

COLECCIÓN
TERAPIA

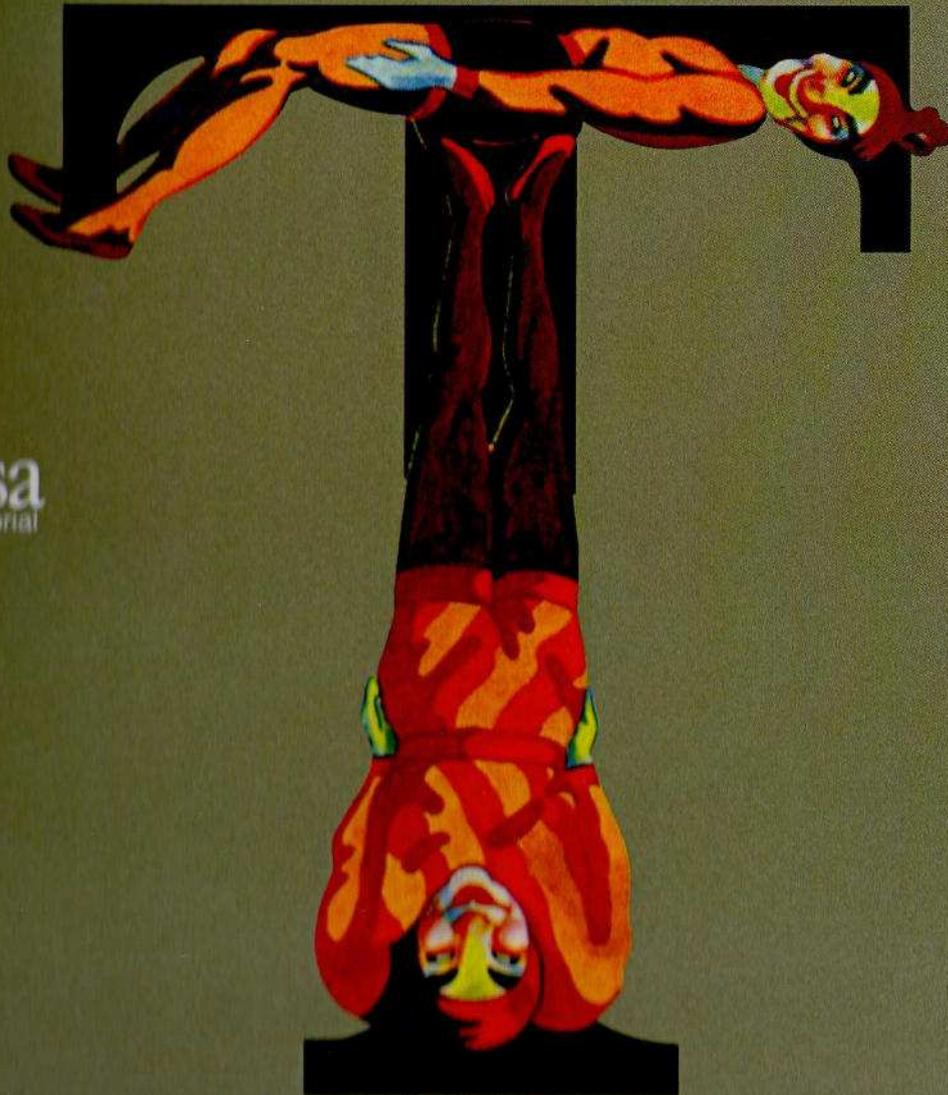
FAMILIAR

Judith S. Beck

TERAPIA COGNITIVA

Conceptos básicos y profundización

Prólogo de Aaron T. Beck

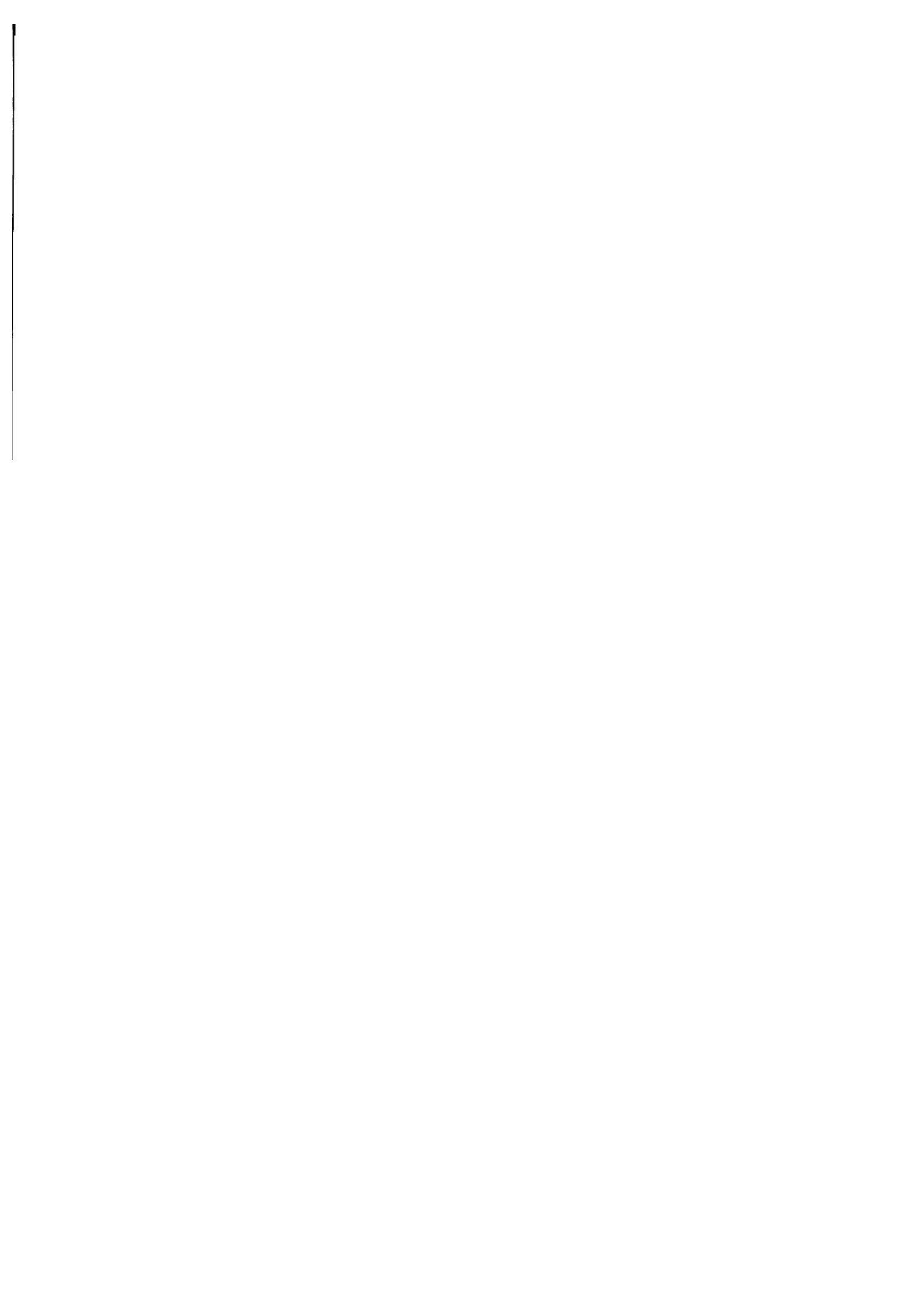


gedisa
editorial

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, 1º 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.

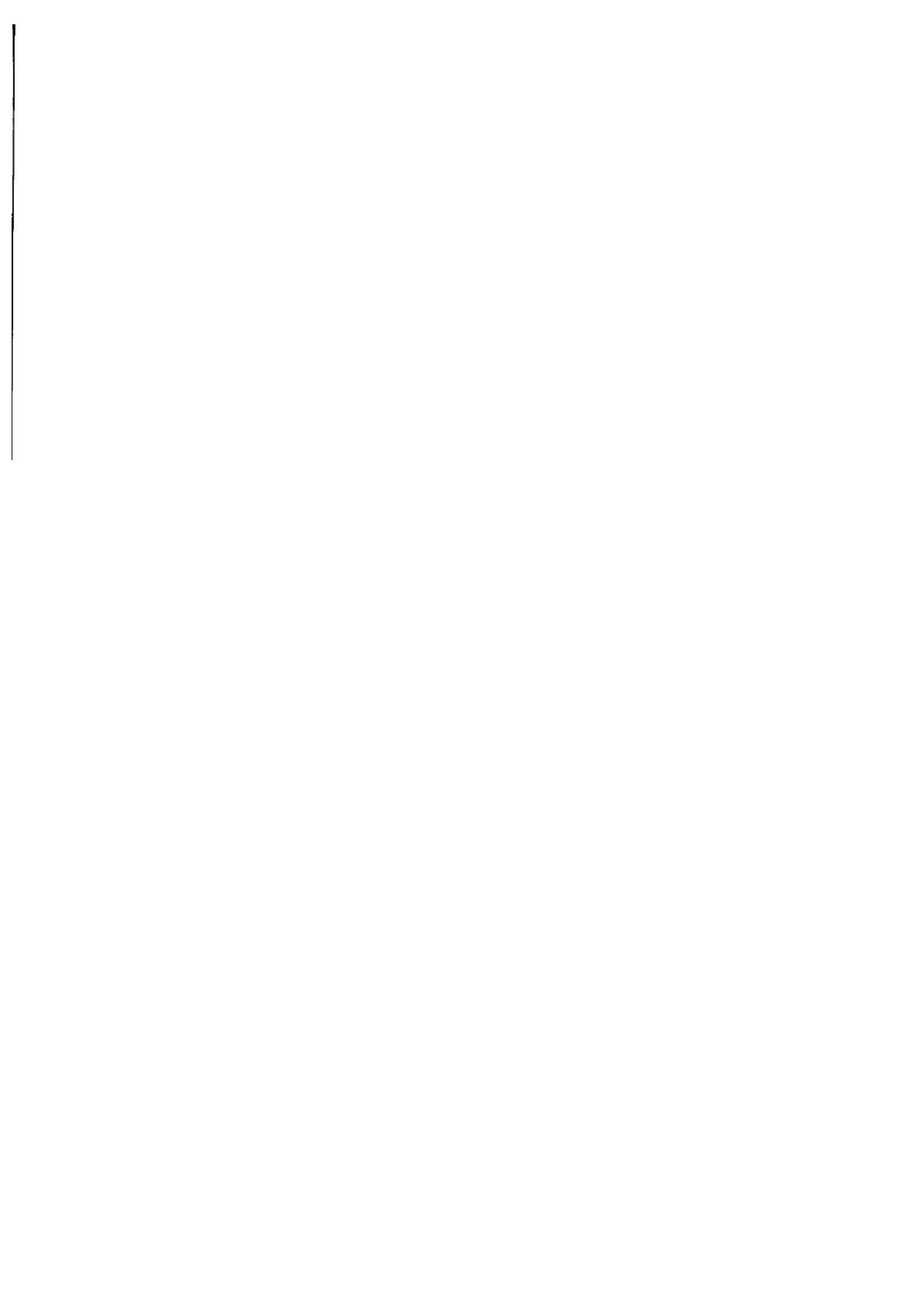
Impreso por: Publidisa

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.

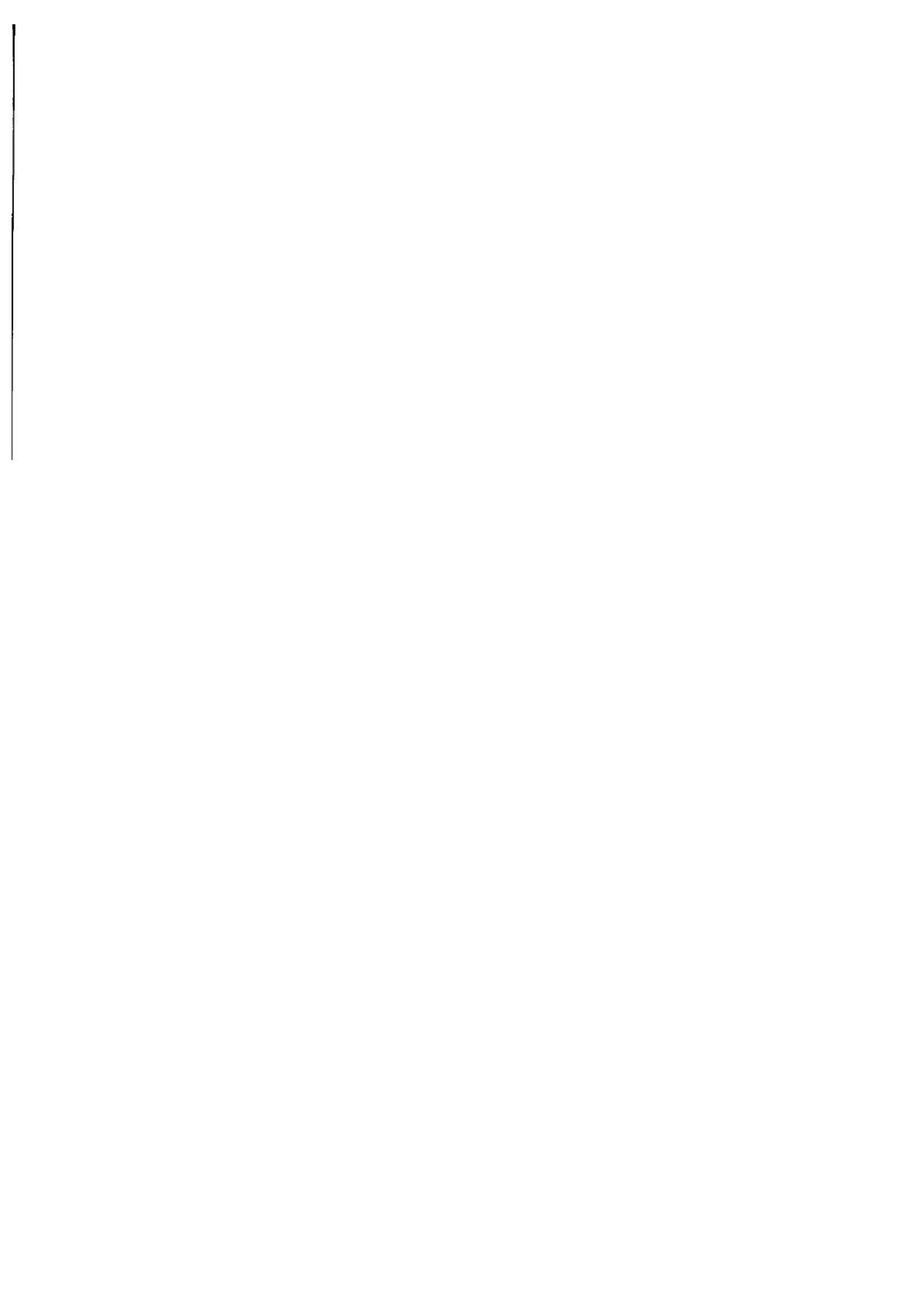
*Para mi padre,
Aaron T. Beck, M.D.*



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

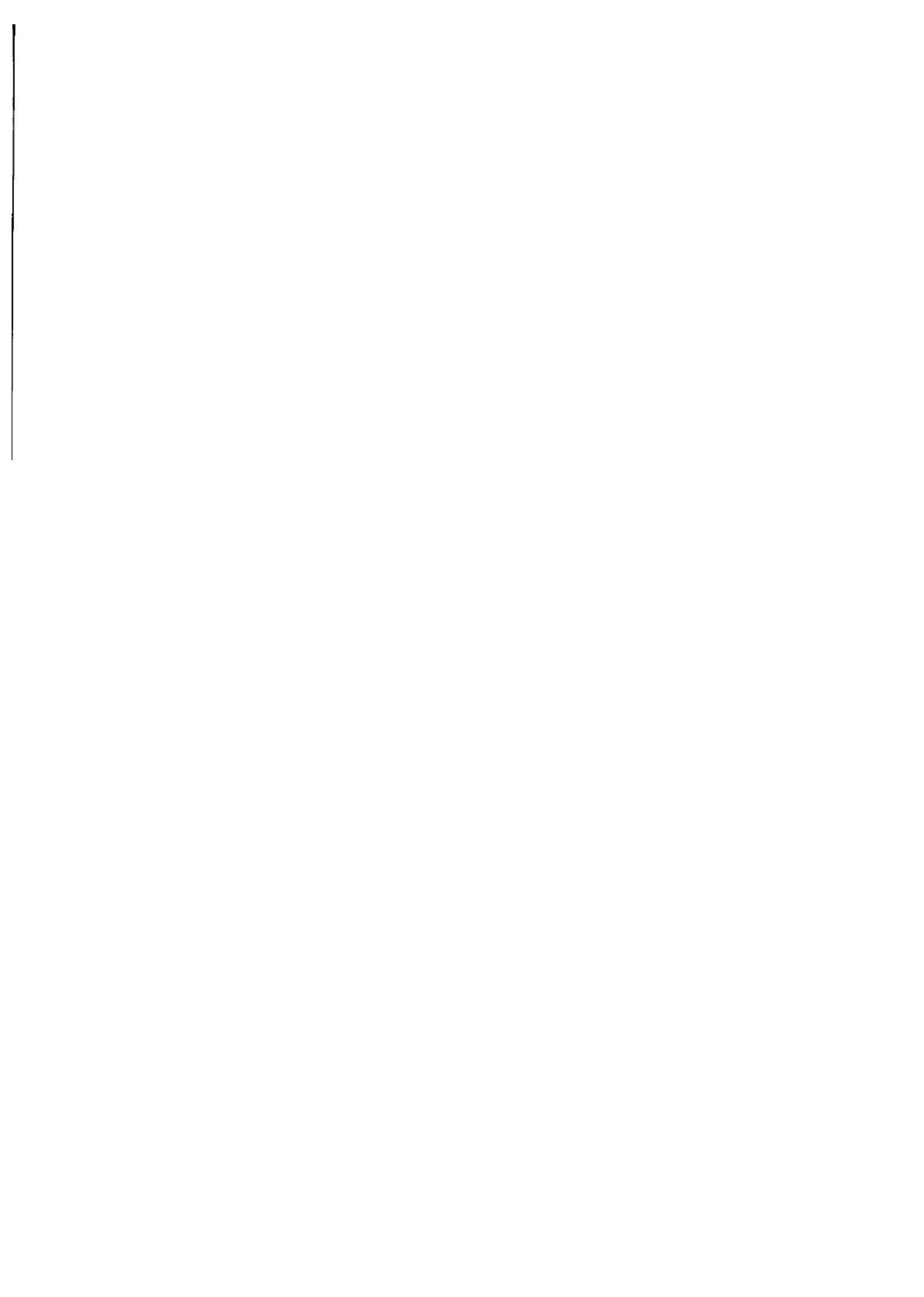
abordaje terapéutico siempre se basa en los mismos principios fundamentales, que son los que se exponen en esta obra. Otros libros (algunos de ellos de mi autoría) guían a los profesionales a través de los vericuetos de cada patología específica. Este volumen, en cambio, ocupará, en mi opinión, el lugar 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 gestáltica). 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 fórmúlese 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

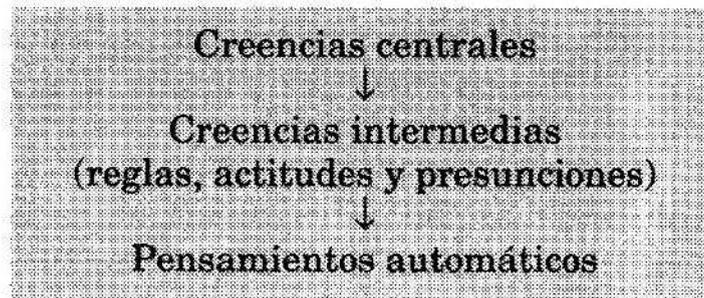
Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. El lector E, por ejemplo, tenía las siguientes creencias intermedias:

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.



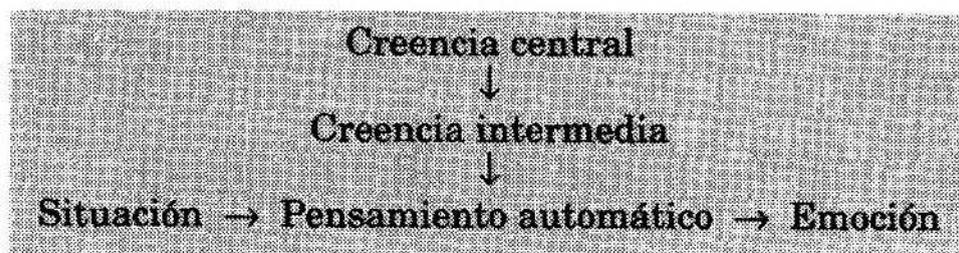
¿Cómo se originan las creencias centrales y las intermedias? Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan, además, organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan (Rosen, 1988). Sus interacciones con el 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?”.

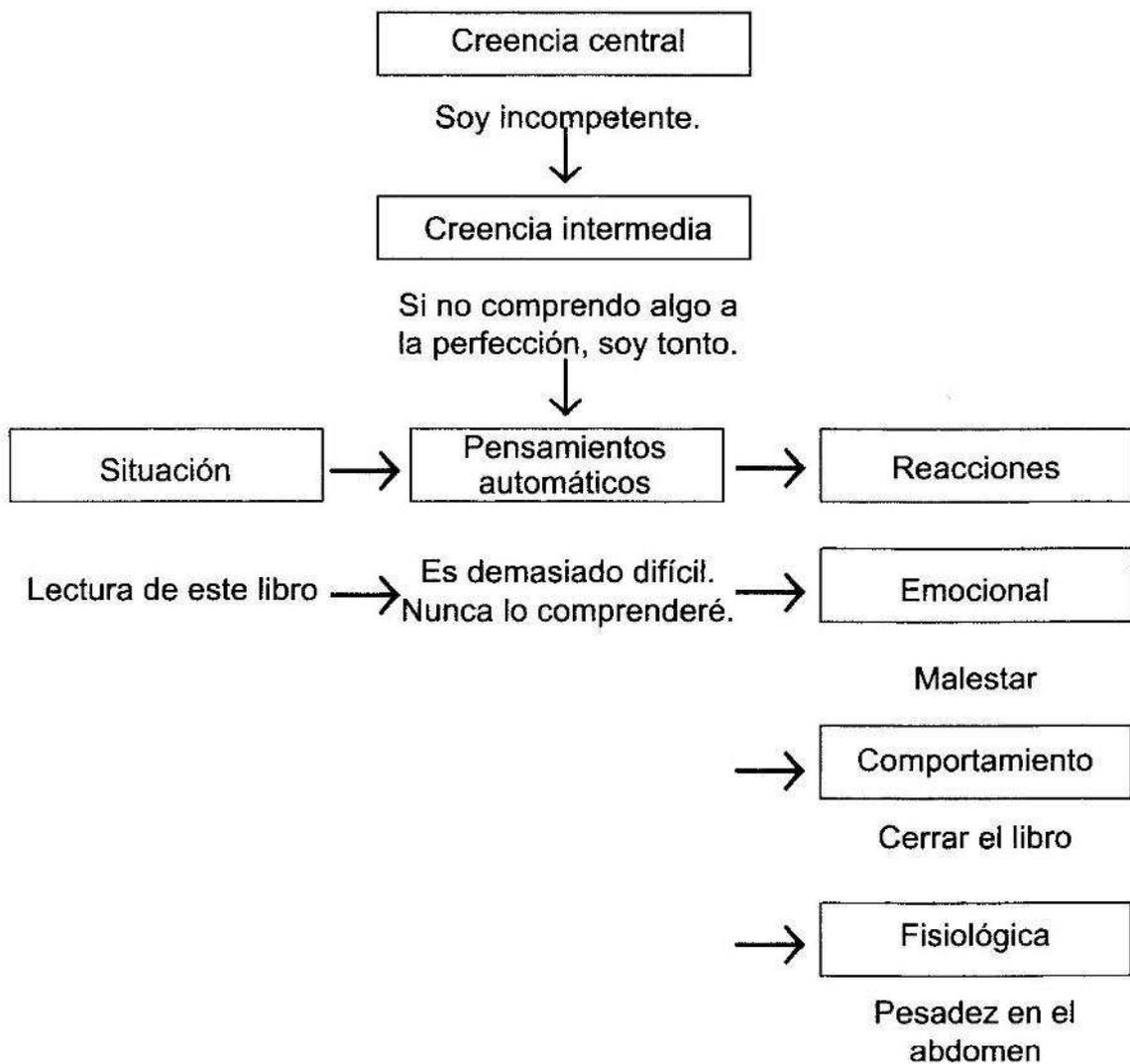


Figura 2.1. El modelo cognitivo.

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

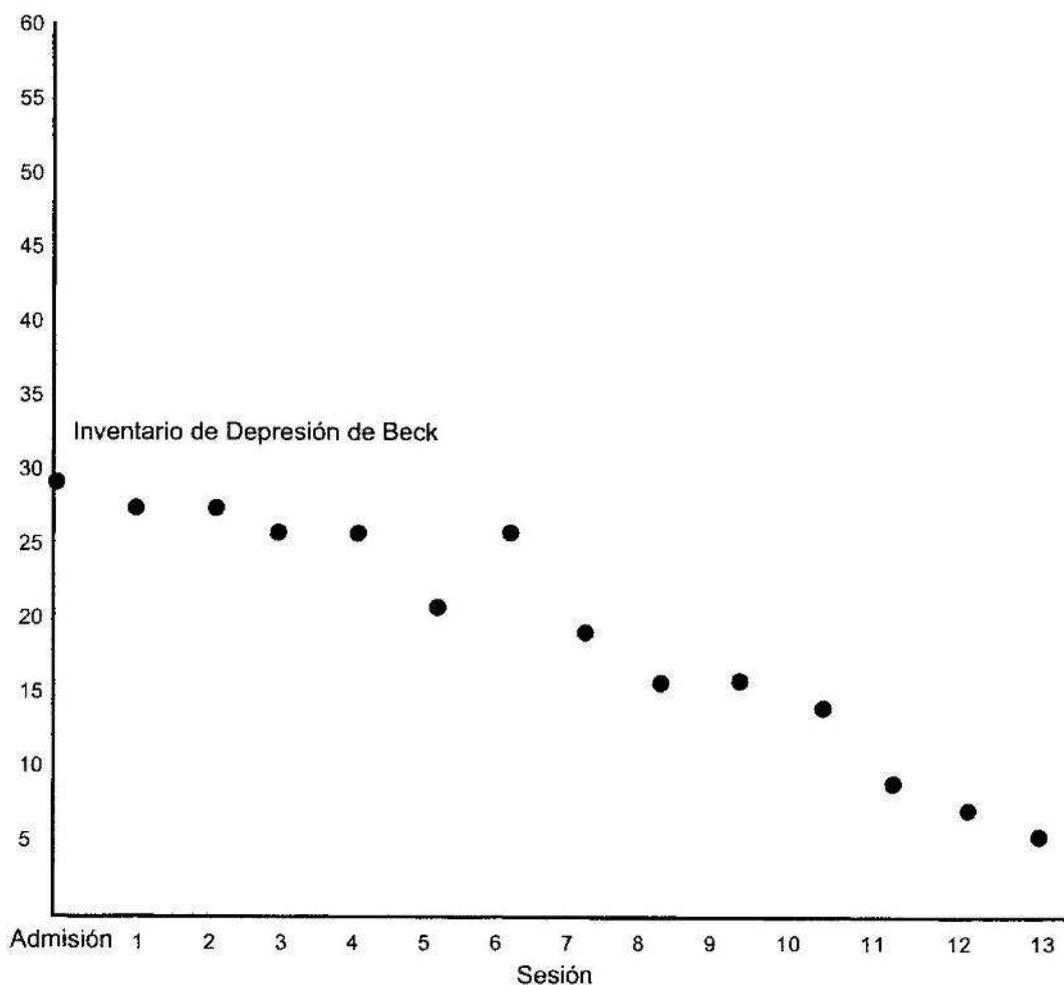


Figura 3.1. Gráfico de los puntajes de Sally en las pruebas objetivas.

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? Descríbeme 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 plantear 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 *rappor*t, 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 Nº 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 cumplirá con las tareas.”

“Si evaluo 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?

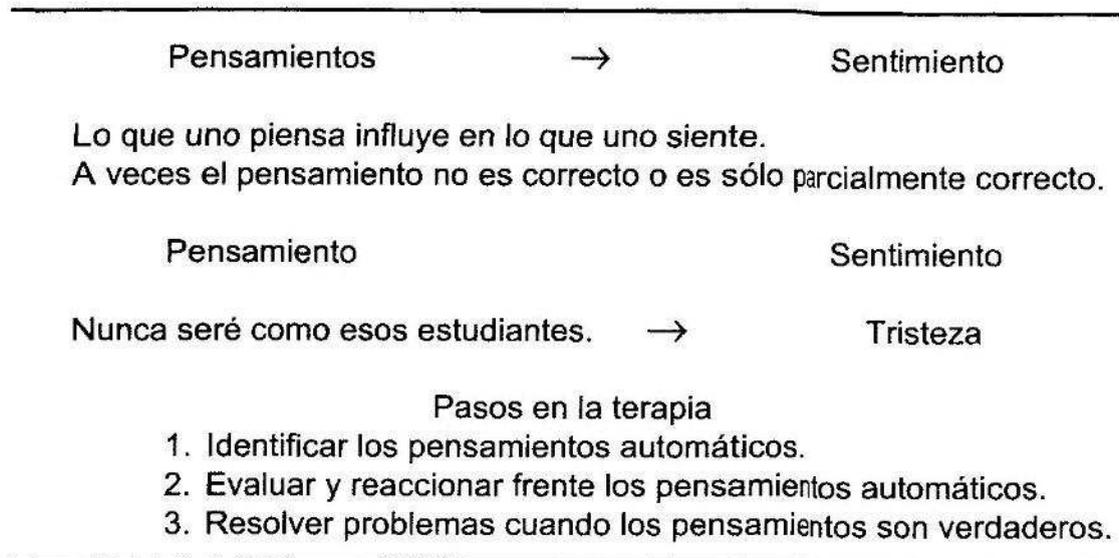


Figura 6.1. Notas de Sally de la Sesión 1.

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 realzándola.

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.

Expresiones insertas
en el discurso

Creo que me preguntaba
si le agrado.

No sé si dirigirme al
profesor sería una
pérdida de tiempo.

No podía lograr concentrarme
en la lectura.

Pensamientos
automáticos

¿Le agrado?

Probablemente si voy,
perderé mi tiempo.

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.

<i>Pregunta</i>	<i>Enunciación</i>
¿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 angustiantes, 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 estrés 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
viernes 23 / 2 10 horas	1. ¿Qué acontecimientos reales, cadena de pensamientos, ensoñaciones 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) sintió en ese momento? 2. ¿Qué grado de intensidad (0 a 100%) tenía cada 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 actualmente? ¿Con qué grado de intensidad (0 a 100%)? 3. ¿Qué hará (o hizo)?
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.	Tal 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
Viernes 8/3 15 horas	<p>1. ¿Qué acontecimientos reales, cadena de pensamientos, ensueños 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, etc.) sintió en ese momento?</p> <p>2. ¿Cuán intensa (0 a 100%) fue la 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 en este momento? ¿Con qué grado de intensidad (del 0 al 100%)?</p> <p>3. ¿Qué hará (o hizo)?</p>
	<p>Pensaba en invitar a Bob a tomar un café.</p>	<p>El no quería ir conmigo. 90%</p>	<p>Tristeza 75%</p>	<p>(Error de tipo "Predicción del futuro") En realidad no sé si él quiere (90%) Es amistoso 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 amistoso. (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%)</p>	<p>1. P.A. - 50%</p> <p>2. Triste - 50% Angustia - 50%</p>

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 cometestiste?

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: _____

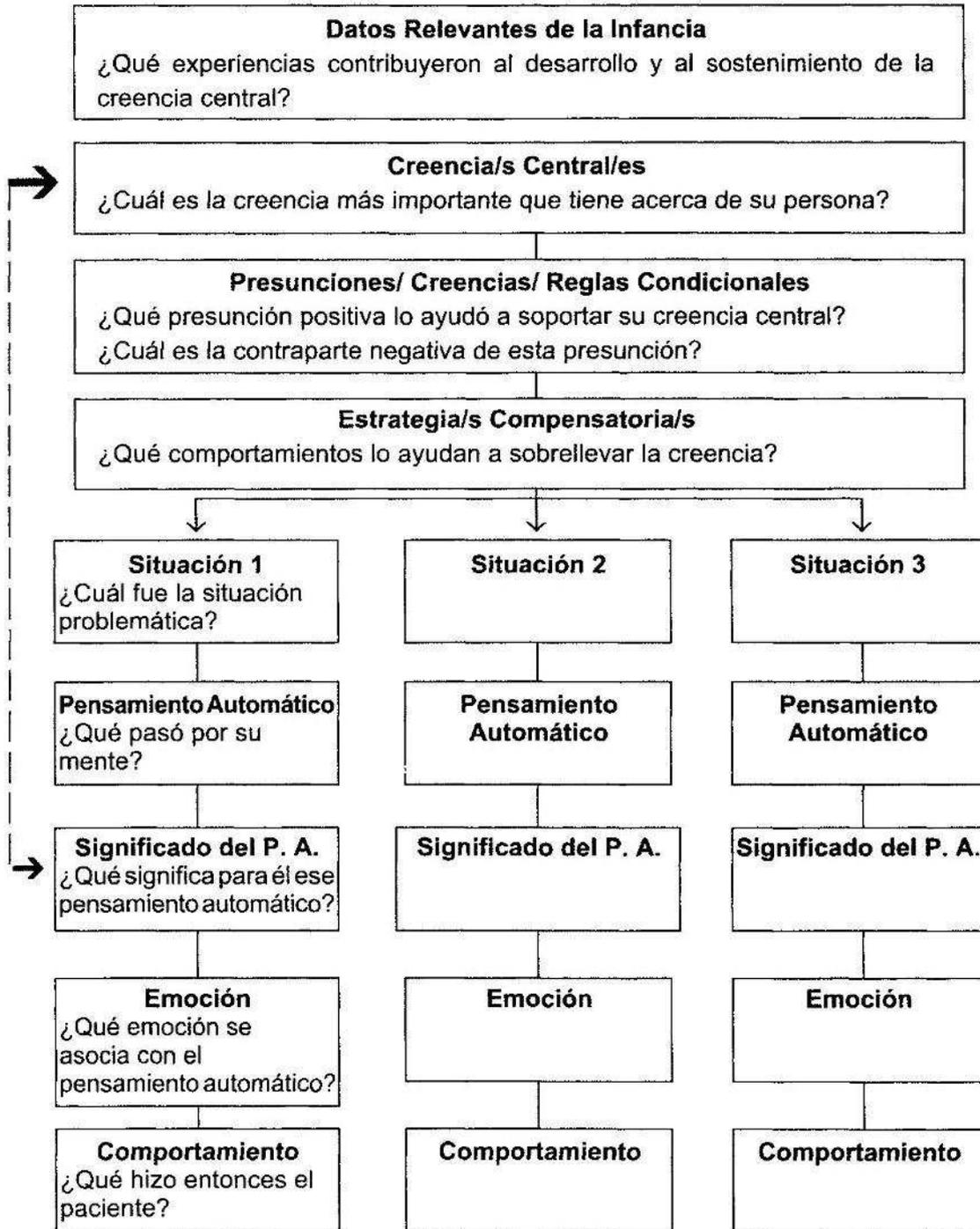


Figura 10.1. Diagrama de Conceptualización Cognitiva. Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

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

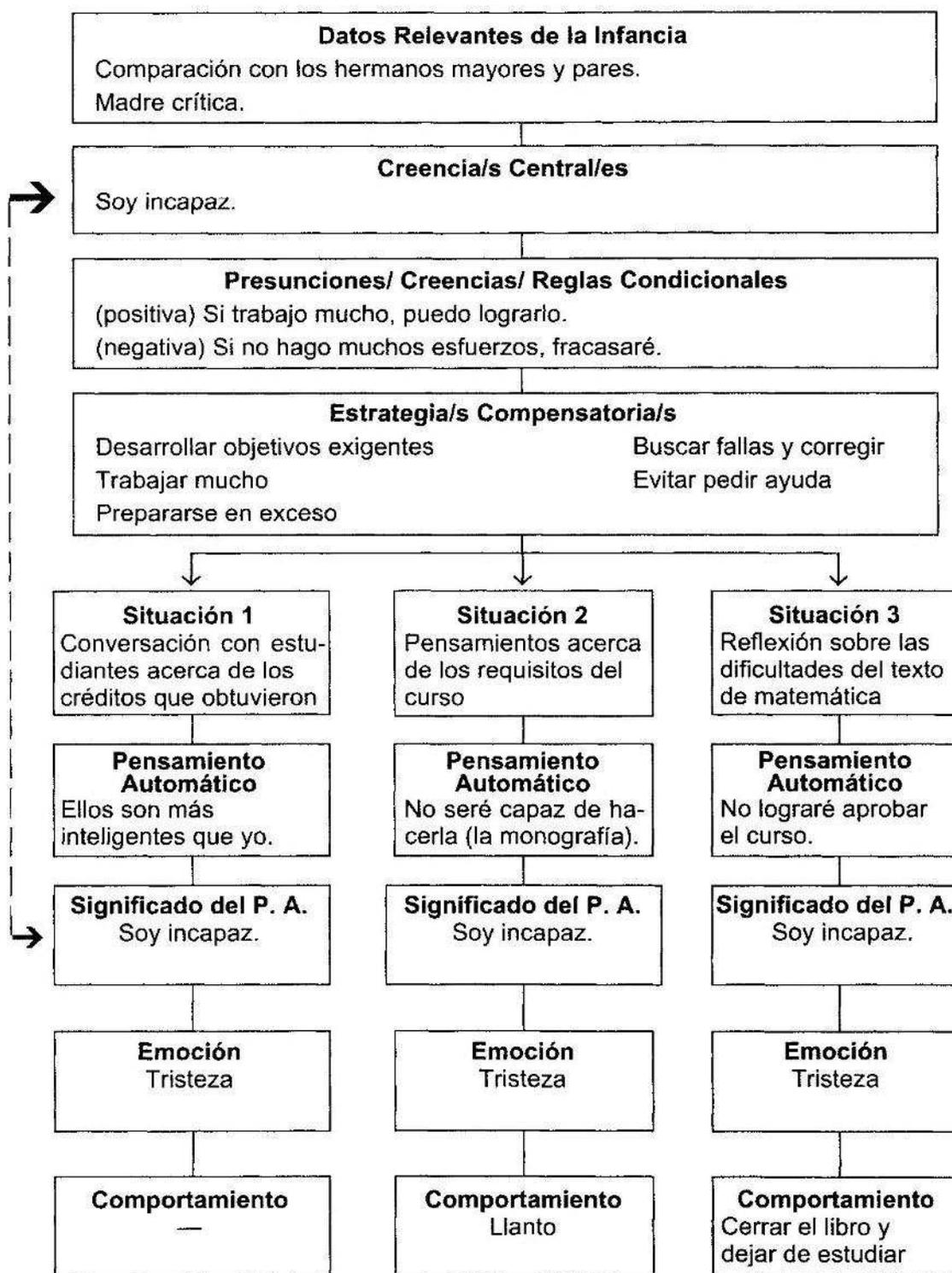


Figura 10.2. Diagrama de Conceptualización Cognitiva de Sally.
 Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

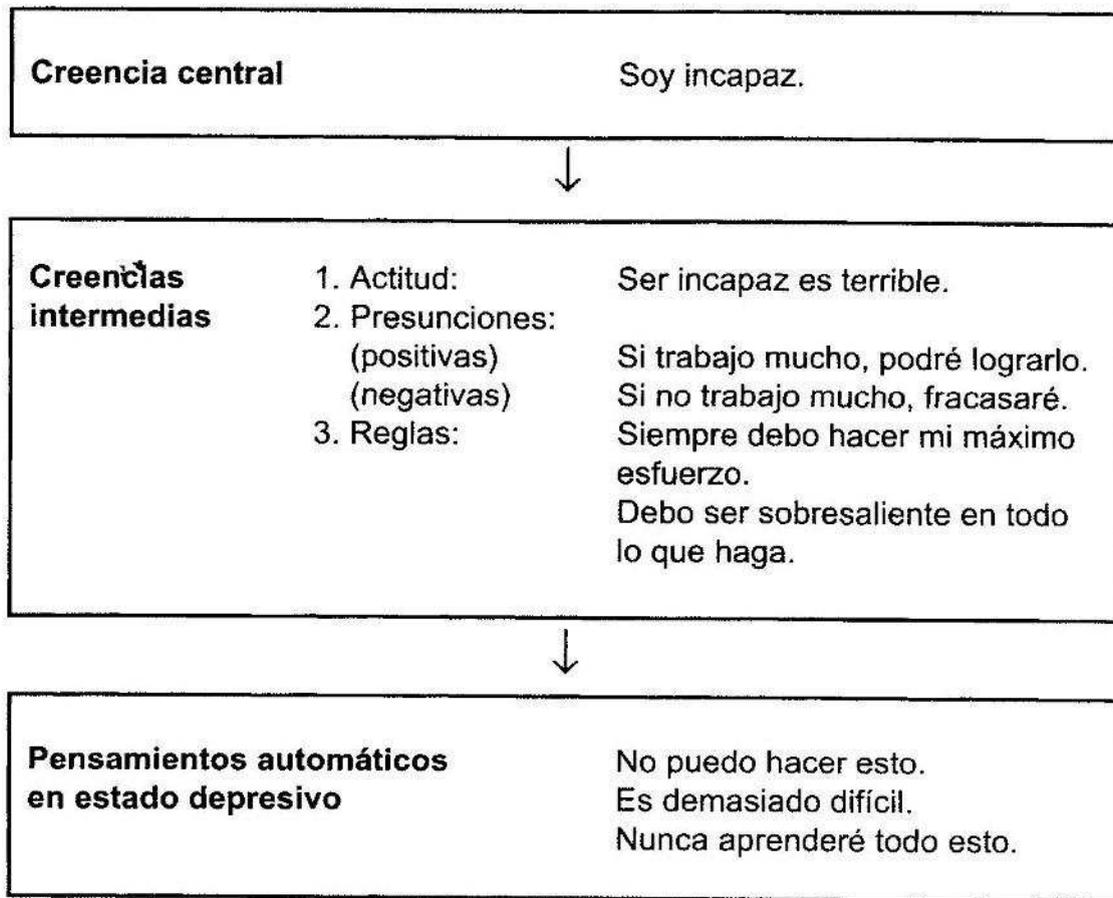


Figura 10.3. Jerarquía de creencias y pensamientos automáticos.

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.

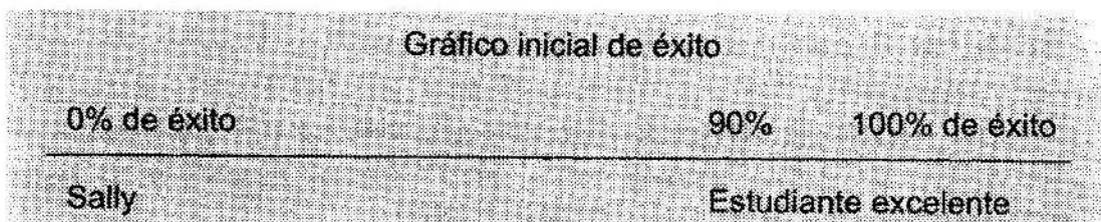
T: Está bien. ¿Te gustaría entonces poner a prueba la creencia de que te despreciarán si pides ayuda? ¿Cómo te gustaría hacerlo esta semana?

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.