

Siendo tan amplio el espectro de aplicación de la terapia cognitiva, ¿cómo puede quien aspire a ser un terapeuta cognitivo dar sus primeros pasos en este abordaje? Tal como leemos en *Alicia en el País de las Maravillas*, lo mejor será “comenzar por el principio”. Esto nos regresa a la pregunta formulada al comienzo de este prólogo. El propósito de este libro de la doctora Judith Beck, una de las terapeutas cognitivas de la nueva generación (quien además, casualmente, fue una de las primeras jóvenes estudiantes que me escuchó exponer mi nueva teoría), es proveer sólidos fundamentos básicos para la práctica de la terapia cognitiva. Pese a la diversidad de aplicaciones a que ha dado lugar, este

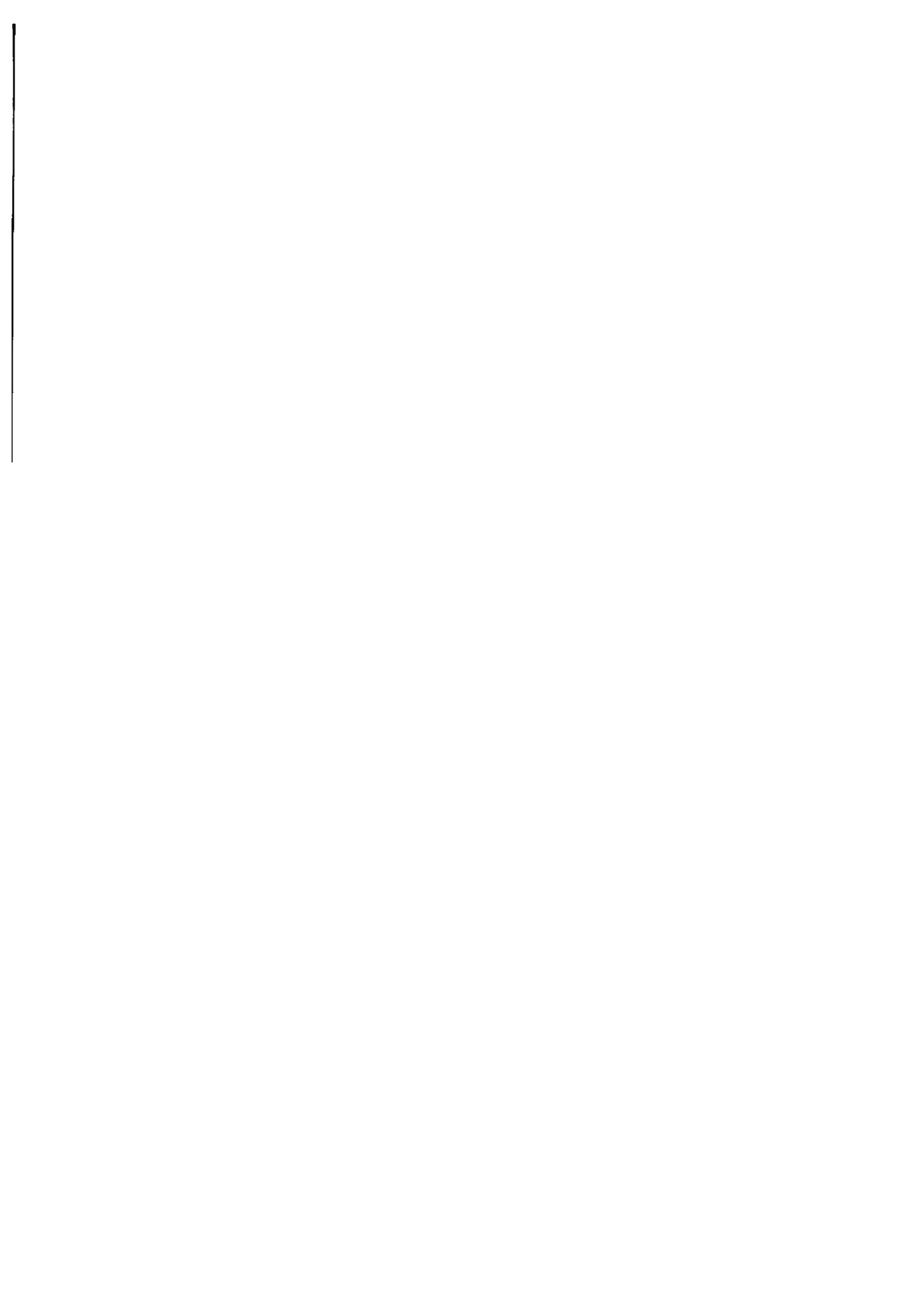
abordaje terapéutico siempre se basa en los mismos principios fundamentales, que son los que se exponen en esta obra. Otros libros (algunos de ellos de mi autoría) guían a los profesionales a través de los vericuetos de cada patología específica. Este volumen, en cambio, ocupará, en mi opinión, el lugar de un texto básico para los terapeutas cognitivos en general. Hasta los más experimentados encontrarán en él una ayuda para aguzar su capacidad de conceptualización, ampliar su repertorio de técnicas, planificar tratamientos más eficaces y superar las dificultades que les planteen a tarea.

Por supuesto, no hay ningún libro que pueda sustituir a la supervisión en esta especialidad. Sin embargo, este es un volumen importante y se puede complementar con supervisión. En el Apéndice D se consignan los datos para acceder a una red de terapeutas cognitivos capacitados.

La doctora Judith Beck está muy calificada para ofrecer este tipo de guía. Durante los últimos diez años ha coordinado talleres y seminarios, ha presentado casos clínicos y dictado conferencias acerca de terapia cognitiva, además de haber supervisado a muchos terapeutas principiantes y experimentados, ayudó al desarrollo de protocolos de tratamiento para distintas patologías y ha participado activamente en investigaciones sobre el tema. Teniendo en su haber tantos antecedentes, ha escrito este libro que contiene un rico bagaje de información útil para la aplicación de este tipo de terapia.

La práctica de la terapia cognitiva no es sencilla. He observado que algunos de los terapeutas que participan en experimentos clínicos, por ejemplo, trabajan sobre los “pensamientos automáticos” sin tener en realidad una verdadera comprensión acerca de las percepciones de los pacientes respecto de su mundo personal, o careciendo de la noción del “empirismo colaborativo”. El propósito de este libro de la doctora Judith Beck es educar, enseñar y entrenar en la aplicación de la terapia cognitiva tanto al terapeuta principiante como al experimentado y es admirable el éxito logrado en el cumplimiento de esta misión.

Dr. Aaron T. Beck



Prefacio

Hubo tres cosas que me asombraron mientras dictaba talleres y seminarios en Estados Unidos y en el exterior, durante los últimos diez años. La primera fue el creciente entusiasmo por la terapia cognitiva, uno de los pocos sistemas unificados de psicoterapia que ha sido validado empíricamente. La segunda fue el fuerte deseo de los profesionales de salud mental por aprender formalmente la terapia cognitiva y dedicarse tanto a asimilar la sólida teoría como a adquirir las herramientas prácticas. La tercera es el gran número de concepciones equivocadas respecto de la terapia cognitiva, que sostienen errores tales como que se trata de un mero conjunto de técnicas; que menosprecia la importancia de las emociones y de la relación terapéutica y que no tiene en cuenta el origen infantil de muchos problemas psicológicos.

Muchos participantes de mis seminarios me refirieron que habían usado técnicas cognitivas durante años, sin haberlas catalogado como tales. Otros, familiarizados con el primer manual de terapia cognitiva *Cognitive therapy of depression* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) se han esforzado por aprender a aplicar de manera más eficaz esta forma de psicoterapia. Este libro está pensado para un público amplio, que incluye desde los profesionales de la salud mental que nunca han estado en contacto con la terapia cognitiva, hasta aquellos más experimentados que desean mejorar su capacidad para conceptualizar a los pacientes desde la perspectiva cognitiva, planificando un tratamiento y usando una variedad de técnicas, para evaluar luego su eficacia en el tratamiento y especificar los problemas que aparecen en las sesiones.

Con el fin de presentar el material de la manera más sencilla posible, he escogido a una paciente para utilizarla como ejemplo a lo largo de toda la obra. Sally era mi paciente cuando comencé

a escribir este libro, hace ya varios años. En muchos aspectos, era la paciente ideal y su tratamiento ejemplifica claramente la terapia cognitiva "estándar" para pacientes sin complicaciones, que han padecido un único episodio depresivo. Sally y los otros pacientes que figuran en esta obra son mencionados en género femenino, mientras que los terapeutas lo son en masculino, cuando se trata de casos concretos y no de referencias genéricas. Se usan estas designaciones para presentar el material más claramente, sin alterar los contenidos, lo cual no debe interpretarse como lenguaje sexista. Además, se utiliza el término "paciente" y no "cliente" porque ese es el término que predomina en el ambiente médico que frecuento.

Este manual básico de terapia cognitiva describe los procesos de conceptualización cognitiva, planificación del tratamiento, estructuración de sesiones y diagnóstico de problemas, que resultan útiles para cualquier paciente. Aunque el tratamiento que se describe es adecuado para un caso sencillo de depresión, las herramientas que se utilizan son aplicables a pacientes con una gran variedad de problemas. Se proveen referencias acerca de otros trastornos, para que el lector pueda adaptarlas adecuadamente.

Este libro no podría haber sido escrito sin el innovador trabajo de Aaron Beck, padre de la terapia cognitiva, quien es además mi padre y un extraordinario científico, teórico, clínico y una maravillosa persona. Las ideas presentadas en esta obra surgieron de mis años de experiencia clínica, combinada con lecturas, supervisión y conversaciones con mi padre y otros profesionales. He aprendido mucho de cada supervisor, de cada profesional que he supervisado y de cada paciente. Les estoy muy agradecida a todos ellos.

Quisiera, además, agradecer a las personas que me han hecho comentarios mientras escribía este libro, especialmente a Kevin Kuehlwein, Christine Padesky, Thomas Ellis, Donald Beal, E. Thomas Dowd y Richard Busis. Mi reconocimiento a Tina Inforzato, Helen Wells y Barbara Cherry, quienes trabajaron en el manuscrito, y a las licenciadas Rachel Teacher y Heather Bogdanoff, quienes me ayudaron con los toques finales.

1

Introducción

El doctor Aaron T. Beck, de la Universidad de Pensilvania, a comienzos de los años sesenta, desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Beck, 1964). A partir de ese momento, tanto Beck como otros profesionales adaptaron exitosamente esta terapia para su aplicación a un conjunto sorprendentemente amplio de trastornos psiquiátricos y a distintas poblaciones (véase p. ej., Freeman y Dattilio, 1992; Freeman, Simon, Beutler y Arkowitz, 1989; Scott, Williams y Beck, 1989). Estas adaptaciones han modificado el objetivo, la tecnología y la duración del tratamiento, pero los postulados teóricos han permanecido sin cambios. Para decirlo en pocas palabras, el *modelo cognitivo* propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Otros importantes teóricos han desarrollado diversas formas de terapia cognitivo-conductual, como la terapia racional-emotiva de Albert Ellis (Ellis, 1962), la modificación cognitivo-conductual de Donald Meichenbaum (Meichenbaum, 1977) y la terapia multimodal de Arnold Lazarus (Lazarus, 1976). A todo esto se han sumado las contribuciones de muchos otros, entre los cuales podemos destacar a Michael Mahoney (1991) y a Vittorio

Guidano y Giovanni Liotti (1983). Las revisiones históricas de este campo nos aportan una rica descripción del origen y crecimiento de las distintas corrientes de la terapia cognitiva (Arnkoff y Glass, 1992, Hollon y Beck, 1993).

En este volumen se pone el acento en la terapia cognitiva tal como la desarrolló y perfeccionó Aaron Beck. Su aporte es único, ya que se trata de un sistema de psicoterapia que cuenta con una teoría unificada de la personalidad y la psicopatología y con importantes comprobaciones empíricas. Por otra parte, también se ha podido operacionalizar la teoría, lo cual resulta en una amplia gama de aplicaciones avaladas por datos empíricos.

La terapia cognitiva ha sido ampliamente evaluada a partir de 1977, cuando se publicó el primer estudio de resultados (Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977). Distintos estudios controlados han demostrado su eficacia en el tratamiento de las depresiones mayores (para un metanálisis, véase Dobson, 1989), el trastorno de ansiedad generalizado (Butler, Fennell, Robson y Gelder, 1991), el trastorno de pánico (Barlow, Craske, Cerney y Klosko, 1989; Beck, Sokol, Clark, Berchick y Wright, 1992; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton y Gelder, 1992), las fobias sociales (Gelernter et al., 1991; Heimberg et al., 1990), la drogadicción (Woody et al., 1983), los trastornos de la alimentación (Agras et al., 1992; Fairburn, Jones, Peveler, Hope y Doll, 1991; Garner et al., 1993), los problemas de pareja (Baucom, Sayers y Scher, 1990) y la depresión en pacientes internados (Bowers, 1990; Miller, Norman, Keitner, Bishop y Dow, 1989; Thase, Bowlwe y Harden, 1991).

Además, la terapia cognitiva se aplica actualmente en todo el mundo, ya sea como tratamiento único o junto con otros, para el abordaje de otros trastornos, tales como el obsesivo-compulsivo (Salkovskis y Kirk, 1989), el estrés postraumático (Dancu y Foa, 1992; Parrott y Howes, 1991), los trastornos de personalidad (Beck et al., 1990; Layden, Newman, Freeman y Morse, 1993; Young, 1990), la depresión recurrente (R. DeRubeis, comunicación personal, octubre de 1993), el dolor crónico (Miller, 1991; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983) la hipocondría (Warwick y Salkovskis, 1989) y la esquizofrenia (Chadwick y Lowe, 1990; Kingdon y Turkington, 1994; Perris, Ingelson y Johnson, 1993). También se está estudiando el uso de la terapia cognitiva en otras poblaciones diferentes de la psiquiátrica: presos, escolares, pacientes con diversas enfermedades no psiquiátricas y muchos otros grupos.

Persons, Burns y Perloff (1988) demostraron que la terapia cognitiva es eficaz para pacientes que cuentan con distintos niveles de educación, ingresos y extracción social. Este abordaje ha sido adaptado para trabajar con pacientes de todas las edades, desde los preescolares (Knell, 1993) hasta los ancianos (Casey y Grant, 1993; Thompson, Davies, Gallagher y Krantz, 1986). Aunque este libro se centra exclusivamente en el tratamiento individual, la terapia cognitiva también ha sido modificada para su aplicación a grupos (Beutler et al., 1987; Freeman, Schrodtt, Gilson y Ludgate, 1993), problemas de pareja (Baucom y Epstein, 1990; Dattilio y Padesky, 1990) y terapia familiar (Bedrosian y Bozicas, 1994; Epstein, Schlesinger y Dryden, 1988).

Luego de tantas adaptaciones, ¿de qué forma podemos identificar a una terapia cognitiva? En todas las terapias cognitivas que derivan del modelo de Beck, el tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca, mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo —un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente— para conseguir, a partir de allí, una transformación duradera de sus emociones y comportamientos.

A lo largo de todo este libro, se utilizan ejemplos de un único caso para ilustrar los conceptos y procesos de la terapia cognitiva. Sally, una mujer caucásica de 18 años, soltera, es una paciente casi ideal en varios aspectos y su tratamiento ejemplifica claramente los principios expuestos. Durante su segundo semestre en la universidad, Sally recurrió a la terapia porque se había sentido bastante deprimida y ansiosa en los meses anteriores y experimentaba dificultades con sus actividades cotidianas. En realidad, el cuadro que presentaba se ajustaba a los criterios de un episodio de depresión mayor según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*; American Psychiatric Association, 1994). En el próximo capítulo y en el Apéndice A se provee una descripción más completa de Sally.

La siguiente transcripción, tomada de la cuarta sesión de terapia de Sally, nos da una idea acerca de las intervenciones típicas de la terapia cognitiva: se especifica un problema que es importante para el paciente, se identifica y se evalúa una idea disfuncional asociada, se diseña un plan razonable y se evalúa la eficacia de la intervención.

TERAPEUTA: Bien, Sally, ¿has dicho que quieres hablar acerca de un problema que tienes para encontrar un trabajo de tiempo parcial?

PACIENTE: Sí. Necesito el dinero... pero no sé.

T: (*Notando que la paciente se muestra más disfórica*) ¿Qué es lo que pasa por tu mente en este preciso momento?

P: Que no seré capaz de llevar adelante un trabajo.

T: ¿Y cómo te hace sentir eso?

P: Triste. Muy decaída.

T: Quiere decir que piensas: "No seré capaz de llevar adelante un trabajo" y ese pensamiento te produce tristeza. ¿Qué evidencia tienes de que no serás capaz de trabajar?

P: Bueno, ya tengo mis dificultades para cumplir únicamente con mi asistencia a clases...

T: Está bien. ¿Qué otra cosa?

P: No lo sé... Estoy muy cansada. Si me resulta tan difícil salir a buscar un trabajo, cuánto más lo será ir a trabajar todos los días.

T: En un minuto examinaremos esto. Tal vez a ti te resulte más difícil salir a *investigar* los posibles trabajos que lo que te resultaría ir a trabajar si tuvieses un empleo. En cualquier caso, ¿tienes alguna otra evidencia de que no podrías llevar adelante un trabajo, suponiendo que pudieras conseguirlo?

P: ... No, no se me ocurre nada.

T: ¿Tienes alguna evidencia de lo contrario: de que *podrías* desempeñarte bien en un trabajo?

P: El año pasado trabajé. Y lo hacía además de ir a la escuela y de mis otras actividades... Pero este año... Realmente no lo sé.

T: ¿Tienes alguna otra evidencia de que podrías llevar adelante un trabajo?

P: No lo sé... Tal vez podría hacer algo, si no me tomara mucho tiempo y no fuera muy difícil.

T: ¿Qué podría ser?

P: Quizás un trabajo de vendedora. En eso trabajé el año pasado.

T: ¿Tienes alguna idea acerca de dónde podrías trabajar?

P: Podría ser en la librería de la universidad. Leí un anuncio de que estaban buscando nuevos empleados.

T: Está bien. ¿Y qué sería lo *peor* que podría ocurrirte si consiguieras un trabajo en la librería?

P: Creo que lo peor sería no poder cumplir con el trabajo.

T: Y en ese caso ¿sobrevivirías?

P: Claro que sí, creo que simplemente me iría.

- T: ¿Y qué sería lo *mejor* que podría ocurrirte?
P: Ah... que pudiese hacerlo con facilidad.
T: ¿Y cuál es la posibilidad más *realista*?
P: Que tal vez no sea fácil, al menos al comienzo, pero que finalmente pueda hacerlo.
T: ¿Cuál es el efecto de tu primer pensamiento: “No seré capaz de llevar adelante un trabajo”?
P: Me entristece... Hace que ni siquiera lo intente.
T: ¿Y cuál es el efecto de cambiar tu pensamiento y darte cuenta de que existe la posibilidad de trabajar en la librería?
P: Me hace sentir mejor. Es más probable que me presente para ese trabajo.
T: ¿Qué quieres hacer al respecto, entonces?
P: Ir a la librería. Podría ir esta tarde.
T: ¿Es probable que lo hagas?
P: Creo que iré. Sí, iré.
T: ¿Y cómo te sientes ahora?
P: Un poco mejor. Tal vez un poco más nerviosa, pero creo que tengo más esperanzas.

A partir de unas pocas preguntas básicas (véase capítulo 8) Sally logra identificar y evaluar con facilidad su pensamiento disfuncional: “No seré capaz de llevar adelante un trabajo”. Muchos pacientes, cuando se enfrentan a un problema parecido, requieren de intervenciones terapéuticas más complejas antes de que acepten modificar una conducta. Aunque la terapia debe planearse a medida para cada individuo, de todos modos existen ciertos principios que subyacen en toda aplicación de la terapia cognitiva.

Principio 1. La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos. El terapeuta intenta conceptualizar las dificultades de Sally en marcos de tres tiempos. Desde el comienzo, identifica su *pensamiento presente*, que hace que Sally albergue sentimientos de tristeza (“Soy una fracasada; no puedo hacer nada bien; nunca seré feliz”) y sus *comportamientos problemáticos* (aislarse, pasar mucho tiempo en cama, evitar pedir ayuda). Debemos notar que estos comportamientos problemáticos surgen del pensamiento disfuncional de Sally y, a su vez, lo refuerzan. En segundo término, el terapeuta discrimina los *factores desencadenantes* que influyeron sobre las percepciones de Sally al comienzo

de la depresión (p. ej. estar por primera vez lejos de su hogar y tener que esforzarse en sus estudios fueron situaciones que contribuyeron a formar su convicción de ser incapaz). En tercer lugar, el terapeuta formula hipótesis acerca de *situaciones clave en el desarrollo* de Sally y *modelos persistentes de interpretación de esas situaciones* que pueden haberla predispuesto a la depresión (p. ej. Sally siempre atribuyó a la suerte sus logros y habilidades, mientras que consideró que sus fracasos y debilidades [relativos] eran un reflejo de su “verdadero” modo de ser).

El terapeuta basa sus formulaciones en los datos que Sally le provee en la primera entrevista, y va profundizando el marco teórico a medida que ella le aporta más datos a lo largo de la terapia. En momentos estratégicos, comparte con ella su conceptualización, para asegurarse de que Sally la esté percibiendo como “algo verdadero”. Durante toda la terapia, además, el terapeuta ayuda a Sally a examinar su experiencia valiéndose del modelo cognitivo. Ella aprende, por ejemplo, a identificar aquellos pensamientos asociados con los sentimientos que la perturban y a evaluar y formular respuestas más adaptadas a su pensamiento. De este modo, logra sentirse mejor y muchas veces consigue también comportarse de una manera más funcional.

Principio 2. La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica. Como muchos pacientes con depresiones simples y ansiedad, Sally no tiene dificultades para trabajar en la terapia y confiar en su terapeuta, quien reúne todos los ingredientes básicos de la actividad: calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia. El terapeuta demuestra su interés por Sally haciendo afirmaciones empáticas, escuchando con atención, sintetizando adecuadamente las ideas y sentimientos que ella expresa y mostrando una actitud realista y optimista. También revisa con Sally lo ocurrido en cada sesión, para asegurarse de que ella se sienta comprendida y esté conforme.

Otros pacientes, en cambio, especialmente aquellos afectados por un trastorno de la personalidad, necesitan que se ponga mucho más énfasis en la relación terapéutica para poder forjar una buena alianza de trabajo (Beck et al. 1990; Young, 1990). Si Sally lo hubiese necesitado, su terapeuta hubiese dedicado más tiempo a la construcción del vínculo, utilizando distintos medios. Entre otras cosas, habría hecho que Sally expresara y evaluara periódicamente sus sentimientos hacia él.

Principio 3. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa. El terapeuta alienta a Sally a considerar la terapia como un trabajo en equipo. Deciden juntos cosas tales como los temas que trabajar en cada sesión, la frecuencia de los encuentros y las tareas que Sally debe realizar entre sesión y sesión. Al comienzo, el terapeuta es más activo respecto de las sugerencias sobre la dirección que debe tomar la terapia y en la confección de la síntesis del trabajo efectuado en cada encuentro. A medida que Sally va saliendo de la depresión y se va instruyendo en la terapia, el terapeuta la alienta para que sea cada vez más activa en las sesiones. Ella debe decidir los temas sobre los que van a hablar, debe reconocer las distorsiones de su pensamiento y diseñar sus propias tareas para el hogar.

Principio 4. La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados. El terapeuta pide a Sally en la primera sesión que enumere sus problemas y que fije objetivos específicos. Por ejemplo, una de las cuestiones a la que se apunta inicialmente es la de sentirse aislada. Con ayuda, Sally establece un objetivo en términos de comportamiento: iniciar nuevas amistades y profundizar la relación con sus amigos actuales. El terapeuta la ayuda a evaluar los pensamientos que interfieren con sus objetivos y a tomar medidas al respecto. Por ejemplo, Sally piensa: "No tengo nada para ofrecer a nadie. Probablemente no querrán estar conmigo". En primer término, el profesional la ayuda a evaluar la validez de esos pensamientos mediante un examen de la evidencia. Más tarde Sally está dispuesta a cotejar más directamente sus ideas en experimentos en los cuales debe hacer planes con un conocido y una amiga. Una vez que ella reconoce y corrige la distorsión de su pensamiento, puede valerse de estrategias de resolución de problemas para mejorar sus relaciones.

De esta manera, el terapeuta presta particular atención a los obstáculos que impiden resolver problemas y alcanzar objetivos. Los pacientes que antes del comienzo de su trastorno tenían un funcionamiento adecuado, muchas veces no requieren de un entrenamiento específico en la resolución de problemas. Les basta con la evaluación de sus ideas disfuncionales, que son las que impiden que utilicen habilidades que ya habían adquirido. Otros pacientes, en cambio, tienen dificultades en la resolución de problemas y necesitan que se les imparta una enseñanza directa para aprender estrategias. Por lo tanto, el terapeuta debe

conceptualizar las dificultades de cada paciente y evaluar cuál es el nivel de intervención adecuado.

Principio 5. La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente. El tratamiento de la mayor parte de los pacientes implica poner un fuerte énfasis en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente. La resolución o el abordaje más realista de las situaciones perturbadoras muchas veces lleva al alivio de los síntomas. El terapeuta cognitivo, por lo tanto, suele comenzar la terapia con un examen del aquí y ahora, independientemente de cuál sea el diagnóstico. La atención puede centrarse en el pasado en tres circunstancias: cuando el paciente expresa una fuerte predilección por hacerlo; cuando el trabajo centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional, o cuando el terapeuta considera que es importante comprender cómo y cuándo se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad. El terapeuta de Sally, por ejemplo, analiza con ella acontecimientos de la infancia para ayudarla a identificar el conjunto de creencias que aprendió cuando niña: “Si obtengo buenos resultados, quiere decir que soy una persona de valor” y “Si no obtengo buenos resultados, quiere decir que soy una fracasada”. El terapeuta la ayuda a evaluar la validez de esas creencias, tanto en el pasado como en el presente. Esta evaluación ayuda a Sally a generar creencias más funcionales y razonables. Si Sally hubiese tenido un trastorno de la personalidad, su terapeuta habría dedicado más tiempo a analizar la historia de su desarrollo y el origen infantil de sus creencias y comportamientos.

Principio 6. La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas. En la primera sesión, el terapeuta instruye a Sally acerca de la naturaleza y el desarrollo de su trastorno, del proceso de terapia cognitiva y del modelo cognitivo (p. ej., cómo sus pensamientos influyen sobre sus emociones y su conducta). No sólo la ayuda a establecer objetivos, identificar y evaluar sus pensamientos y creencias y a planificar sus cambios de conducta, sino que además le enseña *cómo* debe hacerlo. En cada sesión, alienta a Sally a que registre por escrito las ideas importantes que ha aprendido, para que pueda sacar provecho de su nueva comprensión de las cosas en las semanas que siguen y aun después de finalizada la terapia.

Principio 7. La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo. La mayor parte de los pacientes con depresión y angustia se tratan durante un período que va de 4 a 14 sesiones. El terapeuta de Sally establece para ella los mismos objetivos que para todos sus pacientes: aliviar los síntomas, facilitar la remisión del trastorno, ayudarla a resolver los problemas más acuciantes y proporcionarle herramientas para que trate de evitar las recaídas. Sally comenzó con una sesión semanal. (Si su depresión hubiese sido más severa o hubiese manifestado conductas suicidas, podrían haber acordado sesiones más frecuentes.) Luego de dos meses, decidieron de común acuerdo probar con una sesión cada quince días. Más tarde, acordaron tener una sesión por mes. Después de la finalización de la terapia, llegaron al acuerdo de verse cada tres meses, para tener sesiones de “refuerzo”, durante un año.

Sin embargo, hay pacientes que no hacen suficientes progresos en pocos meses. Algunos necesitan tratamientos de uno o dos años (o probablemente más tiempo aún), para poder modificar creencias disfuncionales muy rígidas y modelos de comportamiento que contribuyen a su malestar crónico.

Principio 8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas. No importa cuál sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión. El terapeuta de Sally controla el estado de ánimo de la paciente, le pide que haga una breve reseña de la semana, establece de común acuerdo con ella un plan para la sesión, le pide un comentario de la sesión anterior, controla las tareas para el hogar, dispone nuevas tareas, realiza frecuentes síntesis de lo trabajado y procura obtener algún tipo de retroalimentación al finalizar. Esta estructura permanece constante durante toda la terapia. Cuando Sally comienza a sentirse menos deprimida, su terapeuta la alienta para que tenga una mayor participación en los planes para las sesiones, en la preparación de tareas para el hogar y en la evaluación de sus pensamientos y las acciones que estos requieran. Al seguir un formato fijo, la terapia resulta mejor comprendida tanto por la paciente como por el terapeuta. Además, aumenta la posibilidad de que Sally, una vez concluido el tratamiento, pueda practicar la autoterapia. Este formato también ayuda a centrar la atención en lo más importante y maximizar el uso del tiempo.

Principio 9. La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia. La transcripción que hemos presentado en este capítulo nos muestra cómo el terapeuta ayuda a Sally a centrarse en un problema específico (encontrar un empleo de tiempo parcial), a identificar su pensamiento disfuncional (preguntando qué es lo que le pasa por la mente), a evaluar la validez de su pensamiento (mediante el examen de la evidencia que parece avalarlo y la que parece contradecirlo) y a diseñar un plan de acción. El terapeuta se vale de un amable *cuestionamiento socrático*, que ayuda a que Sally perciba que él está verdaderamente interesado en el *empirismo colaborativo*, es decir, que la ayuda a determinar la precisión y la utilidad de sus ideas, mediante una revisión cuidadosa de los datos (hace esto en lugar de desafiarla o de persuadirla a adoptar su punto de vista). En otras sesiones, en cambio, utiliza el *descubrimiento guiado*, un proceso en el cual sigue interrogando a Sally acerca del significado de sus pensamientos, para develar las creencias subyacentes que ella tiene respecto de sí misma, del mundo y de los demás. También mediante preguntas la va guiando en la evaluación de la validez y la funcionalidad de sus creencias.

Principio 10. La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. Si bien las estrategias cognitivas, tales como el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado son muy importantes en esta terapia, también se utilizan, dentro de un marco cognitivo, técnicas que provienen de otras orientaciones terapéuticas (especialmente de la terapia del comportamiento y de la terapia gúestáltica). El terapeuta selecciona las técnicas según el planteamiento de cada caso y los objetivos que establece para cada sesión.

Estos principios básicos se aplican a todos los pacientes. Sin embargo, la terapia varía considerablemente según los casos, la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. El *énfasis* que se da al tratamiento depende del trastorno particular. Por ejemplo, el tratamiento cognitivo para el trastorno de ansiedad generalizado enfatiza la reevaluación del riesgo en ciertas situaciones y los recursos a los que el paciente puede apelar frente

a la amenaza (Beck y Emery, 1985). El tratamiento del trastorno de pánico implica la evaluación de las malas interpretaciones catastróficas del paciente (habitualmente, predicciones erróneas que atentan contra la cordura o la vida) sobre sus sensaciones corporales y mentales (Clark, 1989). La anorexia requiere una modificación de las creencias acerca del propio valor y del control sobre sí mismo (Garner y Bemis, 1985). El tratamiento de la drogadicción se centra en los sentimientos negativos respecto del yo y en los sentimientos permisivos o de justificación respecto del uso de drogas (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). En el capítulo 16 se presentan breves descripciones de estas y otras perturbaciones.

La formación de un terapeuta cognitivo

Para el observador no entrenado, la terapia cognitiva puede resultar engañosamente simple. El *modelo cognitivo*, que postula la influencia de los pensamientos sobre las emociones y comportamientos es, en efecto, bastante sencillo. Sin embargo, los terapeutas cognitivos experimentados realizan muchas tareas al mismo tiempo: conceptualizan el caso, construyen el vínculo, socializan y educan al paciente, identifican problemas, recogen datos, ponen a prueba hipótesis y sintetizan. El terapeuta cognitivo que recién se inicia, por el contrario, suele ser más prudente y estructurado y se concentra en un elemento por vez. Aunque el objetivo final sea entrecruzar todos los elementos y llevar adelante la terapia del modo más efectivo posible, los principiantes deben aprender primero a manejar la tecnología de la terapia cognitiva, y para ello deben conducirse con prudencia.

El desarrollo de los conocimientos técnicos que requiere un terapeuta cognitivo se puede describir en tres pasos. (Estas descripciones presuponen la capacidad del terapeuta para demostrar empatía, preocupación y competencia ante los pacientes). En el Paso 1, los terapeutas aprenden a estructurar la sesión y a utilizar las técnicas básicas. Adquieren, además, la habilidad para conceptualizar un caso en términos cognitivos, fundamentándose en una evaluación inicial y en los datos obtenidos en la sesión.

En el Paso 2, los terapeutas comienzan a integrar la conceptualización con su conocimiento de las técnicas. Afianzan su capacidad para comprender el desarrollo de la terapia y logran identificar con mayor facilidad los objetivos más importantes.

Adquieren mayor habilidad para conceptualizar a los pacientes, y van profundizando esa conceptualización a lo largo de las sesiones y utilizándola, a su vez, para tomar decisiones respecto de las intervenciones. Poco a poco amplían su repertorio de técnicas y son cada vez más hábiles en la selección y el uso de las más adecuadas, así como también en el manejo de los tiempos.

En el Paso 3, los terapeutas integran más automáticamente los datos nuevos a la conceptualización. Profundizan su capacidad para plantear hipótesis que confirman o modifican su visión de los pacientes. Pueden variar la estructura y las técnicas de la terapia cognitiva básica para adecuarlas a los casos difíciles, como por ejemplo, los trastornos de la personalidad.

Cómo utilizar este libro

Este libro está dirigido a personas que, alcanzado cualquier nivel de desarrollo y experiencia, carezcan del suficiente dominio sobre los fundamentos de la conceptualización y la terapia cognitiva que les permita comprender cómo y cuándo modificar el tratamiento básico en cada caso.

Usted podrá crecer como terapeuta cognitivo aplicando a su propia persona las herramientas que se describen en este libro. En primer término, mientras lee, comience a conceptualizar sus pensamientos y creencias. En el próximo capítulo se proveen más explicaciones acerca del modelo cognitivo: cómo se siente emocionalmente en un momento dado (y cómo reacciona desde el punto de vista físico y de la conducta) está condicionado por el modo como percibe una situación y específicamente por los pensamientos que pasan por su mente en ese momento. A partir de este instante, comience a prestar atención a los cambios de su estado anímico. Cuando advierta que su estado de ánimo ha cambiado, que se ha intensificado en una dirección negativa, o que está experimentando sensaciones corporales asociadas con afectos negativos, pregúntese qué emoción está sintiendo y también fórmese la pregunta clásica de la terapia cognitiva:

¿Qué pasó por mi mente en este momento?

De esta manera, usted irá aprendiendo a identificar sus propios pensamientos, especialmente aquellos “pensamientos automáticos”, que se explican en el siguiente capítulo. Aprender las habilidades básicas necesarias para la terapia cognitiva,

valiéndose de su propia persona como sujeto, lo ayudará a enseñar a sus pacientes esas mismas habilidades.

Será de particular utilidad que usted aprenda a identificar sus pensamientos automáticos mientras lee este libro, y que pruebe estas técnicas con sus pacientes. Si, por ejemplo, usted se encuentra ligeramente perturbado, pregúntese: “¿Qué cosa acaba de pasar por mi mente?”. Es posible que descubra pensamientos automáticos como los siguientes:

“Es demasiado difícil”.
“Es posible que no logre aprender a manejar bien esto”.
“No me resulta cómodo”.
“¿Qué sucederá si lo intento y no funciona?”

Los terapeutas experimentados cuya primera orientación no ha sido la terapia cognitiva, pueden descubrir otra serie de pensamientos automáticos:

“Esto no va a funcionar”.
“Al paciente no va a gustarle”.
**“Es demasiado superficial/estructurado/simple/
no desarrolla la empatía”.**

Al sacar a la luz los pensamientos, podrá tomarlos en cuenta y volver a concentrarse en la lectura, o bien dirigirse a los capítulos 8 y 9 que describen cómo evaluar pensamientos automáticos y actuar sobre ellos. Al centrar la atención en sus propios pensamientos, usted podrá no sólo acrecentar sus habilidades en la terapia cognitiva, sino que además tendrá la oportunidad de modificar sus pensamientos disfuncionales y de incidir en su estado de ánimo (y su conducta), tornándose más receptivo respecto del aprendizaje.

Una analogía que se utiliza frecuentemente con los pacientes puede aplicarse también a los terapeutas cognitivos principiantes. Aprender las habilidades de la terapia cognitiva es un proceso semejante al de cualquier otro aprendizaje. ¿Recuerda cuando aprendió a conducir o a manejar un ordenador? ¿Acaso no se sintió un poco molesto al comienzo? ¿No prestaba demasiada atención a pequeños detalles y movimientos que luego se tornaron ágiles y automáticos? A medida que progresaba ¿no se fue sintiendo cada vez más cómodo y seguro? ¿No llegó finalmente a manejar el procedimiento hasta un punto tal que hoy puede llevarlo a cabo

tranquilo y confiado? La mayor parte de las personas ha tenido una experiencia de este tipo cuando aprendieron una habilidad que ahora dominan.

El proceso de aprendizaje se plantea del mismo modo para el principiante en terapia cognitiva. Plantéese objetivos pequeños, bien definidos y realistas. Es bueno que reconozca los pequeños logros que vaya obteniendo. Compare el punto al que ha llegado con el nivel de habilidad que tenía antes de iniciar la lectura de este libro o con el momento en que comenzó a familiarizarse con la terapia cognitiva. Reconozca las oportunidades que tiene para combatir sus propios pensamientos negativos, en los cuales puede llegar a compararse con terapeutas cognitivos mucho más experimentados o a menospreciarse comparando sus logros con sus objetivos más ambiciosos.

Finalmente, los capítulos de este libro han sido pensados para que el lector los aborde en el orden en que se presentan. Es posible que algunos sientan la tentación de saltar los introductorios para sumergirse directamente en los apartados que se ocupan de las técnicas. Lo instamos, sin embargo, a que preste especial atención al próximo capítulo, que se ocupa de la conceptualización, ya que es necesaria una buena comprensión de la estructura cognitiva del paciente para poder seleccionar las técnicas en forma adecuada. Los capítulos 3, 4 y 5 bosquejan la estructura de las sesiones de terapia. Los capítulos 6 a 11 describen los fundamentos básicos de la terapia cognitiva: la identificación y la acción adaptativa respecto de los pensamientos automáticos y las creencias. En el capítulo 12 se presentan algunas técnicas cognitivas y de comportamiento adicionales. El capítulo 13 se ocupa de la imaginería (imágenes mentales) y el 14, describe las tareas para el hogar. El capítulo 15 aborda cuestiones relativas a la finalización de la terapia y a la prevención de las recaídas. Todos los capítulos precedentes sientan las bases para los capítulos 16 y 17, que se ocupan de los planes de tratamiento y de los problemas diagnósticos en la terapia. Finalmente, el capítulo 18 ofrece una guía para la formación del terapeuta cognitivo.

2

La conceptualización cognitiva

La conceptualización cognitiva provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente. Al iniciar el abordaje de un caso, el terapeuta se plantea las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?
- ¿Cuáles son sus problemas actuales, cómo se desarrollaron y cómo persisten en este momento?
- ¿Qué pensamientos y creencias disfuncionales se asocian con los problemas? ¿Qué reacciones (emocionales, fisiológicas y del comportamiento) se asocian con estos pensamientos?

El terapeuta establece, entonces, una hipótesis acerca del modo como el paciente llegó a desarrollar su trastorno psicológico particular:

- ¿Qué aprendizajes y experiencias tempranas (y quizá predisposiciones genéticas) contribuyen a sus problemas actuales?
- ¿Cuáles son sus creencias subyacentes (incluyendo actitudes, expectativas y reglas) y pensamientos?
- ¿Cómo ha sobrellevado sus creencias disfuncionales? ¿Qué mecanismos cognitivos, afectivos y conductuales ha puesto en práctica para afrontar sus creencias disfuncionales? ¿Cómo se veía (y se ve) a sí mismo y a los demás? ¿Cómo percibe (y percibió) su mundo personal y su futuro?
- ¿Qué factores de tensión contribuyeron a sus problemas psicológicos o interfirieron con su capacidad para resolverlos?

Desde el primer contacto, el terapeuta comienza a construir una conceptualización cognitiva del paciente y la sigue profundizando hasta la última sesión. Este marco, orgánico y siempre en evolución, lo ayuda a planificar una terapia eficaz y eficiente (Persons, 1989). En el presente capítulo se describe el modelo cognitivo, que es la base teórica de la terapia cognitiva. Más adelante abordamos la relación entre pensamientos y creencias y finalmente analizamos el caso de Sally, que se utiliza como ejemplo durante todo el libro.

El modelo cognitivo

La terapia cognitiva se basa en el *modelo cognitivo*, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas *interpretan* esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962). Imaginemos, por ejemplo, una situación en la cual varias personas están leyendo un texto básico sobre terapia cognitiva. Cada uno tendrá respuestas emocionales diferentes, según lo que pase por su mente mientras lee.

El lector A piensa: "Esto es realmente bueno. ¡Por fin encuentro un libro que me enseñará a ser un buen terapeuta!". El lector A se siente bastante entusiasmado.

El lector B, por el contrario, piensa: "Esto es demasiado simplista. No va a funcionar en absoluto". El lector B se siente decepcionado.

El lector C considera: "Este libro no es lo que yo esperaba. Ha sido un desperdicio de dinero". El lector C se siente disgustado.

El lector D piensa: "Verdaderamente sería necesario que yo aprendiese todas estas cosas, pero, ¿si no las alcanzo a comprender?, ¿si nunca llego a ser bueno?". El lector D se siente angustiado.

Al lector E se le ocurren otras ideas: "Esto es demasiado difícil. Yo soy demasiado tonto y nunca lo aprenderé. Nunca seré un buen terapeuta". El lector E se siente triste.

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. *No es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten.* La

respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación. El terapeuta cognitivo se interesa especialmente por el nivel de pensamiento que opera simultáneamente con el pensamiento superficial, que es el más evidente.

Por ejemplo, mientras usted lee este texto, puede identificar distintos niveles en sus propios pensamientos. Una parte de su mente se concentra en la información que aparece en el texto, está comprendiendo e integrando los datos fácticos que este provee. En otro nivel, es posible que usted esté desarrollando una actividad rápida de evaluación. Esta actividad corresponde a los llamados *pensamientos automáticos*, que no surgen de una deliberación o un razonamiento, sino que parecen brotar de manera automática y suelen ser veloces y breves. Es posible que usted no sea demasiado consciente de estos pensamientos y que sólo tome conciencia de la emoción que surge de ellos. Por esta razón, muchas veces los pensamientos automáticos son aceptados como ciertos, sin ser sometidos a ninguna clase de crítica. No obstante, es posible aprender a identificar los pensamientos automáticos por medio de la observación de los cambios afectivos. Cuando usted note que se siente disfórico, pregúntese: *¿Qué es lo que acaba de pasar por mi mente?*

Si usted identifica sus pensamientos automáticos, probablemente podrá evaluar, al menos hasta cierto punto, la validez de ellos. Si se da cuenta de que hizo una interpretación errónea y logra corregirla, seguramente descubrirá que su estado de ánimo mejora. En términos cognitivos, cuando los pensamientos disfuncionales son sometidos a la reflexión racional, las emociones suelen modificarse. El capítulo 8 ofrece una guía acerca de cómo evaluar los pensamientos automáticos.

Cabe preguntarse de dónde surgen los pensamientos automáticos. ¿Por qué razón distintas personas interpretan la misma situación de modos completamente diferentes? ¿Por qué una misma persona puede interpretar una situación de dos maneras distintas en dos momentos diferentes? La respuesta a estas preguntas se relaciona con un fenómeno cognitivo más perdurable: las creencias.

Las creencias

A partir de su infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las *creencias centrales* son ideas tan fundamentales y profundas

que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas “son”. Por ejemplo, el lector E, que pensaba que era demasiado tonto como para comprender el texto, posiblemente tenga una creencia central que le diga: “Soy incompetente”. Esta creencia puede activarse, o bien solamente cuando está deprimido, o bien la mayor parte del tiempo. Cuando se activa esta creencia central, el lector E interpreta las situaciones a través de la lente de esta creencia, aun cuando la interpretación pueda ser, a la luz de un análisis racional, completamente falsa. El lector E, además, tiende a centrarse selectivamente en aquella información que le confirma su creencia central, dejando de lado o despreciando la información que la contradice. De esta manera, él mantiene su creencia, a pesar de que sea equivocada y disfuncional.

Por ejemplo, el lector E no pensó que otras personas inteligentes y competentes pueden no comprender completamente el material en una primera lectura. Tampoco tuvo en cuenta la posibilidad de que la autora no hubiese presentado bien los contenidos. No consideró que su dificultad para comprender podía deberse a falta de concentración y no a falta de capacidad mental. Tampoco recordó que muchas veces había tenido dificultades en el primer momento, cuando debía incorporar un conjunto de información nueva, pero que luego había logrado dominar a la perfección esos contenidos. A partir de la activación de la creencia en su falta de capacidad, interpretó la situación de una manera negativa y altamente autocrítica.

Las *creencias centrales* constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los *pensamientos automáticos*, que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son, en cambio, específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición. El siguiente apartado describe las *creencias intermedias* que tienen lugar entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales.

Actitudes, reglas y presunciones

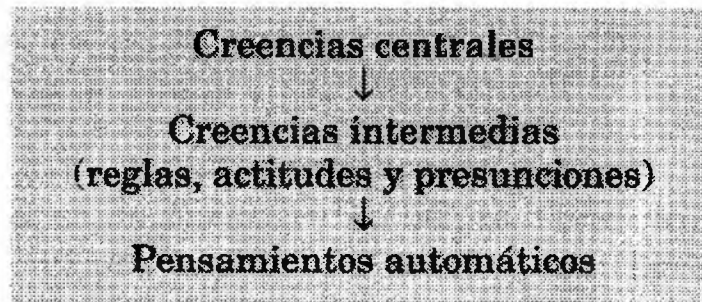
Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. El lector E, por ejemplo, tenía las siguientes creencias intermedias:

Actitud: “Ser incompetente es algo terrible”.

Reglas/expectativas: “Debo trabajar lo más duro que pueda todo el tiempo”.

Presunción: “Si trabajo muy duro, podré hacer algunas cosas que otras personas pueden hacer fácilmente”.

Estas creencias influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta. Se describe, a continuación, la relación entre las creencias intermedias, las creencias centrales y los pensamientos automáticos.



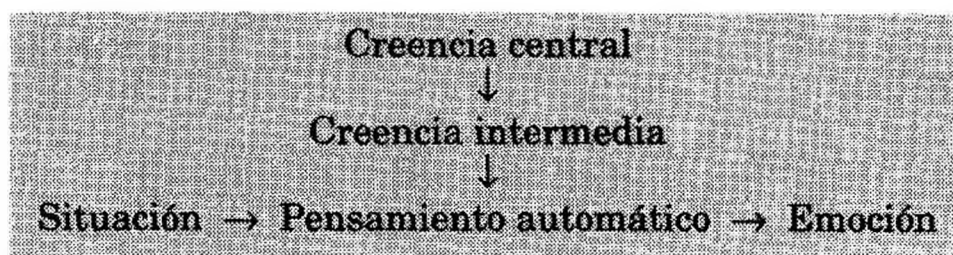
¿Cómo se originan las creencias centrales y las intermedias? Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan, además, organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan (Rosen, 1988). Sus interacciones con el mundo y con los demás las llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad. Las creencias disfuncionales pueden ser “desaprendidas” y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales. Esto es muy importante para los terapeutas cognitivos.

El curso habitual del tratamiento en la terapia cognitiva implica usualmente que en los inicios se ponga más énfasis en los pensamientos automáticos, que son conocimientos más cercanos a la conciencia. El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas. Luego, el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resultan relevantes son evaluadas de distintas maneras y, más tarde, son modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de sus percepciones de los hechos. Esta modificación más profunda de creencias fundamentales disminuye las posibi-

lidades de recaídas en el futuro (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis y Seligman, 1992).

Relación entre la conducta y los pensamientos automáticos

El modelo cognitivo, tal como fue explicado hasta el momento, se puede ilustrar de la siguiente manera:



En una situación específica, las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación. Estos pensamientos, a su vez, inciden sobre las emociones.

En un paso ulterior, los pensamientos automáticos también influyen sobre la conducta y a menudo llevan a respuestas fisiológicas, tal como se ilustra en la figura 2.1.

El lector que pensaba: “Es demasiado difícil. Nunca lo comprenderé”, se siente mal, experimenta una sensación de pesadez en el abdomen y cierra el libro. Por supuesto, si él hubiese tenido la posibilidad de *evaluar* sus pensamientos, entonces sus emociones, su fisiología y su comportamiento se habrían modificado en forma positiva. Por ejemplo, él hubiera podido responder a sus pensamientos, diciendo: “Aguarda un instante. Es posible que sea difícil, pero no necesariamente imposible. Ya otras veces he logrado comprender este tipo de libros. Si persevero, probablemente lo comprenderé mejor”. Si él hubiese respondido de esta manera, su tristeza habría disminuido y habría continuado con su lectura.

En resumen, el lector se sintió mal debido a los pensamientos que surgieron en una situación particular. ¿Por qué generó él estos pensamientos, mientras que otros lectores no lo hicieron? Fueron creencias centrales no expresadas, referidas a su incompetencia, las que influyeron en su percepción de la situación.

Como se explica al comienzo de este capítulo, para el terapeuta es sumamente importante conceptualizar en términos cognitivos las dificultades del paciente, con el objeto de determi-

nar los pasos por seguir en la terapia: cuándo trabajar sobre un objetivo específico, un pensamiento automático, una creencia o un comportamiento, qué técnicas seleccionar y cómo mejorar la relación terapéutica.

Las preguntas básicas que se plantea el terapeuta son: “¿Cómo llegó este paciente a esta situación? ¿Qué debilidades y acontecimientos de su vida (traumas, experiencias, interacciones) fueron significativos al respecto? ¿Cuáles son sus pensamientos automáticos y de qué creencias surgen?”.

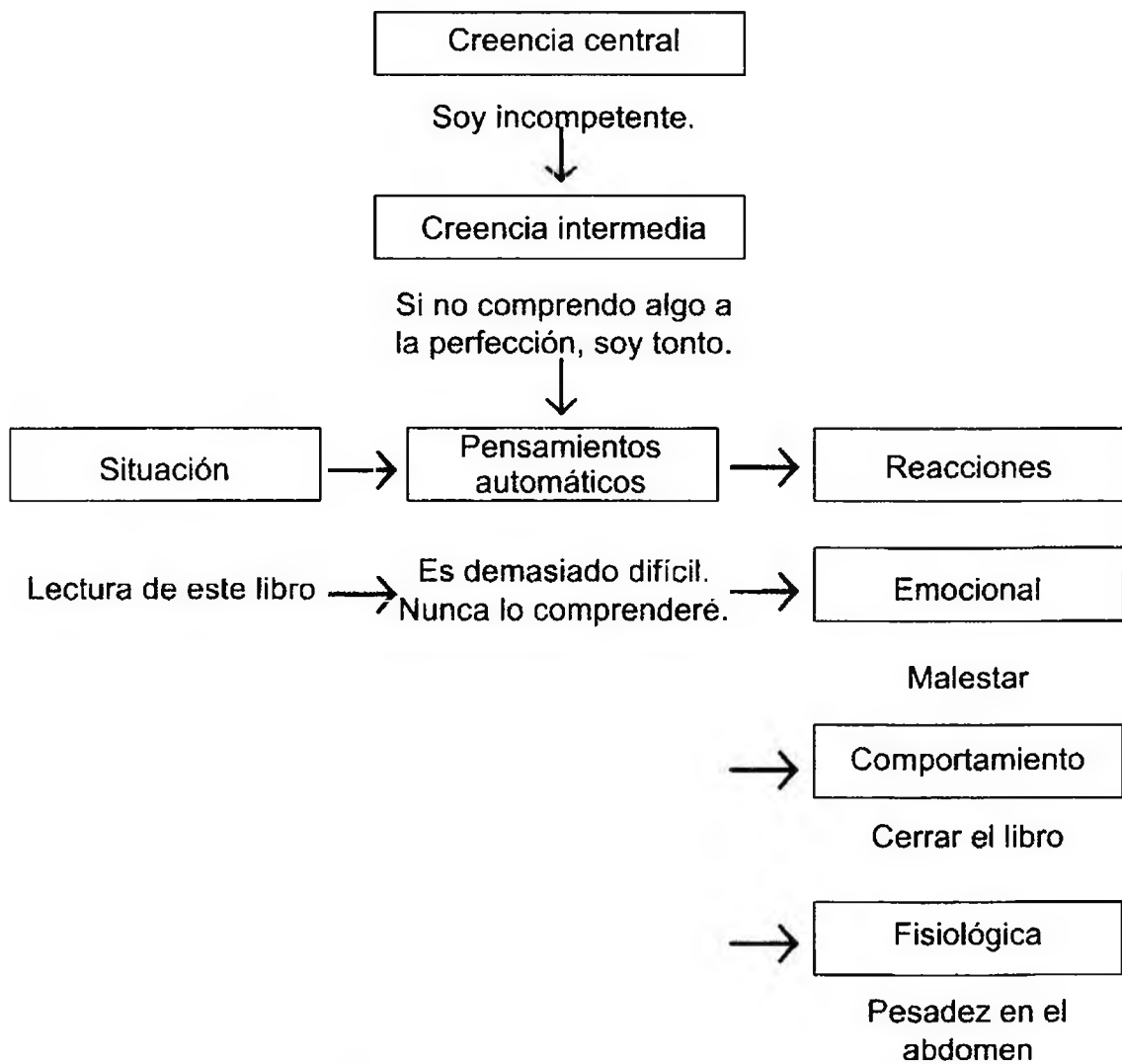


Figura 2.1. El modelo cognitivo.

Es importante que el terapeuta se ubique en el lugar del paciente para que pueda así desarrollar empatía respecto de la situación que está atravesando, comprender cómo se siente y percibir el mundo a través de sus ojos. Las conductas, las percep-

ciones, los pensamientos y emociones del paciente se harán comprensibles a partir de su historia y su conjunto de creencias.

Para el terapeuta puede resultar útil considerar a la terapia como un viaje y a la conceptualización como un mapa de ruta. El junto con su paciente examinan los objetivos de la terapia, el destino final. Hay varias maneras de llegar a ese destino: por ejemplo, se puede llegar por autopistas o por caminos colaterales. A veces los desvíos pueden provocar cambios en el plan original. A medida que el terapeuta adquiere experiencia y habilidad en la conceptualización, logra completar los detalles relevantes del mapa de ruta, y su eficiencia y efectividad se acrecientan. Es razonable pensar que al comienzo no logrará los mejores resultados de la terapia. Una correcta conceptualización cognitiva lo ayudará a determinar cuáles son las principales autopistas y cuál la mejor manera de viajar.

La conceptualización comienza durante el primer contacto con el paciente y se va profundizando en cada nuevo encuentro. El terapeuta se plantea hipótesis respecto del paciente, basándose en los datos que él le aporta. Estas hipótesis se confirman, se descartan o se modifican según esos nuevos datos. La conceptualización es fluida pero, en algunos momentos estratégicos, el terapeuta debe controlar con el paciente las hipótesis y su formulación. Generalmente, si la conceptualización es adecuada, el paciente confirma que le “suena correcto” y que el cuadro que el terapeuta le está presentando concuerda con su propia percepción.

Ejemplo de un caso

Sally es una estudiante universitaria de 18 años, que cursa su primer año de carrera. Recurrió a la terapia porque experimentaba en forma persistente sentimientos de tristeza, angustia y soledad. En la admisión se determinó que sufría un episodio de depresión mayor de moderada severidad, que había comenzado durante su primer mes de clases, cuatro meses antes de iniciar la terapia.

La mayor parte de las preguntas que se plantearon a Sally en la admisión fueron las habituales, pero se agregaron algunas otras, para que tanto el profesional que realizaba la admisión como el terapeuta pudiesen comenzar una conceptualización cognitiva. Por ejemplo, preguntaron a Sally cuándo se sentía peor (en qué momentos del día o en qué situaciones). Sally respondió que se sentía peor en las noches, cuando se acostaba y trataba de

dormir. Se le planteó entonces la pregunta clave: “¿Qué es lo que pasa por tu mente en esos momentos? ¿Qué imágenes y pensamientos específicos tienes?”.

De esta manera, se obtuvo desde el primer momento una muestra importante de pensamientos automáticos. Sally respondió que surgían ideas como la siguiente: “Nunca voy a terminar mi monografía de fin de curso”, “Probablemente tendré que abandonar los estudios”, “Nunca lograré nada”. Sally también relató una imagen que aparecía en su mente. Se veía a sí misma, con una maleta en la mano, vagando sin rumbo por la calle, humillada y desesperada. En el curso de las sesiones, el terapeuta fue armando su conceptualización y organizando sus pensamientos mediante el uso de un Formulario de Resumen de Caso (Apéndice A) y un Diagrama de Conceptualización de Caso (véase capítulo 10, figura 10.2).

Las creencias centrales de Sally

Durante su infancia, Sally intentaba comprenderse a sí misma, a los demás y al mundo. Aprendió mediante sus propias experiencias y de las interacciones con los demás, de la observación directa y los mensajes explícitos e implícitos que los otros le enviaban. Ella tenía un hermano mayor brillante y, desde pequeña, comenzó a pensar que no podría hacer nada tan bien como él lo hacía. Aunque nunca lo expresó, empezó a sentir que ella era incapaz e inferior. Siempre comparaba su desempeño con el de su hermano e, invariablemente, resultaba perdedora. Con frecuencia pensaba “No puedo dibujar tan bien como él”, “El anda en bicicleta mejor que yo” o “Nunca seré una buena lectora, como mi hermano”.

No todos los niños que tienen hermanos mayores desarrollan creencias disfuncionales de este tipo, pero las ideas de Sally eran reforzadas por su madre, que la criticaba con frecuencia. “Ordenaste muy mal tu cuarto, ¿es que no puedes hacer nada bien?”, “Tu hermano obtuvo buenas calificaciones, ¿y tú? Tú nunca llegas a nada.” Sally, como la mayor parte de los niños pequeños, depositaba mucha confianza en las palabras de su madre, y creía que todo lo que ella decía era verdad. Por eso, cuando su madre la criticaba y sugería que ella era incapaz, quedaba totalmente convencida de que era cierto.

En la escuela, Sally también se comparaba con sus pares. Aunque tenía un rendimiento superior al término medio, se

comparaba solamente con los mejores estudiantes, resultando nuevamente perdedora. Solía tener pensamientos tales como: “No soy tan buena como ellos”, “Nunca comprenderé esto de la misma manera que lo hacen ellos”. Por lo tanto, seguía reforzando la idea de que era incapaz e inferior. A menudo dejaba de lado o despreciaba las informaciones positivas que contradecían sus ideas. Cuando obtenía una buena calificación en un examen, se decía a sí misma: “El examen era fácil”. Cuando aprendía ballet, llegó a ser una de las mejores bailarinas de su grupo, pero pensaba: “Nunca seré tan buena como mi profesora”. Solía hacer interpretaciones negativas, que confirmaban sus creencias disfuncionales. Por ejemplo, cuando su madre la reprendía por llevar un boletín de calificaciones con notas término medio, pensaba: “Mamá tiene razón, soy estúpida”. Permanentemente interpretaba los hechos negativos como confirmaciones de sus defectos. Además, cuando ocurría algo positivo, como que le otorgaran un premio, lo menospreciaba diciéndose: “Fue tan sólo suerte, una casualidad”.

Este proceso llevó a Sally a consolidar una creencia central negativa acerca de sí misma. Sin embargo, las creencias negativas de Sally no eran sólidas como una roca. Su padre, aunque no pasaba tanto tiempo con ella, era mucho más optimista y comprensivo. Cuando le enseñaba a jugar béisbol, por ejemplo, la alentaba diciéndole: “Está bien... buen golpe... lo estás logrando... sigue así”. También algunos de sus maestros la elogiaban por su desempeño en la escuela y muchas veces tenía experiencias positivas con sus amigos. Se daba cuenta de que cuando se esforzaba, podía hacer algunas cosas mejor que sus amigos: por ejemplo, jugar al béisbol. De esta manera, Sally también desarrolló una creencia positiva que balanceaba otras de sus ideas: creía que era competente en algunos aspectos.

Las otras creencias centrales de Sally, en relación con la gente y el mundo eran, en su mayoría, positivas y funcionales. Creía que las personas eran, en general, amistosas, confiables y positivas y percibía el mundo como un lugar relativamente seguro, estable y predecible.

Antes de comenzar la terapia, Sally nunca había expresado las creencias centrales acerca de sí misma, los demás y el mundo. En la juventud, sus creencias centrales más positivas habían sido las dominantes hasta que se deprimió y sus creencias centrales negativas se activaron.

Actitudes, reglas y presunciones de Sally

Las creencias intermedias de Sally eran más fáciles de abordar y modificar. Al igual que las creencias centrales, sus actitudes, reglas y presunciones se habían desarrollado a medida que ella trataba de entender el mundo, a los demás y de comprenderse a sí misma. Al relacionarse con su familia y otros seres importantes en su vida, desarrolló las siguientes reglas y actitudes:

“Debo hacer muy bien todo lo que intente.”

“Siempre debo esforzarme al máximo.”

“Desperdiciar el potencial que uno posee es terrible.”

Tal como había ocurrido con sus creencias centrales, Sally nunca había llegado a expresar en forma completa estas creencias intermedias, pero sin embargo, ellas incidían en su pensamiento y guiaban su conducta. En la escuela secundaria, por ejemplo, ella no intentó participar en la redacción del periódico, aunque le interesaba, porque pensó que no escribía suficientemente bien. Antes de los exámenes siempre se sentía angustiada porque pensaba que no aprobaría, y culpable porque creía que debía haber estudiado más.

Cuando predominaban sus creencias centrales más positivas, en cambio, sus sentimientos eran más positivos, si bien nunca llegaba a considerarse por completo una persona competente. Así desarrolló la siguiente presunción: “Si trabajo mucho, podré superar mis deficiencias y rendir adecuadamente en mis estudios”. Cuando estaba deprimida, por el contrario, Sally no creía en esta presunción, sino que la sustituía por la creencia: “Debido a todos mis defectos, nunca lograré nada”.

Las estrategias de Sally

Como la idea de ser incapaz era muy dolorosa para Sally, desarrolló algunas estrategias de comportamiento para protegerse de ese sufrimiento. Tal como le indicaban sus creencias intermedias, se esforzó mucho en la escuela y en los deportes. Además, solía preparar en exceso cualquier trabajo y estudiaba mucho para los exámenes. Asimismo, controlaba la aparición de señales de incapacidad y redoblaba sus esfuerzos cada vez que no podía aprender algo. Pocas veces pedía ayuda a otras personas, ya que temía que se dieran cuenta de su falta de talento.

Los pensamientos automáticos de Sally

Si bien Sally, hasta el comienzo de su terapia no había expresado estas creencias centrales e intermedias, al menos tenía algún grado de conciencia de los pensamientos automáticos que surgían en situaciones específicas. En la escuela, por ejemplo, mientras no estuvo deprimida, intentó unirse a los equipos de softball y hockey femenino. Logró entrar en el de softball y pensó: “Es maravilloso. Practicaré bateo con mi papá”. Cuando no logró entrar en el equipo de softball, se sintió decepcionada pero no fue demasiado lejos con la autocrítica.

En la universidad, en cambio, Sally se deprimió en cuanto ingresó. Más tarde, cuando consideró la posibilidad de jugar con sus compañeras de dormitorio un partido informal de béisbol, su depresión la llevó a pensar: “No soy buena. Seguramente ni llegaré a golpear pelota”. De manera semejante, cuando obtuvo una baja calificación en el examen de literatura inglesa, pensó: “Soy tan estúpida que seguramente reprobaré el curso”.

Resumiendo, durante la escuela secundaria, cuando no estaba deprimida, las creencias centrales más positivas de Sally permanecían activas, y esto hacía que tuviese pensamientos positivos (y más realistas). Cuando ingresó en la universidad, en cambio, se deprimió y sus creencias negativas predominaron, llevándola a interpretar las situaciones de manera negativa y a tener pensamientos en su mayoría negativos (y faltos de realidad). Estos pensamientos distorsionados también la condujeron a *comportarse* de manera autodestructiva y así siguió alimentando su abatimiento.

Proceso que lleva a la depresión de Sally

¿Cómo llegó Sally a la depresión? Con seguridad, sus creencias negativas la predispusieron. Cuando llegó a la universidad, tuvo varias experiencias que interpretó de manera muy negativa. Una de ellas ocurrió durante la primera semana. Mantuvo una conversación con otros estudiantes de primer año, que le contaron que por su rendimiento en los exámenes y cursos de ingreso, habían logrado ser eximidos de algunos cursos básicos. Sally, que no había obtenido créditos que le permitieran esas excepciones, comenzó a pensar que esos estudiantes eran muy superiores a ella. En la clase de economía, cuando el profesor explicó cuáles eran los requisitos para aprobar ese curso, Sally pensó inmedia-

tamente: “No lograré redactar mi monografía”. Cuando experimentó algunas dificultades en la lectura del primer capítulo del libro de estadística, pensó: “Si no puedo comprender el capítulo 1, ¿cómo haré para aprobar el curso completo?”.

Sus creencias hacían que Sally tuviese una propensión a interpretar los hechos de un modo negativo. Ella no cuestionaba esos pensamientos, sino que los aceptaba sin crítica alguna. En realidad, no son los pensamientos y creencias los que provocan la depresión, pero una vez que esta se instala, las ideas negativas influyen fuertemente sobre el estado de ánimo. Su depresión, sin duda, fue *causada* por una variedad de factores biológicos y psicológicos.

Por ejemplo, a medida que pasaban las semanas, Sally experimentaba cada vez más pensamientos negativos y se sentía cada vez más desalentada y triste. Comenzó entonces a dedicar al estudio una cantidad enorme de tiempo y, sin embargo, no lograba demasiado porque su nivel de concentración era muy bajo. Continuaba siendo muy autocrítica y tenía hasta pensamientos negativos referidos a su depresión. Pensaba, por ejemplo: “¿Qué me sucede? ¿Por qué me siento tan desanimada? No tengo remedio”. Se fue aislando de sus nuevos conocidos y dejó de llamar a sus viejos amigos, de modo que perdió apoyo. Dejó de correr, nadar y realizar otras actividades que antes le habían dado un cierto sentimiento de plenitud. Fue así perdiendo estímulos positivos. En algún momento su apetito disminuyó, comenzó a experimentar perturbaciones en el sueño y a estar nerviosa y desatenta. Seguramente, Sally tenía una predisposición genética para la depresión, pero además, su percepción de las circunstancias y su comportamiento facilitaron la expresión de esa vulnerabilidad biológica y psicológica para la depresión.

Resumen

Es fundamental conceptualizar al paciente en términos cognitivos, para poder determinar el tratamiento más eficiente y efectivo. Asimismo, es importante desarrollar la empatía, un ingrediente crítico a fin de establecer una relación operativa con el paciente. En general, para conceptualizar a un paciente, se deben formular las siguientes preguntas:

- ¿Cómo llegó el paciente a desarrollar este trastorno?
- ¿Qué acontecimientos, experiencias e interacciones fueron significativos?

¿Cuáles son las creencias básicas acerca de sí mismo, su mundo y los demás?

¿Cuáles son sus presunciones, expectativas, reglas y actitudes (creencias intermedias)?

¿Qué estrategias ha utilizado el paciente durante su vida para superar esas creencias negativas?

¿Qué pensamientos automáticos, imágenes y comportamientos lo ayudaron a persistir en el trastorno?

¿Cómo interactúan las creencias y las situaciones de la vida?

¿De qué manera estas interacciones colaboran para hacer que el paciente sea vulnerable al trastorno?

¿Qué está sucediendo en la vida del paciente en este momento y cómo percibe esos acontecimientos?

Reiteramos que la conceptualización comienza durante el primer contacto con el paciente y que es un proceso permanente, siempre sujeto a modificaciones, en la medida que se presenten datos nuevos y que las hipótesis previas se confirmen o se rechacen. El terapeuta basa sus hipótesis en los datos que ha recabado, utilizando las explicaciones más plausibles y dejando de lado las interpretaciones e inferencias que no se basen claramente en datos reales. En momentos clave, el terapeuta controla con el paciente su conceptualización, para asegurarse de que sea correcta y para ayudarlo a comprenderse a sí mismo y a sus dificultades. Durante todo el libro aludiremos al proceso permanente de conceptualización. Los capítulos 10 y 11 ilustran con mayor detalle cómo los eventos históricos afectan la comprensión que el paciente tiene de sí mismo y del mundo.

3

La estructura de la primera sesión de terapia

Un objetivo importante para el terapeuta cognitivo es lograr que el proceso de la terapia sea comprensible tanto para él como para el paciente. El profesional busca además que la terapia sea lo más eficaz posible. El uso de un formato estándar (tanto como enseñar al paciente las herramientas que utiliza la terapia) facilita estos objetivos.

La mayor parte de los pacientes se sienten más cómodos cuando saben qué pueden esperar de la terapia y comprenden cuáles son sus responsabilidades y las del terapeuta. También es importante que tengan una expectativa clara respecto del curso de la terapia, en cada sesión y a lo largo del tratamiento. Cuando el terapeuta explica la estructura de las sesiones y luego respeta la modalidad explicada, acrecienta la comprensión del paciente.

Aquellos terapeutas experimentados que no están acostumbrados a planificar y a estructurar las sesiones como se explica en este capítulo, pueden sentirse incómodos con esta característica fundamental de la terapia cognitiva. Muchas veces, además, asocian esta incomodidad con predicciones negativas, suponiendo que al paciente no le agradará y que se sentirá controlado. También suelen pensar que, de esta manera, se pierde material importante y que se trata de un abordaje demasiado rígido. Proponemos a los terapeutas que comprueben la veracidad de estas ideas implementando la estructura tal como se especifica y tomando nota de los resultados. Muchos terapeutas, que al comienzo se sienten incómodos en una sesión estrictamente estructurada, más tarde advierten que ese proceso se convierte

gradualmente en una segunda naturaleza, en especial por los resultados que consiguen.

Los elementos básicos de una sesión de terapia cognitiva son una breve actualización (que incluye el control de los estados de ánimo y del cumplimiento de la toma de medicación, en caso necesario), una conexión con la sesión anterior, la formulación de un plan, la revisión de las tareas para el hogar, el abordaje de uno o varios problemas, una síntesis y retroalimentación por parte del paciente. Los terapeutas cognitivos experimentados en ocasiones pueden desviarse de esta estructura, pero es recomendable que los principiantes se ciñan a ella, ya que de esta manera suelen obtener una mayor eficacia.

Este capítulo explica e ilustra el formato de la sesión inicial, mientras que el próximo se ocupa de la estructura habitual de las sesiones siguientes. En el capítulo 5 se describen las dificultades para adaptarse a esta estructura.

Objetivos y estructura de la sesión inicial

Antes de la primera sesión, el terapeuta revisa los resultados de la evaluación que se hizo del paciente durante la admisión. Un diagnóstico detallado es de fundamental importancia, ya que el tipo de perturbaciones en el Eje I y el Eje II (según el DSM) determinan los ajustes necesarios que deben hacerse a la terapia cognitiva estándar para administrarla a ese paciente (véase capítulo 16). Los problemas planteados por el paciente, su funcionamiento actual, sus síntomas y su historia ayudan al terapeuta a realizar una conceptualización inicial y a establecer un plan general para la terapia. El terapeuta escribe en un formulario de notas (véase capítulo 4, figura 4.3) aquellos puntos que desea tratar durante la primera sesión.

A continuación se enumeran los objetivos del terapeuta en la sesión inicial:

- 1. Crear confianza y *rapport*.**
- 2. Iniciar al paciente en la terapia cognitiva.**
- 3. Instruir al paciente respecto de su trastorno, del modelo cognitivo y del proceso de la terapia.**
- 4. Normalizar las dificultades del paciente e inculcarle esperanza.**

- 5. Averiguar (y, en caso necesario, corregir) las expectativas del paciente respecto de la terapia.**
- 6. Recabar información adicional acerca de las dificultades del paciente.**
- 7. Utilizar esta información para desarrollar una lista de objetivos.**

La siguiente es una estructura recomendable para la primera sesión:

- 1. Establecer un plan (y explicitar las razones para hacerlo).**
- 2. Controlar el estado de ánimo, utilizando puntajes objetivos.**
- 3. Revisar el problema que se presenta y efectuar una actualización del estado en que se encuentra (desde la evaluación).**
- 4. Identificar problemas y establecer objetivos.**
- 5. Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo.**
- 6. Averiguar las expectativas del paciente respecto de la terapia.**
- 7. Instruir al paciente respecto de su trastorno.**
- 8. Fijar tareas para el hogar.**
- 9. Hacer una síntesis.**
- 10. Lograr retroalimentación por parte del paciente.**

El terapeuta debe añadir a sus notas otros datos relevantes, tales como si el paciente está bajo medicación por sus problemas psicológicos, si esa medicación ha sido prescrita y si tiene una adicción al alcohol o las drogas.

Antes de describir cada elemento de la sesión, se hace necesaria una advertencia. Si el paciente está desesperado o tiene actitudes suicidas, será necesario modificar el formato de la primera sesión o de cualquier otra. Es fundamental determinar el grado de tendencia al suicidio, para descubrir cuál es la razón de la falta de esperanza del paciente e inculcarle esperanza (Beck et al., 1979; Fremouw, dePerzel y Ellis, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990). La intervención en la crisis se antepone a cualquier otra, cuando el paciente está expuesto a riesgos por la acción de otras personas o cuando representa un riesgo potencial para los demás.

Es muy importante comenzar a establecer la confianza y el *rapport* con los pacientes desde la primera sesión. Este proceso permanente suele llevarse adelante sin dificultades, con la mayor parte de aquellos que no padecen de un trastorno de la personalidad. Si el paciente sufre solamente un problema del Eje I, en general, el terapeuta no necesita expresar su empatía mediante un gran número de afirmaciones directas. Habitualmente, demuestra su compromiso con el paciente por medio de sus palabras, el tono de su voz, sus expresiones faciales y su lenguaje corporal. Las preguntas y afirmaciones del terapeuta bastan para que los pacientes se sientan valorados y comprendidos por él al demostrarles empatía y una adecuada comprensión de sus problemas e ideas.

El terapeuta transmite en forma implícita y, a veces, en forma explícita los siguientes mensajes: que se preocupa por el paciente y que confía en que podrán trabajar juntos; que cree poder ayudarlo y enseñarle a ayudarse a sí mismo; que desea comprender verdaderamente lo que está experimentando y ponerse en su lugar; que, aunque *el paciente* pueda estarlo, él no está abrumado por los problemas que se plantean; que ha atendido y ayudado a otros pacientes como él; que considera que la terapia cognitiva es el tratamiento adecuado en su caso y que va a mejorar.

Para demostrar respeto y colaboración, al final de cada sesión, el terapeuta también se ocupa de averiguar cuál es la percepción que el paciente tiene del proceso terapéutico y de él como terapeuta. Este pedido de retroalimentación explícita fortalece la alianza terapéutica. La retroalimentación por parte del paciente permite al terapeuta saber si está resultando empático, competente y comprensivo y también lo habilita para realizar, *en esta etapa temprana*, correcciones de cualquier percepción errónea. Los pacientes suelen apreciar esta invitación poco frecuente a dar una retroalimentación al profesional. Con ese pedido, están recibiendo un mensaje positivo del rol que desempeñan en la terapia y de la capacidad que tienen para influir en el proceso terapéutico. En ocasiones, el terapeuta y el paciente muestran perspectivas diferentes respecto de lo que ha ocurrido en una sesión. Si el terapeuta requiere la retroalimentación del paciente de una manera no defensiva y exhaustiva, tendrá mayores posibilidades de investigar estas importantes situaciones.

Establecer el plan

En la primera sesión, como ya dijimos, es muy importante introducir al paciente en la terapia cognitiva. Al igual que ocurre con otras técnicas, suele ser útil dar al paciente una breve explicación.

TERAPEUTA: Me gustaría comenzar nuestra sesión estableciendo el plan, es decir, decidiendo sobre qué hablaremos el día de hoy. Lo haremos al comienzo de cada sesión, para asegurarnos de tener tiempo suficiente para ocuparnos de las cosas más importantes. Me gustaría sugerir algunos puntos y luego preguntaré qué cosas te gustaría añadir. ¿Estás de acuerdo?

PACIENTE: Sí.

T: Nuestra primera sesión será un poco diferente de las sesiones futuras, porque tenemos muchas cosas de que ocuparnos y además tenemos que conocernos mejor el uno al otro. En primer lugar, quisiera saber cómo te has sentido últimamente. Luego, me gustaría que me contaras un poco más acerca de las razones que te llevaron a comenzar una terapia, de los objetivos que te gustaría alcanzar. Quisiera también enterarme de algunos de tus problemas y saber qué esperas de la terapia. ¿Vamos bien hasta aquí?

P: Ajá.

T: También me gustaría que me contaras lo que sabes acerca de la terapia cognitiva. Yo te explicaré cómo será nuestra terapia y hablaremos acerca de las tareas para el hogar. Hacia el final, resumiré lo que hemos hablado y te pediré retroalimentación, es decir, que me cuentes cómo piensas que ha sido la sesión. ¿Hay algo que quieras agregar al plan de hoy?

P: Sí. Me gustaría hacer algunas preguntas acerca de mi diagnóstico y sobre cuánto tiempo piensa usted que necesitaré la terapia.

T: Bien. Permíteme anotar tus preguntas y nos aseguraremos de responderlas hoy. *(Toma nota de las preguntas del paciente)* Verás que yo escribo muchas cosas durante la sesión. Quiero asegurarme de recordar lo importante... Está bien. ¿Alguna otra cosa para el plan de hoy?

P: No. Eso es todo.

T: Si a medida que avanzamos se te ocurren otras cosas, dímelo.

Lo ideal es que el plan se establezca en forma rápida y precisa. La explicación del funcionamiento hace más comprensible

ble el proceso de la terapia para el paciente y lo insta a tener una participación activa de una manera estructurada y productiva. Cuando no se logra establecer bien los planes, suelen producirse algunos diálogos improductivos, ya que el terapeuta y el paciente pueden no centrarse en las cuestiones más importantes para este. Hacia el final de la sesión, cuando controla el trabajo para el hogar, el terapeuta vuelve a referirse al plan. Las tareas que se le asignan servirán al paciente para pensar (y quizás anotar) el nombre del tema (eso es mejor que una descripción extensa) de una situación o problema que quiera incluir en la sesión siguiente. La mayor parte de los pacientes aprenden con facilidad a colaborar con el plan. El capítulo 5 describe estrategias que se pueden utilizar cuando aparecen dificultades para establecer un plan.

Control del estado de ánimo

Una vez establecido el plan para la primera sesión, el terapeuta realiza un breve control del estado de ánimo. Además del informe subjetivo de la semana, se pueden utilizar algunos cuestionarios objetivos, tales como el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Desesperanza de Beck (véase Apéndice D). Estos cuestionarios ayudan al paciente y al terapeuta a controlar con objetividad el estado anímico del paciente. Un cuidadoso análisis de estas pruebas puede ayudar al terapeuta a captar problemas que el paciente no ha explicitado verbalmente, por ejemplo dificultades para dormir, disminución del deseo sexual, sentimientos de fracaso o aumento de la irritabilidad.

Si no dispone de pruebas objetivas, el terapeuta puede dedicar algún tiempo de la primera sesión a enseñar al paciente a proporcionar un puntaje de su estado de ánimo en una escala del 0 al 100. (“Piensa en la última semana en promedio, ¿cómo ha estado tu depresión [o tu ansiedad o tu ira, si estos son los problemas en cuestión] tomando como base una escala del 0 al 100, en la cual el 0 significaría una ausencia total de depresión y el 100 lo más deprimida que jamás te hayas sentido?”) En la transcripción que sigue, el terapeuta ha terminado de armar el plan y se dedica a evaluar el estado de ánimo de la paciente:

T: Bien, continuemos. ¿Qué te parece si comenzamos a ver lo que sucedió esta semana? ¿Puedo ver las fichas que has completado? (*Las mira*) Al parecer, has estado bastante deprimida y angustiada. Estos puntajes no han cambiado mucho desde la evaluación. ¿Es así?

P: Sí, creo que me siento más o menos igual.

T: (*Brinda explicaciones*) Si te parece bien, me gustaría que llegaras unos minutos antes de cada sesión, para poder llenar estos tres formularios, que me ayudarán a darme una idea de cómo te has sentido durante la semana. De todas maneras, también voy a pedirte que lo describas con tus propias palabras. ¿Te parece bien?

P: Claro.

El terapeuta toma nota del puntaje de las pruebas objetivas y rápidamente revisa algunos puntos particulares para determinar si las pruebas determinan algo importante para el plan. Presta atención especial a los puntos relacionados con la falta de esperanzas y la tendencia al suicidio. También puede confeccionar un gráfico con los puntajes del paciente, a fin de que sus progresos resulten más evidentes para ambos (véase figura 3.1).

Si el paciente se resiste a completar formularios, el terapeuta

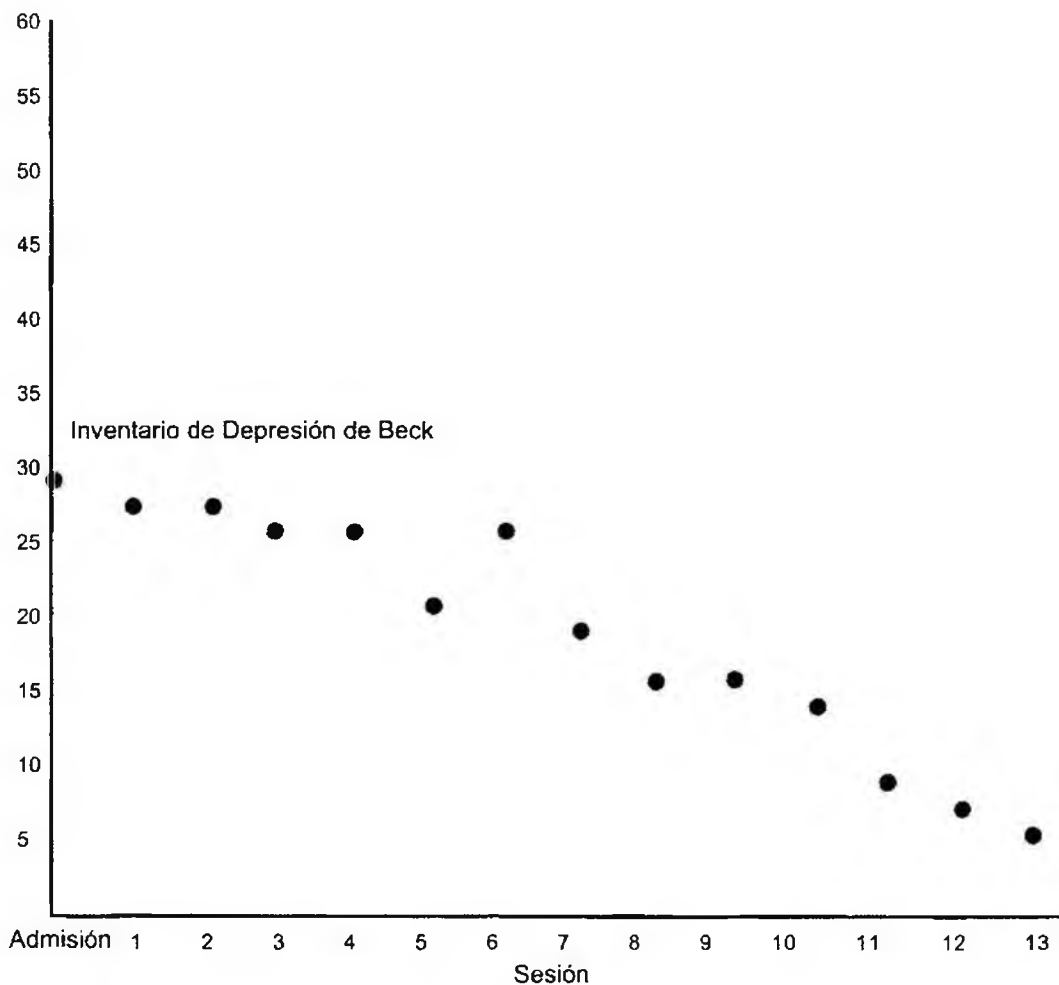


Figura 3.1. Gráfico de los puntajes de Sally en las pruebas objetivas.

agrega este problema a su plan, para poder identificar y evaluar los pensamientos automáticos acerca de llenar formularios. En caso necesario, puede, de común acuerdo con el paciente, establecer puntajes del 0 al 100 o de baja/media/alta severidad, para mantener de este modo la colaboración (véase capítulo 5).

Revisión de la presentación, identificación de problemas y establecimiento de objetivos

En el siguiente apartado el terapeuta revisa brevemente el problema de la paciente. Le solicita que lo ponga al día y luego, centra su atención en los problemas específicos que la aquejan. Como consecuencia lógica, la ayuda a convertir estos problemas en objetivos de trabajo de la terapia.

T: (*Resume*) Bien, hemos establecido el plan y controlado tu estado de ánimo. Ahora, si te parece bien, me gustaría asegurarme de los motivos que te trajeron a la terapia. He leído la síntesis de la admisión y parece que has estado deprimida desde hace cuatro meses, es decir poco tiempo después de haber ingresado en la universidad. También has estado ansiosa, pero eso no es tan malo como la depresión, ¿verdad?

P: Sí... me he sentido bastante mal.

T: ¿Ocurrió algo importante que yo debería saber, desde el momento de tu evaluación?

P: No, en realidad, no. Las cosas siguen más o menos igual.

T: ¿Puedes decirme específicamente cuáles son los problemas que has tenido últimamente? Me ayudaría que me los contaras con tus propias palabras.

P: No lo sé. Todo es muy confuso. Me va muy mal en la universidad. Estoy muy atrasada. Me siento cansada y abatida todo el tiempo. A veces me parece que debería abandonar.

T: ¿Has tenido alguna idea de dañarte a ti misma?

[El terapeuta busca delicadamente saber si existe una tendencia al suicidio. De ser así, se centrará en la falta de esperanza.]

P: No, en realidad, no. Sólo desearía que mis problemas desaparecieran de algún modo.

T: Parece que te sientes abrumada, ¿verdad?

P: Sí, no sé qué hacer.

T: (*Ayuda a la paciente a concretar los problemas y a desglosarlos en elementos más manejables*) Parecería que en este momento tienes dos problemas principales. Uno es que no te va bien en

la universidad. El otro es que te sientes cansada y deprimida.
¿Hay algunos otros?

P: *(Encoge los hombros)*

T: Bien. ¿Qué te gustaría conseguir con esta terapia? ¿Qué cosas querrías cambiar en tu vida?

P: Me gustaría ser más feliz, sentirme mejor.

T: *(Para que la paciente especifique en términos conductuales qué significa “más feliz” y “sentirse mejor” para ella)* Si fueras más feliz y te sintieras mejor, ¿qué estarías haciendo ahora?

P: Me gustaría estar obteniendo mejores resultados en mis cursos y no atrasarme con los trabajos... Probablemente también conocería más gente y realizaría otras actividades, como me sucedía cuando estaba en la escuela secundaria... Creo que no estaría afligida todo el tiempo y que me divertiría... No me sentiría tan sola.

T: *(Lleva a la paciente a participar más activamente en la confección del plan)* Bien, todos estos son buenos objetivos. ¿Qué te parece si los escribimos aquí, con un duplicado, para que cada uno tenga una copia?

P: Está bien, ¿qué debo escribir?

T: Pon la fecha en la parte superior y luego escribe: “Lista de objetivos”. ¿Cuál era uno de tus objetivos? *(Orienta a la paciente para que escriba la siguiente lista, expresando los ítems en términos de comportamientos)*

Lista de objetivos – 1 de febrero

1. Mejorar el trabajo en la universidad.
2. No afligirme tanto por los exámenes.
3. Conocer más personas.
4. Sumarme a las actividades de la universidad.

T: Está muy bien. Ahora, como tarea para el hogar, lee la lista y piensa si tienes otros objetivos para agregar. ¿Está bien?

P: De acuerdo.

T: Antes de continuar, déjame resumir lo que hemos hecho hasta ahora. Hemos establecido un plan, hemos controlado los formularios, hablamos acerca de los motivos que te trajeron a la terapia y comenzamos la confección de una lista de objetivos.

El terapeuta revisa los problemas de la paciente, determina que ella no se encuentra en una situación de riesgo de suicidio y observa que no ha habido cambios significativos desde la evalua-

ción inicial. La ayuda, entonces, a establecer objetivos para la terapia. Si la paciente hubiese estado en una situación de riesgo de suicidio o hubiese tenido información nueva importante, habrían dedicado más tiempo a esta fase inicial de la sesión (por supuesto, habrían tenido entonces menos tiempo para otros puntos).

Al comienzo de la sesión, el terapeuta hace que la paciente adopte un papel más activo, pidiéndole que escriba. Le sugiere lo que debe escribir, ya que para ella no es evidente. (En cada sesión, le pedirá que tome nota por duplicado, de modo que ambos puedan guardar una copia). El terapeuta asume la tarea de escribir cuando se trata de pacientes que no pueden hacerlo o que tienen fuertes objeciones al respecto. Los pacientes que no saben escribir, entre ellos los niños, pueden dibujar o escuchar una grabación de la sesión, para reforzar las ideas más importantes.

El terapeuta también guía a la paciente para que especifique un objetivo global (“Me gustaría ser más feliz, sentirme mejor”) en términos de comportamiento. En lugar de permitir que la conversación acerca de los objetivos domine la sesión, le sugiere que profundice la lista en su casa. Finalmente, antes de seguir adelante, resume lo que han conversado hasta ese momento.

Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo

Uno de los principales objetivos de la terapia cognitiva es enseñar al paciente a convertirse en su propio terapeuta cognitivo. Desde el comienzo, el terapeuta averigua (y corrige en caso necesario) lo que el paciente ya sabe acerca de este tipo de terapia. Le da explicaciones acerca del modelo cognitivo, valiéndose de los ejemplos que surgen en las sesiones, y le da una perspectiva de la terapia que va a encarar.

T: ¿Qué te parece si averiguamos qué sabes acerca de la terapia cognitiva y cómo esperas que continúe?

P: Bueno, en realidad no sé demasiado. Sólo lo que me dijo el consejero.

T: ¿Qué te dijo?

P: Para ser sincera, no lo recuerdo bien.

T: Está bien, veremos ahora algunos de los conceptos. En primer lugar me gustaría saber de qué manera tus pensamientos inciden sobre tus sentimientos. ¿Recuerdas algún momento de los últimos días en que hayas notado un cambio en tu estado de

- ánimo? ¿Hubo alguna ocasión en la que te sintieras particularmente molesta o perturbada?
- P: Creo que sí.
- T: ¿Puedes contarme algo acerca de eso?
- P: Yo estaba almorzando con un par de personas que conozco y comencé a sentirme un poco nerviosa. Ellos hablaban de algo que el profesor había dicho en una clase y que yo no comprendía.
- T: ¿Recuerdas qué estabas pensando antes de ponerte nerviosa, mientras ellos hablaban acerca de lo que el profesor había dicho?
- P: Pensaba que yo no entendía, pero no quería que ellos se dieran cuenta.
- T: (*Usando las palabras de la paciente*) Entonces, pensabas: “No entiendo”, “No quiero que se den cuenta”.
- P: Sí.
- T: ¿Y eso te hacía sentir nerviosa?
- P: Sí.
- T: Está bien. ¿Qué te parece si hacemos un diagrama? Acabas de dar un buen ejemplo acerca de la influencia de tus pensamientos sobre tus emociones. (*Guía a la paciente para que escriba el diagrama que aparece en la figura 3.2 y lo revisa con ella*) ¿Te resulta claro? La forma en que veías la situación te llevó a pensamientos que influyeron sobre tus sentimientos.
- P: Creo que sí.
- T: Veamos si encontramos en estos últimos días un par de ejemplos más. Por ejemplo, ¿cómo te sentías hoy mientras aguardabas en la sala de espera, antes de nuestra entrevista?
- P: Me sentía un poco triste.
- T: ¿Y qué pensabas en esos momentos?

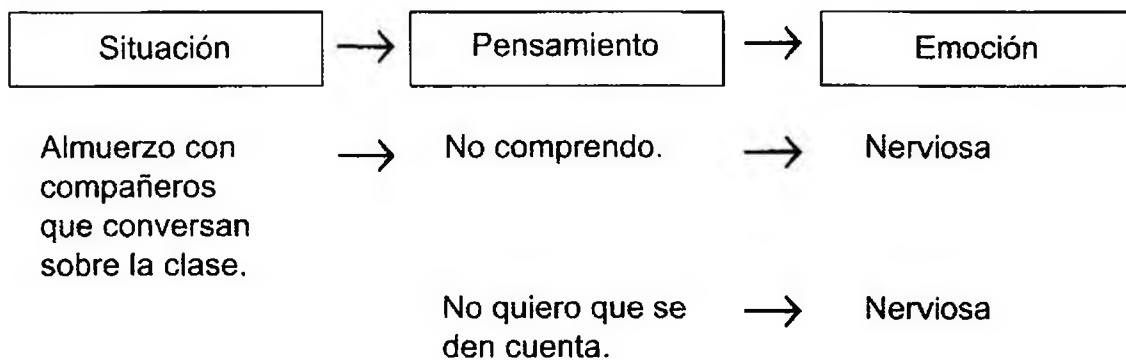


Figura 3.2. Notas de la sesión 1 de Sally: El modelo cognitivo.

- P: No lo recuerdo con exactitud.
- T: (*Trata de hacer la experiencia más vívida para la paciente*)
¿Puedes imaginarte ahora sentada en la sala de espera? ¿Te imaginas sentada allí? Describe la escena, como si estuviese ocurriendo ahora.
- P: Bien, estoy sentada en la silla, cerca de la puerta. Me ubiqué lejos de la recepcionista. Entra una mujer sonriente y conversa con la recepcionista. Está bromeando. Se la ve feliz... y normal.
- T: ¿Cómo te sientes ahora?
- P: Triste.
- T: ¿Qué está pasando por tu mente?
- P: Ella está contenta. No está deprimida. Yo nunca volveré a sentirme así.
- T: (*Reforzando el modelo cognitivo*) Está bien. Otra vez tenemos un ejemplo de cómo tus pensamientos —“Nunca volveré a sentirme así”— influyeron sobre tus sentimientos. Te entristecieron. ¿Está claro?
- P: Sí, creo que sí.
- T: ¿Puedes decirme, con tus propias palabras, algo acerca de la relación entre tus pensamientos y tus sentimientos? (*Asegurándose de que la paciente pueda expresar verbalmente la comprensión del modelo cognitivo*)
- P: Bueno, parece que mis pensamientos afectan mis sentimientos.
- T: Correcto. Si estás de acuerdo, me gustaría que durante la próxima semana controlaras qué es lo que estás pensando cuando cambias de estado de ánimo o te sientes peor. ¿Está bien? (*Facilita a la paciente el cumplimiento del trabajo para la terapia durante la semana*)
- P: Ajá.
- T: En realidad, sería mejor que tomaras nota de la tarea, con una copia para mí. Cuando notes que tu estado de ánimo cambia o que te sientes peor, debes preguntarte: “¿Qué cosas están pasando por mi mente?” y anotar tus pensamientos. ¿Sabes por qué quiero que los anotes?
- P: Supongo que es porque usted sostiene que mis pensamientos hacen que me sienta mal.
- T: Sí, o que al menos *contribuyen* a tu malestar. Para que tengas una idea de lo que es la terapia cognitiva, te diré que una de las cosas que haremos juntos es identificar esos pensamientos que te están perturbando. Luego los examinaremos, para ver si son *verdaderos*. Creo que muchas veces nos daremos cuenta de que

no son del todo verdaderos y también tendremos que escribir algo sobre eso.

P: (*Lo hace*)

T: Evaluaremos tus pensamientos y aprenderás a cambiar tu manera de pensar.

P: Eso parece difícil.

T: Muchas personas creen eso al comienzo, pero pronto se dan cuenta de que rápidamente aprenden a hacerlo bien. Iremos paso a paso. Es bueno que hayas logrado identificar lo que pensabas. Fíjate si tienes otros pensamientos parecidos a “Eso parece difícil”. Los anotas y los trabajaremos en la próxima sesión. ¿Te parece bien?

P: De acuerdo.

T: ¿Crees que tendrás dificultades para tomar nota de algunos pensamientos? (*Controla si la paciente anticipa problemas que podría solucionar*)

P: No. Creo que podré hacerlo.

T: Está bien, pero si no puedes, no hay problema. Volverás la próxima semana y trabajaremos juntos sobre eso. ¿Está bien?

P: Claro.

En este apartado, el terapeuta explica, ilustra y registra el modelo cognitivo empleando *ejemplos de la propia paciente*. Trata de limitar sus explicaciones a un par de oraciones por vez y le pide a la paciente que exponga con sus propias palabras lo que él ha dicho, para controlar su comprensión. (Si la paciente hubiese tenido dificultades o limitaciones en sus capacidades cognitivas, el terapeuta habría utilizado más apoyos concretos para el aprendizaje, como por ejemplo, rostros con distintas expresiones para ilustrar emociones). También se ocupa de que la paciente anote los puntos más importantes.

Esta paciente en particular capta con facilidad el modelo cognitivo. Si ella hubiese tenido dificultades para identificar sus pensamientos o sus emociones, el terapeuta habría podido sopesar la posibilidad de aplicar otras técnicas (véase capítulo 6), aun corriendo el riesgo de aumentar su malestar o de interferir con el *rapport*. Si, en cambio, hubiese decidido dar mayores explicaciones acerca del modelo cognitivo, debería haber procedido con precaución, para que ella no se sintiese mal por no haberlo captado rápidamente. (“A veces es difícil captar algunos pensamientos, porque circulan muy rápido. Eso no es un problema importante. Volveremos a este punto en otro momento.”)

En el siguiente apartado, el terapeuta indaga acerca de los pensamientos automáticos que se producen en forma de imágenes visuales. Los pacientes suelen tener más dificultades para identificar esta clase de pensamientos visuales y muchas veces no son capaces de dar ejemplos. Sin embargo, cuando desde el comienzo de la terapia se les advierte acerca de la existencia de este tipo de imágenes, la tarea se facilita.

T: Permíteme agregar una cosa más. ¿Observaste que yo dije que debes preguntarte qué pasa por tu mente cuando cambia tu estado de ánimo? Yo no dije observa “lo que estás pensando”. Lo expresé de esta manera porque muchas veces pensamos en forma de *imágenes*, como si se tratase de una fotografía. Por ejemplo, antes de venir aquí, ¿imaginabas cómo era yo?

P: Creo que tenía una vaga imagen de alguien más viejo y tal vez más antipático o más serio.

T: Está bien. Esa figura es lo que llamamos *imagen*. Cuando te preguntes qué es lo que pasa por tu mente, fíjate tanto en las palabras como en las imágenes. ¿Quieres anotar esto también?

De esta manera, el terapeuta instruye a la paciente para que advierta que los pensamientos automáticos pueden aparecer en diferentes formas y hasta en diferentes modalidades, aumentando la probabilidad de que tome conciencia más rápidamente de sus pensamientos automáticos, en *cualquier* forma que aparezcan.

Las expectativas acerca de la terapia

Los pacientes suelen comenzar la terapia pensando que se trata de algo místico o insondable y que no serán capaces de comprender cómo es el proceso mediante el cual mejoran. El terapeuta cognitivo, por el contrario, pone énfasis en explicar que este tipo de terapia es ordenada y racional y que los pacientes mejoran porque se comprenden mejor a sí mismos, resuelven problemas y adquieren herramientas que pueden aplicar por su cuenta. El terapeuta sigue instruyendo al paciente en la terapia, impartiendo el mensaje de que los pacientes deben compartir responsabilidades para hacer progresos en la terapia. En la mayor parte de los casos, basta con una breve explicación, como la siguiente:

T: Averiguaremos ahora cómo es que piensas mejorar.

P: No me resulta claro a qué se refiere.

T: Bueno, algunos pacientes piensan que el terapeuta va a curarlos. Otros creen que ellos van a mejorar con la ayuda del terapeuta, pero saben que son ellos quienes realmente deben hacer el trabajo.

P: Creo que antes de venir yo pensaba que usted me curaría, pero por lo que vimos hoy, me he dado cuenta de que va a enseñarme cómo hacerlo.

T: Así es. Te ayudaré a adquirir las herramientas para superar la depresión y podrás usarlas durante toda tu vida para enfrentar otros problemas.

Es bueno que en la primera sesión el terapeuta brinde al paciente una idea general acerca del tiempo que deberán estar en terapia. A muchos pacientes les sugiero un período que va de un mes y medio a cuatro meses, aunque hay algunos que pueden requerir un tiempo más breve (o deben limitar el tiempo debido a cuestiones financieras o condiciones de sus seguros). Otros pacientes, en especial aquellos que deben trabajar sobre dificultades psicológicas crónicas o que desean trabajar problemas ligados a un trastorno de personalidad, pueden necesitar un año o más de terapia. La mayoría de los pacientes progresa satisfactoriamente con una sesión semanal, excepto los que están muy deprimidos o angustiados, los que presentan conductas suicidas o evidencian claramente que necesitan más contención. Hacia el final de la terapia, las sesiones se pueden espaciar gradualmente, para dar a los pacientes más oportunidades de resolver problemas, tomar decisiones y utilizar en forma independiente las herramientas que han adquirido en la terapia.

A continuación veremos un ejemplo de una manera de planear a un paciente el curso que tendrá su terapia:

T: Si te parece bien, planearemos encontrarnos una vez por semana hasta que te sientas mejor, luego nos veremos una vez cada dos semanas y después, tal vez, cada tres o cuatro. Tomaremos juntos las decisiones de disminuir la frecuencia de sesiones. Aun después de terminar, seguramente recomendaré que vengas cada tantos meses para un “refuerzo”.
¿Qué te parece?

P: Bien.

T: Es difícil predecir cuánto tiempo estarás en terapia. Creo que

posiblemente será entre ocho y catorce sesiones. Si nos damos cuenta de que tienes algunos problemas persistentes sobre los que deseas trabajar, es posible que necesitemos más tiempo. De todos modos, decidiremos *juntos* qué es lo mejor. ¿Está bien?

Instruir al paciente acerca de su trastorno

La mayoría de los pacientes quieren conocer su diagnóstico general, asegurarse de que no están locos, saber que su terapeuta ha ayudado antes a otros pacientes semejantes a ellos y que no los considera extraños. Generalmente, es preferible evitar catalogar a un paciente con un diagnóstico de trastorno de personalidad. Es preferible decir algo más general y sin muchos términos técnicos, como, por ejemplo: “Parecería que has estado deprimida durante el último año y que has tenido algunos problemas de larga data con las relaciones”. Asimismo, es bueno darle al paciente alguna información inicial acerca de su trastorno, para que pueda comenzar a atribuir algunos problemas a su patología y disminuya su autocrítica.

La siguiente transcripción ilustra cómo instruir a los pacientes que están deprimidos. (Requiere modificaciones para pacientes con otros desórdenes.)

T: El último tema de nuestro plan era tu diagnóstico. La evaluación muestra que estás significativamente deprimida y ansiosa. Eso les ocurre a muchos pacientes que vemos aquí. Tengo confianza en que vamos a poder ayudarte. ¿Qué crees tú?

P: Temía que usted pensara que estaba loca.

T: En absoluto. Tienes una enfermedad o problema muy común, que se llama depresión y parece, además, que te ocurren cosas semejantes a las que les suceden a muchos de nuestros pacientes. Nuevamente has dado un buen ejemplo de pensamiento automático: “Usted pensará que estoy loca”. ¿Cómo te sientes ahora que sabes que eso no es cierto?

P: Aliviada.

T: Quiere decir que corregir tu pensamiento *te* ha ayudado. Si tienes más pensamientos como ese, ¿los escribirías como tarea para el hogar, para que podamos evaluarlos en la próxima sesión?

P: Seguro.

T: Esta clase de pensamiento, tan negativo, es un síntoma de tu depresión. La depresión afecta el modo como te ves y también

como ves al mundo y al futuro. La mayor parte de las personas deprimidas ven al mundo y a sí mismas como a través de un vidrio pintado de negro. Todo les parece oscuro y sin esperanzas. Una de las cosas que haremos en la terapia será quitar la pintura negra y ayudarte a ver las cosas de una manera más realista...¿Te dice algo esa analogía?

[El uso de una analogía a menudo ayuda al paciente a ver su situación de otra manera.]

P: Sí, comprendo.

T: Está bien. Vamos a ver algunos otros síntomas de depresión que presentas. La depresión interfiere con el apetito, el sueño, el deseo sexual y la energía. También afecta tu motivación y tu iniciativa, entre otras cosas. La mayor parte de las personas deprimidas se critican a sí mismas porque ya no son como antes. ¿Recuerdas haberte criticado últimamente? (*Le pide que consigne episodios específicos*)

P: Claro. Últimamente me cuesta levantarme de la cama y no logro hacer mi trabajo. Por eso creo que soy perezosa.

T: Si tuvieras neumonía y no pudieras levantarte y hacer tus cosas, ¿creerías que eres perezosa y que haces las cosas mal?

P: No, creo que no.

T: ¿Te ayudaría si esta semana eliminaras el pensamiento “Soy perezosa”?

P: Probablemente. No me sentiría tan mal.

T: ¿Qué cosa podrías tener en cuenta?

[Inducir una respuesta en lugar de proveerla directamente fomenta una participación activa y un mayor grado de autonomía.]

P: Creo que *estoy* deprimida y por eso me cuesta más hacer las cosas, como si tuviese neumonía.

T: Bien. Y recuerda que a medida que trabajes en la terapia y tu depresión vaya desapareciendo, las cosas mejorarán. ¿Te gustaría escribir algo al respecto, para tenerlo en cuenta esta semana? (*Se muestra colaborador pero expresa un fuerte mensaje: se espera que el paciente participe activamente en la sesión y que repase los contenidos de la misma durante la semana*)

P: Sí.

T: Aquí tienes un folleto para leer [*Enfrentar la depresión*; véase Apéndice D] que explica más cosas acerca de la depresión.

Fin de la sesión y asignación de tareas para el hogar

Al igual que los resúmenes que el terapeuta hace durante toda la sesión (véase p. 81-82), la síntesis final une distintos hilos de la sesión y refuerza los puntos principales. También incluye una revisión de las cosas que el paciente ha acordado hacer como tarea. En las primeras sesiones, es el terapeuta quien realiza el resumen. Más adelante, alienta al *paciente* para que lo efectúe.

T: Bien, resumamos las cosas acerca de las que hablamos hoy. Hicimos un plan, controlamos tu estado de ánimo, fijamos algunos objetivos y explicamos cómo tus pensamientos influyen sobre tus sentimientos. Hablamos acerca del curso futuro de tu terapia. Vamos a hacer dos cosas esenciales: trabajar sobre tus problemas y objetivos y cambiar tu pensamiento, cuando te des cuenta de que no es adecuado. Ahora veamos lo que has apuntado como tarea. Quisiera asegurarme de que la podrás hacer y de que te ayudará.

Tareas para el hogar – 1 de febrero

1. Profundizar la lista de objetivos.
2. Cuando experimente un cambio en mi estado de ánimo, preguntarme: “¿Qué está pasando por mi mente en este preciso momento?” y apuntar los pensamientos (e imágenes). Recordar que estos pensamientos pueden ser ciertos o no.
3. Recordar que en este momento *estoy deprimida*, que no soy perezosa y que las cosas me resultan difíciles.
4. Pensar en lo que voy a incluir en el plan de la próxima semana (qué problema o situación) y qué nombre voy a darle.
5. Leer el folleto y las notas de la terapia.
6. Ir a nadar o a correr tres veces en esta semana.

El terapeuta busca asegurarse de que las tareas para el hogar resulten exitosas (véase capítulo 14). Si siente que es posible que el paciente no realice alguna parte de las tareas, ofrece eliminarla (“¿Crees que tendrás problemas para anotar tus pensamientos?” Si la respuesta es afirmativa: “¿Crees que por hoy deberíamos eliminar esa tarea de la lista? No hay problema en hacerlo”.)

A veces las palabras “tarea para el hogar” causan espanto al paciente. En ese caso, el terapeuta debe preocuparse por diferenciar las tareas de la terapia, que son un conjunto de trabajos en colaboración diseñados especialmente para ayudarlo a sentirse mejor, de otras experiencias previas (habitualmente las tareas escolares) que, a menudo, son obligatorias, despersonalizadas y, muchas veces, inútiles. El paciente y el terapeuta también pueden realizar un ejercicio de “tormenta de ideas” para encontrar un término más aceptable, tal como “actividades de autoayuda”. Una vez que resuelve el problema práctico que plantea el uso de las palabras “tareas para el hogar”, el terapeuta puede indagar (o archivar para una futura investigación) el significado que tienen para el paciente las “tareas para el hogar”, con el propósito de descubrir si las objeciones que plantea se encuadran en un problema más amplio (p. ej., ¿Es susceptible frente a actitudes de control por parte de otros? ¿Se siente inútil cuando se le pide que cumpla una tarea?).

En muchas ocasiones, durante la primera sesión y en otras posteriores, las tareas que se asignan implican biblioterapia. El terapeuta recomienda al paciente la lectura de un capítulo de algún libro de divulgación sobre terapia cognitiva (por ejemplo, Burns, 1980, 1989; Greenberger y Padesky, 1995; Morse, Morse y Nackoul, 1992) o un folleto educativo (véase Apéndice D). Es importante incentivar al paciente para que se comprometa activamente con la lectura (“Cuando lo lea, consigne sus notas, para después decirme si está de acuerdo o no y si tiene relación con lo que a usted le ocurre”).

Otro trabajo que se suele asignar con frecuencia en las primeras sesiones es controlar y/o programar actividades (véase capítulo 12). El objetivo es llevar al paciente a retomar actividades en las que antes había alcanzado logros o placer.

Retroalimentación

El elemento final de cada sesión de terapia es la retroalimentación. Hacia el final de la primera sesión, la mayor parte de los pacientes tienen sentimientos positivos hacia el terapeuta y la terapia. Pedirles retroalimentación fortalece el *rapport*, ya que, con esa acción demuestran interés por lo que el paciente siente. También es esta una ocasión para que el paciente se exprese y para que el terapeuta resuelva cualquier malentendido. Algunas veces, el paciente hace una interpretación idiosincrásica de lo

que el terapeuta ha dicho o hecho. Preguntarle al paciente si alguna cosa lo hizo sentirse incómodo es una manera de permitirle expresar y controlar sus conclusiones. Además de retroalimentación verbal, el terapeuta puede pedir al paciente que complete un Informe de Terapia por escrito (véase fig. 3.3).

T: Al final de cada sesión, te voy a pedir retroalimentación. Me contarás entonces lo que sientes respecto de lo que ha ocurrido en la sesión. Existen *dos* posibilidades, decírmelo directamente y/o escribirlo en un informe que deberás completar en la sala de espera después de la sesión. Yo lo leeré y, si hay algún problema, lo incluiremos en el plan de nuestra próxima sesión. ¿Hubo en la sesión de hoy algo que te molestara?

P: No, estuvo bien.

T: ¿Algo importante que quieras destacar?

P: Creo que quizá pueda sentirme mejor si examino lo que pienso.

T: Bien. ¿Hay alguna otra cosa que quieras decir o que quieras incluir en el plan para la próxima sesión?

P: No.

T: Muy bien. Ha sido un placer trabajar hoy contigo. ¿Podrías, por

INFORME DE TERAPIA

1. ¿Qué cosas de las que se trataron hoy son importantes para recordar?
2. ¿En qué medida pudo confiar hoy en su terapeuta?
3. ¿Hubo algo que le molestó hoy en su sesión? En caso afirmativo, ¿qué cosa fue?
4. ¿Cuánto trabajo hizo en su casa para la sesión de hoy? ¿Qué posibilidades hay de que cumpla con las nuevas tareas asignadas?
5. ¿Qué cosas querría asegurarse de tratar en la próxima sesión?

Figura 3.3. Informe de Terapia. Copyright 1995 by Judith S. Beck, Ph.D.

favor, completar el informe de terapia ahora, en la sala de espera y los otros formularios que te entregué antes de la próxima sesión? Procura, además, hacer las tareas para el hogar que apuntaste. ¿Está bien?

P: (*Asintiendo*) Está bien. Gracias.

T: Nos veremos la próxima semana.

Algunas veces el paciente tiene una reacción negativa ante su primera sesión. El terapeuta trata entonces de especificar el problema y establecer el significado que tiene para el paciente. Luego interviene y/o plantea el problema para abordarlo en la siguiente sesión, como en el ejemplo que sigue:

T: ¿Hubo algo que te molestara en esta sesión?

P: No lo sé. No estoy segura de que esta terapia sea adecuada para mí.

T: ¿Piensas que no te ayudará?

P: En realidad, no. Yo tengo problemas reales en mi vida. *No* se trata simplemente de lo que pienso.

T: Me alegro de que me lo hayas dicho. Esto me da la oportunidad de decirte que yo también *creo* que tienes problemas reales en tu vida. En ningún momento quise decir que no los tuvieras. Tienes problemas con tu jefe, con tus vecinos y experimentas sentimientos de soledad... Está claro que esos son problemas reales sobre los cuales trabajaremos juntos para tratar de encontrar soluciones. *No* creo que baste con solamente examinar los pensamientos. Si te he transmitido eso, lo lamento.

P: Está bien... es sólo que... bueno, me siento abrumada. No sé qué hacer.

T: ¿Deseas regresar la próxima semana para trabajar juntos sobre esos sentimientos que te abruman?

P: Sí, creo que sí.

T: ¿Acaso las tareas que te asigné contribuyen a hacerte sentir abrumada?

P: Puede ser.

T: ¿Preferirías dejarlas de lado? Podríamos decidir ahora que *no* hagas tareas esta semana. Podemos hacerlas juntos en la próxima sesión. También puedes llevar la hoja a tu casa y ver si deseas hacerlas.

P: Si me las llevo y no las hago, me sentiré culpable.

T: Está bien. Entonces decidamos no hacerlas. ¿Hay alguna otra cosa que te haya molestado en la sesión de hoy?

Aquí el terapeuta se da cuenta de que es necesario fortalecer la alianza terapéutica. Es posible que él no haya percibido los signos de insatisfacción de la paciente durante la sesión, o bien que ella los haya ocultado. Si el terapeuta no hubiese pedido retroalimentación acerca de la sesión o hubiese tenido menos capacidad para manejar la retroalimentación negativa, es posible que la paciente no hubiese regresado la siguiente semana. La flexibilidad del terapeuta con las tareas ayuda al paciente a examinar nuevamente sus percepciones erróneas respecto de la terapia cognitiva. Al responder a la retroalimentación y hacer los ajustes necesarios, el terapeuta demostró comprensión y empatía hacia la paciente. Eso facilita la colaboración y la confianza.

El terapeuta, al comienzo de la siguiente sesión, deberá expresar la importancia de trabajar en equipo para adaptar la terapia y la tarea para el hogar a las necesidades de la paciente. En el futuro, no dejará de lado por completo las tareas para el hogar, sino que se asegurará de asignar más tareas en colaboración y procurará que la paciente no se sienta abrumada.

Resumen

La sesión inicial tiene varios objetivos importantes: establecer el *rapport*, profundizar la conceptualización, explicar al paciente el contenido y la estructura de la terapia cognitiva, instruirlo acerca del modelo cognitivo y del trastorno que padece y darle esperanzas y alivio para sus síntomas. Asimismo, es muy importante que en esta sesión se desarrolle una alianza terapéutica sólida y que el paciente sea alentado para unirse al terapeuta para lograr los objetivos deseados. El siguiente capítulo describe la estructura de sesiones posteriores y el capítulo 5 aborda las dificultades en la estructuración de las sesiones.

4

Segunda sesión y siguientes: estructura y formato

En la segunda sesión se utiliza un formato que luego se repite en todas las sesiones siguientes. En este capítulo se presenta ese formato y se describe el curso general de la terapia desde la segunda sesión hasta casi la finalización. La última etapa de la terapia se describe en el capítulo 15 y los problemas que suelen aparecer en las primeras sesiones, al instruir al paciente, se tratan en los capítulos 5 y 17.

El plan típico para aplicar desde la segunda sesión en adelante, es el que describimos a continuación:

1. Breve actualización y control del estado de ánimo (y de las medicaciones, alcohol y/o uso de drogas, si es necesario).
2. Revisión de la sesión anterior.
3. Planificación.
4. Revisión de la tarea para el hogar.
5. Conversación sobre los temas planificados, asignación de nuevas tareas para el hogar, síntesis periódicas.
6. Resumen final y retroalimentación.

El terapeuta experimentado puede, hasta cierto punto, alterar el orden de los elementos presentados. Se sugiere, en cambio, al terapeuta cognitivo principiante, que se ciña lo más posible a la estructura de sesión mencionada.

Los objetivos del terapeuta durante esta segunda sesión son ayudar al paciente a escoger un problema u objetivo en el que centrarse, comenzar a resolver problemas y reforzar el modelo

cognitivo y la identificación de pensamientos automáticos. También continúa instruyendo al paciente respecto de la terapia cognitiva para que se ajuste a la estructura de la sesión, al trabajo conjunto, la retroalimentación al terapeuta y la consideración de sus experiencias pasadas y presentes a la luz del modelo cognitivo. Si el paciente se siente mejor, el terapeuta también comienza a implementar el trabajo de prevención de las recaídas (véase capítulo 15). La preocupación fundamental es el fortalecimiento de la alianza terapéutica y el alivio de los síntomas.

Breve actualización y control del estado de ánimo (y la medicación)

El control del estado de ánimo suele ser breve y se lo puede combinar con una reseña de la semana. El terapeuta solicita una descripción subjetiva por parte del paciente y la controla con los puntajes de las pruebas objetivas. Si existe una discrepancia entre los resultados de las pruebas y el relato, interroga al paciente (p. ej., “Dices que te has sentido mejor, pero los puntajes del inventario de depresión son más altos que la semana pasada. ¿Qué te sugiere eso?”). También efectúa una rápida comparación entre los puntajes objetivos de las semanas precedentes y los de ese momento (p. ej., “El puntaje de ansiedad es más bajo que la semana pasada. ¿Te ha sentido menos ansiosa esta semana?”). Es habitual que la segunda sesión comience de la siguiente manera:

TERAPEUTA: Hola, Sally. ¿Cómo te sientes hoy?

PACIENTE: Un poco mejor, creo.

T: ¿Puedo echar un vistazo a los formularios? Mientras los examino, cuéntame cómo estuviste esta semana.

P: Bien. Bueno, bastante bien en algunas cosas y no tanto en otras.

T: ¿Qué sucedió?

P: Me sentí un poco menos deprimida, creo, pero en cambio estuve mucho más ansiosa. También estuve afligida porque no pude concentrarme en el estudio para mi examen de economía.

T: ¿Deberíamos incluir el examen en nuestro plan? (*Instruye a la paciente en la especificación breve de un problema para conversarlo más tarde en la sesión*)

P: Sí, y también tuve un problema con mi compañera de cuarto.

T: Está bien, lo anotaré para conversarlo también. ¿Alguna otra cosa que yo debería saber respecto de lo ocurrido en la semana?

P: Creo que no.

- T: Está bien. Volvamos al control del estado de ánimo. Las pruebas también muestran un pequeño descenso en la depresión y un aumento de la ansiedad. ¿Qué piensas tú respecto de tu depresión?
- P: Me he sentido un poco más optimista. Creo que la terapia va a ayudarme.
- T: (*Reforzando sutilmente el modelo cognitivo*) Entonces tuviste pensamientos tales como “La terapia quizá me ayude”, esos pensamientos te hicieron experimentar un mayor optimismo y te sentiste menos deprimida.
- P: Sí... e invité a Lisa, una compañera de mi clase de química, para que estudiáramos juntas. Ayer pasamos algunas horas estudiando fórmulas. Eso también me hizo sentir mejor.
- T: ¿Qué cruzaba por tu mente ayer, mientras estudiabas con ella?
- P: Que ella me agradaba y que estaba contenta de haberle preguntado si quería que estudiásemos juntas... Ahora comprendo mejor.
- T: Aquí tenemos dos buenos ejemplos de por qué te sentiste mejor esta semana. Por una parte, tuviste pensamientos optimistas respecto de la terapia. Por otra, *hiciste* algo diferente —estudiar con Lisa— y te sentiste satisfecha contigo misma por eso.
- P: Sí.
- T: ¿Te das cuenta de que en estos dos casos tu pensamiento positivo influyó sobre cómo te sentiste?... Me alegro de que te sientas un poco mejor. En unos minutos conversaremos acerca de la mejoría, así que apuntaremos también eso en el plan.

Sally describió su estado de ánimo en pocas palabras. Si, en cambio, hubiese comenzado con un largo discurso, el terapeuta habría tratado de instruirla para que diese una descripción concisa (p. ej., “Sally, permíteme interrumpirte un momento. ¿Podrías decirme en una sola frase cómo estuvieron tu ansiedad y tu depresión en comparación con la semana pasada?... ¿O acaso deberíamos incluir el control del estado de ánimo en el plan, para dedicarle un poco más de tiempo?).

Sally también menciona dos problemas. En lugar de comenzar a conversar sobre ellos, el terapeuta los anota en el plan. Si le hubiese permitido hacer una descripción más larga de los problemas, la hubiese privado de la posibilidad de reflexionar acerca de cuál era *el más* importante para revisar durante la sesión. También podrían haber perdido la posibilidad de conversar acerca de

aquellos temas que, según la predicción del terapeuta, ayudarían más al avance de la terapia.

Al advertir un pequeño cambio en el estado de ánimo, el terapeuta le pide una explicación. Si es necesario, sugiere que el progreso es el fruto de cambios en la conducta o el pensamiento de la paciente y no una mera consecuencia de las circunstancias: "Te sientes mejor pero no sabemos por qué. ¿Has notado algún cambio en tu pensamiento o en las cosas que hiciste esta semana?". También en caso de que el estado de ánimo empeore, buscará que la paciente encuentre las razones: "¿Por qué crees que te has sentido peor esta semana? ¿Podría tener algo que ver con tus pensamientos, o con las cosas que hiciste o no hiciste?". De este modo, el terapeuta refuerza sutilmente el modelo cognitivo y sugiere que la paciente tiene alguna clase de control (y, por lo tanto, responsabilidad) sobre los cambios.

El breve control sobre los estados de ánimo y el examen de lo ocurrido en la semana proveen al terapeuta de diversas oportunidades. Puede demostrar su preocupación por lo que el paciente ha estado sintiendo durante la última semana y, juntos, controlan el progreso alcanzado durante la terapia. El terapeuta puede reconocer (y reforzar o modificar) las explicaciones del paciente para su mejoría o su falta de mejoría. También puede reforzar el modelo cognitivo, es decir, consolidar la noción de la influencia de los pensamientos sobre el estado de ánimo.

Cuando controlan los puntajes objetivos, el terapeuta se preocupa por valorar ítems particulares para buscar cambios positivos o negativos (por ejemplo, cambios en las ideas suicidas o falta de esperanzas). También tiene la posibilidad de requerir información especial, que no está contemplada en las pruebas, pero que es relevante para el problema del paciente (cantidad de ataques en los pacientes con trastorno de pánico, número de atracones para pacientes con bulimia, medición de la ira del 0-100 en pacientes que presentan problemas de hostilidad y otras informaciones de importancia).

Si el paciente está tomando medicación por sus dificultades psicológicas, el terapeuta controla brevemente el cumplimiento, los problemas, los efectos colaterales y otras cuestiones. Si el terapeuta no es el médico que efectúa las prescripciones, luego de pedir autorización al paciente, establece contactos periódicos con el profesional, para intercambiar información y sugerencias. Aunque el terapeuta no recomiende directamente cambios en la medicación, puede ayudar al paciente a combatir ideas que le dificultan

la toma o la reducción de esta (cuando haga falta). También lo ayudaría a formular y anotar preguntas específicas acerca de efectos colaterales, dosajes, medicaciones alternativas y otras cuestiones, para que el paciente obtenga de su médico esta información con más facilidad. Asimismo, puede sugerir que si bien la medicación puede tener relación con la mejoría, los esfuerzos del paciente también contribuyeron probablemente a su recuperación. Si el paciente no está tomando medicación, pero el terapeuta cree que está indicada una intervención farmacológica, puede sugerir una consulta médica o psiquiátrica.

Puente desde la sesión anterior

El propósito de este *breve* ítem es controlar cuál fue la percepción y comprensión del paciente acerca de la sesión anterior. Al saber que se le preguntará al respecto, el paciente se motiva para la siguiente sesión pensando en lo trabajado en la anterior. Si no logra recordar sus reacciones o los puntos más importantes de la sesión previa, el terapeuta y el paciente apelan a técnicas de resolución de problemas para que pueda recordar mejor lo trabajado en la sesión actual. El terapeuta puede sugerir el uso de un “Formulario Puente entre Sesiones” (véase fig. 4.1), que deberá ser completado para la siguiente sesión, mentalmente o por escrito.

Al solicitar el relato de nuevas reacciones respecto de la sesión anterior, se puede obtener retroalimentación de las cuestiones importantes que el paciente no había expresado anteriormente. Si algún ítem requiere más de uno o dos minutos de conversación, el terapeuta debe marcarlo como otro punto para el plan de trabajo. El puente que se tiende desde la sesión anterior sirve para instruir al paciente respecto del proceso terapéutico, señalándole su responsabilidad en la revisión del contenido de cada sesión y mostrándole que debe expresar cualquier punto vinculado con el terapeuta o con la sesión anterior, en que se haya sentido molesto.

T: Ahora vamos a tender un puente entre la sesión anterior y esta. Eso es algo que haremos cada sesión. En primer lugar, ¿qué sacaste en limpio de esa sesión? y ¿qué cosas te parecieron importantes?

P: Bien... un par de cosas. Creo que me sentí aliviada al conocerlo y al enterarme acerca de la terapia cognitiva. También me

FORMULARIO PUENTE ENTRE SESIONES

1. ¿Qué punto importante tratamos en la sesión anterior? ¿Qué aprendió usted? (1-3 oraciones)
2. ¿Hubo algo que le molestara en la sesión anterior? ¿Hay algo que le cueste manifestar?
3. ¿Cómo transcurrió la semana? ¿Cómo ha sido su estado de ánimo, comparándolo con el de otras semanas? (1-3 oraciones)
4. ¿Sucedió esta semana algo que merezca la pena de ser discutido? (1-3 oraciones)
5. ¿Qué problemas desea incluir en el plan? (1-3 oraciones)
6. ¿Qué tareas hizo/no hizo? ¿Qué aprendió?

Figura 4.1. Formulario Puente entre Sesiones. Adaptado de Thomas Ellis, Ph.D., con autorización.

alivió saber que estoy deprimida y no loca. Además me di cuenta de que lo que pienso afecta lo que siento.

T: Bien. Otra pregunta, ¿hubo algo que te molestara en la sesión anterior?

P: No, creo que estuvo bien.

Si la paciente hubiese comentado que algún elemento de la sesión anterior le había molestado, el terapeuta podría haberlo

examinado con ella en ese mismo momento, o podría haber sugerido incluir el tema en el plan. De la misma manera, si no hubiese recordado ningún tema importante, podría haberle preguntado: “¿Recuerdas que conversamos acerca de la relación entre pensamientos y sentimientos?” o podría haberle dicho: “¿Qué te parece si incluimos en el plan un repaso del modelo cognitivo?”. Como dijimos anteriormente, también podría haberle indicado a la paciente la necesidad de que se hiciese responsable, a partir de ese momento, de recordar los contenidos relevantes, preguntándole: “¿Qué podrías hacer esta semana para recordar lo que hemos hablado hoy?”. Es necesario tener en cuenta que, en general, la principal razón para que un paciente no recuerde la sesión anterior es un error del *terapeuta*, que no lo alentó a anotar los puntos importantes durante la sesión.

Establecer el plan

Generalmente el terapeuta asume la mayor responsabilidad en el planeamiento de las primeras sesiones y luego, en forma gradual, transfiere la responsabilidad al paciente. Es importante que el paciente aprenda las habilidades necesarias para armar su plan, de modo que pueda seguir valiéndose de ellas una vez finalizada la terapia (capítulo 15).

T: Ahora debemos armar el plan para el día de hoy. Ya hemos mencionado tu examen, un problema con tu compañera de cuarto y además, quisiera hablar sobre tu mejoría y algo más acerca de los pensamientos automáticos. Por supuesto que también revisaremos tus tareas. ¿Alguna otra cosa?

P: No, creo que no.

T: Este es un plan bastante ambicioso. En caso de que no tengamos tiempo, ¿hay algo que podamos posponer para la semana próxima? (*Ayuda a la paciente a establecer prioridades entre sus problemas*)

P: Humm... Creo que el problema con mi compañera de cuarto. Probablemente será pasajero.

T: Está bien. Lo colocaremos en el último lugar del plan y trataremos de llegar a ocuparnos también de eso, pero si no lo logramos, lo conversaremos la próxima semana, si todavía es importante.

A menudo los pacientes necesitan, al comienzo, que se los incentive para que sugieran temas para el plan. En ocasiones, no

reconocen con exactitud qué cosas los han estado perturbando o no están seguros de cuáles son los temas adecuados. El terapeuta los instruye para que planteen *problemas* que requieran alguna clase de ayuda para alcanzar la solución. “¿De qué problema o problemas deseas ocuparte hoy?”, “¿Qué pondrías en el plan, para recibir ayuda el día de hoy?” o “¿Sobre qué temas deberíamos trabajar hoy?” Si los puntos para tratar son demasiados, el terapeuta y el paciente fijarán en conjunto las prioridades, especificarán la cantidad de tiempo que desean dedicar a cada uno y, en caso necesario, pospondrán uno o más puntos para la semana siguiente.

El terapeuta no siempre necesita seguir el plan. Más aún, en algunas situaciones, *no debe* seguir el plan establecido. Sin embargo, cuando se aparta de lo planeado, debe hacer *explícita* esa digresión y solicitar el acuerdo del paciente.

T: Sally, veo que estás muy preocupada por tu examen, pero tenemos poco tiempo. ¿Querrías dedicar el resto de la sesión a ese tema y posponer el resto de los puntos del plan para la próxima semana? ¿O acaso prefieres que dediquemos a este tema sólo cinco minutos más y que dispongamos de algún tiempo para hablar acerca del problema con tu compañera de cuarto?

P: Creo que el problema con mi compañera puede esperar hasta la semana próxima.

T: Está bien. Espera que apunto eso en mis notas y regresamos enseguida al tema del examen.

Durante la sesión, por diversos motivos, el terapeuta puede sugerir cambios en la distribución del tiempo. Puede hacerlo si, como ocurre en el ejemplo anterior, el paciente está muy preocupado por algún asunto en particular y necesita más tiempo para hablar sobre eso. También puede suceder que surja algún tema nuevo, que sea de particular relevancia. A veces, el cambio debe efectuarse porque el estado de ánimo del paciente empeora durante la sesión. El terapeuta suele también tratar de evitar que el paciente se adentre en temas periféricos que no estaban incluidos en el plan y que no resulten prometedores para el avance en la sesión. Como excepción, no obstante, puede ocurrir que el terapeuta, de manera breve, encare deliberadamente con el paciente una conversación intrascendente con un propósito determinado. Por ejemplo, puede preguntarle acerca de una película que el paciente acaba de ver, pedirle opinión acerca de un tema de

interés general o preguntarle sobre su familia para levantarle el estado de ánimo, para facilitar la alianza entre ellos o para evaluar sus habilidades cognitivas o sociales.

Revisión de las tareas para el hogar

Diversos estudios sugieren que los pacientes que hacen regularmente sus tareas para el hogar mejoran más que aquellos que no lo hacen (Persons et al, 1988; Niemeyer y Feixas, 1990). Efectuar una revisión de las tareas para el hogar en cada sesión refuerza el comportamiento y pone de manifiesto el valor de las efectuadas en la semana. Según nuestra experiencia, si las tareas no se controlan en las sesiones, el paciente comienza a creer que *no* son importantes, y el cumplimiento desciende significativamente. A veces, la revisión de las tareas demanda poco tiempo. En otras ocasiones, en cambio, puede ocupar casi todo el tiempo de la sesión, especialmente cuando las tareas contienen temas que el paciente desea tratar. (Las tareas para el hogar son abordadas en mayor detalle en el capítulo 14.) A continuación transcribimos la manera como, idealmente, el terapeuta debe revisar las tareas.

T: El siguiente punto de nuestro plan es la tarea para el hogar. ¿Qué hiciste al respecto?

P: Bien, leí el folleto que usted me dio.

T: ¿Lo has traído contigo? ¿Podríamos verlo? Quisiera saber qué te ha parecido importante de lo que has leído. (*El terapeuta y la paciente dedican algunos minutos a conversar al respecto*) ¿Hay alguna otra cosa que desees preguntar? ¿Algo que no esté claro o que pienses que no se aplica a tu caso?

P: No, es todo. Creo que *fue* útil.

T: Bien. Otra de tus tareas era tratar de discriminar tus pensamientos automáticos cada vez que notabas un cambio en tu estado de ánimo.

P: Lo intenté, pero me parece que no siempre me doy cuenta de lo que estoy pensando.

T: Está bien. Conversaremos sobre los pensamientos automáticos en todas las sesiones, hasta el final de la terapia. ¿Pudiste esta semana identificar *algún* pensamiento automático asociado a tus cambios de estado de ánimo?

P: Creo que sí, pero no los anoté.

T: ¿Cuál era la situación?

- P: Estaba sentada en la clase, y repentinamente me sentí muy angustiada.
- T: ¿Qué pasaba por tu mente en ese momento?
- P: Pensaba que el examen estaba por llegar y que no habría manera de estar preparada.
- T: Está bien. Déjame escribir esto. Podemos retomar estas ideas en unos minutos, cuando hablemos del examen.
- P: Sí.
- T: ¿Te diste cuenta de algún otro pensamiento automático esta semana?
- P: En realidad, no.
- T: Bien. Veamos las otras tareas que tenías asignadas. ¿Agregaste algo a tu lista de objetivos?
- P: No, la miré pero no agregué nada.
- T: Está bien. Guarda tu copia y, si se te ocurre algo que quieras agregar, házmelo saber. ¿Pudiste recordar que te resulta difícil hacer cosas porque estás deprimida y no porque seas haragana?
- P: Pude hacerlo varias veces. Algunas veces me descubrí pensando en eso.

El terapeuta trata de revisar todas las tareas para el hogar durante la sesión, y por eso consigna el tema del examen para tratarlo más tarde. No es necesario que revise las tareas separándolas del resto del plan de la sesión. Muchos terapeutas experimentados integran la revisión de las tareas al tratamiento de los problemas incluidos en el plan de la sesión. El terapeuta principiante, en cambio, debe tener siempre presente en qué momento de la sesión se encuentra y qué cosas tiene aún pendientes. Es más sencillo limitarse a una estructura determinada y señalar los temas que se deben tratar más tarde. Este terapeuta, por ejemplo, hubiese podido caer en la tentación de abordar directamente el tema del examen y, de ese modo, no hubiese llegado a revisar el resto de las tareas para el hogar.

Tratamiento de los problemas establecidos en el plan, asignación de nuevas tareas y resúmenes periódicos.

En la mayoría de los casos, el terapeuta pregunta al paciente con cuál de los temas del plan desea comenzar. De esta manera otorga al paciente la posibilidad de ser más activo y asertivo y le permite tomar más responsabilidades. En algunas ocasiones, el

terapeuta asume la iniciativa de seleccionar algún punto *particular* del temario para comenzar, especialmente cuando considera que esta elección llevará a un mayor avance de la sesión (“¿Te parece bien si comenzamos con el problema de encontrar un trabajo de tiempo parcial?”).

El terapeuta introduce sus propios objetivos en los momentos adecuados, cualquiera sea el tema en discusión. En esta segunda sesión el terapeuta no sólo busca ayudar a Sally en la resolución de problemas, sino que además 1) relaciona el tema con los objetivos de Sally para su terapia, 2) refuerza el modelo cognitivo, 3) continúa enseñando a Sally a identificar sus pensamientos automáticos, 4) busca el alivio de los síntomas ayudando a Sally a controlar sus pensamientos angustiantes y 5), como siempre, sostiene y acrecienta el *rapport* mediante una actitud comprensiva.

Item N° 1 del plan

T: Bien, veamos nuestro plan. ¿Por dónde crees que debemos comenzar? Podemos tomar un objetivo para trabajar, hablar de tu examen o conversar sobre el proceso de tu mejoría.

P: Mi examen. Estoy realmente preocupada.

T: En realidad ese tema se encuadra dentro de los objetivos de tu terapia: mejorar tus notas y disminuir tu angustia respecto de tus estudios.

P: Sí.

T: Bien. ¿Puedes darme un panorama de lo que sucedió esta semana? ¿Cuánto estudiaste? ¿Qué pasó con tu concentración?

P: Bueno, todo el tiempo quise estudiar, pero cada vez que me sentaba para hacerlo, me ponía nerviosa. A veces no me daba cuenta de que mi mente vagaba y debía volver atrás y releer las mismas páginas.

T: ¿Cuándo es el examen y cuántos capítulos debes estudiar? *(Obtiene más datos para poder ayudar en la resolución de problemas y percibir cualquier posible distorsión del pensamiento)*

P: Es dentro de dos semanas y debo preparar cinco capítulos.

T: ¿Y cuántos leíste, al menos una vez?

P: Alrededor de tres capítulos.

T: ¿Hay en esos tres capítulos algunas cosas que todavía no comprendes?

P: Muchas cosas.

T: Está bien. Entonces, para resumir, ¿tienes un examen en dos semanas y estás preocupada porque crees que no vas a comprender el material suficientemente bien?

P: Correcto.

En esta primera parte, el terapeuta busca tener un panorama del problema. Sutilmente da a la paciente el modelo de cómo expresar el problema en una síntesis. Luego tratará de identificar los pensamientos automáticos de Sally, llevándola a recordar una situación *específica*.

T: ¿Puedes recordar algún momento de esta semana en que intentaste estudiar y te angustiaste mucho?

P: Sí, seguro... anoche.

T: ¿Qué hora era y dónde estabas?

P: Eran alrededor de las 7.30 y caminaba hacia la biblioteca.

T: ¿Puedes formarte ahora esa imagen en la mente? Son las 7.30 y estás caminando hacia la biblioteca. ¿Qué pasa por tu mente?

P: ¿Y si repruebo el examen? ¿Y si repruebo el curso? ¿Cómo haré para salir adelante este semestre?

T: Está bien. Hemos podido identificar tus pensamientos automáticos. ¿Cómo te hacen sentir esos pensamientos? ¿Te angustian?

P: Mucho.

T: ¿Pudiste detenerte a pensar... qué pasaría si apruebas el examen? Entonces, quizás aprobarás el curso. ¿Consideraste que es posible que te vaya bien este semestre? (*Utiliza este problema para reforzar el modelo cognitivo antes de pasar a la resolución de problemas*)

P: No.

T: ¿Qué crees tú que habría ocurrido con tu estado de ánimo si lo hubieses podido hacer?

P: Si lo hubiese creído, supongo que me habría sentido mejor.

T: Te explicaré algo acerca de estos pensamientos automáticos. Los llamamos *automáticos* porque brotan de repente en tu mente. La mayoría de las veces, con seguridad, ni siquiera tienes conciencia de ellos. Es probable que seas mucho más consciente de la angustia y la tristeza que te producen. Además, aun cuando seas consciente de los pensamientos, seguramente no eres capaz de evaluar si son correctos o no. Los aceptas como verdades. Aquí, en la terapia, aprenderás a identificarlos en primer lugar, para después juzgar por ti

misma si son completamente correctos o si encierran alguna clase de distorsión. Vamos, entonces, a examinar juntos tu primer pensamiento. ¿Qué evidencia tienes de que fracasará en el examen? (*Comienza el proceso de evaluación de los pensamientos automáticos*)

P: Bueno, no comprendo todos los temas.

T: ¿Alguna otra cosa?

P: No... sólo que me estoy quedando sin tiempo.

T: Está bien. ¿Tienes alguna evidencia de que quizá puedas *no* reprobar?

P: Bueno, que me fue bien en el primer examen.

T: ¿Alguna otra cosa?

P: En realidad comprendo bien los dos primeros capítulos. Con el que realmente tengo problemas es con con el tercero.

T: ¿Qué podrías hacer para aprender mejor el tercer capítulo? (*Comienza a resolver el problema; procura que la paciente tome la iniciativa*)

P: Podría leerlo nuevamente. También podría examinar las notas que tomé.

T: ¿Nada más?

P: (*Duda*) No se me ocurre nada.

T: ¿Hay alguna persona a quien puedas pedir ayuda?

P: Bueno, supongo que podría preguntarle al profesor asistente... Quizá también podría preguntarle a un joven del piso de abajo, que tomó ese curso el año pasado.

T: Eso suena bien. ¿Qué piensas *ahora* de tu predicción de que fracasará?

P: Creo que sé una parte de los temas. Tal vez *podría* conseguir ayuda para el resto.

T: ¿Y cómo te sientes ahora?

P: Un poco menos preocupada, creo.

T: Está bien. Para resumir, esta semana tuviste muchos pensamientos automáticos que te hicieron sentir angustiada. Sin embargo, cuando te detienes a analizar racionalmente esos pensamientos, parecería que hay muchas cosas que *puedes* hacer para aprobar. Cuando examinas las evidencias y controlas esos pensamientos, te sientes mejor... ¿verdad?

P: Sí, es verdad.

T: Esta semana, como tarea, me gustaría que nuevamente observes cuáles son los pensamientos automáticos que experimentas cuando cambia tu estado de ánimo. Estos pensamientos pueden contener algunos elementos verdaderos, pero a menu-

do están distorsionados en algún sentido. La semana próxima buscaremos juntos las evidencias para ver si los pensamientos que apuntaste como tarea son adecuados o no. ¿Está bien?

P: Está bien.

T: Ahora bien, debes aprender a identificar y evaluar tus pensamientos, tal como se aprende a conducir o a escribir a máquina. Es posible que al comienzo no seas muy buena en eso, pero con la práctica lo harás cada vez mejor. Yo te enseñaré más al respecto en las próximas sesiones. Veamos lo que puedes hacer esta semana para identificar algunos pensamientos, pero no esperes hacerlo muy bien todavía. ¿Correcto?

P: Sí.

T: Algo más. Cuando durante la semana escribas algunos pensamientos, recuerda que *pueden ser verdaderos o no*. De lo contrario, al escribirlos sin haber aprendido aún a evaluarlos, te puedes sentir peor.

P: Está bien.

T: Es mejor que anotes ahora mismo lo que debes hacer. (*El terapeuta repite la tarea asignada*) Mientras tomas nota, déjame ver si hay alguna tarea de la semana pasada que desees seguir haciendo esta semana. Además, puedes agregar un plan de estudio para tu examen. [Véase fig. 4.2.]

En este apartado, el terapeuta logra varias cosas al mismo tiempo. Aborda un tema del plan que interesa a la paciente; relaciona el problema con un objetivo de la terapia; enseña algo

-
1. Cuando advierto que mi estado de ánimo cambia, debo preguntarme: "¿Qué está pasando por mi mente en este momento?" y debo tomar nota de mis pensamientos automáticos (que pueden ser completamente ciertos o no). Debo tratar de hacerlo por lo menos una vez al día.
 2. Si no puedo darme cuenta de cuáles son mis pensamientos automáticos, debo al menos tomar nota de la situación. Es necesario que recuerde que aprender a identificar mis pensamientos es una habilidad en la que iré progresando. Es como aprender a escribir a máquina.
 3. Debo pedir a Ron que me ayude con el capítulo 5 del libro de economía.
 4. Debo releer mis notas de terapia.
 5. Debo continuar corriendo y nadando. Tengo que planificar tres actividades con Jane [mi compañera de cuarto].
-

Figura 4.2. Tareas para el hogar de Sally (Sesión 2).

más acerca de los pensamientos automáticos; ayuda a la paciente a identificar, evaluar y controlar aquellos que son específicamente angustiantes; facilita el alivio de los síntomas y produce una disminución de la ansiedad. Finalmente, asigna las tareas para el hogar y previene a la paciente para que tenga expectativas realistas respecto del aprendizaje de una nueva habilidad. Los capítulos 6 a 8 describen con mayor detalle el proceso de enseñanza necesario para lograr que los pacientes identifiquen y evalúen los pensamientos automáticos.

Item N° 2 del plan

En el siguiente apartado, el terapeuta proporciona al paciente alguna información acerca del proceso de mejoría. Como acaba de finalizar con una parte de la sesión, primero efectúa una síntesis:

T: Bueno, hablamos de tu examen y de cómo tus pensamientos automáticos te angustiaban e interferían con la resolución de problemas. Ahora, si te parece bien, vamos a hablar del proceso de mejoría.

P: Está bien.

T: Me alegro de que hoy te sientas un poco menos deprimida y espero que sigas mejorando. Sin embargo, probablemente las mejorías no serán continuas hasta que no recuperes tu viejo yo. Tendrás altibajos. Te lo digo por la siguiente razón, ¿te imaginas lo que pensarías si estuvieses esperando estar mejor cada semana y un día repentinamente te sintieras peor?

P: Probablemente pensaría que nunca voy a mejorar.

T: Entonces quiero que recuerdes que anticipamos que podías dar unos pasos atrás, y que eso es una parte normal del proceso de mejoría. ¿Quieres tomar alguna nota al respecto?

Véase el capítulo 15 para un tratamiento más extenso de la prevención de las recaídas y una representación gráfica de la evolución normal de la terapia.

Síntesis periódicas

A lo largo de la sesión, el terapeuta realiza dos clases de resúmenes. La primera es una síntesis breve, que se lleva a cabo una vez completada cada parte de la sesión, para que tanto el

paciente como el terapeuta tengan una clara comprensión de lo que han logrado y de lo que harán a continuación.

T: Está bien. Hemos terminado de hablar acerca de tus dificultades para encontrar motivación y tiempo para comenzar a correr nuevamente, hemos acordado que intentarías correr dos veces esta semana como experimento. Ahora, ¿te parece bien que regresemos a la tarea de la semana pasada, en la que debías tratar de captar tus pensamientos automáticos?

Otro tipo de síntesis es la que se realiza sobre los contenidos que el paciente expone. En este caso, el terapeuta resume brevemente los aspectos centrales de las afirmaciones del paciente, tratando de usar sus mismas palabras. A menudo el paciente ha descrito una situación con muchos detalles. El terapeuta la sintetiza para asegurarse de que ha captado cuál es el elemento problemático para el paciente y con el objeto de presentarla de un modo más conciso y claro para ambos, poniendo en práctica una vez más el modelo cognitivo, de una manera sutil. Emplea siempre que puede las palabras del paciente para asegurarse una comprensión adecuada y para mantener activa la dificultad clave en la mente del paciente.

T: Déjame ver si he comprendido bien. Estabas pensando en conseguir un trabajo de tiempo parcial, pero pensaste: “Nunca podré llevarlo adelante”. Y ese pensamiento te entristeció tanto que doblaste el periódico, regresaste a la cama y lloraste durante media hora. ¿Es así?

Si el terapeuta hubiese parafraseado las ideas de Sally, y no hubiese utilizado sus palabras (“Parecería que, en caso de conseguir un trabajo, no estabas segura de poder desempeñarte con eficiencia”), tal vez el pensamiento automático y la emoción hubiesen resultado menos intensos para la paciente y la evaluación de los mismos hubiese sido menos efectiva. Cuando en los resúmenes se sustituyen palabras, el paciente puede sentir también que no lo han comprendido apropiadamente:

P: No, no es que piense que no voy a hacerlo bien; temo que no podré llevarlo adelante *en absoluto*.

Resumen final y retroalimentación

A diferencia de lo transcripto en el punto anterior, en el *resumen final* el terapeuta *se abstiene* de activar pensamientos negativos y perturbadores en el paciente. En este caso, el objetivo es aclarar al paciente los puntos principales tratados durante la sesión de una manera sencilla. Como se trata de una de las primeras sesiones, el terapeuta es quien realiza la síntesis. A medida que el paciente avanza en la terapia, se va haciendo cargo de esta tarea. La síntesis resulta más fácil si durante la sesión el paciente ha tomado notas adecuadas acerca de los puntos más importantes. La transcripción que sigue es un ejemplo directo de un resumen final y del pedido de retroalimentación al paciente:

T: Bien, nos quedan sólo unos minutos. Déjame resumir lo que hemos hecho hoy y luego te pediré tu impresión de la sesión.

P: Está bien.

T: Parece que has tenido esta semana pensamientos más positivos y que por eso te has sentido menos deprimida. Sin embargo, tu angustia fue en aumento, porque hiciste una serie de predicciones negativas respecto de tu examen. Cuando buscamos cuál era la evidencia de que reprobarías, no pareció muy convincente. Luego aportaste una serie de buenas estrategias que ayudarían respecto de tus estudios. Probarás algunas de ellas antes de la próxima sesión. También hablamos de las cosas que deberías recordar si experimentabas un retroceso. Finalmente, hablamos acerca de cómo identificar y evaluar tus pensamientos automáticos. Esa es una actividad que seguiremos practicando en la terapia. ¿Es eso todo?

P: Sí.

T: ¿Te molestó alguna cosa que yo dije hoy? ¿Hay algo que no esté bien?

P: Estoy un poco preocupada por la posibilidad de tener un retroceso.

T: Bien, es posible que haya un retroceso. Si te sientes significativamente peor en algún momento, antes de la próxima sesión, me gustaría que me llamas. Por otra parte, es muy posible que tengas una semana mejor.

P: Así lo espero.

T: ¿Deberíamos incluir el tema “retrocesos” en el plan de la próxima semana?

P: Está bien.

T: ¿Hay alguna otra cosa que te haya molestado o que quieras destacar de esta sesión?

P: No. Solamente que hasta hoy no me daba cuenta de lo que podía hacer para favorecer mis estudios.

T: Quizá conversaremos nuevamente sobre eso la próxima semana y veremos cuáles son las cosas que se interponen para que no puedas resolver bien los problemas sola. ¿Está bien? Nos vemos la próxima semana.

Cuando el terapeuta siente que el paciente no ha expresado completamente lo que sintió durante la sesión, o si cree que el paciente se va sin una reflexión apropiada sobre lo que ha aprendido, puede pedirle que complete un informe de terapia (véase figura 4.3), ya sea mentalmente o por escrito.

Tercera sesión y posteriores

Las sesiones posteriores mantienen la misma estructura que la segunda sesión. El contenido varía según los problemas y objetivos del paciente y los propósitos del terapeuta. En este apartado se describe el curso de la terapia a través de las sesiones. En el capítulo 16 se describe en forma más detallada el planeamiento de la terapia.

Como dijimos anteriormente, el terapeuta al comienzo se hace cargo de gran parte de las sugerencias para el plan de cada sesión, ayudando al paciente a identificar y modificar los pensamientos automáticos, diseñando las tareas que se asignan y resumiendo la sesión. A medida que la terapia progresa, se produce una gradual transferencia de las responsabilidades al paciente. Hacia el final de la terapia es el paciente quien designa la mayor parte de los temas de las sesiones, utiliza herramientas tales como el Registro de Pensamiento Disfuncional (véase capítulo 9) para evaluar sus pensamientos, diseña su propia asignación de tareas y resume la sesión.

También, gradualmente, se va pasando del énfasis inicial sobre los pensamientos automáticos a un trabajo tanto sobre estos pensamientos como sobre las creencias subyacentes (capítulos 10 y 11). Además, aunque esto es menos predecible, se va poniendo énfasis en los cambios del comportamiento. Desde el comienzo se alienta a los pacientes depresivos para que programen actividades y se tornen más activos (véase capítulo 12). (Un paciente severamente deprimido puede ser incapaz de concen-

trarse en tareas cognitivas. En ese caso, el terapeuta se concentrará en hacerlo más activo desde el punto de vista del comportamiento hasta que la depresión ceda lo suficiente como para permitirle realizar el trabajo cognitivo.) El terapeuta se dedica a los cambios de la conducta para que el paciente pueda poner a prueba ciertos pensamientos o creencias y, además, para que practique nuevas habilidades, tales como la asertividad (véase capítulo 12). Cuando la terapia llega a su etapa final, se produce otro cambio: se prepara al paciente para el alta y la prevención de las recaídas (véase capítulo 15).

Cuando el terapeuta planifica cada sesión, siempre tiene en cuenta en qué etapa de la terapia se encuentra. Tal como se menciona en el capítulo 2, siempre se vale de su conceptualización del paciente, que es un hilo conductor de la terapia. El terapeuta escribe en la hoja de notas los temas que se han planificado (véase fig. 4.3) antes de cada sesión, pero está preparado para eliminar ítems si es necesario. Mientras el paciente le informa acerca de su estado de ánimo, revisa lo ocurrido en la semana y especifica los temas por tratar, el terapeuta piensa el objetivo o los objetivos de la sesión.

Por ejemplo, en la tercera sesión, los objetivos del terapeuta son comenzar a enseñar a Sally, de una manera más estructurada, a evaluar sus pensamientos automáticos y a seguir programando actividades placenteras. En la cuarta sesión, aplica técnicas de resolución de problemas para ayudarla en la búsqueda de un empleo de tiempo parcial y sigue trabajando sobre los pensamientos disfuncionales. Permanentemente busca integrar sus objetivos con los temas programados por Sally. Esta es la manera como la enseñanza de las técnicas de resolución de problemas y las habilidades de reestructuración cognitiva se conjuguen con las situaciones que ella lleva a la terapia. Estas técnicas combinadas de resolución de problemas y trabajo sobre los pensamientos, generalmente, sólo permiten el tratamiento en profundidad de una o dos situaciones problemáticas por sesión.

El terapeuta toma notas de la sesión (véase fig. 4.3) con el objeto de profundizar la conceptualización, mantenerse al tanto de lo que se trabaja y planificar futuras sesiones. También conserva copias de las notas que toma el paciente. Resulta útil que las notas del terapeuta contengan los temas que se han trabajado, los pensamientos y creencias (transcriptos textualmente) y la fuerza de la creencia inicial en ellos, como así también de las intervenciones practicadas en la sesión, el éxito relativo de estas, los nuevos

NOTAS DE TERAPIA

Nombre del paciente: Sally

Fecha: 15/3

Sesión N°: 7

Puntajes objetivos: Inventario de Depresión de Beck = 18. Inventario de Ansiedad de Beck = 7. Escala de Desesperanza = 9

Plan del paciente:

Problema con un trabajo de inglés

Objetivos del terapeuta:

Continuar modificando el pensamiento perfeccionista.
Disminuir la ansiedad y la reticencia a participar en clase.

Puntos importantes de la sesión:

1. Se sintió menos deprimida y ansiosa esta semana.
2. (Situación/ Problema) (Pensamiento automático) (Emoción)
Trabajo de inglés para mañana → No es bastante bueno → Angustia
Intervención — Registro de Pensamiento Disfuncional — adjunto
Resultado — Ansiedad ↓ (disminuida)
3. Antigua creencia: Si no obtengo la mejor nota, no tengo lo necesario para el éxito.
90% (fuerza de la creencia)
Intervención: Pedir consejo a Donna (amiga)
Resultado: 80% (nuevo puntaje de fuerza de la creencia)
Intervención 2: Dramatización racional — emocional
Resultado: 60% (nuevo puntaje de fuerza de la creencia)
Nueva creencia: No necesito la mejor nota para tener éxito ahora o en el futuro. 80%
4. Tarjeta de apoyo para hacer preguntas después de clase (adjunta).

Tarea para el hogar: (Si el paciente ha dejado una copia, adjúntela. No es necesario copiarla)

RPD y lista de créditos

Leer las notas de la terapia y pensar acerca de las viejas y nuevas creencias en relación con el éxito.

Leer las tarjetas de refuerzo 3 veces al día y cuando lo necesite; luego, hacer 1 ó 2 preguntas después de clase.

Dedicar una hora más a perfeccionar el trabajo de inglés.

Próxima sesión o posteriores:

Trabajar sobre las consecuencias del perfeccionismo sobre otros aspectos de la vida.

Figura 4.3. Notas de terapia.

pensamientos y creencias que se han estructurado y el grado de creencia en ellos. Se deben consignar además las tareas para el hogar asignadas y los temas planificados para futuras sesiones. Hasta los terapeutas experimentados tienen dificultades para recordar todos estos datos si no cuentan con notas escritas.

Este capítulo ha delineado la estructura y el formato típico de una de las primeras sesiones y ha descrito brevemente el desarrollo de la terapia a lo largo de las sesiones. El capítulo siguiente se ocupa de los problemas que se plantean para ceñirse a este formato y el capítulo 16 describe en detalle cómo planificar el tratamiento antes de cada sesión, en las sesiones y a lo largo de ellas.

5

Problemas en la estructuración de las sesiones de terapia

Invariablemente aparecen problemas referidos a la estructuración de las sesiones. Cuando el terapeuta toma conciencia del problema, lo primero que hace es especificarlo y luego esboza una teoría acerca de su causa. Finalmente, diseña una solución que no perjudique la alianza terapéutica.

Con frecuencia, el problema aparece porque el terapeuta no ha instruido al paciente adecuadamente. En esos casos, es posible que sólo deba mejorar su capacidad para instruir a los pacientes o que deba evaluar y controlar sus propios pensamientos automáticos con respecto a la estructuración.

El terapeuta debe comprender que un paciente que acaba de ponerse en contacto con la terapia cognitiva no sabe de antemano que aquel desearía que le informe acerca de los acontecimientos de la semana, describa su estado de ánimo y determine sintéticamente un plan. Tampoco sabe que debe resumir la sesión, dar retroalimentación al terapeuta, recordar el contenido de la sesión y realizar diariamente tareas para el hogar. Por otra parte, el terapeuta no sólo le está enseñando ciertas habilidades, sino también una nueva manera de relacionarse con un profesional (en el caso de que anteriormente haya recibido otra clase de terapia) y un modo diferente de relacionarse con sus dificultades, para que pueda adoptar una actitud más objetiva y más orientada a la resolución de problemas.

Por esas razones, el terapeuta debe, a menudo, repetir muchas veces sus descripciones, dar explicaciones y controlar cada uno de los elementos de la sesión, dando respuestas correc-

tivas. Cuando no logra hacer estas cosas, muchas veces consigue menos información del paciente y las sesiones no resultan eficaces. Otro tipo de dificultad se refiere a la renuencia del paciente para adaptarse a la estructura prescrita a causa de las percepciones y creencias disfuncionales acerca de sí mismo, el terapeuta y/o la terapia. En estos casos, el terapeuta debe formular una explicación acerca de la causa del problema y diseñar una solución. Puede optar, o bien por aceptar la incomodidad del paciente, pidiéndole de todas maneras que acepte esa estructura como un experimento, o bien por acomodarse al comportamiento del paciente, permitiendo que sea él quien al comienzo domine y controle el curso de la sesión. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, se llega a una negociación satisfactoria para ambos y, a lo largo del tiempo, se intenta llevar al paciente a la estructura estándar.

¿Cómo puede el terapeuta determinar si la actitud del paciente se debe a falta de conocimiento o a una resistencia para aceptar la propuesta? En primer lugar, debe instruir más al paciente respecto del modelo cognitivo y debe controlar sus respuestas verbales y no verbales. Si se trata solamente de un problema de conocimiento, la respuesta del paciente suele ser neutra (o, a veces, autocrítica) y después la aceptación es buena. Si el paciente, en cambio, reacciona negativamente, sin duda ha tomado los requerimientos negativamente y el terapeuta debe investigar sus reacciones.

También puede haber dificultades para mantener la estructura de la sesión cuando el terapeuta la ha impuesto de una manera demasiado controladora o demandante. El terapeuta diagnostica este problema revisando una grabación (de audio o vídeo) de la sesión y lo corrige en el siguiente encuentro: "Creo que la semana pasada actué de una manera demasiado autoritaria. Lo lamento. Quiero asegurarme de que estés de acuerdo con la modalidad de la sesión".

A continuación se presentan los problemas típicos de cada momento de la sesión, excepto aquellos que se relacionan con errores significativos cometidos por el terapeuta.

Breve actualización

Una dificultad bastante común es la que se produce cuando el paciente comienza la sesión con un relato demasiado detallado o caótico. Luego de varias oraciones, el terapeuta interviene

amablemente, señalando la importancia de centrarse en problemas específicos.

TERAPEUTA: Perdona que te interrumpa un momento. Es importante para mí comprender ahora el cuadro general de la semana. Veremos los detalles más tarde. ¿Podrías sintetizar lo ocurrido en la semana en tres o cuatro oraciones? ¿Fue una semana mala? ¿Tuvo altibajos? ¿Qué cosas importantes ocurrieron?

Si el paciente sigue relatando detalles en lugar de presentar el cuadro general, el terapeuta puede ejemplificar lo que está pidiendo.

T: Parecería que me estás diciendo: “Tuve una semana bastante difícil. Tuve una pelea con una amiga, me angustié bastante cuando tenía que salir y tuve dificultades para concentrarme en mi trabajo”. Ese es el cuadro general al que yo me refería. A partir de él, puedo darme cuenta de cuáles son las cosas importantes para incluir en el plan y tratarlas más tarde. ¿Está más claro ahora qué es lo que busco cuando te pido al comienzo de la sesión que me hagas una actualización? ¿Te parece bien hacerlo de ese modo?

En otro momento de la sesión, el terapeuta puede sugerir que, para el siguiente encuentro, el paciente prepare por escrito un panorama general de lo que ha ocurrido en la semana, en unas pocas oraciones.

Algunos pacientes comprenden el pedido y son capaces de hacer una síntesis concisa, pero *eligen* no hacerlo. Si el terapeuta cuenta con elementos que le sugieren que cuestionar la falta de cumplimiento con la estructura puede dañar la alianza terapéutica, tal vez le convenga permitir que el paciente controle la parte de actualización de la sesión. (Esos elementos pueden ser reacciones verbales o no verbales del paciente frente a intentos previos de estructurar la sesión, afirmaciones directas sobre preferencias respecto del proceso terapéutico o relatos acerca de reacciones fuertes del pasado, en momentos en que percibió que alguien trataba de controlarlo o dominarlo.)

Sin embargo, las reacciones extremas frente a lo estructurado no son frecuentes. El terapeuta generalmente puede explorar con tranquilidad las razones de la resistencia del paciente

y resolver con él el problema. Si el terapeuta pide al paciente una revisión más concisa y nota un cambio afectivo negativo, puede preguntar: "Cuando te pedí que me dieras el cuadro general, ¿qué pasó por tu mente?". Luego de identificar los pensamientos automáticos del paciente, el terapeuta puede 1) ayudarlo a evaluar la validez de esos pensamientos, 2) usar la técnica de la flecha hacia abajo (véanse pp. 182-183) para descubrir el significado de los pensamientos, y/o 3) hacer una afirmación empática y pasar a la resolución del problema, como se ejemplifica:

T: Lamento cortarte nuevamente. Veo que tienes muchas cosas en tu mente y *me gustaría* escucharlas. ¿Quieres seguir ahora con tu repaso de la semana o prefieres incluirlo en el plan y dedicarle una buena parte del tiempo de la sesión, después que hayamos controlado tu estado de ánimo y que decidamos qué otros temas quieres incluir en el plan?

Usualmente, esta última opción es mejor que ayudar al paciente a evaluar sus pensamientos automáticos en un momento en que se encuentra muy molesto. Al expresar interés y el deseo de llegar a un acuerdo, el terapeuta muchas veces modifica la percepción (adecuada o no) del paciente, que se siente demasiado controlado.

Control del estado de ánimo

Muchas veces el paciente no logra llenar bien los formularios, le desagradan, o tiene dificultades para expresar subjetivamente (de una manera concisa) su estado de ánimo general durante la semana. Si el problema radica solamente en la falta de instrucción para completar formularios, el terapeuta pregunta al paciente si recuerda y está de acuerdo con las explicaciones para llenarlos y determina si existe alguna dificultad práctica que deba ser resuelta (como falta de tiempo, olvidos o un problema en la escritura).

Si el paciente se siente molesto cuando se le pide que complete formularios, el terapeuta puede indagar acerca de sus pensamientos automáticos. Si no resulta fácil acceder a ellos, le pregunta acerca del significado de la situación: "¿Qué *significa* para ti el hecho de que te pidan que completes estos formularios?". El terapeuta puede responder empáticamente a las preocupaciones del paciente, ayudarlo a evaluar sus pensamientos y creencias

relevantes y/o ayudarlo a resolver el problema. Estas respuestas aparecen en tres ejemplos, a continuación:

PACIENTE: Estos formularios son una pérdida de tiempo. La mitad de las preguntas son irrelevantes.

T: Sí, comprendo que los formularios te *parezcan* una pérdida de tiempo porque no todas las preguntas se aplican a tu situación. Sin embargo, ahorran mucho tiempo en la sesión, porque puedo mirarlos rápidamente y tener un panorama, sin molestarte con decenas de preguntas. ¿Estás de acuerdo con completarlos nuevamente para la próxima sesión? En el caso de que te sigan molestando, volveremos a hablar.

En el ejemplo que sigue, la paciente expresa claramente que se siente molesta a través de las palabras que elige, su tono de voz y su lenguaje corporal.

P: Estos formularios son una pérdida de tiempo. La mitad de las preguntas son irrelevantes.

T: ¿Qué significa para ti que te pida que completes estos formularios?

P: Estoy ocupada. Tengo muchas cosas que hacer. Si lleno mi vida de tareas que no sirven, nunca llegaré a hacer nada.

T: Me doy cuenta de que estás bastante irritada. ¿Cuánto tiempo toma llenar estos formularios?

P: ... No lo sé. Quizá diez minutos.

T: Sé que los formularios te parecen irrelevantes, pero de hecho nos ahorran tiempo en la sesión, porque no tengo que hacerte muchas preguntas. ¿Podemos tratar de resolver el problema y ver si puedes encontrar en la semana los diez minutos que necesitas para completarlos?

P: No es gran cosa. Lo haré. Trataré de salir del trabajo un poco más temprano la próxima vez.

En este caso el terapeuta identifica el significado de la situación. El paciente exagera el tiempo que le insume esta tarea, hasta que el terapeuta le ayuda a ver lo breves que son los formularios. El terapeuta no evalúa *directamente* la validez de las ideas del paciente porque, al encontrarse molesto, con seguridad interpretaría estas observaciones de una manera negativa.

En un tercer caso, el terapeuta considera que intentar persuadir al paciente para que complete los formularios podría afectar negativamente la alianza terapéutica.

P: (*Con enojo*) Detesto estos formularios. No sirven para mí. Sé que *usted* quiere que los complete, pero le estoy diciendo que no sirven para nada.

T: Estoy de acuerdo en que los dejes de lado o en que los completes sólo de vez en cuando. Sin embargo, *me gustaría* tener una idea clara de cómo has estado en la semana. ¿Podrías contarme verbalmente, cuán enojado, triste y angustiado has estado, en una escala de cero a cien?

El problema es diferente cuando el paciente encuentra dificultades para expresar su estado de ánimo, ya sea porque no logra hacerlo de una manera concisa, o bien porque tiene problemas para dar nombres a sus estados de ánimo. El terapeuta puede, en esos casos, interrumpirlo amablemente y formularle preguntas específicas o demostrarle cómo debe responder.

T: ¿Puedo interrumpirte un momento? ¿Puedes decirme en una sola oración cómo ha sido tu estado de ánimo esta semana, en comparación con la semana pasada? *Quiero* saber más del problema que has tenido con tu hermano. Lo veremos en unos minutos, pero primero necesito saber cómo te has sentido en general y si has estado igual, mejor o peor que la semana anterior.

P: Creo que algo peor.

T: ¿Más angustiada? ¿Más triste? ¿Más enojada?

P: Quizás un poco más angustiada. Más o menos igual de triste. No muy enojada.

Si el paciente tiene dificultades para dar un nombre a sus estados de ánimo, el terapeuta puede responder:

T: Parece que te cuesta expresar cómo te has sentido. ¿Te parece que incluyamos en el plan el ítem “identificación de sentimientos”?

Durante la sesión, el terapeuta puede utilizar las técnicas descritas en el capítulo 7 para enseñarle al paciente a especificar su estado de ánimo.

Puente desde la sesión anterior

En este punto, suelen aparecer problemas por la dificultad del paciente para recordar el contenido de la sesión o por su

reticencia para expresar sentimientos negativos hacia el terapeuta. Una solución es pedir al paciente que complete un Formulario Puente entre Sesiones (véase capítulo 4, figura 4.1) antes de cada sesión. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, la dificultad para referir los puntos más importantes de la sesión anterior, se debe a que el terapeuta ha olvidado alentar al paciente para que tome nota de esos puntos durante la sesión o a que este no ha cumplido con la tarea de leer diariamente esas notas.

Cuando el paciente no logra expresar con sinceridad sus reacciones frente a lo sucedido en la sesión anterior, se pueden adoptar distintas soluciones. En primer lugar, si sospecha que ha habido una reacción negativa, el terapeuta puede alentar más al paciente a expresarla, como se consigna en el ejemplo que sigue.

- T: ¿Crees entonces que todo ha estado bien en la sesión anterior?
¿Piensas que si algo te hubiese molestado, me lo habrías dicho?
- P: Creo que sí.
- T: Está bien, porque yo *quiero* adaptar esta terapia a tus necesidades. Si realmente algo te hubiese molestado, yo desearía saberlo, para poder solucionar el problema.

En segundo lugar, el terapeuta puede trabajar sobre el *significado* que tiene para el paciente la expresión de sentimientos negativos.

- T: Está bien. Quiere decir que, básicamente, estás conforme con la sesión que tuvimos la semana pasada. De todos modos, ¿qué sentirías si algo no te hubiese satisfecho y me lo hubieses dicho?
- P: ¡Oh!, yo nunca lo criticaría, porque sé que está haciendo lo mejor para mí.
- T: Bien, gracias, pero yo soy sólo un ser humano y sé que cometo errores a veces. ¿Qué sucedería si me *criticaras*?
- P: Oh... creo que sería una ingrata.
- T: Humm. Me pregunto si verdaderamente significa que serías ingrata al darme retroalimentación cuando la *deseo* y te la estoy pidiendo. ¿Podríamos incluir este tema en el plan, para conversar un poco más al respecto?

Establecer el plan

Las dificultades típicas que aparecen en este tramo son la falta de colaboración del paciente en el armado del plan, las divagaciones que pueden aparecer, o la actitud negativa en las conversaciones para fijar temas. El paciente que no contribuye con temas para el plan o bien no está suficientemente instruido, o está atribuyendo un *significado* negativo especial a su colaboración.

T: ¿Qué temas te gustaría incluir en el plan?

P: ...En realidad, nada.

T: ¿Qué problemas tuviste esta semana o supones que vas a tener la próxima?

P: No lo sé, creo que todo está bien.

T: ¿Qué te parece si incluimos en el plan el examen de cómo te está yendo respecto de los objetivos que fijamos al comenzar la terapia?

P: Está bien.

T: Si te parece bien, entonces quisiera que anotaras como tarea para la semana entrante reflexionar acerca de los temas que te gustaría incluir en el plan de la próxima sesión.

Si en la semana siguiente el paciente tampoco logra sugerir un tema, aun cuando la revisión de la semana sugiera que experimentó algunas dificultades, el terapeuta debe averiguar acerca de sus pensamientos automáticos y/o acerca del significado de este pedido.

T: ¿Recuerdas que debías pensar en un tema para el plan?

P: Sí, pero no sé... no se me ocurrió nada.

T: ¿Qué pasaba por tu mente mientras tratabas de pensar en un tema?

P: No lo sé... que *usted* es el médico y sabe mejor que yo de qué temas deberíamos hablar.

T: ¿Cómo te sientes cuando te presiono para que pienses en un tema?

P: Creo que está bien.

T: ¿No te sientes un poco molesta?

P: Un poco.

El terapeuta puede entonces averiguar acerca de las expectativas que tiene el paciente respecto de la terapia y ayudarlo a examinar las ventajas y desventajas de esas expectativas.

Los pacientes que, en lugar de limitarse a nombrar un tema en el momento de armado del plan, comienzan a dar una explicación detallada, habitualmente sólo necesitan más instrucciones.

T: (*Interrumpe amablemente*) Me doy cuenta de que este es un problema importante. Quisiera que ahora te limitaras a nombrarlo y que lo retomáramos en unos minutos. ¿Podríamos llamarlo “un problema con mi jefe”?

P: Sí.

T: Está bien. ¿Puedes darme los nombres de otros problemas que quieras incluir en el plan?

Si en la siguiente sesión el paciente persiste en relatar los problemas en lugar de limitarse a nombrarlos, se le puede pedir que los anote como tarea para el hogar.

Un tercer tipo de problema se presenta cuando el paciente no tiene expectativas respecto del planteamiento de sus problemas. En este caso, el terapeuta trata de implementar técnicas de resolución de problemas.

T: Está bien. Hasta ahora tenemos en nuestro plan el problema del cansancio y el de organizar tus finanzas en cuestiones de impuestos. ¿Algo más?

P: (*Suspira*) No... sí... no lo sé... Me siento muy abrumada y no creo que nada de esto me vaya a ayudar.

T: ¿No crees que hablar acerca de tus problemas en la sesión vaya a ayudarte?

P: No. ¿Para qué? Usted no puede solucionar el problema de que debo mucho dinero y estoy tan cansada que muchas mañanas ni siquiera puedo levantarme. Sin mencionar el hecho de que estoy tan atrasada con el trabajo de mis cursos que probablemente repruebe.

T: Bien. Es verdad que no podemos solucionarlo todo instantáneamente. También es cierto que tienes problemas reales y que debemos trabajar juntos sobre ellos. Ahora bien, si hoy sólo tenemos tiempo para trabajar sobre un tema, ¿a cuál piensas que sería más útil que nos dedicáramos?

P: No lo sé... quizás al cansancio. Si pudiera dejar la cama, probablemente podría solucionar más cosas.

En este caso, el terapeuta confirma a la paciente que sus problemas son reales, que deben trabajar sobre cada uno, tomando uno por vez y que no es necesario que ella trabaje sola. Al pedirle que haga una elección forzosa, la ayuda a concentrarse en la selección de un problema y la orienta hacia la resolución. Si la paciente se rehúsa a elegir, el terapeuta deberá intentar con una táctica diferente.

T: Parece que no tienes muchas esperanzas. No puedo asegurarte que el hecho de trabajar juntos mejorará las cosas, pero quiero intentarlo. ¿Quieres probar tú también? ¿Te parece bien conversar sobre el cansancio durante diez o quince minutos y ver qué sucede?

Reconocer la falta de esperanzas de la paciente y la incapacidad del terapeuta para garantizar el éxito lleva a la paciente a aceptar un trabajo de resolución de problemas por unos minutos.

Revisión de la tarea para el hogar

Un problema típico es que el terapeuta, apresurado por abordar los temas del plan, no llegue a preguntarle al paciente acerca de las tareas que realizó durante la semana. Es más probable que el terapeuta recuerde hacerlo si tiene adelante consignados los seis elementos que configuran una sesión de terapia (véase capítulo 4, p. 67) y las notas de terapia de la semana anterior, que contienen la asignación de tareas. En ocasiones aparece el problema contrario: el terapeuta revisa las tareas (no relacionadas con los problemas de ese día del paciente) demasiado detalladamente antes de pasar al plan del día. En el capítulo 14 se tratan en profundidad otros problemas vinculados con las tareas para el hogar.

Abordaje de los ítems del plan

Algunos problemas típicos de esta parte de la sesión son la falta de esperanza, las conversaciones tangenciales o dispersas, un manejo ineficaz del tiempo y la incapacidad para realizar intervenciones terapéuticas. Las conversaciones dispersas suelen aparecer cuando el terapeuta no estructura la conversación de una manera adecuada. Para lograrlo, debe realizar interrupciones amables, guiando al paciente para que retome el tema que se

está tratando. También se producen intercambios de escaso valor cuando no logra concentrar la actividad en los pensamientos automáticos, las emociones y comportamientos *clave* y cuando no consigue realizar la síntesis con frecuencia. En la transcripción que sigue, el terapeuta resume en pocas palabras varios minutos de una descripción de la paciente y la orienta para que pueda identificar sus pensamientos automáticos.

T: Permíteme asegurarme de que he comprendido bien. Tuviste una pelea con tu hermana ayer. Esa situación te recordó peleas anteriores y comenzaste a enojarte cada vez más. Anoche volviste a llamarla y ella comenzó a criticarte porque no la ayudas con tu madre. ¿Qué pasaba por tu mente cuando ella dijo: “Eres la oveja negra de la familia”?

El *manejo del tiempo* suele ser un problema para el terapeuta novato, que muchas veces sobrestima la cantidad de temas que pueden ser abordados en la sesión. Es preferible establecer prioridades y especificar solamente uno o dos temas para conversar en la sesión. Tanto el terapeuta como el paciente deben mantener el control del tiempo y decidir juntos qué hacer cuando es escaso. (En términos prácticos, es bueno tener a la vista uno o dos relojes para controlar el paso del tiempo.)

T: Sólo nos quedan diez minutos antes de comenzar el cierre de la sesión. ¿Te gustaría seguir hablando acerca de este problema con tu vecina o prefieres que terminemos en un par de minutos para poder así conversar del otro problema con tu compañera de trabajo?

Un tercer problema que suele aparecer durante el tratamiento de los ítems del plan es que *el terapeuta no acierte a hacer una intervención terapéutica*. Dedicarse simplemente a describir un problema o a identificar pensamientos disfuncionales o creencias relacionadas no redundará en el bienestar del paciente. El terapeuta debe ser consciente de que su objetivo es ayudar al paciente (durante la sesión) a combatir sus cogniciones disfuncionales, resolver o al menos solucionar parcialmente un problema o asignar tareas pensadas para mejorar el problema o hacer que se sienta menos perturbado.

Asignar nuevas tareas

Es menos probable que un paciente cumpla con las tareas para el hogar si 1) el terapeuta sugiere una tarea demasiado difícil o no relacionada con las preocupaciones del paciente, 2) no le da una explicación adecuada, 3) olvida revisar las tareas asignadas en sesiones anteriores, 4) no enfatiza la importancia de las tareas diarias en general y de cada asignación específica en particular, 5) no enseña específicamente a realizar la tarea, 6) no inicia la tarea, ni realiza ensayos de la misma (capítulo 14, pp. 304-305) ni formula preguntas estándar acerca de los obstáculos potenciales que podrían interponerse, 7) no hace que el paciente anote lo que se le asigna u 8) fija unilateralmente una tarea que el paciente no desea realizar.

Si las causas de los problemas no fueron las anteriores, el terapeuta averigua si el paciente no tiene creencias disfuncionales respecto de las tareas (p. ej., “Debería poder sentirme mejor sin tener que trabajar tanto”, “Mi terapeuta tendría que curarme sin que yo tuviese que cambiar las cosas”, “Soy demasiado inútil como para poder hacer tareas”, “La tarea es banal y no me ayudará a mejorar”). En esos casos, el terapeuta ayuda al paciente a especificar y poner a prueba sus ideas disfuncionales respecto de la tarea. En el capítulo 14 se trata con más detalle el tema de las tareas para el hogar.

Resumen final

A lo largo de la sesión, el terapeuta resume periódicamente los contenidos para asegurarse de haber comprendido lo que el paciente ha expuesto. Si le ha pedido que registre por escrito los puntos más importantes de la sesión, el resumen final consistirá en una breve revisión de esas notas y una síntesis oral de otros tópicos que se hayan tratado. Cuando el terapeuta no hace que el paciente tome notas, generalmente resulta más difícil hacer una síntesis de la sesión y lograr que el paciente recuerde los temas tratados durante la semana.

Retroalimentación

Suelen aparecer problemas cuando el paciente está molesto hacia el final de la sesión y no tiene suficiente tiempo para resolver su malestar o cuando no logra expresar en absoluto sus reacciones negativas. Una solución práctica para evitar quedarse

sin tiempo es comenzar el cierre unos diez minutos antes del final. El terapeuta puede entonces asignar nuevas tareas de una manera más efectiva, resumir la sesión y pedir retroalimentación. A continuación transcribimos un ejemplo de respuesta ante una retroalimentación negativa:

T: ¿Hay algo que te haya molestado en lo que dije hoy?

P: Creo que usted no se da cuenta de lo difícil que es para mí hacer las cosas. Tengo muchas responsabilidades y muchos problemas. *Para usted* es fácil decir que debo concentrarme en mi trabajo y olvidar lo que está ocurriendo con mi jefe.

T: ¡Oh!, lamento que hayas tenido esa impresión. *Quise decir* que me daba cuenta de que estás muy perturbada por el problema con tu jefe y que hubiese deseado resolverlo esta semana. Espero que podamos hablar más de eso la próxima semana, pero, ¿hubo algo que yo hiciera o dijera para hacerte pensar que sugería dejar de lado ese problema?

[El terapeuta, a continuación, aclara el malentendido.]

Problemas que surgen de las cogniciones del terapeuta

Los problemas antes mencionados presuponen que el terapeuta está de acuerdo con la estructura habitual de la sesión de terapia y se siente competente para implementarla. Los que siguen son pensamientos y creencias típicos de los terapeutas, que pueden interferir con la implementación de la estructura habitual.

Pensamientos automáticos

“No logro estructurar la sesión.”

“[A mi paciente] no le gustará la estructura.”

“No se puede expresar sintéticamente.”

“No debería interrumpirlo.”

“Si soy demasiado directivo, se enojará.”

“No cumpliré con las tareas.”

“Si evalúo sus ideas, se sentirá menospreciado.”

Es importante que el terapeuta controle su propio nivel de incomodidad e identifique sus pensamientos automáticos durante y entre las sesiones. De esta manera podrá identificar problemas, evaluar y modificar sus pensamientos y resolver problemas para facilitar la implementación de la estructura habitual en la siguiente sesión.

6

Identificación de los pensamientos automáticos

El modelo cognitivo sostiene que la interpretación de una situación (más que la situación misma), a menudo expresada en forma de pensamientos automáticos, influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente. Por supuesto, existen acontecimientos que son casi universalmente perturbadores, tales como ser atacado, padecer un rechazo o un fracaso. Las personas con trastornos psicológicos, no obstante, a menudo perciben mal situaciones neutras o hasta positivas y deforman sus pensamientos automáticos. Al examinar críticamente estos pensamientos y corregir los errores, en muchos casos se sienten mejor.

Este capítulo describe las características de los pensamientos automáticos y las técnicas para identificarlos en los pacientes, explicarlos, diferenciar entre pensamientos automáticos e interpretaciones y enseñar al paciente a identificarlos. El siguiente capítulo se ocupa de las emociones negativas: cómo enseñar a los pacientes a diferenciar pensamientos automáticos de emociones y cómo identificar y evaluar la intensidad de estas.

Características de los pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos constituyen un flujo de pensamiento que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto (Beck, 1964). Estos pensamientos no son patrimonio sólo de las personas con trastornos psicológicos, sino que son una experiencia común a todos. La mayor parte del tiempo no tenemos

demasiado registro de ellos, pero con un poco de entrenamiento podemos traerlos a la conciencia. Si somos conscientes de nuestros pensamientos y no padecemos un trastorno psicológico, automáticamente podemos controlar su grado de realidad.

Un lector de este texto, por ejemplo, mientras está concentrado en la lectura, puede tener el siguiente pensamiento automático: “No comprendo esto” y sentirse ligeramente ansioso. Sin embargo, es posible que responda a este pensamiento espontáneamente (sin una conciencia explícita) de una manera productiva: “En realidad comprendo algunas partes. Intentemos leyendo nuevamente este apartado”.

Esta clase de comprobación automática de la realidad y respuesta a los pensamientos negativos es una experiencia frecuente. Las personas que padecen alteraciones muchas veces no realizan esta clase de examen crítico. La terapia cognitiva les provee entonces las herramientas para evaluar sus pensamientos de una manera consciente y estructurada, especialmente cuando se sienten perturbados.

Sally, por ejemplo, mientras lee un capítulo de economía, tiene el mismo pensamiento que el lector del párrafo anterior: “No comprendo esto”, pero sus pensamientos se tornan más exagerados: “Y *nunca* lo comprenderé”. Ella considera correctos estos pensamientos y se siente bastante triste. Después de adquirir las herramientas de la terapia cognitiva, en cambio, puede utilizar esa emoción negativa como una pista para buscar, identificar y evaluar pensamientos y, a partir de esas acciones, desarrollar una respuesta más adaptativa: “Un momento, no es necesariamente cierto que nunca entenderé esto. Ahora tengo algunos problemas, pero si lo vuelvo a leer o lo retomo cuando esté más despejada, podré comprenderlo mejor. De todas maneras, entender esto no es algo crucial para mi supervivencia y, en caso necesario, puedo pedirle a alguien que me lo explique”.

Aunque los pensamientos automáticos parecen surgir espontáneamente, una vez que el paciente identifica las creencias subyacentes, se vuelven bastante predecibles. El terapeuta cognitivo se interesa en la identificación de los pensamientos disfuncionales, es decir, de aquellos que distorsionan la realidad, son emocionalmente perturbadores y/o interfieren con la capacidad del paciente para alcanzar sus objetivos. Los pensamientos automáticos disfuncionales son casi siempre negativos, a menos que el paciente sea maníaco o hipomaníaco, tenga un trastorno narcisístico de la personalidad o sea un drogadicto.

Los pensamientos automáticos suelen ser breves, y el paciente a menudo está más consciente de la *emoción* que experimenta como consecuencia del pensamiento que de este en sí mismo. Al tomar asiento en la sesión, por ejemplo, el paciente puede tener cierta conciencia de que está angustiado, triste, irritado o incómodo pero, en cambio, puede no tener conciencia de sus pensamientos automáticos hasta que el terapeuta lo interroga al respecto.

La emoción que experimenta el paciente está conectada de manera lógica con el contenido del pensamiento automático. Por ejemplo, Sally piensa: "Soy muy tonta. En realidad no comprendo lo que [mi terapeuta] está diciendo" y se siente triste. En otro momento piensa: "Está mirando el reloj. No soy más que otro caso para él" y se siente ligeramente enojada. Cuando piensa: "¿Y si la terapia no funciona, qué haré?", se siente angustiada.

Los pensamientos automáticos suelen aparecer en forma muy "escueta", pero generalmente el paciente logra expresarlos en cuanto el terapeuta pregunta por el *significado* de ese pensamiento. Por ejemplo: "¡Oh, no!" se podría traducir como "[Mi terapeuta] me va a asignar demasiadas tareas para el hogar". "¡Maldición!" puede ser la expresión de una idea tal como "Dejé mi agenda en casa y no puedo anotar mi siguiente cita con el terapeuta. Soy una estúpida".

Los pensamientos automáticos pueden aparecer en forma verbal, visual (imágenes) o de ambas maneras. Además de su pensamiento verbal automático (¡Oh, no!), es posible que Sally haya tenido una imagen de sí misma, sola en su escritorio en la noche, ocupada en sus tareas para la terapia (véase capítulo 13 para una descripción de pensamientos automáticos en forma de imágenes).

Los pensamientos automáticos se pueden evaluar según su *validez* y su *utilidad*. La mayor parte de ellos están distorsionados de alguna manera y se producen pese a que existan evidencias objetivas que indiquen lo contrario. Un segundo tipo de pensamientos automáticos son adecuados, pero el paciente extrae de ellos *conclusiones* distorsionadas. Por ejemplo: "No hice lo que le prometí [a mi compañera de cuarto]" es un pensamiento válido, pero la conclusión "Por lo tanto, soy una mala persona" no lo es.

Un tercer tipo de pensamientos automáticos también son correctos, pero decididamente disfuncionales. Por ejemplo, Sally estaba estudiando para el examen y pensaba: "Me va a tomar horas aprender esto. Estaré levantada hasta las tres de la maña-

na". Este pensamiento era indudablemente correcto, pero aumentaba su angustia y disminuía su concentración y su motivación. Una manera razonable de enfrentarlo sería analizar su *utilidad*. "Es verdad que me tomará mucho tiempo, pero puedo hacerlo. Ya lo he hecho antes. Pensar en lo mucho que me va a tomar me hace sentir desgraciada y me impide concentrarme bien. De esta manera, voy a tener que estudiar aun más tiempo. Sería mejor que me concentrara en terminar una parte por vez y luego darme crédito por haber terminado con esa parte." Evaluar la validez y/o utilidad de los pensamientos automáticos y responder a ellos de una manera adaptativa generalmente produce un cambio positivo en los sentimientos.

Para resumir, los pensamientos automáticos coexisten con un flujo más manifiesto de pensamientos, aparecen espontáneamente y no se basan en la reflexión o en la deliberación. Las personas habitualmente son más conscientes de la emoción que se asocia con ellos que de los pensamientos mismos, pero con un breve entrenamiento pueden lograr llevarlos a la conciencia. Los pensamientos relacionados con problemas personales se asocian con emociones *específicas*, que dependen de su contenido y significado. A menudo, son breves y fugaces y pueden aparecer en forma verbal y/o en forma de imágenes. Las personas habitualmente aceptan estos pensamientos como si fuesen verdaderos, sin reflexionar sobre ellos ni evaluarlos. La identificación de los pensamientos automáticos, su evaluación y la manera más adaptativa de responder a ellos suele producir cambios positivos en las emociones.

Explicar los pensamientos automáticos a los pacientes

Es ilustrativo explicar los pensamientos automáticos utilizando los propios ejemplos del paciente. En el capítulo 3 aparece la transcripción de un ejemplo. A continuación mostramos otro.

TERAPEUTA: Me gustaría dedicar ahora unos minutos a hablar de la relación entre los pensamientos y los sentimientos. ¿Puedes pensar en algunos momentos de esta semana en que te hayas sentido mal?

Paciente: Sí, esta mañana, cuando iba a la clase.

T: ¿Cuál era el sentimiento? ¿Tristeza, angustia, enojo?

P: Tristeza.

- T: ¿Qué cruzaba por tu mente en ese momento?
- P: Estaba mirando a otros estudiantes, que conversaban y se divertían en el parque.
- T: ¿Qué pasaba por tu mente mientras los mirabas?
- P: Que nunca sería como ellos.
- T: Está bien. Acabas de identificar algo que llamamos *pensamientos automáticos*. Todas las personas los tienen. Son pensamientos que aparecen de pronto en nuestra mente. No estamos tratando de pensar en eso deliberadamente. Por eso los llamamos automáticos. La mayor parte de las veces suceden muy rápido y somos más conscientes de la emoción —en este caso, la tristeza— que del pensamiento. Muchas veces esos pensamientos están distorsionados de alguna manera, pero reaccionamos como si fueran ciertos.
- P: Humm.
- T: Lo que haremos será enseñarte a identificar tus pensamientos automáticos y a evaluarlos para ver si son correctos. Por ejemplo, ahora evaluaremos el pensamiento: “Yo nunca seré como esos estudiantes”. ¿Qué piensas que ocurriría con tus sentimientos si descubrieras que tus pensamientos no eran verdaderos y que cuando tu depresión desaparezca, te darás cuenta de que tú *eres* como los otros estudiantes?
- P: Me sentiría mejor.

Aquí el terapeuta sugiere una situación alternativa para ilustrar el modelo cognitivo. Más adelante en la misma sesión usará el cuestionario socrático para analizar con la paciente ese pensamiento y lograr que ella desarrolle su propia respuesta adaptativa. En la parte que sigue, hace escribir a Sally el pensamiento automático, enfatizando el modelo cognitivo (véase figura 6.1).

- T: Anotémoslo en este papel. Cuando piensas “Nunca seré como esos estudiantes”, te sientes triste. ¿Te das cuenta de que tu pensamiento está influyendo sobre lo que sientes?
- P: Ajá.
- T: Eso es lo que llamamos el *modelo cognitivo*. En la terapia te enseñaremos a identificar tus pensamientos automáticos cada vez que percibas que tu estado de ánimo ha experimentado un cambio. Ese es el primer paso. Seguiremos practicándolo hasta que te resulte fácil. Luego aprenderás a evaluar tus pensamientos y a cambiarlos cuando no sean completamente correctos. ¿Está claro?

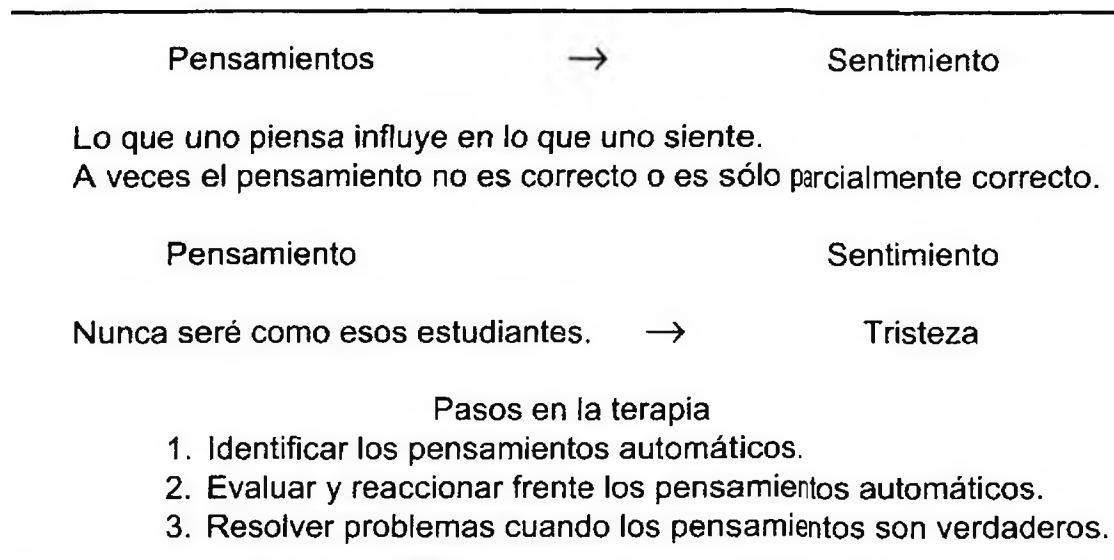


Figura 6.1. Notas de Sally de la Sesión 1.

P: Creo que sí.

T: ¿Qué te parece si lo escribimos? Paso 1: Identificar los pensamientos automáticos. Paso 2: Evaluar y responder a los pensamientos. ¿Podrías decirme con tus propias palabras la relación que existe entre los pensamientos y los sentimientos?

P: A veces tengo pensamientos que son equivocados y me hacen sentir mal... pero, ¿y si los pensamientos son correctos?

T: Esa es una buena observación. En ese caso recurriremos a técnicas de resolución de problemas o averiguaremos qué tiene de malo que *sean* correctos. Sin embargo, me parece que encontraremos muchos errores en tu pensamiento, porque *estás* deprimida y eres negativa. El pensamiento negativo siempre forma parte de la depresión. En todo caso, averiguaremos juntos si tus interpretaciones están equivocadas. ¿Puedes contarme alguna otra ocasión en que te hayas sentido mal esta semana, para que identifiquemos más pensamientos automáticos?

Al final de esta sesión, el terapeuta realiza un nuevo control para observar el grado de comprensión del modelo cognitivo que ha alcanzado la paciente.

T: Recapitulando un poco, ¿puedes decirme qué entiendes ahora de la relación entre pensamientos y sentimientos?

P: Bien, a veces los pensamientos automáticos aparecen en mi mente y los acepto como verdaderos. Entonces me siento... como sea: triste, preocupada...

T: Muy bien. ¿Qué te parece si como tarea para esta semana buscas algunos de estos pensamientos automáticos?

P: Está bien.

T: ¿Por qué crees que te estoy sugiriendo que lo hagas?

P: Porque a veces mis pensamientos no son correctos y si me doy cuenta de lo que estoy pensando, puedo transformarlos y sentirme mejor.

T: Muy bien. Ahora, ¿qué te parece si anotas la tarea? “Cada vez que observe un cambio en mi estado de ánimo o que mi estado de ánimo empeore, me preguntaré... *(La paciente lo escribe)* ¿Cuál era la pregunta del millón?

P: ¿Qué estaba pasando por mi mente?

T: ¡Bien! Anótalo.

Indagar sobre los pensamientos automáticos

Aprender a identificar los pensamientos automáticos entraña un proceso semejante al del aprendizaje de cualquier otra habilidad. Algunos pacientes (y terapeutas) lo captan fácil y rápidamente. Otros requieren más ayuda y más práctica para identificar estos pensamientos e imágenes. Los dos apartados que siguen describen procedimientos para indagar los pensamientos automáticos (resumidos en la figura 6.2).

El primer procedimiento consiste en identificar los pensamientos automáticos que el paciente genera en la sesión. El segundo método trata de investigar los pensamientos automáticos que el paciente ha tenido en situaciones problemáticas que se presentaron entre sesiones, por medio de la evocación, la imaginación, las dramatizaciones o el planteo de hipótesis.

Indagar sobre los pensamientos automáticos que aparecen en la sesión

Es oportuno trabajar sobre los pensamientos automáticos cuando el terapeuta observa un cambio en el estado anímico del paciente durante la sesión.

T: Sally, he notado un cambio en tus ojos. ¿Qué pasaba por tu mente?

Es importante estar alerta para captar las pistas verbales y no verbales que da el paciente, y de esta manera llegar a las

TECNICAS PARA MODIFICAR LOS PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

Pregunta básica:

¿Qué estaba pasando por su mente en ese momento?

Para identificar los pensamientos automáticos:

1. Formular esta pregunta en los momentos en que se observe un cambio (o una intensificación) en los afectos durante la sesión.
2. Hacer que el paciente describa una situación problemática o un momento en el que experimentó un cambio en los afectos y formular entonces la pregunta básica.
3. En caso necesario, hacer que el paciente utilice imágenes mentales para describir la situación específica o el momento con la mayor cantidad de detalles posible (como si estuviera ocurriendo en el presente) y formular entonces la pregunta básica.
4. Si es necesario o si se prefiere, hacer que el paciente dramatice una interacción determinada con el terapeuta y luego formular la pregunta básica.

Otras preguntas para indagar sobre los pensamientos automáticos:

1. ¿En qué supone que estaba pensando?
 2. ¿Cree usted que estaba pensando en _____ o en _____? (El terapeuta provee un par de posibilidades.)
 3. ¿Estaba usted imaginando algo que podría suceder o recordando algo que ocurrió?
 4. ¿Qué significó esa situación para usted? (O ¿qué revela acerca de usted?)
 5. ¿Estaba usted pensando _____? (El terapeuta provee una respuesta opuesta a la esperada.)
-

Figura 6.2. Resumen de técnicas para identificar pensamientos automáticos. Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

“cogniciones candentes”, es decir, a los pensamientos automáticos e imágenes importantes que surgen en la sesión y están asociados con un cambio o un incremento de las emociones. Estas cogniciones candentes pueden referirse al paciente mismo (“Soy una fracasada”), al terapeuta (“El no me comprende”) o al tema en discusión (“No es justo que tenga que hacer tantas cosas”). Es importante indagar acerca de las cogniciones candentes, porque estas suelen ser de una importancia fundamental en la conceptualización. Generalmente, estos pensamientos cargados de afecto son los elementos más importantes sobre los que se puede

trabajar. Además, se trata de ideas que pueden perjudicar la motivación o la autovaloración de un paciente. Estos pensamientos también pueden interferir con la concentración del paciente durante la sesión y en la relación terapéutica. Finalmente, identificar los pensamientos automáticos en el momento en que se producen da al paciente la oportunidad de controlarlos y reaccionar frente a ellos para facilitar el trabajo durante el resto de la sesión.

¿Cómo se da cuenta el terapeuta de que el paciente ha experimentado un cambio en sus afectos? Para lograrlo, debe estar atento a las pistas no verbales, tales como los cambios en la expresión facial, la tensión de los músculos, los cambios de postura o los gestos de las manos. Entre las pistas verbales, deben apreciarse los cambios en el tono, el timbre, el volumen de la voz y la velocidad del habla. Al notar un cambio, el terapeuta infiere una modificación en los afectos y efectúa un control preguntando al paciente qué pasa por su mente en ese momento. Si el paciente no logra referir un pensamiento, el terapeuta puede decidir incentivar su memoria haciendo que se concentre en sus emociones y su reacción fisiológica.

T: Sally, ¿qué está pasando por tu mente en este momento?

P: No lo sé.

T: ¿Cómo te sientes?

P: No lo sé. Creo que triste.

T: ¿Dónde sientes la tristeza?

P: En el pecho y detrás de los ojos.

T: Quiere decir que cuando te pregunté: “¿Cómo vas en tus clases?”, te sentiste triste. ¿Tienes alguna idea acerca de lo que pasaba por tu mente?

P: Creo que era algo referente a mi clase de economía. Pensaba que me entregaban mi examen.

T: ¿Y qué era lo que pensabas? ¿O acaso imaginabas algo?

P: Sí, imaginaba un aplazo escrito en rojo en la parte superior de la hoja.

Luego de alguna amable insistencia, Sally logró referir esa imagen. Si la concentración en la emoción *no* hubiese ayudado, el terapeuta podría haber elegido cambiar el tema, para que Sally no se sintiese interrogada y para que no reforzara su sensación de fracaso al no lograr identificar su pensamiento automático.

T: No importa. Seguiremos con nuestro plan.

Sin embargo, a veces es bueno insistir sobre una cognición candente. Aunque es mejor lograr que sea el paciente quien identifique sus propios pensamientos automáticos que especular al respecto, algunas preguntas pueden ser útiles en aquellos casos en que no lo consigue. El terapeuta podría pedir a Sally que trate de adivinar lo que pensaba o darle algunas alternativas posibles. También podría preguntarle específicamente por una imagen o interrogarla acerca del significado que la situación tiene para ella. Otra alternativa es sugerir un pensamiento específico que es *lo opuesto* de lo que el terapeuta supone que ella estaba pensando.

T: ¿Qué pasaba por tu mente en el momento en que te pregunté cómo ibas con tus clases y te sentiste triste?

P: Realmente no lo sé. Solamente me sentí mal.

T: Si tuvieras que adivinar, ¿en qué crees que podías estar pensando? [O, ¿crees que puedes haber estado pensando en las clases, en el trabajo o en la terapia?, ¿piensas que tú tenías alguna imagen en mente?, ¿qué significó para ti que te preguntara acerca de tus clases?, ¿crees acaso que estabas pensando en lo bien que te va?]

Identificar los pensamientos automáticos en una situación específica

Estas mismas preguntas se pueden utilizar para ayudar al paciente a identificar los pensamientos automáticos que aparecieron entre sesiones. En este caso también, cuando el paciente describe una situación problemática, el terapeuta primero plantea la pregunta básica (“¿Qué estaba pasando por tu mente?”). A menudo resulta útil que el terapeuta pida al paciente una descripción más detallada de lo que sucedió.

T: Entonces, ¿estabas sentada en clase y repentinamente te sentiste nerviosa? ¿Qué pasaba por tu mente?

P: No lo sé.

T: ¿Qué estaba sucediendo?

P: La profesora estaba explicando cuáles eran los requisitos para la monografía y el joven que estaba sentado a mi lado me susurró una pregunta acerca de la fecha de entrega.

T: Entonces, ¿él te habló mientras la profesora explicaba y te sentiste nerviosa?

P: Sí, y yo pensaba: “¿Qué dijo? ¿Qué fue lo que no comprendí? Ahora no sabré qué hacer”.

Si describir la situación verbalmente no basta para sacar a la luz los pensamientos automáticos, el terapeuta le solicita al paciente que imagine la situación, como si estuviese sucediendo en *ese momento*. La alienta entonces para que incluya todos los detalles que pueda, hablando siempre en tiempo presente.

T: Sally, imagina que estás en clase en *este momento*. La profesora está hablando y el joven te susurra una pregunta. Te sientes nerviosa... Descríbelo con todos los detalles que puedas, como si estuviese sucediendo. Imagina el tamaño del aula. ¿Dónde estás sentada? ¿Dónde está el profesor? ¿Qué está diciendo? ¿Qué estás haciendo?

P: Estoy en mi clase de economía. La profesora está de pie, al frente de la clase. A ver, yo estaba sentada casi al fondo y escuchaba con atención.

T: Entonces, “Estoy sentada casi en el fondo y escucho con atención...” (*Guía a la paciente para que hable como si estuviese ocurriendo en ese momento*)

P: Ella está diciendo algo acerca de los temas que podemos escoger, una visión macroeconómica de la economía o... alguna otra cosa y entonces el joven que está a mi izquierda se inclina y susurra: “¿Cuándo es la fecha de entrega?”.

T: ¿Qué pasa por tu mente en este momento?

P: ¿Qué dijo la profesora? ¿Qué fue lo que no comprendí? Ahora no sabré qué hacer.

El terapeuta ayuda a la paciente a que vuelva a experimentar la situación tal como si estuviese ocurriendo en ese momento. Cuando nota que ella se refiere a la escena en tiempo pasado, amablemente la guía para que la relate en presente, para lograr que la experiencia sea más inmediata. Por otra parte, si un paciente tiene dificultades para identificar pensamientos automáticos en una situación interpersonal, el terapeuta puede ayudarlo a recrear la situación por medio de una dramatización. En primer lugar, el paciente describe verbalmente **quién** dijo qué cosa y luego se representa a sí misma mientras el terapeuta representa el papel de alguna otra persona.

T: ¿Te sentiste entonces deprimida mientras hablabas con tu compañero acerca de la tarea?

- P: Sí.
- T: ¿Qué estaba pasando por tu mente mientras le hablabas?
- P: *(Hace una pausa)* No lo sé, estaba realmente deprimida.
- T: ¿Puedes contarme qué le dijiste y qué te dijo?
- P: *(Describe el intercambio verbal)*
- T: ¿Qué te parece si tratamos de dramatizarlo? Yo seré una compañera y tú serás tú.
- P: Está bien.
- T: Mientras estamos recreando la situación, fíjate si puedes darte cuenta de lo que pasa por tu mente.
- P: *(Asiente)*
- T: Está bien, tú comienzas. ¿Qué dirías para comenzar?
- P: Karen, ¿puedo hacerte una pregunta?
- T: Seguro, ¿pero puedes llamarme más tarde? Tengo que correr a mi próxima clase.
- P: Es algo breve. No escuché los que dijo la Dra. Smith acerca del trabajo.
- T: Ahora no tengo tiempo. Llámame después de las 7. ¿Está bien? Adiós... Bueno, fuera de la dramatización. ¿Sabes qué pasaba por tu mente?
- P: Sí, pensaba que ella estaba demasiado ocupada para prestarme atención, que no le interesaba ayudarme y que no sabría qué hacer.
- T: Tuviste los pensamientos: “Ella está demasiado ocupada para prestarme atención”, “Ella en realidad no quiere ayudarme”, “No sabré qué hacer”.
- P: Sí.
- T: ¿Esos pensamientos hicieron que te sintieras triste?
- P: Sí.

Si la paciente no puede referir sus pensamientos, el terapeuta puede pasar a otro tema o puede utilizar las preguntas más específicas que se consignan en la figura 6.2.

Identificar pensamientos automáticos adicionales

Es importante continuar indagando aun después de que el paciente refirió el pensamiento automático inicial. Estas preguntas pueden sacar a la luz otros pensamientos automáticos.

- T: Entonces cuando te entregaron la prueba, pensaste: “Debería haber respondido mejor. Debería haber estudiado más”. ¿Qué otras cosas pasaron por tu mente?

P: Probablemente a todos los demás les fue mejor que a mí.

T: ¿Y entonces?

P: Pensé: “Ni siquiera debería estar aquí, soy una fracasada”.

El terapeuta debe saber que la paciente puede tener, además, otros pensamientos automáticos no relacionados con la misma situación, sino con su *reacción* frente a la situación. También puede estar percibiendo su emoción, comportamiento o reacción fisiológica de una manera negativa.

T: Entonces pensaste: “Me siento incómoda” y te angustiaste. ¿Qué sucedió entonces?

P: Mi corazón comenzó a latir muy fuerte y pensé: “¿Qué me está ocurriendo?”.

T: ¿Y te sentiste...?

P: Más angustiada.

T: ¿Y entonces?

P: Pensé, “Nunca me sentiré bien”.

T: ¿Y te sentiste...?

P: Triste y sin esperanzas.

La paciente al comienzo tenía pensamientos automáticos respecto de una situación específica (participar en clase). Luego comenzó a pensar acerca de su ansiedad y sus reacciones corporales. En muchos casos, estas reacciones emocionales secundarias pueden ser sumamente perturbadoras y pasar a formar parte de una situación molesta previa. Para trabajar con mayor eficiencia es importante determinar en qué momento el paciente se sintió *más* perturbado (antes, durante o después de un incidente dado) y cuáles eran sus pensamientos automáticos en ese momento. El paciente puede haber tenido pensamientos automáticos perturbadores *anticipando* una situación (“¿Y si me grita?”), *durante* la situación (“Ella piensa que soy estúpida”) y/o en un momento *posterior*, al reflexionar sobre lo que ocurrió (“No puedo hacer nada bien”, “Nunca debería haberlo intentado”).

Identificar la situación problemática

A veces, además de no lograr identificar pensamientos automáticos asociados con una emoción dada, el paciente tiene problemas hasta para reconocer la situación o problema más difícil para él (o cuál es la parte más molesta). Cuando esto ocurre, el te-

rapeuta puede ayudar a encontrar la situación más problemática presentándole una cantidad de problemas existentes, pidiéndole que los elimine de a uno y observando el grado de alivio que obtiene en cada caso. Una vez que se ha identificado una situación específica, resulta más sencillo descubrir los pensamientos automáticos asociados a ella.

T: *(Resumiendo)* Quiere decir que los últimos días te has sentido muy mal y no sabes exactamente los motivos. Por lo tanto, te resulta difícil identificar tus pensamientos. Sólo sabes que te has sentido mal la mayor parte del tiempo. ¿Es así?

P: Sí. No sé por qué he estado tan mal todo el tiempo.

T: ¿En qué tipo de cosas has estado pensando?

P: Bueno, por un lado, en mis estudios. Por otra parte, no me estoy llevando bien con mi compañera de cuarto. También he querido ponerme en contacto con mi madre, pero no la pude encontrar. No lo sé... creo que todo me molesta.

T: Tienes entonces problemas con la escuela, con tu compañera de cuarto y para encontrar a tu madre... ¿Algo más?

P: Sí, no me he sentido bien. Temo enfermarme justo cuando debo entregar mi monografía.

T: ¿Cuál de estas situaciones te molesta más: los estudios, tu compañera, no encontrar a tu mamá o sentirte enferma?

P: No lo sé. Estoy preocupada por todo.

T: Vamos a anotar estas cuatro cosas. Digamos hipotéticamente que podríamos eliminar la cuestión de sentirte mal. Supongamos que te sientes bien físicamente. ¿Cuán angustiada te sientes ahora?

P: Más o menos igual.

T: Está bien. Digamos hipotéticamente que puedes encontrar a tu madre enseguida después de la sesión y que ella está bien. ¿Cómo te sientes ahora?

P: Un poco mejor, pero no mucho.

T: Está bien. Digamos que el problema con los estudios... ¿Cuál es el problema con los estudios?

P: Tengo que entregar una monografía la semana próxima.

T: Está bien. Digamos que la has entregado antes de tiempo y que te sientes bien por eso. ¿Cómo te sientes ahora?

P: Sería un gran alivio haber entregado la monografía y pensar que está bien.

T: Parece que la monografía es lo que más te perturba.

P: Sí, creo que sí.

T: Vamos a asegurarnos... Si todavía tuvieses que entregar la monografía, pero desapareciera el problema con tu compañera de cuarto. ¿Cómo te sentirías?

P: No tan bien. Creo que la monografía es lo que más me molesta.

T: En un momento nos ocuparemos de los problemas con tus estudios, pero primero quisiera que revisáramos cómo llegamos a este resultado, para que tú lo puedas hacer de nuevo en el futuro.

P: Bueno, usted me pidió que hiciese una enumeración de todas las cosas que me afligían y que supusiera que se solucionaban, una por una.

T: Y entonces pudiste darte cuenta de cuál de esas soluciones te proporcionaría más alivio.

P: Sí.

[El terapeuta y la paciente se ocupan entonces del problema con los estudios, identifican los pensamientos automáticos y les dan respuesta. También aplican técnicas de resolución de problemas.]

Este mismo procedimiento se puede utilizar para ayudar al paciente a determinar qué parte de un problema aparentemente abrumador resulta más perturbadora.

T: Parece que has estado muy molesta con tu compañera de cuarto. ¿Qué te ha estado molestando *específicamente*?

P: No lo sé. Todo.

T: ¿Puedes enumerarme algunas de esas cuestiones?

P: Bueno, ella ha estado comiendo mi comida. Luego la reponía. No lo hacía con malas intenciones, pero de todas maneras me molesta. Además, ella ahora tiene un novio y cada vez que habla de él, me hace recordar que yo no tengo novio. Por otra parte, es desordenada y deja cosas tiradas... y no es muy considerada. Olvida darme los mensajes y otras cosas como esa.

T: ¿Algo más?

P: No, eso es lo principal.

T: Bueno, ya hemos hecho esto antes. Déjame que te lea lo que escribimos, para que veas qué es lo que más te molesta. Si no logras averiguarlo, iremos eliminando hipotéticamente cada uno de los puntos, para ver cuándo te sientes más aliviada. ¿Está bien?

Diferenciar entre pensamientos automáticos e interpretaciones

Cuando el terapeuta indaga sobre los pensamientos automáticos del paciente, en realidad busca las palabras e imágenes *exactas* que han pasado por su mente. Sucede que muchos pacientes, hasta que aprenden a reconocer esos pensamientos, en realidad refieren *interpretaciones*, que pueden o no reflejar el verdadero pensamiento. En la transcripción que sigue, el terapeuta guía a la paciente para que refiera sus pensamientos.

T: Cuando viste a esa mujer en la cafetería, ¿qué pasó por tu mente?

P: Creo que yo estaba negando mis verdaderos sentimientos.

T: ¿Qué pensabas, concretamente?

P: Me parece que no entiendo bien lo que me pide.

En este diálogo, la paciente refirió una *interpretación* de lo que estaba sintiendo y pensando. En el que sigue, el terapeuta intenta nuevamente, centrándose en la emoción y realizándola.

T: Cuando la viste, ¿qué sentiste?

P: Creo que estaba negando mis sentimientos.

T: Ajá. ¿Qué sentimientos estabas negando?

P: No lo sé.

T: Cuando la viste, ¿te sentiste contenta o entusiasmada? (*Sugiriendo una emoción opuesta a la que supone que debe evocar la paciente*)

P: No, en absoluto.

T: ¿Puedes recordar el momento en que entraste en la cafetería y la viste? ¿Puedes buscar una imagen mental de eso?

P: Ajá.

T: ¿Qué sientes ahora?

P: Creo que tristeza.

T: Mientras la miras, ¿qué pasa por tu mente?

P: Me siento verdaderamente triste, con un vacío en la boca del estómago.

T: ¿Qué pasa por tu mente ahora?

P: Ella es muy inteligente. Yo no soy nada comparada con ella.

T: (*Anota los pensamientos*) Está bien. ¿Alguna otra cosa?

P: No, fui hacia la mesa y comencé a conversar con mi amiga.

Diferenciar entre pensamientos automáticos útiles y menos útiles

Hasta que el paciente aprende a reconocer los pensamientos automáticos *específicos* que lo perturban, es posible que refiera otra serie de pensamientos. Algunos de ellos son sencillamente descriptivos y resultan inocuos o irrelevantes en relación con sus problemas. Los pensamientos automáticos *relevantes* suelen estar asociados con un marcado malestar. Al igual que en el apartado anterior, el terapeuta trata de determinar cuáles son aquellos pensamientos sobre los cuales se podrá trabajar de una manera más productiva.

T: Veo que estabas bastante triste cuando cortaste esa comunicación telefónica. ¿Qué pasaba por tu mente en ese momento?

P: Bueno, a mi amiga de la secundaria le está yendo muy bien. Tiene un trabajo, sale con muchos amigos. Usa el automóvil de la familia y por eso no está encerrada. A veces me gustaría parecerme más a ella. A ella le va muy bien... yo, en cambio, soy una perdedora.

T: Cuando cortaste la comunicación, ¿pensaste: "Soy una perdedora"?

P: (*Asiente*)

T: ¿Pensaste alguna otra cosa?

P: No, sencillamente pensé que era una perdedora y que nunca sería como ella.

Especificar pensamientos automáticos insertos en el discurso

Los pacientes necesitan aprender a especificar las palabras exactas que pasan por su mente, para poder evaluarlas de una manera efectiva. Consignamos algunos ejemplos de pensamientos insertos en el discurso y de las verdaderas palabras que los expresan (véase p. 120).

El terapeuta ayuda amablemente al paciente para que identifique las *palabras exactas* que pasaron por su mente.

<u>Expresiones insertas en el discurso</u>	<u>Pensamientos automáticos</u>
Creo que me preguntaba si le agrado.	¿Le agrado?
No sé si dirigirme al profesor sería una pérdida de tiempo.	Probablemente si voy, perderé mi tiempo.
No podía lograr concentrarme en la lectura.	No puedo hacer esto.

T: Entonces, cuando te sonrojaste en medio de la clase, ¿qué pasaba por tu mente?

P: Creo que me preguntaba si él pensaba que yo era rara.

P: ¿Puedes recordar las palabras exactas de lo que estabas pensando?

P: *(Incómoda)* No sé bien a qué se refiere.

T: ¿Estabas pensando: “Creo que me preguntaba si él pensaba que yo era rara”? O acaso pensabas: “¿Cree que soy rara?”.

P: Ah, ya entiendo. Es la segunda. O en realidad pensé: “Probablemente cree que soy rara”.

Reformular los pensamientos telegráficos o en forma de pregunta

Los pacientes muchas veces refieren pensamientos sin expresarlos en forma completa. Como es bastante difícil evaluar esos pensamientos telegráficos, el terapeuta debe guiar al paciente para que los exprese de una manera más completa.

T: ¿Qué pasaba por tu mente cuando anunciaron la fecha de entrega de la monografía?

P: Sólo pensé: “¡Uy!”.

T: ¿Puedes expresarlo mejor? “¡Uy!” significa...

P: Nunca lograré entregar el trabajo a tiempo. Tengo demasiadas cosas que hacer.

Si el paciente no logra hacer explícito el pensamiento, el terapeuta puede hacer un nuevo intento proveyéndole un pensamiento opuesto: “¿Acaso ‘¡Uy!’ significa ‘¡Qué bueno!’?”

Los pensamientos automáticos muchas veces se presentan

en forma de pregunta y esa modalidad dificulta su evaluación. Por esa razón, el terapeuta trata de guiar al paciente para que lo exprese en forma de enunciación, antes de comenzar a evaluarlo.

T: ¿Te sentías angustiada? ¿Qué era lo que pasaba por tu mente en ese momento?

P: Pensaba: “¿Aprobaré ese examen?”.

T: Está bien. Antes de evaluar ese pensamiento, veamos si lo podemos expresar como una afirmación, para trabajar más fácilmente. ¿Estabas pensando que probablemente aprobarías o que probablemente no aprobarías el examen?

P: Que no aprobaría.

T: Está bien. Entonces, ¿podemos volver a expresar ese pensamiento en esta forma: “Es probable que no apruebe el examen”?

Consignamos otro ejemplo:

T: Quiere decir que pensaste: “¿Qué sucederá conmigo [si me pongo cada vez más nerviosa]?”. ¿Qué *temías* que te ocurriera?

P: No sé... supongo que temía perder el control.

T: Está bien. Entonces examinaremos el pensamiento: “Podría perder el control”.

En el ejemplo anterior, el terapeuta guía a la paciente para que revele sus temores. En el siguiente, la paciente ha tenido algunas dificultades para identificar el temor que subyace en un pensamiento automático, por lo cual el terapeuta prueba con diferentes preguntas, que pueden llevar a la identificación del pensamiento:

T: Entonces pensaste: “¿Y ahora qué?”. ¿Qué pensaste que podría suceder?

P: No lo sé.

T: ¿Temías alguna cosa específicamente?

P: No alcanzo a darme cuenta.

T: ¿Cuál es la peor cosa que *podría* ocurrir en esa situación?

P: Humm... que me echaran de la Universidad.

T: ¿Crees que era eso lo que temías que sucediera?

El cuadro ilustra otros ejemplos de reformulación de preguntas con el propósito de lograr una evaluación más eficaz.

<u>Pregunta</u>	<u>Enunciación</u>
¿Seré capaz de soportarlo?	No seré capaz de soportarlo.
¿Podré tolerar que ella se vaya?	Si ella se va, no podré soportarlo.
¿Y si no lo logro?	Si no lo logro, perderé mi trabajo.
¿Y si ella se enoja?	Si ella se enoja, me lastimará.
¿Cómo haré para sobrellevar la situación?	No seré capaz de sobrellevar la situación.
¿Y si no puedo cambiar?	Si no puedo cambiar, seré desdichada para siempre.
¿Por qué me sucedió esto?	Esto no debería haberme sucedido.

Enseñar a los pacientes a identificar sus pensamientos automáticos

Tal como se describe en el capítulo 4, el terapeuta puede comenzar desde la primera sesión a enseñar al paciente la habilidad de identificar los pensamientos automáticos. En este caso, el terapeuta acaba de explicar el modelo cognitivo, valiéndose de los ejemplos provistos por la paciente.

T: Sally, cuando notes durante la semana que tu estado de ánimo cambia o empeora, podrías detenerte y preguntarte: “¿Qué está pasando por mi mente en este momento?”.

P: Sí.

T: Sería bueno que tomaras nota de algunos de esos pensamientos.

P: Seguro.

En sesiones posteriores, el terapeuta también puede enseñar al paciente otras técnicas en forma explícita, en caso de que la pregunta básica (“¿Qué está pasando por tu mente en este momento?”) no haya sido suficiente.

T: A veces una persona no puede expresar lo que está pensando. Si eso te sucede, podrías probar lo que hicimos en la sesión, ya sea en el mismo momento o más tarde. Por ejemplo, puedes tratar de representarte la escena lo más vívidamente posible, como si estuviese ocurriendo de nuevo, y concentrarte en lo que

sientes. En ese momento, te preguntarás nuevamente: “¿Qué está pasando por mi mente?”. ¿Crees que podrás hacerlo, o deberíamos practicarlo nuevamente?

P: Lo intentaré.

Si tampoco resulta suficiente formular la pregunta básica y valerse de imágenes mentales, el terapeuta puede enseñar al paciente a formular teorías acerca de sus pensamientos. Este método es siempre una segunda opción, porque es más probable que, al utilizarlo, el paciente refiera una interpretación en lugar de exponer el pensamiento mismo.

T: Si tienes problemas para darte cuenta de lo que pasa por tu mente, aquí tienes algunas preguntas que puedes formularte (véase fig. 6.2).

P: Está bien.

T: Primera pregunta: Si tuviera que suponer, ¿qué supondría que estaba pensando? O, ¿tal vez haya estado pensando en _____ o en _____? O, ¿estaba quizás imaginando o recordando algo? O, finalmente, ¿qué significa esta situación para mí? También, para incentivar tu memoria, puedes tratar de figurarte cuál es el pensamiento opuesto al que estás buscando.

P: Está bien.

T: ¿Qué te parece si pruebas con estas preguntas durante la semana, cada vez que tengas problemas para identificar tus pensamientos automáticos y no te ayude imaginar la situación?

P: De acuerdo.

Resumiendo, las personas que padecen trastornos psicológicos cometen ciertos errores predecibles en su pensamiento. El terapeuta cognitivo les enseña a identificar su pensamiento disfuncional, y luego, a evaluarlo y modificarlo. El proceso comienza con el reconocimiento de pensamientos automáticos específicos en situaciones determinadas. La identificación de pensamientos automáticos es una tarea que resulta sencilla y natural a algunos pacientes, mientras que a otros les presenta dificultades. El terapeuta debe escuchar atentamente para asegurarse que un paciente está refiriendo los pensamientos actuales y, en aquellos casos en que aparezca una dificultad, debe modificar el tipo de preguntas. El siguiente capítulo aclara, entre otras cosas, la diferencia entre pensamientos automáticos y emociones.

7

Identificación de las emociones

Las emociones tienen una importancia fundamental para el terapeuta cognitivo. Después de todo, el principal objetivo de la terapia es lograr el alivio de los síntomas y la reducción del nivel de distrés a partir de la modificación del pensamiento disfuncional.

Las emociones negativas intensas son muy dolorosas y pueden ser disfuncionales cuando interfieren con la capacidad para pensar con claridad, resolver problemas, actuar de manera eficaz y lograr satisfacción. Los pacientes que padecen un trastorno psiquiátrico a menudo experimentan una intensidad excesiva o inadecuada en sus emociones. Sally, por ejemplo, se sintió muy culpable y triste cuando tuvo que cancelar un encuentro social intrascendente con su compañera de cuarto. Asimismo, se angustió enormemente cuando tuvo que pedir ayuda a un profesor.

Aunque el terapeuta puede reconocer el exceso o el carácter inadecuado de una emoción, suele evitar rotularla de esa manera, sobre todo en las primeras sesiones de una terapia. Su actitud, es más bien la *aceptación* y la manifestación de *empatía* hacia los sentimientos del paciente. El terapeuta no desafía al paciente ni discute sus emociones, sino que evalúa los pensamientos y creencias disfuncionales que subyacen en el malestar, para reducir la disforia.

El terapeuta no analiza *todas* las situaciones en las que el paciente se siente disfórico, sino que trata de apuntar a la reducción del distrés emocional relacionado con *interpretaciones equivocadas* de situaciones. Las emociones negativas “normales” forman, junto con las positivas, parte de la riqueza de la vida y tienen una función importante, tal como sucede con el dolor físico,

que nos alerta acerca de un problema potencial que debe ser enfrentado.

Además, el terapeuta intenta incrementar la emociones *positivas* del paciente a través del diálogo (generalmente bastante acotado) acerca de intereses del paciente, de acontecimientos positivos que han tenido lugar en la semana, recuerdos gratificantes, y otros elementos positivos. A menudo sugiere tareas para el hogar que tienen por objeto ampliar la cantidad de actividades en las cuales el paciente puede obtener logros y placer (véase capítulo 12).

Este capítulo explica cómo diferenciar los pensamientos automáticos de las emociones, cómo distinguir entre distintas emociones, cómo catalogarlas y cómo evaluar su intensidad.

Distinguir entre pensamientos automáticos y emociones

Muchos pacientes no comprenden claramente la diferencia entre lo que están pensando y lo que están sintiendo. El terapeuta trata de dar sentido a las experiencias del paciente y de compartir con él la comprensión de los hechos y, de una manera sutil y continua, lo guía para que pueda ver esas experiencias a través del modelo cognitivo.

El terapeuta organiza el material que el paciente le presenta, clasificándolo según las categorías del modelo cognitivo: situación, pensamiento automático y reacción (emoción, comportamiento y respuesta fisiológica). Es importante estar atento en las ocasiones en las cuales el paciente confunde pensamientos con emociones. En esos casos, siempre teniendo en cuenta el curso de la sesión, los objetivos y la colaboración, el terapeuta decide si debe dejar de lado esa confusión o debe ocuparse de ella, ya sea más adelante o en el momento mismo (sea de manera sutil o explícita).

Algunas veces, en un contexto determinado, catalogar un pensamiento como una emoción carece de importancia y es preferible ocuparse del problema en otro momento, al tratar algún otro tema. En este caso, el terapeuta deja pasar la confusión.

TERAPEUTA: Cuando armamos el plan, dijiste que querías hablar acerca de la llamada telefónica que hiciste a tu hermano.

PACIENTE: Sí, lo llamé hace un par de días y sentí que él no quería hablar conmigo. Se lo oía distante. Sentí que no le importaba si lo llamaba o no.

T: Si fuera verdad que a él no le importa que lo llames o no, ¿qué significaría eso para ti?

En este caso, el terapeuta quiere develar la creencia subyacente y por eso deja de lado la confusión verbal de la paciente acerca de pensamientos y sentimientos. Más bien se dedica a evaluar y modificar un supuesto disfuncional clave.

En otra sesión, el terapeuta considera que la confusión es importante. Sin embargo, juzga que abordar el problema de la confusión en ese momento puede interrumpir el curso de la sesión (o ese segmento de la sesión). En tal caso, termina con el tema que están tratando y luego aborda la distinción entre pensamientos y emociones.

T: Quiero que volvamos a algo de lo que hemos hablado hace unos minutos. ¿Recuerdas cuando me contaste que anoche sabías que debías ir a la biblioteca pero que no te sentías como para hacerlo?

P: Sí.

T: En realidad, supongo que tuviste un *pensamiento* de este tipo: “No quiero ir” o “No siento deseos de ir”. ¿Es así?

P: Sí. Pensé: “No siento deseos de ir”.

T: ¿Que *sentías* mientras pensabas eso?

P: Creo que estaba un poco angustiada.

En muchos casos, cuando el paciente experimenta una confusión entre pensamiento y emoción, el terapeuta lo corrige sutilmente.

P: Estaba en la cama, mirando el techo y sentía que nunca podría levantarme y que llegaría tarde a la clase.

T: Quieres decir que, mientras estabas en la cama, tuviste un par de pensamientos: “Nunca lograré levantarme” y “Llegaré tarde a clase”.

P: Así es.

T: Y, ¿cómo te sentiste frente a estos pensamientos?

Por último, el terapeuta en ocasiones decide hacer una clara distinción, porque considera que es importante hacerlo en el momento y piensa que el curso de la sesión no se verá interrumpido y que no se perderán datos importantes.

- T: Durante esta semana, ¿pensaste a veces en **hacer** tus tareas para la terapia?
- P: Sí, algunas veces.
- T: ¿Puedes recordar alguna en particular?
- P: Anoche, después de cenar, estaba ordenando **y** me acordé que teníamos cita el día de hoy.
- T: ¿Qué pasaba por tu mente en ese momento?
- P: Sentía que no valía la pena y que probablemente la tarea no me ayudaría.
- T: Esos son buenos pensamientos. Enseguida vamos a evaluarlos, pero primero quiero que veamos la diferencia entre pensamientos y sentimientos. ¿Está bien?
- P: Seguro.
- T: Los sentimientos son aquello que experimentas *emocionalmente*, como tristeza, ira, angustia. Los pensamientos son *ideas* que tienes; puedes pensar en palabras o en figuras e imágenes. ¿Lo comprendes?
- P: Creo que sí.
- T: Volvamos entonces al momento en que pensaste en hacer las tareas para la terapia. ¿Qué emoción estabas sintiendo?
- P: Creo que estaba triste.
- T: ¿Y qué pensamientos tenías?
- P: “Esto no tiene sentido. Nunca mejoraré.”
- T: Entonces quiere decir que tuviste los pensamientos: “Esto no tiene sentido” y “Nunca mejoraré”, y esos pensamientos te hicieron sentir tristeza. ¿Es así?
- P: Sí.

En ejemplos como este, el paciente inicialmente califica a sus pensamientos como sentimientos. En ocasiones, sucede lo contrario, es decir que considera a una emoción como si fuese un pensamiento.

- T: Cuando entraste en el cuarto vacío, ¿qué pasó por tu mente?
- P: Tristeza, soledad, decaimiento.
- T: Es decir que te sentiste triste, sola y decaída. ¿Cuál fue el pensamiento o la imagen que te hizo sentir eso?

La importancia de distinguir entre distintas emociones

El terapeuta continuamente conceptualiza o reformula los problemas del paciente, tratando de comprender la experiencia y el punto de vista de este. Intenta además, interpretar cuál fue el proceso por medio del cual las creencias subyacentes dieron lugar a ciertos pensamientos automáticos específicos en una situación determinada y cómo influyeron sobre las emociones y el comportamiento del paciente. El terapeuta debe llegar a entender la relación entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento. Por esta razón, cuando una emoción *no parece ser compatible* con el contenido de los pensamientos automáticos, trata de investigar más profundamente. Veamos un ejemplo en el diálogo que se transcribe a continuación:

T: ¿Cómo te sentiste cuando tu madre no respondió a tu llamado enseguida?

P: Triste.

T: ¿Qué pasaba por tu mente?

P: ¿Y si le sucedió algo? Tal vez alguna cosa anda mal.

T: ¿Y te sentiste triste?

P: Sí.

T: Estoy un poco confundido, porque esos pensamientos parecen más bien angustiantes. ¿Pasaba por tu mente alguna otra cosa?

P: No lo sé.

T: ¿Qué te parece si imaginamos la escena? ¿Dijiste que estabas sentada al lado del teléfono, esperando la llamada?

[El terapeuta ayuda a la paciente a evocar la escena de manera vívida, en forma de imagen.]

P: Y entonces pienso: “¿Y si algo sucediera? Tal vez hay algo malo...”

T: ¿Qué sucede entonces?

P: Estoy mirando el teléfono y comienzo a llorar.

T: ¿Qué pasa por tu mente en este momento?

P: Si algo le ocurriera a mi madre, ya no habría nadie que se preocupara por mí.

T: No habría nadie que se preocupe por mí. ¿Cómo te hace sentir ese pensamiento?

P: Triste. Muy triste.

Este diálogo comenzó con una discrepancia. El terapeuta estaba atento y captó una posible incoherencia entre el contenido del pensamiento automático y la emoción que con él se asociaba. Pudo entonces ayudar a la paciente a recuperar un pensamiento automático clave, valiéndose de la evocación en imágenes. Si se hubiese centrado en los pensamientos angustiados, podría haber dejado de lado una preocupación más importante de la paciente. Si bien a veces es útil trabajar sobre pensamientos menos importantes, el hecho de encontrar un pensamiento automático clave y trabajar sobre él suele acelerar el proceso de la terapia.

Dificultad para catalogar las emociones

La mayor parte de los pacientes pueden catalogar sus emociones fácil y correctamente. Algunos, sin embargo, tienen un vocabulario un poco empobrecido en lo que atañe a las emociones. Hay otros que comprenden intelectualmente los términos que designan emociones, pero tienen dificultad para catalogar las propias. En cualquiera de estos casos, resulta útil hacer que el paciente vincule sus reacciones emocionales en situaciones específicas con los nombres correspondientes. Un "Cuadro de Emociones" como el que aparece en la figura 7.1 ayuda al paciente a aprender a clasificar sus emociones de una manera más eficaz.

T: Me gustaría que dedicáramos algunos minutos a conversar acerca de distintas emociones, para que ambos comprendamos mejor cómo te sientes en distintas situaciones. ¿Está bien?

Enojada	Triste	Angustiada
1. Mi hermano dice que irá a visitar amigos.	1. Mamá no responde a mi llamada.	1. Levantar la mano en clase.
2. Mi compañera no me devuelve el libro.	2. Reunión: nadie me presta atención.	2. Escribir la monografía de economía.
3. Mi compañera escucha música a todo volumen.	3. Aplazo en un examen.	3. Invitar a una amiga a cenar.

Figura 7.1. Cuadro de emociones de Sally.

P: Claro.

T: ¿Puedes recordar un momento en que te hayas sentido enojada?

P: Ah... Sí. Cuando mi hermano regresó de la universidad. Se comportaba como un pavo real... y no quería perder tiempo conmigo.

T: ¿Recuerdas alguna escena en particular?

P: Sí, eran las vacaciones de Navidad. Yo no lo había visto desde el Día de Acción de Gracias. Pensé que saldríamos juntos el primer día, pero él me dijo que se iba a ver a sus amigos.

T: ¿Y qué pasó por tu mente?

P: ¿Quién se cree que es? El cree que es algo especial porque está en la universidad.

T: Y te sentiste...

P: Furiosa.

El terapeuta pide a la paciente que evoque una situación *específica* en la cual sintió una emoción en particular. A partir de la descripción, parecería que ella ha identificado la emoción correctamente. Sin embargo, el terapeuta quiere estar seguro de que así es, por eso, le pide la identificación de los pensamientos automáticos. El contenido de esos pensamientos concuerda con la emoción que ella enunció.

Acto seguido, el terapeuta pide a la paciente que evoque otras dos ocasiones en las cuales se haya sentido enojada. Este intercambio transcurre de un modo bastante rápido y el terapeuta no le pide que especifique sus pensamientos porque está razonablemente seguro de que está clasificando en forma adecuada la emoción. Decide entonces hacer el seguimiento por medio de una tarea.

T: Te voy a pedir que escribas tres situaciones en las que te hayas sentido enojada. Dibujaremos tres columnas y a la primera la denominaremos "enojada". ¿Puedes anotar un par de palabras que describan tres situaciones? (véase figura 7.1)

P: *(Lo hace)*

T: Estamos un poco escasos de tiempo. Podríamos denominar a estas otras dos columnas "triste" y "angustiada". ¿Crees que podrías pensar en situaciones específicas en las que hayas sentido estas emociones y anotarlas en casa? ¿Piensas que no será muy problemático?

P: Creo que no habrá problema.

T: *(Controla si la paciente recuerda la explicación de los motivos)*

- para asignar la tarea) ¿Recuerdas por qué vale la pena dedicar este tiempo a diferenciar tus emociones?*
- P: Bueno, a veces yo no estoy segura de cómo me siento o no sé qué es lo que me está molestando. Hacer esta tarea podría ayudarme en ese sentido.
- T: Está bien. Además, cuando en la semana te sientas molesta podrías tomar este papel y tratar de darte cuenta de cuál es la emoción que estás sintiendo. ¿Está bien?
- P: Claro.
- T: Vamos a anotar estas cosas en tu tarea. Entonces, debes terminar tu “Cuadro de Emoción” y fijarte en él cada vez que te sientas mal.

La mayor parte de los pacientes no requieren de estas técnicas para diferenciar emociones. Otros pueden beneficiarse con una breve conversación semejante a la que transcribimos antes. Algunos podrían beneficiarse con una lista de emociones negativas (véase figura 7.2) y una breve conversación.

Triste, abatido, solo, desdichado
Angustiado, preocupado, temeroso, asustado, tenso
Enojado, furioso, irritado, molesto
Avergonzado, embarazado, humillado
Decepcionado
Celoso, envidioso
Culpable
Herido
Receloso

Figura 7.2. Emociones negativas.

Dificultades para evaluar el grado de emoción

Es importante que los pacientes no sólo identifiquen sus emociones, sino que además puedan cuantificar el *grado* de emoción que están experimentando. Algunas personas tienen creencias disfuncionales respecto de sus emociones. Por ejemplo, creen que, si experimentan un leve grado de distrés, ese sentimiento aumentará hasta tornarse intolerable. Es importante que los pacientes aprendan a evaluar la intensidad de las emociones, para que puedan controlar esas creencias.

Es necesario, además, controlar si las respuestas que han generado para responder de manera adaptativa al pensamiento o a la creencia han sido efectivas. El terapeuta y el paciente deciden si una cognición requiere de una intervención posterior, midiendo la caída de la intensidad en la emoción. Cuando un terapeuta, no mide el cambio en las tensiones, puede suponer equivocadamente que una intervención ha sido exitosa y pasar prematuramente al siguiente pensamiento o problema. También puede ocurrir lo opuesto, que siga tratando un pensamiento automático o una creencia, sin darse cuenta de que el paciente ya no experimenta problemas.

Finalmente, evaluar la intensidad de una emoción en una situación dada ayuda al paciente y al terapeuta a determinar si la situación requiere de un mayor examen. Una situación relativamente poco cargada de emoción puede ser menos valiosa para tratar que otra más tensionante para el paciente, ya que en esta última probablemente se estén activando creencias importantes.

La mayoría de los pacientes aprenden con facilidad a juzgar la intensidad de una emoción y no requieren de ayudas visuales.

T: ¿Cómo te sentiste cuando tu amiga dijo: “Lo siento. Ahora no tengo tiempo”?

P: Creo que me sentí bastante triste.

T: Considerando el 100% como lo más triste que te has sentido o que te puedes imaginar, y 0 como no estar triste. ¿Cómo te sentiste cuando dijo: “Lo siento. Ahora no tengo tiempo”?

P: Cerca de un 75%.

Algunos pacientes tienen dificultades para asignar un número específico a la intensidad de una emoción. En esos casos, el terapeuta puede proveerles una escala.

0%	25%	50%	75%	100%
Nada triste	Un poco triste	Medianamente triste	Bastante triste	Lo más triste que he estado o que imagino poder estar.

T: A veces es más fácil recordar cuando uno imagina la situación. *(Pide a la paciente que “reviva” la experiencia como si estuviese sucediendo en el momento)* Ahora echa un vistazo a esta

escala. ¿Cómo crees que te sentiste de triste después del encuentro? ¿Un poco triste? ¿Medianamente triste? ¿Bastante triste?

P: Creo que en algún punto entre bastante triste y lo más triste que he estado.

T: ¿En algún punto entre el 75 y el 100%? ¿Cuál es el número que más se aproxima?

P: Creo que un 80% triste.

Si el paciente *sigue* teniendo dificultades para evaluar la intensidad de sus emociones, el terapeuta puede considerar la posibilidad de ayudarlo a construir una escala de intensidad emocional idiosincrásica, para usarla como guía para futuras evaluaciones (figura 7.3). El terapeuta elige en esos casos la emoción predominante del paciente y le provee o le pide una medición.

T: A veces resulta útil hacer una lista de situaciones específicas asociadas con una emoción. En primer lugar, ¿sabes por qué le estoy dando importancia a esto? ¿Por qué puede ser importante dar un puntaje a la intensidad de la emoción?

P: La semana pasada usted dijo que es una manera de saber si vale la pena tratar un tema. También puede servir para saber si una manera de combatir un pensamiento ha sido útil.

Grado de emoción/ angustia	Situaciones
0%	Mirar una película por televisión el sábado pasado.
10%	Preguntarme si llegaría a tiempo a la sesión de hoy.
20%	Dolor en un costado, ¿apendicitis?
30%	Preguntarme por qué mi madre llamó inesperadamente.
40%	Pensar acerca de cuánto trabajo tengo que hacer.
50%	Participar en la clase cuando conozco la respuesta.
60%	Pensar en consultar al asistente docente.
70%	Hablar con mis amigos sobre lo que haremos después de graduarnos.
80%	Participar en la clase cuando no estoy segura de la respuesta.
90%	La noche antes de mi examen de economía.
100%	El accidente de auto de mi padre.

Figura 7.3. Escala de intensidad emocional de Sally.

- T: Está bien. Vamos a hacer una lista de situaciones en las cuales te sentiste angustiada. ¿En qué momento te has sentido más angustiada o cuál es la situación que imaginas que más te angustiaría?
- P: Uh... Probablemente cuando mi padre tuvo un accidente de auto y pensé que iba a morir.
- T: (*Escribe o hace que la paciente escriba "El accidente de auto de mi padre", en la parte inferior de la hoja*) Ahora dime el momento en que te has sentido menos angustiada.
- P: Creo que el sábado, mientras miraba una película en televisión.
- T: Pondremos eso el comienzo de la página. (*Lo hacen*) Dime ahora una situación intermedia.
- P: Bueno, ayer, cuando pensaba que tenía mucho trabajo para hacer.
- T: (*Escribe este ítem en el medio*) Bueno, dime otro momento en que te hayas sentido angustiada.
- P: Cuando tuve un dolor agudo en el costado, y temía que pudiera ser apendicitis.
- T: Está bien. ¿Cuándo te sentiste más angustiada: cuando pensabas en el trabajo o cuando tuviste el dolor en el costado?
- P: Cuando pensaba en el trabajo. Sólo estaba un poco nerviosa ante la posibilidad de una apendicitis. Finalmente no fue nada.
- T: (*Escribe: "Dolor en el costado, ¿apendicitis?" cerca de la parte superior de la hoja*) Dime otra situación.
- P: Bueno, la noche anterior a mi examen de economía.
- T: ¿Dónde tendríamos que ubicar eso?
- P: Es menos que el accidente de auto de mi padre.

El terapeuta y la paciente continúan con la misma tarea hasta que recolectan 10 situaciones de intensidades diferentes. A veces deben reevaluar la intensidad relativa de una situación. En ocasiones, se elimina alguna, si el paciente considera que le evoca la misma intensidad emocional que otra. Si en la sesión no hay tiempo suficiente como para registrar las 10 situaciones, el terapeuta puede pedir al paciente que continúe con la tarea en su casa. Una vez que las situaciones se evalúan desde nada angustiante hasta lo más angustiante, el terapeuta les asigna porcentajes de 10 en 10. Luego, confirma con el paciente que los porcentajes asignados se correspondan con cada situación. Si no, se revisan los números y/o las situaciones. Acto seguido, enseña al paciente a utilizar la escala.

T: Bien, ahora tenemos nuestra escala. Veamos la utilidad que nos puede prestar. ¿Hay alguna otra situación de esta semana que te haya hecho sentir angustiada?

P: Sí, anoche, cuando recordé que no había terminado con mis tareas para la terapia.

T: Usa tu escala como guía. ¿Más o menos cuán angustiada te sentiste?

P: Bueno, un poco más que cuando estaba preocupada porque quizá llegaría tarde.

T: ¿Qué porcentaje le asignarías?

P: Creo que un 15%.

T: Bien. Me gustaría que utilices esta escala como guía cada vez que estés tratando de descubrir cuán angustiada estás. ¿Te parece que te traerá problemas?

P: No, creo que será más fácil.

Utilizar la intensidad emocional como guía para la terapia

Es posible que el paciente a veces no perciba cuáles son las situaciones que debe llevar a la terapia. El terapeuta puede entonces pedirle que establezca una valoración del grado de malestar que sintió, para decidir si el tratamiento de una situación puede beneficiarlo. En la siguiente transcripción, el terapeuta se da cuenta rápidamente de que, probablemente, no van a avanzar demasiado en caso de continuar tratando la situación inicial que Sally planteó en la sesión:

T: ¿Cómo te sentiste cuando tu compañera de cuarto salió con su novio y no contigo?

P: Triste.

T: ¿Más o menos cuánto de triste, en una escala del 0 al 100%?

P: No mucho. Quizás un 20 o 25%.

T: Parece que no te sentiste *demasiado* mal en ese momento. ¿Hubo alguna otra ocasión en la semana en que hayas estado muy molesta con ella?

En síntesis, el terapeuta busca obtener un claro cuadro de la situación que perturba al paciente. Lo ayuda a diferenciar bien pensamientos de emociones. Le demuestra empatía respecto de sus emociones a través de todo el proceso y lo ayuda a evaluar el pensamiento disfuncional que ha incidido en su estado de ánimo.

8

Evaluación de los pensamientos automáticos

Los pacientes pueden tener miles de pensamientos por día, algunos disfuncionales y otros no. Para que la terapia sea efectiva, el terapeuta elige solamente uno o algunos pensamientos clave para evaluar en una sesión determinada. Este capítulo describe cómo seleccionar los pensamientos automáticos más útiles y cómo enseñar a los pacientes un sistema de evaluación de sus propios pensamientos.

Cómo decidir concentrarse en un determinado pensamiento automático

El terapeuta puede develar algunos o muchos pensamientos automáticos en una determinada sesión. ¿Cómo decidir entonces qué hacer? En realidad, él dispone de las siguientes opciones:

1. *Ocuparse del pensamiento automático.* (“¿Cuánto crees/ creíste en ese pensamiento?” “¿Cómo te hizo sentir emocionalmente?” “¿Qué hiciste después de ese pensamiento?”)
2. *Indagar acerca de la situación asociada con el pensamiento automático.* (“¿Qué había dicho Karen justo antes de que pensaras eso?” “¿Cuándo sucedió?” “¿Dónde estabas?” “Cuéntame más acerca de la situación.”)
3. *Explorar si es típico ese pensamiento automático.* (“¿Con qué frecuencia tienes este tipo de pensamiento?” “¿En qué situaciones?” “¿Cuánto te perturba esta clase de pensamiento?”)

4. *Identificar otros pensamientos e imágenes automáticos que suelen producirse en esta situación.* (“¿Pasó por tu mente alguna otra cosa en ese momento?” “¿Puedes evocar algunas imágenes?”)
5. *Apelar a la resolución de problemas respecto de la situación asociada con el pensamiento automático.* (“Piensa en algunas cosas que podrías hacer con respecto a esta situación.” “¿Cómo has manejado este tipo de cosas en ocasiones anteriores?” “¿Qué te gustaría hacer?”)
6. *Explorar la creencia que subyace en el pensamiento automático.* (“Si esto fuera verdad, ¿qué significaría para ti?”)
7. *Pasar a otro tema.* (“Está bien. Creo que he comprendido eso. Cuéntame qué otra cosa ha ocurrido esta semana.”)

¿Cómo hace el terapeuta para elegir entre estas opciones? Para decidir, debe preguntarse:

1. ¿Qué estoy tratando de conseguir en esta sesión? Trabajar en esto, ¿nos ayudará a alcanzar los objetivos terapéuticos que he fijado para esta sesión?
2. ¿Qué cosas incluyó el paciente en la sesión? Concentrándonos en este pensamiento, ¿atacaremos el problema sobre el cual quiere trabajar? De no ser así, ¿tenemos tiempo suficiente para ocuparnos de lo que realmente le preocupa? ¿Encontraré en el paciente suficiente colaboración para evaluar este pensamiento?
3. ¿Se trata de un pensamiento importante, del cual debemos ocuparnos? ¿Es suficientemente disfuncional o distorsionado? ¿Es muy habitual? ¿Ocuparnos de esto ayudará al paciente en más de una situación? ¿Investigar este pensamiento me ayudará a profundizar la conceptualización del paciente?

Sally, por ejemplo, estaba describiendo un problema que había tenido en la biblioteca.

TERAPEUTA: ¿Qué pasó por tu mente cuando no pudiste encontrar el libro que necesitabas?

PACIENTE: Que son muy ineficientes. El sistema es muy malo.

T: ¿Qué te hizo sentir ese pensamiento?

P: Me sentí frustrada.

T: ¿Cuánto?

P: Un 90%.

T: ¿Qué sucedió entonces?

P: Dije: "Al diablo con esto". Volví a mi habitación y trabajé sobre mis problemas de química.

T: ¿Qué sucedió entonces con tu estado de ánimo?

P: Me sentí mejor. Acabé pidiendo prestado el libro a Lisa, pero se lo tengo que devolver el lunes.

T: Quiere decir que resolviste el problema. ¿Hay algo importante que me quieras decir sobre este tema, antes de pasar a otra cosa?

En este caso, el terapeuta considera que el pensamiento automático, aunque en su momento fue perturbador, no merece más tratamiento porque 1) Sally ya no estaba molesta al respecto, 2) había actuado de una manera funcional, 3) la situación estaba resuelta, 4) había problemas más acuciantes en el temario y 5) Sally nunca había exhibido un patrón de comportamiento disfuncional en esta clase de situaciones.

Ocuparse de un pensamiento automático

Una vez que se ha decidido prestar atención a un pensamiento automático, el terapeuta trata de confirmar si es necesario investigarlo, preguntando lo siguiente:

1. ¿Cuánto crees ahora en ese pensamiento (0-100%)?
2. ¿Cómo te hizo sentir ese pensamiento (emocionalmente)?
3. ¿Qué intensidad (0-100%) tiene [esa emoción]?

Si el grado de creencia en el pensamiento y el grado de perturbación son bajos, es probable que el terapeuta decida pasar a algún otro tema. Si el paciente cree fuertemente en ese pensamiento y se encuentra significativamente perturbado por él, el terapeuta tratará de desentrañar el cuadro haciendo preguntas acordes al modelo cognitivo:

1. ¿Cuándo tuviste ese pensamiento? ¿En qué situación específica?
2. ¿Qué otros pensamientos e imágenes automáticos perturbadores tuviste en esa situación?

3. [Especialmente en el caso de pacientes ansiosos:] ¿Notaste que algo sucedía en tu cuerpo?
4. ¿Qué hiciste luego?

Después de haber obtenido un cuadro más completo, el terapeuta puede tomar una o más de las siguientes actitudes:

1. Establecer en voz alta o para sí mismo una teoría acerca de cómo este pensamiento o estos pensamientos encajan en la conceptualización que ha hecho del paciente en general: "Sally, ¿podría ser este otro ejemplo de cómo tú sueles predecir que fracasarás?"
2. Utilizar ese pensamiento automático para reforzar el modelo cognitivo (esto suele hacerse al comienzo de la terapia) de manera explícita o implícita. Por ejemplo: "Entonces, cuando fuiste a la biblioteca e intentaste estudiar, pensaste que nunca aprenderías eso. Este pensamiento te hizo sentir triste y te llevó a cerrar el libro y a abandonar el intento. ¿Es así?"
3. Ayudar al paciente a evaluar y a combatir ese pensamiento por medio del interrogatorio socrático, como en la situación siguiente: "Sally, ¿qué evidencia tienes de que nunca aprenderás química?"
4. Encarar técnicas de resolución de problemas con el paciente: "Sally, ¿qué podrías hacer para aprender mejor ese material?"
5. Usar la técnica de la flecha hacia abajo (véase capítulo 10, pp. 182-183) para develar una creencia subyacente: "Sally, si fuera verdad que nunca aprenderás química, ¿qué significaría eso para ti?"

Interrogatorio para evaluar un pensamiento automático

Una vez que se ha localizado un pensamiento automático, se han evaluado su importancia y el distrés que ocasiona y se han identificado las reacciones (emocionales, fisiológicas y del comportamiento) que lo acompañan, el terapeuta puede decidir ayudar al paciente a evaluarlo. *El terapeuta no descalifica directamente el pensamiento automático por dos razones. En primer lugar, no sabe de antemano si un pensamiento está distorsionado.*

En segundo término, una descalificación automática viola un principio fundamental de la terapia cognitiva: el empirismo colaborativo. El terapeuta y el paciente deben examinar juntos ese pensamiento, controlar su validez y/o su utilidad y desarrollar una respuesta más adaptativa. El profesional debe considerar que los pensamientos automáticos raras veces son completamente erróneos. Muchas veces contienen un elemento de verdad y es importante reconocerlo cuando existe.

El terapeuta puede usar esta clase de interrogatorio desde la primera sesión, cada vez que se trate de evaluar un pensamiento automático. En la segunda o tercera sesión puede comenzar a explicar el procedimiento de una manera más explícita:

T: *(Resumiendo la última parte de la sesión, escribe los pensamientos automáticos que han aparecido, de modo que queden a la vista de ambos)* Quiere decir que cuando te encontraste con tu amiga Karen, camino a la biblioteca, tuviste este pensamiento: "A ella no le importa lo que me pase". ¿Ese pensamiento te hizo sentir triste?

P: Sí.

T: ¿Y cuánto creías en ese pensamiento en ese momento?

P: Bastante. Un 90%.

T: ¿Cómo estabas de triste?

P: Tal vez un 80%.

T: ¿Recuerdas lo que dijimos la semana pasada? A veces los pensamientos automáticos son ciertos. Otras veces no lo son y en ocasiones, sólo contienen algún elemento de verdad. ¿Podemos examinar ahora ese pensamiento respecto de Karen para tratar de ver si es adecuado?

P: Está bien.

T: Aquí tenemos una lista de preguntas que quisiera que respondiéramos (véase fig. 8.1). Puedes quedarte con una copia. Vamos a ocuparnos ahora de las cinco primeras. Permíteme preguntarte en primer lugar qué evidencia tenías de que tu pensamiento era verdadero, es decir, que a ella no le importaba lo que te ocurriese.

P: Bueno, cuando nos cruzamos en la calle, ella parecía muy apresurada. Sólo dijo al pasar: "Hola, Sally. Nos vemos más tarde". Apenas me miró.

T: ¿Algo más?

P: No... creo que no. Es sólo que a veces ella está muy ocupada y no tiene mucho tiempo para mí.

INTERROGATORIO ACERCA DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

1. ¿Cuál es la evidencia?
¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?
¿Cuál es la evidencia en contra?
 2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
 3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?
¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
¿Cuál es la posibilidad más realista?
 4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?
¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
 5. ¿Qué debo hacer al respecto?
 6. ¿Qué le diría a _____ (un amigo) si estuviese en esta misma situación?
-

*Figura 8.1. Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos.
Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.*

T: ¿Algo más?

P: No, no se me ocurre nada.

T: Está bien. ¿Hay alguna evidencia de lo contrario, es decir, de que a ella sí le interesa lo que a ti te ocurre?

P: (*Responde en términos generales*) Bueno, ella es simpática. Hemos sido amigas desde que comenzamos la universidad.

T: ¿Qué cosas dice o hace ella que hagan suponer que tú le agradas? (*Ayuda a la paciente a pensar en términos más específicos*)

P: Humm... habitualmente me pregunta si quiero comprar algo para comer con ella. A veces nos quedamos hasta bastante tarde conversando distintos temas.

T: Está bien. Quiere decir que, por una parte, en esta ocasión, ella se fue rápidamente sin decir demasiado. Además, hubo otras oportunidades en las que ella estuvo muy ocupada. Por otra parte, sin embargo, te pide a veces que comas con ella y se quedan conversando hasta tarde. ¿Está bien?

P: Sí.

El terapeuta intenta *develar evidencia* respecto de la validez del pensamiento de Sally. Indagada la evidencia de ambos lados, resume lo que Sally ha dicho. En el siguiente apartado, ayuda a

Sally a diseñar una *explicación alternativa razonable* de lo que ha sucedido y le pide que *examine las posibilidades*.

P: Bien. Analicemos nuevamente la situación. ¿Podría existir otra explicación para lo sucedido, que no fuese que tú no le interesas?

P: No lo sé.

T: ¿Qué otra cosa puede haber provocado que pasase muy rápido?

P: No lo sé. Quizá tenía una clase. Tal vez estaba llegando tarde a algún sitio.

T: Está bien. ¿Qué es lo *peor* que podría ocurrir en esta situación?

P: Que verdaderamente yo no le agrade, creo. Que no pueda contar con ella como apoyo.

T: ¿Sobrevivirías en ese caso?

P: Sí, pero no me gustaría nada.

T: ¿Y qué es lo *mejor* que podría ocurrir?

P: Que yo sí le agrade. Que simplemente haya estado apresurada en ese momento.

T: ¿Cuál es la posibilidad más realista?

P: Creo que realmente pienso que todavía le agrado.

En el apartado anterior el terapeuta ayuda a Sally a darse cuenta de que, aunque ocurriera la peor alternativa, ella podría tolerarla. Sally también se da cuenta de que es poco probable que sus peores temores se hagan realidad. En el apartado que sigue, el terapeuta de Sally hace que ella *evalúe las consecuencias de combatir y de no combatir su pensamiento distorsionado* y la ayuda a *que se ocupe de resolver problemas*. Con ese propósito diseñan un plan para mejorar la situación.

T: ¿Cuál es el *efecto* de pensar que no le agradas?

P: Me entristece y creo que me lleva a apartarme de ella.

T: ¿Y cuál sería el *efecto de modificar tu pensamiento*?

P: Me sentiría mejor.

T: ¿Qué piensas que deberías hacer con esta situación?

P: No sé lo que quiere decir con esto...

T: Bueno, ¿te has apartado de ella de alguna manera desde que esto sucedió ayer?

P: Sí, creo que sí. Cuando la vi esta mañana, apenas le hablé.

T: Es decir que esta mañana continuabas actuando como si el pensamiento original fuera verdadero. ¿Qué podrías hacer para actuar de una manera distinta?

P: Podría hablarle más. Ser más amistosa.

Si el terapeuta de Sally no estuviese seguro de las habilidades sociales de su paciente o de la motivación para llevar adelante el plan de ser más amistosa con Sally, podría dedicar unos minutos a formularle preguntas tales como: ¿Cuándo la verás nuevamente? ¿Qué podrías decirle cuando la veas? ¿Hay algo que podría impedir que le dijeras eso? (En caso necesario, podría sugerir algunas cosas para decirle a Karen y/o podrían practicar una dramatización.)

En la última parte de la conversación, el terapeuta evalúa cuánto cree Sally en ese momento en el pensamiento automático original y cómo se siente emocionalmente, para decidir qué hacer en la sesión siguiente.

T: Está bien. ¿Cuánto crees ahora en este pensamiento: “A Karen no le importa lo que a mí me ocurra”?

P: No mucho. Quizás un 20%.

T: Bueno. Parece que el ejercicio fue útil. Volvamos atrás, para ver qué fue lo que te ayudó.

El terapeuta y el paciente no aplican todas las preguntas indicadas en la figura 8.1 a todos los pensamientos automáticos que evalúan. A veces ninguna de esas preguntas parece útil y el terapeuta elige otra estrategia (véase pp. 149-151). En este caso el terapeuta eligió utilizar las cinco primeras preguntas porque su objetivo para esa sesión era mostrar a la paciente un método estructurado para investigar y modificar sus pensamientos automáticos. Entonces, elige deliberadamente un pensamiento automático que parece importante (es decir, que contribuye significativamente al distrés de la paciente), que no es una idea aislada (sino un tema recurrente que amenaza con aparecer muchas veces), que parece distorsionado y disfuncional y que puede servir como un modelo útil para enseñar a la paciente a evaluar y combatir sus pensamientos en el futuro. También nota que la paciente cree firmemente en ese pensamiento y advierte la intensidad y la emoción antes y después del interrogatorio socrático, para poder evaluar la eficacia de la intervención.

El terapeuta puede decidir repasar el proceso de utilización de la figura 8.1 para asegurarse de que el paciente comprende cómo usarla y percibe su valor. Puede utilizar el mismo ejemplo, según veremos en el próximo caso, y/o hacer la demostración con otro ejemplo en la siguiente sesión.

T: Vamos a repasar lo que acabamos de **hacer**. Comenzamos tomando un pensamiento automático: “A **Karen** no le importa lo que a mí me ocurra”.

P: Está bien.

T: Luego hemos evaluado ese pensamiento **utilizando** estas preguntas (véase figura 8.1). Y, ¿qué ocurrió con tu estado de ánimo?

P: Me siento mucho menos triste.

T: ¿Crees que evaluar tus pensamientos con estas preguntas podría ayudarte esta semana si tienes alguna otra situación problemática?

P: Podría ser, pero, ¿qué ocurriría si lo que pienso resultara ser verdad?

T: En ese caso, probablemente recurriríamos a la resolución de problemas. Por ejemplo, podríamos haber conversado acerca de cómo acercarte a Karen esta semana. En todo caso, nadie sabe de antemano si la evaluación de un pensamiento automático será útil. ¿Qué piensas acerca de la posibilidad de probar el uso de estas preguntas en algún momento de esta semana, cuando identifiques algún pensamiento que te ha perturbado?

P: Está bien.

T: Si eres como la mayor parte de las personas, debo advertirte que el uso de estas preguntas puede ser más difícil de lo que parece. En realidad, hay momentos en los que será necesario que trabajemos juntos en el análisis de un pensamiento. Sin embargo, es bueno que lo intentes y, si tienes algún problema, podemos conversar al respecto la semana que viene. ¿Está bien?

Aprender a evaluar pensamientos automáticos es una habilidad. Algunas personas la adquieren inmediatamente mientras que otras requieren de mucha ayuda y práctica. En la transcripción anterior, el terapeuta predice de antemano que Sally podría experimentar algunas dificultades, porque quiere evitar la autocrítica y la sensación de derrota. Si él hubiese pensado que, pese a su advertencia, Sally podía juzgarse muy duramente por no hacer la tarea a la perfección, habría dedicado más tiempo a esa cuestión.

T: Sally, en caso de que tengas problemas para evaluar tus pensamientos esta semana, ¿cómo crees que te sentirás?

P: Supongo que frustrada.

T: ¿Qué supones que pasará por tu mente?

P: No lo sé. Probablemente abandone la tarea.

T: ¿Te puedes imaginar delante de la hoja de papel, sin saber qué hacer?

P: Sí.

T: ¿Qué pasa por tu mente mientras miras el papel?

P: "Debería ser capaz de hacer esto. Soy muy estúpida."

T: ¡Muy bien! ¿Cómo harás para combatir esos pensamientos?

El terapeuta y Sally logran esquematizar algunas respuestas que Sally escribe en una tarjeta.

Pensamientos automáticos: *Debería ser capaz de hacer esto. Soy muy estúpida.*

Respuesta adaptativa: *En realidad, no debería ser capaz de hacer esto. Se trata de una nueva habilidad. Lo tendré que hacer en algún momento, pero primero tendré que practicarlo más con mi terapeuta. Esto no tiene nada que ver con ser o no estúpida. Es posible que se trate de un pensamiento difícil, o tal vez necesito más apoyo. En cualquier caso, no es grave. Ya anticipamos que esto podría suceder.*

T: ¿Crees que esto te ayudará lo suficiente? ¿O piensas acaso que es mejor posponer esta tarea hasta que hayamos practicado juntos un poco más?

P: No, creo que puedo intentarlo.

T: Está bien, pero si tienes dificultades con algunos pensamientos automáticos, anótalos, por favor. ¿Está bien?

P: Sí.

Aquí el terapeuta se asegura de los buenos resultados de la tarea. O bien Sally puede evaluar los pensamientos correctamente, o bien experimenta algunas dificultades que serán tratadas en la siguiente sesión. Si ella se frustra, debe leer la tarjeta (y probablemente se sienta mejor) o anotar los pensamientos para trabajar sobre ellos en la siguiente sesión.

Finalmente, debemos recordar que no todas las preguntas son adecuadas para todos los pensamientos automáticos. Más aún, utilizar todas las preguntas, incluso cuando puedan ser adecuadas desde un punto de vista lógico, puede resultar demasiado engorroso y demandar excesivo tiempo. Si el paciente considera que el proceso de análisis será una carga demasiado pesada, puede decidir no evaluar en absoluto sus pensamientos.

T: De acuerdo. Esta semana utilizaremos las preguntas como guía, pero recuerda que no todas ellas serán relevantes. La pregunta 2, por ejemplo, se suele usar en aquellos casos en que tienes un problema con otra persona, pero no en todas las situaciones. En el futuro, no será necesario revisar la lista completa de preguntas, pero puedes probar con ellas esta semana, para verificar si las comprendes bien. En las próximas dos semanas, agregaremos un par de preguntas más. ¿Está bien?

En ocasiones, los pacientes tienen dificultades para utilizar las preguntas incluidas en la parte superior de la figura 8.1, porque no son capaces de analizar sus pensamientos objetivamente. En esos casos, suele resultar útil hacer que el paciente tome distancia de sus pensamientos para poder evaluarlos de manera más racional. Una técnica adecuada para poner distancia es hacer que el paciente *imagine que un determinado amigo está pasando por una situación idéntica* y que debe aconsejarlo. En la transcripción que sigue se ilustran las dificultades de Sally para evaluar sus pensamientos y se muestra la ayuda que le brinda el terapeuta, por medio de la “pregunta del amigo”.

T: Bien, vamos a resumir. Obtuviste una mala nota en un examen sin aviso previo y pensaste: “Nunca lo lograré [en mis estudios]”. Esta idea te entristeció.

P: Correcto.

T: Sally, ¿existe alguna otra evidencia de que no puedas tener éxito?

P: Sí, no puedo concentrarme. Leo y releo mi libro de economía y no me entra en la cabeza. Tengo que entregar un trabajo en dos semanas y todavía no lo he comenzado...

T: ¿Alguna evidencia de lo contrario, de que tal vez lo logres?

P: No, no lo creo.

En este punto, el terapeuta podría ayudar a Sally a descubrir evidencias que conoce o que supone: “¿Acaso no me contaste que te fue mejor en la primera prueba, que había sido anunciada? ¿No es esa una evidencia de que puedes lograrlo? ¿Te habría ido mejor si te la hubiesen anunciado? ¿Sabes cómo les fue a los demás en esta prueba sorpresa? ¿No estás mirando los resultados como si hubieses sido reprobada, cuando en realidad sólo obtuviste una calificación un poco baja?”. Sin embargo, el terapeuta elige un camino diferente.

T: Sally, si tu compañera de cuarto estuviese en tu situación y hubiese obtenido una calificación baja en una prueba sorpresa de economía y *ella* pensara: “Nunca lo lograré”. ¿Qué le dirías tú?

P: Humm... no lo sé.

T: ¿Estarías de acuerdo con ella? ¿Le dirías: “Es verdad, Jane, probablemente tengas razón y no logres aprobar”?

P: No, de ningún modo. Creo que le diría: “Mira, este fue un examen sorpresa y no estabas preparada. Si hubieses sabido que te iban a evaluar, seguramente habrías estudiado más o consultado al profesor asistente para que te ayudara y habrías obtenido un resultado mejor. Esto no significa que no lo vayas a lograr. Es sólo que te tomó por sorpresa”.

T: Bien. Ahora dime, ¿cómo se aplica a ti esto que dijiste a tu compañera?

P: Bueno, es verdad que *fue* una sorpresa y que no había estudiado mucho, quiero decir había pasado una hora mirando las páginas, pero si hubiese sabido que tomarían una evaluación creo que me habría concentrado más.

T: Por supuesto. ¿Cómo puedes combatir entonces el pensamiento “Nunca lo lograré”, en caso de que aparezca nuevamente?

En este caso, el terapeuta provee una “amiga” para que Sally imagine. Habitualmente el terapeuta pide al paciente que le diga el nombre de una persona determinada: “Sally, me pregunto si puedes imaginar a otra persona en esta situación, ya sea un pariente o un amigo y suponer que esa persona ha tenido este mismo pensamiento”.

Una vez que ha utilizado la técnica con éxito, el terapeuta busca acrecentar la posibilidad de que Sally la use por sí misma cuando la necesite. Con ese propósito, le enseña a hacerlo de manera explícita.

T: ¿Resultó útil evaluar el pensamiento “Nunca lo lograré”, independizándolo de tu persona y viendo cómo ayudarías a tu compañera de cuarto en caso de que fuese ella la que tuviese esta idea, para pensar después cómo podría aplicarse a ti la respuesta?

P: Sí, creo que pude ver las cosas con mayor claridad.

T: ¿Tienes aquí la hoja que utilizamos la semana pasada, que contenía preguntas para evaluar los pensamientos automáticos? Esta es la pregunta 6. Si tienes oportunidad en esta

semana, ¿podrías utilizar esta pregunta para evaluar algún pensamiento automático? Si tienes algún problema o crees que no te resulta útil, lo conversaremos la próxima semana.

Finalmente, cuando el paciente ha progresado en la terapia y es capaz de evaluar sus pensamientos de manera automática, el terapeuta puede pedirle algunas veces que *diseñe una respuesta adaptativa*.

P: [Cuando decida pedir a mi compañera de cuarto que mantenga más aseada la cocina] probablemente pensaré que sería mejor que la limpiara yo misma.

T: ¿Puedes pensar en una manera más adaptativa de considerar este problema?

P: Sí, que es mejor para mí ser más firme. También que estoy pidiendo algo razonable. No soy malvada y sólo le pido que haga su parte.

T: Correcto. ¿Qué piensas que ocurrirá con tu angustia si te puedes decir a ti misma estas cosas?

P: Mi angustia va a disminuir.

En otras ocasiones, cuando el terapeuta piensa que los pensamientos automáticos del paciente pueden interferir con sus planes, puede preguntarle *cómo podría combatirlos* (suponiendo que ya tiene alguna capacidad para usar las preguntas expuestas).

T: ¿Piensas que algo se puede interponer para que comiences con tus tareas de estadística?

P: Creo que tal vez piense que es demasiado y me sienta abrumada.

T: De acuerdo. Si en algún momento tienes el pensamiento: “Hay demasiado para hacer”, ¿qué puedes decirte a ti misma?

T: Que no es necesario hacerlo todo en una noche y que no hace falta que lo comprenda a la perfección en la primera lectura.

P: Bien. ¿Crees que eso será suficiente para que puedas comenzar con las tareas?

Utilizar cuestionarios alternativos

Se aconseja a los terapeutas cognitivos principiantes que utilicen las preguntas de la figura 8.1 como guía para la evalua-

ción de pensamientos automáticos. Sin embargo, con frecuencia es necesario modificar estas preguntas estándar para determinados pensamientos específicos. Overholser (1993a, 1993b) describió varios ejemplos de tipos de preguntas socráticas.

La siguiente transcripción es sólo una ilustración de cómo el terapeuta modifica sus preguntas cuando considera que las estándar no serán eficaces.

T: ¿Qué pasó por tu mente [cuando preguntaste a tu mamá si tenía inconvenientes en que pasaran menos tiempo juntas y ella pareció reaccionar con enojo y sentirse herida]?

P: Que yo debería haber sabido que ese era un mal momento para llamar y no tendría que haberlo hecho.

T: ¿Cuál es la evidencia de que no deberías haber llamado?

P: Bueno, habitualmente mi madre está muy apresurada en las mañanas. Si hubiese esperado hasta que ella volviera del trabajo, seguramente ella habría estado mejor dispuesta mentalmente.

T: ¿Y eso acaso no se te ocurrió?

P: Bueno, sí, pero quería decirle en ese momento a mi compañera de cuarto si podría ir a visitarla o no, para que ella pudiese hacer sus planes.

T: Quiere decir que tenías una razón para llamar cuando lo hiciste y parece que sabías que corrías un riesgo, pero querías darle una respuesta a tu compañera lo más rápido posible, ¿verdad?

P: Sí.

T: ¿Te parece razonable ser tan dura contigo misma por haber corrido el riesgo?

P: No...

T: No pareces muy convencida. ¿Es muy malo, en esta situación, que tu madre se sienta herida porque quieres pasar parte de tus vacaciones con tu compañera de cuarto?

El terapeuta plantea otras preguntas después de esta: ¿Se sintió muy herida tu madre? ¿Cuánto tiempo puede durar en ella ese sentimiento? ¿Es posible lograr que tu madre nunca se sienta herida, dado que ella quiere pasar contigo la mayor cantidad de tiempo posible? ¿Es bueno tener como objetivo no herir *nunca* los sentimientos de otra persona? ¿Qué tendrías que dejar de lado para lograrlo?

T: Regresemos a los pensamientos originales. “Debería haber sabido que era un mal momento para llamar. Tendría que haber esperado.” ¿Cómo los ves ahora?

P: Bueno, en realidad no fue tan terrible. Probablemente se habría sentido herida en cualquier momento que hubiese llamado, porque quiere que pase con ella todo el tiempo posible. Sin embargo, tal vez no sea lo mejor para mí hacer siempre lo que ella quiere dejando de lado mi deseo. Creo que ella lo superará.

La transcripción anterior demuestra la manera como el terapeuta modifica las preguntas para ayudar a la paciente a adoptar una perspectiva más funcional. Aunque comienza cuestionando la *validez* del pensamiento, luego pone más énfasis en la *creencia implícita subyacente* (que ya habían conversado en otros contextos): Es malo herir los sentimientos de los demás. Finalmente, plantea a Sally una pregunta abierta (“¿Cómo ves la situación ahora?”) para evaluar el efecto del interrogatorio y decidir si hace falta continuar con el trabajo sobre esos pensamientos automáticos. Es importante notar que muchas de las preguntas que formula el terapeuta son, en realidad, variaciones de la pregunta 2 de la figura 8.1: ¿Existe alguna explicación alternativa acerca de los motivos por los cuales llamaste cuando lo hiciste y acerca de las razones que hicieron que tu madre se sintiera herida [razones que no sean que eres mala y cometiste un error]?

Identificar las distorsiones cognitivas

Los pacientes tienden a persistir recurrentemente en los errores de su pensamiento. Muchas veces, en el procesamiento cognitivo de los pacientes que sufren un trastorno psiquiátrico, existe una tendencia negativa sistemática (Beck, 1976). Cuando el paciente expresa un pensamiento automático, el terapeuta consigna (verbal, mentalmente o por escrito) el tipo de error que parece estar cometiendo. Los errores más frecuentes se presentan en la figura 8.2 (véase también Burns, 1980).

A algunos pacientes les agrada el desafío intelectual de catalogar ellos mismos sus distorsiones. El terapeuta también puede darles una copia de la figura 8.2.

T: Hemos dicho ya, que cuando las personas se encuentran perturbadas, muchas veces tienen pensamientos que no son verdaderos o por lo menos no lo son totalmente, ¿verdad?

P: Sí.

Si bien algunos pensamientos automáticos son verdaderos, muchos son falsos o sólo contienen algo de verdad. Los errores típicos del pensamiento son, entre otros:

1. *Pensamiento de tipo "todo o nada"* (también llamado blanco y negro, polarizado o dicotómico): Usted ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades.
Ejemplo: "Si no soy un triunfador absoluto, soy un fracasado".
2. *Pensamiento catastrófico* (también llamado adivinación del futuro): Usted predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades.
Ejemplo: "Estaré tan molesto que no podré hacer nada".
3. *Descalificar o dejar de lado lo positivo:* Usted considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada.
Ejemplo: "Hice bien ese proyecto, pero eso no significa que sea competente. Sólo tuve suerte".
4. *Razonamiento emocional:* Usted piensa que algo tiene que ser real porque uno lo "siente" (en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario).
Ejemplo: "Sé que hago muchas cosas bien en el trabajo, pero de todos modos me siento un fracasado".
5. *Catalogar:* Usted se coloca a sí mismo o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas.
Ejemplo: "Soy un perdedor. El es un inútil".
6. *Magnificar/minimizar:* Cuando usted se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo.
Ejemplo: "El hecho de que obtuve una calificación mediocre demuestra que soy una inútil. Obtener buenas notas no significa que sea inteligente".
7. *Filtro mental:* (también denominado abstracción selectiva): Usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.
Ejemplo: "Como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un trabajador incapaz [aunque otros ítems de la misma evaluación señalan rendimientos muy buenos]".
8. *Leer la mente:* Usted cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.
Ejemplo: "El está pensando que no sé nada sobre este proyecto".
9. *Sobregeneralización:* Usted llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación.
Ejemplo: "[Como me sentí incómodo en esta reunión] quiere decir que no tengo capacidad para hacer amistades".
10. *Personalización:* Cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.

- Ejemplo:* "El técnico fue parco conmigo porque yo hice algo incorrecto".
11. *Afirmaciones del tipo "Debo" y "Tengo que"* (también llamadas imperativos): Usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.
Ejemplo: "Es horrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer lo mejor que puedo".
12. *Visión en forma de túnel:* Usted sólo ve los aspectos negativos de una situación.
Ejemplo: "El maestro de mi hijo no hace nada bien. Es crítico, insensible y no sabe enseñar".
-

Figura 8.2. Errores de pensamiento. Adaptado de doctor Aaron T. Beck, con autorización.

- T: Tengo aquí, para darte, una lista que describe los errores más frecuentes que cometen las personas en sus pensamientos. Muchas veces resulta útil tratar de averiguar cuál es el error que uno puede estar cometiendo, porque de esa manera es posible reaccionar mejor. Veamos la lista, para que decidas si quieres usarla.
- P: Está bien.
- T: Aquí aparecen 12 errores frecuentes. Veamos si podemos identificar alguno que hayas cometido recientemente. El primero es el pensamiento tipo "todo o nada". Se trata de cuando se ven las cosas en términos de blanco y negro y no se incluyen los matices, los grises... ¿Qué crees respecto de ese pensamiento de la semana pasada "O bien obtengo un sobresaliente, o soy una fracasada"? ¿Te das cuenta de que allí sólo hay blanco y negro?
- P: Sí.
- T: ¿Puedes encontrar otros ejemplos? [El terapeuta y la paciente dedican algunos minutos más a este tipo de distorsión cognitiva. Luego el terapeuta selecciona otra distorsión típica de esta paciente y revisan del mismo modo la segunda clase de errores.] ¿Quisieras, como tarea, tratar de clasificar las distorsiones de los pensamientos automáticos que identifiques? También podemos tener esta hoja a la vista durante las sesiones y, de vez en cuando, fijarnos si podemos ubicar las distorsiones cuando conversamos acerca de otros pensamientos automáticos.

Para muchos pacientes, la lista consignada en la figura 8.2 resulta abrumadora. En este caso, el terapeuta puede catalogar y describir solamente las distorsiones típicas del paciente.

T: Veamos. Hemos identificado una cantidad de pensamientos automáticos que has tenido esta semana respecto de tu trabajo, tu salud y tus futuros hijos. Me pregunto si ves algo en común. Parecería que estás prediciendo que en cada caso va a ocurrir lo peor. ¿Es así?

P: Sí.

T: Cuando las personas predicen lo peor, decimos que tienen un pensamiento catastrófico o que predicen el futuro, ya que creen que va a ocurrir una catástrofe. ¿Te das cuenta de que tienes pensamientos catastróficos?

P: Creo que probablemente sea así.

T: ¿Qué te parece si durante esta semana tratas de darte cuenta de los momentos en que tienes pensamientos catastróficos y anotas “catastrófico” al lado de la idea en cuestión?

Otra posibilidad es ofrecer al paciente la lista completa de distorsiones de pensamiento, pero señalar en ella sólo los dos o tres que sean más frecuentes en él, para que no se sienta abrumado al tratar atender a todos los fallos posibles. Cuando logre determinar el tipo de distorsión en que está incurriendo, podrá evaluar más objetivamente la validez de sus pensamientos. El siguiente apartado describe cómo ayudar a los pacientes a evaluar *la utilidad* de sus pensamientos.

Preguntas para evaluar la utilidad de los pensamientos automáticos

Algunos pensamientos automáticos pueden ser totalmente válidos. En otras ocasiones, aun después de la evaluación, el paciente sigue considerándolos válidos, aunque no lo sean. En esos casos, el terapeuta puede ayudar al paciente a determinar el efecto de esos pensamientos (como en la pregunta 4 de la figura 8.1) o preguntarle directamente las ventajas y desventajas de seguir pensando eso. Más adelante se trabaja sobre una respuesta adaptativa respecto de ese pensamiento.

T: Sally, es posible que, como piensas, no tengas muchas posibilidades de conseguir el trabajo de verano que deseas. Pero dime, ¿cuál es la ventaja de pensar continuamente “No lo conseguiré, no lo conseguiré”?

P: Bueno, cuando no lo consiga, no me sentiré tan decepcionada.

T: ¿Y cuál es la desventaja de repetirte eso una y otra vez?

P: ¿La desventaja?

T: ¿Acaso ese pensamiento repetido te brinda alguna gran satisfacción? ¿Te ayuda a presentar tu solicitud? ¿Hace que disfrutes más de tus estudios?

P: No.

T: ¿Te das cuenta entonces de que ese pensamiento tiene sus desventajas?

P: Sí.

T: ¿Cuál sería entonces una buena respuesta para el pensamiento: “Nunca conseguiré el empleo”?

P: ¿Que conseguiré el empleo?

T: Bueno, me pregunto si eso no sería un criterio demasiado ingenuo. ¿Qué te parece la posibilidad de pensar que puedes conseguir *algún* trabajo, aunque no sea tu primera opción? También podrías tratar de centrar tu atención en lo que estás haciendo. ¿Crees que eso podría ayudarte? ¿Lo vas a intentar esta semana?

En otra ocasión el terapeuta puede centrar su atención en el pensamiento “Nunca conseguiré el trabajo que deseo” y tratar de desentrañar su significado subyacente. En esta sesión, no obstante, decide ocuparse de su utilidad. En el siguiente apartado, enseña explícitamente al paciente el proceso para investigarla.

T: Sally, veamos lo que acabamos de hacer. Comenzamos con el pensamiento “Nunca conseguiré el empleo de verano que deseo”. Buscamos evidencias que confirmen que es cierto, pero en realidad no estamos seguros de si esa predicción es o no correcta. Nos fijamos entonces en la *utilidad* de ese pensamiento. ¿Recuerdas cómo hicimos para tratar esa cuestión?

P: Sí, nos fijamos en las ventajas y desventajas.

T: Correcto. Así, al descubrir que es bastante desventajoso, elaboramos un plan para responder ante ese pensamiento cuando vuelva a aparecer. Quiere decir que aunque un pensamiento sea verdadero o no sepamos si lo es, de todas maneras podemos reaccionar ante él, aun basándonos en sus desventajas.

Determinar la eficacia de la evaluación de pensamientos automáticos

Una vez que el terapeuta ha utilizado preguntas estándar o no estándar (o un experimento conductual; véase capítulo 12, pp. 240-242) para evaluar un pensamiento automático, procede a

determinar la efectividad de la evaluación para decidir qué hacer en la siguiente sesión. Si el paciente ya no cree demasiado en ese pensamiento o si su respuesta emocional hacia la idea ha disminuido de manera significativa, el terapeuta cuenta con los indicios suficientes como para pasar a otro tema.

T: ¿Cuánto crees ahora en esa idea de que Jane se enojará contigo y permanecerá enojada, si le planteas el problema del ruido?

P: No mucho. Quizás un 25%.

T: ¿Y estás muy afligida por eso ahora?

P: Menos que antes. Más o menos un 20%.

T: Bien. ¿Deseas agregar algo más sobre el tema? ¿No? ¿Podemos pasar al siguiente tema del plan?

Valorar la eficacia de la evaluación de un pensamiento automático

Si el paciente sigue creyendo significativamente en su pensamiento automático y no se siente mejor desde el punto de vista emocional, el terapeuta trata de comprender por qué su primer intento de reestructuración cognitiva no ha sido suficientemente eficaz. Las razones más frecuentes que tener en cuenta son las siguientes:

1. Existen otros pensamientos automáticos centrales y/o algunas imágenes que no han sido identificados o evaluados.
2. La evaluación del pensamiento automático no es plausible, es superficial o inadecuada.
3. El paciente no ha expresado suficientemente las evidencias que, en su opinión, sustentan el pensamiento automático.
4. El pensamiento automático mismo es además una creencia central.
5. El paciente comprende "intelectualmente" que ese pensamiento está distorsionado, pero no lo cree en un nivel más "emocional".
6. El paciente descalifica la evaluación.

En el primer caso, *el terapeuta no ha averiguado el pensamiento automático o la imagen más centrales*. Sally, por ejemplo,

refiere el pensamiento: “Si intento participar en el periódico, seguramente no lo lograré”. La evaluación de este pensamiento no modifica significativamente su disforia, porque ella alberga otros pensamientos importantes que no han sido reconocidos: “¿Y si los editores piensan que soy una mala escritora?” “¿Y si escribo algo muy malo?”. Ella además, tiene una imagen de los editores leyendo su artículo con una expresión burlona y socarrona.

En una segunda situación, *la paciente combate un pensamiento automático de manera superficial*. Sally tuvo el pensamiento: “No terminaré con mi trabajo. Tengo demasiado que hacer”. En lugar de evaluar cuidadosamente el pensamiento, sólo respondió: “No. Probablemente lo terminaré”. Esta respuesta es insuficiente y la angustia de Sally no disminuye.

En un tercer caso, *el terapeuta no averigua lo suficiente acerca de la evidencia que sustenta la verdad del pensamiento* y el resultado es una respuesta adaptativa ineficaz:

T: Veamos, Sally, ¿qué evidencia tienes de que tu hermano no quiere estar contigo?

P: Bueno, él casi nunca me llama. Siempre lo llamo yo.

T: Bien, ¿alguna evidencia de lo contrario, de que él se preocupe por ti y desee tener buena relación contigo?

Si el terapeuta hubiese insistido un poco más, habría descubierto otras evidencias que Sally tiene para avalar su pensamiento: que durante las vacaciones el hermano pasó más tiempo con su novia que con Sally; que cada vez que ella lo llamó parecía impaciente y que no le había mandado una tarjeta para su cumpleaños. De haber averiguado estas evidencias adicionales, el terapeuta podría haber ayudado a Sally a sopesar las evidencias de manera más efectiva y podría haber investigado explicaciones alternativas para el comportamiento del hermano.

En una cuarta situación, *la paciente identifica un pensamiento automático, que es también una creencia central*. Sally tiene frecuentemente el pensamiento: “Soy una inútil”. El terapeuta deberá utilizar a lo largo del tratamiento diversas técnicas para modificarlo. Ella cree en esta idea con tanta fuerza que una simple evaluación no llega a modificar su percepción ni los efectos asociados (véase capítulo 11).

En un quinto caso, *la paciente afirma que ella cree “intelectualmente” en la respuesta adaptativa, pero que no cree en ella “emocionalmente”, con su corazón, su alma o sus vísceras*. En este

caso, el terapeuta y la paciente deben explorar una creencia no expresada que permanece *detrás* del pensamiento automático.

T: ¿En qué medida crees que el profesor no pensará que estás haciendo que desperdicie su tiempo o que, aunque así sea, es su trabajo?

P: Bueno, intelectualmente, me doy cuenta de que es así.

T: ¿Pero?

P: Aunque sé que podría ayudarme, sigo pensando que él cree que le estoy haciendo perder el tiempo.

T: Está bien. Supongamos por un momento que él *sí* cree que le estás haciendo perder el tiempo. ¿Qué tiene eso de malo?

En este caso, el terapeuta de Sally descubre que ella no cree verdaderamente en la respuesta adaptativa y que tiene una creencia subyacente: “Si pido ayuda, significa que soy débil”.

En un sexto caso, la paciente descalifica la respuesta:

T: ¿En qué medida crees que el profesor no pensará que estás haciéndole perder el tiempo o que, de ser así, le pagan para eso?

P: Lo creo, pero...

T: ¿Pero?

P: Pero sigo creyendo que debería resolverlo por mi cuenta.

T: Bueno, esa es otra posibilidad. Tal vez podrías. ¿Te parece que tratemos de averiguar si es mejor que trabajes sola o que pidas ayuda?

P: Está bien.

La descalificación de la respuesta adaptativa a menudo toma la forma de “sí, pero...”, que significa: “Sí, creo [en la respuesta], pero...”. Esta clase de afirmación puede ser tratada como otro pensamiento automático y sometida a evaluación racional.

En síntesis, una vez evaluado un pensamiento automático, el terapeuta pide al paciente que cuantifique el grado de creencia en la respuesta adaptativa y el cambio emocional que ha experimentado. Si la creencia no es fuerte, pero sigue perturbado, trata de conceptualizar por qué el examen del pensamiento no logró aliviar la tensión. El siguiente capítulo describe cómo ayudar a los pacientes a combatir sus pensamientos automáticos.

9

Combatir los pensamientos automáticos

En el capítulo anterior se mostró el uso del interrogatorio para ayudar al paciente a evaluar un pensamiento automático y determinar la eficacia de esa evaluación. En muchos casos, el terapeuta decide implementar otras intervenciones luego de esta interacción verbal, para conseguir que el paciente adopte un punto de vista más funcional. Esta actividad muchas veces consiste en escribir una respuesta escrita al pensamiento y leerla como tarea. Escribir los aprendizajes importantes que se han logrado en la sesión no sólo refuerza su comprensión de ellos en el momento, sino que además permite que el paciente consulte las anotaciones importantes de su terapia durante semanas, meses e incluso años después de haberla finalizado. En este capítulo se describe el Registro de Pensamientos Disfuncionales, que es el instrumento principal para evaluar los pensamientos automáticos y darles respuesta. Se consignan también otros métodos ideados para responder a los pensamientos automáticos.

Registro de Pensamientos Disfuncionales

El Registro de Pensamientos Disfuncionales (RPD) también conocido en una versión anterior como Registro Diario de Pensamientos disfuncionales (Beck et al., 1979), es un formulario que ayuda al paciente a combatir más eficazmente sus pensamientos disfuncionales y, por lo tanto, a disminuir su disforia (véase figura 9.1). Algunos pacientes lo usan habitualmente, mientras que otros, pese a los esfuerzos del terapeuta, no pueden o no quieren

Instrucciones: Cuando usted note que su estado de ánimo empeora, pregúntese: "¿Qué está pasando por mi mente en este momento?" y, tan pronto como sea posible, consigne por escrito el pensamiento o la imagen mental en la columna correspondiente a Pensamiento automático.

Día/hora	Situación	Pensamiento(s) automático(s)	Emoción(es)	Respuesta adaptativa	Resultado
	<p>1. ¿Qué acontecimientos reales, cadena de pensamientos, ensañaciones o recuerdos lo llevaron a esa emoción desagradable?</p> <p>2. ¿Qué sensaciones físicas perturbadoras experimentó (si hubo alguna)?</p>	<p>1. ¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por su mente?</p> <p>2. ¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?</p>	<p>1. ¿Qué emoción/es (tristeza, angustia, ira) sintió en ese momento?</p> <p>2. ¿Qué grado de intensidad (0 a 100%) tenía cada emoción?</p>	<p>1. (Opcional) ¿Qué distorsión cognitiva produjo?</p> <p>2. Utilizar las preguntas que aparecen al pie para componer una respuesta a los pensamientos automáticos.</p> <p>3. ¿Cuánto cree usted en cada respuesta?</p>	<p>1. ¿Cuánto cree usted ahora en cada pensamiento automático?</p> <p>2. ¿Qué emoción/es siente actualmente? ¿Con qué grado de intensidad (0 a 100%)?</p> <p>3. ¿Qué hará (o hizo)?</p>
viernes 23 / 2 10 horas	Hablo por teléfono con Donna	Quizá no le agrado más. 90%	Triste 80%		
martes 27 / 2 12 horas	Estudio para dar examen.	Nunca aprenderé esto. 100%	Triste 95%		
jueves 29 / 2 17 horas	Pienso en la clase de economía de mañana. Siento mi corazón que late rápidamente y no puedo concentrarme.	Já! vez me harán preguntas y no daré una buena respuesta. 80% ¿Qué me está ocurriendo?	Angustia 80% Angustia 80%		

Preguntas para ayudar a componer una respuesta alternativa: 1) ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es verdadero? ¿Y de qué no lo es? 2) ¿Existe alguna otra explicación posible? 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista? 4) ¿Cuál es el efecto de creer en este pensamiento automático? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 5) ¿Qué debo hacer al respecto? 6) Si _____ [nombre de un amigo] se encontrara en esta situación y tuviese este pensamiento, ¿qué le diría?

Figura 9.1. Registro de Pensamientos Disfuncionales. Copyright 1995 by Judith S. Beck, Ph.D.

escribir sus pensamientos y por esa razón lo utilizan sólo en raras ocasiones. La mayoría de los pacientes tienen una actitud intermedia y utilizan con regularidad el RPD si reciben del terapeuta la indicación y el aliento adecuados. Si el profesional considera que el paciente puede sentirse abrumado por el formato del RPD, puede enseñarle a usar las preguntas enumeradas en el capítulo 8, figura 8.1. Es más probable que los pacientes usen el RPD si se les presenta adecuadamente, se efectúa una demostración y se practica su uso. Aquí proponemos algunas pautas:

1. El terapeuta debe dominar el uso del RPD (con sus propios pensamientos automáticos) antes de presentarlo a un paciente.

2. El terapeuta debe hacer un plan para presentar el RPD en dos etapas, que tendrán lugar en dos o más sesiones. En la etapa 1 se ocupará de las primeras cuatro columnas y, en la etapa 2, de las últimas dos.

3. El terapeuta debe asegurarse de que el paciente capte el modelo cognitivo y crea en él antes de presentar el RPD (de lo contrario, no comprenderá el valor de identificar y evaluar sus pensamientos).

4. El paciente debe demostrar capacidad para identificar sus pensamientos automáticos y emociones antes de que se le presente el RPD. Debe ser capaz de exponer la situación y describir sus emociones y sus respuestas fisiológicas sin confundirlas con pensamientos automáticos. Si no tiene la capacidad para distinguir entre estos fenómenos, seguramente experimentará dificultades en el uso del RPD. Por esta razón, el terapeuta deberá pedirle verbalmente que consigne varios ejemplos importantes y claros de situaciones específicas, con los pensamientos automáticos que las acompañan y las emociones que los preceden, para poder hacer con este material una demostración del registro en el RPD.

5. El paciente debe demostrar buenos resultados al completar las primeras cuatro columnas antes de que se le presenten las últimas dos.

6. El terapeuta debe haber evaluado *verbalmente*, junto con el paciente, por lo menos un pensamiento automático importante y haber logrado alguna disminución en la disforia antes de mostrarle cómo completar las últimas dos columnas.

7. Si el paciente no logra completar sus tareas para el hogar haciendo uso del RPD, el terapeuta debe averiguar acerca de los pensamientos automáticos que promueve el uso de este formula-

rio, ayudar al paciente mediante técnicas de resolución de problemas, proponer hacer un RPD como experimento, contemplar la posibilidad de mostrarle el propio uso que él hace del formulario y motivarlo de otras maneras.

Una vez identificada una situación problemática, el terapeuta en primer lugar ayuda al paciente, sólo mediante preguntas orales, a identificar los pensamientos automáticos específicos y las emociones asociadas a ellos. Luego, puede elegir estos ejemplos para ilustrar el uso del RPD. En caso de presentar el registro sin haber previamente identificado una situación importante, los pensamientos automáticos y las emociones correspondientes, el terapeuta corre el riesgo de que el paciente se confunda por no poder identificar correctamente estos ítems.

En el apartado siguiente, el profesional ya ha llenado el contenido de las primeras cuatro columnas del RPD para el caso de un pensamiento automático específico y procede a presentar al paciente un RPD en blanco.

TERAPEUTA: Sally, vamos a asegurarnos de que has comprendido.

Tu compañera Donna llamó y dijo que no podría ir este fin de semana. Tú pensaste: “Tal vez ya no le agrado” y te sentiste triste. ¿Correcto?

PACIENTE: Sí.

T: Me gustaría que evaluásemos ese pensamiento, pero primero quiero mostrarte un formulario que creo te ayudará. Se llama RPD, Registro de Pensamientos Disfuncionales, y es tan sólo una manera más organizada de responder a los pensamientos que te están perturbando. ¿Está bien? (*Muestra la figura 9.1*)

P: Claro.

T: Aquí lo tenemos. Hoy nos concentraremos en las primeras cuatro columnas. Por eso voy a tachar las dos últimas. Nos ocuparemos de ellas en otra sesión. Ahora, antes de comenzar, tengo que aclararte algunas cosas. En primer lugar, la caligrafía, la ortografía y la gramática no tienen importancia.

P: (*Ríe*)

T: En segundo término, esta es una herramienta muy útil, pero es posible que necesites practicar un poco para usarla bien. No te preocupes si cometes algunos errores al comienzo. En realidad, las equivocaciones nos van a resultar útiles, porque podremos ver cuáles son las cosas que te confunden y mejorar para la próxima vez. (¿Está bien?)

- P: Ajá.
- T: Veamos. ¿Qué te parece si usamos tu pensamiento: “Tal vez ya no le agrado”, como ejemplo? La primera columna es fácil. ¿Cuándo tuviste este pensamiento?
- P: Hoy a la mañana.
- T: Bien. En la primera columna anotamos la fecha y la hora aproximada.
- P: (*Lo hace*)
- P: ¿Podrías poner también el día de la semana? Nos resultará más sencillo cuando lo recordemos. En la segunda columna debes apuntar la situación. ¿Pensaste “Tal vez ya no le agrado” cuando estabas hablando con ella por teléfono o más tarde, luego de haber cortado la comunicación?
- T: Mientras hablaba con ella.
- T: Correcto. Entonces, bajo el título “Situación” podrías escribir: “Hablabo por teléfono con Donna”. La situación puede ser un hecho real o algo en lo que estás *pensando* o que estás imaginando. ¿Está claro?
- P: Creo que sí.
- T: Vamos a ver muchos ejemplos, así que este punto se aclarará. Además, las preguntas que están contenidas en las columnas te facilitarán la tarea. Existe también un tercer tipo de situación, cuando tus pensamientos automáticos se refieren a cómo te sientes, ya sea física o emocionalmente. Por ejemplo, la situación puede ser: “Noté que me sentía triste” y el pensamiento correspondiente: “No debería sentirme así. No tengo remedio.”
- P: Bien. Creo que ya comprendí.
- T: La siguiente columna es para los pensamientos automáticos. Aquí debes escribir las palabras textuales o las imágenes tal cual acuden a tu mente. En este caso, pensaste: “Tal vez ya no le agrado”... ¿En qué medida creíste en este pensamiento en ese momento?
- P: Mucho. Un 90%.
- T: Bien. Escribe entonces el pensamiento y, al lado, anota 90%. En la cuarta columna debes escribir cuál fue la emoción y su grado de intensidad. En este caso, ¿cuán triste te sentiste?
- P: Bastante triste: un 80%.
- T: Está bien. Anótalo. ¿Qué te parece si probamos otra vez? ¿Recuerdas alguna otra ocasión en esta semana en la cual hayas notado que tu estado de ánimo cambiaba?
- P: Sí... Hoy estaba buscando un libro en la biblioteca y comencé a sentirme muy triste.

T: Correcto. Vayamos a ese momento. Es el día de hoy más temprano y estás en la biblioteca buscando un libro. Comienzas a sentirte muy triste y ahora te haces la primera pregunta del RPD: “¿Qué pasa por mi mente en este momento?” (*Marca o resalta la pregunta en el RPD*)

P: Nunca lo lograré. Nunca encontraré el libro que necesito.

T: Bien, veamos si puedes completar sola las cuatro primeras columnas del RPD. Si es necesario, te ayudaré.

Una vez que el paciente ha completado exitosamente las primeras cuatro columnas durante la sesión, con muy poca o ninguna asistencia, el terapeuta puede fijar, en conjunto con él, una tarea para el hogar.

T: Está bien, Sally, ¿qué te parece la posibilidad de llenar estas columnas algunas veces como tarea para esta semana? Usarás algún cambio en tu estado de ánimo para comenzar, y luego te preguntarás lo que pasa por tu mente, como aquí se indica.

P: De acuerdo.

T: Permíteme recordarte un par de cosas. En primer lugar no es necesario que lo llenes en orden, de izquierda a derecha. A veces es más fácil identificar primero la emoción que sientes —triste, angustiada, enojada— y escribirla, para luego reconocer el pensamiento automático. También debes recordar que se trata de una habilidad y que quizá no completes el formulario a la perfección la primera vez, ¿comprendes? Cuanto más lo practiques, más lo perfeccionarás y más útil te resultará.

P: Está bien.

T: ¿Crees que esta semana podrás escribir un pensamiento automático por día?

P: Lo intentaré.

En la siguiente sesión, el terapeuta se da cuenta de que Sally ha incurrido en algunas confusiones respecto de sus pensamientos automáticos, respuestas fisiológicas y emociones (véase figura 9.1) y por eso pospone la presentación de las últimas dos columnas y prefiere dedicarse a repasar el RPD que Sally realizó como tarea.

T: Correcto. Veamos el RPD que hiciste como tarea. El primer ejemplo parece estar bien. El martes, cuando estabas estudiando para un examen, pensaste: “Nunca voy a aprender esto” y

- creías en eso un 100%. Te sentiste en consecuencia un 95% triste. Correcto. Si tenemos tiempo hoy, evaluaremos ese pensamiento, pero primero vamos a hablar de lo que escribiste a continuación.
- P: No pude hacerlo bien. No logré darme cuenta de cuál era el pensamiento automático.
- T: Bueno, veámoslo. Veo que se trata de algo que ocurrió ayer a las cinco de la tarde ¿Qué estabas haciendo?
- P: Debía estudiar, pero no podía concentrarme bien y estaba caminando por mi habitación.
- T: ¿En qué pensabas?
- P: En la clase de economía que tuve hoy. Pensaba que tal vez me interrogarían y estaba segura de que no podría responder bien.
- T: Entonces tuviste el pensamiento: “Tal vez me pregunten y no pueda responder bien.”
- P: Sí.
- T: Bueno, escribe eso debajo de “Pensamiento automático”. En ese momento, ¿cuánto creías en ese pensamiento?
- P: Un 80%.
- T: Está bien. Escríbelo y dime: ¿Qué te hizo sentir ese pensamiento?
- P: Angustia. Mi corazón comenzó a latir aceleradamente.
- T: ¿Cuán angustiada estabas, del 0 al 100%?
- P: Un 80%.
- T: Escribe entonces debajo de “Emoción”: angustia, 80%. Debajo de la situación, escribe: “Pensando en la clase de mañana”. Parecería que “El corazón latía aceleradamente” y “tenía dificultades para concentrarme” son síntomas de angustia. ¿Pasó algo por tu mente respecto de estos síntomas?
- P: Sí, pensaba “¿Qué me ocurre?”.
- T: Está bien. Hay entonces una segunda situación: tu corazón late aceleradamente y tienes dificultades para concentrarte. El pensamiento automático en ese caso fue: “¿Qué me ocurre?”. ¿Puedes anotar también estas cosas?

En la siguiente sesión, el terapeuta nota que Sally ya domina las cuatro primeras columnas del RPD, tal como lo evidencian sus tareas. Uno de los objetivos para la sesión, si se produce la oportunidad, es enseñar a Sally a utilizar las dos columnas restantes. Se vale entonces de las preguntas que aparecen debajo del RPD para ayudarla a evaluar uno de los pensamientos que ella había anotado como tarea (véase figura 9.2). Al comienzo, traba-

Instrucciones: Cuando note que su estado de ánimo decae, pregúntese: "¿Qué está pasando por mi mente en este momento?" y anote lo más rápido que pueda el pensamiento o la imagen mental en la columna correspondiente a Pensamiento Automático.

Fecha/hora	Situación	Pensamiento(s) automático(s)	Emoción(es)	Respuesta adaptativa	Resultado
	1. ¿Qué acontecimientos reales, cadena de pensamientos, ensañaciones o recuerdos lo llevaron a esa emoción desagradable? 2. ¿Qué sensaciones físicas perturbadoras experimentó? (si hubo alguna).	1. ¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por su mente? 2. ¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?	1. ¿Qué emoción/es (tristeza, angustia, ira, etc.) sintió en ese momento? 2. ¿Cuán intensa (0 a 100%) fue la emoción?	1. (Opcional) ¿Qué distorsión cognitiva produjo? 2. Utilizar las preguntas que aparecen al pie para componer una respuesta a los pensamientos automáticos. 3. ¿Cuánto cree usted en cada respuesta?	1. ¿Cuánto cree usted ahora en cada pensamiento automático? 2. ¿Qué emoción/es siente en este momento? ¿Con qué grado de intensidad (del 0 al 100%)? 3. ¿Qué hará (o hizo)?
Viernes 8/3 15 horas	Pensaba en invitar a Bob a tomar un café.	El no querrá ir conmigo. 30%	Tristeza 75%	[Error de tipo "Predicción del futuro"] En realidad no sé si él quiere. (90%) Es amigoso conmigo en clase. (90%) Lo peor que puede ocurrir es que diga que no y que yo me sienta mal durante un tiempo. (90%) Lo mejor que puede ocurrir es que diga que sí. (100%) Lo más realista es que puede decir que está ocupado, pero que de todas maneras siga siendo amigoso. (80%) Si sigo suponiendo que no quiere salir conmigo, no tendré una buena oportunidad de lograrlo. (100%) Debo ir y preguntarle. (50%) Después de todo no es grave. (75%)	1. P.A. - 50% 2. Triste - 50% Angustia - 50%

Preguntas para ayudar a componer una respuesta alternativa: 1) ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es verdadero? ¿Y de qué no lo es? 2) ¿Existe alguna otra explicación posible? 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista? 4) ¿Cuál es el efecto de creer en este pensamiento automático? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 5) ¿Qué debo hacer al respecto? 6) Si _____ [nombre de un amigo] se encontrara en esta situación y tuviese este pensamiento, ¿qué le diría?

Figura 9.2. Registro de Pensamientos Disfuncionales. Copyright 1995 by Judith S. Beck, Ph.D.

jan verbalmente, para asegurarse de que el uso de las preguntas sea eficaz.

T: Bueno, veamos ahora si puedes transferir algo de lo que hemos hablado al RPD. ¿Qué distorsión cognitiva dijimos que cometiste?

P: Predecir el futuro.

T: Está bien, puedes escribir eso en la parte superior de la cuarta columna, que se llama “Respuesta adaptativa”. ¿Ves las instrucciones para completar esta columna? El registro del tipo de distorsión cognitiva es opcional.

P: Está bien.

T: A continuación, puedes usar las preguntas que están en la parte inferior del RPD para evaluar tu pensamiento y consignar una respuesta adaptativa en la columna cuatro. Las preguntas son las mismas que hemos usado hace un minuto en forma oral.

P: Bueno.

T: En primer lugar, nos preguntamos por la evidencia y ¿a qué conclusión llegamos?

P: La conclusión fue que en realidad yo no sé si Bob quiere o no salir. También dijimos que se muestra amistoso conmigo en clase.

T: Correcto. Escribe esas dos cosas en la quinta columna y dime, ¿en qué medida crees en estas afirmaciones?

P: Bastante, en un 90%.

T: Bien. Anota 90% al lado de cada afirmación... Ahora vamos a ver las consecuencias. ¿Qué es lo mejor, lo peor y lo más realista que podría ocurrir? *(La paciente sigue anotando la respuesta adaptativa y el grado de creencia que corresponde a cada afirmación)* Correcto. Ahora fíjate en la última columna. ¿Cuánto crees ahora en tus pensamientos automáticos?

P: Quizás un 50%.

T: ¿Y cómo te sientes?

P: No tan triste, pero mucho más angustiada.

T: Bueno. Escribe en la última columna “P.A.” por pensamiento automático y, al lado, 50%. Luego escribe “Triste” y evalúa el grado de tristeza del 0 al 100%.

P: *(Lo hace)*

T: Ahora quizá deberíamos analizar el pensamiento que te está angustiendo.

A continuación, el terapeuta puede hacer que el paciente practique el RPD con otro pensamiento automático, fijar una tarea para el hogar usando el RPD o seguir adelante con otro tema.

Motivar a los pacientes para que utilicen el Registro de Pensamientos Disfuncionales

Algunos pacientes adoptan inmediatamente el Registro de Pensamientos Disfuncionales y comienzan a usarlo en forma sistemática cada vez que se sienten mal. En otros casos, en cambio, un diálogo como el que sigue puede resultar útil:

T: Bien, Sally, parece que este RPD [el que acaban de hacer juntos] ha resultado útil. Tu tristeza descendió del 75 al 50%.

P: Sí.

T: ¿Crees que esto te puede ayudar en el futuro?

P: Sí.

T: Ya tienes bastante habilidad para evaluar tus pensamientos negativos y combatirlos mentalmente. Sin embargo, a muchas personas les resulta más útil escribirlos. ¿Qué crees tú?

P: Creo que podría ayudarme.

T: ¿Es posible que lo intentes en casa esta semana?

P: Creo que podría probar.

T: Yo suelo usar el RPD en algunas ocasiones, cuando me doy cuenta de que reacciono exageradamente. A mí me resulta más útil escribirlo que hacerlo mentalmente, pero en tu caso aún no sabemos qué es mejor. ¿Qué te parece si lo intentas como experimento? Al menos una vez en la semana podrías combatir tus pensamientos mentalmente y ver cómo cambia tu estado de ánimo. Luego los escribes en el RPD y te fijas de cuál de las dos maneras obtienes más beneficio. ¿Qué te parece?

P: Bien.

T: ¿Es probable que intentes este experimento?

P: Lo haré.

El terapeuta alienta al paciente para que use el RPD como experimento. Si a la siguiente semana regresa con un formulario correctamente completado (y ha logrado mejorar su estado de ánimo), es posible que no necesite más motivación. Si no completó el RPD, no lo hizo correctamente o no experimentó una mejoría en su estado de ánimo, el terapeuta determinará por qué aparecieron

esas dificultades y actuará en consecuencia. A veces, algunas sugerencias basadas en el sentido común bastan para allanar el camino:

- P: Sé que probablemente tendré muchos pensamientos automáticos durante la clase, pero no puedo anotarlos en ese momento ni en ese lugar.
- T: Es verdad. ¿Crees que te resultaría útil predecir un pensamiento típico y molesto por anticipado y escribir el RPD *antes* de la clase? También podrías anotar los pensamientos automáticos en un papel cualquiera durante la clase y luego completar un RPD.
- P: Probablemente sea bueno hacerlo por anticipado para disminuir la ansiedad, pero a menos que venga de la terapia, no tendré un formulario conmigo.
- T: Algunas personas llevan un RPD en blanco en su billetera. ¿Te serviría hacer eso?
- P: Sí, el único problema sería *dónde* completarlo. No me gustaría que otras personas lo vieran.
- T: A veces hay que usar el ingenio. Algunas personas lo hacen en su escritorio, como si fuera cualquier trabajo. Otras lo completan en el auto, o hasta en el baño. ¿Qué te parece si piensas cómo podrías hacerlo? Si tienes problemas o sigues temiendo que te vean, hablaremos sobre ese tema la próxima semana.

La conversación sobre las preocupaciones de la paciente que se desarrollarán en la siguiente sesión puede incluir: la identificación de pensamientos automáticos e imágenes en los cuales aparezcan otras personas viendo el RPD, la falta de expectativas de mejoría, la dificultad para realizar los esfuerzos necesarios para mejorar el estado de ánimo o cualquier otra idea disfuncional que se interponga en el completamiento del RPD.

Cuando el Registro de Pensamientos Disfuncionales no resulta suficientemente útil

En la terapia cognitiva no debemos exagerar la importancia de esta técnica ni de ninguna otra. La mayoría de los pacientes encuentran que, en algún momento, el completar el RPD no les proporciona suficiente alivio. El terapeuta puede ayudar al paciente a evitar la producción de pensamientos automáticos críti-

cos respecto de sí mismo, de la terapia, del terapeuta o el RPD, poniendo énfasis en la utilidad *general* de esta técnica y sus “limitaciones”.

En cada caso, el terapeuta puede explicar las razones más comunes por las cuales el RPD puede no reducir significativamente la disforia del paciente. Tal como se describe en el capítulo anterior, la evaluación de un pensamiento automático (con o sin un RPD) puede no ser muy eficaz cuando el paciente no puede combatir el pensamiento o imagen automática que más lo perturba, si se trata de un pensamiento automático que constituye al mismo tiempo una creencia central, si la evaluación y la respuesta son superficiales o si descalifica la respuesta.

Formas adicionales de reaccionar frente a los pensamientos automáticos

Este capítulo ha enfatizado los métodos escritos para responder a los pensamientos automáticos. Sin embargo, no suele ser práctico o deseable que el paciente utilice esta modalidad con todos sus pensamientos automáticos, ya que esa actividad le consumiría gran parte de su vida. En efecto, existen pacientes (especialmente los que padecen de un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo) que tienden a utilizar en exceso el RPD. Otros, por el contrario, no pueden o no quieren realizar tareas escritas. A continuación se describen técnicas alternativas que no requieren de la escritura:

- 1. Completar mentalmente un RPD.**
- 2. Leer un RPD escrito previamente o notas de terapia que contengan un pensamiento automático idéntico o similar.**
- 3. Dictar a otra persona una versión modificada del RPD o pedirle que lea las respuestas que se han consignado en ocasiones anteriores (en caso de que el paciente pueda comprender pero no pueda leer o escribir por sí mismo).**
- 4. Leer una tarjeta de apoyo (véase capítulo 12, pp. 257-260).**
- 5. Escuchar una grabación de una sesión o de parte de ella.**

Por último, a veces es más provechoso aplicar técnicas de resolución de problemas que evaluar un pensamiento automático. Por ejemplo, cuando Sally tuvo el pensamiento: “Nunca aprenderé esto antes del examen”, el terapeuta llegó a la conclusión de que si la paciente continuaba estudiando de la misma manera como lo

había estado haciendo, era verdaderamente probable que *no aprendiera* el material adecuadamente. Por esa razón, consideró que era mejor dedicar algún tiempo de la terapia a ayudarla a encontrar posibles soluciones, tales como conseguir apuntes de compañeros, pedir ayuda al profesor, resumir los capítulos que leía o estudiar con un compañero.

En síntesis, el terapeuta enseña al paciente diversas maneras de reaccionar frente sus pensamientos distorsionados. Una instrucción detallada respecto del RPD puede incrementar las posibilidades de que los pacientes utilicen por sí mismos esta herramienta, aunque existen también otros modos de reaccionar ante los pensamientos automáticos en caso de que no quieran o no puedan usar un RPD.

10

Identificación y modificación de creencias intermedias

En los capítulos anteriores se describió la identificación y modificación de los pensamientos automáticos, que son las palabras o imágenes que pasan por la mente de un paciente en una situación dada y que lo conducen al distrés. Este capítulo describe las ideas o conceptos más profundos, a menudo no expresados, que los pacientes tienen respecto de ellos, los demás y el mundo, y que dan lugar a los pensamientos automáticos específicos. Estas ideas que no fueron expresadas antes de la terapia, se pueden averiguar con facilidad interrogando al paciente o infiriéndolas para luego controlarlas.

Tal como se describe en el capítulo 2, esas creencias se pueden clasificar en dos categorías: las creencias intermedias (compuestas por reglas, actitudes y presunciones) y las creencias centrales (ideas globales rígidas y absolutas acerca de uno mismo y/o los demás). Las creencias intermedias, si bien no se pueden modificar tan fácilmente como los pensamientos automáticos, son más maleables que las creencias centrales.

Este capítulo está dividido en dos partes. En la primera se describe la *conceptualización cognitiva* (presentada inicialmente en el capítulo 2) y se ilustra la manera de desarrollar un Diagrama de Conceptualización Cognitiva. A lo largo de toda esta obra se pone énfasis en la conceptualización cognitiva para ayudar al terapeuta a planear una terapia, a escoger las intervenciones adecuadas y a superar los momentos de estancamiento en los cuales las intervenciones habituales no funcionan. En la segunda parte, este capítulo se ocupa de *averiguar y modificar las creen-*

cias intermedias. Estas técnicas también se aplican al siguiente capítulo, que presenta recursos específicos para la averiguación y modificación de creencias centrales.

La conceptualización cognitiva

Generalmente el terapeuta y el paciente se ocupan de los pensamientos automáticos antes de abordar las creencias. Sin embargo, desde el comienzo, el terapeuta comienza a formular una conceptualización, que siempre conecta los pensamientos automáticos con creencias situadas en niveles más profundos. Si no logra ver ese cuadro más amplio, es menos probable que logre dirigir la terapia de una manera efectiva. Los terapeutas cognitivos que recién se inician suelen saltar de una creencia intermedia a otra, sin llegar a identificar las creencias más centrales ni a trabajar sobre ellas.

Por estas razones, es recomendable que el terapeuta comience completando un Diagrama de Conceptualización Cognitiva (figura 10.1) en cuanto haya recopilado los datos de los pensamientos automáticos típicos del paciente, sus emociones, su comportamiento y/o sus creencias. El diagrama representa, entre otras cosas, la relación entre creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos. Provee un mapa cognitivo de la psicopatología del paciente y ayuda a organizar la multiplicidad de datos que presenta el paciente. El diagrama de la figura 10.1 ilustra las preguntas básicas que el terapeuta se formula para completarlo.

Inicialmente, el terapeuta puede contar con datos para completar sólo una parte del diagrama. En ese caso, o bien deja en blanco el resto de los casilleros, o bien las llena con respuestas que ha inferido, agregando un signo de interrogación para indicar su condición provisoria. En las sesiones que siguen, podrá controlar con el paciente los datos provisorios o faltantes. En ocasiones, el profesional comparte con el paciente la conceptualización, con el propósito de lograr que comprenda el amplio cuadro de sus dificultades. En ese momento, repasa oralmente la conceptualización, desarrolla un nuevo diagrama con el paciente o le presenta el diagrama completo. Cada vez que el terapeuta expresa una interpretación, la denomina hipótesis y le pregunta al paciente si le suena “verdadera”. Las hipótesis correctas generalmente le resuenan al paciente.

Habitualmente es mejor comenzar por la parte inferior del

DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACION COGNITIVA

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
 Diagnóstico: Eje I: _____ Eje II: _____

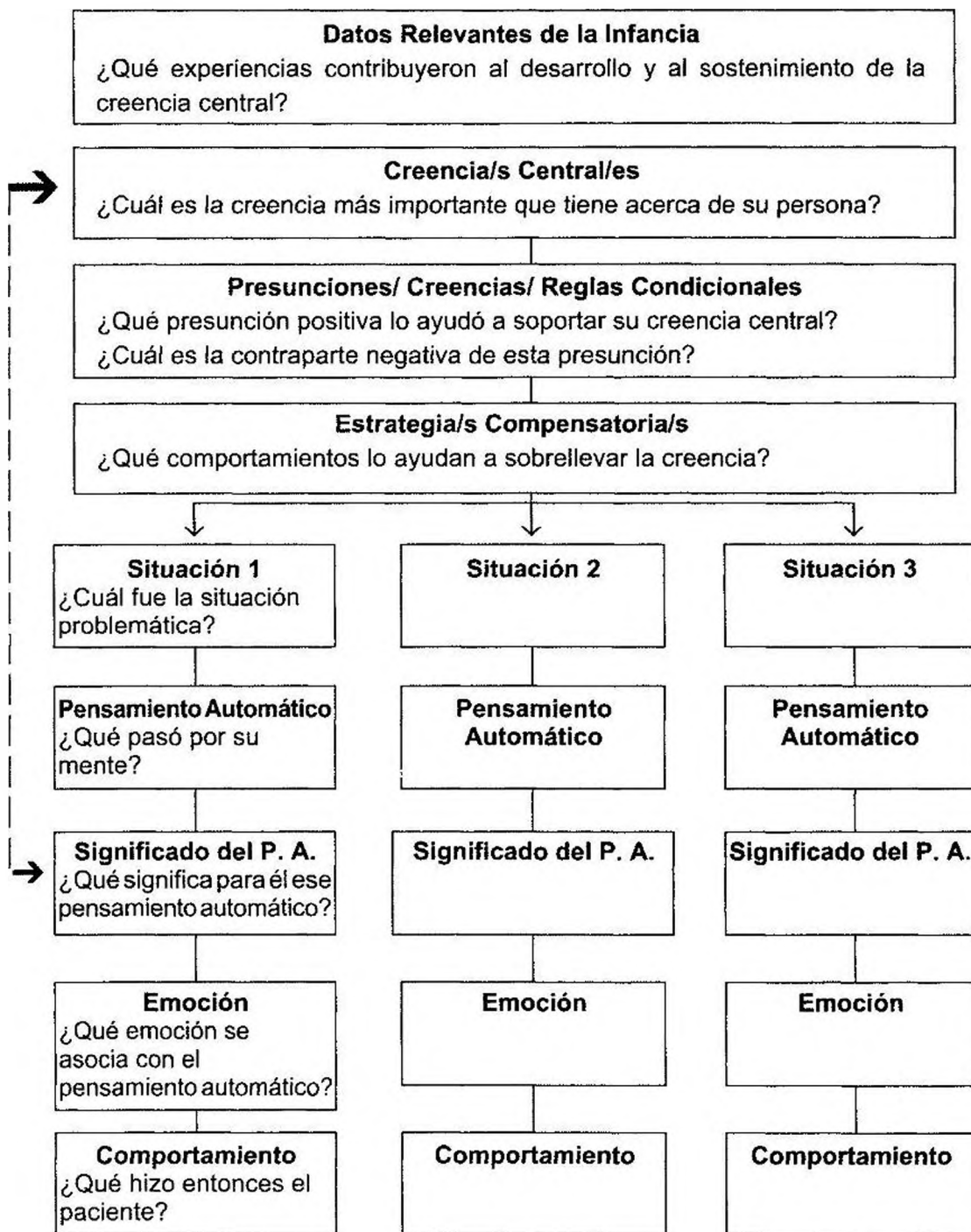


Figura 10.1. Diagrama de Conceptualización Cognitiva. Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

diagrama de conceptualización. El terapeuta anota tres situaciones “típicas” en las cuales el paciente se siente perturbado. Luego, para cada situación, consigna el pensamiento automático clave, su significado y la consiguiente emoción o comportamiento (si hay alguno). Si no le ha pedido directamente al paciente el significado de sus pensamientos automáticos, plantea una hipótesis (con un signo de interrogación), o, aun mejor, lleva a cabo con el paciente la técnica de la flecha hacia abajo (pp. 182-183) en la siguiente sesión para develar el significado de cada pensamiento.

El significado del pensamiento automático para cada situación debe relacionarse lógicamente con el casillero de la Creencia Central que se encuentra cerca de la parte superior del diagrama. Por ejemplo, el diagrama de Sally (figura 10.2) muestra claramente cómo sus pensamientos automáticos y el significado de estos están relacionados con su creencia central de ser una inepta.

Para completar el casillero superior del diagrama, el terapeuta se pregunta (y pregunta al paciente): ¿Cómo se originó la creencia central y cómo se mantuvo? ¿Qué acontecimientos de la vida (especialmente de la niñez) experimentados por el paciente pueden relacionarse con el desarrollo y mantenimiento de la creencia? Los datos relevantes típicos de la infancia incluyen cuestiones tales como los conflictos continuos o periódicos entre los padres u otros miembros de la familia; el divorcio de los padres; las interacciones negativas con padres, hermanos, profesores, pares u otras personas que han hecho sentir al niño culpable, criticado o, en cierto modo, desvalorizado. También las enfermedades; muertes de personas cercanas; abusos sexuales o físicos y otras condiciones adversas tales como haber crecido en la pobreza, haber enfrentado discriminación racial de manera crónica, etcétera.

Los datos relevantes de la infancia, no obstante, pueden también ser más sutiles: por ejemplo, la percepción del niño (válida o no) de que los padres preferían a otro hermano; la constante autocrítica de un niño que no se ha sentido a la par de sus hermanos; el haberse sentido diferente de lo que sus pares demandaban o el haber percibido que no satisfacía las expectativas de sus padres, maestros u otras personas.

A continuación, el terapeuta se pregunta: “¿Cómo sobrelleva mi paciente esta creencia central dolorosa?”. “¿Qué creencias intermedias (p. ej., presunciones subyacentes, reglas y actitudes) ha desarrollado?”

Las creencias de Sally se ilustran de manera jerárquica en la

DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACION COGNITIVA

Nombre del paciente: Sally Fecha: 22-2
 Diagnóstico: Eje I: Episodio de depresión mayor Eje II: Ninguno

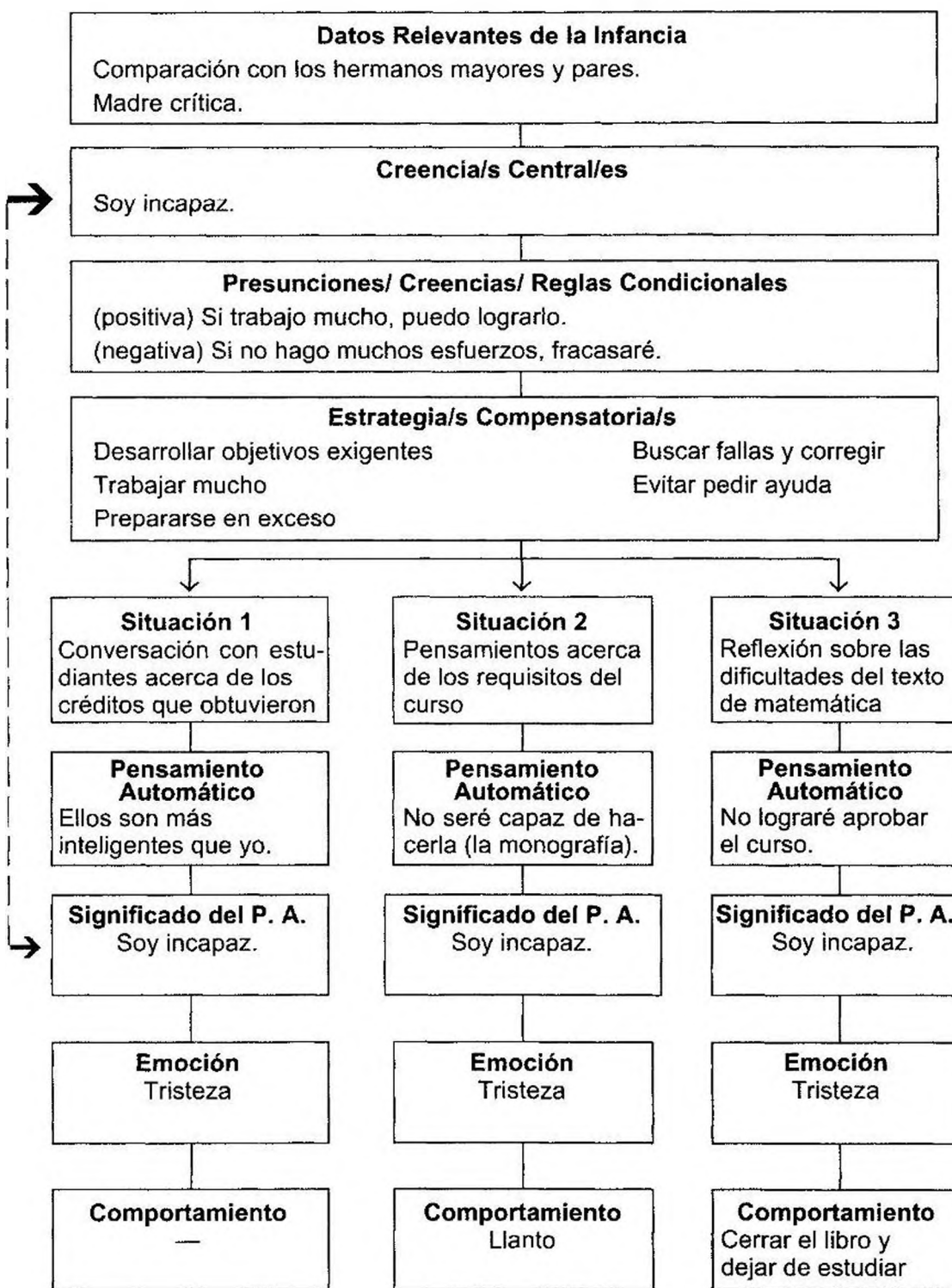


Figura 10.2. Diagrama de Conceptualización Cognitiva de Sally.
 Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

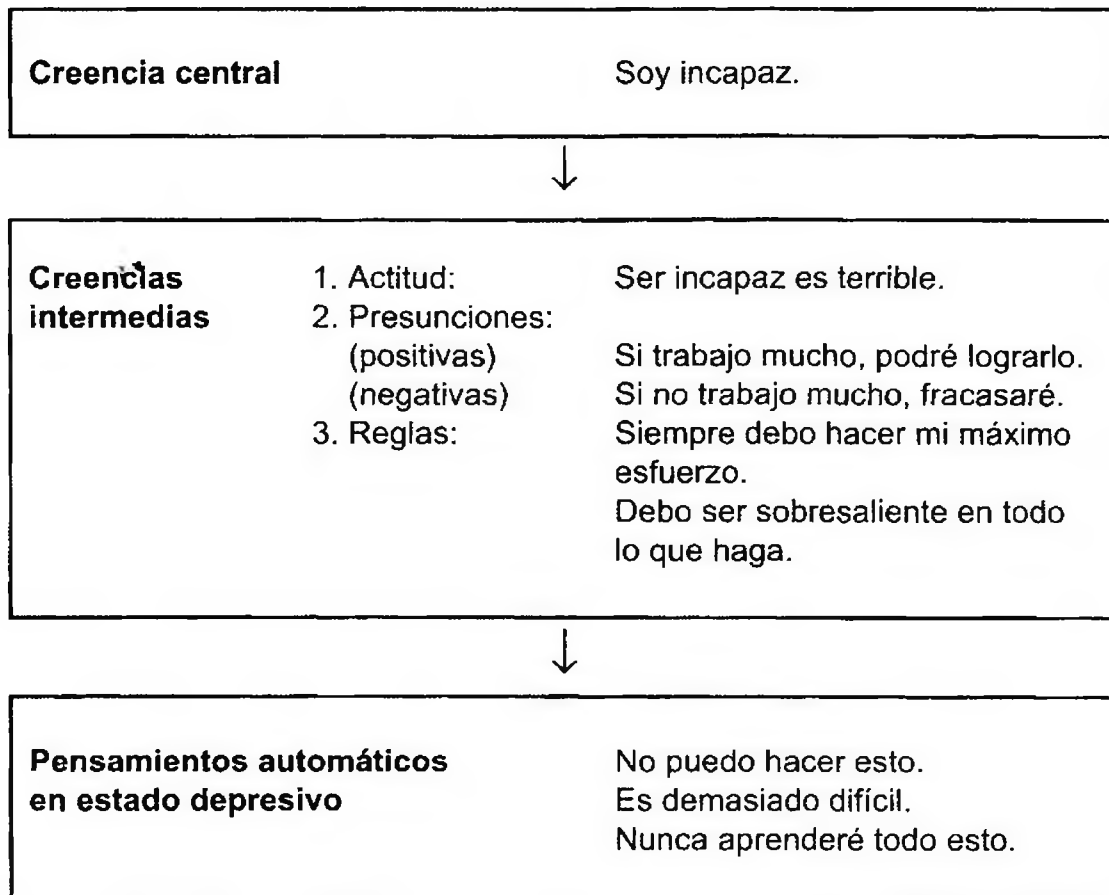


Figura 10.3. Jerarquía de creencias y pensamientos automáticos.

figura 10.3. Dado que ella tiene muchas creencias intermedias que podrían clasificarse como actitudes y reglas, es útil enumerarlas como *presunciones* en el casillero que aparece debajo de las creencias centrales. (Véase p. 186-187 para conocer el modo como el terapeuta puede ayudar al paciente a reformular una actitud o regla como presunción). Sally, por ejemplo, desarrolló una presunción positiva que la ayudó a soportar la dolorosa idea de su incapacidad: “Si trabajo mucho, puedo lograrlo”. Como la mayor parte de los pacientes, ella también tiene una presunción negativa que es la otra cara de la positiva, “Si no trabajo mucho, fracasaré”. La mayoría de los pacientes con diagnóstico del Eje 1 tienden a actuar según sus presunciones positivas hasta el momento en que padecen un alto grado de tensión psicológica. En ese momento irrumpe la presunción negativa.

Para completar el casillero siguiente, denominado “estrategias compensatorias”, el terapeuta se pregunta: “¿Qué estrategias conductuales desarrolló el paciente para tolerar la creencia central negativa?”. Cabe destacar que las presunciones generales del

paciente a menudo asocian las estrategias compensatorias a la creencia central: “Si [utilizo la estrategia compensatoria], entonces [es posible que la creencia central no se haga realidad]. En cambio, si [no utilizo la estrategia compensatoria], entonces [la creencia central *puede* hacerse realidad]. Las estrategias de Sally consistían en plantearse objetivos muy exigentes, trabajar mucho, prepararse excesivamente para los exámenes y presentaciones, y controlar muy de cerca sus puntos débiles, así como también evitar pedir ayuda (especialmente en aquellas situaciones en las cuales pedirla podría, a su criterio, dejar al descubierto su incapacidad). Ella está convencida de que, haciendo estas cosas, se protegerá del fracaso y no dejará ver su incapacidad (y de que no hacer estas cosas *podría* llevarla al fracaso y exponer su incapacidad).

Otro paciente podría haber desarrollado estrategias opuestas a las de Sally: evitar el trabajo, desarrollar pocos objetivos, estudiar poco y pedir ayuda en exceso. ¿Por qué Sally desarrolló su conjunto de estrategias y otro paciente un conjunto opuesto? Tal vez la naturaleza haya dotado a cada uno con diferentes estilos cognitivos y conductuales. Además, en la interacción con el entorno, ellos pueden haber desarrollado distintas creencias intermedias y reforzado estrategias conductuales diferentes. El paciente hipotético, quizás a causa de sus experiencias infantiles, tuvo los mismos sentimientos de incapacidad que Sally, pero los manejó desarrollando otro conjunto de creencias: “Si me planteo objetivos poco exigentes, es posible que los alcance y, aun si no lo hago, tendré menos que perder”, “Si me esfuerzo muy poco y fracaso, entonces mi fracaso se deberá a la falta de esfuerzo y no a mi incapacidad”, “Si confío en mí, no podré lograr lo que necesito: es preferible entonces depender de otros”. El terapeuta puede explicar a un paciente como este, que su entorno durante la infancia, junto con su predisposición hereditaria, dan cuenta de sus creencias particulares y de sus estrategias y puede insistir en que la terapia lo ayudará a superar o modificar las creencias o estrategias que se muestren disfuncionales.

Las estrategias compensatorias son comportamientos *normales* que todos llevamos a cabo alguna vez. La dificultad de los pacientes que padecen perturbaciones radica en un *uso abusivo* de estas estrategias, a expensas de conductas más funcionales. La figura 10.4 enumera algunos ejemplos de estrategias que desarrollan los pacientes para sobrellevar creencias centrales dolorosas.

En síntesis, el Diagrama de Conceptualización Cognitiva

debe tener un sentido lógico tanto para el paciente como para el terapeuta. Además, es necesario que se reevalúe periódicamente y que se complete con datos adicionales. El terapeuta lo presenta ante el paciente como un diseño explicativo, pensado para ayudar a comprender las reacciones frente a determinadas situaciones. El terapeuta puede presentar en primer término, solamente la parte inferior y reservar la parte superior para el momento en que considere que el paciente puede sacar provecho de ella. Algunos pacientes están preparados intelectual y emocionalmente para apreciar un cuadro completo desde el inicio de la terapia, otros (especialmente aquellos que no tienen una relación terapéutica muy buena o que no creen demasiado en el modelo cognitivo) deben familiarizarse con el diagrama mucho más tarde (o nunca). Como se mencionó anteriormente, cuando el terapeuta presenta su conceptualización, pide que el paciente la confirme, la discuta, la modifique o plantee sus propias hipótesis.

Identificar las creencias intermedias

¿Cómo identifica el terapeuta las creencias intermedias? Lo hace:

1. Reconociendo las creencias que se presentan como pensamientos automáticos.
2. Proporcionando la primera parte de una presunción.
3. Preguntando directamente sobre una regla o una actitud.
4. Usando la técnica de la flecha hacia abajo.
5. Analizando los pensamientos automáticos de un paciente, en busca de temas comunes.
6. Revisando un cuestionario sobre creencias que el paciente ha respondido.

A continuación se ilustran estas estrategias.

1. Primero, el paciente suele articular una creencia como un pensamiento automático especialmente cuando está deprimido:

TERAPEUTA: ¿Qué pasó por tu mente cuando te devolvieron el examen?

PACIENTE: Que podría haberlo hecho mejor. No hay nada que yo haga bien. Soy tan inútil. [*creencia central*].

Evitar emociones negativas	Mostrarse muy emocional (p. ej., atraer la atención)
Tratar de ser perfecto	Mostrarse adrede como incompetente o indefenso
Ser excesivamente responsable	Evitar las responsabilidades
Evitar la intimidad	Buscar intimidad inadecuada
Buscar reconocimiento	Evitar llamar la atención
Evitar las confrontaciones	Provocar a los demás
Tratar de controlar situaciones	Renunciar al control de los otros
Actuar de manera infantil	Actuar de manera autoritaria
Tratar de complacer a los demás	Distanciarse de los otros o tratar de complacerse solamente a sí mismo

Figura 10.4. Estrategias compensatorias típicas.

2. En segundo lugar, el terapeuta puede lograr averiguar una presunción completa enunciando la primera mitad.

T: Entonces pensaste: “Deberé quedarme toda la noche trabajando”.

P: Sí.

T: Y si no trabajas todo lo posible sobre una monografía o un proyecto...

P: Entonces no habré hecho lo mejor que puedo y habré fracasado.

T: ¿Te suena esto familiar, pensando en lo que hemos conversado antes en la terapia? ¿Te sucede eso habitualmente: si no haces el mayor esfuerzo consideras que has fracasado?

P: Sí, creo que sí.

T: ¿Me puedes dar algunos otros ejemplos para ver cuán generalizada está en ti esta creencia?

3. En tercer término, el terapeuta puede identificar una regla o una actitud interrogando directamente al paciente.

T: ¿Quiere decir que para ti es muy importante desempeñarte muy bien en tu trabajo voluntario como tutora?

P: Claro.

T: ¿Recuerdas que hayamos hablado antes de algo semejante, como de tener que desempeñarte muy bien? ¿Tienes alguna regla al respecto?

P: En realidad nunca había pensado en eso... creo que haga lo que haga, me siento obligada a hacerlo muy bien.

4. Más a menudo, el terapeuta utiliza una cuarta técnica para identificar las creencias intermedias (y también las centrales). Se trata de la *técnica de la flecha hacia abajo* (Burns, 1980). En primer lugar, el terapeuta identifica un pensamiento automático clave, que sospecha puede desprenderse directamente de una creencia disfuncional. Luego, le pide al paciente el *significado* de esa idea, asumiendo que el pensamiento automático es verdadero. Continúa con esta actividad hasta develar una o más creencias centrales. Preguntar al paciente qué significa para él un pensamiento a menudo hace aparecer una creencia intermedia. Las preguntas acerca del significado de la creencia intermedia suelen dejar al descubierto una creencia central.

T: Está bien, en síntesis, anoche, mientras estabas estudiando hasta tarde y revisabas tus apuntes, pensaste: “Estas notas son un desastre” y te sentiste triste.

P: Así es.

T: Bien. Todavía no hemos analizado la evidencia para saber si estabas en lo cierto, pero me gustaría que trataras de averiguar *por qué* ese pensamiento te entristeció. Para saberlo, vamos a suponer por un momento que estabas en lo cierto y que tus apuntes son un desastre. ¿Qué significa eso para ti?

P: Que no he hecho un buen trabajo en clase.

T: Bueno, y si no has hecho un buen trabajo en clase, ¿qué significa eso?

P: Que soy una mala alumna.

T: Bien, y si eres mala alumna, qué significa eso respecto de tu persona?

P: Que soy una inútil. [Soy incapaz.] [*creencia central*]

En algunas ocasiones el terapeuta puede quedarse atascado mientras aplica la técnica de la flecha hacia abajo, porque el paciente da una respuesta de “sentimiento”, como por ejemplo, “Eso sería terrible” o “Me angustiaría mucho”. Tal como se ilustra en el ejemplo que sigue, en esos casos el terapeuta debe demostrar empatía y luego tratar de volver al carril correspondiente. Para disminuir la posibilidad de que el paciente reaccione negativamente ante el interrogatorio, el terapeuta le explicará las razones de sus preguntas repetidas y tratará de introducir variaciones por medio de preguntas como las siguientes:

“¿Y qué hay si eso es verdad?”
“¿Por qué es tan malo...?”
“¿Qué es lo peor de...?”
“¿Qué significa eso respecto de tu persona?”

La transcripción que sigue ilustra una breve explicación y la variación de preguntas en la técnica de la flecha hacia abajo.

- T: Para mí es importante comprender cuál es la parte que más te perturba de todo esto. ¿Qué significaría para ti si tus compañeros de cuarto y tus amigos obtuvieran mejores calificaciones que tú?
- P: Oh, no podría soportarlo.
- T: Quiere decir que te sentirías muy molesta, pero, ¿cuál sería la peor parte de la situación?
- P: Que probablemente me menospreciaran.
- T: Y si te menospreciaran, ¿cuál sería el problema?
- P: Esa situación me resultaría odiosa.
- T: Por supuesto que estarías molesta si eso sucediera pero, ¿qué ocurriría?
- P: No lo sé, pero sería muy malo.
- T: ¿Significaría algo *respecto de ti* que te menospreciaran?
- P: Claro. Significaría que soy inferior, que no soy tan buena como ellos.

¿Cómo puede saber el terapeuta en qué momento debe dejar de lado la técnica de la flecha hacia abajo? Generalmente, puede suponer que el paciente ha develado creencias intermedias importantes o una creencia central cuando este comienza a mostrar un cambio negativo en su estado de ánimo y/o cuando comienza a expresar la creencia con las mismas palabras o con palabras similares.

T: ¿Qué significaría si fueras inferior a ellos?

P: Pues eso, que soy inferior, que soy incapaz. [*creencia central*]

5. Una quinta manera de identificar creencias es buscar temas comunes en los pensamientos automáticos que el paciente experimenta en situaciones diversas. El terapeuta puede pedir a un paciente con buena capacidad de introspección, que identifique un tema recurrente o que establezca una hipótesis acerca de una creencia y reflexione sobre su validez:

T: Sally, hemos visto que en algunas situaciones parece tener el pensamiento: “No puedo hacerlo” o “Es demasiado difícil” o “No lo lograré”. Me pregunto si tienes la creencia de ser incapaz o incompetente.

T: Sí, creo que pienso que soy incapaz.

6. Una sexta manera de identificar creencias es preguntarle al paciente directamente. Algunos pueden expresar sus creencias con mucha facilidad.

T: Sally, ¿qué crees acerca de pedir ayuda?

P: Oh, pedir ayuda es un síntoma de debilidad.

7. Finalmente, se puede pedir al paciente que complete un cuestionario de creencias, como por ejemplo la Escala de Actitud Disfuncional (Weissman y Beck, 1978). Una revisión cuidadosa de los temas que aparecen con mucha fuerza puede dar evidencias de cuáles son las creencias problemáticas. Estos cuestionarios suelen ser útiles cuando se los utiliza conjuntamente con las técnicas antes descriptas.

En síntesis, el terapeuta puede identificar creencias, tanto intermedias como centrales, de diversas maneras:

- Buscando la expresión de una creencia en un pensamiento automático.
- Proporcionando una proposición condicional (“Si...”) que incluya una presunción y pidiendo al paciente que complete la oración.
- Preguntando directamente acerca de una regla.
- Utilizando la técnica de la flecha hacia abajo.
- Reconociendo un tema que aparezca de manera recurrente en los pensamientos automáticos.
- Preguntando al paciente acerca de su creencia.
- Revisando un cuestionario de creencias del paciente.

Decidir si se debe modificar una creencia

Una vez que se ha identificado una creencia, el terapeuta determina si se trata de una creencia central o si es más bien periférica. Generalmente, para que la terapia sea lo más eficaz posible, se limita a las creencias intermedias más importantes

(Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986). El tiempo y el esfuerzo del terapeuta pueden resultar desperdiciados si se trabaja en creencias disfuncionales que sean tangenciales o si se trabaja sobre una creencia no muy fuertemente arraigada.

T: Parece que crees que si las personas no te aceptan, entonces eres inferior.

P: Creo que sí.

T: ¿Cuánto crees en eso?

P: No demasiado, tal vez un 20%.

T: Parecería entonces que no deberíamos trabajar sobre esa creencia. ¿Qué te parece si volvemos al problema sobre el que estábamos conversando antes?

Una vez identificada una creencia intermedia importante, el terapeuta decide si va a exponerla frente al paciente y, en caso de hacerlo, si se limitará a plantearla como una creencia para trabajar en el futuro o si trabajarán sobre ella en ese preciso momento. Para decidir entre esas opciones, el terapeuta debe preguntarse:

- ¿Cuál es la creencia?
- ¿Cuán fuertemente cree el paciente en ella?
- Si cree fuertemente, ¿de qué manera y con qué intensidad afecta eso su vida?
- Si la afecta fuertemente, ¿debe ser trabajada ahora? ¿Está el paciente preparado para trabajar sobre ella? ¿Es probable que pueda evaluarla con suficiente objetividad en este momento? ¿Queda suficiente tiempo en la sesión de hoy para comenzar con el trabajo? ¿Coincide con los temas del plan o el paciente está dispuesto a posponer los temas que restan del plan para comenzar a explorar la creencia en este momento?

En general, el terapeuta no se dedica a la modificación de creencias hasta el momento en que el paciente ha adquirido las herramientas para identificar y modificar sus pensamientos automáticos y ha logrado un cierto grado de alivio de sus síntomas. La modificación de creencias es relativamente sencilla en algunos pacientes y más difícil en otros. Habitualmente, la modificación de creencias intermedias se logra antes que la de creencias centrales, ya que estas últimas pueden ser bastante rígidas.

Instruir a los pacientes acerca de las creencias

Una vez que se ha identificado una creencia importante y se ha constatado que el paciente cree fuertemente en ella, el terapeuta puede decidir instruirlo respecto de la naturaleza de las creencias en general, usando una específica como ejemplo. Al hacerlo, debe enfatizar que hay una cantidad de creencias potenciales que el paciente puede adoptar, y que estas son aprendidas y no innatas. Por tales razones, las creencias se pueden someter a una revisión.

T: Bien, hemos identificado algunas de tus creencias: “Es terrible realizar un trabajo mediocre”, “Tengo que hacer todo a la perfección”, “Si hago menos de lo que puedo, soy una fracasada”. ¿Dónde crees tú que has aprendido estas ideas?

P: Supongo que mientras crecía.

T: ¿Todas las personas comparten estas mismas creencias?

P: No, a algunas personas no parecen importarles estas cosas.

T: ¿Conoces a alguna persona determinada que tenga, al parecer, creencias diferentes de estas?

P: Bueno, por ejemplo mi prima Emily.

T: ¿Cuáles son las creencias de Emily?

P: Creo que ella piensa que está bien ser mediocre. A ella le interesa más pasarla bien.

T: ¿Aprendió ella entonces creencias diferentes de las tuyas?

P: Creo que sí.

T: Bueno, la mala noticia es que actualmente tú tienes un conjunto de creencias que no te están dando demasiadas satisfacciones, ¿correcto? La buena es que has *aprendido* este conjunto de creencias y, por lo tanto, puedes “desaprenderlas” y aprender otras, quizá no tan exageradas como las de Emily. Pueden ser creencias que estén en algún punto intermedio entre las tuyas y las de ellas. ¿Qué te parece?

P: Bien.

Dar un formato de presunción a las reglas y actitudes

A menudo a los pacientes les resulta más fácil percibir la distorsión de una creencia intermedia cuando esta aparece bajo la forma de una presunción y no de una regla o una actitud. Por esta razón, una vez que se identifica una regla o una actitud, el terapeuta puede usar la técnica de la flecha hacia abajo para acceder a su significado.

T: Quiere decir que estás convencida de que debes hacer las cosas por ti misma [*regla*] y de que pedir ayuda es terrible [*actitud*]. ¿Qué significa para ti pedir ayuda, por ejemplo para tus tareas, en lugar de hacerlas sola?

P: Significa que soy una inútil.

T: ¿Con cuánta intensidad crees actualmente en esta idea: “Si pido ayuda, soy una inútil”?

La evaluación lógica de esta presunción condicional por medio de preguntas o de otros métodos, a menudo crea una disonancia cognitiva mayor que la que surge de la evaluación de la regla o la actitud. Para Sally es más sencillo darse cuenta de la distorsión y/o disfuncionalidad de la presunción: “Si pido ayuda, soy una inútil”, que de la regla: “No debo pedir ayuda”.

Examinar las ventajas y desventajas de las creencias

En ocasiones, a los pacientes les resulta útil analizar las ventajas y desventajas de mantener una determinada creencia. El terapeuta se esfuerza por minimizar o descartar las ventajas y enfatizar y reforzar las desventajas. (En el apartado que presenta la evaluación de la utilidad de los pensamientos automáticos, capítulo 8, pp.154-155, se ha descrito un proceso semejante.)

T: ¿Cuáles son las *ventajas* de creer que si no haces todo lo que puedes eres una fracasada?

P: Bueno, es posible que así trabaje más.

T: Sería interesante saber si realmente *necesitas* de una creencia tan exagerada para trabajar mucho. Volveremos a esto más tarde. ¿Alguna otra ventaja?

P: ...No, no se me ocurre nada.

T: ¿Cuáles son las *desventajas* de creer que si no haces todo lo posible eres una fracasada?

P: Bueno, cada vez que me va mal en un examen me siento desdichada y estoy muy nerviosa antes de las presentaciones... Además, no tengo mucho tiempo para hacer cosas que me gustan porque estoy demasiado ocupada estudiando.

T: ¿Y acaso también te impide disfrutar del estudio y del aprendizaje?

P: Por supuesto.

T: Correcto. Quiere decir que, por un lado, sea o no sea verdadera, esta creencia es lo único que te hace trabajar duro. Por otro lado, sabemos que esta creencia te hace sentir desdichada cada

vez que no te va muy bien, hace que te pongas nerviosa antes de las presentaciones, impide que disfrutes de tu trabajo y te obliga a renunciar a hacer otras cosas que te gustan. ¿Correcto?

P: Sí.

T: ¿Te gustaría entonces cambiar esta idea?

Formular una nueva creencia

Para decidir qué estrategias utilizar a fin de modificar una determinada creencia, el terapeuta formula con claridad, para sí, una creencia más adaptativa. Con este propósito, se pregunta: “¿Qué creencia sería más funcional para este paciente?”.

Por ejemplo, la figura 10.5 enumera las creencias de Sally y las nuevas creencias que el terapeuta tiene en mente. Aunque la construcción de una nueva creencia es un proceso *colaborativo*, el terapeuta formula mentalmente un conjunto de creencias más razonables, así puede elegir adecuadamente las estrategias para cambiar la vieja creencia.

En resumen, antes de que el terapeuta trate de modificar la creencia de un paciente, confirma que se trata de una creencia central y fuerte, y bosqueja en su mente una creencia más funcional y menos rígida, relacionada temáticamente con ella, pero que pueda resultar en una mayor satisfacción para el paciente. No la impone, sino que guía al paciente, usando el cuestionamiento socrático, para que construya una creencia alternativa. Puede, además, instruir al paciente respecto de la naturaleza de las creencias (explicándole, por ejemplo, que se trata de ideas, y no necesariamente de verdades; que han sido aprendidas y que es posible “desaprenderlas”; y que pueden ser evaluadas y modificadas) y/o ayudar al paciente a evaluar las ventajas y desventajas de mantener la vieja creencia.

Modificar creencias

A continuación se enumeran las estrategias más comunes para modificar creencias intermedias y centrales. (En el próximo capítulo se presentan en detalle técnicas adicionales para la modificación de creencias centrales.) Algunas creencias se pueden modificar fácilmente, pero otras demandan un esfuerzo conjunto durante un período de tiempo. El terapeuta continúa preguntando sobre la intensidad de una creencia dada (0-100%) para evaluar si es necesario seguir trabajando sobre ella.

Antiguas creencias de Sally	Creencias más funcionales
1. Si no hago las cosas tan bien como las hacen los demás, soy una fracasada.	Si no hago las cosas tan bien como los demás, no soy una fracasada, soy sólo un ser humano.
2. Si pido ayuda, muestro un síntoma de debilidad.	Si pido ayuda cuando la necesito, estoy demostrando una buena capacidad para resolver problemas (lo cuál es una señal de fortaleza).
3. Si no me desempeño bien en el trabajo o la universidad, soy un fracaso como persona.	Si fracaso en el trabajo o la universidad, no es todo mi ser el que fracasa. (Todo mi ser incluye mi capacidad para ser buena amiga, hija, hermana, pariente, ciudadana, miembro de la comunidad, y otras cualidades tales como la bondad, la sensibilidad, la generosidad, etc.) Además, el fracaso no es un estado permanente.
4. Debo sobresalir en todo lo que comienzo.	No tengo por qué sobresalir en algo, a menos que tenga un don especial en ese terreno (y esté dispuesta a dedicarle mucho tiempo y esfuerzo, a expensas de otras cosas).
5. Siempre debo trabajar mucho y hacer el máximo esfuerzo.	Debo hacer un esfuerzo considerable la mayor parte del tiempo.
6. Si no desarrollo todo mi potencial, he fracasado.	Si hago menos que lo óptimo, podré triunfar en un 70, 80 o 90%, no en un 0%.
7. Si no trabajo duro todo el tiempo, fracasaré.	Si no trabajo mucho todo el tiempo, probablemente me irá razonablemente bien y tendré una vida más equilibrada.

Figura 10.5. Formulación de creencias más funcionales.

Habitualmente no es posible ni deseable reducir el grado de la creencia hasta el 0%. Por eso es importante reconocer cuándo se debe dejar de trabajar sobre una idea. Generalmente, se ha atenuado una creencia en una medida suficiente cuando el paciente le adjudica menos de un 30% de credibilidad y cuando puede seguir modificando su comportamiento aunque quede un remanente de la creencia.

Es aconsejable que los pacientes guarden entre sus notas de la terapia, un registro de las creencias que han analizado en las sesiones. Resulta útil que queden registradas la creencia disfun-

cional, la creencia más funcional y los grados de credibilidad que se adjudican a cada una, expresados en porcentajes como en el ejemplo que sigue:

Antigua creencia: Si no obtengo buenos resultados, soy una fracasada. (55%)

Nueva creencia: Sólo seré una fracasada total si fracaso realmente en casi todo. (80%)

Una tarea que se asigna habitualmente a los pacientes consiste en leer y volver a evaluar diariamente el grado de credibilidad que confieren a cada una de las creencias.

Para modificar las creencias se utilizan técnicas semejantes a las que se usan para modificar los pensamientos automáticos, aunque también se emplean algunas técnicas adicionales, como las que se consignan a continuación:

1. Cuestionario socrático
2. Experimentos conductuales
3. Continuum cognitivo
4. Dramatizaciones racionales-emocionales
5. Utilización de los demás como punto de referencia
6. Actuar "como si"
7. Expresión de la propia experiencia

Cuestionario socrático para la modificación de creencias

Tal como se ilustra en la transcripción que sigue, para analizar las creencias de Sally, el terapeuta se vale del mismo tipo de preguntas que se utilizan para evaluar los pensamientos automáticos. Aun cuando el profesional ya haya logrado identificar una creencia general, estas técnicas ayudan al paciente a evaluarlas en el contexto de situaciones específicas. Esta especificidad colabora para que la evaluación sea más concreta y significativa, y no tan abstracta e intelectual.

T: (*Resume lo que descubrieron a partir del uso de la técnica de la flecha hacia abajo*) Bien, entonces tú crees en un 90% que, si pides ayuda, quiere decir que eres incapaz. ¿Correcto?

P: Sí.

T: ¿Podríamos considerar de otro modo la cuestión de pedir ayuda?

- P: No lo sé.
- T: Tomemos como ejemplo la terapia. ¿El hecho de venir aquí significa que eres incapaz?
- P: Tal vez un poco.
- T: Humm. Eso me parece interesante, porque en general yo lo veo a la inversa. ¿No es acaso posiblemente un síntoma de fortaleza el hecho de recurrir a una terapia? ¿Qué hubiese sucedido en caso de no hacerlo?
- P: Probablemente estaría tapada con mi frazada hasta la cabeza y no estaría asistiendo a clases.
- T: ¿Estás sugiriendo que pedir ayuda adecuada cuando se padece una enfermedad como la depresión es mejor que continuar deprimida?
- P: Sí..., creo que sí.
- T: Veamos qué piensas tú. Supongamos que tienes dos compañeros que están deprimidos. Uno de ellos inicia un tratamiento y el otro no, aunque sigue manifestando síntomas de depresión. ¿Cuál de ellos te parece más capaz?
- P: El que pide ayuda.
- T: Veamos ahora otra situación que has mencionado: tu trabajo voluntario. Nuevamente estamos ante dos compañeros y es la primera experiencia de ambos como tutores. Están inseguros respecto de lo que deben hacer, porque nunca han hecho antes ese trabajo. Uno de ellos pide ayuda y el otro no, pero continúa teniendo dificultades. ¿Cuál es el más capaz?
- P: (*Dudando*) ¿El que pide ayuda?
- T: ¿Estás segura?
- P: (*Piensa durante unos instantes*) Sí, en realidad no es una muestra de capacidad seguir esforzándose solo, cuando uno puede conseguir ayuda y mejorar su trabajo.
- T: ¿Con qué intensidad crees en eso?
- P: Bastante, un 80%.
- T: ¿Y qué tienen que ver estas dos situaciones —la terapia y el pedido de ayuda para la tutoría— con lo que te sucede a ti?
- P: Creo que tienen que ver.
- T: Vamos a escribir algo acerca de esto... Llamaremos a la primera idea “antigua creencia”. ¿Qué era lo que decías?
- P: Que si pido ayuda, entonces soy incapaz.
- T: Veamos, antes creías en eso un 90%. Escribe al lado “90%”. ¿En qué medida lo crees ahora?... ¿Lo mismo? ¿Más? ¿Menos?
- P: Menos. Quizás un 40%.
- T: De acuerdo, escribe 40% al lado del 90%.

P: *(Lo hace)*

T: Ahora, escribe: "nueva creencia". ¿Cómo la expresarías?

P: ¿Si pido ayuda, no quiere decir que sea incapaz?

T: Puedes expresarlo así. O si no, ¿qué te parece: "Si pido ayuda cuando es razonable hacerlo, estoy mostrando un signo de capacidad"?

P: Está bien. *(Lo escribe)*

T: ¿Cuánto confías en esta nueva creencia?

P: Mucho. Un 70 u 80%. *(Lo anota)*

T: Correcto, Sally. Volvamos ahora a las creencia. ¿Qué te parece si, como tarea para esta semana, hacemos dos cosas? La primera consiste en leer estas creencias todos los días y evaluar el grado de credibilidad que les confieres. Debes escribir el porcentaje al lado de cada creencia.

P: Está bien.

T: Escribir cuánto crees en ellas te hará reflexionar sobre las creencias. Por eso no nos limitamos a leerlas.

P: Correcto. *(Toma nota de la tarea)*

T: En segundo lugar, buscarás durante la semana otras situaciones en las cuales sería razonable pedir ayuda. Imaginemos que confías un 100% en la nueva creencia, es decir, piensas que pedir ayuda es una señal de capacidad. Deberás anotar, entonces, las situaciones en las cuales podrías pedir ayuda durante esta semana.

P: De acuerdo.

En la situación anterior, el terapeuta usa el cuestionario socrático en el contexto de situaciones específicas para ayudar a Sally a evaluar una creencia intermedia. El considera que las preguntas que se usan habitualmente para analizar las evidencias y evaluar los resultados no serán tan efectivas como ayudar a Sally a desarrollar un punto de vista alternativo. Sus preguntas son más persuasivas y menos imparciales que cuando la ayuda a evaluar cogniciones más maleables, como en el caso de los pensamientos automáticos. Diseña, además, una tarea de seguimiento para el hogar, que permita tener un control diario de las presunciones disfuncionales y de las nuevas creencias.

Experimentos conductuales para evaluar creencias

El terapeuta puede ayudar al paciente a diseñar una prueba conductual para evaluar la validez de una creencia, tal como lo hace con los pensamientos automáticos (véase también capítu-

lo 12, pp. 240-242). Los experimentos conductuales, si se los diseña y se los lleva a cabo adecuadamente, tienen más poder para modificar las creencias del paciente que las técnicas verbales en el consultorio.

T: Está bien, Sally. Hemos identificado otra creencia: "Si pido ayuda, los demás van a despreciarme", en la cual crees en un 60%. Por supuesto, hasta ahora yo no te he despreciado, ¿o acaso lo he hecho?

P: Claro que no, pero ayudar a la gente es su trabajo.

T: Es verdad, pero sería útil saber si otras personas actúan como yo. ¿Cómo podrías averiguarlo?

P: Supongo que pidiendo ayuda.

T: Correcto y ¿a quién le pedirías esa clase de ayuda?

P: Humm. No lo sé.

T: ¿Qué te parece si confeccionamos una lista con algunas posibilidades? Comenzaré yo, para ayudarte con ciertas ideas. Después que tengamos la lista, podrás decidir con quién quieres poner a prueba esta creencia.

P: Está bien.

T: ¿Podrías pedirle ayuda a tu compañera de cuarto?

P: Sí, en realidad ya lo he hecho. También podría pedir ayuda a mi consejera residente.

T: Bien. ¿Y qué te parece tu consejera académica?

P: Ajá. También podría ser mi hermano. No. Ya sé que ni mi hermano ni mi compañera de cuarto me despreciarían.

T: Ah, quiere decir que ya tenemos algunas excepciones.

P: Sí, pero creo que podría dirigirme a mi consejero o a los profesores asistentes.

T: ¿En qué les pedirías ayuda?

P: Bueno, a los profesores asistentes... Podría hacerles preguntas sobre la monografía que debo entregar o sobre las lecturas que tengo que hacer. A la consejera residente, no sé qué podría pedirle. Con la consejera académica... me sentiría un poco ridícula. Ni siquiera sé a qué voy a dedicarme.

T: Eso sería un experimento interesante. Pedir ayuda para decidir qué hacer a la persona cuyo trabajo es ayudar a los estudiantes a tomar esa clase de decisiones.

P: Es verdad.

T: De esa manera podrías matar dos pájaros de un tiro, poner a prueba la creencia de que van a despreciarte y obtener ayuda para un problema que en realidad tienes.

P: Creo que podría ser.

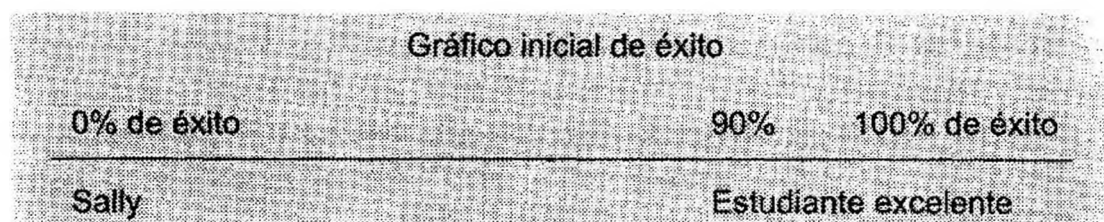
T: Está bien. ¿Te gustaría entonces poner a prueba la creencia de que te despreciarán si pides ayuda? ¿Cómo te gustaría hacerlo esta semana?

En el segmento anterior, el terapeuta sugiere un experimento conductual para poner a prueba una creencia. Si hubiese percibido que la paciente dudaba, tal vez le habría preguntado qué probabilidad existía de que llevara a cabo el experimento y qué problemas prácticos o pensamientos podían interponerse para su realización. También podría haber puesto en práctica algún tipo de ensayo encubierto (véase capítulo 14, pp. 304-305) para acrecentar la probabilidad de éxito. Además, si hubiese pensado que existía la posibilidad de que alguien realmente despreciase a Sally, habría hablado con ella acerca del significado que tendría para ella ese desprecio y la hubiese instruido acerca de los modos de superarlo en caso de que apareciese. Además, podría haber pedido a Sally una descripción de las actitudes despectivas para asegurarse de que ella no percibiese incorrectamente los comportamientos de los demás, atribuyéndoles erróneamente un componente de desprecio.

Continuum cognitivo para la modificación de creencias

Esta técnica resulta útil para modificar tanto pensamientos automáticos como creencias que evidencian un pensamiento polarizado (p. ej., cuando el paciente ve alguna cosa en términos de todo o nada). Sally, por ejemplo, creía que si no era una estudiante excelente, era una fracasada. La construcción de un continuum cognitivo para el concepto en cuestión hace que el paciente pueda reconocer la existencia de puntos intermedios, tal como se ilustra en la transcripción que sigue:

T: Veamos. Estás bastante convencida de que si no eres una estudiante excelente, eres una fracasada. (*Dibuja una coordenada*)



T: Ahora, ¿dónde colocamos a un estudiante excelente?
P: Aquí, entre el 90 y el 100%.
T: Está bien. Y si tú eres una fracasada, ¿en qué lugar estás? ¿En el 0%?
P: Creo que sí.
T: ¿Piensas también que todo lo que sea menos del 90% es fracaso?
P: Quizá no.
T: Bien, ¿dónde comienza entonces el fracaso?
P: Creo que alrededor del 50%.
T: ¿50%? ¿Quiere decir eso que todo el que se ubique por debajo del 50% es un fracasado?
P: No estoy segura.
T: ¿Hay alguien a quien le corresponda el 0% con más justicia que a ti?
P: Hmmm... quizás a mi compañero Jack, de la clase de economía. Sé que a él le va peor que a mí.
T: Bueno. Ubicaremos entonces a Jack en el 0%, pero me pregunto si no habrá otra persona a quien le vaya peor que a Jack.
P: Probablemente.
T: ¿Es posible que haya alguien a quien le vaya mal en todos los exámenes y todos los trabajos?
P: Sí.
T: Entonces, si ponemos a esa persona en el 0%, que es el verdadero fracaso, ¿dónde debemos poner a Jack y dónde a ti?
P: Probablemente Jack esté en el 30% y yo en el 50%.
T: Bueno, ¿y qué sucedería con una persona que no solamente fracasa con las calificaciones, sino que ni siquiera concurre a las clases ni lee nada, ni entrega los trabajos?
P: Creo que *ese* estaría en el 0%.
T: ¿Dónde colocaríamos entonces al estudiante que fracasa, pero que al menos hace esfuerzos?
P: Creo que en el 10%.
T: ¿Dónde habría que colocarlos entonces a ti y a Jack?

Gráfico revisado de éxito y fracaso

0%	10%	50%	75%	90%	100%
Estudiante que no hace nada	Estudiante que lo intenta pero fracasa	Jack	Sally	Estudiantes excelentes	

- P: Creo que a Jack le correspondería el 50% y a mí el 75%.
- T: ¿Qué te parece si, como tarea, te fijas si un 75% es un nivel adecuado para ti? Aunque lo sea en relación con esta universidad, probablemente en comparación con los estudiantes y las universidades en general, estarías en un nivel superior. De todas maneras, ¿sería acertado decir que alguien que está en el 75% es un fracasado?
- P: No, no demasiado.
- T: Tal vez lo *peor* que se podría decir es que tiene un 75% de éxito.
- P: Sí. (*Se alegra ostensiblemente*)
- T: Volviendo a tu idea original, ¿qué grado de credibilidad le das ahora a tu idea de que si no eres una estudiante excelente, eres una fracasada?
- P: No mucho, quizás un 25%.
- T: ¡Muy bien!

La técnica del continuum cognitivo a menudo resulta útil cuando el paciente está evidenciando un pensamiento dicotómico. Como sucede con la mayor parte de las técnicas, el terapeuta puede instruir al paciente para que la utilice por su cuenta cuando sea oportuno.

- T: Bueno, Sally, vamos a repasar lo que hicimos. Identificamos un error de todo o nada en tu pensamiento. Luego dibujamos una coordenada para ver si había solamente dos categorías —éxito y fracaso— o si es más adecuado pensar en distintos *grados* de éxito. ¿Se te ocurre alguna otra cosa que veas sólo como dos categorías y que te esté perturbando?

Dramatización racional-emocional

Esta técnica, también llamada “punto y contrapunto” (Young, 1990), se suele utilizar después que el terapeuta ya ha probado otras técnicas como las que se describieron en este capítulo. Es particularmente útil cuando un paciente manifiesta que *intelectualmente* se da cuenta de que una creencia es disfuncional, pero que *emocionalmente* o visceralmente la sigue “sintiendo” como verdadera. El terapeuta, en primer término, le explica que van a llevar a cabo una dramatización en la cual el paciente representará la parte “emocional” de su mente, que adhiere fuertemente a la creencia, mientras que el terapeuta va a encarnar la parte “racional”. En la segunda parte, intercambiarán los pape-

les. En ambos segmentos, tanto el terapeuta como el paciente representan al paciente y usarán ambos la palabra “yo”.

T: Por lo que dices, parece que todavía crees hasta cierto punto que eres incapaz porque en el último semestre no has obtenido los resultados que deseabas en tus estudios.

P: Sí.

T: Me gustaría tener una idea más clara de cuáles son las evidencias que todavía están apoyando esa creencia.

P: Está bien.

T: Quisiera hacer una dramatización. Yo representaré la parte “racional” de tu mente, que sabe intelectualmente que el hecho de no obtener las mejores calificaciones no te convierte en una fracasada. Me gustaría que tú representaras la parte “emocional” de tu mente, esa voz que te dice desde tus entrañas que *eres* una incapaz. Quiero que discutas conmigo con todas tus fuerzas, para que yo pueda ver realmente qué es lo que aún sostiene esa creencia. ¿Está bien?

P: Sí.

T: Bueno. Comienzas tú. Di: “Soy una incapaz porque no obtuve calificaciones excelentes”.

P: Soy una incapaz porque no obtuve calificaciones excelentes.

T: No, en realidad no lo soy. Tengo la *creencia* de que soy una inútil, pero la mayor parte de las veces soy bastante capaz.

P: No, no lo soy. Si fuera verdaderamente capaz, *habría* obtenido todas notas excelentes en el último semestre.

T: Eso no es verdad. La capacidad no implica perfección académica. Si eso fuese así, sólo el 1% de los estudiantes del mundo serían capaces y todos los demás serían unos inútiles.

P: Bueno, pero yo obtuve una mala nota en química. Eso *demuestra* que soy incapaz.

T: Eso tampoco es cierto. Si fracasé en ese curso, *tal vez* sería aceptable decir que soy incapaz para la química, pero eso no me hace incapaz en *todo*. Además, es posible que hasta sea capaz para la química y que haya fracasado por otras razones, por ejemplo, porque estaba deprimida y no podía concentrarme en el estudio.

P: Lo que ocurre es que una persona verdaderamente capaz no se deprime.

T: En realidad, hasta las personas más capaces se deprimen. No existe relación entre una cosa y otra. Además, cuando una persona capaz se deprime, su concentración y su motivación

se ven perjudicadas y no se puede desempeñar como habitualmente. Sin embargo, eso no significa que sea permanentemente incapaz.

P: Creo que eso es verdad. Se trata de una depresión.

T: Tienes razón, pero te has salido de tu papel. ¿Tienes alguna otra evidencia de que seas totalmente incapaz?

P: (*Piensa unos instantes*) No, creo que no.

T: Bien, ¿qué te parece si intercambiamos los papeles? Ahora tú serás la parte “racional” y discutirás conmigo, que seré la parte “emocional”, usando tus mismos argumentos.

P: Está bien.

T: Comenzaré. “Soy una incapaz porque no obtuve calificaciones excelentes.”

El cambio de papeles da al paciente la oportunidad de expresar en voz alta los argumentos racionales siguiendo el modelo del terapeuta. Este, por su parte, utiliza los razonamientos emocionales que el paciente expresó antes, tratando de reproducir las mismas palabras que antes escuchó. Al utilizar las mismas palabras que el paciente y no introducir nuevo material, lo ayuda a reaccionar de una manera más precisa respecto de sus propias preocupaciones.

Si el paciente no logra formular una respuesta desde el papel de lo racional, puede volver a intercambiar papeles temporariamente con el terapeuta o ambos pueden abandonar la dramatización para conversar acerca del punto donde se han detenido. El terapeuta, como lo hace con todos los métodos para la modificación de las creencias, debe evaluar la eficacia de la técnica, y decidir hasta qué punto el paciente necesita continuar con su trabajo sobre esa creencia en particular. Puede hacerlo pidiéndole que adjudique un puntaje a la credibilidad respecto de la creencia trabajada.

Si bien a muchos pacientes la técnica de la dramatización racional-emocional les resulta útil, hay algunos que se sienten incómodos al emplear este recurso. Como con cualquier otra intervención, la decisión sobre su aplicación debe ser conjunta. Dado que se trata de una técnica más argumentativa que otras, el terapeuta debe evitar que el paciente la perciba como una confrontación, observando cuáles son sus reacciones no verbales durante la dramatización. También debe asegurarse de que el paciente no se sienta criticado o denigrado por la supremacía que se da a lo racional sobre lo emocional.

Utilizar a otras personas como punto de referencia para la modificación de las creencias

Cuando los pacientes reflexionan sobre las creencias de *otras* personas, muchas veces logran establecer una distancia psicológica respecto de sus propias creencias disfuncionales. Comienzan entonces a percibir una incoherencia entre lo que creen verdadero para ellos y lo que ven más objetivamente en otras personas. A continuación se transcriben cuatro ejemplos del empleo de otras personas como puntos de referencia para lograr una mayor distancia.

Ejemplo 1

T: Sally, la semana pasada dijiste que piensas que tu prima Emily tiene una creencia diferente respecto de la cuestión de tener que hacer todo muy bien.

P: Sí.

T: ¿Podrías expresar en palabras cómo piensas que es la creencia de ella al respecto?

P: Ella piensa que no tiene por qué hacer todo bien. De todas maneras, ella es una buena persona.

T: ¿Crees que ella tiene razón? ¿Que no es necesario que le vaya muy bien para que sea una buena persona?

P: Claro.

T: ¿La consideras una inútil en todo?

P: Oh, no. Es posible que ella no tenga buenas calificaciones, pero es una persona capaz.

T: Me pregunto si la creencia de Emily podría aplicarse a ti: “Aunque no me vaya muy bien, sigo siendo una buena persona y alguien capaz”.

P: Humm.

T: ¿Tiene Emily algo diferente, que haga que ella pueda ser una persona capaz y buena aunque le vaya mal, pero que contigo sea distinto?

P: (*Piensa durante unos instantes*) No, no lo creo. Nunca lo había pensado de este modo.

T: ¿En qué medida crees ahora en esto: “Si no obtengo calificaciones excelentes, soy una inútil”?

P: Creo menos. Tal vez un 60%.

T: ¿Y cuánto crees en esto: “Aunque no me vaya muy bien, sigo siendo una buena persona y alguien capaz”?

P: Más que antes. Quizás un 70%.

T: Correcto. ¿Qué te parece si escribes esta nueva creencia y comienzas a confeccionar una lista de las evidencias que la avalan?

En este punto, el terapeuta puede presentar el Formulario de Creencias Centrales, que se describe en el capítulo 11 y sirve tanto para creencias centrales como intermedias.

Ejemplo 2

También se puede ayudar al paciente a modificar una creencia intermedia o central solicitándole que identifique a alguna persona que parezca tener la misma creencia disfuncional. Algunas veces, el paciente puede ver la distorsión en otra persona y luego aplicar ese conocimiento a él mismo. Esta técnica es análoga a la pregunta del Registro de Pensamientos Disfuncionales: “Si [nombre de un amigo] se encontrara en esta situación y tuviese ese pensamiento, ¿qué le dirías?”.

T: ¿Conoces a alguna persona que te parezca que tiene la misma creencia: “Si no trabajo mucho, fracasaré”?

P: Estoy segura de que mi amiga Donna, piensa lo mismo. Siempre está estudiando día y noche.

T: ¿Cuán acertada crees que es esa creencia en el caso de ella?

P: No es de ninguna manera verdadera. Ella es muy inteligente. Probablemente de ninguna manera fracasaría.

T: ¿Es posible que ella considere que cualquier cosa que no sea la máxima calificación es un fracaso, tal como lo crees tú?

P: Sí, sé que piensa así.

T: ¿Y tú estás de acuerdo con ella? ¿Crees que si obtiene una buena calificación, pero no la máxima, ha fracasado?

P: No, por supuesto que no.

T: ¿Cómo lo consideras?

P: Si ella obtiene una buena calificación, aunque no sea la mejor, no ha *fracasado*.

T: ¿Cómo quisieras que fuese la creencia de ella?

P: Que es bueno trabajar y tratar de obtener la mejor calificación, pero si uno no la logra, no es el fin del mundo y no quiere decir que haya fracasado.

T: ¿Y cómo se aplicaría esto a tu caso?

P: Creo que es igual.

T: ¿Podrías decirlo?

P: Si no obtengo las mejores calificaciones en todo, no he fracasado. Sin embargo, sigo creyendo que debo trabajar mucho.

T: Claro. Es razonable proponerse trabajar mucho y obtener buenos resultados. Lo que no es razonable es creer que uno ha fracasado cada vez que algo no sale a la perfección. ¿Estás de acuerdo con eso?

Ejemplo 3

El terapeuta también puede llevar a cabo con el paciente una dramatización, en la cual el paciente debe convencer a otra persona con quien comparte una creencia que esta no es válida.

T: Sally, ¿me has contado que piensas que tu compañera de cuarto también está convencida de que no debe pedir ayuda a un profesor porque él podría pensar que ella no está bien preparada o no es inteligente?

P: Sí.

T: ¿Estás de acuerdo con ella?

P: No, probablemente no tenga razón. Además, aunque él la criticara, eso no significaría que está en lo cierto.

T: ¿Podríamos intentar dramatizar esto? Yo seré tu compañera de cuarto y tú me aconsejarás. No dejes que me desvíe con ningún pensamiento distorsionado.

P: Está bien.

T: Comenzaré. Sally, no comprendo este tema ¿Qué debería hacer?

P: Consulta al profesor.

T: No, no puedo hacer eso. Creerá que soy una tonta. Pensará que lo estoy haciendo perder el tiempo.

P: No. Ayudar a los alumnos es su trabajo.

T: Pero probablemente no le gusta que lo molesten.

P: Entonces, ¿para qué le pagan? Además, a los buenos profesores les gusta ayudar a los alumnos. Si él no tiene paciencia es un problema de él, no tuyo.

T: Pero, aunque no le moleste ayudarme, se dará cuenta de lo confundida que estoy.

P: Eso no importa. Seguramente él no espera que sepas todo. Esa es la razón por la cual lo consultas.

T: ¿Y si piensa que soy tonta?

P: En primer lugar, si fueras tonta no estarías aquí. Además, si

él espera que sepas todo, está equivocado. Si supieras todo, no estarías haciendo este curso.

T: De todos modos, sigo pensando que no debería ir.

P: No, debes hacerlo. No dejes que la actitud de él te haga sentir que eres tonta o pesada. No lo eres.

T: Está bien, me has convencido. Saliendo de mi papel, ¿cómo se aplica a tu persona lo que le has dicho a tu compañera de cuarto?

Ejemplo 4

Por último, muchos paciente pueden lograr mayor distancia de una creencia utilizando a sus propios hijos como punto de referencia o imaginando que tienen hijos.

T: Entonces, Sally, ¿tú crees en un 80% que si no te va tan bien como a los demás, has fracasado?

P: Sí.

T: Veamos. ¿Podrías imaginar que tienes una hija? Ella tiene diez años y está en quinto grado. Un día llega a casa muy alterada porque sus amigas obtuvieron una nota más que ella en una prueba. ¿Te gustaría que se sintiera una fracasada?

P: No, claro que no.

T: ¿Por qué no?... ¿Qué te gustaría que ella creyera? (*La paciente reacciona*) Ahora, ¿cómo se aplica lo que acabas de decir a tu persona?

Actuar “como si”

Los cambios en las creencias a menudo llevan a cambios equivalentes en el comportamiento y, estos, a su vez, corresponden a cambios en las creencias. Si una creencia es bastante débil, es posible que el paciente modifique un comportamiento dado rápida y fácilmente, sin necesidad de demasiadas intervenciones cognitivas. Sin embargo, muchas veces se requiere de una modificación en las creencias antes de que el paciente esté dispuesto a cambiar el comportamiento. No obstante, en muchas ocasiones basta con *algún grado* de modificación y no se requiere un cambio total en la creencia. Además, una vez que el paciente comienza a cambiar su comportamiento, la creencia se atenúa (y eso facilita la persistencia del nuevo comportamiento, que a su vez disminuye la creencia y así sucesivamente, generándose una positiva espiral ascendente).

- T: Y bien, Sally, ¿en qué medida crees *ahora* que el pedido de ayuda es un síntoma de debilidad?
- P: No tanto. Quizás un 50%.
- T: Ese es un buen descenso. ¿Acaso no te beneficiaría actuar como si no lo creyeras en absoluto?
- P: No entiendo bien lo que me quiere decir.
- T: Si no creyeras que es un síntoma de debilidad, si en realidad creyeras que es *bueno* pedir ayuda, ¿qué harías esta semana?
- P: Bueno, hemos estado conversando acerca de la posibilidad de acudir a la profesora asistente. Creo que si estuviera convencida de que pedir ayuda es algo *bueno*, lo haría.
- T: ¿Algo más?
- P: Bueno, quizá trataría de buscar un tutor para economía... También podría pedirle los apuntes a un compañero que vive en el piso de abajo.
- T: Claro, eso está muy bien ¿Y qué cosas positivas podrían ocurrir si hicieras algo de todo esto?
- P: *(Ríe)* Podría conseguir la ayuda que necesito.
- T: ¿Crees que estás preparada para actuar esta semana como si creyeras que pedir ayuda es algo bueno?
- P: Tal vez.
- T: Está bien, en un momento trataremos de averiguar cuáles son los pensamientos que se pueden interponer para impedírtelo, pero antes, ¿qué te parece si anotamos las cosas que se te han ocurrido? Además podrías tomar nota de esta técnica: Actuar *como si* estuvieras convencida de la nueva creencia, aunque no lo estés por completo.

La técnica del “como si” se aplica también para la modificación de las creencias centrales, al igual que el resto de las técnicas descritas para la intervención sobre las creencias intermedias.

Usar la expresión de la propia experiencia para modificar las creencias

Cuando el terapeuta expresa abiertamente su propia experiencia y hace uso de este recurso en forma adecuada y juiciosa, puede ayudar a algunos pacientes a ver sus problemas de una manera diferente. Por supuesto, estas revelaciones deben ser genuinas y relevantes.

T: Sabes, Sally, cuando yo estaba en la universidad tuve algunas dificultades para acercarme a pedir ayuda a los profesores, porque pensaba que si lo hacía, demostraba mi ignorancia. Además, a decir verdad, las pocas veces que lo hice obtuve resultados mezclados. A veces los profesores fueron agradables y serviciales, pero un par de veces tuvieron actitudes un poco bruscas y se limitaron a indicarme que relejera un capítulo o algún texto. Lo importante es que, el hecho de no comprender algunas cosas, no hacía de mí un incapaz. En cuanto a los profesores que se comportaron con brusquedad... bueno, creo que demostraron problemas de ellos y no míos. ¿Qué piensas tú?

En resumen, para ayudar al paciente a *identificar* creencias intermedias, el terapeuta puede mostrar cuándo una creencia ha sido expresada como un pensamiento automático, puede proveer la primera parte de una presunción, preguntar directamente acerca de una regla o una actitud, valerse de la técnica de la flecha hacia abajo, buscar temas comunes en los pensamientos automáticos del paciente y/o revisar un cuestionario de creencias completado por el paciente. El terapeuta enseguida determina la *importancia* de la creencia, evaluando el grado de credibilidad que el paciente le confiere y la magnitud y la profundidad de los efectos que causa en su vida. Luego decide si comenzará a *modificarla* en esa misma sesión o si la dejará para otras próximas. Cuando inicia el trabajo de modificación, el terapeuta *instruye* al paciente acerca de la naturaleza de las creencias, *confiere a las reglas y actitudes la forma de presunciones* e investiga las *ventajas y desventajas* que surgen de una creencia dada. Mentalmente enuncia *una nueva creencia, más funcional* y guía al paciente para que la adopte, valiéndose de *técnicas de modificación de las creencias*, entre las cuales se cuentan el cuestionario socrático, los experimentos conductuales, los continuos cognitivos, las dramatizaciones racionales-emocionales, el uso de los demás como punto de referencia, el actuar “como si” y la expresión de la propia experiencia. Estas técnicas suelen ser más convincentes que el cuestionamiento socrático habitual que se utiliza con los pensamientos automáticos, porque las creencias son ideas más rígidamente establecidas. Estas mismas técnicas pueden utilizarse para la modificación de las creencias centrales.

11

Las creencias centrales

Las creencias centrales, tal como se las describe en el capítulo 2, son las ideas más dominantes acerca de uno mismo. Algunos autores se refieren a ellas como esquemas. Beck (1964) diferencia ambas categorías y sugiere que los esquemas son estructuras cognitivas propias de la mente y las creencias centrales son el contenido específico de esas estructuras. Más adelante establece la teoría de que las creencias centrales negativas se pueden clasificar en dos categorías: las que se asocian con el desamparo y las que se asocian con la imposibilidad de ser amado (Beck, en prensa). Algunos pacientes tienen creencias centrales que corresponden a una sola de estas categorías y otros, de ambas.

Este tipo de creencias se desarrollan durante la infancia, mientras el niño se relaciona con las personas más significativas y se ve expuesto a diversas situaciones. La mayoría de las personas suelen mantener durante toda su vida primordialmente creencias centrales positivas (p. ej.: "Puedo controlar las situaciones", "Puedo llevar a cabo eficazmente la mayor parte de las cosas", "Soy un ser humano funcional", "Puedo agradar" o "Valgo la pena"). Las creencias centrales negativas generalmente surgen en los momentos de distrés psicológico. (Sin embargo, algunos pacientes con trastornos de la personalidad suelen mantener activas, en forma casi permanente, sus creencias centrales negativas.) A menudo, a diferencia de lo que ocurre con los pensamientos automáticos, las creencias centrales que los pacientes "conocen" como verdaderas acerca de ellos, no están completamente articuladas hasta que el terapeuta comienza a desentrañarlas investigando los significados de los pensamientos del paciente, tal

como se hace durante la aplicación de la técnica de la flecha hacia abajo, que ya se ha mencionado.

Los pacientes también pueden tener creencias centrales negativas acerca de otras personas y del mundo: “No es posible confiar en los demás”, “La gente va a herirme”, “El mundo es un lugar podrido”. Además de trabajar sobre las creencias centrales referidas al yo, también es necesario evaluar y modificar estas ideas centrales generalizadas y rígidas respecto de los otros y el mundo.

Sally, tal como ya se ha descrito, se consideraba la mayor parte del tiempo una persona agradable y capaz. Sólo en el momento en que se deprimió, se activó la creencia latente “Soy incapaz”. El terapeuta determinó que trabajarían directamente sobre la modificación de esta creencia central, no sólo para aliviar la depresión que padecía en ese momento, sino además para evitar o reducir la severidad de futuros episodios.

Las creencias centrales negativas habitualmente son globales, generalizadas y absolutas. Cuando una creencia central se activa, el paciente procesa con facilidad la información que la sustenta, pero no puede reconocer o distorsiona la información que la refuta. Sally, por ejemplo, hasta el momento en que se deprimió, siempre había tenido una visión positiva y equilibrada acerca de sí misma. Luego, en cambio, comenzó a creer casi por completo que era incapaz. Cualquier evidencia que contradijera esta idea, como por ejemplo su buen desempeño en algunos cursos, era ignorada o desvalorizada: “El hecho de que me vaya bien en inglés no es ningún mérito, simplemente me resulta fácil”. Por el contrario, las evidencias que confirmaban su incapacidad eran procesadas rápidamente y generalizadas en extremo: “La mala nota que obtuve en economía demuestra a las claras lo incapaz que soy”.

Tal como se enfatiza a lo largo de toda esta obra, el terapeuta comienza a formular la conceptualización desde el primer contacto (incluyendo las creencias centrales). Al comienzo lo hace mentalmente o por escrito, pero en forma privada. En algún punto de la terapia, sin embargo, comparte con el paciente esta conceptualización, presentándosela como una hipótesis y preguntándole si le “suena” como algo verdadero.

Para decidir cuándo y en qué medida compartir la conceptualización con el paciente, el terapeuta considera los siguientes elementos: cuán fuerte es la alianza terapéutica, cuánta credibilidad confiere el paciente al modelo cognitivo, cómo están activa-

das sus creencias centrales en la sesión y cuánta conciencia tiene el paciente de lo que le sucede. Esto supone que, aunque el terapeuta haya estado conceptualizando las creencias centrales desde el comienzo, deberá seleccionar cuidadosamente cuándo y cómo compartir esta información con el paciente. Del mismo modo, también intentará comenzar a modificar estas creencias. Los terapeutas suelen enseñar a los pacientes el uso de las herramientas para identificar, evaluar y responder adaptativamente a los pensamientos automáticos y las creencias intermedias antes de emplear las mismas herramientas para las creencias centrales.

Sin embargo, en algunas ocasiones, el paciente y el terapeuta intentan, sin darse cuenta, evaluar al comienzo de la terapia una creencia central porque ha sido expresada como un pensamiento automático. Generalmente estas evaluaciones no surten mucho efecto. En otros casos, el terapeuta puede intencionalmente poner a prueba la posibilidad de modificar una creencia central aun antes de haber hecho un trabajo significativo sobre los pensamientos automáticos y las creencias intermedias.

El grado de dificultad para identificar y modificar las creencias centrales varía de un paciente a otro. En general, los que padecen una perturbación emocional significativa pueden expresar sus creencias centrales con más facilidad (porque esas creencias están activas durante la sesión). Por otra parte, suele ser mucho más fácil modificar las creencias centrales de los pacientes con trastornos del Eje 1, cuyas creencias centrales positivas fueron activadas a lo largo de la mayor parte de su vida. Las creencias centrales negativas que aparecen en los pacientes con trastornos de personalidad son, habitualmente, mucho más difíciles de modificar (Beck et al, 1990; Young, 1990) porque estos pacientes suelen tener menos creencias centrales positivas y, en cambio, han desarrollado múltiples creencias centrales negativas que se interconectan entre ellas y se apoyan unas a otras, conformando una red.

Para identificar y modificar las creencias centrales, el profesional, durante el curso de la terapia, realiza las siguientes actividades (cada paso se describe más adelante en este capítulo):

1. Mentalmente establece una hipótesis respecto de cuál es la categoría de creencia central (de “desamparo” o de “no ser amado”) que ha dado origen a pensamientos automáticos específicos.

2. Especifica la creencia central (para sí mismo) usando las mismas técnicas de que se vale para identificar las creencias intermedias.
3. Explica al paciente sus hipótesis acerca de la(s) creencia(s) central(es) y le pide que la(s) confirme o la(s) refute. A medida que el paciente le proporciona datos adicionales respecto de sus situaciones actuales e infantiles y sus reacciones frente a ellas, profundiza sus hipótesis.
4. Instruye al paciente acerca de las creencias centrales en general y de su creencia central específica. Lo guía para que monitoree cómo opera la creencia central en el presente.
5. Comienza a evaluar y a modificar la creencia central; lo asiste para que especifique una creencia central nueva y más adaptativa; examina el origen infantil de la creencia central, su persistencia a través de los años y su contribución para con las dificultades presentes; continúa controlando la activación de la creencia central en el presente; utiliza métodos "racionales" para disminuir la fuerza de la creencia central antigua y acrecentar la de la nueva, y se vale de técnicas experienciales o "emocionales", cuando el paciente ya no cree racional o intelectualmente en una creencia central, pero todavía está atado a ella desde lo emocional.

Categorizar creencias centrales

Como ya hemos mencionado, las creencias centrales de los pacientes se pueden categorizar en el terreno del desamparo, de la incapacidad de ser amado o en ambas. Cada vez que el paciente aporta datos (problemas, pensamientos automáticos, emociones, comportamientos, elementos de su historia), el terapeuta "escucha" la categoría de la creencia central que parece activarse. Por ejemplo, cuando Sally expresa sus pensamientos acerca de la exigencia de su trabajo, su incapacidad para concentrarse y sus temores al fracaso, el terapeuta se plantea la hipótesis de una creencia central que está operando en la categoría del desamparo. (Otro paciente puede expresar pensamientos relacionados con la falta de afecto o temores de ser demasiado diferente como para sostener una relación. Este paciente posee una creencia central en la categoría de no ser amado.)

La parte superior de la figura 11.1 enumera una lista de creencias centrales de la categoría del desamparo. Entre los temas que comprende se incluyen el desamparo personal (falta de autoridad, vulnerabilidad, encierro, falta de control, debilidad, dependencia) y la dificultad en la obtención de logros (fracaso, inferioridad, desvalorización, falta de respeto hacia uno mismo).

La parte inferior de la figura 11.1 enumera las creencias de la categoría de no ser amado. Entre los temas que incluye se cuentan la desvalorización, la creencia de no ser deseado, la inferioridad (no en cuanto a los logros personales, sino en cuanto a ser defectuoso en algún aspecto, lo cual impide el amor y el cuidado de los demás).

A veces está claro cuál es la categoría a la que pertenece una determinada creencia central, especialmente cuando el paciente usa palabras como “Estoy desamparado” o “Nadie me quiere”. En otras ocasiones, el terapeuta puede desconocer inicialmente qué

Creencias centrales de desamparo

Estoy indefenso.	Soy incapaz.
Soy ineficaz.	Soy inútil.
Estoy fuera de control.	Soy incompetente.
Soy débil.	Soy un fracasado
Soy vulnerable.	No me respetan.
Soy dependiente.	Soy defectuoso (inferior a los demás).
Estoy atrapado.	No soy suficientemente bueno (en función de los éxitos).

Creencias centrales de incapacidad de ser amado

No soy querible.	Soy inferior.
No agrado a nadie.	Soy diferente.
No me desean.	No soy normal (y los demás no me amarán).
No soy atractivo.	No soy suficientemente bueno (para ser amado por los demás).
No me quieren.	Van a rechazarme.
No se ocupan de mí.	Van a abandonarme.
Soy malo.	Me quedaré solo.

Figura 11.1. Categorías de creencias centrales. Copyright 1995 by Judith S. Beck, Ph.D.

categoría de creencia central ha sido activada. Por ejemplo, un paciente deprimido puede decir: “No soy suficientemente bueno”. En ese caso, el profesional debe averiguar el significado del pensamiento para determinar si el paciente cree que no es bastante bueno como para obtener logros o el respeto de los demás (categoría de desamparo) o si no es suficientemente bueno como para que los demás lo quieran (categoría de no ser amado).

Resumiendo, el terapeuta comienza a formular mentalmente una hipótesis sobre las creencias centrales de un paciente cada vez que este le aporta datos por medio de sus reacciones frente a las situaciones (pensamientos automáticos y significados asociados a ellos, emociones y comportamientos). En primer lugar realiza una distinción general entre las cogniciones que parecen pertenecer a la categoría del desamparo y las que corresponden a no ser amado.

Identificar creencias centrales

Para identificar las creencias centrales, el terapeuta se vale de las mismas técnicas que ha utilizado para identificar las creencias intermedias (véase capítulo 10). Además de utilizar la técnica *de la flecha hacia abajo*, trata de buscar *temas centrales en los pensamientos automáticos del paciente*, observa las *creencias centrales que aparecen expresadas como pensamientos automáticos* e *interroga directamente* acerca de la creencia central.

A menudo el terapeuta identifica una creencia central al iniciar la terapia y la utiliza para conceptualizar al paciente y planificar el tratamiento. El puede recopilar datos al respecto y hasta intentar que el paciente evalúe esta creencia al comienzo de la terapia. En muchos casos estas evaluaciones tempranas no son eficaces, pero ayudan al profesional a observar la fuerza y la amplitud de la idea y la posibilidad de modificarla.

TERAPEUTA: ¿Qué pasó por tu mente cuando no pudiste terminar la tarea de estadística?

PACIENTE: Que no puedo hacer nada bien. Nunca me irá bien aquí.

T: Y si esto es cierto: no puedes hacer nada bien y no te irá bien aquí ¿Qué significa todo eso? [*técnica de la flecha hacia abajo*]

P: Que no tengo remedio. Soy muy incapaz. [*creencia central*]

T: ¿En qué medida crees que eres incapaz?

P: Oh, un 100%.

T: ¿Y cuán incapaz eres? ¿Un poco? ¿Mucho?

- P: Completamente. Soy completamente inútil.
T: ¿En todos los aspectos?
P: Casi.
T: ¿Existe alguna evidencia de que no seas incapaz?
P: No... creo que no.
T: ¿Acaso no dijiste que te va bien en el resto de los cursos?
P: Sí, pero no tan bien como debería.
T: ¿El hecho de que te vaya bien en esos cursos contradice la idea de que eres incapaz?
P: No, si fuera verdaderamente capaz, me iría mucho mejor.
T: ¿Qué sucede con otros aspectos de tu vida: el cuidado de tu apartamento, el manejo de tus finanzas, el cuidado de tu persona...?
P: También hago bastante mal todo eso.
T: ¿Quiere decir que la idea de la incapacidad se extiende también a otras cosas?
P: A casi todo.
T: Está bien. Veo que crees con mucha fuerza en esa idea. Volveremos a este tema en otro momento.

En este caso el terapeuta utiliza la técnica de la flecha hacia abajo para identificar una idea que considera una creencia central. Con precaución, controla su fuerza, su amplitud y la posibilidad de que se modifique. Decide entonces no continuar con la evaluación, pero la categoriza como "idea" (implica que no necesariamente es verdad) y la señala como un tema para el futuro.

Presentar creencias centrales

Cuando el profesional cree que ha recopilado suficientes datos como para establecer una hipótesis acerca de la creencia central y considera que el paciente será suficientemente receptivo, le presenta la conceptualización en forma tentativa.

- T: Sally, en las últimas semanas hemos tratado varios problemas: tus estudios, las decisiones respecto de cómo pasar el verano, tu trabajo voluntario. Parecería que detrás de todos estos problemas existe la idea de que eres incapaz. ¿Es eso correcto?
P: Sí, creo que sí.

También puede revisar con el paciente una serie de pensamientos automáticos relacionados que ha tenido en situaciones

diversas y pedirle que saque una conclusión respecto de un tema subyacente (“¿Ves algún tema en común entre estos pensamientos automáticos?”).

Con ciertos pacientes, el terapeuta utiliza el Diagrama de Conceptualización de Casos (véase capítulo 10, figura 10.1) al comienzo de la terapia. Con o sin el diagrama, puede explorar brevemente algunos antecedentes de la infancia.

T: ¿Recuerdas haberte sentido incapaz como ahora en otros momentos de tu vida? ¿Cuándo eras niña?

P: Sí, muchas veces. Recuerdo que nunca podía hacer las cosas que hacía mi hermano.

T: ¿Puedes darme algunos ejemplos?

La obtención de datos históricos ayuda al terapeuta en momentos posteriores, cuando plantea al paciente cómo llegó a concebir esa creencia central y le explica cómo puede ser falsa o parcialmente falsa aunque la crea con tanta fuerza.

Instruir al paciente acerca de las creencias centrales y el control de la forma en que operan

Para el paciente es importante comprender los siguientes puntos acerca de su creencia central:

- **Que es una idea y no necesariamente una verdad.**
- **Que puede creer en ella con mucha intensidad y hasta “sentir” que es verdadera y, no obstante, puede ser parcial o totalmente falsa.**
- **Que como idea, puede ser sometida a comprobaciones.**
- **Que tiene sus orígenes en sucesos de la infancia y que puede o no haber sido cierta en el momento en que comenzó a creer en ella.**
- **Que se mantiene a través del funcionamiento de sus esquemas, en los cuales rápidamente encuentra datos que sustentan la creencia central, mientras ignora los que la contradicen.**
- **Que el paciente y el terapeuta pueden, en un trabajo conjunto, usar una gran variedad de estrategias para modificar esa idea y obtener una visión más real de sí mismo.**

En la transcripción que sigue, el terapeuta instruye a Sally respecto de su creencia central. (Ella ya había confirmado la conceptualización que él le había presentado.)

T: Sally, ¿acaso esto [el pensamiento automático de que no sería capaz de escribir su monografía de economía] te suena conocido? ¿No crees que tal vez la idea de que eres incapaz te dificulta las cosas?

P: Sí, me siento incapaz.

T: Bien, Sally, entonces sucede una de estas dos cosas. O bien *eres* verdaderamente incapaz y tenemos que trabajar juntos para aumentar tu capacidad... o bien el problema radica en que *crees* que eres incapaz y a veces lo crees con tanta fuerza que *actúas* en consonancia con eso, como cuando evitas ir a la biblioteca y comenzar a investigar para tu monografía. ¿Qué crees tú?

P: No lo sé.

T: ¿Por qué no escribimos estas dos posibilidades? Me gustaría, si estás de acuerdo, comenzar a examinar en la terapia cuál de las dos posibilidades se acerca más a la verdad: que *eres* realmente incapaz o que *crees* que lo eres.

Más adelante, en la misma sesión o en otra, el terapeuta explica a Sally, en forma detallada, cómo funcionan las creencias centrales y se asegura de que lo comprenda.

T: Esta idea, “Soy incapaz”, es lo que llamamos una creencia central. Te explicaré algunas cosas acerca de las creencias centrales para que comprendas por qué son más difíciles de evaluar y de combatir. En primer lugar, una creencia central es una idea en la que tal vez no crees demasiado cuando no estás deprimida. En cambio, es posible que cuando lo estás, creas en ella completamente, aunque tengas evidencias en su contra. ¿Me sigues hasta ahora?

P: Sí.

T: Cuando te deprimas, esta idea se activa y entonces encuentras con mucha facilidad evidencias que la avalan y tiendes a dejar de lado las evidencias que la contradicen. Es como si tuvieras un filtro que envuelve tu cabeza. Las cosas que se acomodan a tu idea atraviesan fácilmente el filtro y pasan a tu mente. En cambio, las informaciones que la contradicen, o bien no pasan por el filtro, o bien se modifican para poder pasarlo. ¿Crees que quizás estés filtrando la información de esta manera?

- P: No lo sé.
- T: Bien. Veamos. Si examinamos las cosas que han sucedido la semana pasada, ¿qué evidencias tenemos de que *podrías* ser capaz?
- P: Bueno, obtuve una nota excelente en mi examen de estadística.
- T: ¡Muy bien! ¿Y pudo esa evidencia atravesar el filtro? ¿Acaso dijiste: “Obtuve un excelente, eso significa que soy inteligente o capaz o buena estudiante”?
- P: No. Yo dije: “El examen ha sido muy fácil. Además, ya había aprendido algunas de estas cosas el año pasado”.
- T: Parece que el filtro *estaba* funcionando. ¿Te das cuenta de que desdeñaste información que contradecía tu creencia central: “Soy incapaz”?
- P: Humm.
- T: ¿Recuerdas algunos otros ejemplos ocurridos esta semana? ¿Hubo situaciones en las cuales una persona razonable pudiese pensar que las cosas que hacías demostraban capacidad de tu parte, aunque tú no lo vieras de ese modo?
- P: (*Piensa durante unos instantes*) Bueno, ayudé a mi compañera de cuarto a resolver un problema con su padre. Pero eso no cuenta. Cualquiera podría haber hecho lo que yo hice.
- T: Ese es un buen ejemplo. Otra vez parece que descartas la información que no coincide con tu idea de que eres incapaz. Quiero que pienses si es cierta tu idea de que cualquiera podría haber hecho lo que tu hiciste. Tal vez esta es otra ocasión en la cual evitas darte crédito por algo que otra persona podría ver como una evidencia de tu capacidad.
- P: Bueno, mi compañera piensa que la ayudé mucho.
- T: De acuerdo. Para resumir, “Soy incapaz” parece ser una creencia central que convive contigo desde hace mucho tiempo y en la cual crees con más fuerza cuando estás deprimida. ¿Puedes resumir cómo funciona?
- P: Bueno, usted decía que cuando estoy deprimida dejo pasar la información que la confirma y filtro la que la contradice.
- T: Correcto. ¿Qué te parece si esta semana, como tarea, tratas de registrar todos los momentos en que funciona este filtro? Debes anotar toda la información que avala tu creencia. Luego debes hacer algo más difícil: buscar y anotar aquellos hechos que, para otra persona, estarían en contradicción con tu idea. ¿Está bien?

En la siguiente sesión el terapeuta explica por qué Sally cree con tanta fuerza en su creencia central y cómo, de todos modos, es posible que sea falsa.

T: Bien. Has hecho un buen trabajo esta semana, registrando cómo tiendes a dejar pasar solamente la información negativa que confirma la idea de que eres incapaz. Tal como predijimos, te resultó más difícil registrar la información positiva que contradice tu idea.

P: Sí. Creo que no lo hice muy bien.

T: ¿Te sientes incapaz por eso?

P: (Ríe) Sí. Creo que sí.

T: ¿Acaso el filtro está en funcionamiento ahora? ¿Estás poniendo más énfasis en la parte de la tarea que no hiciste y olvidando la que hiciste bien?

P: Creo que sí.

T: ¿Cuál piensas que es el efecto de tener un filtro de este tipo?

P: Hace que no vea las cosas buenas.

T: Correcto. ¿Y qué sucede día a día con la idea de que eres incapaz?

P: Creo que se hace más fuerte.

T: Correcto. Hasta el punto que la “sientes” como verdadera aunque no lo sea.

P: Humm.

T: ¿Te das cuenta ahora de que la idea de que eres incapaz *podría* ser falsa aunque tú la creas cierta?

P: Bueno, creo que lo veo intelectualmente, pero sigo *sintiéndome* incapaz.

T: Eso es muy común. En las próximas semanas seguiremos evaluando esta idea y luego trabajaremos juntos para ayudar a la parte más razonable de tu mente a imponerse sobre la parte emocional. ¿Está bien?

P: Sí.

La biblioterapia puede reforzar el trabajo terapéutico sobre las creencias centrales. Existen dos libros: *Prisoners of belief* (McKay y Fanning, 1991) y *Reinventing your life* (Young y Klosko, 1994) particularmente útiles en esta etapa de la terapia.

Modificar creencias centrales y fortalecer nuevas creencias

Una vez identificada la creencia central negativa, el terapeuta diseña mentalmente una creencia nueva, más realista y funcional y guía al paciente hacia ella. Puede usar algunas de las técnicas enumeradas en el lado izquierdo de la figura 11.2 o comenzar atenuando la antigua creencia. En poco tiempo, mediante el trabajo conjunto con el paciente, desarrollarán una nueva creencia más adaptativa. Generalmente, al paciente le resulta más fácil adoptar una creencia relativamente positiva que una muy extrema.

Por ejemplo:

<u>Antigua creencia central</u>	<u>Nueva creencia central</u>
Nadie me ama	Generalmente soy una persona agradable.
No valgo nada.	Soy una persona valiosa, con rasgos positivos y negativos.
Soy inoperante.	Puedo controlar muchas cosas.
Estoy lleno de defectos.	Soy normal, con puntos fuertes y débiles.

En muchos casos los pacientes con diagnóstico del Eje 1 han estado convencidos de las creencias “nuevas” durante gran parte de su vida y por eso les resulta relativamente sencillo especificarlas. Los pacientes con diagnóstico del Eje 2, por el contrario, pueden no haber tenido nunca una creencia central positiva y es posible que el profesional deba ayudarlos a desarrollar una creencia central positiva alternativa. Al terapeuta de Sally le resulta relativamente fácil ayudar a su paciente a expresar en palabras una creencia central más positiva.

T: Sally, hemos estado conversando acerca de la creencia central “Soy incapaz”. ¿Cuál crees tú racionalmente que sería una creencia más adecuada?

P: ¿Soy capaz?

T: Está bien, pero podríamos trabajar en una nueva creencia que fuese más fácil de adoptar para ti, como “Soy capaz en la mayor parte de las cosas, pero soy sólo un ser humano”. ¿Cuál te parece más adecuada?

P: Esta última.

<u>Ya descriptas</u>	<u>Técnicas adicionales</u>
Técnicas de cuestionamiento socrático	Formulario de creencias centrales
Análisis de ventajas y desventajas	Contrastes extremos
Dramatización racional-emocional	Desarrollo de metáforas
Actuar "como si"	Comprobaciones históricas
Experimentos conductuales	Reestructuración de recuerdos tempranos
Continuum cognitivo	Tarjetas de apoyo (véase capítulo 12)
Expresión de la propia experiencia	

Figura 11.2. Técnicas para modificar creencias centrales.

El Formulario de Creencias Centrales

Una vez identificada la antigua creencia central y cuando ya se ha desarrollado una nueva, el terapeuta presenta el Formulario de Creencias Centrales (FCC) (véase figura 11.3). Como ya hemos dicho, es preferible introducir esta herramienta una vez que el paciente ha comprendido que algunas de sus ideas (pensamientos automáticos) no son adecuadas o están distorsionadas. Este formulario suele presentarse cuando el paciente, además, ha aprendido el proceso de evaluación y modificación de los pensamientos automáticos, comprende verdaderamente que puede modificar el pensamiento disfuncional y ha establecido una fuerte alianza terapéutica con el profesional.

El FCC comprende dos partes: la superior ayuda al paciente a identificar y evaluar el grado de credibilidad conferida a la "antigua" creencia disfuncional y a la "nueva" creencia, más adaptativa. A partir del momento en que se presenta el formulario, terapeuta y paciente completan juntos esta parte al inicio de cada sesión. La parte inferior debe ser completada por el paciente, durante la sesión o como tarea, a medida que controla el funcionamiento de sus creencias y revisa las evidencias que parecen avalar la antigua.

T: Sally, voy a mostrarte el Formulario de Creencias Centrales. Se usa para trabajar sobre las creencias de una manera organizada. Vamos a escribir aquí tu creencia central "Soy incapaz", en la parte superior. ¿Qué grado de credibilidad le confieres ahora a esta idea?

FORMULARIO DE CREENCIAS CENTRALES

Antigua creencia central: Soy incapaz

¿Qué grado de credibilidad confiere ahora a la antigua creencia central?

(0-100) 60%

*¿Cuál fue el mayor grado de credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0-100) 40%

*¿Cuál fue el menor grado de credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0-100) 60%

Nueva creencia: Soy capaz en la mayoría de las cosas (pero también soy sólo un ser humano).

¿Qué grado de credibilidad le confiere ahora a esta creencia? (0-100) 50%

Evidencia que contradice la antigua creencia central y avala la nueva creencia

Evidencia que avala la antigua creencia central, revisada

Hice un buen trabajo en literatura.

Hice una pregunta en la clase de estadística.

Comprendo este formulario.

Obtuve una buena nota en química.

Tomé decisiones respecto del año próximo.

Arreglé cuestiones de teléfono, cuentas bancarias, seguros, etc.

Reuní las referencias que necesitaba para la monografía de economía.

Comprendí la mayor parte del capítulo 6 del libro de estadística.

Le expliqué algunos conceptos de estadística a mi compañero del piso de abajo.

No comprendí un concepto en la clase de economía, PERO no había leído nada al respecto y probablemente lo entenderé más tarde. A lo sumo puede ser una incapacidad para eso, pero tal vez sea error de la profesora, que no lo explicó bien.

No me acerqué al profesor asistente para pedir ayuda, PERO eso no quiere decir que sea incapaz. Estaba nerviosa porque pensaba que debería comprender estas cosas por mi cuenta y creía que él pensaría que no estaba bien preparada.

Mi nota en el trabajo de literatura no fue excelente, PERO es una buena nota. Si fuera realmente incapaz ni siquiera estaría en la universidad.

*¿Deberían incluirse las situaciones que implican un aumento o una disminución en la fuerza de la creencia en los planes de sesión?

Figura 11.3. Formulario de Creencia Central de Sally. Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

- P: Quizás un 60%.
- T: Correcto. Escribe entonces 60% aquí. Ahora, para completar las dos líneas que siguen, debes pensar en lo ocurrido durante la última semana. ¿Cuánto es lo máximo y lo mínimo que has creído en esta idea?
- P: ¿Lo máximo? Debe haber sido cuando comencé a estudiar para mi examen de estadística. Creo que un 90%. ¿Lo mínimo? Ahora, un 60%. (*Escribe estos porcentajes*)
- T: La semana pasada conversamos acerca de una creencia más adaptativa y más adecuada. ¿Recuerdas cómo la expresamos?
- P: Sí, que soy capaz en la mayor parte de las cosas, pero también soy sólo un ser humano.
- T: Bien, escribe eso donde dice “nueva creencia”. ¿Qué grado de credibilidad le confieres hoy a esta creencia?
- P: Quizás... un 50%.
- T: Bueno, Sally, cada semana vamos a escribir juntos estos puntajes al comienzo de la sesión o, si quieres, lo puede hacer tú de antemano. Me gustaría que tuvieses a la vista este formulario durante las sesiones, para ver si los temas que conversamos guardan relación con la creencia “Soy incapaz”.
- P: Está bien.
- T: Si te parece bien, comenzaremos ahora a llenar juntos la parte inferior, para que puedas aprender cómo hacerlo. Incluso, si eso te ayuda, puedes completar un poco cada día. Una cosa más. Aprender a completar este formulario demanda tiempo y práctica. Recuerda que también te tomó un tiempo completar bien el Registro Pensamientos Automáticos. ¿De acuerdo?
- P: Seguro.
- T: Continuemos. ¿Te parece bien si comenzamos por el lado derecho, consignando las evidencias de que eres incapaz?
- P: Bueno.
- T: Veamos. Piensa en lo que has hecho *hoy*. ¿Qué cosa indica que eres incapaz?
- P: No comprendí un concepto que explicó hoy la profesora de economía.
- T: Bien. Escribe eso en el lado derecho y coloca un gran “PERO” al lado... Ahora pensemos si puede haber alguna otra explicación para que no hayas comprendido el concepto, que no sea tu incapacidad.
- P: Bueno, fue la primera cosa de la que hablé. Además, no estaba incluida en lo que leímos.
- T: Correcto. ¿Es posible que la comprendas cuando la vuelva a

- tratar, cuando leas algún otro material al respecto o cuando alguien te la explique mejor?
- P: Probablemente.
- T: Bueno, ahora, al lado del “PERO”, escribe la “revisión”, que es otro modo más adaptativo de analizar la evidencia. ¿Qué podrías escribir aquí?
- P: Creo que podría decir: “Pero no he leído todavía nada al respecto y probablemente lo comprenderé más tarde”.
- T: Correcto, escribe eso... Veamos ahora si podemos fortalecer aun más la revisión. ¿Estás de acuerdo en que el hecho de no comprender un concepto puede significar a lo sumo una incapacidad para eso y no una incapacidad total de la persona?
- P: Sí, eso es verdad.
- T: ¿Es posible que *muchas* personas capaces no comprendan un concepto cuando lo escuchan por primera vez?
- P: Así es.
- T: Me pregunto si también es posible que haya sido una incapacidad de la *profesora*. Tal vez si ella lo hubiese explicado más claramente, lo habrían comprendido la mayor parte de los alumnos.
- P: Es posible.
- T: Reflexiona durante un minuto y fíjate si hay alguna otra cosa que quisieras agregar... Bueno, comencemos ahora con el lado izquierdo, es decir, con la evidencia que *en el día de hoy* indica que eres capaz para muchas cosas. Te advierto que esto te resultará difícil si el filtro está en funcionamiento.
- P: Bueno, hoy trabajé en mi presentación de literatura.
- T: Bueno, escribe eso. ¿Qué más?
- P: Hice una pregunta en la clase de estadística.
- T: ¡Muy bien! ¿Qué más?
- P: *(No responde)*
- T: ¿Qué piensas del hecho de haber comprendido cómo se completa este formulario?
- P: Creo que es una evidencia.
- T: Bien. ¿Qué te parece si, como tarea, tratas de agregar a este formulario las evidencias de cada día? Para comenzar, recuerda que te resultará más fácil la primera parte del lado derecho, pero la parte inferior y la izquierda seguramente serán más complicadas.
- P: De acuerdo.
- T: Haz lo que puedas. Tal vez tengamos que trabajar juntos para revisar las evidencias y encontrar otras que sean positivas. Sin

embargo, te daré una ayuda. Si tienes dificultades con estas partes, piensa que otra persona, pongamos por caso tu compañera de cuarto, ha hecho exactamente lo que tú has hecho y fíjate cómo consideras sus acciones. ¿Está bien?

P: De acuerdo.

T: ¿Crees que encontrarás alguna otra dificultad para realizar esta tarea en la semana?

P: No, lo intentaré.

T: Correcto.

Si Sally hubiese experimentado dificultades para identificar datos positivos durante la sesión, el terapeuta podría haber pospuesto la tarea y probado diferentes técnicas para ayudarla a encontrar los ítems del lado izquierdo. Por ejemplo, podría haber usado una técnica de contrastación:

T: ¿Qué piensas de haber logrado que te atendieran, pese a las dificultades que te planteaba el sistema de salud para estudiantes?

P: No lo sé. Estaba tan enojada que me resultó fácil.

T: Espera un minuto. ¿Si no lo hubieras logrado, acaso no lo habrías incluido en la columna derecha, como un síntoma de incapacidad?

P: Probablemente.

T: Piénsalo de este modo. Cualquier cosa que te hubiese valido una crítica sobre ti misma o que hubieses anotado del lado derecho, de *no haberla logrado*, probablemente corresponde al lado izquierdo.

A continuación se exponen otros métodos para lograr que el paciente reconozca datos positivos que corresponden al lado izquierdo del formulario:

1. [Como en la transcripción de las pp. 220-221] Solicitar al paciente que piense en los datos que hubiesen sido evidencias positivas en el caso de *otra persona*: "Sally, piensa en alguna persona que creas capaz. ¿Quién puede ser? ¿Qué cosa has hecho tú hoy que hubieses considerado positiva en caso de que la hubiese hecho Donna?"
2. Solicitar al paciente que piense en datos que *otra persona seguramente hubiese considerado evidencias positivas*

sobre su capacidad. "Sally, dime de alguien a quien conozcas bien y en cuyo juicio confíes. ¿Qué cosas señalaría [esta persona] como evidencias positivas de tu capacidad, entre las cosas que has hecho hoy?" o bien "Sally, ¿qué cosa has hecho hoy que probablemente yo clasificaría como evidencia positiva?"

3. Solicitar al paciente que reflexione y considere si rechazaría evidencias a su favor luego de compararlas con un modelo hipotéticamente negativo: "Sally, ¿no crees que haber terminado ese trabajo de síntesis es una señal de capacidad? ¿Podría una persona verdaderamente incapaz haberlo escrito?"
4. Solicitar al paciente que complete los puntajes que se incluyen en la parte superior del FCC (que ya incluye una creencia central previamente acordada) al comenzar cada sesión, antes de establecer el plan. El terapeuta podrá entonces preguntar: "¿Cuándo creíste con *menos* fuerza que eras incapaz? ¿Qué sucedía en ese momento? ¿Deberíamos incluir esto en el plan?" La conversación acerca de estas situaciones positivas confiere una oportunidad de recoger o reforzar evidencias para el lado izquierdo. (El Formulario de Creencias Centrales posee recordatorios de estas preguntas impresos al final de la hoja.)

El terapeuta también puede aprovechar las oportunidades que se presenten durante la sesión para plantear al paciente la aplicabilidad del FCC al tema que se está tratando.

T: Sally, ¿puedes resumir lo que hemos estado tratando?

P: Bueno, yo estaba bastante abatida por no haber conseguido el trabajo que quería para el verano y, si bien cualquiera se hubiera sentido decepcionado, yo me deprimí porque sentí que era una incapaz.

T: Bien. ¿Te parece que esto es relevante para el Formulario de Creencias Centrales?

P: Sí, se trata de la misma idea.

T: ¿Cómo podrías expresarlo por escrito en esa hoja?

P: Creo que corresponde al *lado derecho*... No conseguí el trabajo de asistente de investigación... pero eso no significa que sea completamente incapaz. Se postularon muchas personas, y algunas tenían más experiencia que yo.

Utilizar contrastes extremos para modificar creencias centrales

A veces resulta útil que el paciente se compare con alguna persona, real o imaginaria, que encarne el extremo negativo de la cualidad relacionada con su creencia central. El terapeuta sugiere que el paciente imagine a alguien dentro de su marco de referencia. (Esta técnica es semejante al continuum cognitivo que se describe en el capítulo 12.)

T: ¿Conoces a alguien en la universidad que sea verdaderamente incapaz o que al menos *se comporte* de una manera muy inadecuada?

P: Hmmm... hay un muchacho en mi piso que nunca va a clases y que no estudia. Parece estar de fiesta todo el tiempo. Creo que le va mal.

T: Correcto. Si te comparas con él, ¿cuán incapaz eres?

P: (*Hace una pausa*) No mucho.

T: Si fueras una persona realmente incapaz, ¿qué cosas harías de un modo diferente?

P: ...Creo que perdería clases, estaría por ahí todo el día... no me mantendría... no haría nada útil... no tendría amigos.

T: ¿Estás próxima a esa situación?

P: Creo que no lo estoy en absoluto.

T: ¿Es entonces adecuado que te consideres tan incapaz?

P: Creo que realmente no lo es.

Desarrollar metáforas

Los terapeutas pueden ayudar a los paciente a tomar distancia de sus creencias centrales por medio de la reflexión acerca de una situación. Una paciente creía que ella era mala porque de niña (y también siendo adulta) su madre la había tratado muy mal. A esta persona le resultó útil reflexionar sobre la historia de Cenicienta, en la cual una madrastra cruel trataba mal a una niña sin que ella le hubiese dado motivos ni fuese mala.

Comprobaciones históricas de la creencia central

Los pacientes pueden beneficiarse analizando el origen y la persistencia a través del tiempo de su creencia central (Young, 1990). El terapeuta puede ayudar al paciente a buscar (y a

revisar) las evidencias que avalaron la creencia central desde una edad temprana y a sacar a la luz evidencias que la refutaban. (El FCC se puede utilizar con este propósito.) Habitualmente este proceso se inicia luego de que el paciente ha analizado el funcionamiento de su creencia central en el *presente* y ha comenzado el proceso de modificación, a través del FCC o de otras técnicas.

No siempre es necesario que la creencia central del paciente esté muy activada para que este proceso efectivamente se produzca. Sin embargo, algunos pacientes no logran acceder a ciertos recuerdos importantes, a menos que estén emocionalmente excitados debido a la activación de una creencia central. El terapeuta comienza dando una explicación.

T: Sally, me gustaría saber en qué se originó esta idea de tu incapacidad.

P: De acuerdo.

T: Vamos a trabajar con el Formulario de Creencias Centrales y a transportarnos en el tiempo. ¿Recuerdas alguna situación de tu infancia que te haya hecho sentir incapaz en ese momento, digamos, antes de la escuela primaria?

P: Recordó algo que sucedió en el parvulario. Yo estaba trabajando con un rompecabezas y la maestra me gritaba. Yo no cesaba de llorar.

T: ¿El problema era que eras lenta para resolverlo?

P: Creo que era algo así.

T: ¿Y te sentías incapaz?

P: Ajá.

T: Está bien. Escríbelo entonces, del lado derecho. Luego vamos a revisarlo. ¿Alguna otra cosa?

P: Recuerdo una vez que fuimos con mi familia al parque Valley Forge. Todos andaban en bicicleta, pero yo no podía seguir el ritmo de los otros y me quedaba atrás.

Ya sea en la sesión o bien como tarea, el paciente debe continuar con este primer paso: registrar recuerdos que puedan haber contribuido a la formación de la creencia central. Puede reflexionar acerca del parvulario, la escuela primaria, la secundaria, la universidad, sus veinte o sus treinta años. El segundo paso de la revisión histórica consiste en la búsqueda y el registro de evidencias de cada período que sustenten una creencia nueva y positiva. Una vez que ha evocado recuerdos más positivos, el paciente está preparado para la tercera etapa: reformular cada

segmento de evidencias negativas. Finalmente, en la cuarta etapa, resume cada período. Por ejemplo:

Etapa de la escuela secundaria: Hice muchas cosas bien, desde deportes hasta mis responsabilidades en casa y los estudios. Es verdad que mis calificaciones no fueron todas excelentes y que no era buena en todo. Además, a veces *me sentía* incapaz, pero básicamente era capaz.

Reestructuración de recuerdos tempranos

En el caso de la mayor parte de los pacientes con diagnóstico del Eje 1, las técnicas “racionales” o “intelectuales” que hemos presentado hasta el momento suelen bastar para modificar una creencia central. En otros casos, en cambio, es adecuado aplicar otra clase de técnicas “emocionales” o experienciales, con las cuales se despiertan los afectos del paciente. Una de ellas consiste en dramatizar un hecho ocurrido para ayudarlo a reinterpretar una experiencia traumática anterior. En la transcripción que sigue, el terapeuta ayuda al paciente a reestructurar el significado de un hecho anterior que se asocia con una situación perturbadora actual.

T: Sally, pareces muy abatida hoy.

P: Sí... (*Llorando*) Hoy me entregaron mi monografía y obtuve una mala nota. No puedo hacer nada bien.

T: ¿Te sientes muy incapaz?

P: Sí.

T: (*Apela al afecto para facilitar la evocación*) ¿Sientes la tristeza y la inutilidad en alguna parte de tu cuerpo?

P: Detrás de mis ojos. Además siento los hombros pesados.

T: ¿Recuerdas cuál fue la primera vez que te sentiste así en tu infancia?

P: (*Pausa*) Recuerdo que cuando tenía seis o siete años una vez llevé a mi casa el boletín de calificaciones y estaba un poco asustada porque no me había ido muy bien. Mi padre no hizo ninguna cuestión, pero mi mamá se enojó bastante.

T: ¿Qué dijo ella?

P: Gritó: “Sally, ¿qué voy a hacer contigo? ¡Mira este boletín!”.

T: ¿Qué dijiste tú?

P: No creo que yo haya dicho nada, pero eso la hizo enojarse aun más. Seguía diciendo: “¿No sabes acaso lo que va a ocurrir si no

sacas buenas notas? A tu hermano siempre le va bien. ¿Por qué no puedes hacer lo mismo? Estoy muy avergonzada de ti. Así no llegarás a nada”.

T: Seguramente te sentiste muy mal.

P: Así es.

T: ¿Crees que es razonable la forma en que ella actuó?

P: No... creo que no.

T: Bueno. ¿Es eso algo que tú le dirías a tus hijos algún día?

P: No, yo nunca les diría eso.

T: ¿Qué dirías *tú*, si tu hija de siete años llegase a tu casa con un boletín como ese?

P: Humm... Creo que diría lo mismo que mi padre: “Está bien. No te sientas mal. A mí tampoco me iba muy bien en la escuela y eso no tuvo ninguna importancia”.

T: Muy bien. ¿Sabes por qué tu madre no dijo lo mismo?

P: No estoy segura.

T: Por lo que me has contado en otras ocasiones, pienso que tal vez ella pensaba que la gente podía menospreciar*la* si sus hijos no tenían buen rendimiento.

P: Probablemente eso sea cierto. Ella siempre alardeaba con sus amigas sobre mi hermano. Creo que siempre se estaba fijando en lo que hacían y pensaban los demás.

T: ¿Qué te parece si hacemos una dramatización? Yo te representaré a ti a los siete años y tú representarás a tu mamá. Trata en lo posible de ver las cosas desde el punto de vista de ella. Comenzaré... Mamá, aquí está mi boletín.

P: Sally, me avergüenzo de ti. Mira estas notas. ¿Qué haré contigo?

T: Mamá, tengo sólo siete años. Mis notas no son tan buenas como las de Robert, pero están bien.

P: ¿Acaso no sabes lo que ocurrirá si no obtienes buenas notas? Nunca llegarás a nada.

T: Eso es tonto, mamá. Sólo tengo siete años.

P: Pero el año que viene tendrás ocho y luego, nueve...

T: Mamá, no me ha ido tan mal. ¿Por qué haces tanto escándalo? Me haces sentir como una inútil. ¿Es eso lo que quieres?

P: No, claro que no. No quiero que pienses eso, porque no es verdad. Sólo quiero que te vaya mejor.

T: Bueno, saliendo de la dramatización. ¿Qué piensas?

P: Que en realidad yo no era incapaz. Probablemente mi mamá era dura conmigo porque no quería que la criticaran *a ella*.

(*Se anima*)

T: ¿En qué medida lo crees?

P: Mucho. Un 80%.

T: ¿Qué te parece si dramatizamos de nuevo, pero esta vez intercambiamos los personajes? Veamos ahora como Sally, a los siete años, puede contestarle a su madre.

Luego de esta segunda dramatización, el terapeuta pregunta a Sally qué aprendió y cómo se aplica este aprendizaje a la situación que la perturbó esa semana (obtener una mala nota en la monografía).

Otra técnica utiliza las imágenes mentales para reestructurar recuerdos tempranos en una situación afectiva (Edwards, 1989; Layden et al., 1993). Esta técnica, propia de las terapias guesálticas, ha sido adaptada específicamente para la modificación de las creencias centrales y se indica sobre todo en pacientes con trastornos de la personalidad. No es tan frecuente su uso en pacientes con diagnóstico del Eje 1. En este caso, el terapeuta lleva al paciente a experimentar nuevamente una situación perturbadora del pasado que, aparentemente, colaboró en la formación o el sostenimiento de una creencia central. El siguiente ejemplo ilustra cómo el terapeuta realiza las siguientes operaciones:

1. **Identifica una situación específica perturbadora para el paciente, que se asocia a una importante creencia central;**
2. **Incentiva la afectividad del paciente a través del abordaje de pensamientos automáticos, emociones y sensaciones somáticas;**
3. **Ayuda al paciente a identificar y a volver a experimentar una experiencia temprana relevante;**
4. **Conversa con la parte "más joven" del paciente, para identificar sus pensamientos automáticos, emociones y creencias y**
5. **Ayuda al paciente a desarrollar una comprensión diferente de la experiencia, por medio de la imaginación guiada, el cuestionamiento socrático, el diálogo y/o las dramatizaciones.**

En la transcripción que sigue, Sally refiere una experiencia del día anterior que le resultó perturbadora, ya que se sintió criticada por su grupo de estudio.

T: ¿Puedes imaginar nuevamente esta escena, como si estuviese ocurriendo ahora? Están todos sentados alrededor de la mesa. [El terapeuta hace que Sally se represente y describa vívidamente el desagradable incidente.]

P: Peggy dice: “Sally, no has hecho esto con suficiente detalle. Deberás hacerlo de nuevo”. Yo me siento muy mal, muy triste y pienso: “Estoy decepcionando a todo el mundo. Soy una incapaz. No hago nada bien. Seguramente reprobaré”.

T: ¿Estás sintiendo la tristeza en este momento?

P: (*Asiente*)

T: ¿En qué parte de tu cuerpo la sientes?

P: Detrás de los ojos.

T: ¿En algún otro lugar? ¿Dónde más está la tristeza?

P: En el pecho... y en mi estómago. Siento una pesadez.

T: Correcto. ¿Puedes concentrarte en la pesadez? ¿La sientes ahora en tu estómago y en tu pecho? ¿Está detrás de los ojos?

P: (*Asiente*)

T: Correcto. Ahora concéntrate en tus ojos, tu estómago y tu pecho... (*Espera durante unos diez segundos*) Sally, ¿recuerdas haber experimentado esta sensación antes, cuando eras niña? ¿Cuándo fue la *primera vez* que recuerdas haberte sentido así?

En la siguiente transcripción, el terapeuta hace que Sally vuelva a experimentar un recuerdo perturbador y conversa con la parte “infantil” de Sally para identificar cuál fue el significado que ella extrajo de esa experiencia en aquel momento. (Con ese propósito, el terapeuta refuerza continuamente la inmediatez emocional de la experiencia mediante la utilización permanente del tiempo presente.)

P: Mi mamá... mi mamá me está gritando.

T: ¿Cuántos años tienes, Sally?

P: Entre seis y siete. No estoy segura.

T: ¿Dónde estás? Descríbelo de la manera más vívida que puedas.

P: Estoy en casa. Estoy haciendo las tareas. Tengo que hacer algún tipo de trabajo escrito. No logro completarlo. Tengo que marcar las vocales largas y cortas o algo así. No sé qué hacer. He faltado a clases y no sé cómo hacerlo.

T: ¿Qué sucede entonces?

P: Mamá entra en la cocina: “Vete a la cama, Sally”. “No puedo, no he terminado con mi tarea...”

T: ¿Y qué ocurre?

P: Ella dice: “Estás con eso desde hace siglos. Ya hace una hora te dije que te fueses a la cama”.

T: ¿Qué dices tú?

P: “Pero debo hacer esto. Si no lo hago tendré problemas.”

T: ¿Y entonces?

P: Ella dice: “¿Qué sucede contigo? ¿Por qué no puedes terminar con esto? Es muy fácil. ¿Eres estúpida? ¡Vete a la cama ahora mismo!”.

T: ¿Qué ocurre luego?

P: Voy a mi cuarto.

T: ¿Y entonces?

P: No lo sé. Supongo que me voy a dormir. (*Baja la cabeza, muy triste*)

T: ¿Cuál es el peor momento?

P: Cuando ella me está gritando.

T: Bien. ¿Puedes describirlo nuevamente? ¿Dónde estás tú?

P: Estoy sentada a la mesa en la cocina.

T: ¿Y te estás esforzando con tus tareas? ¿Estás desorientada?

P: Sí.

T: Entonces tu madre entra en la cocina. ¿Cómo se ve ella? ¿Dónde está?

P: Ella es alta, está de pie y parece enojada.

T: ¿Cómo te das cuenta?

P: (*Los ojos comienzan a lagrimear*) Tiene el rostro fruncido. El cuerpo parece tenso.

T: ¿Y dice...?

P: “Sally, vete a la cama.”

T: Continúa.

P: “No puedo, mamá. Tengo que terminar esto.” “Te dije que vayas a la cama. ¿Qué ocurre contigo? Esto es muy fácil. ¿Eres estúpida?” (*Solloza*)

T: (*Suavemente*) Sally, niñita de seis años, ¿cómo te sientes?

P: Triste. (*Llora*)

T: ¿Muy triste?

P: (*Asiente*)

T: (*Suavemente*) Pequeña Sally, ¿qué pasa por tu mente en este momento?

P: Soy una estúpida. No puedo hacer nada bien.

T: ¿Cuánto crees en eso?

P: Totalmente.

T: ¿Pasa por tu mente alguna otra cosa?

P: Nunca podré hacer bien esto.

La intensificación del afecto es en esta experiencia la clave que permite verificar que se trata de un tema central para la paciente. En el siguiente apartado, el terapeuta ayuda a Sally a reinterpretar esta experiencia.

T: Pequeña Sally, me gustaría ayudarte a ver esta situación de otra manera. ¿Cómo piensas que podrías mejorar las cosas? ¿Te gustaría hablar con tu mamá y explicarle por qué te sientes tan mal? ¿O acaso te gustaría que alguien, por ejemplo tú misma a los dieciocho años pudiera darte otra explicación de lo que está sucediendo? ¿O tal vez quisieras que eso lo hiciera otra persona?

P: No quiero hablar con mi mamá. Ella me gritaría.

P: ¿Te gustaría que tu yo más adulto te lo explicara, pequeña Sally?

P: Sí.

T: Está bien. Imagina que tu madre se va de la cocina y entra Sally grande, con dieciocho años? ¿Dónde tendría que estar la Sally grande?

P: Cerca de mí, creo.

T: ¿Muy cerca?

P: *(Asiente)*

T: ¿Te gustaría que te rodeara con tu brazo?

P: *(Asiente)*

T: Está bien. Hagamos que la Sally de dieciocho años converse con la Sally de seis y le pregunte qué le ocurre.

P: “¿Qué te ocurre?” “Me siento estúpida. No puedo hacer nada bien.”

T: Qué respondería a eso tu yo más adulto.

P: “No, no lo eres. Esta tarea es demasiado difícil. No es tu culpa. No eres estúpida.”

T: ¿Y qué dice la Sally de seis años?

P: “Pero tendría que poder hacerlo.”

T: Haz que tu yo más adulto continúe hablándole.

P: “No, eso no es verdad. No tienes por qué saberlo. Has faltado a clase y nunca te lo enseñaron. En realidad, tu maestra es quien tiene la culpa por haberte dado una tarea demasiado difícil.”

T: ¿Le cree la Sally de seis años?

P: Un poco.

T: ¿Qué desea preguntar la Sally de seis años?

P: “¿Por qué todo tiene que ser tan difícil? ¿Por qué no hago nada bien?”

- T: ¿Qué le responde la Sally grande?
- P: “Tú haces bien muchas cosas. Algunas cosas son fáciles, como los ejercicios de matemática, vestirse sola y jugar al béisbol...”
- T: ¿Qué está pensando la Sally de seis años?
- P: “En realidad tampoco juego bien al béisbol. Robert juega mucho mejor que yo.”
- T: ¿Y qué le responde la Sally grande?
- P: “Mira, él es mejor que tú jugando al béisbol, pero es *más grande*. Cuando tenía tu edad, él podía hacer las mismas cosas que tú. Sólo debes esperar. Ya verás que todo cambia.”
- T: ¿Cómo se siente ahora la Sally de seis años?

Cuando la paciente dice que su yo de niña se siente significativamente menos triste, el terapeuta efectúa el cierre del ejercicio (por ejemplo, “¿Hay algo más que quisieras preguntarle a tu yo más adulto, pequeña Sally?”). Si la paciente, en cambio, sigue manifestando estar muy alterada, puede intentar otra estrategia. Por ejemplo:

- T: Déjame conversar un rato con la pequeña Sally. Sally, chiquita, todavía estás muy triste. ¿Por qué *sigues* pensando que no puedes hacer nada bien?
- P: (*Piensa*) Es mamá. Ella me lo dice... y tiene razón.
- T: ¿Te gustaría intentar hablar con ella?
- P: (*Reticente*) No lo sé.
- T: ¿Qué te parece si hacemos una dramatización? Pequeña Sally, tú serás tu madre y yo seré tú. Comienza tú. Haz de cuenta que entras en la cocina y me ves haciendo la tarea.
- P: Está bien... ¡Sally, vete a la cama ahora mismo!
- T: Pero mamá, tengo que terminar mi tarea. Si no lo hago, tendré problemas.
- P: ¿Qué te pasa? ¿Eres estúpida?
- T: No, no lo soy, mamá. La maestra se equivocó. Esta tarea es demasiado difícil.
- P: Si te resulta demasiado difícil, algo debe andar mal en ti.
- T: No, mamá, eso no es verdad. ¿Crees realmente que hay algo malo en mí, mamá? ¿Quieres que crezca pensando que soy estúpida y no puedo hacer nada bien?
- P: (*Hace una pausa*) No... no creo que seas estúpida y no quiero que pienses eso.
- T: ¿Entonces por qué me llamas estúpida?
- P: (*Hace una pausa*) No lo sé. Algunas veces me siento frustrada.

En realidad quiero que te vayas a la cama para estar tranquila y en silencio.

T: ¿Quiere decir que no piensas que soy estúpida?

P: No... no lo creo. No eres estúpida.

T: Pero hay muchas cosas que no puedo hacer. No puedo leer muy bien y ni siquiera puedo conducir una bicicleta de dos ruedas. Robert puede hacer esas cosas.

P: Pero él es mayor. Tú también podrás hacerlas algún día.

T: Pero tú me gritas mucho porque no hago las cosas bien. Me gritaste por la tarea. Siempre me gritas porque no limpio bien mi habitación o porque no lavo bien la vajilla o porque no tengo buenas notas.

P: Espero mucho de ti. A veces creo que demasiado. Pero esa es mi tarea. Debo presionarte. Si no lo hago, ¿cómo avanzarás?

T: Mamá, tu presión me hace sentir incapaz y estúpida y siento que no puedo hacer nada bien. ¿Eso quieres que piense?

P: Por supuesto que no.

T: ¿Qué *quieres* hacerme creer?

P: Que eres inteligente y que puedes hacer lo que desees.

T: ¿Crees tú eso, mamá? ¿Piensas que soy inteligente y que puedo hacer lo que desee?

P: Sí, lo creo. Además, siento lo que te dije antes.

T: Está bien. Salgamos por un momento de la dramatización. ¿Cómo te sientes ahora?

P: Mejor.

T: Hagamos la dramatización nuevamente. Ahora tú serás la Sally de seis años y estarás sentada a la mesa, en la cocina, esforzándote con tu tarea. Presta atención a lo que ella siente y piensa. Comencemos. Soy tu mamá, entro en la cocina y digo: "¡Sally, vete a la cama ahora!".

Sally y el terapeuta continúan con las dramatizaciones para que ella tenga la posibilidad de comprobar la validez de sus pensamientos y conclusiones acerca de la relación con su madre. Finalmente, el terapeuta le pide que escriba la vieja creencia que fue activada por este recuerdo y la nueva creencia y que confiera un puntaje a ambas. Luego conversan sobre el incidente con Peggy y el grupo de estudio. El profesional ayuda a Sally a sacar una conclusión más real y adaptativa. Hacia el final de la sesión Sally cree sólo en un 20% que es incapaz y en un 70% que es capaz. Está convencida, además, de una explicación alternativa, tal vez la contribución que ella hizo no colmó las expectativas de Peggy,

pero eso no implica que *ella* sea incapaz. Además, aun en el caso de que su contribución no hubiese sido buena, eso no la torna totalmente incapaz como persona. Por otra parte, el error consistió principalmente en que el grupo no había establecido pautas claras y Sally no tenía suficiente experiencia en trabajos grupales.

En síntesis, las creencias centrales requieren de un trabajo consistente y sistemático. Para ello, pueden usarse un número de técnicas apropiadas que se aplican para reestructurar pensamientos automáticos y creencias intermedias y otras, más específicas, orientadas al tratamiento de las creencias centrales.

12

Otras técnicas cognitivas y conductuales

Ya han sido presentadas diversas técnicas cognitivas y conductuales, entre las cuales se cuentan el cuestionamiento socrático, la dramatización racional-emocional, los Formularios de Creencias Centrales, el uso de las imágenes mentales y el listado de ventajas y desventajas de una creencia. En este capítulo se describen otras técnicas igualmente importantes, de índole tanto cognitiva como conductual. Tal como se expone más ampliamente en el capítulo 16, el terapeuta debe elegir la técnica según su conceptualización general y los objetivos que se plantea para una sesión en particular.

Las técnicas que se describen en este capítulo, al igual que el resto de las técnicas usadas por la terapia cognitiva, tienen por objeto influir sobre el pensamiento, el comportamiento y el estado de ánimo del paciente. Entre ellas se cuentan la resolución de problemas, la toma de decisiones, los experimentos conductuales, el control y la programación de actividades, la distracción y la refocalización de la atención, las técnicas de relajación, las tarjetas de apoyo, la exposición gradual, la dramatización, la técnica del “pastel”, las comparaciones funcionales de uno mismo y las afirmaciones personales. En otras obras se describen más técnicas adicionales (Beck y Emery, 1985; McMullin, 1986).

Resolución de problemas

Junto con los problemas psicológicos o además de ellos, los pacientes tienen problemas en la vida real. El terapeuta indaga

acerca de esos problemas en la primera sesión y redacta una lista o los traduce en objetivos positivos (capítulo 3). En cada sesión, alienta al paciente para que incluya en el plan los problemas que han surgido durante la semana o problemas que supone pueden producirse en las semanas por venir. Si bien es posible que al comienzo el terapeuta desempeñe un papel más activo en cuanto a la búsqueda de soluciones en las primeras etapas del tratamiento, a medida que transcurren las sesiones alienta al paciente para que sea más activo en la resolución de problemas.

Algunos pacientes tienen disminuida la capacidad para resolver problemas y requieren de una instrucción directa a fin de poder solucionarlos. Esta instrucción apunta a que aprendan a especificar un problema, idear soluciones, seleccionar una solución, implementarla y evaluar su eficacia. Otros pacientes, en cambio, poseen gran habilidad para resolver problemas y sólo necesitan ayuda respecto de las creencias disfuncionales que les impiden solucionarlos.

Sally, por ejemplo, tenía dificultades para concentrarse cuando estudiaba. Su terapeuta le sugirió que pusiera a prueba varias ideas prácticas: comenzar por la tarea más sencilla, revisar los apuntes de clase antes de leer el libro de texto, escribir preguntas cuando no estaba segura de haber comprendido, detenerse unos minutos para comprobar mentalmente lo que acababa de leer. Acordaron que ella probaría estas estrategias a modo de experimento, para ver cuál de ellas facilitaba su concentración.

Varias sesiones después surgió otro problema. Sally había comenzado a hacer un trabajo voluntario: supervisar los estudios de un niño vecino. Aunque el niño se mostraba colaborador, ella se sentía insegura respecto de lo que hacía. Sabía intelectualmente cómo debía resolver el problema: debía ponerse en contacto con la agencia que coordinaba a los voluntarios y/o con la maestra del niño. Sin embargo, su creencia de que no debía pedir ayuda le impedía hacerlo. Después de evaluar sus pensamientos automáticos y creencias respecto de esta situación específica, Sally llegó a la solución que ella misma había concebido al comienzo.

Otro problema apareció cuando Sally tuvo que presentar una monografía como trabajo final para una asignatura. El terapeuta utilizó el Formulario para Resolución de Problemas (véase figura 12.1) junto con el cuestionamiento socrático para ayudar a Sally a identificar y responder a la creencia disfuncional que hacía que ella se demorara en su trabajo.

La resolución de problemas implica a veces cambios signifi-

FORMULARIO PARA RESOLUCION DE PROBLEMAS

Nombre del paciente: Sally

Fecha: 12/4

(Cuando los pensamientos automáticos, las creencias y/o las emociones exacerbadas interfieren con la solución del problema)

1. Problema

Comenzar la monografía de economía.

2. Significado particular: pensamientos automáticos y creencias

No soy suficientemente capaz como para realizarlo.

3. Respuesta al significado particular

*Soy suficientemente capaz como para entregar algo. Todavía no sé cómo lo haré.
Sólo lo sabré cuando lo haga.*

4. Soluciones posibles

- 1. Mantener la idea original.*
- 2. Realizar un esquema por escrito (1/2 hora).*
- 3. Conversar acerca de mis ideas con mi compañera de cuarto.*
- 4. Leer alguna de las lecturas sugeridas y tomar notas brevemente.*
- 5. Escribir un primer borrador: intentar redactar un trabajo medio, no uno excelente.*

*Figura 12.1. Formulario para Resolución de Problemas. Copyright 1993
by Judith S. Beck, Ph.D.*

cativos en la vida. Después de una cuidadosa evaluación, un terapeuta puede alentar a una esposa golpeada para que busque refugio o inicie acciones legales. Se puede ayudar a un paciente insatisfecho con su trabajo a que analice las ventajas y desventajas de su puesto. Si las desventajas son más fuertes o numerosas, el terapeuta puede conversar con él acerca de la posibilidad de buscar un nuevo trabajo o seguir una nueva carrera. Un paciente que mantiene una relación insatisfactoria o no está conforme con su situación vital puede elegir, con la ayuda del terapeuta, analizar las posibilidades de mejorar las cosas. En caso de no progresar, también puede decidir cambiar la situación.

Toma de decisiones

Muchos pacientes experimentan dificultades para tomar decisiones. El terapeuta, en esos casos, pide al paciente que confeccione una lista de las ventajas y desventajas de cada una

de las elecciones posibles y lo ayuda a evaluar cada ítem y a llegar a la conclusión de cuál es la opción más conveniente (véase figura 12.2)

TERAPEUTA: ¿Dijiste que deseabas ayuda para decidir si ir a la escuela de verano o conseguir un empleo?

PACIENTE: Sí.

T: Está bien. *(Toma una hoja de papel)* Te mostraré cómo medir las ventajas y las desventajas. ¿Alguna vez has hecho esto?

P: No. Al menos nunca lo hice por escrito, pero he estado pensando en los pros y contras.

T: Bueno, eso nos ayudará para comenzar. Creo que verás que tener las cosas por escrito te ayudará a tomar una decisión con mayor claridad. ¿Con qué quieres comenzar: la escuela o el empleo?

P: Creo que con el empleo.

T: Está bien. Escribe "Ventajas de un empleo" en la parte superior

<u>Ventajas de un empleo</u>	<u>Desventajas de un empleo</u>
1. Ganar dinero.	1. Es necesario encontrarlo.
2. Posiblemente aprender cosas nuevas.	2. Tendré menos tiempo libre.
3. Descansar de lo que he estado haciendo.	3. Quizá no me guste.
4. Conocer personas diferentes.	
5. Sentirme más productiva.	
6. Es bueno para el curriculum.	

<u>Ventajas de la escuela de verano</u>	<u>Desventajas de la escuela de verano</u>
1. Concurrirán dos amigas.	1. No ganaré dinero, sino que deberé pagar.
2. Podría tomar un curso menos en el otoño.	2. No aprenderé nuevas habilidades.
3. Tendré mucho tiempo libre.	3. Será más de lo mismo.
4. Conozco el coste.	4. No me hará sentir tan productiva.
5. Podría conocer gente.	5. No ayudará a mi curriculum.
6. Es más fácil inscribirse que encontrar un empleo.	

Figura 12.2. Análisis hecho por Sally de las ventajas y desventajas.

izquierda de esta hoja y “Desventajas de un empleo” en la parte superior derecha. Luego anota “Ventajas de la escuela” y “Desventajas de la escuela” en la parte inferior.

P: *(Lo hace)* Está bien.

T: ¿Qué has pensado? ¿Podrías anotar algunas ventajas y desventajas del empleo en la parte superior? *(La paciente anota las ideas que ha tenido hasta el momento. El terapeuta formula algunas preguntas para ayudarla)* ¿Qué te parece el hecho de hacer algo diferente de lo que has estado haciendo hasta ahora? ¿Es eso una ventaja?

P: Sí. *(Lo escribe)*

T: ¿Te parece que el empleo te impedirá tener vacaciones?

P: No. Solamente tomaré un empleo si me permite pasar las dos últimas semanas de agosto con mi familia.

El terapeuta y la paciente continúan con este proceso hasta que ella siente que ha registrado exhaustivamente lo que corresponde a cada columna. Repiten luego el proceso con la segunda opción. Al examinar las ventajas y desventajas de la escuela de verano, a Sally se le ocurren algunos ítems para agregar a las listas del empleo. Del mismo modo, la paciente repasa los ítems del empleo para ver si tienen alguna contrapartida importante en las listas de la escuela de verano.

A continuación, el profesional ayuda a la paciente a evaluar los ítems.

T: Está bien, Sally, esto parece bastante completo. Ahora quiero que evalúes los ítems. Podrías darles un puntaje de cero a diez, según la importancia de cada uno. También podrías subrayar los que te parecen más importantes. ¿Qué te parece?

P: Prefiero subrayar los importantes.

T: Correcto. Vamos a las listas del empleo. ¿Cuáles son los puntos más importantes para ti? *(La paciente subraya ítems en las columnas de la figura 12.2)* Observando lo que has subrayado ¿qué te parece a simple vista?

P: Parecería que la mayor dificultad con el empleo es el hecho de tener que encontrar uno, ya que si lo tuviese me gustaría ganar dinero, me sentiría más productiva y podría tomarme un descanso de los estudios.

T: ¿Podríamos dedicar unos minutos a conversar acerca de lo que podrías hacer para encontrar un empleo? Luego volveremos a la lista y veremos si te sigues inclinando por esta opción.

Al final de la conversación, el terapeuta trata de alentar a la paciente para que vuelva a usar esta técnica:

T: ¿Te pareció útil este proceso de enumerar y evaluar las ventajas y desventajas? ¿Se te ocurren otras decisiones para tomar en las que sería bueno aplicar el mismo sistema? ¿Recordarás bien cómo hacerlo?

Experimentos conductuales

Los experimentos conductuales comprueban directamente la validez de los pensamientos o las presunciones de la paciente y son una importante técnica de evaluación, ya sea que se la utilice sola o acompañada del cuestionamiento socrático. Estos experimentos se pueden realizar dentro o fuera del consultorio. A continuación se consigna un ejemplo:

T: Tú estás convencida en un 95% de que no puedes concentrarte lo suficiente como para leer. ¿Sucede algunas veces o siempre?

P: Siempre.

T: Vamos a intentar evaluar ahora mismo esta idea. Aquí tenemos el periódico de hoy. ¿Qué te parece si echamos un vistazo a este artículo? A mí me enojó bastante. Se trata de un nuevo aumento en las facturas de electricidad. [El terapeuta elige un artículo corto que cree que la paciente comprenderá.]

P: Está bien. (*Lee el artículo*)

T: ¿Has terminado? ¿Qué piensas? ¿Deberían aumentar las tarifas?

P: No lo sé. El autor plantea que es necesario cubrir los costos de un nuevo tendido luego de la gran tormenta de este invierno.

T: Es posible que tengas razón. Creo que yo sospecho automáticamente cuando se intenta aumentar la tarifa de un servicio público... De todos modos ¿qué piensas ahora de la idea de que no puedes concentrarte?

P: Creo que puedo hacer las cosas mejor de lo que pensaba.

También se puede evaluar en el consultorio la validez de otros pensamientos automáticos como:

<u>Pensamiento automático</u>	<u>Experimento conductual</u>
No sé qué decirle.	En una dramatización, el paciente se representa a sí mismo y el terapeuta a la otra parte.
No puedo llamar para concertar una visita al médico.	El paciente efectúa la llamada telefónica desde el consultorio.
No hay trabajos adecuados para mí.	El paciente revisa los anuncios de empleos junto con el terapeuta.
Si me sigo mareando así, me desmayaré.	El paciente se marea en el consultorio, girando en una silla mientras hiperventila (Clark, 1989).

Muchas tareas para el hogar también implican experimentos conductuales que el terapeuta ayuda a organizar:

1. El paciente expresa una predicción negativa y el terapeuta le propone evaluarla durante la semana.
2. En conjunto, deciden cómo, cuándo y dónde efectuará el paciente la comprobación. Si es necesario, el terapeuta sugiere cambios para aumentar la probabilidad de éxito.
3. El terapeuta pregunta al paciente cómo será su reacción en caso de que el experimento confirme sus temores, para poder diseñar de antemano una respuesta.

A continuación se transcribe un ejemplo:

T: Has estado pensando en una imagen tuya, tan callada en clase que no podrías formular una sola pregunta. [El terapeuta interroga a Sally como se describe en el capítulo 8, evaluando la evidencia, examinando los peores, mejores y más posibles resultados, etc. Parecería que Sally *será capaz* de expresarse, aunque tal vez no lo hará a la perfección.] ¿Qué te parece si hacemos un experimento para poner a prueba tu idea de que no eres capaz de hacer una pregunta?

P: Me pone un poco nerviosa, pero puedo intentarlo.

T: ¿Con qué asignatura te gustaría intentarlo? ¿Cuál sería la más fácil para comenzar?

P: Creo que literatura.

T: ¿Se te ocurre qué pregunta podrías hacer?

P: (*Piensa durante unos instantes*) Hay algo que no comprendí. Hemos leído una novela acerca de Inglaterra en el siglo XIV y no comprendo si era solamente la familia del personaje central la que trataba a las mujeres como si fuesen propiedades, si se trataba más bien de una cuestión de clase social o si era la sociedad toda que compartía esos criterios.

T: Buena pregunta. ¿Cómo se la plantearías al profesor?

P: No lo sé... Creo que podría decir: "Charlotte era tratada por su familia como si fuese una propiedad. ¿Era una cuestión tan sólo de esa familia, era un criterio de su clase social o era así como toda la sociedad consideraba a las mujeres?"

T: Bien. La formulación de esta pregunta será una buena evaluación de tu idea de que no puedes hacer preguntas en clase. Si lo haces y todo va bien, no hay problema. Si estás demasiado inhibida, trabajaremos más sobre el problema en la próxima sesión. Por el momento, supongamos que *tienes* problemas para hablar en clase. ¿Qué piensas que pasará por tu mente en ese caso?

P: Que soy estúpida.

T: Creo que es mejor que te prepares ahora para combatir ese pensamiento, para que no te sientas desmoralizada. ¿Está bien? [El terapeuta ayuda a Sally a evaluar este pensamiento utilizando el cuestionamiento socrático estándar y a armar una tarjeta de apoyo.]

Sally también evaluó otros presupuestos valiéndose de experimentos conductuales que llevó a cabo fuera de las sesiones. He aquí algunos ejemplos:

- Si le hablo antes de clases [a una compañera que no conozco], me despreciará.
- Si me dirijo a un profesor, no me ayudará.
- Si voy a la fiesta el sábado en la noche, la pasaré muy mal.
- Si intento leer el capítulo 12, no lo comprenderé.
- Aunque comience a trabajar en la monografía, no lograré terminarla.

Cuando se los organiza apropiadamente, los experimentos conductuales pueden convertirse en una poderosa herramienta de cambios cognitivos y emocionales.

Control y programación de las actividades

Un cuadro de actividades es sencillamente una tarjeta en la que se encuentran consignados los días de la semana en la parte superior y, sobre la izquierda, de arriba hacia abajo, aparecen las horas del día. La figura 12.3 muestra un formulario parcialmente completo. Este cuadro se puede utilizar de muchas maneras diferentes. Se lo emplea para controlar las actividades del paciente, medir y analizar el placer que obtiene de ellas y la idoneidad con que las lleva a cabo, controlar y observar los estados de ánimo negativos, programar actividades placenteras o tareas abrumadoras y para comprobar predicciones.

El terapeuta puede pedir, en primer lugar, a un paciente que controle sus actividades y recopile datos relevantes. Como sucede con cualquier tarea, el profesional inicialmente da una explicación, se asegura de que el paciente comprenda y esté de acuerdo, para luego comenzar la tarea en la sesión y controlar los obstáculos que pueden surgir. Es habitual que esta tarea se asigne al comienzo de la terapia, en la segunda o tercera sesión. Los datos que provee son invaluable y, generalmente, cuando se producen cambios en las actividades, el paciente también mejora su estado de ánimo significativamente.

T: Según tu descripción, parece que tienes muchas dificultades para hacer las cosas y que no disfrutas mucho, ¿verdad?

P: Sí.

T: Creo que sería bueno controlar tus actividades con esta tarjeta, para que la semana que viene podamos ver cómo organizas tu tiempo. Además, puedes dar un puntaje a las actividades según el grado de placer y la sensación de satisfacción que te proporcionan.

P: De acuerdo.

T: Vamos a confeccionar una escala de placer, para que puedas dar un puntaje a tus actividades. En una escala del 0 al 10, ¿a qué actividad le concederías un 10? Piensa en la actividad que te ha dado o que imaginas te daría el mayor placer.

P: Creo que obtener una calificación excelente en un trabajo.

T: Bueno, escribe en la tarjeta entonces "10 = calificación excelente en un trabajo".

P: *(Lo hace)*

T: ¿Y a qué actividad le darías un 0? Tiene que ser una actividad que no te dé nada de placer.

P: Estudiar para el examen de química.

T: Está bien, escribe: "0 = estudiar para el examen de química".
¿A qué le podríamos dar un 5?

P: Creo que... a cenar con mi compañera de cuarto.

T: Bien, escribe eso... ¿Qué cosas serían para un 3 y para un 7?

Si el paciente puede equiparar con facilidad actividades y puntajes, estos cinco puntos suelen ser suficientes. El profesional puede dar al paciente la opción de completar el resto de los puntajes como tarea o puede dejarlos. Si el paciente tiene dificultades para medir el grado de placer, el terapeuta puede decidir, de acuerdo con él, adoptar una de las siguientes soluciones:

1. Completar la escala en la sesión.
2. Modificar la escala, estableciendo solamente "bajo, medio y alto".
3. Retomar la tarea en una sesión posterior.

Algunos pacientes asignan "0" a una actividad que no parece merecer un puntaje tan extremo. En ese caso, el terapeuta puede interrogar amablemente al paciente acerca de la adecuación de los puntajes o pueden apelar a una expresión de la propia experiencia: "Dices que limpiar el baño merece un 0 en la escala de placer. Me pregunto si no hay nada peor. Sé que para mí un 0 corresponde a una pelea con alguien o a gritarles a mis hijos sin motivo".

Después de completar suficientemente la escala de placer, el paciente completa de la misma manera la escala de satisfacción.

T: Ahora vamos a hacer una escala para el dominio de las actividades, que se refleja en una sensación de satisfacción. ¿A qué podríamos darle un 10?

P: (*Piensa durante unos minutos*) Resolver un problema difícil de química.

T: ¿Y a qué le darías un 0?

P: ¿Algo que no me satisfaga para nada? No lo sé. A limpiar el baño le debe corresponder por lo menos un uno. Quizás a mirar una película mala por televisión.

T: ¿Y a qué le correspondería un 5?

P: Llevar los cálculos de mi cuenta corriente. (*La paciente completa la escala*)

T: Muy bien. Ahora vamos a incluir las actividades del día de hoy.

- Aquí, a las once, escribe “terapia”, y debajo de eso “S=___” y “P=_____”. Ahora bien, ¿qué grado de satisfacción has obtenido en la terapia hoy?
- P: Más o menos un 5.
- T: ¿Y de placer?
- P: Alrededor de 4. (*Lo escribe en el cuadro*)
- T: ¿Y qué hiciste hoy antes de venir a terapia?
- P: Estuve estudiando en la biblioteca.
- T: Correcto. Escribe “estudio en la biblioteca” en el casillero anterior a terapia y anota “S=_____” y “P=_____”... Ahora fíjate en la escala. ¿Qué grado de satisfacción obtuviste mientras estudiabas? ¿Y cuánto placer?
- P: Mi sensación de satisfacción fue muy baja, creo que un 0.
- T: ¿Quiere decir que el estudio de esta mañana en la biblioteca es igual que mirar una película mala en televisión?
- P: No, creo que tuve alguna sensación de satisfacción. Digamos un 2.
- T: ¿Y el placer?
- P: Fue el mismo que cuando estudiaba para el examen de química: cero.
- T: Está bien. Escribe esos números. [El terapeuta y la paciente siguen completando casilleros hasta que el profesional considera que ella logra evaluar fácil y adecuadamente sus actividades.] ¿Consideras que ya estás preparada para lo que tienes que hacer?
- P: Sí.
- T: ¿Podrías decirme por qué vale la pena el esfuerzo de hacer todo esto?
- P: Me parece que podría ayudarme a organizarme mejor y a saber en qué se va mi tiempo.
- T: ¿Y los puntajes de satisfacción y placer?
- P: No lo sé.
- T: ¿No crees que analizar toda la semana puede ayudarnos a comprender algunas cosas? Por ejemplo, podemos saber a qué actividades te dedicas más y a cuáles les dedicas menos tiempo. Podemos averiguar si hay actividades placenteras o satisfactorias a las que antes te dedicabas más y ahora se encuentran relegadas. También observaremos si hay actividades que solían darte antes más placer y satisfacción que ahora.
- P: Sí.
- T: Lo ideal sería que completaras este cuadro en cuanto terminas una actividad, para no olvidar lo que hiciste y para que tus

CUADRO DE ACTIVIDADES

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
6-7							
7-8							
8-9	Rutina matutina S=2 P=0						
9-10	Estudio S=2 P=0						
10-11	Terapia S=5 P=4						
11-12	Sentada en la sala S=1 P=3						
12-13	Almuerzo S=1 P=3						
13-14	Clase de química S=3 P=3						
14-15	↓						
15-16	Estudio S=2 P=1						
16-17	↓						
17-18	↓						
18-19	Cena S=2 P=4						
19-20	TV S=2 P=2						
20-21	↓						
21-22	↓						
22-23	↓						
23-0	Dormir						
0-1	↓						
1-2	↓						
2-3	↓						
3-4	↓						
4-5	↓						
5-6	↓						

Figura 12.3. Cuadro de actividades. Copyright 1995 by Judith S. Beck, Ph.D.

Escala de satisfacción	Escala de placer	Conclusiones
0 Mirar una película mala	0 Estudiar para el examen de química	
1	1	
2	2	
3 Ordenar mi escritorio	3 Andar en bicicleta por el campus	
4	4	
5 Llevar los cómputos de mi cuenta corriente	5 Cenar con mi compañera de cuarto	
6	6	
7	7	
8 Terminar mi trabajo de inglés	8 Ganar un partido de béisbol	
9	9	
10 Resolver un problema complicado de química	10 Obtener excelente en una monografía	

Figura 12.3. (cont.)

puntajes sean más precisos. Si eso no es posible, ¿puedes completarlo después del almuerzo y la cena y antes de ir a dormir?

P: Sí, eso no será un problema.

T: Si lo puedes hacer todos los días, obtendremos más información, pero aun si lo haces sólo un par de días, nos resultará útil. ¿Se te ocurre alguna cosa que pueda interferir con esta actividad? ¿Algún problema práctico o algún pensamiento?

P: Solamente es posible que no recuerde hacerlo todo el tiempo.

T: ¿Hay algo que te pueda ayudar a recordar esta actividad?

P: Bueno, llevaré el cuadro en mi agenda. Al verlo, recordaré que debo llenarlo.

T: ¿Algún otro problema?

P: No, debería poder hacerlo.

T: Bien. Una última observación. ¿Qué te parece si revisas el cuadro de actividades el día anterior a nuestra próxima sesión? Fíjate si encuentras algunos puntos comunes o si te dice algo. Puedes escribir tus conclusiones debajo o en el reverso. ¿De acuerdo?

P: Sí.

T: ¿Puedes escribir lo que debes hacer en tu hoja de tareas, para que a ambos nos quede una copia?

P: Bueno. (*Anota la tarea*)

Revisión del cuadro de actividades (la semana siguiente)

El terapeuta y el paciente revisan juntos el cuadro de actividades, buscando modelos de funcionamiento y extrayendo conclusiones. Por ejemplo:

- 1. ¿Qué actividades ocupan demasiado espacio, impidiendo una vida equilibrada? ¿Cuáles están relegadas? ¿Dedica la paciente un tiempo razonable a las actividades relacionadas con el trabajo/estudio, la familia, los amigos, la diversión, el cuidado del cuerpo (p. ej. el ejercicio), la atención de la casa, su desarrollo espiritual y cultural y su yo intelectual?**
- 2. ¿Cuáles son las actividades de las que obtiene mayor satisfacción o placer? ¿Debería aumentar la frecuencia de estas actividades?**
- 3. ¿Qué actividades le proporcionan menor satisfacción o placer? ¿Son esas actividades intrínsecamente disfóricas (p. ej. dar vueltas en la cama) y por lo tanto sería bueno reducirlas? o ¿Acaso la paciente se encuentra disfórica durante actividades potencialmente gratificantes, debido a sus pensamientos automáticos durante esas actividades? En este último caso, el terapeuta, en lugar de recomendar una reducción de la actividad, debe apuntar a las cogniciones disfuncionales.**

En las transcripciones que siguen, el profesional revisa con Sally el cuadro de actividades completo, refuerza sus conclusiones acerca de la necesidad de planificar mejor el tiempo, indaga sobre los pensamientos que pueden impedir los cambios, cataloga los pensamientos como predicciones cuya validez debe ser comprobada y le da la opción de una tarea de seguimiento en su casa.

T: Veo que has completado el cuadro de actividades diariamente. Eso es bueno. ¿Pudiste revisarlo?

P: Sí. Me di cuenta de que paso más tiempo que antes en la cama.

- T: ¿Estar en la cama te proporciona placer y sensación de satisfacción?
- P: No, todo lo contrario. Los puntajes más bajos corresponden a los momentos en que estoy en la cama.
- T: Bien, esa es una información importante. Parece que la mayor parte de las personas deprimidas piensan que se sentirán mejor si están en la cama, pero en realidad cualquier otra cosa es mejor para ellos. ¿Te diste cuenta de alguna otra cosa?
- P: Me di cuenta de que antes dedicaba mucho más tiempo a estar con mis amigos y a pasear con ellos. Ahora me limito a ir del cuarto a la clase, a la biblioteca, a la cafetería y nuevamente a mi cuarto.
- T: ¿Te sugiere esto algunos cambios que desearías hacer la próxima semana?
- P: Sí, me gustaría pasar más tiempo con otras personas, pero al parecer no tengo energía suficiente para hacerlo.
- T: ¿Por eso acabas en la cama?
- P: Sí.
- T: Esa es una idea interesante: “No tengo tiempo suficiente como para estar con gente”. Vamos a escribirla. ¿Podríamos poner a prueba esta idea y ver si es cierta?
- P: Creo que podría planificar estar más tiempo con gente y ver luego si lo puedo cumplir.
- T: ¿Cuál sería la ventaja de hacer eso?
- P: Me sentiría mejor.
- T: Imagina que hoy, más tarde, ves a algunos amigos que van a clase y piensas: “Podría acercarme y preguntarles qué harán esta noche”. ¿Qué pasa por tu mente?
- P: Que probablemente no querrán salir conmigo.
- T: Está bien, ¿te das cuenta de que ese pensamiento puede impedirte que te acerques a ellos? ¿Cómo puedes responder a ese pensamiento?
- P: No lo sé.
- T: ¿Tienes alguna evidencia de que no van a querer salir contigo?
- P: No, en realidad no, excepto que tengan otros planes o mucha tarea.
- T: ¿Cómo puedes averiguar si la idea de que no querrán salir contigo es verdadera?
- P: Podría acercarme y preguntarles.
- T: Bien. Si la ocasión se presenta, entonces, puedes tener la oportunidad de comprobar dos ideas. Una es la idea de que estás demasiado cansada para dedicar tiempo a tus amigos y

la otra, que tus amigos no quieren estar contigo. ¿Te parece bien?

P: Sí.

T: ¿Quieres conversar acerca de cómo y cuándo puedes pasar más tiempo con tus amigos?

P: No es necesario. Puedo resolverlo sola.

T: Está bien. ¿Qué te parece si como tarea intentas anotar cualquier pensamiento automático que interfiera con lo que has planificado? ¿Está bien?

P: De acuerdo.

T: ¿Has descubierto alguna otra cosa, además de que pasas demasiado tiempo en la cama y demasiado poco tiempo con tus amigos?

P: Que estoy mirando demasiada televisión y no lo disfruto demasiado.

T: ¿Desearías reemplazarla por otra cosa esta semana?

P: No lo sé.

T: He notado que no dedicas mucho tiempo a las actividades físicas, ¿es cierto?

P: Sí, antes nadaba o corría casi todas las mañanas.

T: ¿Qué te ha impedido hacerlo últimamente?

P: Creo que es siempre lo mismo. Me he sentido muy cansada y pensaba que no iba a disfrutarlo.

T: ¿Te gustaría planificar un poco más de ejercicio?

P: *(Asiente y lo anota)*

T: ¿Cuál es la probabilidad de que hagas planes para ver a tus amigos y practiques más actividades físicas esta semana?

P: Lo haré.

T: ¿Quieres escribirlo en un cuadro de actividades en limpio para comprometerte a hacerlo?

P: No, no es necesario. Lo haré.

T: ¿Te parece útil llenar también esta semana un cuadro de actividades con puntajes de satisfacción y placer o prefieres registrar sólo las nuevas actividades que acordamos hoy?

P: Registraré las actividades nuevas.

T: Correcto. ¿Cómo deseas hacerlo?

En este segmento, el terapeuta ayuda a Sally a sacar conclusiones acerca del control de actividades que ha llevado a cabo. Algunos pacientes necesitan más ayuda que otros para hacerlo (p. ej. "¿Te has dado cuenta de cuánto tiempo has pasado en la cama esta semana? ¿Cómo fueron tus puntajes en ese

momento? ¿Qué cambios piensas que te gustaría intentar esta semana?”). En este caso, el profesional guía a Sally para que realice algunos cambios específicos y la ayuda a identificar los pensamientos automáticos que pueden impedirle. Luego obtiene su acuerdo para evaluar la legitimidad de sus predicciones negativas y le da opciones para el control de actividades de la semana siguiente.

Cuando revisan el control de actividades, el terapeuta está atento para detectar la aparición de pensamientos automáticos perturbadores que pueden haber interferido con el placer o los logros de la paciente. Si los puntajes hubiesen sido más bajos de lo previsible para una actividad dada, el terapeuta habría indagado acerca de los pensamientos automáticos de la paciente en ese momento.

T: Veo que en la actividad “trabajo en la biblioteca” consignaste un puntaje de 1, tanto para el placer como para los logros obtenidos. ¿Qué estabas haciendo en ese momento?

P: Trabajaba en la monografía de economía.

T: Los puntajes son mucho más bajos que los que diste a otro trabajo de esta semana.

P: Sí.

T: ¿Recuerdas qué pasaba por tu mente mientras trabajabas en la monografía?

P: No, no lo recuerdo.

T: ¿Puedes imaginarte ahora en la biblioteca? Son las 13 del día de ayer. ¿Dónde estás sentada?

P: Estoy en el cuarto piso, en un pequeño gabinete de estudio.

T: ¿Puedes verte allí sentada? ¿Qué estás haciendo? ¿Lees? ¿Miras tu trabajo?

P: Estoy inclinada hacia atrás, mirando mis papeles.

T: ¿Cómo te sientes?

P: Un poco disgustada.

T: ¿Qué pasa por tu mente?

P: No quiero hacer esto. Es muy aburrido. Odio este trabajo y no puedo hacerlo.

T: Está bien. Has comenzado a trabajar. Son las 13.30. ¿Qué sucede ahora?

P: He escrito media página y pienso: “¡Qué pérdida de tiempo! Esto es estúpido y no puedo soportarlo”.

T: ¿Cómo te sientes?

P: Disgustada.

- T: No *llama la atención* que estés tan abatida. ¿Te das cuenta de cómo tus pensamientos afectaron tu estado de ánimo?
- P: Sí, creo que me estaba dejando llevar hacia el odio por lo que hacía.
- T: ¿Cuál habría sido tu estado de ánimo si hubieses pensado: “Esto va bien. He escrito media página, cuando en realidad pensaba que no iba a poder escribir nada. He hecho ya lo más difícil, comenzar el primer borrador”?
- P: Probablemente me hubiese sentido mejor.
- T: Correcto. ¿Qué te parece si esta semana anotas tus pensamientos cada vez que te sientes abatida?
- P: Está bien.
- T: Observa ahora tu cuadro de actividades. ¿Crees que esta semana hubo otras ocasiones en las cuales tus pensamientos hayan interferido con tus sentimientos de satisfacción y placer?

En esta parte, el terapeuta se vale del cuadro de actividades para identificar situaciones en las cuales los pensamientos automáticos han interferido con el placer y el buen desempeño. Luego utiliza la imaginación para ayudar al paciente a evocar los pensamientos automáticos y demostrarle que otros pensamientos hubiesen influido más positivamente sobre su estado de ánimo. Finalmente, fija una tarea para que el paciente controle sus pensamientos automáticos y plantea que otras actividades de la semana pueden haber estado teñidas por pensamientos negativos.

Evaluar los estados de ánimo utilizando el cuadro de actividades

A algunos pacientes les resulta útil usar el cuadro de actividades para investigar la aparición de algún estado de ánimo específico. Por ejemplo, un paciente con un trastorno de ansiedad puede completar el cuadro consignando las actividades y asignándoles un nivel de ansiedad del 0 al 10. Un paciente que se encuentra crónicamente irritado o irascible puede hacer lo mismo, adjuntando una escala de ira del 0 al 10. El uso de esta escala es particularmente interesante para aquellos pacientes que tienen dificultades para registrar los cambios sutiles en el estado de ánimo o para los que sobreestiman o subestiman, en forma crónica, los niveles de emoción que experimentan. Quienes padecen de cambios súbitos en sus estados de ánimo pueden beneficiar-

se enumerando actividades y consignando el estado de ánimo *predominante* que acompañó cada actividad.

Programar actividades

El mismo cuadro se puede utilizar para programar actividades. En lugar de controlar las que realizará durante la semana, el paciente planifica y escribe las actividades para la semana siguiente, incluyendo algunas muy placenteras (especialmente en el caso de pacientes depresivos), tareas por realizar, eventos sociales, tareas de la terapia, actividad física u otras que eran evitadas anteriormente. El terapeuta puede preguntar al paciente (monitoreo) si desea realizar paralelamente un cuadro que incluya todas las actividades o si quiere limitarse a consignar las que ya ha planeado.

Si lo considera útil, el profesional puede pedir al paciente que *prediga* en un cuadro los niveles de satisfacción y placer o los estados de ánimo y que, en otro, consigne los *verdaderos* resultados obtenidos.

T: Echemos un vistazo a tus predicciones en el primer cuadro y a lo que realmente *ocurrió* en el segundo

P: (*Asiente*)

T: Veamos... ¿Parece que predijiste resultados muy bajos, casi siempre asignaste un entre un 0 y un 3, para las tres veces que programaste encontrarte con tus amigos. ¿Qué sucedió luego realmente?

P: En realidad lo pasé mejor de lo que pensaba. Mis puntajes de placer están entre 3 y 5.

T: ¿Qué te sugiere eso?

P: Creo que no soy muy buena para las predicciones. Creí que no iba a disfrutar, pero lo hice, al menos un poco.

T: ¿Te gustaría agendar más actividades sociales para esta semana?

P: En realidad, ya lo hice. Arreglé una salida con amigos para la próxima semana.

T: Bien. ¿Te das cuenta de lo que podría haber sucedido —y, en realidad, de lo que sucedía— antes de que vinieras a terapia? Siempre predecías que no ibas a pasarlo bien con tus amigos y por eso no hacías planes con ellos. En realidad, hasta coartabas las iniciativas de ellos. Parece que la tarea te ayudó a revisar tus ideas. Te diste cuenta de que no era cierto que ibas a pasarlo

mal y por eso planeaste nuevas actividades para la semana próxima. ¿Verdad?

P: Sí, comienzo a darme cuenta de que siempre hago predicciones negativas. Pero eso me recuerda que deseo hablar de una predicción cuyo resultado acabó siendo peor de lo previsto.

T: Está bien, ¿cuándo fue eso?

P: Predije que obtendría 4 en satisfacción y placer al salir a correr la semana pasada y, en realidad obtuve 1 en ambas cosas.

T: ¿Tienes idea de por qué?

P: No.

T: ¿Cómo te sentías mientras corrías?

P: Triste.

T: ¿Y qué pasaba por tu mente?

P: No lo sé. No me sentía bien. Me agité con mucha facilidad. No podía creer lo difícil que me resultaba correr.

T: ¿Tuviste pensamientos tales como: “No me siento bien”, “Estoy agitada”, “Esto es muy difícil”?

P: Sí, creo que sí.

T: ¿Pasó algo más por tu mente?

P: Recordaba lo fácil que antes me resultaba. Podía correr dos o tres millas sin agitarme demasiado.

T: ¿Tienes un recuerdo o una imagen de cómo solía ser?

P: Sí, ahora no estoy en forma. Me va a resultar difícil volver a estarlo. No sé si *alguna vez* lo lograré.

T: Bien. Déjame ver si he comprendido. Aquí, en el consultorio, pensabas que ibas a obtener moderada satisfacción y placer cuando salieras a correr. Sin embargo, no fue así. Parece que tuviste pensamientos que interferían, como: “Esto es difícil”, “Estoy muy agitada”, “Antes era fácil”, “Estoy en muy mala forma”, “Tal vez nunca volveré a estar en forma”. Todos estos pensamientos hicieron que te sintieses triste. ¿Es así?

P: Sí.

En esta parte, el terapeuta usa el Cuadro de Actividades como un vehículo para identificar una cantidad de pensamientos automáticos que estaban socavando el placer que la paciente obtenía de una actividad. En el segmento que sigue la ayudará a evaluar el pensamiento clave: “Tal vez nunca podré estar en forma nuevamente”. También le enseñará a compararse con el peor momento y no con el mejor.

Distracción y refocalización

Tal como se describe en el capítulo 8, generalmente, es mejor que el paciente evalúe su pensamiento automático en el momento en que este se produce y que pueda modificar allí mismo su pensamiento. Sin embargo, en muchas situaciones esta estrategia no es posible y se indica refocalizar la atención, distraerse o leer una tarjeta de apoyo.

Refocalizar la atención es particularmente útil en aquellos casos en los cuales se necesita concentración para la tarea que se está llevando a cabo, para continuar una conversación o para conducir. El terapeuta enseña al paciente a concentrarse en la tarea inmediata, prestando atención deliberadamente al informe que está escribiendo, a lo que está diciendo su interlocutor o a la ruta que tiene por delante. El profesional ensaya la estrategia con el paciente, tratando de averiguar cuáles han sido los recursos que mejor le han servido para reenfocarse en el pasado o cómo piensa que puede lograrlo en el futuro.

T: Está bien. Quiere decir que cuando te sientes angustiada en clase puedes tratar de combatir los pensamientos que te asaltan. Sin embargo, a veces es mejor limitarse a cambiar el centro de atención y concentrarse en lo que está sucediendo en la clase. ¿Recuerdas haber hecho antes esta clase de esfuerzo por concentrarte en clase?

P: Sí... Creo que sí.

T: ¿Cómo lo hiciste?

P: Bueno, algo que me ayuda es tomar muchos apuntes.

T: Bien. ¿Qué te parece si esta semana intentas que los pensamientos negativos, la angustia y la tristeza *no* te invadan? Sabes que, para lograrlo debes, o bien combatir los pensamientos, o bien volver a centrar tu atención y tomar muchos apuntes, o hacer ambas cosas.

P: Está bien.

T: ¿Cómo harás para recordar esto?

En otras ocasiones, cuando el paciente se siente abrumado y no está acuciado por ninguna tarea perentoria, la distracción puede ser un recurso útil. Nuevamente, el profesional trata de averiguar cuáles han sido las soluciones más efectivas para el paciente en el pasado y, si es necesario, hace otras sugerencias:

T: ¿Quiere decir que completaste el Registro de Pensamientos Disfuncionales, pero de todas maneras te sentiste bastante angustiada?

P: Sí.

T: Quizá más tarde hablaremos de por qué no te sentiste mejor después de completar el registro, pero en este momento me gustaría que conversáramos de otras cosas que podrías hacer para reducir la angustia. ¿De acuerdo?

P: Sí, creo que eso me ayudaría.

T: Cuéntame qué cosas has hecho en el pasado para distraerte cuando te sentías mal.

P: Habitualmente enciendo la televisión.

T: ¿Y eso te da buenos resultados?

P: A veces me distraigo y me siento mejor, pero hay ocasiones en que no funciona.

T: Cuando no funciona, ¿qué otras cosas intentas?

P: A veces tomo el periódico y me siento a hacer un crucigrama u otro entretenimiento, pero eso tampoco funciona siempre.

T: ¿Tienes alguna otra idea?

P: No.

T: Te contaré algunas cosas que son útiles para otras personas. Puedes intentar alguna de ellas como experimento esta semana: salir a caminar o a correr, llamar a una amiga por teléfono, ordenar el armario o el escritorio, reacomodar los estantes, hacer tus cuentas, ir de compras o a visitar a algún vecino. ¿Qué te parece? ¿Quieres intentar alguna de estas cosas esta semana?

P: Sí, pienso que correr puede ser útil. Antes lo hacía.

De todas maneras, distraerse y dejar de lado los pensamientos no es la mejor solución para aliviar la disforia. Generalmente, cuando la reestructuración cognitiva no basta para aliviarla, los pacientes deben recurrir a otras técnicas. Sin embargo, debemos advertir que algunos pacientes tienden a apoyarse demasiado en estas técnicas en lugar de evaluar y modificar sus pensamientos automáticos. Generalmente, en estos casos se hace necesaria una breve reflexión:

T: Por lo que cuentas, cuando te sientes triste, tratas de alejar los pensamientos. ¿Es así?

P: Sí.

T: ¿Y acaso esos pensamientos, por ejemplo la idea de que no puedes hacer alguna cosa, desaparecen por completo?

P: No, generalmente luego regresan.

T: Quiere decir que no los desalojas de la mente, sino que quedan allí, en algún rincón y esperan la oportunidad de reaparecer. ¿Verdad?

P: Me parece que sí.

T: Tal vez esta semana puedas dejar de lado, por lo menos en algunas situaciones, esa tendencia a distraerte e intentar trabajar sobre esos pensamientos, evaluándolos tal como hemos aprendido aquí, en las sesiones. ¿Te parece?

P: Está bien.

T: Si en ese momento no puedes completar un Registro de Pensamientos Disfuncionales, puedes hacerlo más tarde, en cuanto tengas un momento libre.

Relajación

Muchos pacientes se benefician con las técnicas de relajación, que se describen detalladamente en otras obras (Benson, 1975; Jacobson, 1974). Como ocurre con otras técnicas que se describen en este libro, los ejercicios de relajación se deben enseñar y practicar en la sesión, porque allí se pueden resolver problemas y se puede evaluar su eficacia.

El terapeuta también debe tener en conocimiento que algunos pacientes experimentan un efecto paradójico de exacerbación a partir de los ejercicios de relajación, que los hace sentirse aun más tensos y angustiados (Clark, 1989). Tal como hace con las demás técnicas, debe proponer la relajación como un experimento, ya que puede ayudar a reducir la angustia o puede llevar a pensamientos angustiantes que deben ser evaluados.

Tarjetas de apoyo

Las tarjetas de apoyo son habitualmente fichas de ocho centímetros por doce, que el paciente tiene a mano (generalmente en la gaveta del escritorio, el bolsillo, el monedero o pegadas en el espejo del baño, el refrigerador o la guantera del auto). Se lo alienta a que las lea sistemáticamente (p. ej., tres veces al día) y además, cuando crea que las necesite. Estas tarjetas pueden tener distintos formatos, tres de los cuales se describen a continuación: un pensamiento automático clave o una creencia escrito en el anverso y la respuesta adaptativa en el reverso, el diseño de algunas estrategias conductuales destinadas a situaciones problemáticas específicas e instrucciones para activar al paciente.

Tarjeta de apoyo 1: Pensamiento automático - Respuesta adaptativa

Cuando un paciente no puede evaluar los pensamientos automáticos perturbadores y la distracción o centrarse en otro tema no adecuados, puede leer una tarjeta de apoyo (véanse figuras 12.4 y 12.5) que ha preparado junto con el terapeuta anticipadamente. Es bueno que el paciente lea la tarjeta periódicamente para que la pueda integrar a su pensamiento.

T: ¿Crees que sería útil tener una tarjeta para leer que te recuerde cómo combatir el pensamiento “No puedo hacer esto”, mientras lees el libro de economía?

P: Sí.

T: Está bien. ¿Qué te parece si tomas esta tarjeta y escribes de un lado “no puedo hacer esto”?

P: *(Lo hace)*

T: ¿Cuáles son las cosas sobre las que hemos conversado y que sería bueno que recordaras?

Después de la conversación, la paciente resume los puntos más importantes para escribirlos en el reverso de la tarjeta.

TARJETA DE APOYO 1

(Lado 1)

Pensamiento automático

No puedo hacer esto.

(Lado 2)

Respuesta adaptativa

Es posible que sienta que no puedo hacerlo, pero quizás eso no sea verdad. Ya pensé muchas veces que no podía leer y comprender este libro, pero si sigo adelante, lo abro y comienzo a leerlo, lo comprendo, al menos hasta cierto punto. Tal vez sea difícil, pero no es verdad que no lo pueda leer. Lo peor que puede ocurrir es que comience a leer y no comprenda, pero en ese caso puedo detenerme o pedirte ayuda a alguien o dedicarme a algún otro trabajo. Eso siempre será mejor que no intentarlo. El pensamiento negativo atenta contra mi motivación. Debo seguir adelante y desafiar la idea de que no puedo hacerlo.

Figura 12.4. Tarjeta de apoyo 1.

Entonces, terapeuta y paciente deciden cuáles serían los momentos más indicados para leer esta tarjeta, por ejemplo, durante el desayuno, el almuerzo y la cena y en otras situaciones estratégicas: cuando toma el libro para dirigirse con él a la biblioteca, cuando se sienta y cuando llega a algún fragmento difícil de comprender del texto.

Tarjeta de apoyo 2: Estrategias de apoyo

Una segunda clase de tarjeta de apoyo enumera las técnicas que el paciente puede utilizar cuando se encuentra en una situación difícil (figura 12.5). El terapeuta y el paciente redactan esta tarjeta en colaboración, para que el paciente recuerde las estrategias analizadas en la sesión. El terapeuta pregunta al paciente qué cree que podría hacer en una situación particular y añade sus sugerencias. Luego el paciente escribe la tarjeta, incluyendo las ideas que cree más útiles.

TARJETA DE APOYO 2

Estrategias para cuando estoy angustiada

1. Realizar un Registro de Pensamientos Disfuncionales.
2. Leer las tarjetas de apoyo.
3. Llamar (a una amiga).
4. Ir a caminar o a correr.

TARJETA DE APOYO 3

Cuando quiero pedir ayuda al profesor

1. Debo recordar que no es algo grave. Lo peor que puede ocurrir es que se muestre hosco.
2. Debo tener en cuenta que se trata de un experimento. Aunque esta vez no funcione, me sirve para practicar.
3. Si se muestra hosco, es posible que su actitud no tenga nada que ver conmigo. Es posible que esté ocupado, enojado o alguna cosa por el estilo.
4. Aun si no me ayuda, ¿cuál es el problema? Es un fracaso de él como profesor, no un problema mío. El no está haciendo bien su trabajo.
5. Por eso debo ir a golpear su puerta ahora mismo. Debo recordar, que a lo sumo será un ensayo útil.

Figura 12.5. Tarjetas de apoyo 2 y 3.

T: Hemos conversado acerca de una cantidad de cosas que puedes hacer cuando te sientes angustiada. ¿Te ayudaría escribirlas en una tarjeta que puedas tener a mano como recordatorio?

P: Sí.

T: Aquí tenemos la tarjeta. ¿Qué te parece si escribimos en la parte superior: “Estrategias para cuando me siento angustiada”? ¿Qué cosas incluirías?

Tarjeta de apoyo 3: Instrucciones para activar al paciente

Cuando un paciente no se siente motivado, se puede usar una tarjeta de apoyo como ayuda para que se active (véase figura 12.5). Esta tarjeta también la redactan en colaboración el profesional y el paciente. (“¿Sally, te ayudaría escribir en una tarjeta las cosas que hemos conversado acerca de tu profesor?”) Quizás el terapeuta deba dedicar algún tiempo a motivar al paciente para que lea la tarjeta. Puede hacerlo analizando las ventajas y desventajas de esta tarjeta, especificando los momentos en que debe leerla, indagando cuáles son los pensamientos automáticos que pueden impedirle el uso de la misma y ayudando a combatirlos.

Exposición gradual

Para alcanzar un objetivo, habitualmente hay que cumplir una serie de pasos. Muchas veces, cuando los pacientes se dan cuenta de lo lejos que están de un objetivo, se sienten abrumados y no se pueden concentrar en la etapa que están atravesando. Un gráfico de los pasos para seguir, a menudo, alienta al paciente (véase figura 12.6).

T: Sally, parece que te asusta pensar en tu participación en clase, aunque es algo que deseas poder hacer.

P: Sí.

T: Quizá sería bueno que dividiésemos este objetivo en etapas, por ejemplo, ¿podrías comenzar formulando una pregunta *después de clase*, ya sea a otro estudiante o al profesor?

P: Sí, creo que podría hacer eso.

T: ¿Cuál podría ser el siguiente paso? [El terapeuta ayuda a Sally a identificar los pasos que se presentan en la figura 12.6.]

T: ¿Te sigue asustando la idea de hablar en clase?

P: Sí, un poco.

T: (*Dibuja una escalera*) Aquí está lo que debes recordar. Vas a

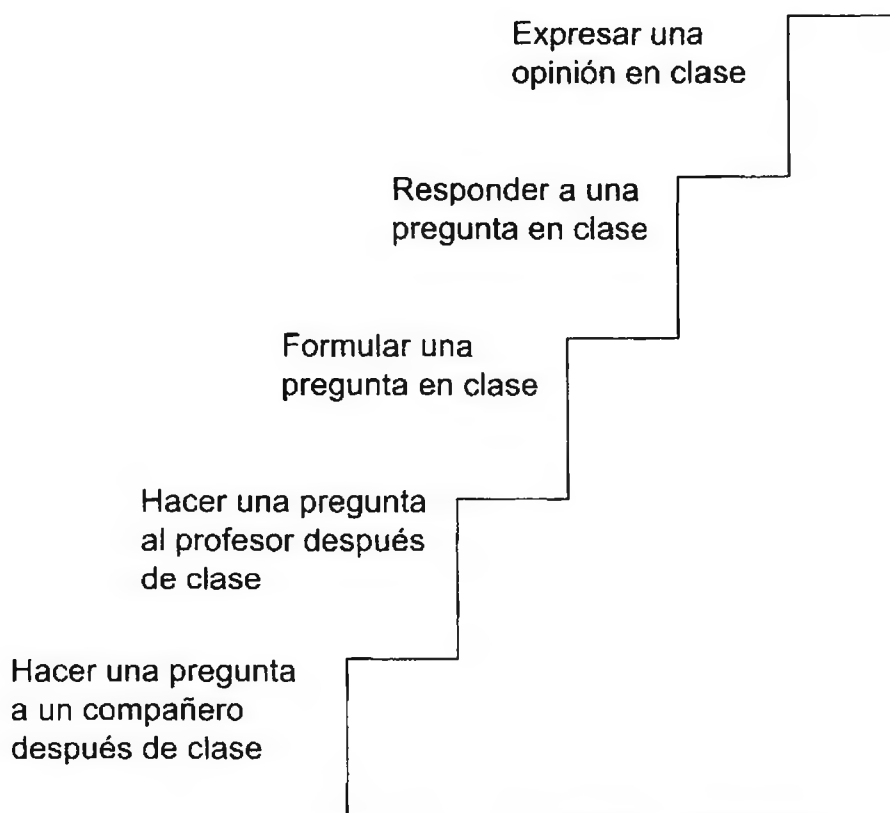


Figura 12.6. Descomponer los objetivos en pasos.

comenzar aquí abajo, haciendo algo que sea sólo un poco difícil, y recién cuando te sientas verdaderamente cómoda en ese peldaño pasarás al siguiente, y así sucesivamente. Además, ten en cuenta que antes de llegar a la etapa final serás muy buena en la anterior. ¿Está bien?

P: Ajá.

T: ¿Qué te parece si cada vez que comienzas a pensar en un objetivo final recuerdas esta escalera y te centras en el peldaño donde estás y en el modo de ascender por los escalones, de a uno por vez? ¿Crees que eso hará descender tu nivel de angustia?

El terapeuta generalmente sugiere comenzar con una actividad asociada a un estado de angustia leve a moderado y practicarla diariamente o varias veces al día, hasta que la angustia haya disminuido de manera significativa. El paciente prueba entonces con la siguiente tarea, hasta que puede llevarla a cabo con relativa facilidad.

Profesional y paciente pueden conversar acerca de diversas técnicas de apoyo para utilizarlas antes, durante y después de cada tarea: Registro de Pensamientos Disfuncionales, tarjetas

de apoyo, ejercicios de relajación, etc. En el caso de pacientes especialmente reticentes, son útiles los ensayos encubiertos (capítulo 14) para identificar los pensamientos automáticos disfóricos o las excusas para no llevar a cabo una tarea. A veces es más probable que el paciente realice un trabajo gradual de exposición si se le pide que complete al mismo tiempo un cuadro de actividades. El control puede ser sencillo y limitarse a la anotación de la fecha, la actividad y el nivel de ansiedad, o puede ser más elaborado (véase figura 12.7). Para un control más elaborado, se puede solicitar al paciente que consigne sus predicciones y las vaya tachando, a medida que se demuestre que no son verdaderas. De esta manera, tendrá presente la inadecuación de muchos de sus pensamientos. En varias obras (p. ej., Goldstein y Stainbacki, 1987) es posible encontrar el proceso utilizado para el desarrollo de técnicas jerárquicas en el tratamiento de la agorafobia.

Dramatizaciones

Las dramatizaciones pueden utilizarse con muchas finalidades diferentes. A lo largo de todo este volumen se consignan ejemplos de dramatizaciones, entre las cuales se incluyen las destinadas a descubrir pensamientos automáticos, las que tienen como finalidad el desarrollo de una respuesta racional y las que sirven para modificar creencias centrales e intermedias. La dramatización también se aplica para el aprendizaje y la práctica de las habilidades sociales.

Algunos pacientes tienen habilidades sociales deficientes o sólo saben desempeñarse en un estilo de comunicación, pero carecen de la capacidad para adaptarse a otros estilos cuando es necesario. Sally, por ejemplo, es bastante hábil en la conversación social normal y en aquellas situaciones que requieren de una actitud afectuosa y empática. Por el contrario, sus habilidades son mucho menores en aquellas situaciones en las que hace falta un grado importante de autoafirmación. Por esta razón, Sally practica con el terapeuta una serie de dramatizaciones destinadas a elevar la asertividad, ya que el desarrollo de esta cualidad está dentro de los objetivos de su terapia.

P: No sé cómo comenzar a hablar con mi profesor.

T: Está bien. Quieres que te ayude a comprender mejor ese concepto, ¿verdad? ¿Cómo podrías pedirselo?

P: ... No lo sé.

Fecha	Actividad	Predicción del nivel de angustia 0-100	Nivel real de angustia 1-100	Predicciones	Técnicas de apoyo utilizadas
4 / 4	Formular preguntas en clase	80	50	No seré capaz de hacerlo No lograré pronunciar palabra. Quedaré como una tonta.	RPD antes de la clase. Lectura de tarjetas de apoyo antes de la clase.

Figura 12.7. Ficha para control.

- T: ¿Qué te parece si hacemos una dramatización? Yo seré tú. Tú interpreta al profesor, tan irrazonable como quieras.
- P: Está bien.
- T: Comenzaré yo. Profesor X, ¿podría explicarme este concepto?
- P: (*Hosca*) Lo expliqué la semana pasada en clase. ¿Acaso no estabas ahí?
- T: Sí, estaba, pero no comprendí bien.
- P: Deberías leer el capítulo en tu libro.
- T: Ya lo he hecho, pero no me ayudó mucho. Por eso estoy aquí.
- P: Está bien. ¿Qué es lo que no entiendes?
- T: Antes de venir aquí traté de pensar en una pregunta específica, pero no se me ocurrió cómo expresarla. ¿Podría usted comenzar a explicarme el tema? Quizá de esa manera se me ocurran preguntas concretas.
- P: No tengo mucho tiempo ahora. ¿Por qué no lo consultas con un compañero?
- T: Preferí dirigirme directamente a usted. Por eso vine ahora, durante su horario de atención, pero si usted prefiere, volveré el jueves, también en su horario de consulta.
- P: Este es un concepto simple. Realmente deberías resolverlo con un compañero.
- T: Lo intentaré, y si necesito más ayuda, regresaré el jueves... Bueno, salgamos de la dramatización. Primero repasaremos lo que hicimos y luego intercambiaremos papeles.

Antes de enseñar habilidades sociales a un paciente, el terapeuta controla cuáles son las que ya tiene. Muchos pacientes saben exactamente qué decir y hacer pero tienen dificultades para utilizar ese conocimiento debido a sus presunciones disfuncionales (p. ej. “Si expreso mi opinión, me matarán”, “Si soy más firme, voy a herir a los demás/van a enojarse conmigo/van a pensar que es-toy loco”). Una forma de evaluar las habilidades, es pedirle al paciente que suponga un resultado positivo: “Si supieras que el profesor asistente estará encantado de hablar contigo, ¿qué le dirías?”, “Si creyeras que tienes derecho a pedir ayuda, ¿qué dirías?”, “Si supieras que el profesor se retractará y se dará cuenta de que actuó injustamente ¿qué dirías?”.

Se hace evidente que el problema está asociado con las creencias disfuncionales pero que el paciente posee habilidades sociales cuando es capaz de usarlas en otro contexto. Un paciente puede ser, por ejemplo, muy asertivo en el trabajo y no serlo con sus amigos. En ese caso, el terapeuta quizá no necesite llevar a

cabo una dramatización para enseñarle a serlo en ese otro contexto (aunque podría usarla para que el paciente identifique sus pensamientos automáticos o para predecir, mediante el cambio de papeles, los pensamientos y sentimientos del otro).

Uso de la técnica del “pastel”

A menudo es útil para los pacientes ver sus ideas expresadas en forma de gráfico. Un cuadro en forma de pastel se puede usar de muchas maneras, por ejemplo, para ayudar al paciente a establecer objetivos o a determinar responsabilidades relativas en una situación. Ambas posibilidades se ilustran luego (véase figura 12.8).

Establecer objetivos

Cuando un paciente tiene dificultades para especificar sus problemas y los cambios que desea hacer en su vida o cuando no tiene conciencia de lo desequilibrada que es su existencia, se puede beneficiar con una representación gráfica de su uso real del tiempo versus el uso ideal que se plantea.

T: Sally, parece que tu vida está un poco desequilibrada pero no sabes qué hacer para cambiar.

P: Así es.

T: ¿Qué te parece si dibujamos un diagrama de pastel para analizar mejor la cuestión?

P: Está bien.

T: En primer lugar, armaremos un diagrama para representar tu vida actual y luego haremos lo mismo con tu ideal de vida. Piensa cuánto tiempo les dedicas a las siguientes áreas:

Trabajo/Escuela	Cuidado físico
Amigos	Atención de la casa
Diversión	Cuidado de los aspectos espirituales, culturales o intelectuales
Familia	
Otros intereses	

T: ¿Puedes dibujar un pastel e introducir en él divisiones que me den una idea *somera* de cómo vas a organizar tu tiempo? (*Lo hace*)

T: Está bien, ¿qué te gustaría cambiar en el mundo real?

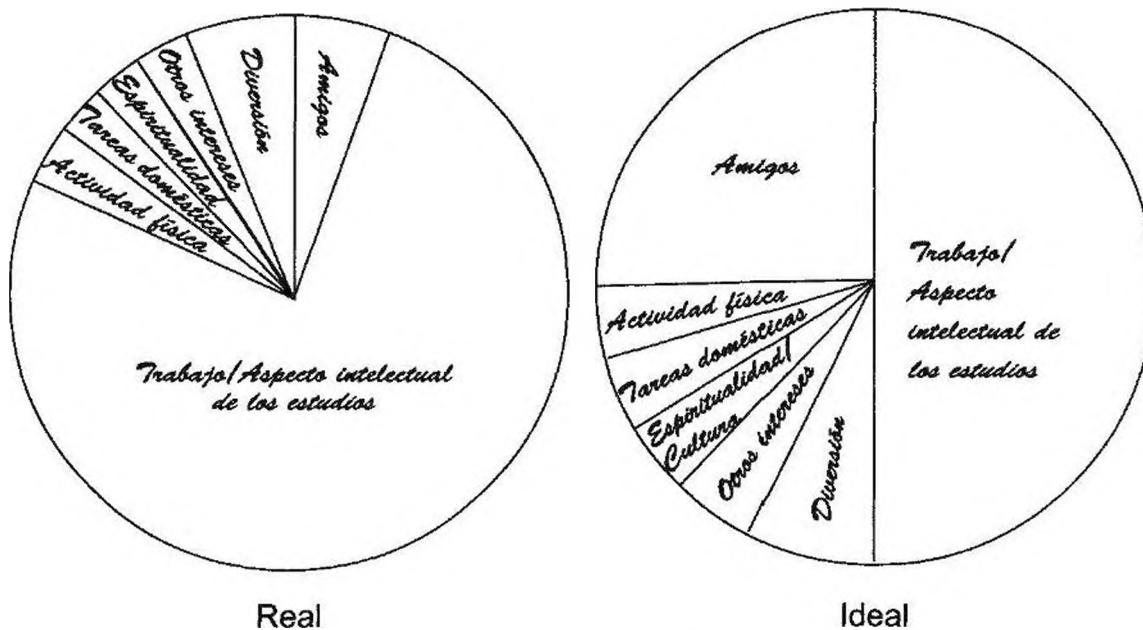


Figura 12.8. Uso de un gráfico de pastel para fijar objetivos.

- P: Bueno..., creo que me gustaría trabajar menos y divertirme más, pasar más tiempo con mis amigos, hacer más ejercicio y dedicar más tiempo a mi función de voluntaria en una escuela primaria.
- T: Correcto. Veamos cómo luce eso en el pastel.
- P: *(Completa el "pastel ideal")* Me temo que si dedico menos tiempo al estudio me irá aun peor.
- T: Bueno, vamos a escribir esa predicción. Es posible que tengas razón. De ser así puedes regresar a la cantidad actual de tiempo de estudio. También puedes estar equivocada, ya que quizás, si trabajas menos y haces más cosas placenteras, tu estado de ánimo mejorará. Si tu estado de ánimo es mejor probablemente puedas concentrarte mejor y trabajar con mayor eficiencia. ¿Qué crees?
- P: No lo sé.
- T: En todo caso, podemos poner a prueba la predicción y ver qué ocurre.
- P: Sé a ciencia cierta que en la actualidad no saco mucho provecho del estudio.
- T: Entonces si logramos dar más equilibrio a tu vida y tienes estímulos positivos a partir de lo que haces, tal vez puedas obtener mejores resultados con menos esfuerzo. [El terapeuta y la paciente fijan objetivos específicos para que la distribución del tiempo de la paciente se acerque más a su ideal.]

Análisis de la contribución de diversos factores sobre los resultados negativos

El uso de los gráficos de pastel también puede permitir a un paciente observar gráficamente las posibles causas de un determinado resultado (véase figura 12.9).



Figura 12.9. Gráfico de pastel para representar causalidad.

- T: Sally, ¿en qué medida piensas que fue tu incapacidad la que hizo que obtuvieras una mala nota?
- P: Casi en un 100%.
- T: Me pregunto si podría haber otras razones.
- P: ...Bueno, en la prueba tomaron algunas cosas que nunca habían explicado en clase.
- T: Está bien. ¿Alguna otra cosa?
- P: Perdí dos clases. Tuve que pedir prestados los apuntes a Lisa y no eran muy buenos.
- T: ¿Algo más?
- P: No lo sé. Estudié mucho algunas cosas que luego no me tomaron.
- T: Parecería que no tuviste suerte en ese aspecto.
- P: No, porque además estudié muy poco las cosas que me tomaron. Creo que calculé mal.
- T: ¿Piensas que hubo alguna otra razón para que no te fuera tan bien como querías?

- P: Humm. No se me ocurre nada más.
- T: ¿A los demás les fue muy bien?
- P: No lo sé.
- T: ¿Crees que fue un examen muy difícil?
- P: Sí, demasiado difícil.
- T: ¿Dirías que el profesor explicó muy bien el material?
- P: No, no creo que haya hecho muy buen trabajo. Tuve que apoyarme más en las lecturas. Un par de veces escuché a otras personas decir que no habían podido seguirlo.
- T: Me pregunto si además no habrás tenido dificultades para concentrarte debido a tu depresión y tu angustia.
- P: Seguro que sí.
- T: Veamos entonces cómo representaríamos esto gráficamente. Aquí tenemos una figura en forma de pastel. Dividámosla en secciones para representar las razones de tu mala nota en el examen. Debemos incluir: 1) el profesor no explicó muy bien, 2) el examen fue muy difícil, 3) tuviste mala suerte porque no estudiaste tanto el material que tomaron, 4) pediste prestados apuntes no muy buenos, 5) evaluaron temas que no habían explicado en clase, 6) tu depresión y tu ansiedad interfirieron en tu concentración y 7) estás convencida de que eres una persona incapaz. (*La paciente completa el diagrama, figura 12.9*)
- T: Parece que estableciste secciones parejas. ¿En qué medida piensas ahora que fracasaste en el examen porque eres una incapaz?
- P: Menos que antes. Tal vez un 50%.
- T: Bien. Es un descenso importante.

Al investigar la contribución de explicaciones alternativas, el terapeuta hace que la paciente evalúe en último término la atribución disfuncional (en este caso “Soy incapaz”) para que pueda considerar más plenamente el resto de las razones.

Comparaciones funcionales del yo y listados de afirmaciones personales

Los pacientes con trastornos psiquiátricos tienden a procesar la información negativamente, en especial cuando se trata de evaluaciones de sí mismos. Tienen una inclinación a captar los datos negativos y a dejar de lado, desvalorizar o hasta olvidar las informaciones positivas. Además suelen utilizar un par de comparaciones disfuncionales: se comparan con ellos mismos antes del comienzo de la enfermedad o se comparan con otros que

no tienen trastornos psiquiátricos. Esta tendencia negativa de la atención tiende a mantener o acrecentar la disforia.

Modificar la comparación con uno mismo

En la siguiente transcripción, el terapeuta ayuda a la paciente a darse cuenta de que su atención negativa selectiva y las comparaciones que ella establece son disfuncionales. Luego le enseña a formular comparaciones más funcionales (con ella misma en su peor momento) y a mantener una afirmación personal.

T: Sally, parece que estás bastante negativa respecto de ti misma. ¿Crees que debes darte crédito por algo que hiciste esta semana?

P: Bueno, terminé mi trabajo de literatura.

T: ¿Algo más?

P: Humm... No se me ocurre nada.

T: Me pregunto si no estarás dejando de lado algunas cosas.

P: No lo sé.

T: Por ejemplo, ¿a cuántas clases asististe?

P: A todas.

T: ¿En cuántas de ellas tomaste apuntes?

P: En todas.

T: ¿Fue eso muy fácil? ¿Acaso no tuviste que esforzarte para asistir y concentrarte?

P: Sí, fue difícil, pero tendría que haber sido sencillo. Seguramente el resto de las personas no tuvieron que esforzarse.

T: Parece que nuevamente te estás comparando con otras personas. ¿Lo haces con frecuencia?

P: Sí, creo que sí.

T: ¿Crees que es una comparación justa? ¿Serías tan dura contigo misma si, por ejemplo tuvieses que esforzarte para ir a clases y prestar atención porque padeces una neumonía?

P: No. En ese caso tendría una razón legítima para estar cansada.

T: Correcto. Me pregunto si tienes una razón legítima para estar cansada ahora. Tal vez *mereces* darte crédito cuando te esfuerzas. ¿Recuerdas que en la primera sesión conversamos acerca de los síntomas de la depresión: cansancio, disminución de la energía, dificultades para la concentración, perturbaciones en el sueño y el apetito y otras cosas?

P: Ajá.

T: Tal vez entonces *mereces* darte crédito por esforzarte estando deprimida. ¿Verdad?

P: No lo había pensado de esa manera.

T: Está bien. Vamos ahora a tratar un par de cuestiones: qué hacer cuando te comparas con otras personas y cómo tener conciencia de aquellas cosas por las que debes darte crédito. ¿Qué sucede con tu estado de ánimo cuando te comparas con otros y piensas, por ejemplo: “Nadie tiene que esforzarse para asistir a clase y tomar apuntes”?

P: Me siento bastante mal.

T: ¿Qué sucedería si te dijeras a ti misma: “Un momento, esta no es una comparación razonable. Me debo comparar conmigo misma en mi peor momento, cuando estaba todo el día en la cama y perdía muchas clases”?

P: Creo que me daría cuenta de que en este momento estoy haciendo más.

T: ¿Y tu estado de ánimo se resentiría tanto?

P: No, probablemente me sentiría mejor.

T: ¿Podrías intentar, como tarea, tratar de usar esta comparación?

P: Bueno.

T: Está bien. Vamos a escribirlo en tu hoja de tareas: “Cuando me sorprenda comparándome con otras personas que no están deprimidas, recordaré que esa no es una comparación razonable y me compararé conmigo misma en mi peor momento”.

La paciente puede también tener pensamientos automáticos en los cuales se compare con ella misma en la situación en que le gustaría estar (p. ej. “Debería poder leer este capítulo fácilmente”) o con su situación antes de la depresión (p. ej. “Antes esto era fácil para mí”). Nuevamente el terapeuta debe llevar su atención a los logros que ha tenido desde el peor momento y no a la distancia que aún existe respecto de su mejor momento o a lo que le resta por hacer.

Parte de la transcripción anterior se basó en que el terapeuta sabía que Sally ya había mejorado un poco. En otros casos, el terapeuta debe indagar acerca del peor momento: “¿Cuándo fue el peor momento para ti? ¿Cómo era tu vida entonces? ¿Qué hacías/no hacías entonces?”. Si el paciente responde con razón que el peor momento es el presente, el terapeuta debe modificar su abordaje: “Parece que cuando te comparas con otras personas o con la situación en la que te gustaría estar, te sientes muy abatida. Creo que debes recordar que tenemos una lista de objetivos y que estamos haciendo un plan para ayudarte a hacer algunos cambios. ¿Qué pasará con tu estado de ánimo si recuerdas que somos un equipo y estamos trabajando para que llegues donde deseas?”.

Listado de afirmaciones personales

Las afirmaciones personales son simples listas diarias de las cosas positivas que el paciente está haciendo o ítems por los cuales se merece crédito (véase figura 12.10). Como en todas las tareas, el terapeuta comienza dando una explicación:

T: Sally, me gustaría explicarte una tarea para el hogar que creo podría ayudarte. Ya sabemos, porque lo hemos conversado, que eres muy buena para criticarte y para encontrarte defectos. Ahora bien, ¿qué sucede con tu estado de ánimo cada vez que piensas cosas tales como: “Debería estar haciendo mejor esto” o “Hice un trabajo muy pobre”?

P: Me siento peor.

T: Correcto. ¿Qué sucede en cambio cuando notas que estás haciendo mejor las cosas?

P: Probablemente me sienta mejor.

T: Correcto. ¿Pensarías tú que yo debería darme crédito si, pese a estar enfermo de neumonía, depresión o cualquier otra cosa, me esforzara por salir de la cama, viniera a trabajar, viese pacientes, escribiese cartas y demás?

P: Claro que sí.

T: ¿Aunque no hiciese las cosas tan bien como habitualmente?

P: Claro.

T: Porque en realidad podría haberme quedado en cama, cubierto con mis frazadas hasta la nariz.

P: Así es.

LISTA DE CREDITOS

(Cosas que hice y fueron positivas o un poco difíciles, pero de todas maneras las llevé adelante)

1. *Fraté de seguir lo que se decía en la clase de estadística.*
2. *Terminé de tipiar la monografía y la entregué.*
3. *Conversé con Julia durante el almuerzo.*
4. *Llamé a Joan para confirmar las tareas de química.*
5. *Cociné la cena en lugar de dormir la siesta.*
6. *Leí el capítulo 5 del libro de economía.*

Figura 12.10. Lista de créditos de Sally.

- T: ¿Crees que lo mismo puede aplicarse a ti? ¿Mereces darte crédito por no darte por vencida?
- P: Creo que sí.
- T: Es probable que te resulte difícil darte crédito fuera de la sesión, por eso te sugiero que tengas una lista escrita de aquellas cosas por las cuales los mereces. ¿Qué te parece?
- P: Podría intentarlo.
- T: Si estás de acuerdo, probaremos ahora mismo. ¿Cómo quieres llamarla? ¿Lista de créditos? ¿Afirmaciones personales? ¿Quieres darle algún otro nombre?
- P: Me parece bien "lista de créditos".
- T: Bien. En esta lista debes escribir las cosas positivas que has hecho o que puedes pensar respecto de ti misma, como: "¿Qué hice hoy que fuera difícil en alguna medida, pero llevé adelante de todos modos?".
- P: Está bien. (*Anota las instrucciones*)
- T: Comencemos con el día de hoy. ¿Qué has hecho hasta ahora?
- P: (*Escribe mientras habla*) Veamos. Fui a la clase de estadística... Era difícil de seguir, pero lo intenté... Terminé de escribir mi monografía y la entregué... Conversé con una amiga de mi compañera de cuarto, que almorzó con nosotras...
- T: Este es un buen comienzo. ¿Piensas que podrás hacerlo todos los días?
- P: Seguro.
- T: Creo que recordarás las cosas diez veces mejor si las anotas inmediatamente, pero si no puedes hacerlo, trata de escribirlas al menos durante el almuerzo, la cena y antes de ir a dormir. ¿Crees que podrás?
- P: Sí.
- T: ¿Crees que es importante que anotes por qué harás esta tarea?
- P: No, lo recordaré. Me hace concentrarme en las cosas buenas y eso hace que me sienta mejor.

Completar un listado de afirmaciones personales al comienzo de la terapia también ayuda a los pacientes a prepararse para la tarea posterior de encontrar los datos positivos para el Formulario de Creencias Centrales (capítulo 11).

En resumen, existen diversas técnicas cognitivas y conductuales. Esta obra describe las más comunes y alienta a los lectores a realizar lecturas adicionales para ampliar este repertorio.

13

Las imágenes mentales (imagería)

Muchos pacientes no sólo experimentan pensamientos automáticos en forma de palabras no expresadas en su mente, sino que también lo hacen en forma de fotografías mentales o imágenes (Beck y Emery, 1985). Cuando Sally pensó: "Si le pido ayuda, mi profesor pensará que soy una abusadora", junto con esos pensamientos automáticos verbales vio al profesor, muy alto, de pie junto a ella, mirándola ofuscado mientras ella hacía la pregunta. Ese era un pensamiento automático en imágenes.

Este capítulo muestra cómo enseñar al paciente a identificar sus imágenes espontáneas y cómo realizar intervenciones terapéuticas tanto sobre las imágenes espontáneas como sobre las inducidas. Si bien muchos pacientes generan imágenes automáticas, son muy pocos los que las refieren. En estos casos generalmente no basta con preguntar al respecto para lograr que el paciente las exprese. Las imágenes suelen ser muy breves y perturbadoras. Muchos pacientes las apartan rápidamente de su mente, pero si no logran identificarlas y combatirlas, pueden sentir sus efectos negativos de manera permanente. El terapeuta comienza a instruir al paciente sobre las imágenes mentales desde la primera sesión (véase capítulo 3).

Identificación de imágenes

Para enseñar a los pacientes a reconocer las imágenes mentales e intervenir sobre las que son perturbadoras, el terapeuta trata de descubrir una imagen mental espontánea que el

paciente ha tenido o de inducir una en la sesión. En la transcripción que sigue, el terapeuta busca averiguar si Sally ha generado alguna imagen mental junto con un pensamiento automático determinado.

TERAPEUTA: Pensaste entonces: “Si le pido ayuda, creerá que soy una abusadora” y te sentiste angustiada. ¿Verdad?

PACIENTE: Sí

T: Me pregunto si mientras pensabas eso tenías alguna imagen en tu mente.

P: No estoy segura de lo que quiere decir eso.

T: ¿Imaginaste acaso que el profesor te miraba mientras le pedías ayuda? ¿Parecía contento? (*Proporciona una posibilidad opuesta a la respuesta esperada para ayudar a la paciente a concentrarse*)

P: No, estaba enojado.

T: ¿Te imaginaste alguna otra cosa? Por ejemplo, ¿dónde ocurría esto? ¿En el aula?

P: No, me imaginaba golpeando la puerta de su oficina y diciéndole que no había comprendido algo de lo que él había explicado en clase.

T: ¿Y entonces?

P: Bueno, lo veía de pie, muy alto, mirándome hosco.

T: ¿Algo más?

P: No, nada más.

T: Bueno, esa fotografía es lo que llamamos imagen.

Cuando el terapeuta se limita a usar la palabra imagen, muchas veces los pacientes no llegan a captar el concepto. Por eso, es aconsejable utilizar sinónimos tales como fotografía mental, ensoñación, fantasía, imaginación y recuerdo. Si Sally no hubiese podido evocar una imagen, su terapeuta habría tratado de utilizar alguna otra de esas palabras o hubiese elegido inducir una (si el objetivo terapéutico de esa sesión hubiese sido ayudarla a reconocer imágenes). El profesional podría haber inducido una imagen positiva o neutra (“Describeme cómo es el exterior de tu casa” o “Imagina que estás entrando en este edificio. ¿Qué ves?”). Otra posibilidad hubiese sido inducir una imagen acerca de una situación perturbadora, como se transcribe a continuación:

T: ¿Imaginaste cuál sería el aspecto de tu profesor cuando le pidieras ayuda? ¿Se veía contento?

- P: Creo que no imaginé su aspecto.
- T: ¿Podrías tratar de imaginarlo ahora? ¿Te ves yendo a consultarlo? ¿Cuándo irías? (*Ayuda a la paciente a pensar más específicamente*)
- P: Probablemente el martes, en su horario de atención.
- T: ¿Estaría él en su oficina?
- P: Sí
- T: ¿En qué edificio está?
- P: En el Bennett Hall.
- T: Está bien. ¿Puedes imaginarlo ahora? Es martes. Estás llegando al Bennett Hall... Llegas a su oficina... ¿Puedes verlo en tu mente? ¿Está la puerta abierta o cerrada?
- P: Cerrada.
- T: Correcto. ¿Puedes imaginarte golpeando la puerta? ¿Qué dice él cuando escucha que llaman?
- P: Dice: "Adelante". (*Imita la voz hosca del profesor*)
- T: Está bien. ¿Puedes verte entrando? ¿Cuál es la expresión de su rostro?
- P: Está irritado.
- T: ¿Qué sucede entonces? [El terapeuta sigue con la imagen hasta llegar al punto más perturbador.] Correcto. Has visto lo que llamamos una imagen. ¿Crees que esta semana, cuando pensaste en ir a consultarlo, tuviste una imagen de este tipo?
- P: Tal vez... No estoy segura.
- T: Como tarea, cada vez que te sientas molesta durante la próxima semana, podrías buscar las imágenes que acompañan tus pensamientos automáticos.
- P: Está bien.

Instruir a los pacientes acerca de las imágenes mentales

Algunos pacientes pueden identificar imágenes, pero no las refieren a sus terapeutas porque son gráficas y perturbadoras. Son reticentes porque no desean volver a experimentar la tensión o el miedo delante del profesional, para que él no los vea alterados. Si el terapeuta sospecha esta situación, debe referirse directamente a la experiencia de las imágenes.

T: Sally, no sé si tú *tienes* imágenes. La mayor parte de las personas las tienen, pero muchas veces son más conscientes de la emoción que las acompaña que de las imágenes mismas.

A veces, la imagen parece un poco rara, pero en realidad es frecuente tener todo tipo de imágenes: tristes, atemorizadoras y hasta violentas. ¿Puedes evocar algunas imágenes que hayas tenido recientemente?

P: No, no lo creo.

T: Bueno, hemos acordado que esta semana buscarás imágenes cada vez que notes un cambio en tu estado de ánimo. Si tienes imágenes perturbadoras, te enseñaré lo que debes hacer con ellas.

Instruir al paciente respecto de las imágenes suele contribuir a la reducción de la angustia y torna más probable la identificación de ellas. En la transcripción anterior, el terapeuta manifiesta a la paciente que ella aprenderá a combatir las imágenes, de lo cual se puede inferir que logrará controlar sus tensiones.

Muchas veces el terapeuta debe insistir en la enseñanza de la identificación de imágenes hasta que nota que el paciente lo ha logrado. La mayor parte de los pacientes simplemente no tienen conciencia de las imágenes al comienzo y muchos terapeutas, después de unos pocos intentos, abandonan la tarea. Si cuando el paciente describe una situación, el profesional logra formarse una imagen mental, puede usarla como clave para seguir buscando la que el paciente experimentó.

T: Sally, mientras contabas que temías que tu compañera de cuarto se enojara, apareció en mi mente una imagen de ella, aunque no la conozco. ¿Te has imaginado el aspecto que tendrá en el momento en que le plantees el problema del ruido?

Si el paciente sigue experimentando dificultades para identificar imágenes espontáneas, el terapeuta puede inducir una imagen relacionada con una situación menos amenazante: “¿Te imaginaste, antes de venir aquí cómo sería yo? ¿Cómo sería este consultorio?... Describeme esa fotografía... Esa fotografía es lo que llamamos imagen”. Otro recurso posible es hacer que el paciente evoque una imagen reciente: “¿Cómo llegaste hoy hasta aquí? ¿Te ves subiendo al autobús? ¿Cuán lleno está? ¿En qué parte del autobús te sientas? ¿Cómo es el aspecto de la persona que tienes a tu lado? ¿Puedes formarte una imagen de esa escena?”.

Combatir las imágenes espontáneas

Una vez que el terapeuta ha comprobado que el paciente convive con frecuentes imágenes perturbadoras, le enseña diversos modos de responder frente a ellas, usando explicaciones semejantes a las siguientes:

T: Sally, me gustaría que nos ocupáramos de las distintas cosas que puedes hacer cuando percibes una imagen perturbadora. Es difícil saber de antemano cuál será en cada caso la técnica más útil. Por eso, durante las próximas sesiones vamos a probar varias. ¿Está bien?

Existen muchas técnicas para ayudar a los pacientes a combatir sus imágenes automáticas. Las primeras seis ayudan a ver la situación de otra manera. La última, en cambio, ofrece al paciente un respiro y lo ayuda a concentrarse en otra cosa. El terapeuta, además, le aconseja que practique muchas veces las técnicas, dentro y fuera de sesión, para aumentar su eficacia.

Seguir las imágenes hasta su conclusión

Esta es una de las técnicas más útiles y, por lo tanto, se la debe enseñar en primer término. Puede ayudar al terapeuta y al paciente a conceptualizar mejor el problema, llevar a la reestructuración cognitiva de la imagen y brindar alivio para la situación. El terapeuta alienta al paciente para que siga construyendo una imagen espontánea hasta que ocurre una de las siguientes opciones: O bien el paciente imagina la solución de una crisis y se siente mejor, o bien imagina una catástrofe final, tal como la muerte. (Si sucede esto último, el terapeuta puede investigar cuáles son los temores y cuál el significado de la catástrofe y realizar una intervención al respecto.) La transcripción que sigue ilustra la primera posibilidad, el paciente imagina la superación de una dificultad particular.

T: ¿Puedes recrear esa imagen en tu mente, Sally? Descríbeme lo que imaginas, de la manera más vívida que puedas.

P: Estoy sentada en la clase. Mi profesor está entregando las hojas para el examen. La miro y mi mente está en blanco. Leo la primera pregunta y no tiene sentido. Veo que todos los demás están muy atareados escribiendo. Pienso: "Estoy paralizada. Me reprobarán".

T: ¿Y cómo te sientes?
P: Muy, muy angustiada.
T: ¿Sucede alguna otra cosa?
P: No.
T: Esto es muy típico. Has detenido la imagen en el *peor* momento, cuando te sentías con la mente en blanco y paralizada. Ahora quiero que imagines lo que sucede después.
P: Humm. No lo sé.
T: ¿Quiere decir que permaneces así durante toda la hora?
P: No, creo que no.
T: ¿Puedes imaginar lo que sucede después?... Si estás mirando a tu alrededor y ves a los demás estudiantes, ¿estás verdaderamente paralizada?
P: No, creo que no.
T: ¿Y qué sucede a continuación?
P: Miro nuevamente mi examen, pero no me puedo concentrar.
T: ¿Y entonces?
P: No entiendo nada de la primera pregunta.
T: ¿Y qué haces entonces?
P: Paso a la pregunta siguiente, pero tampoco estoy segura de la respuesta.
T: ¿Y luego?
P: Sigo pasando por las preguntas, hasta que encuentro algo que sé.
T: ¿Y qué haces?
P: Creo que escribo la respuesta.
T: ¿Puedes verte escribiendo la respuesta?
P: Sí.
T: Bien, ¿y luego?
P: Regreso a las primeras preguntas y trato de escribir algo al respecto.
T: Correcto, ¿y después de eso?
P: En algún momento termino de responder lo que sé.
T: ¿Y entonces?
P: Entrego el examen.
T: ¿Y después?
P: Me voy a la clase que sigue.
T: ¿Y qué haces?
P: Me siento y tomo el cuaderno.
T: ¿Y cómo te sientes en esta imagen?
P: Todavía estoy un poco temblorosa. No sé cómo me fue en el examen.

T: ¿Estás mejor que en el primer momento, cuando te sentías en blanco y paralizada?

P: Sí. Mucho mejor.

T: Bueno, vamos a repasar lo que hiciste. En primer lugar, reconociste una imagen perturbadora, y te detuviste en el peor momento. Luego seguiste imaginando lo que sucedería a continuación hasta que llegaste al momento en que te sentías un poco mejor. Esto es lo que llamamos “seguir la imagen hasta su conclusión”. ¿Crees que esta técnica puede ayudarte?

En el ejemplo anterior, el paciente puede identificar con facilidad una salida razonable. En algunos casos, por el contrario, el terapeuta debe sugerir una modificación de la escena.

T: ¿Puedes imaginarte lo que sucede a continuación?... Si estás mirando a tu alrededor y viendo a tus compañeros, ¿estás verdaderamente paralizada?

P: No lo sé. *Me siento* paralizada.

T: ¿Qué ves suceder a continuación?

P: No lo sé. Permanezco allí sentada, sintiéndome paralizada.

T: ¿Puedes ver cómo te mueves en la silla, respiras, miras por la ventana?

P: Ajá.

T: ¿Puedes verte masajeando la parte posterior de tu cuello, para sentirte menos rígida?

P: Sí.

T: Bien. ¿Estás preparada en tu imagen para recorrer la hoja de examen y ver si encuentras algo más familiar?

P: Sí.

T: ¿Puedes verlo? ¿Qué sucede después?

P: Encuentro una pregunta más fácil.

T: ¿Y entonces?

Aquí el terapeuta introduce un elemento nuevo en la imagen para ayudar al paciente a ponerse en movimiento. Continúa de este modo hasta que la paciente puede seguir adelante por sí misma.

Tal como se menciona anteriormente, a veces un paciente imagina que la escena empeora, hasta convertirse en una catástrofe. El terapeuta, entonces, conceptualiza el significado de la catástrofe e interviene en consecuencia. Esta situación se ejemplifica con otra paciente llamada Marie.

- T: Bueno, Marie, te ves en el automóvil, y te estás dirigiendo hacia la baranda del puente. Ahora, trata de hacer la imagen lo más clara que puedas. ¿Qué sucede?
- P: Se sigue acercando y se estrella. (*Solloza*)
- T: ¿Qué ocurre entonces?
- P: (*Llora*) El auto está completamente destruido.
- T: (*Suavemente*) ¿Y tú?
- P: (*Llorando*) Estoy muerta.
- T: ¿Qué sucede entonces?
- P: No lo sé. No puedo ver más allá. (*Continúa llorando*)
- T: Marie, creo que sería bueno para ti si pudiésemos ir un poco más lejos. ¿Qué es lo peor de morir en un choque?
- P: Mis niños. Ya no tendrán madre. Estarán destrozados. (*Llorando aun más*)
- T: (*Espera unos instantes*) ¿Puedes ver una imagen de ellos?

En este caso, la conclusión de la imagen conduce a una catástrofe. El terapeuta sigue preguntando con suavidad, con la finalidad de determinar el significado de la catástrofe. En un ejemplo que aparece más adelante en este capítulo ilustramos una forma de tratar esta clase de problema. En ese caso la paciente relata que ha tenido una nueva imagen: la de sus niños en su funeral, totalmente destrozados. Una vez más, la paciente ha cortado la imagen en el peor momento. (Véanse pp. 290-291 para una ejemplificación de cómo el terapeuta la lleva a imaginar a sus niños [mucho más felices], años después.)

En resumen, cuando se sigue una imagen hasta completarla, se pueden obtener dos clases de resultados. En un caso, el problema se resuelve en algún punto y el paciente experimenta alivio. En el segundo caso, el problema empeora hasta convertirse en una catástrofe. Llegada esta instancia, el terapeuta busca averiguar el significado especial de esta tragedia, descubriendo así un nuevo problema. El profesional puede entonces inducir una imagen de apoyo, proceso que se describirá más adelante en este capítulo.

Dar un salto hacia adelante en el tiempo

En algunas ocasiones, cuando se sigue una imagen hasta su conclusión, no se logran los resultados esperados porque el paciente continúa imaginando más y más obstáculos o hechos perturbadores, sin que se pueda vislumbrar un final. En ese caso, el terapeuta puede sugerir que el paciente se imagine a sí mismo en algún momento del futuro.

- T: (*Resume*) Bien, Sally, cuando imaginas que comienzas con la monografía, sigues viendo las dificultades, los esfuerzos que te demandará y los distintos problemas que van a presentarse. Siendo realista, ¿piensas que en algún momento terminarás este trabajo?
- P: Sí, probablemente, pero deberé trabajar día y noche durante mucho tiempo.
- T: Tal vez podrías dar un salto en el tiempo e imaginar que la terminas. ¿Puedes imaginarte eso? ¿Qué ves?
- P: Bueno, me veo haciendo la última corrección. Luego voy y la entrego.
- T: Espera un momento. ¿Puedes ir un poco más lento e imaginar los detalles, como por ejemplo verte a ti misma abrochando las hojas o haciendo una fotocopia?
- P: De acuerdo. Estoy usando un ordenador en el Centro de Estudiantes, así que imprimo dos copias. Engrapo las hojas de cada una de ellas. Coloco una en una carpeta y luego la introduzco en mi portafolios. Me pongo el abrigo y camino hasta el College Hall para entregarla.
- T: ¿Puedes imaginarte entregándola?
- P: Sí.
- T: ¿Qué sientes en esa imagen?
- P: Un gran alivio, como si me hubiesen quitado un gran peso de encima. Me siento más ligera.
- T: Bien. Repasemos lo que hemos hecho. Tenías una imagen de ti comenzando con la monografía y, cuanto más imaginabas esa situación, más te angustiabas. Luego diste un salto hacia adelante en el tiempo e imaginaste que la terminabas. Eso te hizo sentirte mejor. ¿Qué te parece si escribimos algo acerca de esta técnica: dar un salto hacia adelante en el tiempo, para que puedas usarla en tu casa también?

Tolerar la imagen

Otra técnica consiste en guiar al paciente para que imagine que está tolerando mejor la situación difícil que ha visualizado espontáneamente.

- T: (*Resume*) Has imaginado que entrabas en la biblioteca de la escuela [primaria] donde asiste el niño a quien estás ayudando y te sientes completamente perdida. El niño comienza a portarse mal y a hacer ruido. Tú sientes que no puedes controlar la situación. ¿Es así?

- P: Sí.
- T: Una vez más, has tenido una imagen y te has detenido en el peor momento. ¿Verdad?
- P: Sí, creo que eso hice.
- P: ¿Podemos retomar esa imagen y ver si puedes afrontar cada uno de los problemas que van apareciendo?
- P: Bueno, en primer lugar el niño da un portazo al entrar en la biblioteca. Me parece que le digo: “Silencio, hay niños estudiando”.
- T: ¿Y entonces?
- P: Comienza a mover los libros.
- T: Entonces tú...
- P: Lo tomo de la mano y lo llevo hasta la mesa.

El diálogo continúa de esta manera hasta que la paciente resuelve satisfactoriamente los problemas que aparecen en la imagen. Si es necesario, el terapeuta la ayuda con preguntas (como en las pp. 277-279). Si es conveniente, puede ayudar al paciente a utilizar las herramientas que ha aprendido en la terapia, por ejemplo, leer una tarjeta de apoyo, controlar la respiración y decir instrucciones en voz alta.

Cambiar la imagen

Otra técnica útil consiste en ayudar al paciente a identificar una imagen y luego volver a evocarla, cambiando el final. Al hacerlo habitualmente alivia su distrés. El primer ejemplo se refiere a un cambio realista; el segundo, a un cambio más “mágico”.

- T: La semana pasada conversamos acerca de un par de cosas que puedes hacer cuando identificas una imagen perturbadora. ¿Lo recuerdas?... ¿Probaste alguna de esas técnicas de imaginación durante la semana?... Ahora te mostraré algunas otras, esta vez para *cambiar la imagen*. ¿Recuerdas alguna ocasión durante esta semana en que hayas tenido una imagen perturbadora?
- P: *(Hace una pausa)* Sí, esta mañana estaba pensando en las vacaciones de verano. No puedo ir a casa. Deberé permanecer aquí.
- T: ¿Qué sucedía en la imagen?
- P: Me imaginaba sentada a mi escritorio, sola en la habitación, muy abatida.
- T: ¿Algo más?

- P: No, solamente percibía un gran silencio. Los dormitorios estaban desiertos.
- T: Y esas imágenes te hicieron sentir...
- P: Triste, muy triste.
- T: Sally, no tienes por qué quedarte a merced de esta imagen. Puedes cambiarla, si deseas. Es como si fueras un director de cine, puedes decidir cómo quieres que sea. La puedes cambiar de una manera mágica... incluyendo cosas que nunca podrían suceder, o la puedes cambiar de una manera realista. Creo que si lo intentas te sentirás mejor.
- P: No estoy segura de haber entendido cómo debo hacerlo.
- T: Bien. Estás sentada a tu escritorio. ¿Qué *desearías* que ocurriera?
- P: Que mi mejor amiga me llamara por teléfono. También podría ser que hubiese más gente en los dormitorios y que alguien me golpeará la puerta y fuésemos a cenar juntos.
- T: ¿Alguna otra posibilidad?
- P: Que de pronto recordara que hay algún evento en el campus, como un partido de softball y fuese a verlo o a jugar.
- T: Estos son finales mucho mejores. ¿Cómo te sentirías si imaginaras que esas cosas están sucediendo?
- P: Mejor, pero, ¿cómo sé que son verdaderas?
- T: Bueno, en primer lugar, nadie sabe tampoco si en realidad vas a estar sentada a tu escritorio, llorando. Pero lo que *sí* sabemos es que la *imaginación* hace que te sientas muy triste en este momento. En segundo lugar, podemos conversar acerca de qué hacer para que el final *sea* realmente mejor. ¿Qué podrías hacer tú para que una amiga te llame o para que un compañero de los dormitorios golpee a tu puerta o para asistir a un evento del campus?

Cambiar la imagen, en este caso, conduce a conversaciones productivas relacionadas con la resolución de problemas.

Algunas imágenes sugieren cambios más "mágicos". Este tipo de cambios llevan a la disminución del distrés y permiten al paciente comportarse de una manera más productiva. A continuación transcribimos un ejemplo:

- T: (*Resume con las mismas palabras de la paciente*) Tienes entonces una imagen del profesor, muy alto, de pie a tu lado, hablando ásperamente, golpeteando su pie en el piso, aburrido y eso te hace sentir angustiada.

- P: Sí.
- T: ¿Te gustaría cambiar la imagen? ¿Verlo de una manera diferente?
- P: ¿Cómo?
- T: No lo sé... A mí me recuerda un poco a un niño de tres años en medio de una rabieta. ¿Puedes imaginar que se encoge y que, con su tamaño pequeño, sigue con el entrecejo fruncido, golpeando el pie contra el piso?
- P: *(Sonríe)* Sí.
- T: Descríbelo en detalle. [La paciente lo hace.] ¿Cómo te sientes ahora? ¿Estás tan angustiada como antes?
- P: No, no tanto.
- T: ¿Su imagen ha descendido lo suficiente como para que te atrevas a concertar una entrevista con él?
- P: Sí, creo que sí.
- T: Está bien, vamos a revisar lo que acabamos de hacer. Comenzamos con la imagen que tenías de tu profesor. Esa imagen te resultaba tan perturbadora que te impedía hacer lo que necesitabas: concertar una entrevista con él. Luego asumiste el control de la imagen y la cambiaste, consiguiendo que la angustia disminuyera lo suficiente como para poder fijar un encuentro. A esta técnica la llamamos “cambiar la imagen.”

Comprobar la realidad de la imagen

En este caso el terapeuta enseña al paciente a tratar la imagen como si fuese un pensamiento automático verbal, usando el cuestionamiento socrático estándar.

- T: ¿Tuviste una imagen en la que yo miraba con el entrecejo fruncido y expresión de desaprobación porque me decías que no habías hecho todas las tareas?
- P: *(Asiente)*
- T: ¿Qué evidencia tienes de que yo me comportaría de esa manera?... ¿Tienes alguna evidencia de lo contrario? [El profesional enseña a la paciente cómo usar las preguntas que se incluyen en la parte inferior del Registro de Pensamientos Disfuncionales para evaluar una imagen espontánea.]

En otra situación, el terapeuta enseña a la paciente a comparar una imagen espontánea con lo que realmente está sucediendo.

P: El otro día estaba a la noche, muy tarde, en la biblioteca y tuve la imagen de que el edificio se hallaba completamente desierto y luego me vi a mí misma, enferma, desmayándome y sin nadie que me ayudara.

T: ¿Es verdad que la biblioteca estaba completamente desierta?

P: No. Era bastante tarde, cerca de la hora de cierre, pero todavía había algunas personas.

T: Está bien, con esa clase de imagen, que representa algo que está sucediendo en ese mismo momento, es sencillo realizar un control de la realidad de esa representación. Te puedes preguntar: “¿La biblioteca está desierta?” o “¿Me siento mal?”. Si la otra noche hubieses sabido hacerlo, ¿qué crees que hubiese ocurrido con tu estado de ánimo?

P: No me habría sentido tan nerviosa.

En general, cuando se están tratando imágenes, es preferible utilizar las técnicas específicas más que las técnicas verbales sugeridas en este apartado, ya que las imágenes tienden a responder mejor a ese tipo de intervenciones. Sin embargo, cuando un paciente posee muchas imágenes vívidas y perturbadoras, se puede beneficiar usando una combinación de técnicas y, entre ellas, las verbales para el control de la realidad de sus cogniciones.

Repetir la imagen

La técnica de la repetición se suele utilizar cuando un paciente imagina claramente un desenlace exagerado, pero no catastrófico para sus imágenes. El terapeuta le sugiere entonces que se represente una y otra vez la imagen en cuestión, y preste atención a los cambios en la representación del cuadro y al nivel de malestar que experimenta. Algunos pacientes parecen hacer en estos casos un control automático del grado de realidad y pueden comenzar a ver la imagen de una manera más realista y con menos nivel de disforia.

T: Bien Sally, tú tenías la imagen de pedir al profesor un aplazamiento de fecha y lo veías enojado, gritándote, inclinándose sobre ti, sacudiendo las manos y diciendo: “¿Cómo te atreves? Sabías cuál era la fecha. ¡No puedo creer que pidas esto! ¡Vete! ¡Vete!”.

P: Así es.

T: ¿Podrías imaginar esto nuevamente? Comienza de la misma manera y fíjate qué pasa.

P: (*Cierra los ojos*)

T: Ya lo has hecho. ¿Qué ocurrió?

P: El estaba bastante molesto, gritaba y me echaba.

T: ¿Está vez también agitó las manos y se inclinó sobre ti?

P: No, se mantuvo de pie, con los brazos rígidos sobre el escritorio.

T: Está bien. Hagamos de nuevo lo mismo.

El terapeuta hace que Sally repita la escena tres o cuatro veces. Hacia la última vez, la imagen ya ha cambiado un poco: el profesor está inclinado hacia atrás, en su sillón, mira a Sally con enojo y dice que no de una manera hosca, pero no amenazante. La angustia de Sally disminuye significativamente.

Sustituir o detener las imágenes y distraerse de ellas

Estas tres técnicas han sido descritas extensamente en otras obras. Fueron diseñadas para lograr un rápido alivio de los efectos de las imágenes, pero por lo general no sirven para producir una reestructuración cognitiva importante.

La detención de imágenes es semejante a la detención de pensamientos (Davis, Eshelman y McKay, 1988) y se puede utilizar en forma aislada o seguida de sustituciones de imágenes o distracciones. En estos casos, el paciente reconoce una imagen perturbadora y trata de eliminarla. Puede, por ejemplo, imaginar una señal de detención y quizá gritar: "¡Basta!" en su mente cada vez que la imagen aparece. También puede golpearse las muñecas con una banda elástica, golpear las manos con fuerza o llevar a cabo cualquier otra actividad incompatible con el sostenimiento de la imagen desagradable en la mente. También se pueden utilizar técnicas de distracción y refocalización de la atención, que se describieron en el capítulo 12 para los pensamientos automáticos.

T: Para resumir, Sally, algunas veces, cuando notas que en un determinado momento no es conveniente o posible trabajar sobre una imagen perturbadora, puedes intentar con la detención de la imagen o con la distracción. ¿Podemos practicarlo ahora? ¿Puedes evocar esa imagen perturbadora que me describiste hace un rato? ¿Con cuál de las técnicas quieres probar?

También en otras obras (Beck y Emery, 1985) se ha descrito extensamente la técnica de *sustitución* por una imagen más placentera. También se puede practicar este recurso regularmente, para que el paciente logre alivio de imágenes espontáneas desagradables.

T: Otra manera de ocuparse de este tipo de imágenes desagradables consiste en sustituirlas por otras diferentes. A algunas personas les gusta fantasear con que la imagen perturbadora es una figura de la televisión. Cambian entonces de canal para ver una escena diferente, como por ejemplo una playa, una caminata por el bosque o un recuerdo agradable del pasado. ¿Te gustaría probar con esta técnica? Primero haremos que te imagines la escena agradable con la mayor cantidad de detalles que puedas y luego te haré practicar el cambio de una imagen perturbadora a una agradable. ¿Cuál es la escena agradable que te gustaría imaginar?

La conjunción de imágenes agradables y relajación es otra opción. Cuando el desasosiego inicial es leve o moderado, los pacientes suelen experimentar alivio con la inducción de imágenes agradables.

Revisión de técnicas para combatir las imágenes espontáneas

Una vez que se enseña al paciente un par de estrategias para lidiar con las imágenes espontáneas, el terapeuta trata de aumentar su uso mediante la práctica.

T: Vamos a repasar rápidamente lo que has aprendido ahora respecto del modo de combatir las imágenes. ¿Quieres tomar notas?

P: Bueno.

T: Generalmente no sabrás por anticipado cuál es la técnica que va a ayudarte, pero si cuentas con una lista escrita, es más probable que pruebes hasta que encuentres la que te *sirva*. En las próximas sesiones, si es necesario, te enseñaré algunas técnicas más. Practicaremos juntos aquí y puedes practicar también en tu casa hasta que las manejes bien. A partir de ese momento, creo que podrás controlar mejor las imágenes y la manera como ellas te afectan emocionalmente.

La inducción de imágenes como respuesta terapéutica

A veces el terapeuta trata de *inducir* una imagen opuesta para ayudar al paciente a combatir su imagen espontánea. Un ejemplo es el ensayo encubierto para descubrir las dificultades que pueden surgir de las tareas para el hogar (véase capítulo 14). A continuación se describen otras tres técnicas de imágenes inducidas.

Ensayo de técnicas de apoyo

El terapeuta utiliza esta técnica en la sesión para ayudar al paciente a practicar mentalmente estrategias de apoyo en su imaginación. Esta técnica es diferente de “tolerar la imagen” porque aquí el terapeuta *induce* una imagen con el objetivo de practicar técnicas de terapia cognitiva, mientras que en la anterior propone al paciente que maneje mejor las situaciones que se presentan en una imagen espontánea.

T: Estás prediciendo que te va a resultar muy difícil presentar un informe oral en clase.

P: Así es.

T: ¿Qué te parece si imaginamos cómo te manejas en esa situación? ¿En qué momento notarás que tu angustia aumenta?

P: En cuanto me levante.

T: ¿Qué pasará por tu mente en ese momento?

P: Que voy a hacer un desastre y me imaginaré a mí misma tambaleándome, tartamudeando y quedándome muda.

T: ¿En la clase?

P: Sí.

T: ¿Qué podrías hacer al respecto?

P: Tratar de relajarme y recordar lo mucho que he practicado este informe.

T: Bien. ¿Y luego?

P: Podría poner en práctica el control de la respiración. Eso me relaja un poco.

T: Está bien. ¿Puedo ver cómo haces eso?

P: Sí.

T: ¿Qué sucederá a continuación?

P: Me siento un poco mejor, pero todavía estoy demasiado nerviosa como para desayunar. Sólo me baño, me visto y me preparo para partir.

T: ¿Qué pasa por tu mente?

- P: ¿Qué ocurrirá si me pongo cada vez más nerviosa?
- T: ¿Qué te parece si te imaginas leyendo la tarjeta de apoyo mientras vas camino a clase? ¿Puedes imaginarte tomándola y leyéndola?
- P: Sí... creo que me ayuda un poco.
- T: Cuando se acerque el momento de la clase, ¿qué te parece si imaginas dar un salto adelante en el tiempo? Has terminado con el informe y estás sentada escuchando a otro... ¿Cómo te sientes ahora?
- P: Un poco más aliviada. Sigo preocupada, pero no tanto.
- T: Bien, ahora entras en la clase. ¿Qué ocurre a continuación y qué puedes hacer?

La paciente continúa imaginando cómo maneja la situación en detalle. Luego anota las técnicas que predice la pueden ayudar.

Distanciamiento

El distanciamiento es otra técnica de imaginería inducida. Está pensada para disminuir la tensión y ayudar a los pacientes a ver un problema desde una perspectiva más amplia. En el ejemplo que sigue, el terapeuta ayuda a la paciente a ver que sus dificultades son probablemente limitadas en el tiempo y, de esa manera, logra darle esperanzas.

- T: Sally, sé que en este momento no tienes esperanzas y predices que tus problemas seguirán por siempre. ¿Crees que te ayudaría imaginar que has salido de este período difícil?
- P: Supongo que sí, pero es difícil imaginarlo.
- T: Veamos. ¿Qué te parece si tratas de imaginarte a ti misma en el próximo semestre? Es tu segundo año y está llegando el otoño ¿Estás todavía en la universidad?
- P: Probablemente.
- T: ¿Tienes alguna idea acerca de cómo es tu vida?
- P: No lo sé. Me resulta difícil imaginar algo tan lejano.
- T: Bien, seamos concretos. ¿Cuándo te despiertas? ¿Dónde estás?
- P: Probablemente me despierto a las 8 u 8.30. Creo que estoy en un apartamento fuera del campus.
- T: ¿Vives sola?
- P: Probablemente vivo en una casa donde hay otros estudiantes. Algunos son compañeros de mi piso este año. Hemos hablado de eso.
- T: Está bien. Despiertas. ¿Qué sucede entonces?

- P: Probablemente me apresuro para llegar a clase. Toma más tiempo llegar desde allí.
- T: ¿Ves a algunos vecinos antes de irte? ¿Vas sola o con alguno de ellos?
- P: No lo sé.
- T: Bueno, es tu imagen. Tú decides.
- P: Está bien, creo que camino junto a uno de ellos.
- T: ¿De qué hablan durante el camino? ¿O permanecen en silencio?
- P: No, hablamos sobre los estudios o sobre personas que conocemos. Algo así.
- T: ¿Y luego?
- P: Voy a la clase.
- T: ¿Es un aula muy grande, como las de este año?
- P: No, probablemente no. Las aulas serán más pequeñas el año próximo.
- T: ¿Qué te gustaría imaginar que sucede en la clase? ¿Participas o estás en silencio?
- P: Es probable que conozca más gente y me sienta más cómoda. Seguramente, de todos modos estaré en silencio, pero es posible que participe más.
- T: ¿Cómo te sientes cuando imaginas esta escena?
- P: Bien.
- T: ¿Qué te parece si terminas esta escena como tarea? Cada vez que pienses: “Nunca saldré de esto” puedes intentar cambiar la escena para ver si tiene algún efecto sobre tu estado de ánimo.
- P: Lo intentaré.
- T: ¿Crees que se trata solamente del poder del pensamiento positivo o piensas que algunas de estas cosas podrían ocurrir? ¿Acaso no estás haciendo cosas para que esta se produzca?
- P: Es verdad.

Otra técnica de distanciamiento puede ayudar a los pacientes a reaccionar frente a las consecuencias imaginarias de una catástrofe. Marie, de quien hemos hablado previamente, teme que sus hijos quedarán destruidos para siempre si ella muere. El terapeuta hace que ella imagine los niveles reales de perturbación de los niños en distintos momentos, a lo largo del tiempo, en lugar de limitarse a imaginar la situación inmediatamente después del accidente. (Esta técnica es semejante a dar el salto hacia adelante en el tiempo, pero implica un pasaje de *años* y no de minutos, horas o días.)

- T: Marie, ¿quién crees que les da a los niños la noticia de tu muerte?
- P: Mi esposo.
- T: ¿Cómo lo hace?
- P: (*Sollozando*) Los abraza y les dice: “Hubo un accidente. Mamá murió”.
- T: ¿Y luego?
- P: Ellos al comienzo no lo creen. Comienzan a llorar y a decir: “No es verdad. Quiero a mi mamá”.
- T: ¿Se sienten muy mal?
- P: Sí, muy mal.
- T: (*Espera un momento*) ¿Puedes ir un poco más adelante? Pasaron seis meses. ¿Qué está ocurriendo? ¿Puedes ver a los niños?
- P: Están en la escuela. Se los ve muy tristes, como si estuviesen vacíos.
- T: ¿Cuán mal se sienten?
- P: Todavía están bastante mal.
- T: ¿Puedes saltar dos años en el tiempo? ¿Qué edad tienen ahora?
- P: Melissa tiene ocho y Linda, seis.
- T: ¿Qué están haciendo?
- P: Jugando afuera. Es nuestra casa. No creo que mi esposo se mude.
- T: ¿Qué hacen las niñas?
- P: Juegan con los vecinos. Saltan a la soga o juegan con una pelota.
- T: ¿Cómo se sienten ahora?
- P: Se sienten bien, salvo cuando piensan en mí.
- T: ¿Y cuándo lo hacen?
- P: (*Llorando*) Todavía lloran algunas veces. Se sienten confundidas.
- T: ¿Es tan malo como al comienzo?
- P: No, no tanto.

El terapeuta conduce a Marie a través de una serie de imágenes, que la llevan a cinco, diez y veinte años después de su muerte imaginaria. A través de este ejercicio, Marie puede ver la angustia inicial de sus hijas y observar cómo va cediendo el malestar, para convertirse en breves periodos de tristeza y dolor, que las niñas pueden afrontar. Imaginar detalladamente que sus hijas crecen y forman su propia familia reduce significativamente el temor de Marie respecto de su muerte en un accidente automovilístico.

Reducción de la amenaza percibida

Un tercer tipo de imagen inducida es la que tiene por objeto permitir que el paciente efectúe una mejor evaluación de alguna situación amenazante. Por ejemplo, el terapeuta alienta a Sally para que modifique la imagen de su presentación ante la clase, imaginando los rostros alentadores de sus amigos en el aula. Pam, una paciente que temía pasar por una cesárea, pudo imaginar el equipo de resucitación en la sala de partos y los rostros amables del médico y la enfermera detrás de sus barbijos.

En síntesis, la mayoría de los pacientes experimentan pensamientos automáticos bajo la forma de imágenes espontáneas. A menudo se requiere un interrogatorio persistente (aunque no invasivo) para que logren reconocer sus imágenes. Los pacientes que tienen frecuentes imágenes perturbadoras se benefician con la práctica regular de varias técnicas de imaginería. Además, también se pueden inducir imágenes con distintos propósitos terapéuticos.

14

Las tareas para el hogar

Las tareas para el hogar no son un elemento accesorio, sino que son parte constitutiva de la terapia cognitiva (Beck et al., 1979). Por medio de ella, el terapeuta busca extender las oportunidades de cambios cognitivos y conductuales a *toda la semana del paciente*. Una asignación adecuada de tareas permite al paciente lograr mayores conocimientos (p. ej. mediante la biblioterapia), adquirir información (p. ej. mediante el control de sus pensamientos, sentimientos y conductas), revisar sus pensamientos y creencias, modificar su pensamiento, poner en acción herramientas conductuales y cognitivas y experimentar nuevos comportamientos. Las tareas para el hogar pueden maximizar lo que se ha aprendido en la sesión y dar al paciente una sensación de mayor autosuficiencia.

Diversos investigadores demostraron que los pacientes de terapia cognitiva que realizan tareas en el hogar progresan más que los que no las hacen (p. ej. Neimeyer y Feixas, 1990; Persons et al., 1988). Muchos pacientes llevan a cabo las tareas para el hogar con agrado y buena voluntad, pero hay unos pocos que se resisten a ellas. Hasta los terapeutas cognitivos más experimentados se han encontrado con pacientes que, a pesar de una cuidadosa preparación, raramente cumplen con las tareas *escritas*. Sin embargo, el profesional debe partir inicialmente de la idea de que el paciente *realizará la tarea* siempre que esta se haya fijado de manera adecuada. Cuida, por ejemplo, de establecer tareas a medida para cada individuo, darle una explicación interesante, precaverlo de los potenciales obstáculos y modificar algunas creencias relevantes, para hacer más probable el cumplimiento. Este capítulo está dividido en cuatro partes: asignación de tareas,

incremento de la posibilidad de cumplimiento exitoso, conceptualización de problemas y revisión de las tareas realizadas.

Asignación de tareas

No existe una fórmula que permita asignar tareas. Estas se adaptan a los pacientes en particular, se fijan en conjunto y se diseñan de acuerdo con los contenidos de la sesión, los objetivos generales que se han planteado el profesional y el paciente para la terapia, la conceptualización que el terapeuta ha hecho del paciente y la etapa en curso del tratamiento. Cuando sugiere tareas, el profesional debe tener en cuenta las características particulares del paciente, sus habilidades para leer y escribir, su disposición y motivación hacia la tarea, su nivel de distrés y de funcionamiento cognitivo y algunas restricciones de tipo práctico (p. ej. el tiempo), entre otras cosas.

Generalmente el terapeuta, en la primera etapa del tratamiento, sugiere las tareas, pero en forma gradual, tal como ocurre con el plan de las sesiones, comienza a pedir al paciente que diseñe sus propias tareas (p. ej. “Ahora que hemos terminado de hablar de este problema con tu compañera de cuarto, ¿qué crees que deberías hacer como tarea para esta semana?”). Los pacientes que, en el momento de concluir su terapia han aprendido a fijar sus propias tareas, tienen mayores probabilidades de continuar con esas actividades luego de finalizado el tratamiento.

En el primer apartado, se presentan tareas típicas. Algunas son permanentes, mientras que otras son adecuadas para la primera etapa, la intermedia o la final. Luego, se transcriben ejemplos de las tareas asignadas a Sally y finalmente, se ofrece una guía para la asignación de tareas.

Tareas permanentes

A continuación nos referiremos a algunas tareas permanentes típicas.

1. *La activación conductual* resulta especialmente útil para pacientes inactivos, pero también puede ser provechosa para aquellos que desean retomar actividades previas o enriquecer su vida por medio de otras nuevas. La programación de actividades se puede llevar a cabo de la manera formal presentada en el capítulo 12 o de una manera más informal (p. ej. “¿Hay en tu lista

de objetivos alguna actividad que desees probar o sobre la que quieras recabar más información esta semana?”).

Un segundo tipo de actividades conductuales se derivan lógicamente del contenido de la sesión y consisten en la práctica de nuevas habilidades y/o la implementación de soluciones que surgen de la resolución práctica de problemas. Sally, por ejemplo, había tenido algunos problemas con su compañera de cuarto. A partir de las conversaciones y de la dramatización que se desarrollaron en la sesión, Sally acordó negociar cuestiones tales como el ruido y el desorden. La resolución directa de problemas con un buen seguimiento conductual suelen producir mejoras importantes en el estado de ánimo.

2. *El control de los pensamientos automáticos* es una tarea importante desde la primera sesión. Tal como se describe en el capítulo 3, el paciente se pregunta: “¿Qué pasa por mi mente en este momento?” cada vez que nota un cambio en el estado de ánimo. Al comienzo puede escribir estos pensamientos en un papel, un cuaderno o una ficha. En el momento oportuno, el terapeuta le enseña a consignarlos en el Registro de Pensamientos Automáticos.

El terapeuta debe advertirle al paciente que el control de los pensamientos automáticos puede llevar a un *incremento* de las tensiones, a menos que al mismo tiempo implemente una respuesta adaptativa para sus cogniciones. Por esta razón, profesional y paciente deben confeccionar juntos las tarjetas de apoyo (véase capítulo 12) para que el paciente las lea en su casa cuando sea necesario.

3. *La biblioterapia* es otra provechosa tarea permanente. Suele ser importante que el paciente no sólo lea, sino que además anote sus opiniones, aquellas cosas con las que está de acuerdo o en desacuerdo o puntos sobre los cuales desea hacer preguntas. (Véase en el Apéndice C una lista de lecturas sugeridas para pacientes.)

4. *El repaso de las sesiones anteriores* ayuda a consolidar los aprendizajes. El repaso consiste en la lectura de las notas tomadas en sesión (o inmediatamente después) y/o la escucha de una grabación de la sesión de terapia. Mientras escucha la grabación, el paciente puede escribir los principales puntos o conclusiones, o registrar los pensamientos automáticos, creencias disfuncionales y respuestas adaptativas que identifica en la sesión. En lugar de grabar y escuchar toda la sesión, se puede adoptar la alternativa de grabar sólo la síntesis efectuada en los últimos minutos de

sesión. Si el terapeuta desea tener su propia grabación para revisar las sesiones (véase capítulo 18), puede solicitar al paciente que lleve su propio equipo de grabación.

5. *La preparación de la siguiente sesión de terapia es, para muchos pacientes, una actividad natural y no necesitan recibir instrucciones para esta tarea permanente. Esos pacientes automáticamente recolectan pensamientos para responder al interrogatorio del terapeuta al comienzo de la sesión. Algunos, en cambio, evitan pensar en la terapia entre sesiones o tienen dificultades para condensar en pocas oraciones temas importantes sobre los que desean hablar. En estos casos es importante que tomen notas por escrito o mentalmente después de la sesión. El Formulario Puente entre Sesiones (capítulo 4, figura 4.1) puede resultarles útil para este propósito.*

Tareas adicionales

Las tareas descritas hasta ahora pueden ser provechosas para todas las sesiones. El terapeuta puede, además, evaluar la posibilidad de asignar otras tareas que son útiles sólo para algunas sesiones en particular. Durante la sesión inicial, por ejemplo, puede ayudar que el paciente profundice su lista de objetivos (véase capítulo 3) y confeccione un listado de afirmaciones personales (véase capítulo 12). Durante las sesiones siguientes, las tareas pueden centrarse primordialmente sobre la evaluación de los pensamientos automáticos y la manera de combatirlos.

Cuando se identifican presunciones y creencias, el paciente puede necesitar revisar un Diagrama de Conceptualización Cognitiva completo (capítulo 10) y una vez que ha comenzado a reestructurar las creencias disfuncionales, continuaría con el trabajo sobre los Formularios de Creencias Centrales (capítulo 11) en su casa. Tanto antes como después de la modificación de creencias, el paciente puede practicar experimentos para el cambio conductual: practicar habilidades nuevas (por ejemplo la asertividad), actual “como si” (véase capítulo 10) y comprobar pensamientos y creencias mediante experimentos conductuales (véanse capítulos 10 y 12).

Por último, el trabajo en la etapa final de la terapia puede estar orientado a la finalización del tratamiento y la prevención de las recaídas (véase capítulo 15). Se trata en estos casos de organizar los apuntes de la terapia, reaccionar frente a los

pensamientos automáticos referidos a la finalización y desarrollar planes para futuras dificultades previstas.

Aunque las tareas que se consignan a continuación son adecuadas para muchos pacientes, es importante tener en cuenta que un mínimo importante de tareas deben ser individuales y diseñadas especialmente para un paciente en particular.

Ejemplos de tareas para el hogar para Sally

Sesión 1

1. Profundizar la lista de objetivos.
2. Cuando cambie mi estado de ánimo, preguntarme: “¿Qué está pasando por mi mente en este momento?” y anotar los pensamientos (e imágenes). Recordar que estos pensamientos pueden o no ser verdaderos.
3. Recordar que en este momento *estoy deprimida*. No se trata de pereza. Las cosas me resultan muy difíciles debido a la depresión.
4. Pensar qué cosas deseo incluir en el plan de la próxima semana (qué problemas o situaciones) y darles nombres.
5. Leer el folleto (*Enfrentar la depresión*; véase Apéndice D) y los apuntes de la sesión.
6. Ir a nadar o a correr tres veces en la semana.

Sesión 2

1. Cuando note cambios en mi estado de ánimo, debo preguntarme: “¿Qué está pasando por mi mente en este momento?” y anotar los pensamientos automáticos (que pueden o no ser verdaderos). Debo intentar hacerlo por lo menos una vez al día.
2. Si no puedo identificar los pensamientos automáticos, debo anotar la situación. Recordar que la identificación de los pensamientos es una capacidad en la que iré mejorando, como sucede con el tipiado.
3. Pedir a Ron que me ayude con el capítulo 5 del libro de economía.
4. Releer los apuntes de terapia una vez por día.
5. Continuar nadando/corriendo. Planificar tres actividades con mi compañera de cuarto.

Sesión 3

1. Leer los apuntes de terapia una vez al día.

2. Continuar corriendo/nadando/haciendo cosas con Jane.
3. Pedir a Lisa que estudie conmigo para el examen de química.
4. Agregar ítems a mi lista de créditos.
5. Completar las primeras cuatro columnas del Registro de Pensamientos Disfuncionales (RPD) una vez al día cuando mi estado de ánimo empeore y usar las preguntas consignadas al final para pensar la respuesta.

Sesión 4

1. Escribir los pensamientos automáticos en el RPD.
2. Repasar los apuntes de terapia.
3. Completar todo lo posible el formulario de actividades.
4. Conversar/negociar con mi compañera de cuarto acerca del ruido en la noche.
5. Llevar una lista de créditos.

Sesión 5

1. Completar las primeras cuatro columnas del RPD cuando note modificaciones en mi estado de ánimo y responder mentalmente a las preguntas consignadas al final, para desarrollar una respuesta alternativa.
2. Leer los apuntes de terapia.
3. Hacer el seguimiento de las actividades programadas en la sesión.
4. Lista de créditos.
5. Acudir al profesor asistente para conseguir ayuda.

Sesión 6

1. Completar el RPD cuando estoy perturbada.
2. Leer los apuntes de terapia (una vez al día).
3. Lista de créditos.
4. Leer la tarjeta de apoyo cuando estoy ansiosa debido al trabajo de literatura.
5. Continuar con la programación de actividades.

Sesión 7

1. RPD
2. Leer los apuntes de terapia.
3. Lista de créditos.
4. Hacer una o dos preguntas después de clase.
5. Leer las tarjetas de apoyo tres veces al día y cuando sea necesario.

Sesión 8

1. RPD
2. Leer los apuntes de terapia y las tarjetas de apoyo cuando sea necesario.
3. Lista de créditos.
4. Formular una o dos preguntas en clase.
5. Leer el Diagrama de Conceptualización del Caso.

Sesión 9

1. RPD.
2. Leer los apuntes de terapia y las tarjetas de apoyo de una a tres veces al día.
3. Responder una o dos preguntas o hacer un comentario en clase (economía y química).
4. Responder a la parte final del Formulario de Creencias Centrales.
5. Tocar el tema del ruido con mi compañera de cuarto.
6. Acudir al doctor Smith durante su horario de atención.
7. Ventajas y desventajas de Filadelfia respecto de mi casa para las vacaciones de verano.

Sesión 12 (Penúltima sesión)

1. RPD respecto del fin de la terapia.
2. Organizar los apuntes de terapia desde el comienzo.
3. Revisar los apuntes referentes a las sesiones de autoterapia.

Aumentar la probabilidad de éxito en la tarea

Mientras algunos pacientes realizan con facilidad las tareas que se les sugieren, para otros se trata de una cuestión más problemática. La implementación de la siguiente guía aumenta la probabilidad de que el paciente tenga éxito con la tarea y experimente una mejoría en el estado de ánimo.

1. Ajustar la tarea al individuo (asegurarse en un 90-100% de que el paciente puede hacerla y la hará). Es preferible asignar tareas demasiado fáciles que proponer algunas demasiado difíciles.
2. Dar una explicación de cómo y por qué podría ayudar una tarea.

3. Establecer la tarea en colaboración con el paciente. Buscar las ideas y el acuerdo del paciente.
4. Hacer que la tarea sea una propuesta sin posibilidades de fracaso.
5. Comenzar la ejecución de la tarea, si es posible, en sesión.
6. Ayudar a establecer sistemas para recordar la tarea.
7. Anticipar posibles problemas; realizar ensayos encubiertos cuando haga falta.
8. Preparar al paciente para un posible resultado negativo (cuando exista esa probabilidad).

Adaptar la tarea al paciente

El cumplimiento exitoso de las tareas puede acelerar la terapia, llevar a un mayor sentimiento de satisfacción y mejorar el estado de ánimo. Las tareas, por lo tanto, deben ser seleccionadas con mucho cuidado, para poder así acrecentar la probabilidad de éxito. No hay que asignarlas según una fórmula preestablecida, sino tomar en cuenta las características (ya mencionadas en la introducción de este capítulo) y los deseos del paciente.

Joan, por ejemplo, era una paciente a quien le había costado incorporar el modelo cognitivo y se sentía irritada cuando su terapeuta (principiante) la impulsaba a consignar sus pensamientos automáticos. En esos casos, le decía: "Usted no comprende. Yo *no sé* qué pasa por mi mente en este momento. Lo único que sé es que me siento muy molesta". En esa sesión hubiese sido inadecuado indicarle como tarea que tomase nota de sus pensamientos automáticos. Otra paciente llamada Barbara, en cambio, había leído un libro muy popular sobre terapia cognitiva y tenía una capacidad particular para identificar sus pensamientos automáticos. Su primera tarea para el hogar consistió en completar las primeras cuatro columnas del RPD cada vez que se sintiera perturbada.

No sólo es importante el tipo de tarea sino también *la cantidad* de trabajo que se asigna. Sally era una paciente motivada que aceptaba bien las tareas para el hogar, en parte por ser estudiante. Ella podía realizar en casa más tareas que Joan, que estaba más deprimida y hacía ya años que había dejado los estudios.

El tercer paso para adaptar las tareas a un paciente en particular es dividir el trabajo en etapas que sean fácilmente

abordables. Leer un capítulo de un libro sobre terapia cognitiva o un texto de estudio, completar las cuatro primeras columnas de un RPD, dedicar diez o quince minutos a pagar cuentas, lavar sólo dos cargas de ropa y dirigirse al supermercado pero no entrar inicialmente, son ejemplos de esta clase de adaptación.

También es importante predecir posibles dificultades antes de asignar una tarea. Esto se puede hacer evaluando el diagnóstico del paciente y los problemas que presenta. Los pacientes severamente deprimidos, por ejemplo, se beneficiarán más al comienzo con las tareas conductuales que con las específicamente cognitivas. Un paciente reticente, en cambio, probablemente escapará de las tareas conductuales que le resultarán difíciles y harán que tema la disforia que pueden provocar en él. Un paciente angustiado y abrumado quizá se sienta incapaz de llevar adelante *cualquier* tarea si el terapeuta le sugiere demasiadas cosas. Es preferible entonces, adoptar el caso extremo de darle tareas extremadamente fáciles. La dificultad para llevar a cabo una tarea o para hacerla bien, puede llevar al paciente a la autocrítica o a la desesperanza.

Proveer una explicación

Es más probable que un paciente cumpla con las tareas para el hogar si comprende cuál es el propósito de estas. El terapeuta de Sally, por ejemplo, presenta una tarea sugerida de la siguiente manera: “¿Crees que sería útil para los dos si conociéramos mejor cómo administras tu tiempo? De esa manera nos daremos cuenta si estás sobrecargada por alguna clase de actividad y tal vez no dedicas tiempo suficiente a otras cosas”.

El profesional suele dar inicialmente una breve explicación. Más adelante, alienta al paciente para que descubra el propósito de una tarea, por ejemplo: “Sally, ¿cuál sería la finalidad de que averiguaras cuáles son los planes de tu compañera para este fin de semana?” “¿Por qué es conveniente confeccionar una lista de créditos?”. También resulta importante señalar a los pacientes que es posible que mejoren *más rápido* si cumplen con las tareas: “Existen investigaciones que demuestran que las personas que hacen las tareas de la terapia hacen más progresos”. También es importante poner énfasis en las razones por las cuales las tareas deben hacerse *diariamente*. Para cambiar el pensamiento y el comportamiento son necesarios atención y esfuerzo sostenidos.

Establecer las tareas en colaboración

El terapeuta debe asegurarse de que el paciente no sólo comprenda los objetivos de una tarea, sino que además esté de acuerdo en hacerla: "Sally, ¿qué piensas de formular una pregunta al profesor después de la clase?". Los pacientes muy complacientes a veces aceptan rápidamente una asignación de tareas, pero luego tienen dificultades para cumplirlas. Cuando el terapeuta se da cuenta de esto, incluye algunos pasos más, como por ejemplo, la formulación de preguntas como las siguientes: "¿Cuál es la probabilidad de que puedas completar el Registro de Pensamientos Disfuncionales un par de veces durante esta semana?" "¿Crees que hacerlo en verdad te ayudará?" "¿Preferirías hacerlo mentalmente en la semana y que lo escribiéramos juntos en la próxima sesión?" "¿Cómo podemos organizarlo para que te resulte más fácil?".

A medida que la terapia avanza, el profesional alienta al paciente para que fije sus propias tareas. "¿Qué te gustaría hacer esta semana en relación con (el problema)?" "¿Qué podrías hacer esta semana si te sintieras angustiada?" "¿Cómo manejarás este problema, en caso de que aparezca?"

Evitar las posibilidades de fracaso

Tal como se menciona en el capítulo 3, es fundamental que al comienzo de la terapia se enfatice que la realización de las tareas proveerá datos útiles, aun cuando el paciente no logre completarla. De esta manera, un paciente que no consigue realizar su tarea no se sentirá un fracasado y no se acentuará su disforia.

TERAPEUTA: Mira, Sally, si puedes hacer todas estas tareas, estará muy bien, pero si tienes algún problema para hacerlo, también será bueno, especialmente si puedes identificar cuáles son los pensamientos que se interponen. Por esta razón te pido que, o bien realices la tarea, o bien trates de registrar lo que pasa por tu mente y te impide hacerla. La semana que viene hablaremos acerca de esos datos, que sin duda serán importantes para nosotros. ¿Te parece bien?

A veces, durante dos semanas seguidas, el paciente no logra hacer una parte significativa de las tareas, o las hace inmediatamente antes de la sesión, en lugar de dedicarles un tiempo cada día. En estos casos, el profesional, en lugar de continuar tratando

de evitar el fracaso, debe intentar averiguar cuáles son los obstáculos prácticos o psicológicos que se interponen en la realización de las tareas.

Comenzar la tarea en la sesión

Es aconsejable, especialmente en la primera etapa de la terapia, dejar libre algún tiempo en la sesión para que el paciente pueda comenzar allí sus tareas. De esta manera, el profesional evaluaría si el trabajo asignado tiene un nivel de dificultad adecuado. También es útil para el paciente, ya que es más probable que continúe con una tarea que ya ha comenzado. Esto es muy importante, pues una gran cantidad de pacientes refieren que la parte más difícil de una tarea es *inmediatamente antes* de comenzarla, porque experimentan dificultades con la motivación.

Recordar las tareas

Es muy importante que, desde el comienzo, los pacientes anoten las tareas asignadas durante la sesión. Cuando, de todas maneras, olvidan hacerlas, existen otras estrategias para recordárselo. Se les puede pedir que agrupen la tarea con otra actividad diaria (p. ej. “¿Qué te parece si completas el programa de actividades durante las comidas y antes de ir a dormir?”). También pueden pegar letreros en el refrigerador, el espejo del baño o la guantera del automóvil. Una conversación acerca de cómo hacen ellos para recordar tomar una medicación o administrársela a otra persona, puede evocarles recursos que previamente les han resultado útiles. A menudo también están indicadas estrategias de resolución de problemas. Por ejemplo, pueden decidir conjuntamente que el paciente escuchará las grabaciones de las sesiones en el automóvil, en el camino hacia o desde el trabajo.

Anticipar problemas

Es importante que el terapeuta se ponga en el lugar del paciente y considere las siguientes cuestiones:

- ¿La cantidad de tarea es razonable para este paciente?
- ¿El nivel de dificultad es adecuado?
- ¿Resultará abrumadora?

¿Parece estar lógicamente relacionada con sus objetivos?
¿Es probable que la complete?
¿Qué problemas prácticos se pueden interponer (tiempo, energía, oportunidad)?
¿Qué pensamientos se pueden interponer?

El terapeuta debe preguntar al paciente acerca del grado de probabilidad (0-100%) de que complete la tarea. Si el profesional no está convencido en un 90 a 100% de que el paciente puede hacer la tarea y de que la hará, debe considerar aplicar una o más de las siguientes estrategias:

1. *El ensayo encubierto*, tal como se describe a continuación, se vale de las imágenes inducidas para descubrir y resolver potenciales problemas asociados con las tareas.

T: ¿Crees que algo puede interferir tu consulta con el profesor asistente?

P: No lo sé.

T: ¿Cuándo sería un buen momento para ir? (*Hace que la paciente especifique y se comprometa*)

P: Creo que el viernes en la mañana. Ese es su horario de atención en la oficina.

T: ¿Puedes imaginarte ese momento? ¿Lo puedes ver? ¿Te imaginas diciendo: "Debo ir a la oficina del profesor asistente"?

P: Sí.

T: ¿Dónde estás? (*Pregunta detalles para ayudar a la paciente a visualizar la escena y a identificar sus pensamientos y emociones*)

P: En mi habitación.

T: ¿Qué estás haciendo?

P: Estoy terminando de vestirme.

T: ¿Y cómo te sientes?

P: Creo que un poco nerviosa.

T: ¿Qué pasa por tu mente?

P: No quiero ir. Tal vez sea mejor que vuelva a leer el capítulo por mi cuenta.

T: ¿Y cómo vas a combatir ese pensamiento?

P: No lo sé. Me parece correcto. (*Ríe*)

T: Deberías recordar que se trata de un experimento para comprobar tu predicción de que no comprenderás el capítulo aunque te ayuden.

- P: Es verdad.
- T: ¿Te ayudaría leer una tarjeta de apoyo?
- P: Probablemente. [El profesional y la paciente redactan juntos una tarjeta de apoyo, tal como se describe en el capítulo 12.]
- T: Está bien. Imagina ahora que estás vestida y estás pensando: “Leeré el capítulo por mi cuenta en lugar de ir”. ¿Qué sucede entonces?
- P: Pienso: “Un momento. Se supone que esto es un experimento. ¿Dónde está la tarjeta de apoyo?”.
- T: ¿Dónde está?
- P: Conociéndome, sé que deberé buscarla.
- T: ¿Hay algún lugar donde la puedas poner en cuanto regreses hoy?
- P: En realidad no quiero que mi compañera de cuarto la vea... Quizás en la última gaveta de mi escritorio.
- T: Está bien. ¿Te imaginas tomando la tarjeta y leyéndola?
- P: Sí.
- T: ¿Qué sucede?
- P: Probablemente recuerdo por qué *debería* asistir, pero sigo sin querer hacerlo. Por eso decido ordenar antes mi cuarto.
- T: ¿Qué podrías recordar en este momento?
- P: Que debería ir y terminar con esto. Tal vez me ayudará realmente. Si me detengo y me quedo ordenando, quizá no vaya.
- T: Correcto. ¿Qué sucede entonces?
- P: Voy.
- T: ¿Y luego?
- P: Llego allí. Le hago una pregunta y le digo que comprendo todo y que estoy confundida. Probablemente me ayude.
- T: ¿Cómo te sientes en este momento?
- P: Bastante bien. Me alegro de haber ido.

Este ensayo encubierto de la tarea ayuda a la paciente y al terapeuta a descubrir los obstáculos prácticos y los pensamientos disfuncionales que impiden completar la tarea.

2. *Sugerir una tarea diferente* es un recurso aconsejable cuando el terapeuta considera que una tarea es inadecuada o el ensayo encubierto no ha sido suficientemente eficaz. Es mejor sustituir la tarea por otra más fácil que el paciente pueda realizar, antes que establecer el hábito de no hacer lo que se ha acordado en la sesión.

T: Sally, no estoy seguro de que estés preparada para hacer esto. [O bien, "No estoy seguro de que esta sea una tarea adecuada".] ¿Qué crees tú? ¿Quieres seguir adelante e intentarlo o esperamos otra ocasión?

3. *La dramatización racional-emocional* puede ayudar a motivar a un paciente reticente, cuando el terapeuta considera que es importante para él realizar una determinada tarea. (Tal como se describe en el capítulo 10, esta técnica no se usa al comienzo de la terapia, ya que el paciente la puede sentir como una intervención agresiva.)

T: Todavía no estoy seguro de que vayas a utilizar la tarjeta de apoyo para comenzar a estudiar.

P: Probablemente no lo haga.

T: Está bien. ¿Qué te parece si hacemos una dramatización racional-emocional al respecto? Ya lo hemos hecho antes. Yo seré tu parte racional y tú serás tu parte emocional. Discutirás conmigo todo lo que puedas para que yo alcance a ver cuáles son los argumentos de los que te vales para no leer tu tarjeta de apoyo y comenzar a estudiar. Comienzas tú.

P: Bueno. No tengo deseos de hacer esto.

T: Es verdad que no lo deseo, pero eso es irrelevante. No se trata de querer o no. Es lo que *necesito* hacer.

P: Sí, pero puedo hacerlo más tarde.

T: Es verdad, pero mi tendencia es *no hacerlo* más tarde. No quiero reforzar la mala costumbre de posponerlo. Tengo la oportunidad de fortalecer un nuevo y mejor hábito.

P: Sí, pero por una vez no importa.

T: Es verdad, cada momento particular no es crucial en la vida de un individuo, pero sé que a largo plazo estaré mejor si fortalezo este buen hábito todo lo que pueda.

P: No lo sé. Simplemente no quiero.

T: No tengo que prestar atención a lo que *deseo o no deseo* hacer ahora. A largo plazo, *deseo* hacer las cosas que necesito para alcanzar mis objetivos y sentirme bien conmigo misma y *no* quiero evitar continuamente las cosas que no tengo ganas de hacer.

P: ...Ya no me quedan argumentos.

T: Está bien. Ahora intercambiaremos los papeles y anotaremos algunas cosas [o veremos de escuchar esta parte de la grabación].

Luego del intercambio de papeles, el terapeuta debe tomar nuevamente una decisión. Puede, de acuerdo con la paciente, reasignarle la misma tarea (p. ej., “¿Cómo te sientes ahora para intentarlo de nuevo?”) y escribir junto con ella una tarjeta de apoyo con algunos puntos mencionados en la dramatización previa. Si el terapeuta cree improbable que el paciente vaya a completar la tarea, no obstante, puede sugerir un cambio de tareas antes de correr el riesgo de que la paciente se sienta frustrada al no poder completarla.

Preparación para un posible resultado negativo

Cuando se diseña un experimento conductual o se desea comprobar una presunción, es importante fijar las condiciones que confieren la mayor probabilidad de éxito. Por ejemplo, Sally y el terapeuta conversaron acerca de quién era el profesor más receptivo para plantearle preguntas después de clase, cuáles eran las palabras que ella debería utilizar cuando negociara con su compañera el tema de los ruidos en la noche o cuánta ayuda era razonable pedir a su vecino. Si el terapeuta piensa que un experimento puede no dar tan buenos resultados como se ha previsto, puede ayudar al paciente a anticipar sus reacciones frente a los pensamientos automáticos que surgirán (véase capítulo 12).

T: Supongamos ahora que *podría* ocurrir que tu vecino te dijese que no puede ayudarte. Si eso sucede, ¿qué pasará por tu mente?

P: Que no debería haberle pedido ayuda. Que probablemente él piense que soy estúpida por haberlo hecho.

T: ¿Qué otra razón puede tener él para decir que no? (*Busca una explicación alternativa*)

P: Que esté muy ocupado.

T: Ajá.

P: (*Piensa*)

T: ¿Podría ser que él no comprenda el material tan bien como para explicártelo a ti? ¿O que no le guste enseñar? ¿O que esté preocupado por alguna otra cosa?

P: Creo que sí.

T: ¿Tienes alguna evidencia de que él piense que eres estúpida?

P: No, pero no estamos de acuerdo en cuestiones políticas.

T: ¿Te pareció que él creía que tus ideas eran muy tontas o que simplemente tenías un punto de vista diferente?

P: Sólo que pensábamos distinto.

T: Quiere decir que hasta el momento él no te ha considerado una estúpida.

P: Creo que no.

T: Quiere decir que aunque no acepte ayudarte, eso no significará necesariamente que ha cambiado su opinión sobre ti porque le pediste ayuda. ¿Verdad?

P: Creo que tiene razón.

T: Está bien. Hemos acordado que más tarde irás a verlo y le pedirás ayuda. Es posible que te ayude y eso está muy bien, pero en caso de que no lo haga, ¿qué deberás recordar?

T: Que eso no significa que piense que soy estúpida. Puede estar ocupado, o no estar muy seguro de sus conocimientos, o quizá no le agrada enseñar.

La discusión anticipada de un problema potencial resguarda al paciente de una posible frustración en aquellos casos en que tiene una tendencia a la autocrítica.

Conceptualizar las dificultades

Si el paciente tiene dificultades para llevar a cabo sus tareas, el terapeuta utiliza el problema como una oportunidad para comprenderlo mejor. Se plantea entonces, si el fracaso se relaciona con problemas de tipo práctico, si se trata de un problema psicológico encubierto o si tiene que ver con las cogniciones *del terapeuta*.

Problemas prácticos

La mayor parte de los problemas prácticos se pueden evitar si el terapeuta establece las tareas cuidadosamente y prepara al paciente para realizarlas. El ensayo encubierto (como se describió antes) también puede descubrir dificultades potenciales. A continuación se describen cuatro problemas prácticos típicos y sus soluciones.

Realizar las tareas en el último minuto

Lo ideal es que los pacientes lleven a cabo las tareas para la terapia *durante toda la semana*. Por ejemplo, para muchos es útil identificar y registrar sus pensamientos automáticos en el mo-

mento en que notan un cambio en el estado de ánimo y responder a esos pensamientos mentalmente o por escrito. Algunos pacientes evitan pensar en la terapia entre las sesiones. Generalmente, esta reticencia es parte de un problema anterior, por lo cual el paciente y el terapeuta deben intentar modificar ciertas creencias (p. ej., “Si me ocupo de un problema en lugar de distraerme, me sentiré peor”, o bien “Si no puedo cambiar, ¿para qué intentarlo?”). Hay otros pacientes, en cambio, que sólo necesitan un recordatorio amable para no dejar las tareas para el último minuto: “Algunos pacientes hacen sus tareas la noche anterior a la sesión. ¿Qué crees tú? ¿Será más útil para ti hacerlas la noche anterior o durante toda la semana?”.

Olvidar las razones de la asignación de una tarea

Algunas veces un paciente olvida hacer la tarea porque ha olvidado las razones por las cuales se le pidió que la hiciese. Este problema se puede evitar haciendo que el paciente (que ha demostrado anteriormente esta dificultad) anote las razones al lado de la tarea.

P: No hice los ejercicios de relajación [o leí las tarjetas de apoyo, o practiqué el control de la respiración o anoté mis actividades] porque esta semana me sentí bien.

T: ¿Recuerdas lo que dijimos hace algunas semanas acerca de las razones por las que practicarlos cada semana, independientemente de cómo te sintieras?

P: No recuerdo bien.

T: Bien. Digamos que no practicas tus ejercicios de relajación durante tres semanas y que luego tienes una semana muy cargada de tensiones. ¿Serás capaz de hacerlos bien en esa ocasión?

P: No tanto como si hubiese practicado todas las semanas, supongo.

T: ¿Podemos anotar nuevamente los ejercicios de relajación como tarea para la próxima semana? ¿Tienes algún otro problema que te impida practicarlos? Quizá te gustaría agregar por qué has decidido hacerlo aunque te sientas bien.

Desorganización

Cuando, pese a los recursos arbitrados, un paciente continúa con dificultades para llevar adelante las tareas, es aconsejable

fijar una estructura especial o un régimen para hacerlas. Se puede utilizar un monitor de tareas, que es un sencillo diagrama que el terapeuta puede dibujar durante la sesión. Al paciente se le pide únicamente que marque en él cada tarea a medida que la va completando.

	Mie	Jue	Vie	Sa	Do	Lu	Ma
1. Leer los apuntes de la terapia							
2. Lista de créditos							
3. Completar RPD							
4. Formular una pregunta en clase							

También se le puede solicitar al paciente que consiga una agenda o un calendario y anote en el espacio correspondiente a cada día las tareas que debe realizar. (Lo pueden hacer juntos en el consultorio para comenzar y luego se le puede pedir que escriba lo que falta en la sala de espera, después de la sesión.) Durante la semana, cuando finalice una tarea, la tachará.

Una tercera técnica consiste en pedir al paciente que llame al consultorio del terapeuta y deje un mensaje cada vez que ha completado una tarea. Saber que el terapeuta está esperando el mensaje puede motivar al paciente.

Estas técnicas, como cualquier otra intervención, deben ser planteadas con una explicación y acordadas entre profesional y paciente.

Dificultades con una tarea

Si el terapeuta se da cuenta, a posteriori, de que una tarea ha sido demasiado difícil o que no estaba bien definida (es un problema frecuente en los terapeutas principiantes), debe ofrecer una explicación al paciente, que tal vez se ha *autocriticado* por no haberla realizado correctamente.

T: Sally, ahora que hemos conversado acerca del problema que tuviste con tu tarea, me doy cuenta de que no la expliqué bien [o que no era adecuada]. ¿Qué pasó por tu mente cuando no pudiste o no quisiste hacerla?

En este caso, el paciente tiene una oportunidad para: 1) dar el ejemplo de que él también puede cometer errores y admitirlos, 2) mejorar el *rapport*, 3) demostrar al paciente que está interesado en amoldar la terapia a sus necesidades y las tareas encomendadas y 4) ayudar al paciente a ver una explicación alternativa para su fracaso.

Problemas psicológicos

Si una tarea ha sido fijada adecuadamente y el paciente tuvo la oportunidad necesaria para realizarla, las dificultades para no haberla cumplido pueden derivar de los factores psicológicos que se describen a continuación.

Predictores negativos

Cuando los pacientes se encuentran psicológicamente perturbados y en especial cuando están deprimidos, tienden a prever resultados negativos. Para identificar cogniciones disfuncionales que interfieren con las tareas, el profesional hace que el paciente recuerde algún momento *determinado* durante el cual pensó en hacer la tarea e investiga las cogniciones y sentimientos de ese instante.

T: ¿Hubo en la semana algún momento durante el cual pensaras en leer el folleto acerca de la depresión?

P: Sí, pensé hacerlo en varias ocasiones.

T: Cuéntame acerca de alguno de esos momentos. ¿Pensaste en eso anoche, por ejemplo?

P: Sí, iba a hacerlo después de cenar.

T: ¿Y qué sucedió?

P: No lo sé. No pude.

T: ¿Cómo te sentías?

P: Abatida, triste y cansada.

T: ¿Qué pasaba por tu mente mientras pensabas en leer el folleto?

T: Esto es difícil. Probablemente no podré concentrarme. No lo comprenderé.

T: Parece que te sentías muy abatida. No me asombra que hayas tenido problemas para comenzar la tarea. Sin embargo, me pregunto cómo podríamos corroborar tu impresión de que no serías capaz de concentrarte ni comprender.

P: Creo que podría intentarlo.

El paciente puede entonces llevar a cabo un experimento en la sesión. Luego de algún resultado exitoso, debe escribir sus conclusiones, por ejemplo: "Algunas veces mis pensamientos no son correctos, ya que en realidad puedo hacer más de lo que pienso. La próxima vez que no tenga esperanzas, haré un experimento para controlar mis ideas". (A considerar : Si un experimento acaba en un fracaso, el terapeuta debe buscar una tarea más básica.)

Otras predicciones negativas tales como "Mi compañera de cuarto no querrá ir conmigo a esa reunión" o "No comprenderé ese material aunque me ayuden" o "Escribir la tarea me hará sentir mejor", son controlables conductualmente de una manera sencilla (aunque el terapeuta puede también tener en cuenta la posibilidad de preparar al paciente por anticipado para cuidar su reacción frente a un probable fracaso). Es factible evaluar con los cuestionarios habituales (véase capítulo 8) otros pensamientos tales como "No puedo hacer nada bien" o "Puedo reprobar este curso" y luego desarrollar respuestas alternativas.

Cuando el paciente es ambivalente respecto del cumplimiento de una tarea, es primordial que el terapeuta reconozca que no sabe cuál será el resultado: "No sé a ciencia cierta si esta tarea te ayudará, pero ¿qué pierdes al intentarlo? ¿Cuál sería el beneficio potencial a largo plazo, en caso de que funcione?". Paciente y terapeuta también pueden confeccionar una lista de ventajas y desventajas que se derivan de la ejecución de la tarea. Si el paciente tiene dificultades para identificar los pensamientos automáticos asociados con la tarea o si le cuesta expresarlos con sinceridad frente al terapeuta, puede completar un formulario diseñado para consignar las dificultades con las tareas (véase Apéndice D).

Por último, un paciente se puede beneficiar con un trabajo a nivel de las creencias. Las tareas para el hogar activarían creencias como las que siguen:

"Soy inútil/indefenso/incompetente."

"Si debo realizar tareas para la terapia, quiere decir que soy anormal."

"No debería necesitar tanto esfuerzo para sentirme mejor."

"Mi terapeuta está tratando de controlarme."

"Si sigo pensando en mis problemas, me sentiré cada vez peor."

Creencias de este tipo se pueden identificar y modificar aplicando las técnicas descritas en los capítulos 10 y 11.

Sobrestimar las demandas de una tarea

Algunos pacientes sobrestiman los inconvenientes o dificultades que puede acarrearles una tarea o no perciben que el tiempo por invertir será limitado.

T: ¿Qué podría interponerse para que completes Registros de Pensamientos Disfuncionales algunas veces durante esta semana?

P: No sé si encontraré el tiempo.

T: ¿Cuánto tiempo crees que te tomará cada vez?

P: No tanto. Quizá diez minutos, pero usted sabe que estoy muy apurada estos días. Tengo muchas cosas que hacer.

En estos casos, paciente y terapeuta aplican técnicas de resolución de problemas para encontrar espacios de tiempo disponibles. El terapeuta también puede proponer una analogía, enfatizando que los inconvenientes que acarrearía la ejecución de las tareas sólo se producirán durante un tiempo limitado:

T: Es cierto. Estos días *estás* muy ocupada, pero me pregunto qué harías si tuvieras que tomarte a diario el tiempo necesario para hacer algo fundamental para tu vida (o la de tu hijo, un amigo o un familiar). Por ejemplo, ¿qué harías si tuvieran que practicar una transfusión de sangre a diario?

P: Está claro que encontraría el tiempo.

T: Por supuesto, el hecho de no hacer tu tarea no constituye una amenaza para tu vida, pero el principio es el mismo. Enseguida hablaremos de cómo puedes abreviar el tiempo que te tomas para otras cosas pero, en primer lugar, es importante que recuerdes que esto no es para toda la vida. Sólo es necesario que organices algunas cosas durante un tiempo, hasta que te sientas mejor.

Preguntas similares pueden ser útiles para el paciente que sobrestima la *energía* necesaria para realizar una tarea. En el ejemplo que sigue la paciente tiene una idea disfuncional (y distorsionada) de lo que implica el cumplimiento del trabajo que se le ha asignado:

T: ¿Qué cosa se puede interponer para que vayas al centro de compras todos los días esta semana?

P: (*Suspira*) No sé si tendré la energía necesaria para hacerlo.

T: ¿Qué te imaginas?

P: No sé, me veo arrastrándome de una tienda a otra.

T: Sabes, porque lo hemos conversado, que sólo debes ir diez minutos por día. ¿A cuántas tiendas puedes ir en diez minutos? ¿No estarás pensando que esta tarea será más difícil de lo que planeamos?

En otra situación, la paciente ha evocado correctamente la tarea, pero de todos modos sobrestima la energía necesaria para llevarla a cabo. El terapeuta la ayuda, en primer lugar, a *determinar el problema* mediante una versión modificada y abreviada del ensayo encubierto.

P: No sé si tendré la energía necesaria para llevar a Max al parque quince minutos.

T: ¿Cuál es la mayor dificultad? ¿Salir de la casa? ¿Llegar al parque? ¿Lo que tendrás que hacer en el parque?

P: Salir de la casa. Tengo que reunir muchas cosas: el bolso de pañales, el biberón, el coche, el abrigo y las botas del niño. [El terapeuta y la paciente aplican entonces técnicas de resolución de problemas. Una solución adecuada consiste en guardar juntas todas las cosas necesarias más temprano, en algún momento en que tenga más energía o se sienta menos abrumada.]

En una tercera situación, el terapeuta sencillamente plantea la tarea como un experimento.

P: No estoy segura de tener la energía necesaria para hacer esas llamadas.

T: Dado que hoy tenemos poco tiempo, ¿qué te parece si planteamos la tarea como un experimento? Escribiremos tu predicción y la próxima sesión me dirás cuán acertada era. ¿Correcto?

Perfeccionismo

A muchos pacientes les basta con que les recuerden que no deben buscar la perfección cuando realizan las tareas:

T: Sally, aprender a ser asertiva es una habilidad, como aprender a usar el ordenador. Irás mejorando con la práctica. Por eso, si tienes alguna dificultad esta semana, no te aflijas. Veremos cómo resolverlo mejor en la siguiente sesión.

Otros pacientes, que tienen una fuerte presunción subyacente respecto de la necesidad de ser perfectos, se pueden beneficiar con tareas que *incluyan* errores:

T: Parece que tu creencia acerca del perfeccionismo está apareciendo en las dificultades para cumplir con las tareas.

P: Así es.

T: ¿Qué te parece si esta semana completas un Registro de Pensamientos Disfuncionales *deliberadamente* imperfecto? Podrías hacerlo en una caligrafía desprolija, no hacerlo exhaustivamente, no fijarte en la ortografía, darte un límite de tiempo de diez minutos o algo así.

Obstáculos psicológicos enmascarados como problemas prácticos

Algunos pacientes sostienen que problemas prácticos tales como la falta de tiempo, energía u oportunidad les impiden llevar a cabo las tareas. Si el terapeuta cree que hay también un pensamiento o una creencia interfiriendo con el trabajo, puede investigar esta posibilidad *antes* de tratar los problemas prácticos.

T: Está bien. Quiere decir que no estás segura de poder llevar a cabo la tarea [debido a un problema práctico]. Finjamos por un momento que estos problemas desaparecen mágicamente. ¿Cuál es la probabilidad *ahora* de que hagas la tarea? ¿Alguna otra cosa se interpondría? ¿Algún pensamiento que interfiera?

Problemas relacionados con las cogniciones del terapeuta

Finalmente, el terapeuta puede evaluar si algunos de *sus* pensamientos o creencias le impiden alentar adecuadamente al paciente para que haga las tareas. Algunas de las presunciones disfuncionales típicas de los terapeutas son:

“Si indago las razones por las cuales no hizo la tarea, voy a herir sus sentimientos.”

“Si lo contradigo, se enojará.”

“Si sugiero que intente con un control de tareas, se sentirá insultado.”

“En realidad no necesita de tareas para mejorar.”

“En este momento está demasiado sobrecargado con muchas cosas.”

“Es demasiado pasivo-agresivo como para hacer tareas.”

“Es demasiado frágil para exponerlo a una situación angustiante.”

El terapeuta debe preguntarse qué pasa por *su* mente cuando piensa en la asignación de tareas o debe explorar por qué un paciente no las ha hecho. Luego puede poner en práctica un Registro de Pensamientos Disfuncionales, un experimento conductual o puede hacer una consulta con un supervisor. Debe recordar que, si le permite al paciente dejar de lado las tareas y le evita esfuerzos, no le está haciendo ningún favor.

Revisar las tareas realizadas

Desde el comienzo, los pacientes deben comprender que las tareas son una parte fundamental de la terapia. El terapeuta, por lo tanto, siempre debe prestar atención a las tareas asignadas en la sesión anterior. Aun cuando el paciente esté en crisis o desee conversar sobre temas no relacionados con las tareas, es importante dedicar unos minutos a su revisión o al menos acordar hacerlo en la siguiente sesión.

A veces las tareas para el hogar están íntimamente relacionadas con los temas de la sesión y/o con los objetivos del terapeuta y entonces casi todo el tiempo de sesión gira en torno de las tareas. La mayor parte de las veces, sin embargo, sólo existe alguna conexión y la revisión toma entre cinco y quince minutos. La revisión de una tarea puede llevar a la asignación de otra para la siguiente sesión, ya se trate de continuar un ejercicio o de intentar uno nuevo.

En síntesis, tanto el profesional como el paciente deben considerar las tareas para el hogar como una parte esencial de la terapia. Cuando las tareas se asignan y se realizan en forma adecuada, el progreso se acelera y el paciente puede practicar aquellas técnicas que necesitará una vez finalizada la terapia.

15

Finalización y prevención de las recaídas

El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar la remisión de los trastornos del paciente y enseñarle a ser su propio terapeuta. No se supone que el profesional deba resolver todos los problemas. En efecto, un terapeuta que se considera responsable de ayudar al paciente con *todos* los problemas corre el riesgo de engendrar o reforzar una dependencia y lo priva de la oportunidad de comprobar y acrecentar sus habilidades. El tratamiento suele tener una frecuencia de una sesión por semana al comienzo. En un caso ideal, una vez que el paciente ha experimentado una reducción de los síntomas y ha aprendido las herramientas básicas de la terapia cognitiva, la frecuencia se va reduciendo, primero a una sesión cada dos semanas y luego a una cada tres o cuatro semanas. Además, se alienta a los pacientes a que asistan a sesiones de “refuerzo” a los tres, seis y doce meses luego de terminado el tratamiento. Este capítulo esboza los pasos necesarios para preparar al paciente para la finalización del tratamiento y de las posibilidades de recaída desde el comienzo de la terapia hasta la última sesión de control.

Actividades de la primera sesión

El terapeuta comienza a preparar al paciente para la finalización desde la primera sesión. Es importante identificar las expectativas de progreso de cada paciente, indagar cómo espera mejorar y si cree que el progreso será permanente cada semana, sin ningún retroceso en medio. Muchas veces es provechoso el uso

de una representación visual del curso de la mejoría, que mostrará periodos de progreso, que suelen interrumpirse temporariamente por la aparición de mesetas, fluctuaciones o retrocesos (véase figura 15.1).

Si el terapeuta prepara al paciente para las fluctuaciones y los retrocesos desde el comienzo, es menos probable que este los perciba como catástrofes en el momento en que ocurran. También debe enfatizar que, en la vida, después de la terapia, es posible que el paciente experimente ocasionalmente algunos pasos atrás o que tenga dificultades de índole diversa, pero que estará mejor preparado para manejar esas situaciones por sí mismo.

TERAPEUTA: Muchos pacientes esperan estar un poco mejor cada semana. ¿Piensas de esa manera?

PACIENTE: En realidad no lo sé.

T: Bueno. Me gustaría que nos tomásemos un minuto para que veas cómo puede ser tu progreso. De esa manera, no te sentirás tan molesta si no mejoras cada semana.

P: Está bien.

T: Cada paciente es diferente, pero hay muy pocos que hagan la misma cantidad de avances cada semana. La mayor parte de los pacientes tienen altibajos. Van progresando y se sienten cada vez un poco mejor, hasta que de pronto, en algún momento, llegan a una meseta o experimentan un retroceso. Luego vuelven a mejorar poco a poco, para después volver a encon-

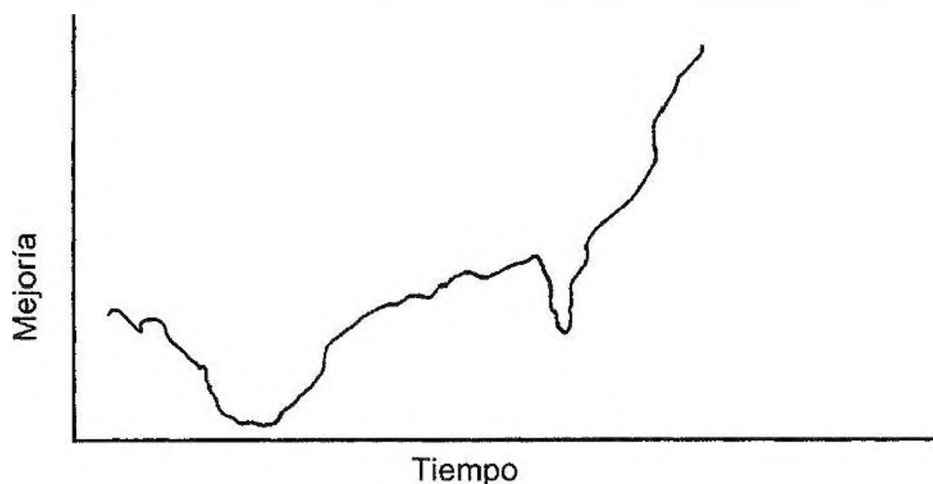


Figura 15.1. Avances en la terapia. Este gráfico, si se dibuja cuidadosamente, puede recordar la frontera sur de los Estados Unidos. Los retrocesos aparecen representados por los estados de “Texas” y “Florida”. Si bien a algunos terapeutas y pacientes esta ilustración les parece graciosa, puede resultar útil para tener presente que los retrocesos son normales.

trarse con otra meseta u otro retroceso. Quiere decir que tener altibajos es *normal*... ¿Te das cuenta de lo importante que es recordar esto para el futuro?

P: Creo que así no me preocuparé tanto por los descensos.

T: Exactamente. Cuando llegue el momento, podrás recordar esta conversación, en la cual predijimos algunas recaídas. Tal vez prefieras ver un gráfico, que dibujaré ahora para ti [figura 15.1]. Esta es una representación esquemática de lo que podría ocurrir. ¿Ves cómo los pasos atrás son pocos, más breves y, generalmente, menos severos a medida que el tiempo pasa?

P: Ajá.

T: ¿Te das cuenta de que si estuvieras en el punto más bajo de un retroceso, te sentirías tentada a pensar que no estabas mejorando, en lugar de ver todo el cuadro?

P: Sí.

T: Estos altibajos pueden continuar aun después de finalizada la terapia. Por supuesto, para ese entonces, tendrás las herramientas que necesitas para ayudarte. También puedes desear regresar aquí para tomar un par de sesiones. Volveremos a conversar sobre esto cuando estemos llegando al final del tratamiento.

P: Está bien.

T: Por ahora no sabemos exactamente cómo irá tu terapia. Lo importante es recordar que siempre habrá altibajos y que aprenderás a ser tu propio terapeuta para que, cuando el tratamiento acabe, sepas cómo afrontar los momentos de retroceso.

Actividades a lo largo de toda la terapia

Atribuir el progreso al paciente

El terapeuta siempre está atento para reforzar al paciente cuando hace progresos. Cuando el estado de ánimo de un paciente ha mejorado, el terapeuta lo ayuda a darse crédito por lo logrado y, cada vez que es posible, refuerza la noción de que es él quien, mediante sus esfuerzos, ha producido cambios en su pensamiento, su estado de ánimo y/o su comportamiento.

T: Parece que la depresión ha descendido esta semana. ¿Por qué crees que ha ocurrido eso?

P: No lo sé.

T: ¿Hiciste algo diferente esta semana? ¿Cumpliste con las actividades que habíamos programado? ¿Combatiste tus pensamientos negativos?

P: Sí. En realidad hice ejercicio todos los días y salí con mis amigos dos veces. Un par de veces me sorprendí a mí misma criticándome y completé el Registro de Pensamientos Disfuncionales (RPD).

T: ¿Acaso te habrás sentido mejor porque hiciste una cantidad de cosas que te ayudaron?

P: Sí, creo que sí.

T: ¿Qué podemos decir entonces acerca de tus progresos?

P: Creo que cuando hago cosas que me ayudan, *me siento* mejor.

Algunos pacientes inicialmente piensan que todo el crédito por su mejoría corresponde al terapeuta. Una atribución de méritos alternativa —que *el paciente* es el responsable de los cambios positivos— puede fortalecer su confianza en su propia eficacia (esto es importante para evitar recaídas después de la finalización del tratamiento).

T: ¿Por qué piensas que te has sentido mejor esta semana?

P: Usted me ayudó mucho en la última sesión.

T: Bueno, es posible que yo te haya enseñado *algunas* cosas, pero, ¿quien cambió tus pensamientos y tu comportamiento esta semana?

P: Yo lo hice.

T: ¿En qué medida crees que eres *tú* quien merece el crédito?

En otros casos, el paciente puede atribuir todas las mejorías a un cambio de las circunstancias (p. ej., “Me siento mejor porque mi novio me llamó”) o a la medicación. El terapeuta debe reconocer esos factores pero debe también preguntar acerca de los cambios en el pensamiento o el comportamiento del paciente que pueden haber contribuido a la mejoría o, al menos, pueden haber ayudado a mantenerla.

Si el paciente sigue creyendo que no merece el crédito, el terapeuta puede decidir apuntar a la creencia subyacente (“¿Qué significa para ti el hecho de que yo esté tratando de darte el crédito por esto?”).

Enseñar y utilizar herramientas y técnicas aprendidas en la terapia

Cuando el terapeuta enseña a un paciente técnicas y herramientas, debe enfatizar el hecho de que estas son ayudas para toda la vida y podrá utilizarlas en numerosas situaciones actuales y del futuro. Estas técnicas no son específicas para un solo trastorno, como la depresión, sino que el paciente las puede usar cada vez que note que está actuando de una manera demasiado emocional o disfuncional. Las técnicas comunes, que se pueden utilizar durante y después de la terapia, son, entre otras:

1. Dividir los grandes problemas en componentes manejables.
2. Generar respuestas alternativas para los problemas.
3. Identificar, controlar y combatir los pensamientos automáticos y las creencias.
4. Utilizar el Registro de Pensamientos Disfuncionales.
5. Controlar y programar actividades.
6. Llevar a cabo ejercicios de relajación.
7. Usar las técnicas de distracción y refocalización.
8. Trabajar en series de tareas, graduadas según su dificultad.
9. Escribir un listado de afirmaciones personales.
10. Identificar ventajas y desventajas (de pensamientos específicos, creencias, comportamientos u opciones para tomar una decisión).

El terapeuta ayuda directamente al paciente a ver cómo puede utilizar estas herramientas en otras situaciones durante y después del tratamiento.

T: Bueno, parece que identificar tus pensamientos depresivos, cuestionarlos y combatirlos te ha ayudado a reducir significativamente tu tristeza.

P: Sí, así fue. Estoy sorprendida.

T: ¿Sabes que puedes usar estas mismas herramientas cada vez que sientas que has tenido una reacción excesiva, es decir, cuando creas que estás más enojada, angustiada, triste o molesta de lo que la situación merece?

P: Nunca había pensado en eso.

T: No quiero decir con esto que vayas a liberarte de *todas* tus

emociones negativas, sino sólo de reacciones *exageradas*. ¿Se te ocurre alguna otra situación ocurrida esta semana en la que hubieses podido utilizar el Registro de Pensamientos Disfuncionales?

P: (*Hace una pausa*) No se me ocurre nada.

T: ¿Crees que el RPD podrá ayudarte en alguna situación que vaya a producirse en las próximas semanas?

P: (*Hace una pausa*) Bueno. Sé que voy a enojarme mucho con mi hermano si decide quedarse en la universidad durante el verano en lugar de ir a casa.

T: ¿Qué te parece si realizas un RPD acerca de esta situación y luego respondes a esos pensamientos?

P: Me parece bien.

Prepararse para los retrocesos durante la terapia

Tan pronto como el paciente ha comenzado a sentirse mejor, el terapeuta lo prepara para un posible retroceso, preguntándole qué pensaría si de pronto comenzase a sentirse peor. Las respuestas más frecuentes son: “No debería sentirme así”, “Esto significa que en realidad no estoy mejorando”, “No tengo remedio”, “Nunca mejoraré”, “Mi terapeuta se sentirá decepcionado”, o “Mi terapeuta no está haciendo un buen trabajo”, “La terapia cognitiva no es buena para mí”, “Estoy condenado a estar deprimido para siempre”, “Mi mejoría inicial fue sólo una ilusión que me hizo sentir bien al principio”. El paciente también puede describir una imagen en la cual se siente asustado, solo, triste, acurrucado en un rincón de su cama. El terapeuta ayuda al paciente a combatir estos pensamientos e imágenes y a escribir una tarjeta de apoyo. También puede presentarle o recordarle el gráfico del progreso en la terapia (figura 15.1).

T: Muy bien. Parece que has hecho buenos progresos. La depresión ha disminuido un poco.

P: *Me siento mejor.*

T: ¿Recuerdas que en la primera sesión hablamos de los retrocesos?

P: Algo recuerdo.

T: Dado que es posible que experimentes algún retroceso, me gustaría que conversáramos de antemano cómo manejarlo.

P: Está bien.

T: Me gustaría que imaginaras por un momento que has tenido

una semana mala. Nada parecía salir bien. El panorama vuelve a ser negro. Te sientes abatida y sin esperanzas. ¿Puedes hacerte en tu mente un cuadro de este tipo?

P: Sí, tal como era antes de la terapia.

T: Está bien. Dime lo que pasa por tu mente en este momento.

P: *(Hace una pausa)* No es justo. Estaba tan bien. Esto no está funcionando.

T: Bien. ¿Cómo puedes combatir estos pensamientos?

P: No lo sé.

T: Bueno, tú eliges. Puedes seguir con estos pensamientos depresivos, ¿qué crees que ocurrirá entonces con tu estado de ánimo?

P: Probablemente me sentiré peor.

T: *Pero también* puedes tener en mente que sólo se trata de un retroceso. Eso es algo temporario y normal. ¿Cómo te sentirías entonces?

P: Mejor, o por lo menos no tan mal.

T: Está bien. Además de recordar que los retrocesos son normales, ¿qué cosas de las que has aprendido en estas últimas semanas podrían ayudarte en este momento?

P: Podría hacer un RPD o distraerme concentrándome en lo que debo hacer.

T: O ambas cosas.

P: Está bien, ambas.

T: ¿Hay alguna razón para pensar que las herramientas que te han ayudado en el pasado no lo harán en este caso?

P: No.

T: Puedes entonces evaluar tus pensamientos negativos, responderles [con un RPD] y comenzar a concentrarte en otra cosa. ¿Crees que vale la pena escribir lo que hemos conversado para que tengas un plan en caso de que en algún momento experimentes un retroceso?

Actividades próximas a la finalización

Combatir las preocupaciones referidas a la disminución de frecuencia en las sesiones

Varias semanas antes de la finalización, el terapeuta plantea la disminución de sesiones, de una vez por semana a una vez cada quince días, como un experimento. Algunos pacientes aceptan rápidamente este arreglo, pero otros se sienten angustiados. A estos últimos, a veces, les resulta útil confeccionar una lista de las

ventajas de ese intento de reducción de frecuencia de visitas. Si el paciente no encuentra ventajas, el terapeuta usa el cuestionamiento socrático para ayudarlo a identificarlas. También deben conversar acerca de las desventajas para que el terapeuta tenga una oportunidad para ayudar al paciente a reverlas. (Véase figura 15.2.)

La siguiente transcripción ilustra el curso de una conversación de este tipo:

T: En la última sesión, conversamos brevemente acerca de la posibilidad de tratar de espaciar las sesiones. ¿Pensaste en la posibilidad de vernos cada quince días como experimento?

P: Lo hice, pero me angustié un poco.

T: ¿Qué pasó por tu mente?

P: ¿Qué pasará si ocurre algo que no puedo manejar? ¿Si por ejemplo me deprimó más? ¿Qué haré?

T: ¿Evaluaste esos pensamientos?

P: Sí. Me di cuenta de que eran catastróficos y que no se trataba del final definitivo de la terapia. Además, usted dijo que podía llamar si lo necesitaba.

T: Correcto. ¿Imaginaste alguna situación difícil en particular que podría producirse?

P: No, en realidad no.

T: Tal vez te ayudaría si imaginaras un problema específico.

P: Está bien. [La paciente imagina que obtiene una mala nota en un examen, identifica los pensamientos automáticos, los combate y hace un plan específico para sus futuras acciones.]

T: Hablemos ahora sobre el segundo pensamiento automático que tuviste acerca de distanciar nuestras sesiones. Pensaste que te deprimirías más y no podrías soportarlo.

P: Creo que quizás eso no sea del todo cierto. Usted me hizo pensar que podría volver a sentirme mal y no me gustaría que eso sucediera.

T: Está bien. Supongamos que realmente te *deprimes* más y aún falta una semana y media para la siguiente sesión. ¿Qué puedes hacer en ese caso?

P: Puedo repetir lo que hice hace un mes. Releer mis apuntes de terapia, permanecer activa, completar más RPD. En alguna parte de mis notas hay una lista de cosas que puedo hacer.

T: ¿Sería bueno encontrar esa lista ahora?

P: Sí, sería bueno saber que hay algo que *podría* hacer para sentirme mejor.

Ventajas de espaciar las sesiones

1. Tendré más oportunidades para utilizar y perfeccionar mis herramientas.
2. Seré menos dependiente [de mi terapeuta].
3. Podré usar el dinero de la terapia para otras cosas.
4. Podré dedicar más tiempo [a otras cosas].

Desventajas

1. Puedo experimentar una recaída.

Revisión

Si voy a tener una recaída, es mejor que suceda en el momento en que continúo en terapia, para aprender a manejar la situación.

2. Es posible que no sea capaz de resolver los problemas por mi cuenta.

Espaciar la terapia me da la oportunidad de comprobar la verdad de mi idea de que *necesito* [a mi terapeuta]. A largo plazo es mejor que aprenda a resolver los problemas por mi cuenta, ya que no estaré en terapia toda la vida.

3. Extrañaré [a mi terapeuta].

Esto probablemente sea verdad, pero *podré* tolerarlo y me alentará para construir una red de apoyo.

Figura 15.2. Ventajas y desventajas de disminuir la frecuencia de sesiones (según Sally).

T: Está bien. ¿Qué te parece si como tareas encuentras esa lista y completas un RPD para estos pensamientos: “Puede suceder algo que no sea capaz de manejar” y “Si me deprimiera más, no lo soportaría”.

P: Está bien.

T: ¿Tienes alguna otra cosa que decir respecto de la reducción de frecuencia de sesiones?

P: Sólo que voy a extrañar el hecho de no tenerlo para conversar todas las semanas.

T: Yo también extrañaré eso. ¿Hay alguna otra persona con la cual te gustaría conversar, al menos un poco?

P: Bueno, podré contarle algunas cosas a mi compañera de cuarto. Creo también que podría llamar a mi hermano.

T: Eso parece una buena idea. ¿Quieres anotarlo?

P: Está bien.

T: Finalmente quiero recordarte que dijimos que haríamos el

experimento de tener sesiones quincenales. Si eso no funciona, siempre podemos volver a encontrarnos semanalmente.

Combatir las preocupaciones acerca de la finalización

Cuando un paciente sigue bien aún con sesiones quincenales, el terapeuta puede sugerir encuentros mensuales para preparar la finalización del tratamiento. Nuevamente, esta disminución de frecuencia puede plantearse como un experimento. Cada vez que tengan una sesión exitosa, paciente y terapeuta deberán acordar si continúan espaciando las sesiones o retoman un ritmo más frecuente.

Cuando se acerca la finalización del tratamiento, es importante averiguar cuáles son los pensamientos automáticos del paciente al respecto. Algunos pacientes se muestran entusiastas y esperanzados. En el otro extremo, están los temerosos o enojados. Sin embargo, la mayoría tiene sentimientos mezclados. Están contentos por los progresos que han tenido, pero preocupados por las posibles recaídas. A menudo también lamentan terminar la relación con el terapeuta.

Es importante reconocer los sentimientos del paciente y ayudarlo enfrentar las posibles distorsiones. Suele ser útil que el terapeuta exprese sus sentimientos: cierto grado de pena por la finalización de la relación, pero orgullo por los logros del paciente y expectativas de que continúe mejorando. Otras técnicas, como combatir los pensamientos automáticos y examinar las ventajas y desventajas de la finalización se pueden llevar a cabo de la misma manera como se describió para la disminución en la frecuencia de sesiones.

Repasar lo aprendido en la terapia

El terapeuta suele alentar al paciente para que repase y organice los apuntes de la terapia, a fin de poder consultarlos en el futuro. Como tarea, puede también escribir una sinopsis de los puntos importantes que han sido tratados y de las habilidades aprendidas en la terapia y luego revisar esta lista con el terapeuta.

Sesiones de autoterapia

Aunque muchos pacientes no continúan con una autoterapia formal, resulta útil sostener una conversación acerca de un

posible plan de autoterapia (véase figura 15.3) y alentar su uso. El paciente puede probar con autoterapia mientras sus sesiones regulares del tratamiento se van espaciando para tener la ocasión de consultar al profesional acerca de los problemas que surjan de esta práctica (falta de tiempo, malos entendidos acerca de lo que debe hacer, etc.) y de los pensamientos que pueden interferir en ella (p. ej., “Esto es demasiado trabajo”, “No lo necesito”, “No puedo hacerlo por mi cuenta”). Además de ayudar al paciente a combatir esos pensamientos, el terapeuta puede recordarle las ventajas que tiene esta clase de tratamiento: que el paciente continúa la terapia, pero según su propia conveniencia y de manera gratuita; que puede mantener las herramientas adquiridas al día y listas para ser usadas; que puede resolver dificultades antes de que se conviertan en problemas importantes; que se reduce la posibilidad de una recaída y las habilidades adquiridas pueden enriquecer la vida en diversos contextos.

En la figura 15.3 se presenta un plan genérico de autoterapia. El terapeuta debe revisarlo junto con el paciente y adaptarlo a sus necesidades. Muchos pacientes requieren una breve explicación que les refresque el sistema: “Inicialmente puedes comenzar con una vez por semana, luego pasar a una o dos veces al mes, para luego espaciar las sesiones a una cada tres meses y finalmente a una por año. ¿Cómo podrías hacer para recordar este plan y llevarlo a cabo sistemáticamente?”.

Prepararse para los retrocesos que puedan ocurrir después de la finalización

Tal como se mencionó anteriormente, el terapeuta prepara al paciente para los retrocesos desde el comienzo del tratamiento. Cerca de la finalización, lo alienta para que redacte una tarjeta de apoyo específicamente referida a lo que debe hacer en caso de experimentar un retroceso luego de terminada la terapia. Pueden conversar acerca de la tarjeta en la sesión y el paciente la redactará (véase figura 15.4 para una tarjeta típica) allí mismo o como tarea para el hogar.

Resulta útil que el paciente intente resolver las dificultades por su cuenta, antes de llamar al terapeuta. Es muy posible que logre manejar los problemas o retrocesos por su cuenta. Si no lo logra, al menos habrá tenido la oportunidad de hacer uso de sus habilidades una vez más. Si concierta una nueva entrevista, el profesional puede ayudarlo a descubrir qué cosa obstaculizó su

GUIA PARA SESIONES DE AUTOTERAPIA

1. *Establecer el plan*
 - ¿Cuáles son las cuestiones/situaciones importantes sobre las que debo pensar?
2. *Revisión de las tareas para el hogar*
 - ¿Qué aprendí?
 - Si no hice las tareas, ¿qué se interpuso (problemas prácticos, pensamientos automáticos)?
 - ¿Qué puedo hacer para aumentar la probabilidad de cumplir con las tareas esta vez?
 - ¿Qué debo hacer ahora como tarea?
3. *Revisión de la semana(s) anterior(es)*
 - ¿Usé herramientas de la terapia cognitiva, además de hacer la tarea?
 - ¿Hubiese sido mejor usar con más frecuencia herramientas de la terapia cognitiva?
 - ¿Cómo haré para recordar usarlas la próxima vez?
 - ¿Qué cosas positivas sucedieron durante la semana? ¿Por cuáles merezco darme crédito?
 - ¿Surgieron problemas? Si así fue, ¿cómo los manejé? Si el problema vuelve a aparecer, ¿cómo lo manejaré la próxima vez?
4. *Pensar en las situaciones/cuestiones problemática actuales*
 - ¿Estoy viendo las cosas de una manera realista? ¿Estoy reaccionando exageradamente?
 - ¿Hay otra manera de ver lo que sucede?
 - ¿Qué debería hacer?
5. *Predecir problemas que pueden ocurrir entre este momento y la próxima sesión*
 - ¿Qué problemas pueden ocurrir en los próximos días o semanas?
 - ¿Qué debería hacer si el problema aparece?
 - ¿Ayudaría que me imaginara a mí mismo enfrentando el problema?
 - ¿Qué hechos positivos tengo que esperar?
6. *Fijar nuevas tareas*
 - ¿Qué tareas serían útiles? Debo tener en cuenta:
 - a. Completar RPD
 - b. Controlar las actividades
 - c. Programar actividades satisfactorias o placenteras
 - d. Trabajar sobre una jerarquía conductual
 - e. Leer los apuntes de terapia
 - f. Practicar habilidades tales como la relajación o el trabajo con imágenes
 - g. Hacer afirmaciones personales
 - ¿Qué comportamientos me gustaría cambiar?
7. *Programar la próxima sesión de autoterapia*
 - ¿Cuándo será la próxima sesión? ¿Cuánto tiempo dejaré pasar?
 - ¿Tendré sesiones regularmente cada semana/mes/trimestre?

Figura 15.3. Guía para sesiones de autoterapia. Copyright 1993 by
Judith S. Beck, Ph.D.

posibilidad de manejar la situación en forma independiente y a planificar una nueva manera de encarar un retroceso en el futuro.

<p style="text-align: center;"><u>Qué puedo hacer en caso de un retroceso</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Tengo opciones. Puedo hacer del retroceso una catástrofe, alterarme mucho, pensar que las cosas no tienen salida y probablemente sentirme peor. Pero también puedo revisar mis apuntes de terapia, recordar que los retrocesos son parte normal del proceso de recuperación y ver qué puedo aprender de esta situación. Si elijo estas cosas, probablemente me sentiré mejor y el retroceso no será tan severo.2. Tendré una sesión de autoterapia y planificaré la manera de resolver mis actuales dificultades.3. En tercer lugar, puedo llamar a mi terapeuta y contarle brevemente el trabajo que he hecho por mi cuenta o conversar con él acerca de la posibilidad de otra sesión de terapia, en caso de que eso sea lo mejor para mí.

Figura 15.4. Tarjeta de apoyo de Sally respecto de los retrocesos.

Sesiones de refuerzo

El terapeuta puede recomendar al paciente tener algunas sesiones de refuerzo luego de haber terminado el tratamiento, por varias razones. Si aparecieron algunas dificultades, el paciente y el terapeuta pueden conversar acerca de cómo las afrontó el paciente y asesorarlo a fin de que pueda manejarlas mejor en el futuro. También pueden analizar juntos las semanas y meses que vendrán, predecir problemas que podrían producirse y diseñar un plan para abordarlos. Sabiendo que el terapeuta le preguntará acerca de sus progresos en la autoterapia, el paciente puede sentirse motivado para hacer sus tareas y practicar las técnicas. Además, el terapeuta puede ayudar al paciente a determinar si sus creencias disfuncionales se han reactivado. De ser así, pueden practicar ejercicios de reestructuración en la sesión y planificar un trabajo sobre las creencias para realizar en el hogar.

Las sesiones de refuerzo también dan al profesional la oportunidad de controlar la reaparición de estrategias disfuncionales. El paciente puede exponer objetivos nuevos o no logrados aún y desarrollar en sesión, junto con el terapeuta, un plan para afrontarlas. También tienen la oportunidad de evaluar juntos el programa de autoterapia y modificarlo si es necesario.

Por último, muchas veces el hecho de tener programada una sesión de refuerzo después de la finalización del tratamiento hace que el paciente calme su ansiedad en cuanto a sus posibilidades de mantener los progresos logrados en la terapia.

El profesional puede proporcionar al paciente una serie de preguntas (véase figura 15.5) para prepararse para las sesiones de refuerzo.

El objetivo del terapeuta en la sesión de refuerzo es controlar el bienestar del paciente y planificar un mantenimiento o progreso permanente, tal como se observa en la transcripción que sigue:

T: Me alegro de que hayas podido venir hoy. El Inventario de Depresión parece indicar que estás un poco más deprimida que cuando terminaste el tratamiento.

P: Sí, hace poco rompí con mi novio.

T: Lo lamento. ¿Crees que esa situación es la única responsable del ascenso de tu puntaje?

P: Creo que sí. Me sentía bastante bien hasta la semana pasada.

T: ¿Te gustaría incluir la ruptura como tema para conversar hoy?

GUIA PARA LAS SESIONES DE REFUERZO

- A. Programarlas con anticipación. Concertar la cita y, si es posible, llamar para confirmar.
 - B. Considerarlas como una medida preventiva, aunque haya continuado mejorando.
 - C. Prepararse antes de asistir. Decidir los temas para conversar, incluyendo:
 1. ¿Qué cosas han salido bien?
 2. ¿Qué problemas surgieron? ¿Cómo los manejó? ¿Fue un manejo más adecuado?
 3. ¿Qué problemas podrían surgir entre esta y la siguiente sesión de refuerzo? Imagine los problemas detalladamente. ¿Qué pensamientos automáticos podría usted tener? ¿Qué creencias podrían activarse? ¿Cómo se manejaría con los pensamientos automáticos y las creencias? ¿Cómo resolvería los problemas?
 4. ¿Qué trabajo hizo en su terapia cognitiva? ¿Qué trabajo le gustaría hacer entre esta y la siguiente sesión de refuerzo? ¿Qué pensamientos automáticos podrían interponerse? ¿Cómo combatiría esos pensamientos?
 5. ¿Qué nuevos objetivos tiene? ¿Cómo hará para alcanzarlos? ¿Cómo lo puede ayudar lo que aprendió en su terapia cognitiva?
-

Figura 15.5. Guía para las sesiones de refuerzo. Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

- P: Sí, eso y mis avances, o más bien mi falta de avance en la búsqueda de un trabajo para el verano.
- T: Está bien. A mí me gustaría, además, saber cómo te han ido las cosas en general, además de la ruptura. Quisiera saber si encontraste otros escollos y cómo los superaste, cuántas tareas de terapia cognitiva pudiste hacer y también si piensas que tendrás alguna dificultad en particular durante los próximos dos o tres meses.
- P: De acuerdo.
- T: ¿Te gustaría comenzar con la ruptura? Dime cómo sucedió. [Conversan brevemente acerca del tema. El terapeuta está preocupado por la reacción de la paciente frente a ese hecho y quiere saber si se activaron viejas creencias disfuncionales.] *(Resume)* Dices que las cosas se fueron deteriorando y que un día él te planteó que quería salir con otras mujeres. ¿Qué pasó por tu mente en ese momento?
- P: Que en realidad no me amaba.
- T: ¿Y qué significaba eso para ti?
- P: Significaba que debía buscar otra persona.
- T: ¿Y eso qué significaba?
- P: Bueno, que sería difícil.
- T: ¿Y eso, a su vez, qué significa?
- P: Creo que significa que no es fácil amarme.
- T: ¿Con qué intensidad creías que no eras digna de ser amada en el momento en que él te dijo que quería salir con otras?
- P: Un 90%.
- T: ¿Y con qué intensidad lo crees ahora?
- P: Menos. Tal vez un 50 ó un 60 %.
- T: ¿Por qué cambió eso?
- P: Bueno, una parte de mí sabe que no éramos el uno para el otro.
- T: Quiere decir que pudiste modificar esa vieja idea de no ser digna de ser amada.
- P: En alguna medida.
- T: Está bien. Dime ahora qué aprendiste a hacer en la terapia cognitiva para dejar de lado esta idea y fortalecer tu convicción de que pueden amarte.
- P: Probablemente debería completar un RPD. Además, en mis apuntes de terapia puedo encontrar mucho material al respecto.
- T: Esas cosas te podrían haber ayudado. ¿Pensaste en hacerlas?
- P: Sí, creo que pensé que no iban a ayudarme.
- T: ¿Qué crees ahora?

- P: Bueno, si antes me ayudaron, también pueden hacerlo ahora.
- T: ¿Qué podría interponerse si decides ir a casa y trabajar en eso un par de días?
- P: Nada. Lo haré. Probablemente me ayudará.
- T: ¿Podría aparecer nuevamente el pensamiento “No me ayudará” cuando estés en una situación difícil?
- P: Es posible.
- T: ¿Qué podrías hacer ahora para comprobar la veracidad de ese pensamiento?
- P: ¿Qué podría hacer *ahora*?
- T: Sí, ¿cómo podrías hacer para recordar que esta vez tuviste ese pensamiento y no era verdadero?
- P: Lo escribiré en un papel que guardaré en mi escritorio.
- T: Está bien. ¿Qué te parece si anotamos algunas de las cosas sobre las que hablamos, como hacer un RPD sobre la imposibilidad de ser amada, leer tus apuntes de terapia, escribir una respuesta para el pensamiento “No me ayuda” y guardarlo en tu escritorio?

En esta parte de la sesión de refuerzo, el terapeuta evalúa el nivel de depresión de la paciente, establece el plan, conversa sobre un tema y la ayuda a fijar algunas tareas. El profesional descubre que ella está levemente deprimida y que eso parece derivar de la ruptura de una relación. (Si la depresión hubiese sido más severa, el terapeuta hubiese dedicado más tiempo a evaluar los disparadores que la causaron, identificando y modificando las creencias disfuncionales, pensamientos y comportamientos. También podría haber evaluado si era aconsejable alguna sesión adicional.)

Esta paciente puede expresar con facilidad su pensamiento automático y la creencia subyacente correspondiente. Ella y el terapeuta dedicaron poco tiempo a desarrollar un plan para modificar las ideas porque ella ya había adquirido esas herramientas en la terapia. Necesitaba la sesión de refuerzo para recordar que debía usarlas.

En síntesis, la prevención de las recaídas forma parte de toda la terapia. Los problemas que surgen de la disminución de frecuencia en las sesiones y de la finalización del tratamiento son abordados de la misma manera que el resto de los problemas, con una combinación de técnicas de resolución de problemas y técnicas para combatir los pensamientos y creencias disfuncionales.

16

Planificación del tratamiento

¿Cómo decide el terapeuta, en un momento dado, cuál es el paso siguiente en un tratamiento? A lo largo de todo el libro se han dado respuestas parciales a esa pregunta, pero este capítulo da un marco más coherente para tomar decisiones y planificar el tratamiento. A fin de mantener la terapia en marcha y en la dirección correcta, el profesional debe preguntarse permanentemente: “¿Cuál es aquí el problema específico y qué estoy tratando de conseguir?”. El conoce los objetivos de esta parte de la sesión, de la sesión en su totalidad, de esta etapa de la terapia y de la terapia en su totalidad. El presente capítulo esboza una serie de áreas que son fundamentales para una planificación eficaz del tratamiento: lograr objetivos amplios, planificar el tratamiento a lo largo de las sesiones, diseñar planes de tratamiento, planificar sesiones determinadas, decidir cuándo abocarse a un problema y modificar los tratamientos estándar para tratar perturbaciones específicas.

Lograr objetivos terapéuticos amplios

En el nivel más explícito, el terapeuta busca facilitar la remisión del trastorno y prevenir las recaídas. Por esta razón, su objetivo no se limita a reducir los síntomas ayudando a que el paciente modifique sus pensamientos, creencias y comportamientos disfuncionales, sino que además le enseña y lo motiva para que continúe con esta modificación por su cuenta, luego de la finalización del tratamiento. En otras palabras: lo alienta a convertirse en su propio terapeuta. Para lograr estos amplios objetivos, el profesional hace lo siguiente:

1. Construye una sólida alianza terapéutica con el paciente.
2. Hace explícita para el paciente la estructura y el proceso de la terapia.
3. Enseña al paciente el modelo cognitivo y comparte la conceptualización que de él ha hecho.
4. Ayuda a aliviar el estrés del paciente a través de técnicas cognitivas, conductuales y de resolución de problemas.
5. Enseña al paciente cómo usar estas técnicas por su cuenta, lo ayuda a generalizar su uso y lo motiva para que se valga de ellas en el futuro.

Planificación del tratamiento a lo largo de las sesiones

El terapeuta desarrolla un plan general para la terapia y un plan específico para cada sesión en particular. El tratamiento se puede dividir en tres etapas: inicial, intermedia y final. En la etapa inicial (véase capítulo 4), el terapeuta planifica una cantidad de objetivos: construir una alianza terapéutica fuerte; identificar y especificar los objetivos del paciente para la terapia; resolver problemas; enseñar al paciente el modelo cognitivo; lograr su activación conductual (especialmente si se encuentra deprimido y aislado); instruirlo acerca de su trastorno; enseñar al paciente a identificar, evaluar y combatir los pensamientos automáticos; instruirlo (para que realice tareas en el hogar, establezca temas para las sesiones y dé respuestas al terapeuta) y orientarlo para el uso de estrategias de apoyo. En la primera etapa de la terapia, no obstante, el profesional suele hacerse cargo en una medida importante del plan de la sesión y la asignación de tareas.

En la etapa intermedia, el profesional sigue trabajando para los objetivos mencionados anteriormente, pero también pone énfasis en la identificación, evaluación y modificación de las creencias del paciente. Comparte la conceptualización cognitiva con el paciente y se vale de técnicas tanto “racionales” como “emocionales” para facilitar la modificación de creencias. Además, (cuando es necesario), ayuda al paciente a reformular sus objetivos y le enseña habilidades de las cuales carece, pero que necesita para cumplir con sus objetivos.

En la etapa final de la terapia, el énfasis se pone en la preparación para el fin del tratamiento y la prevención de las recaídas (véase capítulo 15). Para este momento, el paciente se

torna mucho más activo en la terapia y toma la iniciativa en lo que compete al armado del plan, la sugerencia de soluciones para problemas y el diseño de tareas para el hogar.

Diseñar un plan de tratamiento

El terapeuta desarrolla un plan de tratamiento basándose en la evaluación del paciente, los síntomas y trastornos que presenta en el Eje I y el Eje II y sus problemas particulares. Sally, por ejemplo, estableció cuatro objetivos en la primera sesión: mejorar en los estudios; disminuir su angustia frente a los exámenes; conocer más gente y participar en algunas actividades universitarias. Basándose en la evaluación que le había sido practicada en la admisión y en estos objetivos, el terapeuta diseña un plan general de tratamiento (véase figura 16.1). En cada sesión trabaja sobre varias de las áreas especificadas en el plan, basándose en lo que han trabajado en la sesión anterior, en las tareas que Sally ha realizado y en los problemas o temas que ella sugiere para ese día. El terapeuta también toma en cuenta cada problema u objetivo y realiza un análisis crítico del mismo, ya sea mentalmente o por escrito (véase figura 16.2).

Una vez formulado el plan general de tratamiento, el profesional se ciñe a él en un grado variable y lo revisa si es necesario. El análisis de los problemas específicos lo llevan a conceptualizar detalladamente las dificultades de la paciente y a formular un plan hecho a medida para ella. Ese plan lo ayuda a pensar cada sesión particular, a captar el desarrollo general de la terapia y a reconocer mejor los avances.

Planificación de las sesiones

Antes y durante la sesión, el terapeuta se formula una serie de preguntas con el propósito de armar el plan para la sesión y para que le sirvan como guía durante la misma. Las más generales son: “¿Qué estoy tratando de lograr?” y “¿Cómo puedo hacerlo de la manera más eficaz?”. El terapeuta experimentado reflexiona automáticamente acerca de varios puntos específicos. La siguiente lista de preguntas, si bien puede resultar un poco compleja al principiante, es una guía útil para los terapeutas con más experiencia que desean mejorar su capacidad para tomar decisiones acerca de cómo manejar una sesión. La lista está pensada para ser leída y tenida en cuenta antes de una sesión, ya que el examen

consciente de las preguntas durante la entrevista podría interferir en el proceso terapéutico.

1. Mientras el terapeuta revisa sus notas de la sesión anterior *antes de comenzar*, se pregunta:

- a. ¿Cuál es el trastorno del paciente? ¿Cuán severo es ahora, comparado con su estado en el comienzo de la terapia?
- b. ¿Cómo, si es necesario, hay que variar la terapia cognitiva estándar para el tratamiento de este trastorno y de este paciente en particular?
- c. ¿Cómo he conceptualizado las dificultades del paciente? (El terapeuta puede consultar el Diagrama de Conceptualización Cognitiva.)
- d. ¿En qué etapa (inicial, intermedia o final) de la terapia se encuentra el paciente? ¿Cuántas sesiones (si hay un límite) nos quedan?
- e. ¿Cuáles son los principales problemas y objetivos del paciente? ¿Cuántos progresos hemos hecho respecto de cada uno hasta ahora? ¿De cuáles nos hemos ocupado recientemente?
- f. ¿Qué progresos se han operado en el estado de ánimo del paciente, su comportamiento y sus síntomas?
- g. ¿Es fuerte nuestra alianza terapéutica? ¿Qué hace falta hoy para fortalecerla?
- h. ¿En qué nivel *cognitivo* hemos trabajado primordial-

PLAN DE TRATAMIENTO DE SALLY

1. Resolver el problema de su concentración. Lograr que pida la ayuda que necesita para sus cursos, que conozca más gente y que encare actividades.
 2. Ayudarla a identificar, evaluar y combatir sus pensamientos automáticos acerca de ella misma, sus estudios, las demás personas y la terapia, especialmente aquellos que son muy perturbadores o le impiden resolver problemas.
 3. Investigar las creencias disfuncionales vinculadas al perfeccionismo y los pedidos de ayuda.
 4. Conversar acerca de su nivel de autocrítica y estimularla para que se dé crédito.
 5. Disminuir la cantidad de tiempo que pasa en la cama.
-

Figura 16.1. Plan de tratamiento de Sally.

ANÁLISIS DE PROBLEMAS

A. Situaciones problemáticas típicas

Situación	→ Pensamientos automáticos	→	Emociones, comportamiento, reacción fisiológica
Sentada en la biblioteca	→ Nunca lograré hacer esto. No comprendo. Nunca comprenderé esto. Soy estúpida. Seguramente reprobare.	→ Triste	→ Deja de estudiar → (No corresponde)
Estudiando en el dormitorio de noche	→ No tengo esperanza.	→ Triste	→ Se acuesta → Lloro

B. Comportamientos disfuncionales:

- Insiste una y otra vez sobre material que no comprende bien o deja de estudiar por completo.
- No logra combatir los pensamientos automáticos.
- No pide ayuda.

C. Distorsiones cognitivas:

- Atribuye los problemas a debilidad del yo y no a la depresión.
- Supone un futuro sin esperanzas.
- Supone que está desvalida y no puede hacer nada con su problema.
- ¿Equipara sus logros con su valor?

D. Estrategias terapéuticas:

1. Estrategias de resolución de problemas. Cuando la comprensión es escasa luego de una segunda lectura, pasar a otro tema. Diseñar un plan para obtener ayuda formal o informal de sus profesores, asistentes, tutor o compañeros. Redactar en sesión tarjetas de apoyo para leer antes y durante el estudio.
 2. Controlar el estado de ánimo. Usar una ficha de control de actividades para señalar los periodos de estudio y evaluar de 0 al 10 la severidad de la angustia y/o la tristeza. Cuando la ansiedad o la tristeza obtengan un puntaje mayor de 3, anotar los pensamientos automáticos.
 3. Usar el cuestionamiento socrático para evaluar los pensamientos automáticos. Enseñar el uso del Registro de Pensamientos Disfuncionales.
 4. Usar el descubrimiento guiado para revelar el significado de los pensamientos automáticos; formularlo en condicional (Si...entonces...) y hacer la comprobación.
 5. Si corresponde, usar el continuum cognitivo para ilustrar que los logros son un continuum y la realidad no se presenta en forma de perfección o fracaso.
-

Figura 16.2. Análisis del problema 1: Dificultades en el estudio.

mente: pensamientos automáticos, creencias intermedias, creencias centrales o una combinación de varios?
¿Cuántos progresos hemos logrado en cada nivel?

- i. ¿Con miras a qué cambios conductuales hemos estado trabajando? ¿Cuánto hemos avanzado?
- j. ¿Qué sucedió en las últimas sesiones? ¿Qué ideas disfuncionales han perjudicado la terapia? ¿Cómo deseo manejarlas? ¿Sobre qué recursos hemos estado trabajando? ¿Cuál deseo reforzar? ¿Qué nueva habilidad deseo enseñar?
- k. ¿Qué sucedió en la última sesión? ¿Qué tareas acordamos con el paciente? ¿Qué cosa (llamar a su médico o recomendarle un artículo o un libro adecuado para sus necesidades) acordé hacer yo?

2. Cuando el terapeuta da comienzo a la sesión y controla el *estado de ánimo* del paciente, se pregunta:

- a. ¿Cómo se siente en comparación con la última sesión?
- b. ¿Qué estado de ánimo predomina (p. ej. tristeza, angustia, ira o vergüenza)?
- c. ¿Sus puntajes objetivos se corresponden con sus descripciones objetivas? Si no es así, ¿por qué?
- d. ¿Hay algo en su estado de ánimo que debería incluir en el plan para conversar con mayor profundidad?

3. Cuando el terapeuta relata al paciente *una breve síntesis de la semana*, se pregunta:

- a. ¿Cómo fue esta semana en comparación con la anterior?
- b. ¿Qué señales de progreso se observan?
- c. ¿Qué problemas aparecieron esta semana?
- d. ¿Sucedió algo que dé al paciente mayores o menores esperanzas respecto de los resultados de la terapia y la consecución de sus objetivos?
- e. ¿Sucedió algo esta semana que deberíamos incluir en el plan para conversar más detalladamente?

4. Cuando el terapeuta controla *el uso de alcohol, drogas o medicación* (si es el caso) por parte del paciente, se pregunta:

- a. ¿Existe algún problema en alguna de estas áreas?
- b. ¿Deberíamos incluir alguna de estas cosas en el plan, para conversarla más exhaustivamente?

5. Cuando el terapeuta pide al paciente retroalimentación y observaciones acerca de *la sesión anterior*, se pregunta:

- a. ¿Parece el paciente estar expresando sinceramente su opinión? En caso de que así no sea, ¿debería interrogarlo sobre esto ahora? ¿Ponerlo en el plan? ¿Pasarlo para otra sesión?
- b. ¿Qué debo hacer (en caso necesario) para reforzar nuestra alianza terapéutica?
- c. ¿El paciente recuerda bastante la última sesión? ¿Podría expresar los puntos más importantes? Si no tomó las notas adecuadas durante esa sesión, ¿debo incluir este problema en el plan?

6. Cuando el terapeuta y la paciente *establecen el plan*, este se pregunta:

- a. ¿Qué problema parece ser el más indicado para conversar? ¿Cuál es el más importante para la paciente? ¿Cuál es el más fácil de resolver? ¿Cuál es, probablemente, el que presenta mayores síntomas sin considerar la sesión de hoy?
- b. ¿Qué problema puede ser utilizado para enseñar o reforzar una habilidad necesaria?
- c. ¿Podría ser *contraproducente* hablar acerca de un tema, por ejemplo en una sesión anterior, si un problema en particular es demasiado complejo para resolver? ¿Puede un problema en particular activar, tal vez, una creencia central más fuertemente que cuando la paciente no contaba aún con las herramientas para combatirla eficazmente?

7. Cuando el terapeuta y el paciente establecen *prioridades* entre los temas para tratar, el profesional se pregunta:

- a. ¿Cuánto tiempo nos demandará cada tema? ¿Cuántos podremos abordar?
- b. ¿Hay problemas que el paciente pueda resolver por su cuenta, con otra persona o dejar para otra sesión?
- c. ¿Cuál es mi principal objetivo para la sesión: mejorar el estado de ánimo; realizar un cambio cognitivo; resolver problemas; efectuar un cambio conductual; mejorar la alianza terapéutica? ¿El tratamiento de cuál de estos

problemas tiene más probabilidades de ayudarme a alcanzar ese objetivo?

- d. ¿Cómo coinciden estos temas/problemas con lo que es más importante para el paciente?
- e. ¿Cuánto tiempo le asignaremos a cada tema/problema?

8. Cuando el terapeuta *revisa la tarea*, se pregunta:

- a. ¿Qué relación guarda la tarea de hoy con los ítems del plan? ¿Deberíamos posponer el tratamiento de alguna de las tareas hasta después de habernos dedicado a alguno de los ítems?
- b. ¿Qué cantidad de la tarea realizó el paciente? Si fue poca, ¿qué se interpuso?
- c. ¿Resultó útil la tarea? Si no lo fue, ¿por qué ocurrió esto? Si lo fue, ¿qué aprendió el paciente?
- d. ¿Cómo debería modificar la tarea esta semana para que fuese más eficaz?

9. Cuando el terapeuta y el paciente conversan acerca del primer tema del plan del día, el terapeuta se formula preguntas relativas a cuatro áreas:

Definir el problema

- a. ¿Cuál es el problema específico?
- b. ¿Cuáles son las situaciones específicas en las que aparece el problema?
- c. ¿A qué motivo atribuye *el paciente* este problema? ¿A qué lo atribuyo *yo*?
- d. ¿Cómo encaja este problema en la conceptualización cognitiva global de este paciente? ¿Cómo se relaciona con sus objetivos generales?
- e. ¿Qué papel —si es que cumplen alguno— desempeñan el pensamiento y el comportamiento del paciente en este problema?

Diseñar una estrategia

- a. ¿Podemos pasar directamente a la resolución de problemas? ¿Qué pensamientos y creencias podrían interferir en la resolución del problema?
- b. ¿Sobre qué pensamiento o sentimiento debemos trabajar para producir el cambio conductual necesario? ¿Qué tipo de pensamiento o creencia nuevos pero temática-

mente relacionados podrían ser más adaptativos para este paciente? ¿Cómo se relaciona este pensamiento o creencia con la conceptualización?

- c. ¿Qué cambio conductual puedo sugerir para ayudar al cambio cognitivo?

Elegir las técnicas

- a. ¿Qué estoy tratando de lograr mientras conversamos sobre este tema?
- b. ¿Qué técnicas han funcionado bien con este paciente (o con pacientes similares) en el pasado? ¿Qué técnicas *no* han dado resultado?
- c. ¿Qué técnica debería intentar primero?
- d. ¿Cómo evaluaré su eficacia?
- e. ¿Me limitaré a usar la técnica o *además* la enseñaré al paciente?

Controlar el proceso

- a. ¿Estamos trabajando en equipo?
- b. ¿El paciente “compra” lo que le estoy ofreciendo?
- c. ¿Tiene pensamientos automáticos sobre él mismo, sobre mí, sobre la técnica o la terapia, que interfieran en esta actividad?
- d. ¿Está mejorando su estado de ánimo?
- e. ¿Cómo está funcionando la técnica? ¿Deberíamos continuar con ella o probar otra cosa?
- f. ¿Terminaremos con el tratamiento de este ítem a tiempo? En caso de que no sea así, ¿debo interrumpir y decidir con el paciente si continuaremos con este tema, aunque debemos reducir o eliminar el tiempo destinado a otro ítem?
- g. ¿Qué seguimiento (p. ej., tarea para el hogar) debería sugerir para fortalecer este aprendizaje?
- h. ¿Qué haremos para que el paciente recuerde las cosas importantes de las que hablamos? ¿Está tomando apuntes adecuados?

10. *Luego del tratamiento del primer tema del plan*, el terapeuta se pregunta:

- a. ¿Cómo se siente hoy el paciente?
- b. ¿Debo hacer algo para restablecer el *rapport*?
- c. ¿He establecido una forma de seguimiento para este

tema, por ejemplo una tarea para el hogar o el acuerdo para incluirlo en el plan de la próxima sesión o para posponerlo para más adelante?

- d. ¿Cuánto tiempo de sesión nos queda? ¿Tenemos tiempo para tratar otro ítem del plan? ¿Con qué debemos continuar?

11. *Antes de cerrar la sesión*, el terapeuta se pregunta:

- a. ¿Es necesario que siga investigando si el paciente tiene opiniones negativas respecto de la sesión?
- b. Si hubo una retroalimentación negativa, ¿cómo debo encararla?
- c. ¿Comprende el paciente cuál fue el punto principal de la sesión?
- d. ¿Recordará lo que se le ha enseñado? ¿Hemos asignado tareas pertinentes?

12. *Después de la sesión*, el terapeuta se pregunta:

- a. ¿Debo profundizar mi conceptualización?
- b. ¿Qué quiero recordar para retomar la próxima sesión o en futuras sesiones?
- c. ¿Debo prestar más atención a nuestra relación?
- d. Si pudiera volver a comenzar esta sesión, ¿qué cambiaría?

Decidir si ocuparse de un problema

En toda terapia es crítica la decisión respecto de cuáles son los problemas para considerar. Aunque el terapeuta toma esta decisión en conjunto con el paciente, procura orientar la terapia hacia el tratamiento de aquellos problemas que son perturbadores, recurrentes o permanentes y escoge los ítems sobre los cuales piensa que puede efectuar una modificación durante la sesión. Por el contrario, tiende a limitar el tratamiento de aquellos problemas que considera factibles de ser solucionados por el paciente solo, o de aquellas situaciones puntuales que es improbable se repitan. Tampoco suele elegir los problemas que no son particularmente perturbadores o que considera llevarán a malgastar el tiempo de la terapia.

Una vez identificado un problema específico, el terapeuta hace varias cosas con el propósito de determinar si vale la pena

intervenir: recopila datos, repasa las opciones, toma como guía la etapa de la terapia y cambia de tema cuando es necesario. A continuación se describen estas cuatro operaciones:

Recopilar más datos sobre un problema

Cuando el paciente expone un problema o cuando en medio de la sesión se hace evidente la existencia de una dificultad, el terapeuta examina su naturaleza para decidir si debe intervenir. Por ejemplo Sally ha planteado un nuevo tema para el plan: su padre tiene problemas en los negocios y ella se siente triste. El terapeuta interroga a Sally para determinar si vale la pena dedicar a este problema una parte significativa de la sesión.

TERAPEUTA: ¿Dijiste que querías plantear algo acerca de tu padre y el trabajo?

PACIENTE: Sí, él ha tenido dificultades con su negocio desde hace tiempo, pero ahora parece que está por quebrar.

T: (*Recopilando más información*) En caso de que quiebre, ¿cómo te afectará eso?

P: Oh, no directamente, pero me siento muy mal por él. Sigue teniendo suficiente dinero, pero... ha trabajado mucho para tener ese negocio.

T: (*Tratando de averiguar si existe una distorsión en el pensamiento de la paciente*) ¿Qué crees que ocurrirá si quiebra?

P: Ya está buscando un nuevo negocio. No es la clase de persona que se deja estar.

T: (*Continúa evaluando la posible disfuncionalidad*) ¿Cuál es para ti la peor parte de todo esto?

P: Es sólo que creo que se sentirá mal.

T: ¿Cómo te sientes tú cuando piensas que él se siente mal?

P: Mal... Me siento triste.

T: ¿Cuánto de triste?

P: 75%.

T: (*Comprueba si la paciente puede ver a largo plazo*) ¿No crees que aunque se siente mal al comienzo, lo superará en algún momento? Probablemente se ocupará de otro negocio y se sentirá mejor.

P: Sí, creo que probablemente suceda eso.

T: ¿Crees que tu tristeza es la "normal" para esta situación? ¿O crees acaso que te está afectando *demasiado*?

P: Pienso que es una reacción normal.

T: *(Ya ha evaluado que el problema no requiere de más trabajo)*
¿Alguna otra cosa al respecto?

P: No, creo que no.

T: Está bien. Lamento que le haya ocurrido esto a tu padre. Manténme al tanto de lo que sucede.

P: Lo haré.

T: ¿Pasamos al siguiente tema de nuestro plan?

En otra ocasión, en cambio, el terapeuta determina que el problema requiere intervención.

T: ¿Querías hablar acerca de tu alojamiento el próximo año?

P: Sí, estoy muy molesta. Con mi compañera de cuarto hemos decidido que vamos a vivir juntas nuevamente. Ella también quiere vivir fuera del campus. Por eso vamos a buscar un apartamento en West Philly o en el centro, pero ella se va a su casa para las vacaciones de primavera y entonces yo debo encargarme de buscar apartamento.

T: ¿En qué momento te has sentido más molesta en relación con este problema?

[El terapeuta supone que Sally se siente molesta porque no sabe qué hacer, porque está enojada con su compañera, que le transfirió todo el trabajo o por ambas razones. La interroga entonces para descubrir sus pensamientos automáticos y sus emociones.]

P: Ayer, cuando acepté buscar apartamento, ella no estaba... En realidad fue anoche, cuando noté que no sabía qué hacer.

T: ¿Cómo te sentías?

P: Abrumada... angustiada.

T: ¿Qué pasaba anoche por tu mente, mientras pensabas en este tema?

P: Que no sé qué hacer. Ni siquiera sé por dónde comenzar.

T: *(Trata de formarse un panorama más amplio y de determinar si existen otros pensamientos automáticos)* ¿Qué otra cosa pasaba por tu mente?

P: Me preguntaba: "¿Qué debo hacer primero? Nunca he hecho esto antes. ¿Debo ver a un agente inmobiliario? ¿Debo buscar en el periódico?"

T: *(Investiga la existencia de otros pensamientos automáticos)* ¿Pensabas algo acerca de tu compañera de cuarto?

P: No, en realidad no. Ella dijo que me ayudaría cuando regresara y que no era necesario que comenzara a buscar hasta entonces.

T: ¿Hiciste alguna predicción?

P: No lo sé.

T: (*Da un ejemplo opuesto*) ¿Pensabas que encontrarías fácilmente un lugar muy bueno por una renta accesible?

P: No... no, en realidad pensaba: “¿Y si encuentro un lugar y resulta que está infestado de cucarachas, es inseguro, demasiado ruidoso o está en malas condiciones?”.

T: ¿Imaginaste algo así?

P: Sí. Oscuro, con mal olor, sucio. (*Se estremece*)

Revisar las opciones

Una vez que el terapeuta se ha formado un cuadro más completo, revisa mentalmente sus opciones. Puede hacer una o más de las siguientes cosas:

1. Llevar a Sally directamente a la resolución de problemas y ayudarla a decidir cuáles son los pasos más razonables y factibles.
2. Enseñar a Sally técnicas de resolución de problemas, usando esta cuestión como ejemplo.
3. Usar la situación para reforzar el modelo cognitivo.
4. Valerse de la situación como una oportunidad para ayudar a Sally a conceptualizar su dificultad para *suponer* que será capaz de resolver una situación y su tendencia a sentirse abrumada y a no controlar esta creencia.
5. Hacer que Sally identifique el pensamiento más perturbador y lo evalúe.
6. Enseñar a Sally a completar un Registro de Pensamientos Disfuncionales a partir de esta situación.
7. Usar la imagen que describe para enseñarle técnicas de imaginación.
8. Tomar junto con Sally la decisión de pasar al siguiente ítem del plan (tal vez a un problema más acuciante) y retomar el problema más adelante o en otra sesión.

Reflexionar sobre cuestiones prácticas

¿Cómo decide el terapeuta qué rumbo debe tomar? El profesional considera varios factores, entre ellos:

1. ¿Cómo lograr un alivio significativo para Sally?
2. ¿Qué tienen tiempo de hacer? ¿Qué otras cosas deben hacer en la sesión?
3. ¿Este problema está dando la oportunidad de enseñar o revisar herramientas importantes para Sally? ¿Cuáles?
4. ¿Qué puede hacer Sally por sí misma (p. ej., como tarea) para aliviar su tensión? Por ejemplo, si Sally ya está en condiciones de completar un Registro de Pensamientos Disfuncionales en su casa y eso la lleva a sentirse mejor, pueden dedicar el tiempo a otras cuestiones que la ayudarán a progresar más.

Usar la etapa de la terapia como guía

El terapeuta muchas veces se orienta a partir de la etapa de la terapia en que se encuentra el paciente. Por ejemplo, suelen evitar el tratamiento de problemas muy complejos y perturbadores en las primeras sesiones con pacientes deprimidos, si es poco probable que puedan encararlos adecuadamente. También tratan de no activar creencias centrales dolorosas si el paciente no cuenta aún con las herramientas para enfrentarlas.

Las sesiones de la etapa inicial suelen dedicarse al tratamiento de problemas *más sencillos*, porque se está enseñando al paciente a evaluar los pensamientos automáticos más “fáciles” y todavía no se encarán las creencias más rígidas y consolidadas. El éxito en las primeras sesiones engendra esperanza en los pacientes y los motiva para trabajar en la terapia.

Cambiar el foco en una sesión

A veces el terapeuta no logra evaluar el grado de dificultad que presentará un problema o la probabilidad de que la conversación active una creencia central dolorosa. En estos casos, aunque se haya centrado en un determinado problema *inicialmente*, deberá cambiar el foco, en especial si se da cuenta de que sus intervenciones no son exitosas o de que el paciente está experimentando un mayor malestar que no se desea. A continuación se transcribe un fragmento de una sesión de la etapa inicial:

T: Veamos el siguiente tema de nuestro plan. Dijiste que te gustaría conocer más gente [Conversan acerca de este objeti-

vo.] Dime ahora cómo podrías hacer para conocer gente esta semana.

P: (*Adoptando un tono apagado de voz*) ...Podría hablar con mis compañeros de trabajo.

T: (*Percibe que la paciente se ha sentido abatida repentinamente*)
¿Qué pasa por tu mente en este momento?

P: No tengo remedio. Nunca lograré hacer esto. Ya lo he intentado antes. (*Se enoja*) Todos mis terapeutas anteriores intentaron lo mismo, pero le estoy diciendo que no puedo. ¡No funcionará!

Debido a la repentina reacción afectiva negativa, el terapeuta supone que se ha activado una creencia central y advierte que sería contraproducente continuar con la misma tónica. En lugar de retomar el problema, el profesional decide reparar la alianza terapéutica averiguando los pensamientos automáticos de la paciente respecto de él y poniéndolos a prueba. Entonces pregunta, por ejemplo: "Cuando te pregunté cómo podrías hacer para conocer más gente esta semana, ¿qué pensamientos tuviste respecto de *mi*?". Luego brinda a la paciente la posibilidad de elegir si retomar o no el tema: "Me alegro de que te hayas dado cuenta de que en realidad yo no deseaba que hicieras cosas para las cuales todavía no estás preparada. ¿Te gustaría volver al tema de cómo conocer más gente o prefieres que lo retomemos en otra sesión y pasemos al problema que has tenido esta semana con tu amiga Elise?".

En síntesis, al comienzo de la terapia el profesional trata de evitar:

1. Problemas demasiado complejos (p. ej., aquellos en los cuales es improbable que se produzca un progreso sustancial), como un problema matrimonial de larga data.
2. Problemas asociados a creencias muy fuertes y rígidas. Por ejemplo: "Si no complazco en un 100% los deseos de los demás, Dios va a castigarme".
3. Problemas que pueden activar creencias centrales muy dolorosas para las cuales el paciente todavía no cuenta con herramientas suficientes (por ejemplo: "Me abandonarán").
4. Problemas que el paciente puede resolver por su cuenta. Si el terapeuta se dedica a este tipo de problemas no está aprovechando adecuadamente el tiempo de la terapia.

5. Problemas sobre los cuales el paciente no desea trabajar.
6. Problemas que no son particularmente perturbadores para el paciente.

No se trata de evitar los problemas difíciles, sino de encararlos cuando el paciente se sienta un poco mejor y haya adquirido la habilidad de abordar esa cuestión y los pensamientos y creencias disfuncionales asociados.

Modificar el tratamiento estándar para encarar trastornos específicos

El terapeuta debe contar con una profunda comprensión de los síntomas del paciente, su funcionamiento, sus problemas, las situaciones que los desencadenaron y la historia previa. También es importante que se haya efectuado un diagnóstico sobre los cinco ejes que plantea el DSM IV. En este libro se expone la terapia cognitiva estándar para la depresión asociada a la ansiedad. A continuación se describen brevemente variantes para implementar, a fin de abordar otra clase de trastornos. El terapeuta debe consultar textos especializados (véase más adelante) cuando deba abordar pacientes cuyo diagnóstico no sea el de depresión simple o unipolar.

1. *Trastorno de pánico*. La terapia enfatiza la evaluación y comprobación de las interpretaciones inadecuadas de tipo catastrófico que hace el paciente, quien considera a un síntoma benigno específico (o a un pequeño conjunto de síntomas), precursor(es) de una catástrofe física o mental (Beck, 1987; Clark, 1989).

2. *Trastorno de ansiedad generalizado*. La terapia se centra en enseñar al paciente a evaluar de manera más realista las amenazas de peligro que albergan ciertas situaciones y a fortalecer su capacidad para sobrellevar situaciones de amenaza (Beck y Emery, 1985; Butler et al., 1991; Clark, 1989).

3. *Fobias sociales*. La terapia enfatiza la reestructuración cognitiva, las técnicas para controlar la ansiedad y la exposición gradual (Beck y Emery, 1985; Butler, 1989; Heimberg, 1990).

4. *Trastorno obsesivo-compulsivo*. La terapia pone énfasis en la prevención de la exposición y de las reacciones y guía al paciente para que descubra experimentalmente que el problema está en sus pensamientos y no en los eventos del mundo real (que trata de

evitar a través de su comportamiento y del control de sus pensamientos). Entre otras cosas, el profesional ayuda al paciente a evaluar el punto hasta el cual es verdaderamente responsable de las circunstancias adversas que pueden afectar a otras personas o a él mismo (Salkovskis y Kirk, 1989).

5. *Trastorno de estrés postraumático*. Además de enseñar al paciente a manejar su intensa angustia y sus continuas imágenes perturbadoras, la terapia se enfoca en la identificación y modificación del significado que el paciente ha asociado al hecho traumático (Dancu y Foa, 1992; Parrot y Howes, 1991).

6. *Trastornos de la alimentación*. La terapia se centra en la reestructuración de las creencias disfuncionales respecto de la comida, el peso y el yo, particularmente respecto de la imagen corporal y la autovaloración (Bowers, 1993; Fairburn y Cooper, 1989; Garner y Bemis, 1985).

7. *Adicciones*. La terapia se centra en la identificación y comprobación de pensamientos e imágenes acerca de la ingestión de drogas, la modificación de creencias que aumentan el riesgo de su consumo, las estrategias para sobrellevar los deseos de droga y la prevención de las recaídas (Beck et al., 1993; Marlatt y Gordon, 1985).

8. *Trastornos de personalidad*. La terapia busca la mejoría en el funcionamiento (aumentando para ello el repertorio de estrategias compensatorias del paciente), el desarrollo y el aprendizaje a partir de la relación terapéutica, la comprensión del desarrollo histórico y la persistencia de las creencias centrales y su modificación por medio de métodos racionales y experimentales (Beck et al., 1990; Layden et al., 1993; Young, 1990).

9. *Esquizofrenia*. Como tratamiento complementario de la terapia farmacológica, la terapia cognitiva enfatiza la consideración de explicaciones alternativas de diversas experiencias psicóticas (Chadwick y Lowe, 1990; Kindon y Turkington, 1994; Perris et al., 1993).

10. *Problemas de parejas*. La terapia busca que los individuos se hagan responsables de modificar sus expectativas, creencias e interpretaciones disfuncionales, así como también del comportamiento hacia la pareja (Baucom y Epstein, 1990; Beck, 1998; Dattilio y Padesky, 1990).

11. *Trastorno bipolar*. Como tratamiento complementario, la terapia se ocupa de la identificación temprana de episodios hipomaniacos y depresivos; las estrategias para controlar estos episodios; la regularización del sueño, el apetito y los niveles de

actividad; la reducción de la vulnerabilidad del paciente y la exposición a situaciones disparadoras y también del cumplimiento del plan de medicación (Palmer, Williams y Adams, 1994).

Estas breves descripciones tienen como objetivo alentar al lector a buscar entrenamiento adicional (ya sea formal o autodidáctico) para trastornos más complejos que requieren una variación de la terapia cognitiva estándar.

En resumen, la planificación efectiva del tratamiento requiere de un diagnóstico adecuado, una sólida formulación del caso en términos cognitivos, y la consideración de las características particulares y los problemas del paciente. El tratamiento se estructura a la medida del individuo y el terapeuta desarrolla una estrategia general y un plan específico para cada sesión, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. El diagnóstico del paciente.
2. Una conceptualización de sus dificultades (que controla con él).
3. Los objetivos del paciente para la terapia.
4. Sus preocupaciones más acuciantes.
5. Los objetivos del profesional para la terapia.
6. La etapa de la terapia.
7. Las características de aprendizaje particulares del paciente.
8. La motivación del paciente.
9. La naturaleza y la fortaleza de la alianza terapéutica.

El terapeuta desarrolla y modifica continuamente un plan general de tratamiento y un plan específico para cada sesión y para cada parte de la misma.

Problemas en la terapia

Casi todos los pacientes presentan durante su terapia cognitiva algún tipo de problema. Hasta los profesionales más experimentados, que dominan completamente las técnicas, a veces tienen dificultades para establecer la alianza terapéutica, para conceptualizar correctamente las dificultades de un paciente o para trabajar en forma sostenida hacia un objetivo conjunto. Por estas razones, el terapeuta no debe plantearse evitar totalmente los problemas, sino más bien aprender a descubrirlos y especificarlos, conceptualizar su origen y planificar la manera de solucionarlos.

Los problemas o los puntos de estancamiento en una terapia pueden tomarse como una oportunidad para profundizar la conceptualización del paciente. Además, los problemas que surgen en la terapia permiten, muchas veces, descubrir dificultades que el paciente experimenta también fuera del consultorio. Por último, los problemas que aparecen en el tratamiento dan al profesional una posibilidad de mejorar sus capacidades, promover su flexibilidad y creatividad y lograr una nueva comprensión y experiencia que le servirá para ayudar a otros pacientes, ya que los problemas no sólo surgen por las características del paciente, sino que también son consecuencia de las limitaciones del terapeuta. Este capítulo describe cómo descubrir la existencia de problemas y puntos de estancamiento y cómo conceptualizar y remediarlos en la terapia.

Descubrir la existencia de un problema

El terapeuta puede descubrir la existencia de un problema de varias maneras:

1. **Escuchando comentarios espontáneos del paciente.**
2. **Solicitando al paciente comentarios al respecto, haya o no dado señales verbales o no verbales de tener un problema.**
3. **Revisando las grabaciones y filmaciones de las sesiones, solo o junto con un colega o un supervisor.**
4. **Registrando los progresos mediante pruebas objetivas e informes subjetivos del alivio de los síntomas del paciente.**

La manera más sencilla de descubrir que ha aparecido un problema en la terapia es, obviamente, cuando el paciente lo plantea en forma explícita (p. ej. “Doctor Doe, me parece que usted no entiende lo que le digo” o “Comprendo *intelectualmente* lo que usted me dice, pero afectivamente no significa nada para mí”). Sin embargo, muchos pacientes aluden *indirectamente* a los problemas. (p. ej. “Entiendo lo que me dice, pero no sé si podré hacerlo” o “Lo intentaré” [evidenciando que cree que no tendrá éxito al llevar a cabo una tarea]). En estos casos el terapeuta sigue interrogando al paciente para captar si existe un problema y determinar cuáles son sus dimensiones.

Muchas veces, sin embargo, el paciente no logra expresar, ni directa ni indirectamente, problemas relativos a la terapia. El terapeuta puede descubrir esos problemas apegándose a la estructura clásica de la sesión (que incluye pedir una retroalimentación al paciente al final de la sesión), controlando periódicamente la profundidad de la comprensión durante la sesión y averiguando los pensamientos automáticos que acompañan a los cambios afectivos durante las entrevistas.

Por ejemplo, en una ocasión, el terapeuta de Sally se dio cuenta, a través de ciertas señales no verbales (mirada distante, movimientos de inquietud en el asiento), de que ella no estaba procesando completamente lo que él le decía o que no estaba de acuerdo. A continuación, puso a prueba esta hipótesis de varias maneras. En primer lugar, como se acostumbra con todos los pacientes, efectuó varias síntesis durante la sesión o le pidió a Sally que las hiciera. También hizo que ella estableciera la medida de credibilidad de esos resúmenes (p. ej., “Sally, hemos estado

hablando de que no eres totalmente responsable de la infelicidad de tu padre, aunque te hayas mudado lejos de él. ¿En qué medida crees eso ahora?”).

El terapeuta también controló la comprensión de Sally en diferentes puntos de la sesión (p. ej., ¿Te resulta claro por qué tu padre puede estar reaccionando de esta manera?... ¿Podrías expresarlo con tus palabras?). El profesional también se ocupó de pedir retroalimentación al final de la sesión (p. ej., “¿Hubo algo de lo que hoy dije que te haya molestado?”... “¿Hay algo que creas que no es correcto?”). Como percibió que Sally no se atrevía a darle una retroalimentación negativa, específicamente se la pidió en el *momento* de la sesión en que sospechó que ella había tenido una reacción negativa: “¿Qué te pareció cuando yo sugerí que podrías ser más asertiva con tu padre? ¿Te molestó eso?... ¿Crees que si te hubiese molestado serías capaz de decírmelo?”.

Finalmente, el terapeuta puede tratar de descubrir la existencia de un problema en la siguiente sesión. En este caso, lo hará, naturalmente, en aquella parte de la sesión en que se establece un puente con el encuentro anterior. El terapeuta de Sally, por ejemplo, escuchó la grabación entre sesiones. El tono de voz de la paciente en una determinada porción del registro lo llevó a preguntarle en la sesión siguiente: “Sally, me pregunto cómo te sentiste la semana pasada cuando te hice preguntas acerca de la relación con tu padre”. Como la paciente dio una respuesta no comprometida, el profesional le planteó su preocupación directamente: “¿Sentiste que te estaba presionando demasiado, o quizá que eras desleal a tu padre?”.

En síntesis, el terapeuta busca develar problemas en la sesión controlando la comprensión del paciente, pidiéndole retroalimentación y planteando directamente presuntos problemas, en la misma entrevista o en otra siguiente. También puede pedirle a la paciente que haga una evaluación escrita de cada sesión (véase capítulo 3, figura 3.3) que él analizará en la siguiente entrevista.

El terapeuta principiante, sin embargo, puede no tomar conciencia de la existencia de un problema y/o ser menos capaz de especificar un problema con precisión. Por esta razón, debe pedir permiso para grabar las sesiones y luego revisarlas, preferiblemente con un profesional experimentado. Si el terapeuta lo presenta como un beneficio para el paciente, generalmente no tiene dificultades para obtener el consentimiento. (Por ejemplo: “Sally, habitualmente grabo las sesiones, para poder luego escu-

charlas si lo necesito para planear mejor el tratamiento. A veces se las hago escuchar a un colega o supervisor para que me dé su opinión. ¿Te parece bien?”.)

El profesional también puede percatarse de la existencia de un problema cuando registra la evolución del paciente. El terapeuta logra registrar los progresos con mayor facilidad practicando semanalmente pruebas objetivas tales como el Inventario de Depresión de Beck (véase Apéndice D) o pidiendo al paciente que asigne un puntaje de 0 al 10 a su estado de ánimo (véase capítulo 3) al comienzo de la sesión. Si los síntomas no se modifican, el terapeuta puede tomar la falta de mejoría como un nuevo ítem del plan y trabajar en colaboración con el paciente para planificar una estrategia más efectiva.

Por último, el terapeuta continuamente trata de ponerse en el lugar del paciente, de captar su visión del mundo y descubrir cuáles son los obstáculos que pueden inhibir su capacidad para adoptar una perspectiva más funcional de sus dificultades (p. ej., “Si yo fuera Sally, ¿cómo me sentiría en la terapia? ¿Qué pensaría si el terapeuta me dijera _____ o _____?”).

Conceptualizar los problemas

Una vez identificada la existencia de un problema, el terapeuta conceptualiza el nivel en que este se produce:

1. ¿Se trata simplemente de un *problema técnico*? Por ejemplo, ¿se seleccionó o se utilizó alguna técnica de manera inadecuada?
2. ¿Se trata de un *problema más complejo que abarca la totalidad de la sesión*? Por ejemplo, ¿acaso el terapeuta identificó correctamente un pensamiento disfuncional pero luego no logró intervenir con eficacia?
3. ¿Existe un *problema permanente a lo largo de varias sesiones*? Por ejemplo, ¿se ha producido una fractura en la comunicación?

Generalmente, los problemas se pueden encuadrar en una o más de las siguiente categorías:

1. Diagnóstico, conceptualización y plan de tratamiento.
2. Alianza terapéutica.

3. Estructura y/o ritmo de la sesión.
4. Socialización (instrucción) del paciente.
5. Trabajo sobre los pensamientos automáticos.
6. Logro de los objetivos terapéuticos en la sesión y a lo largo de las sesiones.
7. Procesamiento del contenido de las sesiones por parte del paciente.

Las siguientes preguntas pueden ayudar al terapeuta y al supervisor a especificar la naturaleza de un problema terapéutico. Luego ellos podrán fijar objetivos, establecer prioridades entre ellos y seleccionar uno o más para focalizar el trabajo.

Diagnóstico, conceptualización y plan de tratamiento

Diagnóstico

1. ¿Tengo un diagnóstico correcto sobre los cuatro ejes, según la última edición del DSM?
2. En los casos que así lo requieren, ¿se ha dado a los diagnósticos primarios y secundarios el orden adecuado?
3. ¿Podría estar el paciente sufriendo de algún trastorno orgánico no diagnosticado?
4. ¿Requeriría el paciente una consulta sobre medicación?

Conceptualización

1. ¿Posee una conceptualización concreta y satisfactoria?
2. ¿Puedo expresar verbalmente y por escrito (tal vez utilizando el Diagrama de Conceptualización Cognitiva) cómo las reacciones del paciente (pensamientos automáticos, emociones, comportamientos, respuestas fisiológicas) frente a las situaciones actuales, se relacionan con su historia, sus creencias y sus estrategias?
3. ¿He profundizado continuamente mi conceptualización a medida que obtuve nuevos datos?
4. ¿He compartido mi conceptualización con el paciente en momentos estratégicamente adecuados?
5. De ser así, ¿la conceptualización le “suena” verdadera al paciente?

Plan de tratamiento

1. ¿He orientado inicialmente el tratamiento hacia el trastorno primario del Eje 1?

2. ¿He modificado la terapia cognitiva estándar para acomodarse a los trastornos del Eje I (y/o del Eje II) de este paciente? ¿He utilizado mi conceptualización para planificar la adaptación del tratamiento a este paciente particular?
3. ¿He orientado la necesidad de un cambio de vida importante, si se hizo evidente que no es posible obtener mejoras partiendo únicamente de la terapia? (Este puede ser el caso, por ejemplo, cuando un paciente forma parte de una relación abusiva, cuando sus condiciones de vida son intolerables o cuando su trabajo es muy perjudicial.)
4. ¿He planificado el aprendizaje de habilidades necesarias?
5. ¿He incluido a miembros de la familia en la terapia cuando fue necesario?

Alianza terapéutica

Colaboración

1. ¿El paciente ha colaborado *verdaderamente*? ¿Funcionamos como un equipo? ¿Estamos trabajando intensamente? ¿Nos sentimos ambos responsables de los progresos?
2. ¿Estamos tomando en conjunto las decisiones terapéuticas? ¿Hemos negociado con éxito cuestiones como las tareas para el hogar, la asignación de tiempo a los ítems del plan, etc.? ¿Nos hemos ocupado de los problemas más importantes para el paciente?
3. ¿He ayudado al paciente a lograr un buen nivel de desempeño y control en las sesiones?
4. ¿Hemos acordado sus objetivos y mis objetivos para el tratamiento?
5. ¿Le he dado explicaciones acerca de mis intervenciones y asignación de tareas?

Retroalimentación por parte del paciente

1. ¿Pido habitualmente al paciente retroalimentación acerca de la sesión?
2. ¿Lo aliento a expresar y luego a evaluar sus dudas?
3. ¿Controlo la afectividad del paciente durante la sesión y le pregunto acerca de sus pensamientos automáticos cuando experimenta cambios en ella?

Visión que tiene el paciente de la terapia

1. ¿Tiene el paciente un concepto positivo de la terapia y de mí?
2. ¿Cree, al menos en alguna medida, que la terapia lo ayudará?
3. ¿Me considera competente, colaborador y cuidadoso?

Reacciones del terapeuta

1. ¿Me preocupo por este paciente? ¿El percibe mi interés?
2. ¿Me siento capaz de ayudar a este paciente? ¿Percibe él mi sensación de que soy competente?
3. ¿Experimento pensamientos negativos acerca de este paciente o acerca de mí mismo respecto de este paciente? ¿He evaluado y controlado estos pensamientos?
4. ¿Considero los problemas de la alianza terapéutica como una oportunidad de crecimiento? ¿O acaso los uso para endilgar culpas?
5. ¿Proyecto una imagen realista y optimista respecto de la ayuda que puede brindar la terapia?

Estructura y ritmo de la sesión de terapia

Plan

1. ¿Hemos establecido un plan específico?
2. ¿Lo hemos hecho en colaboración, con aportes de ambos?
3. ¿Hemos establecido el plan rápidamente?
4. ¿Ha logrado el paciente dar un nombre a los temas del plan en pocas palabras, en lugar de hacer extensas descripciones?
5. ¿Ha denominado el tema en lugar de exponer la cuestión?
6. ¿Hemos establecido prioridades entre los temas?
7. ¿Hemos decidido juntos el tiempo asignado a cada tema?
8. ¿Hemos determinado juntos qué tema abordar primero?

Ritmo

1. ¿He controlado cómo administramos el tiempo de terapia?
2. ¿He asignado y dedicado una cantidad de tiempo adecuada a los elementos habituales de la sesión: control del estado de ánimo, revisión de la semana, formulación del plan, revisión de la tarea para el hogar, discusión de los temas del plan, síntesis periódica, retroalimentación?
3. En los casos en que un tema excedió el tiempo que se le

había asignado, ¿determinamos en conjunto si continuar o pasar al siguiente tema?

4. Cuando surgieron temas que no eran los establecidos, ¿decidimos en conjunto qué hacer con ellos?
5. ¿Dedicamos demasiado tiempo en conversaciones improductivas?
6. ¿He interrumpido apropiada y amablemente al paciente para regresar la conversación a temas productivos?
7. ¿Hemos dejado tiempo suficiente al final de la sesión para resumir los puntos más importantes, permitir al paciente anotar conclusiones, asegurarse de que comprendió y estuvo de acuerdo con la tarea asignada, recibir su retroalimentación sin apresuramientos y responder a ella?
8. ¿Establecí el ritmo de la sesión de modo tal que ayudara a desactivar creencias centrales y a disminuir las emociones negativas del paciente, para que no se fuese de la sesión sintiéndose indebidamente tensionado?

Instruir al paciente respecto de la terapia cognitiva

El modelo cognitivo

1. ¿Comprende el paciente el modelo cognitivo y está de acuerdo con él?
2. ¿Comprende que las distorsiones del pensamiento son síntomas de su trastorno?
3. ¿Cree que sus pensamientos respecto de ciertas situaciones podrían estar distorsionados?
4. ¿Nota que el pensamiento distorsionado influye sobre su estado de ánimo y sus comportamientos de manera negativa?
5. ¿Cree que se puede sentir mejor y comportarse de una manera más adaptativa si evalúa y modifica su pensamiento disfuncional?
6. ¿Cree que es capaz de cambiar?
7. ¿Desea hacer cambios?

Expectativas

1. ¿Cuáles son las expectativas del paciente respecto de sí mismo, de mí y de la terapia?
2. ¿Cree que debería ser capaz de resolver sus problemas rápidamente y con facilidad?
3. ¿Espera que yo resuelva los problemas por él?

4. ¿Cree que sus problemas se pueden solucionar?
5. ¿Comprende su papel y sus responsabilidades en la terapia?
6. ¿Comprende que debe asumir un papel activo?
7. ¿Colabora con facilidad?
8. ¿Comprende que necesita aprender ciertas herramientas y habilidades y utilizarlas?
9. ¿Teme resolver sus problemas actuales porque luego deberá afrontar otros, tales como elegir una carrera, decidir sobre relaciones, etcétera?

Orientación hacia la resolución de problemas

1. ¿Especifica el paciente cuáles son los problemas para trabajar?
2. ¿Trabajamos activamente para resolver problemas o nos limitamos a plantearlos?
3. ¿Ha establecido objetivos específicos? ¿Son realistas?
4. ¿Comprende cómo se relacionan esos objetivos con el trabajo de cada sesión?
5. ¿Está tratando de cambiar a otra persona en lugar de cambiarse a sí mismo?

Tareas para el hogar

1. ¿Cumple el paciente con todo el trabajo adecuadamente?
2. ¿Lo considera optativo o necesario?
3. ¿Hace las tareas solamente para complacerme?
4. ¿Comprende cómo se relaciona la tarea para el hogar con el trabajo en la sesión y con sus objetivos para la terapia?
5. ¿Piensa en las tareas de la terapia durante toda la semana?
6. ¿Ha sido bien diseñado el trabajo en torno de los problemas clave?

Tratamiento de los pensamientos automáticos

Identificar y seleccionar los pensamientos automáticos clave

1. ¿Hemos identificado las palabras y/o imágenes que pasan por la mente del paciente cuando se siente perturbado?
2. ¿Identificamos los pensamientos automáticos relevantes?
3. ¿Seleccionamos los pensamientos para evaluarlos uno por vez?
4. ¿Elegimos un pensamiento asociado a una perturbación emocional?

5. ¿Elegimos un pensamiento disfuncional o probablemente distorsionado?
6. ¿Elegimos un pensamiento que, si se modifica, puede ayudar al paciente a alcanzar su objetivo o a resolver un problema? ¿Era un pensamiento importante?

Combatir pensamientos automáticos

1. Además de identificar un pensamiento automático, ¿lo evaluamos y lo combatimos?
2. ¿He evitado suponer *a priori* que el pensamiento estaba distorsionado? ¿He evitado persuadir al paciente de que su pensamiento era erróneo? ¿Me dispuse a trabajar en colaboración con él para evaluarlo?
3. ¿Usé principalmente el cuestionamiento?
4. Si un interrogatorio no era efectivo, ¿intentaba de otra manera?
5. ¿Evité un apostura desafiante y/o persuasiva?
6. Una vez formulada una respuesta alternativa concebida en conjunto, ¿he controlado en qué medida la creía el paciente? ¿Disminuyó su distrés emocional?
7. En caso necesario, ¿probamos con otras técnicas para reducir el malestar del paciente? Cuando hizo falta, ¿agendamos este pensamiento automático para un trabajo futuro?

Maximizar el cambio cognitivo

1. ¿Escribió el paciente sus ideas nuevas y más funcionales?
2. ¿Identificamos la distorsión cognitiva?
3. ¿Investigamos si el paciente había incurrido en el pasado en distorsiones semejantes o predijimos distorsiones del mismo tipo para el futuro?

Alcanzar los objetivos terapéuticos en las sesiones y a lo largo de ellas

Identificar los objetivos terapéuticos generales y las metas de cada sesión

1. ¿He expresado los objetivos al paciente adecuadamente (en caso de que no los haya fijado él mismo)? ¿Estuvo de acuerdo con esos objetivos (p. ej., aprender a completar el Registro de Pensamientos Disfuncionales, cambiar el uso de su tiempo y utilizar técnicas diversas para reducir la angustia)?

2. ¿He fragmentado esos objetivos en objetivos intermedios, acordes con la etapa de la terapia que atravesamos?
3. ¿Utilizo estos objetivos para orientar el armado del plan?
4. ¿Hago uso de los temas que el paciente plantea para alcanzar mis objetivos cada vez que es posible?
5. ¿He ayudado al paciente, en alguna sesión, a identificar un problema importante para tratar?
6. ¿El problema es adecuado para el nivel de funcionamiento del paciente y su etapa en la terapia? Por ejemplo, ¿está el problema ligado a una creencia demasiado rígida como para que se obtenga un progreso en esta sesión?
7. ¿Dedicamos tiempo tanto a la resolución de problemas como a la reestructuración cognitiva?
8. ¿Las tareas para el hogar apuntan al cambio cognitivo y al cambio comportamental?

Mantener un foco coherente

1. ¿Utilizo el descubrimiento guiado para ayudar al paciente a identificar creencias relevantes?
2. ¿Puedo determinar cuáles son las creencias más centrales y cuáles las más periféricas para este paciente? ¿Está él de acuerdo?
3. ¿Investigo coherentemente la relación de los nuevos problemas con las creencias centrales, o acaso nos limitamos a saltar de un problema a otro o de una creencia disfuncional a otra, sin relacionarlas con la conceptualización general?
4. ¿Estamos haciendo un trabajo sostenido y coherente sobre las creencias centrales del paciente en cada sesión o nos limitamos a intervenir en las crisis?
5. Cuando conversamos acerca de historias de la infancia, ¿ayudo al paciente a traducir sus interpretaciones a la forma de creencias?
6. ¿Lo ayudo a ver cómo estas creencias se relacionan con sus problemas actuales?

Intervenciones

1. ¿Elijo las intervenciones pensando en mis objetivos para la sesión y los temas propuestos por el paciente?
2. ¿Puedo plantearme claramente tanto la creencia disfuncional del paciente como otra más funcional hacia la cual deseo guiarlo?
3. ¿Controlé el grado de malestar del paciente o su porcentaje de adhesión a un pensamiento o creencia disfuncional

antes y después de una intervención, para juzgar su eficacia?

4. Si una intervención fue poco exitosa, ¿intento otro abordaje?
5. ¿Conceptualizo por qué la intervención tuvo poco éxito? ¿Se debió a la selección o implementación de la técnica o acaso a la fuerza y persistencia del pensamiento disfuncional del paciente?

Procesamiento del paciente del contenido de la sesión

Control de la comprensión del paciente

1. ¿He efectuado síntesis frecuentes (o pedido al paciente que las haga) durante la sesión?
2. ¿Le he preguntado si el contenido estaba claro o le he pedido que exponga las conclusiones con sus propias palabras?
3. ¿He estado atento a las señales no verbales de confusión o desacuerdo?

Conceptualizar problemas en la comprensión

1. ¿He controlado mis hipótesis con el paciente?
2. Si tiene dificultades para comprender lo que trato de expresar, ¿se debe a un error mío?
3. ¿Está la dificultad en la comprensión asociada al nivel de complejidad? ¿A la falta de concreción? ¿A mi vocabulario? ¿A la cantidad de material que le presento en una sesión o en una parte de la sesión?
4. ¿Se debe la falta de comprensión al nivel de distrés emocional del paciente durante la sesión? ¿A distracciones? ¿A pensamientos automáticos que se producen en la sesión?

Maximizar la consolidación del aprendizaje

1. ¿Qué he hecho para asegurar que el paciente recordará las partes clave de la sesión durante la semana y aun después de que la terapia haya terminado?
2. ¿Registró el paciente los puntos clave por escrito o en una grabación?

Puntos de estancamiento

En ocasiones, el paciente se puede sentir mejor en alguna sesión pero no parece hacer progresos durante el curso de varias

entrevistas. El terapeuta experimentado, en lugar de plantearse las preguntas anteriores, puede intentar descartar o confirmar la existencia de cinco áreas problemáticas. Una vez determinado que tiene un diagnóstico correcto, una conceptualización y un plan diseñado para el trastorno del paciente (y aplicadas las técnicas correctamente), evalúa sólo o con un consultor los siguientes puntos:

1. ¿Hemos desarrollado una *alianza terapéutica* sólida con el paciente?
2. ¿Tenemos una idea clara de los *objetivos del paciente* para la terapia? ¿Está comprometido para trabajar en pos de esos objetivos?
3. ¿Cree el paciente verdaderamente en el *modelo cognitivo*, es decir, acepta que el pensamiento influye sobre su estado de ánimo y su comportamiento, que su pensamiento es, en ocasiones, disfuncional y que evaluarlo y combatirlo modifica sus sentimientos y conductas?
4. ¿*Conoce* el paciente la terapia cognitiva y participa de ella aportando temas, trabajando para solucionar problemas, cumpliendo con la tarea para el hogar y dando retroalimentación al terapeuta?
5. ¿Están interfiriendo con el trabajo *factores biológicos* tales como enfermedad, efectos secundarios de la medicación o medicación no adecuada o *cuestiones del entorno*, como una pareja violenta, un trabajo demasiado exigente o un nivel intolerable de pobreza o criminalidad?

Solucionar problemas de la terapia

Según la clase de problema que se haya identificado, el terapeuta puede considerar aconsejables algunos de los siguientes pasos:

1. Hacer una evaluación diagnóstica más profunda.
2. Derivar al paciente para una evaluación física o neuropsicológica.
3. Profundizar la conceptualización del paciente por escrito y controlarla con él.
4. Leer más sobre tratamiento de pacientes con trastornos del Eje I (y el Eje II).

5. Buscar una retroalimentación específica por parte del paciente respecto de su experiencia con la terapia y el terapeuta.
6. Restablecer los objetivos del paciente para la terapia y posiblemente analizar las ventajas y desventajas de alcanzarlos.
7. Identificar y responder a sus propios pensamientos automáticos respecto del paciente o de su habilidad como terapeuta.
8. Revisar el modelo cognitivo con el paciente y pedirle que exponga cualquier duda o malentendido.
9. Revisar el plan de tratamiento con el paciente y averiguar sus preocupaciones o dudas.
10. Revisar las responsabilidades del paciente y sondear sus reacciones.
11. Poner énfasis en la asignación y revisión de tareas para el hogar en la sesión y corroborar los logros de la semana.
12. Trabajar consistentemente sobre pensamientos automáticos, creencias y comportamientos *clave* a lo largo de las sesiones.
13. Controlar que el paciente haya comprendido el contenido de la sesión y registrado los puntos más importantes.
14. Según las preferencias y necesidades del paciente, cambiar (en una u otra dirección) el ritmo o la estructura de la sesión, la cantidad o dificultad del material a tratar, el grado de empatía expresada por el terapeuta, su actitud didáctica o persuasiva y/o el enfoque adoptado para la resolución de problemas.

Cuando el terapeuta intenta solucionar problemas de la terapia, debe controlar sus propios pensamientos y su estado de ánimo, porque sus cogniciones pueden a veces entorpecer la resolución de problemas. Es probable que todos los terapeutas, por lo menos en algunas ocasiones, tengan pensamientos negativos respecto de sus pacientes, de la terapia y/o de ellos mismos como profesionales. Algunas de las presunciones típicas de los terapeutas que interfieren con los cambios en el formato de la terapia son:

“Si interrumpo al paciente, pensará que lo estoy controlando.”

“Si hago un plan estructurado para la sesión, puedo perder cosas importantes.”

“Si grabo la sesión, seré demasiado autoconsciente.”

“Si mi paciente se siente molesto conmigo, dejará el tratamiento.”

Finalmente, el terapeuta que se encuentra con un problema en un tratamiento, siempre tiene una opción. Puede asumir el problema de una manera catastrófica y culparse a sí mismo o al paciente, o bien puede considerar el problema como una oportunidad para mejorar su técnica y su capacidad para modificar la terapia según las necesidades individuales de un paciente.

18

La formación de un terapeuta cognitivo

Este capítulo expone brevemente los pasos necesarios para iniciarse en la práctica de la terapia cognitiva. Como se menciona en el capítulo 1, se aconseja adquirir experiencia en las técnicas básicas practicándolas en uno mismo antes de hacerlo con los pacientes. (Véase Apéndice D para informarse sobre la obtención de formularios, pruebas y folletos.) Probar las técnicas en uno mismo permite corregir dificultades en la aplicación y ponerse en el lugar de paciente da la oportunidad de identificar obstáculos (prácticos y psicológicos) que interfieren en la ejecución de tareas. Como mínimo, si se desea ser un terapeuta cognitivo, hay que dar los siguientes pasos, si no se han dado hasta ahora:

1. Controlar el propio estado de ánimo e identificar los pensamientos automáticos cada vez que se experimenta disforia.
2. Anotar los pensamientos automáticos. Si se pasa por alto esta actividad, se pierde la oportunidad de descubrir potenciales obstáculos que los pacientes pueden encontrar al escribir *sus* pensamientos: falta de oportunidad, de motivación, de tiempo, de energía o de esperanza. Cuando haga cosas tales como asignar una tarea en sesión, el terapeuta podrá efectuar una rápida comparación consigo mismo. Pensará: “¿Tendría yo dificultades con esta tarea? ¿Qué necesitaría para estar motivado? ¿Es razonable asignar esta tarea? ¿Qué se interpondría si yo tuviese que hacerla? ¿La comprendería si me la presentasen de este modo? ¿Es necesario presentarla de un modo más detallado?”. En otras palabras, la formación de un terapeuta cognitivo se ve facilitada por la comprensión de uno mismo y de la naturaleza humana.

3. Identificar los pensamientos automáticos que interfieren con el paso dos, antes expuesto. Pensamientos tales como “No es necesario que yo escriba mis pensamientos automáticos” o “Conozco esto. Puedo hacerlo mentalmente” suelen presentarse como obstáculos. Una buena respuesta adaptativa sería reconocer la verdad parcial de estos pensamientos, pero poner el énfasis en las ventajas de comportarse de otro modo: “Es verdad que probablemente pueda progresar sin usar en mí mismo los instrumentos de la terapia cognitiva, pero también es cierto que posiblemente aprenderé mucho más si escribo esto. Si yo atravieso este proceso, me será más fácil comprender las dificultades de mis pacientes. Ya sabré cómo es la tarea y podré identificar los puntos difíciles. Por otra parte, ¿cuál es el problema? Sólo me tomará un par de minutos”.

4. Una vez que el profesional ha adquirido experiencia en la identificación de sus pensamientos automáticos y emociones, puede comenzar a completar un Registro de Pensamientos Disfuncionales (RPD) por día o cada vez que note un cambio en su estado de ánimo. Hay que tener en cuenta que si el terapeuta no tiene pensamientos muy distorsionados o si suele responder adaptativamente a lo que tiene en mente, seguramente no obtendrá una disminución significativa de la disforia. (Recordar que el terapeuta cognitivo no trata de *eliminar* las emociones negativas, sino que trata de reducir los grados *disfuncionales* de emoción.) De todos modos, sea que el terapeuta se beneficie o no con el trabajo sobre el RPD, la práctica lo ayudará a aguzar su capacidad para enseñarlo a sus pacientes.

5. Llenar la mitad inferior del Diagrama de Conceptualización Cognitiva valiéndose de tres situaciones típicas en las cuales se haya sentido disfórico. Si experimenta dificultades para especificar la situación, identificar los pensamientos o emociones, o para descubrir el significado de los pensamientos, deberá releer los capítulos correspondientes de este libro.

6. Continuar con la parte superior del Diagrama de Conceptualización Cognitiva. Cuando se sienta perturbado, deberá considerar si se trata de un tema de la categoría del desamparo o de no ser amado. Una vez que haya identificado una creencia central, complete el resto de los casilleros.

7. La siguiente tarea será, usando la creencia central identificada en los ejercicios anteriores, completar un Formulario de Creencias Centrales. Examinará su interpretación de las situaciones para ver si está distorsionando las evidencias para avalar

una creencia central negativa y/o si está ignorando o desvalorizando evidencia en contra de esa creencia central. Nota: Este ejercicio puede no modificar el sistema de creencias del profesional, si cuenta con creencias positivas y equilibradas activadas en forma permanente. Sin embargo, completar el formulario le servirá para familiarizarse con él y para aplicarlo con mayor eficacia.

8. Probar otras técnicas básicas: control de actividades, programación de actividades, afirmaciones personales, respuestas a las imágenes espontáneas, actuar “como si”, formularios de resolución de problemas, lectura y escritura de tarjetas de apoyo, comparaciones funcionales del yo y notas sobre ventajas y desventajas en toma de decisiones.

9. Una vez utilizadas algunas de las herramientas conceptuales y terapéuticas en él mismo, el profesional deberá elegir un paciente poco complicado para el primer intento de terapia cognitiva. Si elige un paciente difícil (véase capítulo 16), el tratamiento estándar descrito en esta obra puede no ser adecuado. El paciente ideal para un primer intento en terapia cognitiva es aquel que tenga una depresión simple unipolar, un trastorno de ansiedad generalizado o un trastorno de adaptación, sin diagnóstico en el Eje II. Es preferible comenzar con un paciente nuevo y no con uno que ya ha sido tratado durante algún tiempo con otra orientación terapéutica. Es mejor tratarlo según los lineamientos propuestos en este libro, de la manera más pura que sea posible. Una advertencia: los terapeutas experimentados en otra modalidad a menudo se sienten tentados de usar otras herramientas, que pueden alterar el curso de la terapia cognitiva.

10. Obtener consentimiento para grabar o filmar las sesiones. La revisión de las grabaciones o filmaciones, ya sea el profesional solo o junto con un colega o supervisor, es muy importante para la formación del terapeuta. La “Cognitive therapy scale and manual” (véase apéndice D) es una herramienta indispensable para analizar las grabaciones. Los supervisores en terapia cognitiva la utilizan frecuentemente con los terapeutas para evaluar el trabajo y el plan.

11. Continuar el proceso de aprendizaje leyendo más sobre terapia cognitiva. Consultar la lista de lecturas que se consigna en los Apéndices B y C. Leer también los folletos, artículos o libros pensados para pacientes, a fin de poder recomendar una biblioterapia adecuada.

12. Buscar oportunidades de entrenamiento y supervisión (véase Apéndice D), ya sea en el lugar de residencia o en el Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.

13. Finalmente, asistir y participar en las conferencias de la International Association for Cognitive Psychotherapy, la Association for Advancement of Behavior Therapy, la European Association of Behavior and Cognitive Therapy o asociaciones de terapia cognitiva y comportamental en el lugar de residencia de cada profesional. Véase Apéndice D para las direcciones de estas organizaciones.

Apéndice A

Formulario de resumen de caso

Nombre del terapeuta: J. Beck Nombre del paciente: Sally R. Fecha: 10/2

I. Información identificatoria

Sally es una mujer caucásica de 18 años, estudiante universitaria, que vive en un dormitorio de estudiantes de primer año con una compañera de cuarto.

II. Diagnósticos (según DSM - IV)

Eje I: *Depresión mayor, un solo episodio moderado 296.22*

Eje II: *Sin trastornos de personalidad*

Eje III: *Sin trastornos ni enfermedades físicos*

Eje IV: *Severidad de estresores psicosociales: leve (está fuera de su casa por primera vez)*

Eje V: *Evaluación global del funcionamiento: actual 60, año anterior 85*

III. Puntajes objetivos

	Admi- sión	Ses. Nº	Ses. Nº	Ses. Nº	Ses. Nº	Ses. Nº	Ses. Nº	Ultima ses.
IDB*	27							
IAB*	15							
EDB*	15							
Otros								

Tendencia general de los puntajes:

* IDB, Inventario de Depresión de Beck; IAB, Inventario de Ansiedad de Beck; EDB, Escala de Desesperanza de Beck.

IV. Problemas y funcionamiento actual

Se queja de depresión, angustia, dificultades en la concentración, aislamiento social, aumento de horas de sueño, autocrítica. Asiste a clases pero tiene dificultades con el estudio y para terminar los trabajos. Evita los problemas con su compañera de cuarto.

V. Perfil de desarrollo

A. Historia (familiar, social, educativa, médica, psiquiátrica, vocacional)

Menor de dos hijos en una familia bien estructurada.

Siempre tuvo varios amigos.

Notas de término medio a altas en la escuela; cierta ansiedad respecto de las calificaciones.

Sin problemas médicos significativos; no hay historia psiquiátrica; buen registro laboral el año pasado.

B. Relaciones (padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

La madre era (y es) muy crítica con ella; el padre es más comprensivo pero no ha estado muy presente físicamente (trabajo exigente).

Buena relación con el hermano, pese a los cinco años de diferencia de edad.

Temerosa de los profesores severos.

C. Acontecimientos significativos y traumas

Muchas discusiones entre los padres.

Maestra severa en segundo grado ("Estuve asustada todo el año").

Trauma leve: muy criticada por su madre.

Autocrítica por no poder igualar a su hermano.

VI. Perfil cognitivo

A. Aplicación del modelo cognitivo a esta paciente

1. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas:

Estudiar y redactar monografías.

Participar en clase y presentarse a exámenes.

Aislamiento social.

Falta de asertividad con su compañera de cuarto y sus profesores.

Pasa demasiado tiempo en cama.

2. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones:

No puedo hacer esto; soy una fracasada; nunca lo lograré → Triste

¿Qué ocurrirá si no apruebo el examen; si el asistente no me ayuda. Puedo quedar fuera → Angustiada

Debería estar haciendo más; haciendo las cosas mejor → Culpable

B. Creencias centrales

Soy incapaz, incompetente.

C. Creencias condicionales

Si no hago las cosas a la perfección, he fracasado.

Si fracaso en los estudios soy una fracasada como persona.

Si pido ayuda, soy débil.

D. Reglas (El "debo" aplicado a sí misma o a los demás)

Debo trabajar mucho.

Debo aprovechar mi potencial.

Debo destacarme.

VII. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivo y de desarrollo

A. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.

Sally se considera competente en algunas cosas, pero se cree incompetente e inútil en otras.

Sobrestima a los demás (hermano, amigas) y se subestima a sí misma.

B. Interacción entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo

Sally siempre ha tenido tendencia a considerarse incapaz. Es muy crítica con ella misma. Su madre crítica ha reforzado su creencia acerca de la incapacidad. Además, siempre se compara desfavorablemente con su hermano, quien por tener cinco años más podía hacer casi todas las cosas que ella no podía.

C. Estrategias compensatorias y de apoyo

Tiene altas expectativas acerca de sí misma.

Trabaja mucho.

Está muy atenta a los errores.

Evita pedir ayuda.

D. Desarrollo y persistencia del trastorno actual

La depresión se precipitó al dejar su casa para asistir a la universidad y experimentar algunas dificultades iniciales en los cursos. Probablemente la angustia interfirió con su capacidad para el estudio. Sally se tornó entonces autocrítica y disfórica. A medida que se fue aislando de las actividades y los amigos, la falta de estímulos positivos contribuyó a acrecentar su bajo estado de ánimo.

VIII. Implicaciones para la terapia

A. Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio o alto; agregar comentarios si es necesario)

1. **Inclinación psicológica** – alta

2. **Objetividad** – alta

3. **Conciencia** – media-alta

4. **Creencia en el modelo cognitivo** – media-alta

5. **Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias** – media

6. **Adaptatividad** – alta

7. **Humor** – bajo (en la admisión)

B. Organización de la personalidad: sociotrópica versus autónoma

Más autonomía que sociotropía.

Da mucho valor a los logros. Considera que pedir ayuda es una debilidad.

Sociotropía media. Valora la amistad. Está preocupada por cómo la ven los demás.

C. Motivación, objetivos y expectativas respecto de la terapia

Muy motivada. Sólo tenía expectativas vagas respecto de la terapia, pero está de

acuerdo con el modelo de llegar a ser su propia terapeuta.

Objetivos:

Mejorar las calificaciones

Disminuir la preocupación por los exámenes

Conocer más gente

Participar en actividades universitarias y/o conseguir un empleo de tiempo parcial

D. Objetivos del terapeuta

Disminuir su autocrítica.

Enseñarle las herramientas cognitivas básicas, como el RPD y otras.

Disminuir el tiempo que pasa en la cama.

Efectuar resolución de problemas acerca del estudio, los trabajos escritos, los exámenes, etcétera.

E. Dificultades previstas y modificaciones de la terapia cognitiva estándar

Ninguna.

Apéndice B

Lista de lecturas básicas para terapeutas

Libros, capítulos y artículos de revistas

- Beck, A. T. 1976. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York, International Universities Press.
- Beck, A. T. 1988. *Love is never enough*. Nueva York, Harper & Row. [Con el amor no basta: cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja. Barcelona, Círculo de Lectores, 1997.]
- Beck, A. T. 1991. Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, pp. 368-375.
- Beck, A. T. y Emery, G. (con Greenberg, R. L.) 1985. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York, Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A. et al. 1990. *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York, Guilford Press. [Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Barcelona, Paidós Ibérica, 1995.]
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. 1979. *Cognitive therapy of depression*. Nueva York, Guilford Press. [Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao, Desclee de Brouwer, 1996.]
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. 1993. *Cognitive therapy of substance abuse*. Nueva York, Guilford Press.
- Clark, D. M. 1989. Anxiety states: Panic and generalized anxiety, en K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (comps.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford, Oxford University Press, pp.52-96.
- Dattilio, F. M. y Padesky, C. A. 1990. *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL, Professional Resource Exchange. [Terapia cognitiva con parejas. Bilbao, Desclee de Brouwer, 1995.]

- Edwards, D. J. A. 1989. Cognitive restructuring through guided imagery: Lessons from Gestalt therapy, en A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler y H. Arkowitz (comps.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Nueva York, Plenum Press, pp. 283-298.
- Epstein, N., Schlesinger, S. E. y Dryden, W. 1988. *Cognitive-behavioral therapy with families*. Nueva York, Brunner/Mazel.
- Fennell, M. J. V. 1989. Depression, en K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y M. Clark (comps.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford, Oxford University Press, pp. 169-234.
- Freeman, A. (comp.). 1983. *Cognitive therapy with couples and groups*. Nueva York, Plenum Press.
- Freeman, A. y Dattilio, M. (comps.). 1992. *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. Nueva York, Plenum Press.
- Freeman A., Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K. M. 1990. *Clinical applications of cognitive therapy*. Nueva York, Plenum Press.
- Freeman, A., Simon, K. M., Beutler, L. E. y Arkowitz, H. (comps.). 1989. *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Nueva York, Plenum Press.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. 1985. Cognitive therapy for anorexia nervosa, en *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. Nueva York, Guilford Pres, pp. 107-146.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. y Clark, D. M. (comps.). 1989. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford, Oxford University Press.
- Hollon, S. D. y Beck, A. T. 1993. Cognitive and cognitive-behavioral therapies, en A. E. Bergin y S. L. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change: An empirical analysis*. Nueva York, Wiley, 4ª edición, pp. 428-466.
- Kuehlwein, K. T. y Rosen, H. (comps.) 1993. *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A. y Morse, S. B. 1993. *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA, Allyn & Bacon.
- McMullin, R. E. 1986. *Handbook of cognitive therapy techniques*. Nueva York, W.W. Norton.
- Persons, J. B. 1989. *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. Nueva York, W.W. Norton.
- Safran, J., Vallis, T. M., Segal, Z. V. y Shaw, B. F. 1986. Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, pp. 509-526.

- Scott, J., Williams, J. M. G. y Beck A. T. (comps.). 1989. *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. Nueva York, Routledge.
- Wright, J. H. y Beck, A. T. (en prensa) Cognitive therapy en R. E. Hales, J. A. Talbott y S. C. Yudofsky (comps.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Press, 2ª edición. [Tratado de psiquiatría. Barcelona, Ancora, 1989.]
- Wright, J. H., Thase, M., Beck, A. T. y Ludgate, J. (comps.) *Cognitive therapy with inpatients*. Nueva York, Guilford Press.
- Young, J. E. 1990. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL, Professional Resource Exchange.

Revistas

- Cognitive and Behavioral Practice*. Publicada por la Association for Advancement of Behavior Therapy, Nueva York.
- Cognitive Therapy and Research*. Publicada por Plenum Press, Nueva York.
- Journal of Cognitive Psychotherapy, an International Quarterly*. Publicada por Springer, Nueva York. También disponible a través de la IACP (véase Apéndice D).
- The Behavior Therapist*. Publicada por la Association for Advancement of Behavior Therapy, Nueva York.

Boletines

- International Association for Cognitive Psychotherapy Newsletter*. Disponible a través de la IACP (véase Apéndice D).

Apéndice C

Lista de lecturas sobre terapia cognitiva para pacientes (y terapeutas)

- Beck, A. T. 1988. *Love is never enough*. Nueva York, Harper & Row. [Con el amor no basta: cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja. Barcelona, Círculo de Lectores, 1997.]
- Beck, A. T. y Greenberg, R. L. 1995. *Coping with depression* (edición revisada). Bala Cynwyd, PA, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck, A. T. y Emery, G. 1995. *Coping with anxiety and panic*. (edición revisada). Bala Cynwyd, PA, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Bricker, D. C. y Young, J. E. 1991. *A client's guide to schema-focused cognitive therapy*. Nueva York, Cognitive Therapy Center of New York.
- Burns, D. D. 1980. *Feeling good: The new mood therapy in everyday life*. Nueva York, New American Library. [Sentirse bien: una nueva fórmula contra las depresiones. Barcelona, Paidós Ibérica, 1996.]
- Burns, D. D. 1989. *The feeling good handbook: Using the mood therapy in everyday life*. Nueva York, William Morrow.
- Greenberg, R. L. y Beck, A. T. 1995. *Panic attacks: How to cope, how to recover* (edición revisada). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Greenberger, D. y Padesky, C. 1995. *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. Nueva York, Guilford Press.
- McKay, M. y Fanning, P. 1991. *Prisoners of belief*. Oakland, CA, New Harbinger. [Prisioneros de la creencia. Madrid, Los Libros del Comienzo, 1993.]
- McKay, M. y Fanning, P. 1987. *Self-esteem*. Oakland, CA, New

- Harbinger. [*Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona, Ediciones Martínez Roca, 1991.]
- Morse, S. B., Morse, M. y Nackoul, K. 1992. *Cognitive principles and techniques: A video series and workbooks*. Albuquerque, NM, Creative Cognitive Therapy Productions.
- Young, J. E. y Klosko, J. 1994. *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. Nueva York, Dutton.

Apéndice D

Recursos en terapia cognitiva

Programas de entrenamiento

El *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research*, en los suburbios de Filadelfia, ofrece programas de entrenamiento en su sede y fuera de ella.

Beck Institute for Cognitive Therapy and Research
GSB Building, Suite 700
City Line and Belmont Avenues
Bala Cynwyd, PA 19004-1610
USA
Teléfono: 610/664-3020 Fax 610/664-4437

Materiales para pacientes y terapeutas

Los siguientes materiales pueden ser solicitados al Instituto Beck, en la dirección antes mencionada:

Folletos para pacientes
Paquetes de formularios
Escala y Manual de Terapia Cognitiva
Libros, videograbaciones y grabaciones del doctor Aaron Beck
Folletos del programa de entrenamiento del Instituto Beck
Catálogo de material educativo del Instituto Beck
Información acerca del Programa Interactivo para Pacientes, desarrollado por los doctores Jesse Wright y Aaron T. Beck.

Materiales de evaluación

Las escalas y manuales que se mencionan a continuación pueden ser solicitados a The Psychological Corporation, 555 Academic Court, San Antonio, TX, 78204-9990, 1-800-228-0752:

Beck Depression Inventory and Manual
Beck Anxiety Inventory
Beck Hopelessness Scale
Beck Scale for Suicidal Ideation.

Los Inventarios de Beck para niños se hallan en desarrollo y estarán disponibles en el futuro en The Psychological Corporation.

Organizaciones profesionales de terapia cognitiva

International Association for Cognitive Psychotherapy
Beck Institute for Cognitive Therapy
GSB Building, Suite 700
City Line and Belmont Avenues
Bala Cynwyd, PA 19004-1610
USA
Teléfono: 610/ 664-3020 Fax: 610/664-4437

Association for Advancement of Behavior Therapy
305 Seventh Avenue
New York, NY 10001-6008
USA
Teléfono: 212/279-7970

European Association of Behavior and Cognitive Therapy
Rod Holland
Northwick Park Hospital & Clinical Research Centre
Watford Road, Harrow
Middlesex HA13VJ
United Kingdom

Referencias bibliográficas

- Agras, W. S., Rositer, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M. y Koran, L. M. 1990. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 82-87.
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC, Author, 4ª edición.
- Arnkoff, D. B. y Glass, C. R. 1992. Cognitive therapy and psychotherapy integration, en D. K. Freedheim (comp.), *History of psychotherapy: A century of change*. Washington DC, American Psychological Association, pp. 657-694.
- Barlow, D., Craske, M., Cerny, J. A. y Klosko, J. S. 1989. Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, pp. 261-268.
- Baucom, D. y Epstein, N. 1990. *Cognitive-behavioral marital therapy*. Nueva York, Brunner/Mazel.
- Baucom, D., Sayers, S. y Scher, T. 1990. Supplementary behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: An outcome investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, pp. 636-645.
- Beck, A. T. 1964. Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, pp. 561-571.
- Beck, A. T. 1976. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York, International Universities Press.
- Beck, A. T. 1987. Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy, en S. Rachman y J. Maser (comps.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, pp. 91-109.
- Beck, A. T. 1988. *Love is never enough*. Nueva York, Harper y Row. [Con el amor no basta: cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja. Barcelona, Paidós Ibérica, 1996.]
- Beck, A. T. (en prensa). Cognitive aspects of personality disorders

- and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach, en C. R. Cloniger (comp.), *Personality and psychopathology*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Beck, A. T. y Emery, G. (con Greenberg, R. L.). 1985. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nueva York, Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A. y cols. 1990. *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York, Guilford Press. [*Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona, Paidós Ibérica, 1995.]
- Beck, A. T. y Greenberg, R. L. 1974. *Coping with depression*. Bala Cynwyd, PA, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. 1987. *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX, The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, S. F. y Emery, G. 1979. *Cognitive therapy of depression*. Nueva York, Guilford Press. [*Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Declee de Brouwer, 1996.]
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R. J. y Wright, F. D. 1992. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149(6), pp. 778-783.
- Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F. y Liese, B. 1993. *Cognitive therapy of substance abuse*. Nueva York, Guilford Press.
- Bedrosian, R. C. y de Bozicas, G. D. 1994. *Treating family of origin problems: A cognitive approach*. Nueva York, Guilford Press.
- Benson, H. 1975. *The relaxation response*. Nueva York, Avon. [*La relajación: la terapia imprescindible para mejorar su salud*. Barcelona, Grijalbo Mondadori, 1997.]
- Beutler, L. E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C. R. y Levenson, A. L. 1987. Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, pp. 550-556.
- Bowers, W. A. 1990. Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry*, 156, pp. 73-78.
- Bowers, W. A. 1993. Cognitive therapy for eating disorders, en J. Wright, M. Thase, A. T. Beck y J. Ludgate (comps.), *Cognitive therapy with inpatients*. Nueva York, Guilford Press, pp. 337-356.
- Burns, D. D. 1980. *Feeling good: The new mood therapy*. Nueva York, Signet. [*Sentirse bien: una nueva fórmula contra las depresiones*. Barcelona, Paidós Ibérica, 1996.]
- Burns, D. D. 1989. *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in every day life*. Nueva York, Morrow.
- Butler, G. 1989. Phobic disorders, en K. Hawton, P. M. Salkovskis, J.

- Kirk y M. Clark (comps.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Nueva York, Oxford University Press, pp. 97-128.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, D. y Gelder, M. 1991. Comparison of behavior therapy and cognitive-behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, pp. 167-175.
- Casey, D. A. y Grant, R. W. 1993. Cognitive therapy with depressed elderly inpatients, en J. Wright, M. Thase, A. T. Beck y J. Ludgate (comps.), *Cognitive therapy with inpatients*. Nueva York, Guilford Press, pp. 295-314.
- Chadwick, P. D. J. y Lowe, C. F. 1990. Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, pp. 225-232.
- Clark, D. M. 1989. Anxiety states: Panic and generalized anxiety, en K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, y D. M. Clark (comps.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Nueva York, Oxford University Press, pp. 52-96.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackman, A., Middleton, H. y Gelder, M. 1992. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, pp. 759-769.
- Dancu, C. V. y Foa, E. B. 1992. Posttraumatic stress disorder, en A. Freeman y F. M. Dattilio (comps.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. Nueva York, Plenum Press, pp. 79-88.
- Dattilio, F. M. y Padesky, C. A. 1990. *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL, Professional Resource Exchange. [Terapia cognitiva con parejas. Bilbao, Declee de Brouwer, 1995.]
- Davis, M., Eshelman, E. R. y McKay, M. 1988. *The relaxation and stress reduction workbook*. Oakland, CA, New Harbinger.
- Dobson, K. S. 1989. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, pp. 414-419.
- Edwards, D. J. A. 1989. Cognitive restructuring through general guided imagery: Lessons from Gestalt therapy, en A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler y H. Arkowitz (comps.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Nueva York, Plenum Press, pp. 283-297.
- Ellis, A. 1962. *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York, Lyle Stuart. [Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao, Declee de Brouwer, 1994.]

- Epstein, N., Schlesinger, S. E. y Dryden, W. 1988. *Cognitive-behavioral therapy with families*. Nueva York, Brunner/Mazel.
- Evans, J. M. G., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J. y Tuason, V. B. 1992. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacology for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, pp. 802-808.
- Fairburn, C. G. y Cooper, P. J. 1989. Eating disorders, en K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, y D. M. Clark. (comps.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Nueva York, Oxford University Press,
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A. y Doll, H. A. 1991. Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, pp. 463-469.
- Freeman, A. y Dattilio, F. M. (comps.). 1992. *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. Nueva York, Plenum Press.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K. M. 1990. *Clinical applications of cognitive therapy*. Nueva York, Plenum Press.
- Freeman, A., Schrodt, G., Gilson, M. y Ludgate, J. 1993. Group cognitive therapy with inpatients, en J. Wright, M. Thase, A. T. Beck y J. Ludgate (comps.), *Cognitive therapy with inpatients*. Nueva York, Guilford Press, pp. 121-153.
- Freeman, A., Simon, K. M., Beutler, L. E. y Arkowitz, M. (comps.). 1989. *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, Nueva York, Plenum Press.
- Fremouw, W. J., dePerczel, N. y Ellis, T. E. 1990. *Suicide risk: Assessment and response*. Nueva York, Pergamon Press.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. 1985. Cognitive therapy for anorexia nervosa, en D. M. Garner y P. E. Garfinkel (comps.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. Nueva York, Guilford Press, pp. 107-146.
- Garner, D. M., Dockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmstead, M. P. y Eagle, M. 1993. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 37-46.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbolic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E. y Barko, J. J. 1991. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, pp. 938-945.
- Goldstein, A. y Stainback, B. 1987. *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of the outside world*. Nueva York, Viking Penguin.
- Greenberger, D. y Padesky, C. 1995. *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. Nueva York, Guilford Press.

- Guidano, V. F. y Liotti, G. 1983. *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. Nueva York, Guilford Press.
- Heimberg, R. G. 1990. Cognitive behavior therapy (for social phobia), en A. S. Bellak y M. Hersen (comps.), *Comparative handbook of treatments for adults disorders*. Nueva York, Wiley, pp. 203-218. [Manual práctico de evaluación de conducta. Bilbao, Desclee de Brouwer, 1994.]
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J. y Becker, R. E. 1990. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, pp. 1-23.
- Hollon, S. D. y Beck, A. T. 1993. Cognitive and cognitive-behavioral therapies, en A. E. Bergin y S. L. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. Nueva York, Willey, 4ª edición, pp. 428-466.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J. y Seligman, M. E. P. 1992. Cognitive therapy and the prevention of depression. *Applied and Preventive Psychiatry*, 1, pp. 89-95.
- Jacobson, E. 1974. *Progressive relaxation*. Chicago, University of Chicago Press, Midway Reprint.
- Kingdon, D. G. y Turkington, D. 1994. *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Nueva York, Guilford Press.
- Knell, S. M. 1993. *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ, Jason Aronson.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A. y Morse, S. B. 1993. *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA, Allyn & Bacon.
- Lazarus, A. 1976. *Multimodal behavior therapy*. Nueva York, Springer.
- Mahoney, M. 1991. *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. Nueva York, Basic Books.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (comps.). 1985. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York, Guilford Press.
- McKay, M. y Fanning, P. 1991. *Prisoners of belief*. Oakland, CA, New Harbinger. [Prisioneros de la creencia. Madrid, Los libros del comienzo, 1993.]
- McMullin, R. E. 1986. *Handbook of cognitive therapy techniques*. Nueva York, W. W. Norton
- Meichenbaum, D. 1977. *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York, Plenum Press.

- Miller, I. W., Norman, W. H., Keitner, G. I., Bishop, S. B. y Dow, M. G. 1989. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behavior Therapy*, 20, pp. 25-47.
- Miller, P. 1991. The application of cognitive therapy to chronic pain, en T. M. Vallis, J. L. Howes y P. C. Miller (comps.), *The challenge of cognitive therapy: Application to nontraditional populations*. Nueva York, Plenum Press, pp. 159-182.
- Morse, S. B., Morse, M. y Nackoul, K. 1992. *Cognitive principles and techniques: A video series and workbooks*. Albuquerque, NM, Creative Cognitive Therapy Productions.
- Niemeyer, R. A. y Feixas, G. 1990. The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21 (3), pp. 281-292.
- Overholser, J. C. 1993a. Elements of the Socratic method: I. Systematic questioning. *Psychotherapy*, 30, pp. 67-74.
- Overholser, J. C. 1993b. Elements of the Socratic method: II. Inductive reasoning. *Psychotherapy*, 30, pp. 75-85.
- Palmer, A. G., Williams, H. y Adams, M. 1994. *Cognitive behavioral therapy in a group for bipolar patients*. (Manuscrito enviado para publicación.).
- Parrot, C. A. y Howes, J. L. 1991. The application of cognitive therapy to post-traumatic stress disorder, en T. M. Vallis, J. L. Howes y P. C. Miller (comps.), *The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional populations*. Nueva York, Plenum Press, pp. 85-109.
- Perris, C., Ingelson, U. y Johnson, D. 1993. Cognitive therapy as a general framework in the treatment of psychotic patients, en K. T. Kuehlwein y H. Rosen (comps.), *Cognitive therapy in action: Evolving innovative practice*. San Francisco, Jossey-Bass, pp. 379-402.
- Persons, J. B. 1989. *Cognitive therapy in practice*. Nueva York, W. W. Norton.
- Persons, J. B., Burns, D. D. y Perloff, J. M. 1988. Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, pp. 557-575.
- Rosen, H. 1988. The constructivist-development paradigm, en R. A. Dorfman (comp.), *Paradigms of clinical social work*. Nueva York, Brunner/ Mazel, pp. 317-355.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. y Hollon, S. D. 1977. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (1), pp. 17-37.

- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V. y Shaw, B. F. 1986. Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, pp. 509-526.
- Salkovskis, P. M. y Kirk, J. 1989. Obsessional disorders, en P. M. Hawton, J. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (comps.). *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Nueva York, Oxford University Press, pp. 129-168.
- Scott, J., Williams, J. M. G. y Beck, A. T. (comps.). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. Nueva York, Routledge.
- Thase, M. E., Bowler, K. y Harden, T. 1991. Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 2. Preliminary findings in 16 unmedicated inpatients. *Behavior Therapy*, 22, pp. 469-477.
- Thompson, L. W., Davies, R., Gallaher, D. y Krantz, S. E. 1986. Cognitive therapy with older adults, en T. L. Bring (comp.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention*. Nueva York: Haworth Press.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D. y Genest, M. 1983. *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. Nueva York, Guilford Press.
- Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. 1989. Hypochondriasis, en J. Scott, M. G. Williams y A. T. Beck (comps.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. London, Routledge, pp. 50-77.
- Weissman, A. N. y Beck, A. T. 1978. *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Trabajo presentado en la Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canadá.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McClellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J., Herman, I. y Hole, A. 1983. Psychotherapy for opiate addicts: does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, pp. 1081-1086.
- Young, J. E. 1990. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL, Professional Resources Exchange.
- Young, J. E. y Klosko, J. 1994. *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. Nueva York, Dutton Press.

Índice temático

- Abstracción selectiva 152
- Actitudes. *Véase* Creencias intermedias
- Activación conductual 294-295
- Adicción al alcohol. *Véase* Adicciones
- Afectividad. *Véase* Emociones
- Afirmaciones personales, listado de 268-272, 321
- Agenda 310
- Alianza paciente/terapeuta. *Véase también* Relación terapéutica
- Alimentación, trastornos de la 18, 27, 349
- Analfabetos 54
- Anorexia 27
- Apuntes durante la terapia 46, 85, 86
- Apuntes
de la paciente 54, 80, 84, 85, 159, 170, 189, 295, 331
del terapeuta 46-47, 85, 86
- Armado del plan 49-50, 67, 73-75, 96-98, 339, 357
desviarse del 74
- Autoestima, utilización de las dramatizaciones para enseñar a elevar la 262-265
- Autoinformes; cuestionarios objetivos 50
- Autoterapia, sesiones de 326-327, 328, 329
- Beck, Aaron 155
- Bibliografía para terapeutas 375-377, 381
- Biblioterapia 62, 63, 215, 295, 381
- Calendario 310
- Casos, ejemplos de 280-281, 290-291
- Catalogar 152
- Catástrofe 152, 154, 279-280, 348
- Cogniciones. *Véanse* Pensamientos automáticos; Creencias
- Cogniciones candentes 110-111, 112
- Cogniciones del terapeuta 101, 315-316, 357, 364, 367
- Cognitivo, cambio. *Véase* Reestructuración cognitiva
- Cognitivo, modelo 17, 27, 28, 35, 36, 37, 70-71, 107, 108, 139
categorías de 126
conceptualización 32-33
instruir a las pacientes acerca del 54-58, 358
- Cognitivo-conductual, modificación 17
- Cognitivo-conductual, terapia (Meichenbaum) 17
- Colaboración 23, 25, 356. *Véase también* Relación terapéutica
- Comparación con uno mismo 268-272
- Comportamiento. *Véase también* Control de actividades/programación
estrategias compensatorias 178-181
pensamientos automáticos y 36-38
- Conceptualización 30, 31-44, 38, 173, 174-189, 206-207, 354, 355. *Véanse también* Diagrama de Conceptualización Cognitiva; Creencias centrales; Creencias intermedias; Pensamientos automáticos
- Conceptualización cognitiva. *Véase* Conceptualización
- Continuum cognitivo 194-196, 217

- Contrastes extremos 217, 223
- Control de actividades/programación 243-254, 321
- Control del estado de ánimo 50-52, 68-71, 92-94, 253, 338
cuadro de actividades 252
- Créditos, lista de. *Véase* Afirmaciones personales, listado de
- Creencias 33-34, 84, 151. *Véanse también* Creencias centrales; Creencias intermedias
formulación de nuevas 188, 189, 216-217
instruir a las pacientes acerca de las 186, 212-215
jerarquía de las, y pensamientos automáticos 176-180, 181
modificación de las 184-204, 212, 233
ventajas/desventajas de examinar las 187-188
- Creencias centrales 33-34, 84, 173, 205-233, 345, 346
categorizar las 208-210
control histórico de las 217, 223-225
desamparo 209
identificar las 207-211
incapacidad de ser amado 209
instruir a la paciente acerca de las 211-215
modificar las 207, 216-233
 contrastes extremos 223
 control histórico 224-225
 metáforas 217, 223
 técnicas 217
nuevas, fortalecimiento de las 216, 217-222
pensamientos automáticos como 157
- Creencias intermedias 34-36, 150-151
identificación de las 173-184
 cuestionario para las 184
 indagación directa de las 181
 técnica de la flecha hacia abajo 182-183, 186
 temas recurrentes en las 183//
modificar las 184-204. *Véanse también* las entradas principales, p. ej.
Cuestionamiento socrático
 actuar "como si" 202
 cambiar a la forma de presunción 186-187
 comprobar la validez 192-194
 continuum cognitivo 194-196
 dramatización (racional/emocional) 196-198
 estrategias 188-204
 expresión de la propia experiencia 203-204
 formar nuevas creencias 188-189
 puntos de referencia, utilizar a los demás como 199-202
 ventajas/desventajas de, examinar las 187-188
- Crisis, intervención en las 47
- Cuadro de actividades 243-254
 medición del estado de ánimo 254
 programar actividades 253-254
 revisar (la semana siguiente) 248-250
- Cuadros mentales. *Véase* Imágenes mentales
- Cuestionamiento socrático 26, 106-107, 108, 140, 144, 150, 188, 227, 236, 241, 284, 324
 para modificar las creencias 190-192, 203-204, 217
- Cuestionario sobre creencias 184
- Cuestionarios 49, 92-94, 184, 381-382
- Datos históricos de la paciente 212
- "Debería", imperativo como manifestación habitual 153
- "Debo", imperativo como manifestación habitual 153
- Decisiones, toma de 237-240, 321
- Depresión 197, 248-249, 332
 en pacientes internados 18
 recurrente 18
 secuencia que conduce a la 42-43
 unipolar 369
- Descubrimiento guiado 26. *Véase también* Técnica de la flecha hacia abajo
- Desorganización y tareas para el hogar 309-310
- Diagrama de Conceptualización Cognitiva 39, 173-180, 212, 296, 336, 368
- Diagrama de Conceptualización de Ca-

- sos. Véase Diagrama de Conceptualización Cognitiva
 Distanciamiento, técnicas de 147, 223, 289-292
 Distorsiones cognitivas 151-154
 Distracción 255-257, 286, 321
 Dolor crónico 18
 Dramatizaciones 114, 144, 201, 225, 227, 231-232, 262-265
 racional-emocional 196-198, 217, 306-307
 Drogadicción 18, 27, 104, 338, 349
 Drogas, adicción a las. Véase Drogadicción

 Edad de las pacientes 19
 Eje I/Eje II desórdenes de 46, 48, 207, 225, 227. Véanse también las entradas principales, p. ej. Trastorno bipolar
 Ellis, Albert 17
 Emociones 105, 344
 afectividad, cambios en la 33
 catalogar las, dificultad para 130-132
 distinguir entre las 129-130
 grado de las, dificultad para medir el 132-136
 intensidad de las, como guía para la terapia 136, 207
 negativas 125, 132
 pensamiento automático versus 126-128
 positivas 126
 reacciones secundarias 115
 Emociones, cuadro de 130, 132
Enfrentar la depresión 61, 297, 379
 Ensayo encubierto 194, 262, 304-305, 308
 Ensoñación. Véase Imágenes mentales
 Entrenamiento, programas de 381
 Escala de Actitud Disfuncional 184
 Escala de Desesperanza de Beck 50, 382
 Escala de Intensidad Emocional 134
 Escala de logros 243, 244, 245, 247, 254
 Escala de placer 243-244, 245, 247, 253
 Escala de satisfacción. Véase Escala de logros
 Escala y Manual de Terapia Cognitiva 369, 381
 Esquemas 205. Véase también Creencias centrales
 Esquizofrenia 18, 349
 Estrategias compensatorias 178-181
 Evocación imaginaria 130
 Expectativas por la terapia 58-60, 358-359
 Experimentos conductuales 155-156, 240-242
 Exposición gradual 260-262
 Expresión de la propia experiencia 203-204, 217

 Filtro mental 152
 Finalización/prevenición de las recaídas 317-332
 actividades a lo largo de la terapia 319-323
 herramientas/técnicas 321-322
 progresos atribuidos a la paciente 319-320
 actividades en la primera sesión 317-319
 actividades preparatorias para la finalización 323-326
 revisión de lo aprendido 326
 sesiones de autoterapia 326-327, 328
 preparación para los retrocesos 322-323, 327
 sesiones de refuerzo 327, 329-332
 Fobia social 18, 348
 Formación de un terapeuta 27-30, 367-370
 Formulario de Creencias Centrales (FCC) 200, 217-222, 272, 296, 368
 Formulario de Resumen de Casos 39, 371-374
 Formulario para Resolución de Problemas 236, 237
 Formulario Puente entre Sesiones 71-73, 94-95, 296

- Formularios**
 llenado de 50-52, 68, 92-94
 muestras de. *Véanse también* las
 entradas principales, p. ej. Formu-
 lario de Creencias Centrales
- Generalización exagerada** 152
Grabaciones de sesiones de terapia 54,
 90, 170, 295, 352, 353-354, 369
Guidano, Vittorio 17-18
- Hipocondría** 18
Hipomanía 104
- Imágenes mentales (*imagery*)** 58, 123,
 227, 273-292, 345
 automáticas 105
 catastróficas 279-280
 espontáneas 277-287
 adelantarse en el tiempo 280-
 281
 cambiar las imágenes 282-284
 comprobar la realidad 284
 repetir las imágenes 285-286
 seguir hasta completar las imá-
 genes 277-280
 sustituir/detener/distraer 286-
 287
 tolerar las imágenes 281-282
 guiadas 227
 identificación 273-275
 inducidas, como herramienta tera-
 péutica 288-292
 instruir a las pacientes acerca de
 las 275-276
- Imperativos** 153
Infancia
 creencias acerca de la 35, 205, 212,
 223, 224-225
 datos relevantes acerca de la 176
 reestructurar recuerdos de la 225-
 233
- Informe sobre la terapia** 64-65, 85
Instruir a la paciente 24, 362
 sobre el modelo cognitivo 54-58
 sobre las creencias 186
 creencias centrales 212-215
 sobre las imágenes mentales 275-
 276
- sobre los pensamientos automáti-
 cos 106-109
 sobre su trastorno 60-61
Interpretaciones 118
Intervenciones 361-362
Inventario de Ansiedad de Beck 50,
 382
Inventario de Depresión de Beck 50,
 354, 382
- Lazarus, Arnold** 17
Lectura de la mente 152
Lecturas
 como biblioterapia 62, 63, 215, 295,
 381
 para los terapeutas 375-377, 381
Liotti, Giovanni 18
- Magnificación** 152
Mahoney, Michael 17
Manía 104
Medicación, control de la 70-71, 338,
 349
Meichenbaum, Donald 17
Mensajes telefónicos 310
Metáforas 217, 223
Minimización 152
Motivación de la paciente, tarjeta de
 apoyo para la 259-260
- Niños**
 como punto de referencia 202
 en terapia 54
- Objetivos, fijar los** 52-54
 técnica del pastel 265-266
Objetivos de la terapia 23, 45, 47, 66,
 77, 85, 125, 317, 333-334, 360-361
Organizaciones profesionales 370, 382
- "Pastel", técnica del** 265-268
 causalidad 267-268
 establecer objetivos 265-266
Pensamiento polarizado 194
Pensamientos
 automáticos. *Véase* Pensamientos
 automáticos
 desvalorización de lo positivo 152
 detenidos 286-287

- distorsiones cognitivas 152-154
- polarizados 194
- telegráficos/en forma de pregunta 120-122
- todo o nada 152
- Pensamientos automáticos 29, 33, 34-35, 58, 75-76, 78, 79, 84, 104, 107-108, 240-241, 312, 321, 344
- características de los 103-106
- cogniciones candentes 110-111, 112
- combatir los 159-171, 360. *Véanse también* Registro de Pensamientos Disfuncionales; Reestructuración cognitiva
- como creencias centrales 157
- como preguntas 120-122
- comportamiento y 36-38
- concentrarse en 137-139
- controlarlos como tarea 295
- del terapeuta 101, 315-316, 357, 364, 367
- distracción 255-257
- jerarquía de creencias y 176-180, 181
- ejemplo de un caso 42, 75-76, 104, 138-139, 140-144, 145, 156-158
- emociones versus 126-128
- errores en el pensamiento 152-153
- evaluar 137-158. *Véase también* Cuestionamiento socrático
 - cuestionario 140-149, 154-155
 - cuestionario alternativo 149-151
 - eficacia 155-156
 - ineficacia 156-158
- explicar a las pacientes 106-109
- identificar 103-123, 300, 359-360
 - en situaciones específicas 112-115
 - enseñar a las pacientes a 122-123
 - pensamientos adicionales 114-115
 - por el terapeuta 368
 - resumen de técnicas para 110
- imaginación. *Véase* Imágenes mentales
- indagar los 109-115
 - pensamientos/imágenes más centrales 156-157
 - en la sesión 109-112
 - interpretaciones versus 118
 - modos adicionales de 170-171
 - pensamientos insertados versus palabras reales 119-120
 - reenfoque 255-257
 - relevantes 119
 - superficiales 157
 - tarjetas de apoyo 258-259
 - utilidad de los 154-155
 - validez/utilidad de los 105-106, 151
 - verbales 105
 - visuales 105
- Perfeccionismo 314-315
- Personalización 152-153
- Planificación del tratamiento 333-350, 355-356. *Véase también* Armado del plan
 - a lo largo de las sesiones 84-86, 334-335
 - en cada sesión 335-342
- Predecir el futuro. *Véase* Catástrofe
- Predicciones negativas 311-313. *Véase también* Catástrofe
- Presunciones. *Véase* Creencias intermedias
- Prevención de las recaídas. *Véase* Finalización/prevención de las recaídas
- Principios de terapia cognitiva 21-27
- Prisoners of Belief* 215
- Problemas con la estructura de las sesiones 89-101
 - actualización, brevedad de la 90-92
 - armado del plan 96-98
 - cogniciones del terapeuta 101
 - control del estado de ánimo 92-94
 - instrucción de la paciente 89, 90
 - punteo con la sesión anterior 94-95
 - renuencia (de la paciente) a respetar la estructura 90, 91
 - resumen final 100
 - retroalimentación 100-101
 - rigidez del terapeuta 90
 - tareas para el hogar
 - nuevas 100
 - revisión de las 98
 - temas del plan, análisis de los 98-99
- Problemas de pareja 19, 349

- Problemas en la terapia 351-365
 conceptualizar los 354-362
 descubrir la existencia de 352-354
 puntos de estancamiento en los 362-363
 remediar los 363-365
- Problemas, análisis de los 335-336, 337
- Problemas, identificación de los 115-117
 concentrarse en un problema 342-348
 cambiar el enfoque 346-348
 consideraciones prácticas 345-346
 etapa de la terapia 346
 opciones 345
 recopilar datos 343-345
 sesión inicial 52-54
- Progresos en la terapia 318, 322
 atribuidos a la paciente 319-320
- Puente entre sesiones 71-73, 94-95, 334-335
- Punto y contrapunto. Véase Dramatización racional/emocional
- Rapport* entre la paciente y el terapeuta. Véase Relación terapéutica
- Razonamiento emocional 152
- Recursos para los terapeutas 381-382
- Reenfoque 255-257, 286, 321
- Reestructuración cognitiva. Véanse también Respuesta adaptativa; Pensamientos automáticos, evaluación, combatir los; Creencias, modificación
 habilidades 85
 maximizar el cambio cognitivo 360
 fracaso de la 156-158
- Refuerzo, sesiones de 326-327, 329-332
- Registro de Pensamientos Disfuncionales (RPD) 84, 159-170, 257, 284, 295, 298, 299, 300, 321, 345-346
 guía para el uso del 161
 motivar a las pacientes para el uso del 168-169
- Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales. Véase Registro de Pensamientos Disfuncionales
- Registros escritos. Véanse también Tarjetas de apoyo; Registro de Pensamientos Disfuncionales
 apuntes sobre la terapia. Véase Apuntes
 asignación de tareas para el hogar 79-80, 303
 esquematizar respuestas 146
 evaluación de las sesiones 353
 involucrar a la paciente 54
- Reglas. Véase Creencias intermedias
Reinventing your life 215
- Relación terapéutica 22, 26, 43, 47-48, 63-66, 83-84, 93-94, 95, 100-101, 356. Véase también Retroalimentación (*feedback*)
- Resolución de problemas 23, 85, 97-98, 170, 235-237, 283, 295, 337, 359
- Respuesta adaptativa 141, 157-158. Véase también Reestructuración cognitiva
 tarjetas de apoyo 257-260
- Reticencia 301
- Retrasos 309
- Retroalimentación (*feedback*) 47, 63-66, 83-84, 339, 352, 353, 356
 negativa 95, 100
- Retrosos durante la terapia 83, 322-323
- Ritmo 99, 357-358
- Señales verbales/no verbales 109-110, 111, 352
- Sesión inicial
 apuntes sobre el modelo cognitivo 55
 armado del plan 49-50
 control del estado de ánimo 50-52
 identificación de problemas y determinación de los objetivos en la 52-54
 objetivos y estructura de la 46-48, 66
 prevención de una recaída 317-319
 reacción negativa en la 65
 resumen 62-63
 tareas para el hogar 62-63
- Sesiones
 autoterapia 326-327, 328

- cierre de la sesión 342
- comprensión de la paciente 362
- de refuerzo 327, 329-332
- disminución de las, ventajas/desventajas 324, 325
- estructura y formato 25, 45-46, 67-87, 357-358
 - armado del plan 67, 73-75
 - control del estado de ánimo y actualización 68-71
 - mejoría, informar a la paciente acerca de su 81
 - problemas. Véase Problemas con la estructura de las sesiones
 - punto con las sesiones anteriores 71-73
 - resúmenes periódicos 81-82
 - retroalimentación 83-84
 - revisión de las tareas para el hogar 75-76
 - síntesis final 83-84
 - temas del plan 76-81
- objetivos 360-361
- penúltima sesión 299
- planificación. Véase Planificación del tratamiento
- preparación para las 296, 297
- primera sesión. Véase Sesión inicial
- revisión
 - de la paciente durante la semana 338
 - de las sesiones anteriores 295-296, 342
- tratamiento del plan para las 333-336
- Socialización (instrucción) de la paciente 89, 92-94, 358-359
- Tareas para el hogar 62-63, 66, 81, 97, 126, 145-146, 159, 168-169, 293-316, 359
 - adicionales 296-297
 - apuntes 54, 80, 84, 85, 159, 170, 189
 - cambios en las 305-306
 - conceptualizar las dificultades de las 98, 308-316
 - cogniciones de los terapeutas 316
 - desorganización 309-310
 - olvido de las explicaciones acerca de 309
 - perfeccionismo 314-315
 - predicciones negativas 311-313
 - problemas prácticos 308-311, 315
 - problemas psicológicos 311-316
 - retraso en la 309
 - sobreestimación de las demandas para 313-314
- dramatización racional/emocional 306-307
- ensayo encubierto 304-305
- experimentos conductuales 240-242
- imágenes mentales 275
- instrucciones 99-100, 293, 299-308
 - para adaptarlas a la paciente 300-301
 - para anticipar los problemas 304-307
 - para colaborar 302
 - para comenzarlas en la sesión 303
 - para evitar los fracasos 302-303
 - para prepararse para un resultado negativo 307-308
 - para recordar las tareas 303
 - para una explicación 301
- modificación de las creencias 190, 214-215
- Registro de Pensamientos Disfuncionales 161, 164-167, 168-170
- revisión 75-76, 98, 316, 340
- sobre los pensamientos automáticos 108
- tareas permanentes 294-296
- Tarjetas de apoyo 146, 170, 217, 242, 257-262
 - activar a la paciente, instrucciones (Tarjeta N° 3) 259-260
 - estrategias (Tarjeta N° 2) 259-260
 - respuesta adaptativa a los pensamientos automáticos (Tarjeta N° 1) 258-259
- Técnica de la flecha hacia abajo 140, 182-184, 206, 211
- Técnica del "como si" 202, 217
- Técnicas 321-322. Véanse también las entradas principales, p. ej. Control

- de actividades/Programación
- Técnicas de apoyo. *Véanse también* las entradas principales, p. ej. Técnicas de relajación
 - en imágenes mentales 281-282
 - ensayo de 288-289
- Técnicas de contraste 221
- Técnicas de relajación 257, 287, 321
- Temas para el plan
 - conversar acerca de 76-81
 - problemas 98-99, 357
 - papel del terapeuta 340-341
 - priorizar 339-340
- Tendencias suicidas, paciente con 47, 54
- TEPT. *Véase* Trastornos del estrés postraumático
- Terapia cognitiva. *Véanse también* las entradas principales, p. ej. Principios de terapia cognitiva
 - estudios controlados 18
 - organizaciones profesionales 382
 - recursos para los terapeutas 381-382
- Terapia de grupo 19
- Terapia del comportamiento 26
- Terapia familiar 19
- Terapia guesáltica 26, 227
- Terapia multimodal (Lazarus) 17
- Terapia racional-emocional (Ellis) 17
- Tiempo presente, uso del 113, 228
- Tiempo, factor 25, 59-60, 99, 100-101
 - imágenes mentales 280-281
- Trastorno bipolar 349-350
- Trastorno de adaptación 369
- Trastorno de ansiedad generalizado 18, 26, 302, 348, 369
- Trastorno de estrés postraumático 18, 349
- Trastorno de pánico 18, 27, 348
- Trastorno depresivo (mayor) 18, 19, 60-61, 84-85, 108, 300
- Trastorno narcisista de la personalidad 104
- Trastorno obsesivo-compulsivo 18, 348-350
- Trastornos de la personalidad 18, 104, 205, 207, 227, 349
- Trastornos psiquiátricos 268-269
- Ventajas/desventajas
 - disminución de frecuencia en las sesiones 324, 325
 - evaluación de 187-188, 237-240, 321
 - Videograbaciones de las sesiones de terapia 90, 352, 369
- Visión en túnel 153

Desde su creación en la década de 1960 como psicoterapia breve para la depresión, la terapia cognitiva ha experimentado un desarrollo significativo. En el presente, este enfoque se aplica con éxito en un amplio espectro de trastornos psíquicos. Todos los tratamientos se apoyan en una serie de sólidos principios básicos, no siempre familiares al público de estudiantes y profesionales del campo de la Salud Mental. El presente libro ofrece una excelente introducción explicando con claridad y de manera bien articulada los elementos conceptuales y los enfoques de tratamiento que caracterizan la terapia cognitiva.

La exposición avanza paso por paso y ayuda a los terapeutas a precisar sus conceptos, a planificar con mayor rigor sus tratamientos, a ampliar sus recursos técnicos y superar las dificultades en situaciones de crisis. A lo largo del volumen, la autora incluye numerosos casos clínicos que muestran todas las facetas de la terapia cognitiva en acción.

«Un libro lúcido e informativo que facilita mucho la comprensión de la terapia cognitiva y su aplicación. Lo recomendaré a mis estudiantes.»

G.C. Davidson Ph.D. Universidad de California del Sur

«Un texto muy valioso para profesionales de la Salud Mental ... con ejemplos clínicos actuales ... que refuerzan el propio potencial de los terapeutas cognitivos ... La doctora Beck ofrece respuestas para todas las necesidades del perfeccionamiento profesional.»

Psychiatric Services

Judith S. Beck es directora del Instituto Beck de Terapia e Investigación Cognitiva en Philadelphia y profesora adjunta de Psicología y Psiquiatría en la Universidad de Pensilvania. En los últimos diez años se ha dedicado a la supervisión y formación de terapeutas. La autora es muy apreciada también por sus seminarios y conferencias, tanto en su país como en el extranjero.

Código: 141626

gedisa
editorial

ISBN 968-852-123-X



9 789688 521236