

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

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© by Editorial Gedisa, S. A.
Avenida del Tibidabo, 12, 3º
08022 Barcelona, España
Tel. 93 253 09 04
Fax 93 253 09 05
gedisa@gedisa.com
www.gedisa.com

eISBN: 978-84-1657-213-7

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 (imagería)	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 plantee 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 frecuente.

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, Cerny 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, Schrodt, 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 predisuesto a la depresión (p. ej. Sally siempre atribuyó a la suerte sus logros y habilidades, mientras que consideró que sus fracasos y debilidades [relativos] eran un reflejo de su “verdadero” modo de ser).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La formación de un terapeuta cognitivo

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

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

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

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

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

Cómo utilizar este libro

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

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

¿Qué pasó por mi mente en este momento?

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

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

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

“Es demasiado difícil”.

“Es posible que no logre aprender a manejar bien esto”.

“No me resulta cómodo”.

“¿Qué sucederá si lo intento y no funciona?”

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

“Esto no va a funcionar”.

“Al paciente no va a gustarle”.

“Es demasiado superficial/estructurado/simple/
no desarrolla la empatía”.

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

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

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

El proceso de aprendizaje se plantea del mismo modo para el principiante en terapia cognitiva. Plántese 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

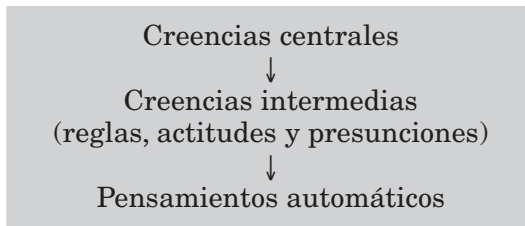
Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. El lector E, por ejemplo, tenía las siguientes creencias intermedias:

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.



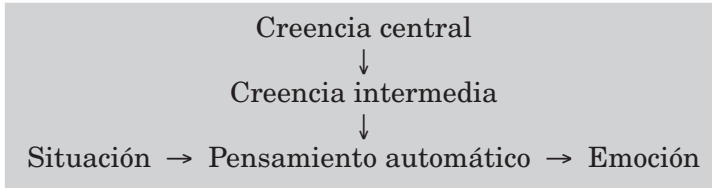
¿Cómo se originan las creencias centrales y las intermedias? Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan, además, organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan (Rosen, 1988). Sus interacciones con el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

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 deter-

minar 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?”.

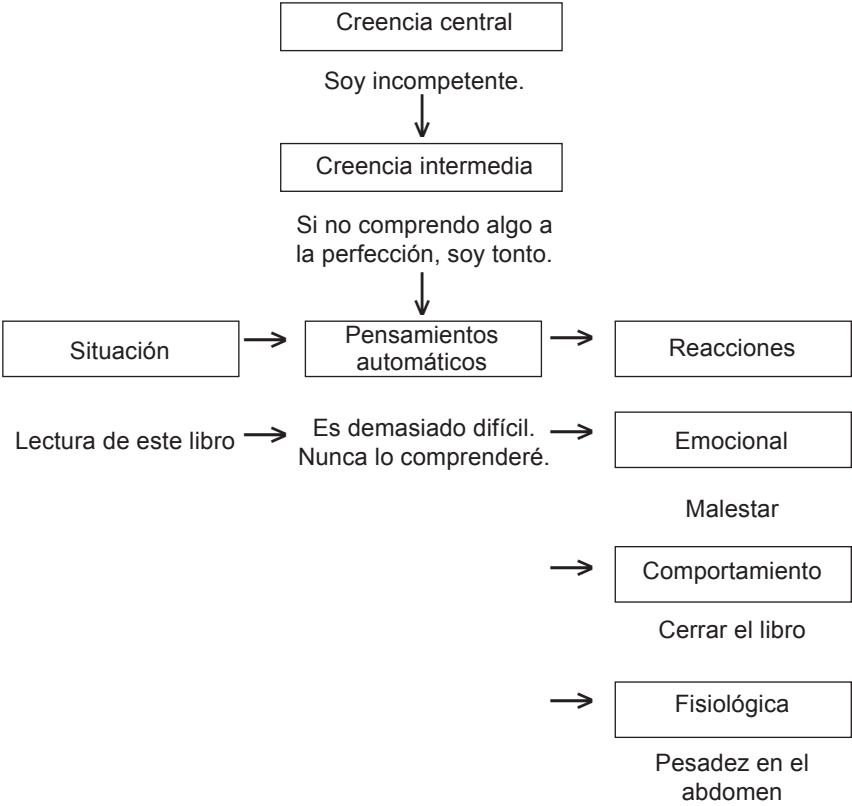


Figura 2.1. El modelo cognitivo.

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 per-

cepciones, 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 inmediata-