

31921
LA 23



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**MANUAL DE TERAPIA COGNITIVA DE
ACUERDO AL MODELO DE AARON T. BECK.**

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ANDRES DEL BOSQUE RODRIGUEZ

**SINODALES: MAESTRA ANTONIA RENTERIA RODRIGUEZ
LICENCIADO MARCO VINICIO VELASCO DEL VALLE
MAESTRO ALFONSO VALADEZ RAMIREZ**



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO,

2003

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"Es curioso como Dios, cuyo poder puede destruir y crear galaxias por mecanismos incomprensibles para el hombre, se tomó la molestia de ayudarme a luchar contra muchos obstáculos y cumplir algunos de mis metas"

-Andrés del Bosque Rodríguez-

Quiero agradecer a mis padres por regalarme libertad a lo largo de mi vida y apoyarme con sabiduría para utilizar dicho regalo. Este trabajo es para ustedes mis queridos padres.

Para Elizabeth que siempre ha estado a mi lado y ayudó a que me convirtiera en psicólogo con su amor incondicional y eterno, sentimiento que es reciproco y sin el cual, hubiera sido imposible vivir y llegar hasta donde ahora estoy.

Es importante que agradezca a los padres de mi novia Elizabeth porque estoy convencido que sin ellos este trabajo no seria igual.

Esta tesina está dedicada a todas aquellas personas que, en la elección de un camino, han tropezado para después volver a levantarse y llegar a la meta...

Debo darle gracias a mi hermano Christian por ser un excelente compañero de vida y además ser uno de los mejores amigos que he tenido, sin su apoyo esta tesina no existiría y yo no sería lo que ahora soy.

Quiero recordar en estas palabras a mi hermano Mario ya que sin su amistad sincera y desinteresada compañía, esta vida seria muy pero muy aburrida

Le agradezco a mis asesores Antonia, Alfonso y Vinicio todo el apoyo, consejos, tiempo y sobre todo la paciencia que me han otorgado en la elaboración de este trabajo, me siento honrado de haber trabajado con ellos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE.

INDICE.....	2
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO UNO: TERAPIA COGNITIVA	10
1. DEFINICIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA.....	10
2. HISTORIA DE LA TERAPIA COGNITIVA.....	18
3. OBJETIVO DE LA TERAPIA COGNITIVA.....	31
4. TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVA.....	32
5. RELACIÓN ENTRE TERAPEUTA Y PACIENTE.....	36
6. AVANCES DE LA TERAPIA COGNITIVA.....	42
7. RELACIÓN ENTRE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA Y EL SÍNDROME DE LA DEPRESIÓN.....	44
CAPITULO DOS: CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE BECK	52
1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE BECK.....	52
2. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS CON LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ALBERT ELLIS.....	74
3. EL MODELO DE BECK APLICADO A OTRAS PROBLEMÁTICAS.....	100
CAPITULO TRES MANUAL DE TERAPIA COGNITIVA BASADO EN EL MODELO DE BECK.....	105
1. EL PAPEL DE LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA COGNITIVA.....	105
2. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: APLICACIÓN A LA TERAPIA COGNITIVA.....	110
3. ESTRUCTURA DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA.....	116
4. LA ENTREVISTA INICIAL.....	120
5. APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS CONDUCTUALES.....	123
5.1 Programación de actividades:.....	124
5.2 Técnicas de dominio y agrado:.....	126
5.3 Asignación de tareas graduales:.....	127
5.4 Práctica cognitiva:.....	128
5.5 Entrenamiento en asertividad y role-playing:.....	129
6. APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS COGNITIVAS.....	129
6.1 Técnicas para demostrar la influencia de las cogniciones sobre la conducta:.....	131
6.2 Técnica de la cognición y experiencias recientes:.....	132
6.3 Detección de los pensamientos automáticos:.....	132
6.4 Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos:.....	133
6.5 Técnicas de retribución:.....	134
6.6 Búsqueda de soluciones alternativas:.....	134
6.7 Registro de pensamientos inadecuados:.....	135
7. DETERMINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS OBJETIVO.....	136
7.1 Síntomas afectivos:.....	137
7.2 Síntomas motivacionales:.....	139

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

7.3 Síntomas cognitivos:.....	140
7.4 Síntomas conductuales:.....	141
7.5 Síntomas fisiológicos:.....	141
8. INCLUSIÓN DEL TRABAJO PARA CASA EN LA TERAPIA.....	141
8.1 Proporcionar el fundamento teórico de las tareas para casa.....	141
8.2 Asignación de las tareas para casa.....	142
8.3 Facilitar la realización de las tareas.....	143
8.4 Detectar las reacciones inadecuadas ante las tareas para casa.....	143
8.5 Elaborar los programas de actividades de manera que resulten agradables.....	144
8.6 Programar actividades que resulten agradables.....	145
9. PROBLEMAS TÉCNICOS.....	145
9.1 Pautas para el terapeuta.....	145
9.2 Creencias antiterapéuticas del paciente.....	146
9.3 Conductas antiterapéuticas del paciente.....	147
CONCLUSIONES.....	149
REFERENCIAS.....	152

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN

El presente trabajo constituye la propuesta de un manual de terapia cognitiva basado en el modelo cognitivo propuesto por Aarón T. Beck para el tratamiento de la depresión. Dicho manual fue construido y desarrollado sobre la base de supuestos que pertenecen a la terapia cognitiva.

El modelo cognitivo en psicopatología parte del supuesto de que los seres humanos poseen una estrecha relación entre su conducta y sus cogniciones. Para este modelo las cogniciones son entidades teóricas como las ideas, creencias, sentimientos y pensamientos que una persona tiene con respecto a su medio ambiente. El modelo se ha encargado de aportar técnicas y formas de trabajo específicas que van encaminadas a cambiar las cogniciones erróneas del paciente y alterar, de esa forma, su conducta inadecuada o inconveniente.

La terapia cognitiva propuesta por Beck tiene como finalidad eliminar los síntomas del síndrome de la depresión y de otros problemas con contenido cognitivo como son: la ansiedad, las fobias y los problemas de autoestima. Para lograr tal fin, Beck clasificó las cogniciones negativas del paciente en tres grupos que son: las cogniciones negativas del paciente con respecto a sí mismo, al futuro y a los demás. Esta construcción teórica se conoce como tríada cognitiva.

El modelo de Beck aporta diferentes técnicas que tienen como objetivo contrarrestar los síntomas depresivos del paciente en cada una de las categorías de la tríada cognitiva. Este tipo de terapia se caracteriza por ser una solución estructurada y de tiempo limitado para el síndrome depresivo. Todo terapeuta puede llevar a cabo la terapia cognitiva de Beck, sin embargo, su utilización requiere de práctica y en ocasiones puede resultar difícil para los terapeutas en formación dar el salto de la teoría a la práctica y lograr resultados satisfactorios. De aquí se desprende el objetivo del presente trabajo que es proponer un manual de trabajo que facilite la aplicación de la terapia cognitiva para la depresión a psicólogos en formación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El presente trabajo se ha dividido en tres capítulos con el fin de facilitar el cumplimiento del objetivo:

El primer capítulo "Terapia Cognitiva" intenta dar una visión general de lo que es la terapia cognitiva, su historia, los objetivos que se propone, las técnicas que se utilizan, la importancia que tiene la relación entre el terapeuta y el paciente en este tipo de terapia, los principales y más recientes avances y la relación que existe entre la psicología cognitiva y el problema de la depresión.

En el segundo capítulo "Características del Modelo de Beck" se aborda el modelo de Beck y se tratan sus objetivos, técnicas, instrumentos, resultados así como sus ventajas y sus desventajas. En este capítulo también se ofrece una visión comparativa con la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis. Esta comparación se hace, debido a la semejanza entre ambos modelos, con el fin de encontrar el mejor parámetro de estudio del modelo de Beck.

En el tercer capítulo "Manual de Terapia Cognitiva basado en el Modelo de Beck" se propone el modelo de Beck, siguiendo una estructura similar a la utilizada por Beck (1985) en su libro "Terapia cognitiva de la depresión". El manual, como ya se comentó, va enfocado a psicólogos en formación. En él se menciona el papel de las emociones en la terapia cognitiva, la relación terapéutica y su aplicación a la terapia cognitiva, la estructura que debe poseer una sesión de terapia cognitiva, las características de la entrevista inicial, la aplicación de las técnicas conductuales y cognitivas, la inclusión del trabajo para casa en la terapia y los problemas técnicos que se puedan presentar así como sus principales soluciones.

En este trabajo, cuando se abordó el tema de la terapia cognitiva no se discutió ni se puso en duda su eficiencia en los problemas como la depresión, la ansiedad, fobias y otros problemas susceptibles de intervención; Más bien lo que se demostró es la forma en que aumenta la probabilidad de un resultado positivo; en la medida en que se toman en cuenta varios factores de importancia para la terapia como son: el papel de las emociones en la terapia cognitiva, la relación terapéutica, los problemas técnicos que se presenten durante la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

terapia, la estructuración de las sesiones y la aplicación de las técnicas conductuales y cognitivas propias del modelo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN.

Entre los diversos modelos teóricos que la psicología ha propuesto para dar explicación a la conducta humana y al mismo tiempo solucionar las problemáticas de ésta, se encuentra la teoría cognitiva propuesta por Aarón T. Beck y que con más de veinte años de vida, tiene como característica principal la importancia que le otorga a las cogniciones del individuo y los efectos que ésta tiene sobre su conducta.

El hablar de teoría cognitiva en Psicología es hablar de una forma de intervención que tiene como características: el ser de corta duración, el utilizar técnicas conductuales y cognitivas, el ser completamente estructurada y el alto nivel de participación que deben tener tanto paciente como terapeuta. (Lewinsohn & Hoberman, 1985).

Cuando Beck propuso su teoría cognitiva como un medio para la solución del síndrome depresivo también propuso un sistema que incluía una teoría sostenible de la personalidad y al mismo tiempo las instrucciones del proceso que se debía seguir para cambiar la conducta y las cogniciones de sus pacientes. Según él, la terapia cognitiva es la aplicación del modelo cognitivo a un desorden particular, empleando para ello distintas técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y los errores del proceso de información característicos de cada desorden (Beck, 1985).

Por otra parte, Beck no ha sido el único que ha trabajado con las cogniciones de los pacientes, Albert Ellis también propuso una teoría sostenible de cambio cognitivo conocida como la Terapia Racional Emotiva (TRE) y en ella se pone énfasis en la manera en que el individuo interpreta las situaciones a las que se enfrenta por lo que se entiende que su meta sea la de asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz y establecer relaciones con otras personas (Ellis, 1995b).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El campo de aplicación de la terapia cognitiva es amplio ya que se puede aplicar en problemas de depresión, ansiedad, fobias, problemas de asertividad y cualquier problema psicológico en el que jueguen un papel importante las cogniciones del individuo.

Aunque la Psicología no ha dejado de lado la investigación en cuestión cognitiva, es importante señalar que en la actualidad es muy difícil encontrar un manual que verse sobre la terapia cognitiva propuesta por Beck y que vaya dirigido a psicólogos en formación, la mayoría de los trabajos se enfocan en la investigación y en la narración teórica sobre el tema, de ahí que el objetivo del presente trabajo sea el proponer un manual de trabajo que facilite la aplicación de la terapia cognitiva para la depresión a psicólogos en formación.

Tal como se explica en el punto 7 del capítulo I "Relación entre la Psicología Cognitiva y la depresión", es importante que los terapeutas en formación comiencen a atender cuanto antes problemas como el de la depresión ya que las estadísticas al respecto han aumentado dramáticamente en los últimos años y la capacidad de psicólogos en el país es insuficiente para atender la demanda de dicho problema (Figueroa, 2002).

El manual que se propone puede ser utilizado también por psicólogos experimentados, sin embargo, es importante advertir que la presentación básica de los conceptos, teorías y técnicas puede ser ya conocida por lo que se recomienda su uso a manera de material de referencia.

El presente trabajo se ha dividido en tres capítulos con el fin de facilitar el cumplimiento del objetivo:

El primer capítulo "Terapia Cognitiva" intenta dar una visión general de lo que es la terapia cognitiva, su historia, los objetivos que se propone, las técnicas que se utilizan, la importancia que tiene la relación entre el terapeuta y el paciente en este tipo de terapia, los principales y más recientes avances y la relación que existe entre la psicología cognitiva y el problema de la depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ya que la terapia cognitiva para la depresión se encuentra inmersa en un modelo teórico, que es el cognitivo, resulta importante que el psicólogo en formación conozca a los principales exponentes del tema y sus diferentes propuestas.

En el segundo capítulo se aborda el modelo de Beck y se tratan sus objetivos, técnicas, instrumentos, resultados así como sus ventajas y sus desventajas. En este capítulo también se ofrece una visión comparativa con la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis. Esta comparación se hace, debido a la semejanza entre ambos modelos, con el fin de encontrar el mejor parámetro de estudio del modelo de Beck.

Lejos de proponer el modelo de Beck como el más efectivo, este trabajo intenta presentar las bases de dicho modelo así como sus ventajas y limitantes de manera objetiva. Para el psicólogo en formación resultará útil conocer previamente los conceptos y las definiciones del modelo teórico a fin de poder comprender el uso de la terapia cognitiva para la depresión.

En el tercer capítulo se propone el modelo de Beck, siguiendo una estructura similar a la utilizada por Beck (1985) en su libro "Terapia cognitiva de la depresión". El manual, como ya se comentó, va enfocado a psicólogos en formación. En él se menciona el papel de las emociones en la terapia cognitiva, la relación terapéutica y su aplicación a la terapia cognitiva, la estructura que debe poseer una sesión de terapia cognitiva, las características de la entrevista inicial, la aplicación de las técnicas conductuales y cognitivas, la inclusión del trabajo para casa en la terapia y los problemas técnicos que se puedan presentar así como sus principales soluciones.

Es casi imposible que un psicólogo no se enfrente en su labor a temas relacionados con la terapia cognitiva. Ya sea en el quehacer terapéutico o por el simple hecho de conocer las investigaciones cognitivas que se han realizado, la mayoría de psicólogos que se encuentran en formación encontrarán en la terapia cognitiva para la depresión una herramienta fácil de usar en casos muy específicos que es ideal para comenzar su labor profesional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO UNO: TERAPIA COGNITIVA

1. Definición de la terapia cognitiva.

Dentro de la ciencia de la Psicología existen diferentes concepciones y maneras de entender y percibir al ser humano, entre ellas se encuentra la terapia cognitiva que ha logrado aportar avances importantes en lo que se refiere a la terapia de problemas relacionados a la manera en que las personas interactúan con su medio ambiente y en la forma en que sus cogniciones afectan y modifican de manera directa la interpretación, percepción y la manera de responder ante dicho ambiente.

La terapia cognitiva parte del supuesto general de que el individuo no responde únicamente ante los estímulos físicos y observables del medio ambiente, como lo plantea la Psicología conductual sino que además, las cogniciones de la persona juegan un papel importante en la respuesta emitida ante ese medio ambiente. Ya que estas cogniciones pueden ser ideas o creencias que el individuo tiene de su medio ambiente, se entiende que, en ocasiones, estas ideas son erróneas con respecto a la realidad.

De lo anterior se entiende que la terapia cognitiva surge de la necesidad de tomar en cuenta al individuo como algo más que una entidad sujeta al medio y a las respuestas que emite ante los estímulos proporcionados por este. Esta concepción se basa en la idea constructivista de que la realidad no es única, sino que más bien, el individuo la construye sobre la base de sus cogniciones, experiencias y creencias así como un sinnúmero de factores culturales que van modificando dicha construcción.

Las cogniciones son el concepto clave de la terapia cognitiva ya que ésta las entiende como todas aquellas creencias, pensamientos, experiencias e ideas que el individuo posee y que le permiten concebir y modificar al mundo de una determinada manera. Es por esta razón que la terapia cognitiva ha logrado tener éxito en los problemas psicológicos que poseen un importante factor cognitivo como por ejemplo la depresión, la ansiedad, problemas de autoestima, adicciones, fobias y estrés; problemas que a su vez están íntimamente relacionados a las cogniciones y a la conducta del paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Heyes & Huber (2000) definen a las cogniciones como entidades teóricas, las cuales proveen una caracterización funcional de operaciones en el sistema nervioso central y que en ocasiones pueden ser objetos, sentimientos, pensamientos, creencias o ideas. Estas entidades teóricas reciben datos de otras entidades, de otros procesos y de la percepción para poder enviar datos a otras entidades, procesos y percepciones y de esa forma emitir conductas.

Es importante mencionar que el termino entidades teóricas significa que las cogniciones no pueden ser observadas directamente. Las hipótesis creadas sobre las cogniciones solo pueden ser evaluadas mediante la experimentación sobre predicciones relacionadas con los efectos de varias manipulaciones sobre la conducta.

Otros autores mencionados en la obra de Heyes & Huber (2000) como Dickinson y Balleine prefieren utilizar el termino cognitivo para aquellos procesos que incluyen una conducta orientada a cierta meta. Además agregan que las cogniciones son todos los mecanismos que los vertebrados e invertebrados utilizan para tomar información (por medio de los sentidos) y retenerla así como utilizarla para ajustar su conducta a las condiciones ambientales.

Para responder a la pregunta de ¿Qué es la terapia cognitiva? Primero es necesario entender que resulta complicado encontrar en la literatura una definición de la terapia cognitiva que abarque todos los elementos que la diferencian de otros tipos de intervención. No obstante, la importancia de dicho modelo radica en la fuerza de sus técnicas y en sus fundamentos teóricos al darle importancia a las cogniciones del individuo acerca del mundo que le rodea y su efecto en la conducta y estabilidad psicológica.

Si bien es cierto que no existe una definición única y exacta de la terapia cognitiva, también resulta clara la importancia de analizar las diferentes definiciones que los teóricos de está terapia han aportado a la Psicología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para Beck (1995) la terapia cognitiva es la aplicación de un modelo cognitivo a un desorden particular, empleando para ello distintas técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y los errores del proceso de información característicos de cada desorden. En esta definición podemos entender el modelo cognitivo como aquel en donde las creencias, ideas y experiencias ya mencionadas juegan un papel fundamental en la conducta del individuo.

Como Keit & Franche (1991) mencionan: la terapia cognitiva difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes: primero en la estructura formal de sus sesiones de intervención y segundo en los tipos de problemas en los que se centra. Generalmente, la terapia consta de 15 a 20 sesiones una vez a la semana cada una. La duración de una sesión puede variar de acuerdo con la técnica que se esta utilizando y con el tipo de paciente, sin embargo, el promedio es de una a dos horas por sesión. En este tiempo el terapeuta tiene como objetivo corregir los patrones cognitivos erróneos del paciente y de esa forma modificar los patrones erróneos de conducta del mismo. En lo que se refiere a los tipos de problema en los que se centra esta terapia, es importante señalar que obviamente todos poseen un importante factor cognitivo que los transforma precisamente en problemas para el paciente como por ejemplo la depresión, el estrés y la ansiedad.

De acuerdo con Caro (1988), las principales características que definen al método cognitivo son las siguientes:

1.- El proceso es extremadamente educativo y reeducativo. Se busca un aprendizaje de patrones alternativos, de formas diferentes de percibir la realidad, siendo el propio paciente el agente principal de cambio.

2.- Una sesión de terapia cognitiva debe de estar muy preparada y altamente estructurada. El saber manejar el tiempo y el centrarse en los temas importantes a corto y a largo plazo, va a permitir alcanzar las metas de tratamiento en el plazo adecuado, que suele ser breve.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- El modo fundamental de trabajo con el material cognitivo que el paciente aporta, con independencia de las técnicas que se usen para hacerlo, va a establecer un diálogo continuo, reflexivo, cuestionador, encaminado a lograr el conocimiento interno del paciente sobre las causas de sus problemas, lo que se conoce como método socrático.

4.- Finalmente, se entiende que el problema que presenta el paciente es dependiente de ciertas estructuras cognitivas, que aportan un significado especial a todo aquello que conoce una persona y cómo lo conoce.

Una de las definiciones más importantes que se han aportado es la de Keit & Franche (1991), que define a la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psicológicas. Este procedimiento va encaminado a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (o esquemas como les llamo el mismo Beck) que subyacen a las cogniciones que la persona tiene del mundo.

La definición aportada por Beck (1985) va más allá, al mencionar algunas de las principales características que distinguen a la terapia cognitiva. Toda terapia cognitiva debe de ser activa en la medida en que es el mismo paciente el que cumple con las tareas encargadas por el terapeuta cuyo papel es el de director y aplicador de las técnicas cognitivas diseñadas para modificar las creencias erróneas del paciente; todo esto en un lapso de tiempo limitado que generalmente debe de ser corto.

Es importante señalar que el modelo cognitivo se rige por principios teóricos y terapéuticos que justifican su modo de acción y lo distinguen de otros modelos cercanos o lejanos en lo que se refiere a la concepción de la persona y de sus problemáticas psicológicas, sin embargo, se podrá denominar cognitiva a cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento (Beck, John, Brian & Emery 1983).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con Caro (1988) se pueden citar algunos aspectos que definen el modelo cognitivo de terapia:

1.- En el modelo cognitivo se rechazan el asociacionismo y el mecanicismo que tradicionalmente se han estudiado en otros enfoques (particularmente el conductista). Desde esta perspectiva, la importancia la posee la manera en que la persona estructura el mundo basándose en su experiencia.

2.- Se defiende la existencia de estructuras y procesos cognitivos que median el impacto de la experiencia social y guían el procesamiento de la información que recibe la persona.

3.- Los procesos cognitivos funcionan como heurísticos.

4.- Las personas crean activamente su experiencia.

Beck logró expandir su definición de terapia cognitiva al expresarla como una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva, y en la que el terapeuta y el paciente trabajan de forma conjunta. En esta terapia la meta es lograr que los pacientes descubran su pensamiento disfuncional e irracional, comprueben en la realidad su pensamiento y su conducta, y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto inter como intrapersonalmente (Lewinsohn & Hoberman, 1985).

Un elemento extra que caracteriza a la terapia cognitiva es la inexistencia de conflictos con otros modelos terapéuticos ya que sus principios teóricos no eliminan la posibilidad de que interactúe con los modelos psicoanalista y conductual, siempre buscando sus propios objetivos y utilizando sus propias técnicas. Ya Froján (1998) mencionaba que desde sus inicios la modificación de conducta cognitiva ha intentado integrar las aportaciones clínicas de las psicoterapias psicodinámicas y sistémicas con la tecnología de los terapeutas conductuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tomando en cuenta a Froján (1998) el punto común de todos los autores cognitivos es el principio de que la mente humana es un producto de actividad simbólica constructivista, y que la realidad es el producto de los significados particulares que crean los individuos. No es que haya una realidad y los clientes distorsionen esa realidad, construyendo con ello sus problemas, sino que hay múltiples realidades, y la tarea del terapeuta es ayudarles a ser conscientes de cómo crean esa realidad y las consecuencias de dicha construcción.

A pesar de que la terapia cognitiva se puede aplicar fácilmente con otros métodos de terapia, es importante señalar la existencia de elementos que diferencian plenamente a la terapia cognitiva de otros modelos. Keit & Franche (1991) señalan que al contrario de la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en problemas actuales. Su objetivo principal es investigar los pensamientos y los sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre el tiempo que dure el tratamiento y no durante su niñez o adolescencia como lo hace la teoría psicoanalítica. Al mismo tiempo la terapia cognitiva también difiere de la terapia de conducta en su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales o cognitivas) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la investigación empírica.

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva mencionados por Beck, John, Brian & Emery (1983).

a) La percepción y, en general, la experiencia son procesos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección. Los datos de inspección son aquellos en donde el individuo conoce el medio ambiente en base a estos dos procesos y los datos de introspección consisten en la interpretación que el individuo tiene de su medio ambiente, es decir, sus cogniciones.

b) Las cogniciones del paciente son el resultado de una sincronía de estímulos internos y externos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c) El modo que tiene un individuo de evaluar una situación es evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones.

d) Estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia del campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración que la persona tiene acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.

e) Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus patrones de conducta.

f) Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.

g) La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejora clínica.

De acuerdo con estos lineamientos teóricos, la terapia cognitiva está enfocada en la manera en que el individuo percibe el mundo. Esta percepción jugará un papel predominante en la forma en que dicho individuo se comportará. Esta idea fue el principal rector del modelo propuesto por Beck en el que se concibe al individuo con problemas psicológicos como poseedor de esquemas de pensamiento erróneos que se pueden corregir con la ayuda de la terapia cognitiva.

La idea propuesta por Beck, de relacionar a la terapia cognitiva con otros modelos teóricos de importancia podría ser interpretada como eclecticismo, sin embargo, es importante señalar que no es una mezcla de teorías sino más bien se trata de un intento por explicar de manera más completa algunas problemáticas psicológicas. Entre estas problemáticas se encuentran la depresión, problema en el que Beck basó gran parte de su trabajo. De esta forma se pueden analizar los esquemas cognitivos erróneos del paciente al mismo tiempo que las características de su conducta e inconsciente sin ninguna dificultad y con resultados plenamente diferenciados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Recapitulando lo anterior tenemos que uno de los principales elementos de la terapia cognitiva es el de entender al individuo como un ser cuya experiencia esta regulada por una serie de elementos cognitivos como los sentimientos, las creencias, las ideas, el aprendizaje y la memoria. Todos estos elementos van a regular la conducta del individuo ya que este se comportará de acuerdo a sus ideas. Si entendemos que las ideas del individuo pueden estar equivocadas, resulta sencillo entender que su comportamiento estará "equivocado" en gran medida también.

Las terapias cognitivas son aquellas que centran su atención en la existencia de estructuras y procesos cognitivos que median la experiencia que el individuo tiene del medio. De lo anterior se puede entender que el asociacionismo y el mecanicismo típicos de otras teorías psicológicas como el conductismo son insuficientes para explicar y dar solución a los problemas del paciente.

Como menciona Beck (1985) la terapia cognitiva es aquella que tenga el objetivo de modificar patrones erróneos del pensamiento y su consecuente efecto en la conducta del individuo.

Se pueden mencionar algunos otros principios sobre los que se rige la terapia cognitiva entre los que están:

1.- Un paciente tratado con terapia cognitiva debe de aprender a distinguir entre la realidad y la percepción que el mismo tiene de ella. Debe estar consciente de que esta percepción puede ser equivocada y entender que esta equivocación tiene un efecto (ya sea negativo o positivo) en su conducta.

2.- Esta percepción de la realidad se ve modificada, y está sujeta, a diversos procesos cognitivos que son en sí mismos fruto de error y de sesgos.

3.- El paciente debe de asumir y contemplar sus creencias como hipótesis, con lo que se las convierte a un fenómeno que esta sujeto a verificación, negación y modificación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los terapeutas cognitivo-conductuales han desarrollado programas de intervención, diseñados para ayudar a los clientes a ser conscientes de estos procesos y enseñarles a darse cuenta, captar, registrar e interrumpir las cadenas formadas por la cognición, el afecto y la conducta erróneas y, por último, producir respuestas de afrontamiento que no sean patológicas y que sean más adaptativas (Froján, 1998).

2. Historia de la terapia cognitiva.

Keit & Franche (1991) Analiza los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva remontándonos a los estoicos, en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.) Crisipo, Séneca, Epicteto, y Marco Aurelio. Epicteto escribió en sus obras que los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen. Muchas religiones y doctrinas así como filosofías defienden la idea de que las empresas humanas están basadas en las ideas y las creencias.

Para Keit & Franche (1991) Fue Freud quien expuso en sus primeras obras la idea de que los sentimientos y los efectos se basan en ideas inconscientes. La psicología individual de Alfred Adler indicó la importancia de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes, para él, la terapia consistía en intentar explicar cómo la persona percibe y experimenta el mundo.

De todas los modelos teóricos que se han propuesto dentro de la Psicología, el cognitivo es el que mejores soluciones ha dado a problemas en donde las experiencias o procesos cognitivos del paciente juegan un papel vital.

En el caso de la terapia cognitiva, es obvio que existen procesos cognitivos que pueden ser modificados mediante la práctica clínica tal como lo indicaron Arieti y Bemporado (1990), la adscripción de los mecanismos cognitivos al proceso de cambio terapéutico es un denominador común de varios sistemas teóricos. La investigación ha indicado que la mejoría en la condición clínica se ve asociada con los cambios en la estructura cognitiva de la experiencia, sin tener en cuenta el tipo de terapia. Esto sugiere

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que los cambios en los procesos cognitivos juegan un papel terapéutico esencial en cada tipo de tratamiento.

En los siglos siguientes, los avances en filosofía y religión continuaron reflejándose en las principales expresiones de la práctica clínica. El renacimiento del racionalismo con Descartes y la formalización del dualismo contribuyeron a la plasmación intelectual de la oposición entre mente y cuerpo y razón y sentimiento. Debido a este énfasis por la experimentación y la experiencia, el empirismo capitaneado por Bacon, Hobbes y Locke ofrecía un antídoto parcial contra la doctrina de la supremacía de la razón. Más tarde, el constructivismo de Vico y el idealismo de Kant animaron concepciones más activas y participativas de la mente. No obstante, la mayor parte de estos avances quedaron circunscritos a sus efectos prácticos. La primera filosofía que se aplicó de un modo más general y en una época relativamente reciente fue el movimiento para una mente sana, que se extendió por Europa y Norteamérica a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Este movimiento también conocido por el nombre de psicología para una mentalidad saludable enfatizó la importancia del pensamiento positivo e integró los ejercicios prácticos con los dogmas del Cristianismo. Llegó a ser muy popular obteniendo su mayor reconocimiento con William James. En este siglo, a pesar de que tanto Dale Carnegie como Norman Vincent Pale son quienes más visiblemente han preconizado los méritos del pensamiento positivo, no han sido ni los primeros ni los únicos que han propuesto dicho enfoque. Un vistazo casual, hoy en día, a la sección de autoayuda de cualquier librería, ratificará que el movimiento para una psicología saludable ni pertenece al pasado ni esta agonizante (Kazdin, 1996).

Aunque haya razones para justificar la asociación del pensamiento positivo con las psicoterapias cognitivas los últimos enfoques tienden a clasificarla propiamente dentro del apartado de aplicaciones de las ciencias cognitivas. Y es que las ciencias cognitivas hacen su aparición entre 1955 y 1965, mientras que la revolución cognitiva en psicología no llega sino hasta los años 70. En este sentido cabe destacar que las principales psicoterapias cognitivas surgieron poco antes o prácticamente al mismo tiempo que la psicología cognitiva. Por ejemplo, aun cuando George Kelly negó ser cognitivo, su psicología de los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

constructos personales se convirtió en una fuente de inspiración para muchos terapeutas cognitivos. Asimismo la terapia racional emotiva de Albert Ellis precedió a los principales logros de la psicología cognitiva, y la terapia cognitiva de Aaron T. Beck ya aparecía en sus primeros trabajos sobre depresión. Por tanto, las aplicaciones clínicas de corte cognitivo fueron anteriores a la investigación y a la teoría formal asociada a la psicología cognitiva (Kazdin, 1996).

Todos los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva se centran en la idea de que existen procesos cognitivos equivocados o erróneos (según los llamen los investigadores) que pueden ser modificados con técnicas que muestren dichos errores y los suplanten, al mismo tiempo con formas de respuesta más adecuadas y cercanas a la verdad. Un número creciente de terapeutas americanos han expuesto con mayor especificidad cómo el terapeuta podría modificar sistemáticamente las cogniciones durante la terapia. Kelly en (1955) desarrolló la terapia de los constructos personales para modificar las experiencias cotidianas conscientes de los pacientes. En la terapia de rol fijo, el paciente asume un papel basado en supuestos acerca del mundo o de sí mismos que no son congruentes con sus verdaderas creencias. En este nuevo papel, el paciente se enfrenta cara a cara con supuestos que él hacía sobre sí mismo y sobre su interacción con otras personas. Estas creencias son lo que se conoce como constructos personales ya que como su nombre lo indica son construcciones personales de la realidad que pueden estar sujetas a errores o alteraciones cognitivas (Keit & Franche, 1991).

Algunos años después el trabajo de Albert Ellis supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo conductuales. Ellis relacionó el estímulo ambiental o activador (A) con las consecuencias emocionales (C) a través de lo que él llamó una creencia interviniente (B). Así, el objetivo de su terapia racional emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas. La terapia racional emotiva pretende modificar estas creencias irracionales para que se acerquen más a la realidad (Keit, & Franche, 1991).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1980 había aproximadamente 6 tipos fundamentales de psicología cognitiva: la teoría de los constructos personales de Kelly, la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, las teorías de resolución de problemas y un conjunto de técnicas agrupadas bajo la denominación de habilidades de enfrentamiento asociadas a la modificación de conducta cognitiva Kazdin (1996), si embargo, hasta hoy en día las terapias de Kelly, Ellis y Beck siguen siendo las más reconocidas y utilizadas para diversos problemas psicológicos como son la ansiedad, la depresión, problemas de personalidad etc.

Es posible citar muchísimos logros de la terapia cognitiva así como ventajas y desventajas, sin embargo, Kazdin (1996) identifica algunas de las más grandes aportaciones que son: (a) la diferenciación de las teorías racionalista y constructivista respecto a la cognición; (b) el reconocimiento de los aspectos sociales, biológicos y personales; (c) una nueva valoración de los procesos inconscientes; (d) una mayor atención a los sistemas individuales y sociales; y (e) la contribución de las psicoterapias cognitivas al movimiento de integración en psicoterapia.

Además es posible mencionar como ventajas de la Psicología cognitiva su economía, la brevedad del tratamiento, los resultados positivos inmediatos (aunque progresivos), su aplicación a casi cualquier tipo de paciente y la facilidad que posee de ser adecuada a la conveniencia de terapeuta y paciente.

Como desventajas de la Psicología cognitiva podemos citar la necesidad de que tanto terapeuta como paciente interactúen en la búsqueda de la solución de la problemática, la necesidad de estructurar una sesión de manera breve y efectiva y su imposibilidad en la atención de asuntos psicológicos que no posean un elemento cognitivo.

Para Kazdin (1996) Dentro de la revolución cognitiva que inundó toda la psicología de los años 70 se ha dado una evolución importante. Dependiendo de la terminología o la medida utilizada, se han dado desde 1955 tres grandes progresos conceptuales dentro de la ciencia cognitiva. El primero esta relacionado con el movimiento del procesamiento de la información, también llamado movimiento cibernético por su introducción del circuito de feedback teleológico (dirigido a una meta) dentro de la infraestructura de los primeros

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ordenadores. Tal y como apuntó Jerome Bruner al mencionar la primera fase de la revolución cognitiva. Ésta quedó rápidamente relegada debido a la nueva tecnología informática y a la simulación de la inteligencia artificial. Cabe mencionar que durante esta época, el avance de las ciencias de la computación afectó el desarrollo de otras ciencias como podemos ver en este caso.

Como Kazdin (1996) explica, Aún cuando podamos encontrar evidencias en contra, la psicología cognitiva estuvo en sus inicios más preocupada por la información (su almacenaje, recuperación y procesamiento) que por los procesos, gracias a los cuales otorgamos un sentido o significado, de mayor consideración en la ciencia cognitiva actual. La era del procesamiento de la información comenzó hacia mediados de los 50 y alcanzó su pico más alto alrededor de 1970.

Existe una estrecha relación entre la evolución de las ciencias de la computación y la Psicología cognitiva ya que el movimiento conexionista discurrió entrelazándose con la era del procesamiento de la información, lo que le permitió florecer entre los años 70 y 80 gracias a la construcción de las grandes computadoras. Las tres características que definen el conexionismo moderno son su confianza en el procesamiento de distribución paralela, sus intentos de simular las operaciones de las redes neuronales, y su concesión de que algunos aspectos del procesamiento de la información biológica pueden ser subsimbólicos por lo que puede resultar muy difícil (si no imposible) programar ésta en algoritmos. El procesamiento de distribución paralela (en comparación con el procesamiento lineal condensado) supuso un aumento sustancial del potencial de los ordenadores con respecto a las primeras máquinas. El cambio experimentado de modelar, en un principio, el sistema nervioso a partir de los computadoras, hasta crear programas a partir de los sistemas nerviosos, ha supuesto la creación de un campo , híbrido entre los dos, denominado la neurociencia cibernética. Por último, la noción de procesos subsimbólicos supone el reconocimiento de una mayor complejidad dentro del aprendizaje y el conocimiento. Las críticas al conexionismo han recaído sobre el modelo de conocimiento basado en las computadoras, por quedarse bastante estancado y tender, además, a perpetuar los modelos de representaciones mentales (Kazdin, 1996).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La segunda fase de la revolución cognitiva comienza a surgir prácticamente al mismo tiempo que el conexionismo moderno, y es la que se conoce normalmente como constructivismo o metateoría constructivista. El constructivismo, heredero de la historia de las ideas y de la psicobiología, enfatiza la naturaleza activa de todo conocimiento. A diferencia de los modelos mente-cerebro surgidos desde perspectivas del procesamiento de la información, tan pasivos, el constructivismo propone una actividad constante como explicación para entender los procesos de conocimiento. Por lo tanto el cerebro-mente deja de considerarse un almacén de representaciones para pasar a ser un sistema orgánico de actividades relacionadas unas con otras. A la idea cibernética de retroalimentación o feedback se añade la de información hacia delante o feedforward. Entre otras cuestiones, la perspectiva constructivista hace hincapié en el funcionamiento de los procesos de ordenación tácticos (inconscientes), la complejidad de la experiencia humana y las ventajas de una aproximación al conocimiento entendido como un proceso en continua evolución. Desde esta perspectiva es el paciente el que construye su propia realidad a partir de una realidad ya establecida, sin olvidar que, dicha construcción esta estrechamente relacionada con sus experiencias y cogniciones.

Como Froján (1998) explica existe un tercer movimiento de la terapia cognitiva que es la perspectiva constructivista y que se basa en la concepción de que los humanos construyen activamente sus realidades personales, de modo que crean sus propios modelos representativos del mundo.

Como López (2002) nos menciona, el constructivismo es una corriente posmoderna, uno de sus presupuestos básicos es que cuanto sabemos y creemos es fruto del lenguaje con que comprendemos y transmitimos nuestras percepciones y que, sobre una misma realidad, pueden darse diferentes puntos de vista, todos ellos igualmente válidos. Al hablar, vamos creando la realidad junto con nuestros interlocutores. Así es como, sobre la base de nuestra biografía, creamos y modificamos nuestra identidad, que retocamos permanentemente en virtud del contexto, de las circunstancias de nuestra interacción y de las características y expectativas de nuestro interlocutor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

López (2002) encuentra un antecedente filosófico del constructivismo en los trabajos de Emmanuel Kant, cuyas ideas a priori, juicios sintéticos a priori, analítica y dialéctica trascendentales reflejan el carácter sistematizador y unificador del espíritu humano.

El constructivismo posmoderno considera que el cerebro no es un mero recipiente donde se depositan las informaciones, sino una entidad que construye la experiencia y el conocimiento, los ordena y da forma. Este es un planteamiento netamente kantiano.

De acuerdo con Meichenbaum citado en Linn y Garske (1988) la Terapia Cognitivo Conductual surge por la necesidad de integrar diversas formas de psicoterapia constructivista. Busca cumplir con su objetivo integrador al percibir al paciente como una entidad cuyas cogniciones, conducta y aspectos biológicos deben ser tomados en cuenta para lograr un cambio favorable en el proceso terapéutico.

López (2002) identifica dos corrientes del constructivismo posmoderno El constructivismo tiene dos vertientes: En primer lugar se encuentra la teórica o integrativa, que pretende la integración de los múltiples enfoques teóricos, que aspiran a explicar qué es el hombre en su conjunto, es decir, la universalidad del ser humano. En segundo lugar se encuentra la narrativa o personalista, relativa a cada persona concreta, que sólo pretende una versión específica, individualizada de quién y cómo es cada quien, en su caso particular, único e irrepetible.

Es importante recordar que han surgido cientos de tipos de psicoterapia y cada uno tiene sus propios métodos y técnicas para atender problemas como la depresión, sin embargo, la Terapia Cognitivo Conductual en su corriente integrativa busca integrar varias técnicas y conceptos dentro de los modelos cognitivos semánticos como los de Ellis y Beck. Esta corriente integradora tiene como objetivo percibir, en varias dimensiones, al paciente y a su problema depresivo tal como lo menciona Meichenbaum citado en Linn y Garske (1988)

En el caso de la corriente constructivista narrativa, cada individuo tiene para sí un relato de su propia vida y además cuenta historias, todas verdicas, que extrae de su

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

biografía. Al trasladar estas narraciones, se fijan recuerdos, se eliminan ciertos desgarros internos, se crea la propia identidad, se retoca de forma sucesiva, se le va dando consistencia al sentimiento de la existencia, se le otorga significación, porque se justifican y se cargan de congruencia sus actuaciones pasadas y vamos perfilando nuestro sentido teleológico, lo que nos da razón de ser (López, 2002).

Para Zlachevsky (1996) la corriente constructivista narrativa tiene que ver con la noción de las historias o significados que un individuo tiene del mundo que le rodea. Los terapeutas centrados en teorías narrativas parten del supuesto de que los seres humanos son y existen en el lenguaje y no existe una mejor persona que pueda describir su problema que la persona que lo está viviendo y que es capaz de describirlo con la ayuda del lenguaje mismo.

El terapeuta que le presta atención a la narrativa del paciente debe tener muy en cuenta que él mismo es parte de la construcción que el paciente hace del mundo y de la solución que ambos (dentro del sistema terapéutico) deberán encontrar al problema por el que el paciente busco terapia originalmente (Zlachevsky, 1996).

Nuestra representación del mundo, y aun nuestra propia identidad, no se corresponden con una descripción estática y fija, sino que son una historia viva o dos versiones de la misma historia, que se desplazan evolutivamente al ritmo y compás con que el propio narrador se desplaza por el tiempo (López, 2002).

Según López (2002), en el caso de la corriente integrativa, que no ecléctica, se sientan dos planteamientos, arriesgados a primera vista, pero fácilmente contrastables en la práctica: El primero dice que la cultura terapéutica que crean al unísono cliente y terapeuta, fruto de la interacción de entrambos, tiene la clave del cambio que el cliente pretende con el proceso. El segundo plantea que los diferentes enfoques teóricos se polarizan sobre un aspecto concreto de la vivencia humana, magnifican su importancia y lo contraponen a otros de forma excluyente. Así resulta imposible construir una teoría sintética que abarque todos los componentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para Fernández (1992) la corriente integrativa ha tenido su origen en la creciente diversificación de las ofertas de tratamiento, tanto en los objetivos teóricos como en las técnicas empleadas para cumplirlos. Para este autor, el modelo integrativo consiste en la elaboración de nuevos principios de intervención, orientados a probar la posibilidad de utilizar técnicas provenientes de diferentes enfoques, aprovechando recursos que habían probado ser eficaces en su implementación original; sostiene así la conveniencia de nuevas estrategias que, con un marco referencial ampliado, son propuestas susceptibles de incrementar los beneficios que los pacientes podrían obtener.

Froján (1998) menciona que un catalizador fundamental en el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual fue la creciente insatisfacción con las bases teóricas y empíricas del enfoque terapéutico conductual estricto. Algunos autores como Breger y Mc Gaugh; Brewer; Mc Keach; Mahoney; & Meichenbaum, comenzaron a cuestionar la idoneidad de las explicaciones de las teorías del aprendizaje a propósito de la psicopatología del cambio comportamental. Cambio que en ocasiones era verdaderamente imposible alcanzar como en el caso de la depresión, ya que dicho problema contiene un sinnúmero de factores cognitivos y no solo es una manera de responder del individuo ante su medio ambiente.

Para ese entonces ya se había abierto la caja de Pandora, es decir, la revolución cognitiva en donde los profesionales cognitivos se cuestionaban sobre aspectos tales como cuál es el mejor modo de conceptualizar las cogniciones de los clientes, cuál es la mejor manera de ajustar estos procesos cognitivos dentro de las complejas interrelaciones que recíprocamente se dan entre estos, los sentimientos, las conductas y las consecuencias resultantes, y como ajustar todo ello con procesos fisiológicos y socioculturales. Con ello surgieron nuevas problemáticas en esta área de la Psicología como los nuevos conceptos, la implementación de nuevas técnicas, la proposición de nuevas formas de terapia y nuevos campos de trabajo del psicólogo.

Como Froján (1998) explica, inicialmente, los terapeutas cognitivo-conductuales proponían considerar las cogniciones de un individuo como conductas encubiertas, sujetas a las mismas leyes del aprendizaje que las conductas manifiestas. Sin embargo en esta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

primera concepción, podemos observar que no se explica la razón de que las cogniciones se presenten de manera encubierta y por tal razón es imposible entender sus efectos en la conducta y desarrollo del individuo.

Pronto comenzó a destacar, en el desarrollo de la modificación de conducta cognitiva, una segunda visión, la consideración de la mente como una computadora, que vino acompañada del lenguaje propio del procesamiento de la información y de la teoría del aprendizaje social tal como ya se mencionó. Esta concepción defendía que las cogniciones de los clientes podían conceptualizarse de acuerdo con una serie de procesos, entre los que figurarían la descodificación, codificación, memoria, atención, los sesgos en las atribuciones, mecanismos de distorsión, estos últimos en forma de errores cognitivos (Meichenbaum, 1995).

Los términos operativos que representan esta secuencia eran transaccional, interactiva, y bidireccional, tal y como los describieron Lazarus y Folkman, Bandura, Wachtel, Keisler y Patterson. Sostenían que los individuos eran los arquitectos de sus experiencias, determinando, por tanto, qué datos recogían o creaban. En vez de ser sujetos pasivos, la perspectiva del procesamiento de la información sostenía que los individuos, puede que sin darse cuenta e incluso sin saberlo, se comportan de modo que provocan reacciones en los demás, reacciones que luego toman como evidencia para confirmar sus puntos de vista acerca de sí mismos y del mundo que les rodea (Froján, 1998).

Por ejemplo, desde la perspectiva del procesamiento de la información, la depresión de un cliente se explica por la distorsión de la realidad, producto de un número de errores cognitivos, y por el sostenimiento de una serie de creencias irracionales. También tienen puntos de vista muy negativos acerca de sí mismos, del pasado y del futuro, por lo que se envían atribuciones características de culpa cada vez que sufren alguna frustración o fracaso. Los clientes ansiosos con ataques de pánico son personas, según esta perspectiva, que interpretan mal las señales del cuerpo y las convierten en amenazas personales debido a su preocupación por el bienestar físico y por la necesidad de mantener una sensación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

personal. Esta concepción fue el principal factor de desarrollo de teorías cognitivas importantes tales como la de Meichenbaum y Beck.

Calderón (1984) ha intentado rastrear el surgimiento del interés en los procesos cognoscitivos como procedimiento de modificación conductual, y lo ha encontrado transformado en muchas influencias tanto en la investigación básica como clínica. La investigación básica en la psicología del desarrollo ha sido muy significativa (en particular la investigación dentro de la psicología). Las áreas medulares de la investigación psicológica se centran en los procesos cognoscitivos y en su influencia sobre la percepción, motivación, aprendizaje, formación de actitudes e interacción social. La investigación básica en psicología del desarrollo se enfoca en tópicos como la forma en que surgen en la infancia los procesos cognoscitivos, el lenguaje y de qué modo éste afecta la conducta.

En lo que se refiere al futuro de la Psicología cognitiva, se puede decir que los nuevos caminos están en la investigación más profunda de las cogniciones y su significado para el ser humano así como sus efectos en la conducta. Esto permitirá el trabajo de la Psicología en diversos problemas ya que parece no existir un solo problema psicológico humano en el que no juegue un papel importante una cognición llámese cultura, creencias, ideas o aprendizaje.

Un campo amplio es el trabajo interdisciplinario entre diversos modelos teóricos de la Psicología y otras ciencias. Si las Psicologías conductual y analítica así lo permiten, es importante realizar diversas investigaciones y trabajos al respecto y de esa forma aumentar las probabilidades de que la recuperación de los pacientes sea mucho más completa.

Por otra parte Marvin (1996) menciona que la terapia conductual se convirtió gradualmente en otro tipo de terapia que reconocía la importancia de la cognición y eventualmente en otra que se mostró más abierta a las contribuciones de otras orientaciones teóricas. La voluntad de los terapeutas cognitivo conductuales y de clínicos de otras orientaciones, para cruzar los límites teóricos, es particularmente interesante por la gran tradición que los terapeutas han tenido de establecer estereotipos para asignar a cada tipo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por ejemplo, los terapeutas conductuales han sido considerados durante mucho tiempo como fríos, calculadores y manipulativos; los terapeutas psicodinámicos han sido considerados como reservados, lejanos y excesivamente especulativos y los terapeutas de la Gestalt como antiintelectuales y poco analíticos. Las etiquetas peyorativas que hemos asignado a los clínicos de otras orientaciones nos han ayudado a mantener clara nuestra sensación de identidad y la idea de que nos hallamos en posesión de la verdad y la eficacia. Desafortunadamente, también nos ha impedido corregir nuestras propias limitaciones clínicas con lo que pueden ser los aspectos más valiosos de otras orientaciones.

Sobre esta relación (cada vez más estrecha) entre las diferentes teorías psicológicas, Beck (1995) profundiza al explicar que, aunque muchos de los métodos cognitivo conductuales que fueron desarrollados en los años sesenta siguen vigentes, han existido cambios en la terapia cognitivo conductual de los noventa. Defendiendo originalmente que la conducta de los clientes debería ser considerada como específica a una muestra dada de determinadas circunstancias, los terapeutas cognitivo conductuales presentan en la actualidad un mayor reconocimiento de las consistencias de la conducta (especialmente los patrones interpersonales) que deben ser tratados durante la terapia. Moviéndose en una dirección que parece ser de naturaleza más psicodinámica, los terapeutas cognitivo conductuales reconocen también la importancia de la misma relación terapeuta y cliente como una posible muestra de las dificultades del cliente y como un vehículo útil para implementar el cambio terapéutico. También se presta más atención a las contribuciones de la teoría de sistemas, considerando importantes las intervenciones familiares y maritales tanto para generar el cambio como para mantenerlo con el paso del tiempo. Por último, como la orientación cognitivo conductual y los individuos que la practican han evolucionado y madurado, se ha producido el reconocimiento de que no todos los problemas son igualmente dóciles al cambio. Así pues, tanto los terapeutas como sus clientes deben aceptar las limitaciones realistas del proceso de cambio, particularmente ante problemas duraderos que se resisten al cambio (depresión, ansiedad, abuso sexual etc.)

En 1968, Beck (1995) y algunos de sus colegas realizaron un simposio para los encuentros de la American Psychological Association que se tituló "Cognitive processes in

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

behavior modification"y en el que se llegó a la conclusión de que la terapia conductual necesitaba incorporar constructos cognitivos tanto en sus procedimientos de evaluación como de tratamiento, la finalidad del simposio era cuestionar la conceptualización predominante de las terapias conductuales como técnicas de condicionamiento que conllevan escasa o ninguna influencia cognitiva en el cambio de conducta. Se sugirió que deberían ser modificados los procesos habituales y deberían desarrollarse nuevos procedimientos útiles para el desarrollo de la exclusiva capacidad del organismo humano para el control cognitivo

De acuerdo con Marvin (1996) En los años sesenta la psicología cognitiva se hallaba en sus estados iniciales de desarrollo y el principal impetu para el desarrollo de técnicas asociadas a la terapia cognitivo conductual brotó de las necesidades clínicas. Aunque se demostró que la desensibilización era clínicamente efectiva, existían momentos cuando se podía observar que la ansiedad cognitivamente mediatizada minaba su efectividad. Consecuentemente, el reconocimiento de que los constructos cognitivos podían desempeñar un papel importante en la terapia conductual se produjo sin beneficio de la base empírica que había sido usada en el desarrollo de los métodos de intervención que tenían sus orígenes en el condicionamiento clásico o en el operante. Sin embargo, había muchos terapeutas conductuales que se hallaban en contacto directo con la realidad clínica y reconocían que los modelos de condicionamiento eran incompletos.

Empezando por reconocer la importancia de atender a lo que los clientes "se decían a sí mismos", los terapeutas cognitivo conductuales pronto llegaron a comprender que sus clientes no siempre eran capaces de manifestar autoafirmaciones coherentes. Muchas veces, sin embargo, reconocían que se comportaban "como si" estuvieran diciendo determinadas cosas. Se hizo evidente que nuestras dificultades para elicitar mediadores cognitivos podía estar más en función de nuestra incorrecta conceptualización de la naturaleza del "diálogo interno", que de nuestros errores al hacerlo. Por el contrario, los terapeutas cognitivo conductuales debían prestar atención al significado que los clientes asignaban a las situaciones o personas, independientemente de lo implícito que fuera. Aunque los terapeutas cognitivo conductuales rara vez se referían a los "procesos inconscientes" en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sentido psicodinámico adoptaron inmediatamente el constructo de "esquema" procedente de la psicología cognitiva (Marvin, 1996).

Finalmente Marvin (1996) enuncia los principios que incluye la terapia de la integración y que son: a) la presencia de expectativas de éxito en la psicoterapia, b) la disponibilidad de una relación terapéutica óptima, c) el uso de feedback para aumentar la conciencia del cliente, d) la facilitación de experiencias correctivas y e) la oportunidad de efectuar continuas pruebas de realidad.

3. Objetivo de la terapia cognitiva.

Para la terapia cognitiva existe la posibilidad de que las construcciones que el individuo hace del mundo no sean precisamente las correctas, por lo que existirá un patrón de conducta erróneo o inadecuado que puede dar origen a síntomas fisiológicos y psicológicos. De aquí se desprende el objetivo de esta terapia que consiste en cambiar los patrones de pensamiento erróneos por patrones cognitivos adecuados que permitan desenvolverse correctamente al individuo en su medio.

Como ya se había mencionado, la terapia cognitiva busca sustituir patrones cognitivos erróneos por patrones adecuados de cogniciones. De aquí se desprende que el tipo de problemas a los que se enfoca la teoría cognitiva sean aquellos en donde el individuo crea una cognición incorrecta que lo llevará a comportarse de manera incorrecta ante el medio. Ejemplos de este tipo de problemas son: la depresión, los diferentes tipos de fobias, la ansiedad, problemas de aspecto social como la inadaptabilidad y el estrés.

Resulta claro que todos los problemas atendidos por la terapia cognitiva poseen un importante factor cognitivo tal como que las creencias que el individuo construye basado en sus experiencias ante determinadas situaciones. Por esta razón la terapia cognitiva va encaminada a modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de dichas situaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Arieti y Bemporado (1990) mencionan que la terapia cognitiva intenta, explícitamente, inducir al paciente a situarse continuamente en su racionalidad para corregir su irracionalidad.

La terapia cognitiva tiene como objetivo que el paciente aprenda a distinguir entre sus cogniciones más realistas y objetivas del medio ambiente y las que no lo son. Cogniciones que se ven modificadas, y están sujetas, a diversos procesos cognitivos, que son en sí mismos la causa de errores y sesgos. Lo que provocará que el paciente asuma y perciba sus creencias como patrones de comportamiento erróneos o acertados.

4. Técnicas de la terapia cognitiva.

Debido a que es un modelo plenamente definido por elementos tales como sus conceptos, problemas, planteamientos y definición, es de esperarse que la terapia cognitiva posea además sus propias técnicas así como su forma particular de aplicarlas. No debemos olvidar que estas técnicas están encaminadas a corregir los posibles errores en la percepción de la realidad, producto de cogniciones ilógicas o irrealas del mismo paciente y al mismo tiempo lograr efectos adecuados a la terapia que aumenten la posibilidad de un resultado positivo en la misma, entre estos efectos están una buena relación entre el terapeuta y el paciente, la relajación, la sinceridad del paciente, la coherencia y el clima psicológico adecuado.

De manera general la una intervención cognitiva comienza por otorgarle al paciente una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva así como su objetivo y sus características. Es importante que en este punto el paciente comprenda que es lo que tendrá que hacer en la terapia y cual será la dinámica de esta así como los resultados que puede obtener. Posteriormente se recomienda que el paciente aprenda a registrar, reconocer y controlar sus pensamientos negativos ante una determinada situación, esto se puede lograr con la ayuda de un registro. Este registro será analizado y discutido en la sesión terapéutica; Es aquí en donde el terapeuta deberá poner un mayor énfasis en lo racional, lógico y real de la situación misma. De esta forma el terapeuta podrá centrarse con mayor facilidad en los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sintomas objetivo y en las cogniciones que están detrás de estos síntomas para, posteriormente, modificarlas (Keit & Franche, 1991).

Para Kazdin (1996) las técnicas con base cognoscitiva son un conjunto de procedimientos que se apegan a la noción general de que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos cognoscitivos; los cuales actúan como punto focal del tratamiento e incluyen percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes. Las hipótesis en que subyacen dichas técnicas proponen que los procesos cognoscitivos desadaptados conducen a conductas desadaptadas y que la modificación de estos procesos puede conducir al cambio conductual, lo que es en sí el objetivo mismo de la terapia cognitiva.

Con el fin de lograr tal objetivo la mayoría de las técnicas con base cognoscitiva se aplican en el contexto de sesiones de psicoterapia en las que terapeutas profesionales tratan a niños, adolescentes y adultos de manera individual o grupal; en estas sesiones el tratamiento se centra en procesos específicos diseñados para modificar la conducta y las cogniciones del paciente. Este contexto es distinto de los escenarios de aplicación donde las contingencias en el ambiente las manejan los padres, maestros, personal de hospital, compañeros y otras personas en situaciones en las que han surgido las conductas problema (Kazdin, 1996).

Caro (1988) plantea una descripción típica del proceso de terapia cognitiva en el que de la sesión 1 a la 5 se ofrece la justificación y la base de la terapia, se entrena al paciente en tareas de autorregistro, se emplea, cuando es necesario, estrategias de activación conductual, se entrena al paciente en la identificación de cogniciones o pensamientos automáticos. De la sesión 6 a la 17 la terapia se centra en las creencias valorativas que el sujeto aporta a las situaciones. Es decir, comenzar a reconocer el mundo cognitivo del paciente se exploran los supuestos subyacentes y finalmente, el terapeuta pone atención en preparar al paciente para terminar la terapia y evitar las recaídas, acordando el seguimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro de la organización de la intervención cognitiva (especialmente en la primera sesión) se deben alcanzar objetivos tales como los que propone Beck (1995) y que son: una validación de la experiencia del paciente, una explicación de la naturaleza de la terapia cognitiva y el comienzo de la evaluación del problema.

Con el fin de que los pacientes consideren seriamente lo que el terapeuta tiene que ofrecerles, deben sentir primero que se les toma en serio. Muy a menudo, la familia y los amigos de los pacientes deprimidos les dicen que las cosas no van tan mal después de todo o que las cosas se solucionarán poco a poco. Por esta razón, puede que les sea de alivio platicar con alguien que acepte que sus sentimientos son válidos.

De acuerdo con Beck (1995) la explicación que se da de la terapia cognitiva depende de los propios modelos de los pacientes y de su nivel de sofisticación. El terapeuta debería adaptar su nivel de explicación al estilo del paciente. En la explicación se describen los siguientes puntos:

- a) La relación existente entre la cognición, el afecto y la conducta.
- b) Centrarse en el aquí y el ahora.
- c) El carácter de limitada en el tiempo de la terapia.
- d) La inclusión de tareas para casa y la participación activa del paciente.
- e) Dependiendo del interés del paciente, se pueden citar algunos resultados de al investigación sobre la terapia cognitiva.

La primera entrevista debería finalizar con la asignación de una tarea de autoobservación, con el fin de obtener datos de línea base. Esta tarea es esencial para proporcionar más tarde evidencia del progreso del paciente, ya que ello ofrece un punto de comparación. Si hay tiempo, el terapeuta empezará con la evaluación del problema.

La parte inicial de la evaluación del problema consiste en la recogida de una historia de vida completa, un proceso por medio del cual el terapeuta desarrolla una comprensión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

comprensión del paciente y obtiene información sobre los acontecimientos, circunstancias o enfermedades significativas (Fowler, Garety, & Kuipers, 1995).

En resumen, se emplean técnicas de entrevista, cuestionarios y datos provenientes del autoregistro realizado por el paciente, con el fin de lograr los objetivos de la evaluación, que abarca el obtener una historia de vida, el establecer la secuencia entre la situación, los moduladores, cogniciones, sentimientos, conducta y consecuencias y el plasmar las quejas principales en objetivos y síntomas a tratar (Fowler, Garety, & Kuipers, 1995).

Caro (1988) enumera varias técnicas utilizadas por la terapia cognitiva entre las que se encuentran:

Programación de actividades: consiste en planificar actividades a realizar, bien de vez en cuando o bien cada hora. El propósito de esta técnica es el contrarrestar cogniciones comunes como, "Ya no hago nada". Su objetivo es proporcionar al paciente cierta sensación de eficacia y control. Para cada actividad que se planifique, se pide a los pacientes que evalúen en una escala el grado en el que piensan que han dominado la tarea y también el grado en que han disfrutado de ella.

Ensayo cognitivo: Para lograr ciertos objetivos, como el arreglar su despacho, los pacientes pueden imaginarse a sí mismos pasando por cada fase de la tarea de un modo sistemático y focalizado.

Entrenamiento asertivo: No es raro que los pacientes, tanto si padecen depresión como si padecen ansiedad, muestren déficit conductuales en asertividad o habilidades sociales. El entrenamiento asertivo implica la identificación de las situaciones problema seguido por el modelado de respuestas más apropiadas y eficaces, por parte del terapeuta, mientras el paciente representa a la persona con la que tiene problemas. El entrenamiento del paciente en las nuevas respuestas conductuales implica que el terapeuta represente el papel de la persona con la que tiene problemas el paciente y éste practique sus propias respuestas.

Representación de papeles: La representación de papeles puede aplicarse no sólo a situaciones que requieren una respuesta asertiva, sino también a situaciones que requieren otras habilidades sociales, como el pedir una cita, el hablar en público o pedir empleo.

5. Relación entre terapeuta y paciente.

En lo referente a la relación entre el terapeuta y el paciente en la terapia cognitiva, es importante mencionar que el psicólogo juega un papel en el que el principal objetivo es que el paciente descubra cuales son sus cogniciones incorrectas o equivocadas del mundo (que producen conductas inadecuadas) y buscar una manera adecuada de cambiarlas por cogniciones más racionales (que puedan provocar formas de responder más eficaces). En la búsqueda de este objetivo el terapeuta juega diversos papeles entre los que se encuentran los de guía, amigo, director de la sesión y al mismo tiempo deberá evitar los de juez y represor del paciente.

El aspirante a terapeuta cognitivo debe tener, en primer lugar, la capacidad de identificar las cogniciones poco objetivas del individuo. Además debe poseer algunas características necesarias, como la capacidad para responder al paciente en una atmósfera de relación humana, es decir, con interés, aceptación y empatía (Keit, & Franche, 1991).

Dado que el suicidio es la complicación letal de la depresión, el clínico necesita una serie de capacidades especializadas para reconocer al paciente suicida y determinar el riesgo de suicidio (Keit, & Franche, 1991).

El terapeuta bien preparado y que mantiene una actitud cálida, empática y de aceptación tampoco puede esperar obtener buenos resultados en la terapia cognitiva de la depresión solamente en base al estudio de esta monografía (Keit, & Franche, 1991).

El terapeuta dedicado al tratamiento de pacientes depresivos debe poseer un sólido conocimiento del síndrome clínico de la depresión. Sobre la base de su educación y entrenamiento formales, debe profundizar en las habilidades de entrevista necesarias para

determinar el estado mental del paciente y recoger los datos pertinentes de su historia. Debe estar familiarizado con la amplia variedad de manifestaciones del síndrome y con las vicisitudes del proceso clínico (Keit & Franche, 1991).

Además de analizar el tipo de relación que se da entre un terapeuta cognitivo y su paciente, es de importancia revisar sobre que tipo de pacientes se recomienda este modelo y sobre cuales no. Para Beck, John, Brian, & Emery (1983), existe un déficit importante en lo que se refiere a estudios sobre que tipo de pacientes no se recomienda la aplicación de terapia cognitiva, sin embargo, menciona que el factor más importante de fracaso en la terapia cognitiva es el desconocimiento del paciente sobre el objetivo, métodos, tareas y beneficios de la misma. Por esta razón se entiende la importancia de establecer, desde la primera entrevista entre terapeuta y paciente, todos estos elementos de manera clara y oportuna. De ahí que antes que nada se recomiende la terapia cognitiva a pacientes a los que se les hayan explicado sus técnicas, objetivo y alcances.

Para Keit & Franche (1991), El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. Para lograr este objetivo, el psicólogo utiliza un método que consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente a controlar las cogniciones de tipo negativo, identificar las relaciones entre sus cogniciones, el afecto y su conducta; examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; sustituir este tipo de pensamientos por interpretaciones más realistas y adecuadas; Y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que lo predisponen a distorsionar sus experiencias.

Además de lo anterior Keit & Franche (1991) Menciona un aspecto importante en lo que se refiere a la relación entre el terapeuta cognitivo y su paciente y consiste en la necesidad y deber que tiene el primero en hacer que el paciente examine preguntas relacionadas a la concepción que ha creado del mundo. Algunos ejemplos de estas preguntas son: ¿A partir de que evidencia extrae una conclusión errónea de la realidad? ¿Existen otras explicaciones para las situaciones a las que se enfrenta? ¿Es tan grave que no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tenga el control de la situación? ¿Qué alternativas puedo ofrecer para solucionar mi problema?. De esa forma el terapeuta se convierte en un guía cuyo objetivo fundamental es el de mostrar los errores cognitivos al paciente y al mismo tiempo transformarlos en cogniciones adecuadas o más certeras.

Existen dos preguntas fundamentales en lo que se refiere a la relación que se da entre un terapeuta y su paciente que son: ¿Qué tipo de características debe poseer un terapeuta cognitivo? y ¿Cómo debe de utilizarlas?.

Beck, John, Brian & Emery (1983) identifican algunas características que el terapeuta cognitivo debe poseer para aumentar las probabilidades de una terapia efectiva. Estas características son: Saber identificar al paciente que es genuino sincero y abierto, no criticar, desaprobar o ridiculizar al paciente, demostrar profesionalidad en todo momento, emplear el sentido del humor cuando sea necesario y manifestar interés por el paciente y el proceso en el que ambos se ven inmersos. Cabe mencionar que además de esto, el terapeuta debe de poseer un conocimiento pleno (que se puede lograr con una entrevista previa al paciente) de las características y forma de vida del paciente ya que es ahí en donde se pueden encontrar fuentes de errores cognitivos.

Algo que resulta vital en el método que un terapeuta cognitivo debe emplear es la capacidad de dirigir la sesión hacia el cumplimiento de los objetivos planteados, tanto por el terapeuta como por el paciente. En una o dos horas (que es lo que generalmente dura una sesión cognitiva) el terapeuta deberá analizar las cogniciones y respuestas que el paciente tiene ante una situación determinada y buscar la manera de cambiarlas por patrones cognitivos y respuestas mucho más reales y acordes con el suceso.

De acuerdo con Froján (1998) Los terapeutas cognitivos se convierten en un factor importante al ayudar a los clientes a identificar situaciones de alto riesgo en las que posiblemente se encuentran, a tener en cuenta distintos modos de prepararse, manejar y actuar en caso de que se diera un fracaso (es decir, un modo de prevenir recaídas). Cuando se obtienen resultados positivos, se anima a los clientes a que hagan auto-atribuciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

positivas para los cambios que han sido capaces de realizar. Muchas veces, los clientes necesitan enfrentamientos en habilidades específicas y, en bastantes ocasiones, se implica a personas significativas (pareja, miembros de la familia, profesores y compañeros) en el tratamiento con el fin de aumentar la probabilidad de generalización y mantenimiento por lo que los terapeutas interactúan no solamente con el paciente sino además con estas personas.

Meichenbaum (1995) amplía sus ideas sobre el papel del terapeuta cognitivo al mencionar que en la narración constructivista el terapeuta:

1.- Es un co-constructivista que ayuda a los clientes a modificar su historia. Debe primero escuchar con empatía, reflejando la línea inicial de la historia del paciente y colaborar después con el paciente ayudándole a transformar su historia. Se requieren una serie de condiciones tales como no enjuiciár, apoyo, clima compasivo, para ayudar a contar la historia a su propio ritmo. Se utilizan técnicas como la escucha, el dialogo socrático, ejercicios de sensibilización, reconstrucción de la realidad en la imaginación como el caso de experiencias estresantes y autorregistros, técnicas que ayuden al paciente a entender que es lo que le pasa y por qué. De aquí que el papel de las variables en relación sea fundamental, así como el papel del afecto en el proceso terapéutico.

2.- El terapeuta ayuda a los pacientes a reestructurar cognitivamente sus acontecimientos estresantes y a normalizar sus reacciones. Según esta perspectiva, no son los síntomas de la depresión, ansiedad e ira por sí mismos los que interfieren en el funcionamiento, sino lo que los clientes se dicen y dicen a otros sobre sus reacciones, las historias que construyen, eso es lo importante para el proceso adaptativo. El terapeuta no solo les ayuda a validar esas reacciones sino que se les indica, a su vez, que esos síntomas son normales. De hecho, sus malestares psicológicos se consideran como un mecanismo normal de reconstrucción espontánea y parte de un proceso de rehabilitación y adaptación. Este proceso de reconceptualización es un intento de formular una teoría curativa de lo que sucedió y del por qué. El terapeuta ayuda también a los clientes a relatar ejemplos de sus puntos fuertes, recursos y habilidades de enfrentamiento para expresar el resto de la

historia. Evita así las predisposiciones hacia la patología al buscar y recuperar aquellas ocasiones excepcionales en las que el paciente se manejó efectivamente.

Desde la perspectiva narrativa, el terapeuta no solo ayuda a los clientes a desmenuzar los estresores globales en sucesos comportamentales para que puedan utilizar técnicas de resolución de problemas y de afrontamiento emocional, sino que también les ayuda a construir nuevos mundos y modos de ver el mundo y a sí mismos. Además el terapeuta cognitivo ayuda al cliente a construir narraciones que encajen con las circunstancias particulares del momento, que sean coherentes y adecuadas para captar y explicar sus dificultades.

4.- Una de las implicaciones de adaptar la construcción narrativa es, que consigue, que las intervenciones terapéuticas se analicen de otro modo diferente.

Para Arieti y Bemporado (1990), dentro de la estructura terapéutica, es decir, con el terapeuta presente, al paciente se le capacita para asimilar la experiencia. Después de un periodo suficiente durante la terapia de exposición, el paciente recibe realimentación acumulativa que le indica que no se está muriendo, ni perdiendo el control, ni teniendo un ataque al corazón, ni volviéndose loco, y que es injustificado su miedo a un desastre. Puede reconocer cada vez más, incluso sin entrenamiento, que su miedo es una falsa alarma. Incidentalmente, es crucial que el paciente experimente ansiedad, para asegurarse de que los niveles cognitivos primitivos han sido activados (ya que estos niveles están conectados directamente con los afectos).

Arieti y Bemporado (1990) mencionan que el reconocimiento repetido, directo e inmediato, de que las señales de peligro no conducen a una catástrofe, ofrece, casi siempre, una evidencia lo suficientemente clara como para permitir al paciente desconectar la reacción de alarma. Posteriormente, las sesiones de práctica refuerzan la nueva experiencia aprendida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como Froján (1998) lo indica, el terapeuta debe de estructurar la terapia según un diseño específico que requiera la participación y colaboración del paciente.

Dado que el paciente cognitivo suele estar, al principio, confundido, preocupado o distraído, el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta (con el fin de ayudarlo a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana. A pesar de que la colaboración del paciente en la formulación del plan de tratamiento puede verse seriamente limitada o impedida por los síntomas que presenta en esta fase, el terapeuta necesita valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a participar activamente en las distintas operaciones terapéuticas o tareas.

Hoy en día prácticamente sin excepción, los psicoterapeutas cognitivos reconocen la importancia de la relación terapéutica y el hecho de que se deban desarrollar y analizar los mundos privados del paciente, sea para bien o para mal, dentro de un contexto en el que se dan unas fuertes relaciones afectivas (Kazdin, 1996).

El terapeuta cognitivo debe tener presente en todo momento el objetivo de la terapia. Tal como lo expone Beck (1995), el terapeuta cognitivo adopta como un principio directriz, a lo largo de toda la terapia, la idea de que la manera en que los pacientes perciben y, en consecuencia estructuran el mundo es lo que determina sus emociones y su conducta. El papel del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a darse cuenta de sus cogniciones y de cómo estas median su afecto y su conducta.

En lo que se refiere a las habilidades que debe poseer un terapeuta cabe destacar que el instrumento más importante de que disponen los terapeutas son las preguntas. El preguntar de forma adecuada es esencial para obtener una imagen no sesgada de las circunstancias que rodean al paciente, con el fin de desarrollar empatía y llegar a una conceptualización específica y concreta del problema del paciente. Sin embargo, el terapeuta debería tener cuidado en no disparar rápidamente una pregunta tras otra a los pacientes, ya que éstos pueden sentirse abrumados o atacados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Un elemento de importancia que explica Beck (1995) es el momento adecuado de las intervenciones por parte del terapeuta es importante. Por ejemplo, antes de adelantar una hipótesis sobre lo que constituye una cognición disfuncional fundamental del paciente, el terapeuta debería esperar hasta que tenga suficiente información y luego presentarlo cuidadosamente como una hipótesis que se tiene que comprobar.

Como Beck (1995) señala, es esencial obtener retroalimentación de los pacientes para examinar su interpretación de las intervenciones del terapeuta. Por ejemplo, los pacientes deprimidos construyen a menudo ciertas hipótesis sobre sus cogniciones, como el rechazo o la crítica, pero puede que no lo digan abiertamente. Si el terapeuta quiere evitar seguir a ciegas con la terapia, tiene que preguntar sobre las percepciones del paciente a lo largo de la misma.

6. Avances de la terapia cognitiva.

Los avances que ha tenido la terapia cognitiva han ido de la mano con el interés de otros modelos como el conductista y el psicoanalista por las cogniciones del paciente, interés que se ha ido presentando de manera gradual y no sin dificultades. Para Beck (1995) los últimos avances en Psicología conductual también han hecho hincapié en la importancia de las cogniciones del paciente.

Para Mahoney & Neimeyer (1995) los enfoques constructivistas aplicados a la psicoterapias son cada vez más frecuentes, aunque no han recibido esa denominación hasta hace pocos años. Sus diferencias con la Psicología cognitiva tradicional han originado el primer gran debate de este campo de la Psicología. El debate gira en torno a si se puede observar una diferencia verdaderamente significativa entre las terapias cognitivas racionalistas y constructivistas. El pensamiento racionalista viene definido por tres presupuestos interrelacionados: a) la irracionalidad constituye la principal fuente de psicopatología neurótica, b) el razonamiento lógico y la explicación de las creencias pueden adquirir poder con facilidad y guiar las emociones y las conductas motoras, y c) el proceso central de psicoterapia consiste en la sustitución de patrones de pensamiento irracionales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por otros racionales. La postura constructiva, por otro lado, a) adopta una visión más proactiva de la cognición y el organismo, b) enfatiza en la esencia táctica de los procesos de ordenación y clasificación, y c) promueve un complejo modelo de sistemas (fundamentalmente sociales). Parece innecesario decir que el modelo constructivista es más complejo y abstracto que el racionalista.

Continuando con las ideas de Kazdin (1996) una segunda aportación a nivel conceptual fundamental de la psicología cognitiva es la creciente importancia concedida a los factores biológicos y sociales en la etiología, mantenimiento y tratamiento de los trastornos psicológicos. Así, mientras que la primera teoría cognitiva para la depresión de Beck reconocía el papel de los factores genéticos en algunos tipos de depresiones, las tendencias más actuales en terapia cognitiva le dedican más atención a las influencias etológicas. Beck fue también pionero en la búsqueda de los factores que expliquen las diferencias individuales de los estilos de afrontamiento. Bajo estrés o malestar los individuos autónomos parecen responder ellos solos y con auto-confianza, mientras que los individuos sociales buscan más a menudo a sus amistades y a los sistemas de apoyo social. Asimismo, la terapia racional emotiva de Ellis postula una tendencia heredada hacia las creencias irracionales, que podría predisponer biológicamente a los individuos a desarrollar los mismos patrones disfuncionales.

Un aspecto destacado en las terapias cognitivas es la atención reciente a los temas de corporalización (es decir, el cuerpo como vehículo y como medio de experimentación). Esto ha interesado vivamente a los constructivistas que han acudido a los conocimientos de la epistemología, etología, hermenéutica y la fenomenología para explicar el papel persistente de las experiencias corporales en el desarrollo de la personalidad y de los desordenes psicológicos. Además estas ideas lograron resaltar la aportación teóricas (Una de las más importantes) de la psicoterapia cognitiva que consiste en el reconocimiento, relativamente reciente, de la importancia y el papel de los procesos inconscientes dentro de la experiencia humana. Es importante señalar que no todos los terapeutas cognitivos están de acuerdo con dicho reconocimiento. Algunos reconocen, y no de buena gana, los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

procesos fuera de la conciencia, como por ejemplo los pensamientos automáticos, que ocurren sin que el individuo tenga conciencia de ellos (Mahoney, 1995).

Aunque varíe la terminología y los grados de reconocimiento o aceptación, ningún terapeuta cognitivo considera ya viable mantener que toda cognición importante sea consciente y por tanto susceptible de comunicación. En otras palabras, las brechas que separaban a las diferentes escuelas psicológicas se han ido disminuyendo poco a poco. Lo que seguramente beneficiará con el paso del tiempo a la práctica cognitiva.

7. Relación entre la Psicología cognitiva y el síndrome de la depresión.

La relación que se ha dado entre la Psicología cognitiva y los problemas a los que se enfrenta no es obra de la casualidad, como ya se mencionó, todo problema tratado por la Psicología cognitiva debe poseer, a manera de condición, un factor cognitivo importante, en donde el constructor de la problemática sea el paciente. En el caso de la depresión, se incluyen además todos los factores otorgados por la sociedad moderna. Es imposible negar que la sociedad, tal como la conocemos actualmente, es creadora de muchos estímulos que el individuo construye como detonadores del problema de la depresión.

La Secretaría de Salud de México percibe la depresión como un sentimiento melancólico acerca de la vida. Según este organismo, todas las personas se pueden sentir así alguna vez, pero cuando esta condición se hace crónica o severa, debe ser atendida de inmediato.

Las personas que sufren de depresión reducen su interés en las actividades diarias. Se pueden sentir fatigadas, con falta de concentración y sus vidas se pueden ver afectadas; además, pueden aislarse y tener trastornos del apetito y del sueño. También se quejan de malestares físicos como dolor de cabeza o estómago, mareos y fatiga; estos malestares son reales, aunque no tienen una causa fisiológica, sino psicológica, y deben recibir atención.

En un artículo publicado en la página de Internet de la Secretaría de Salud Figueroa (2002) menciona que "para tratar la depresión no siempre es necesario contar con ayuda profesional; si se habla con el paciente, se le escucha atentamente y se brinda apoyo, la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

depresión puede resolverse sola. Es necesario que el psicólogo se entere del problema del paciente, que le pida que le hable sobre su enojo, frustración y tristeza. Es importante que el psicólogo ayude al paciente a dividir el problema en partes y a resolverlo paso a paso.

En el párrafo anterior se puede comprender que la Secretaría de Salud (al menos en su página de Internet) no menciona la importancia del psicólogo como un profesional capacitado para la detección, el tratamiento y la prevención de la depresión. Al respecto, resulta de vital importancia que los jóvenes psicólogos en formación intervengan al problema de la depresión ya que, por sus características, será (por no decir que ya es) uno de los principales problemas a los que todo psicólogo tendrá que enfrentarse.

Las características de la depresión la sitúan como uno de los trastornos más alarmantes de las grandes ciudades del mundo ya que la depresión y la baja autoestima son contribuyentes importantes en cualquier grupo de edad, nivel social, empleo y género. En el contexto internacional, la depresión es uno de los trastornos que puede ser fácilmente diagnosticado por los médicos generales en el primer nivel de atención, la Organización Mundial de la Salud estima que entre el 60 y 80% de las personas con trastorno depresivo puede ser tratado por un tipo de terapia breve y el uso de antidepresivos, sin embargo, sólo el 10% de las personas de los países en vías de desarrollo (como es el caso de México) recibe tales tratamientos. Dentro de las barreras que se señalan para que esto ocurra, se encuentra la falta de recursos, así como la falta de capacitación a los médicos y también el estigma social asociado con cualquier trastorno mental, incluyendo a la depresión. Además, aunque no se menciona en la página de la Secretaría de Salud; es crucial que los psicólogos en formación comiencen desde ahora a tratar con el problema ya que en un futuro las personas que sufran de depresión, y que juegan el papel de pacientes potenciales, aumentarán de manera drástica.

Para ejemplificar el incremento del problema de la depresión se pueden citar algunas palabras del Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Dr. Juan José López Ibor, que declaró en el Día Mundial de la Salud, el 7 de abril del 2001, que "Para el año 2020, la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo" (Figueroa, 2002).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se estima que en el mundo hay 340 millones de personas con depresión y las proyecciones para el año 2020, muestran que los trastornos psiquiátricos y neurológicos podrían incrementarse en todo el mundo de 10.5% de carga total de discapacidad a cerca del 15%, siendo una proporción mayor de incremento que lo que se espera para las enfermedades cardiovasculares. (Figueroa, 2002).

Para la Secretaría de Salud, la depresión es un desorden anímico común, altamente tratable. Sin embargo, sólo una tercera parte de los individuos con un estado depresivo reciben una intervención adecuada. Las razones de un diagnóstico mal emitido varían desde un reconocimiento deficiente por parte de los psiquiatras y psicólogos, hasta la negación abierta de los pacientes. Probablemente, el estigma relacionado a las condiciones psiquiátricas, es el factor más importante. Esto es una razón más para que los terapeutas en formación se dediquen a intervenir a personas depresivas.

La depresión a pesar de ser un trastorno médico grave, es curable, se trata a menudo de una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar, reduce la capacidad de adaptación social, es una causa de pérdida de productividad en el trabajo y tiene una gran influencia en los costos de salud. La gran carga económica que impone a la sociedad hace urgente la atención de esta enfermedad. El tratamiento de la depresión con una intervención de terapia psicológica, fácil de usar y relativamente libre de efectos secundarios, de corta duración puede resultar menos costoso a largo plazo que el no dar tratamiento o que éste sea inadecuado, asociado con un bajo cumplimiento y una calidad de vida deficiente (Figueroa, 2002).

En lo que se refiere al contexto nacional de la depresión, la Secretaría de Salud posee el Programa Específico de Depresión que se desprende del Programa de Acción en Salud Mental, a partir de su estrategia 3 "Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades" y en su línea de acción 3.2. señala el "Establecimiento de los Programas de Acción para la atención integral de los trastornos de enfermedades mentales", de donde se desprende la acción específica 3.2.2. "Instrumentación y puesta en marcha de los programas específicos sobre los padecimientos psiquiátricos y neurológicos que son más frecuentes (Figueroa, 2002).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este Programa Específico de Depresión consta de dos partes: la primera de ellas se refiere al análisis de la problemática de la depresión y se divide en tres capítulos; el primero describe los antecedentes del concepto de la enfermedad depresiva; el segundo corresponde a los conceptos generales de la depresión, e integra la definición de la misma, la epidemiología a nivel internacional y nacional, los factores asociados a la enfermedad, los grupos de riesgo, las manifestaciones clínicas de la enfermedad, su evolución y la comorbilidad; el tercer capítulo se refiere al diagnóstico situacional de la depresión en México.

La segunda parte incluye el Plan de Acción, los retos, el objetivo general y los objetivos específicos y las estrategias, líneas de acción, acciones específicas, metodología y metas, que deberán llevarse a cabo durante la presente administración (Figueroa, 2002).

El número de profesionales que se encuentran disponibles para la atención de trastornos mentales en México no es suficiente para atender satisfactoriamente las necesidades de la población. Esto es más evidente en las poblaciones alejadas de los centros urbanos en los que se concentran los especialistas de la atención en salud mental: psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

Existen un total de 2,300 médicos psiquiatras en el país, aproximadamente menos de la mitad están certificados, por lo que se cuenta con 2 psiquiatras por cada 100,000 habitantes. Hay .05 trabajadores sociales psiquiátricos y sólo .04 enfermeras psiquiátricas por cada 100,000 habitantes.

Según datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS), existen cerca de 12,000 unidades de consulta externa en el primer nivel de atención, sin embargo, un número muy reducido cuentan con un servicio de salud mental.

El Distrito Federal concentra el 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta; únicamente 7 estados tienen suficiencia de psiquiatras (uno por 100 mil). En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas, la carencia de psiquiatras es casi absoluta. Otro aspecto a resaltar es que en las entidades federativas, estos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

profesionistas se concentran en las ciudades de mayor tamaño y desarrollo (Figuroa, 2002).

Los hospitales psiquiátricos dependientes de la SSA son en total 28, distribuidos en 21 entidades federativas, concentrándose en el Distrito Federal y en el Estado de México, lo cual coincide con la escasez de psiquiatras en los estados de Quintana Roo y Zacatecas. Las Instituciones de Seguridad Social cuentan con 4 hospitales, existiendo 8 más de carácter privado (Figuroa, 2002).

Existe un Instituto Nacional de Psiquiatría y adicionalmente otros Institutos Nacionales disponen de camas para la atención de estos enfermos. En 1999 el RENIS reporta un total de casi 6000 camas censables, lo que nos refleja un indicador de 0.6 por cada 10,000 habitantes, concentrándose en los Estados de México, Puebla, Hidalgo, Jalisco y el Distrito Federal. La mitad de estas camas están saturadas, sin movimiento y distribuidas de manera inequitativa. Es una realidad que los servicios se ubican en las localidades de mayor desarrollo económico o en sitios alejados de las zonas urbanas.

La Psicología cognitiva es el modelo que ha aportado las mejores interpretaciones, técnicas y tratamientos contra la depresión y otros problemas de actualidad como por ejemplo el estrés, sin embargo, es el problema de la depresión en donde se pueden lograr mejores resultados ya que el problema surge, evoluciona y se soluciona gracias a factores cognitivos del propio paciente.

Es importante que no olvidemos la ventaja que posee la psicoterapia cognitiva como un modelo que puede ser aplicado junto con otros sin ningún problema. Existe una necesidad de comprender que la terapia cognitiva posee conceptos e interpretaciones de la realidad que se parecen mucho a los de otras teorías. En un ejemplo relacionado con la depresión, explicó que las ideas de la terapia cognitiva, de situar al individuo como alguien que ha sufrido una pérdida o una decepción y por lo mismo generalizará (maximizará) futuras pérdidas, son muy similares a las explicaciones psicoanalistas en donde la persona es entendida como aquella que ha sufrido una pérdida del objeto primario o dador de satisfacción. Esta idea se parece en gran medida a las ideas conductuales en donde se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

entiende al individuo como aquella persona cuya conducta ha sido extinguida, debido a una falta de estímulos sociales o reforzantes.

Para poder entender mucho mejor la relación entre la Psicología cognitiva y la depresión, es importante comprender la manera en que dicha Psicología entiende el problema y la manera en que se puede considerar una depresión como patológica y por lo mismo como susceptible de tratamiento. Según Wolpe (1985) la Psicología cognitiva entiende la depresión en un término aplicado a constelaciones de conducta en las que los elementos más característicos son el retardo verbal y motor, llorar, tristeza, pérdida de la respuesta de alegría, pérdida de interés, autodevaluación, insomnio y anorexia.

Es importante señalar que una depresión se considera patológica cuando es evidente que no sirve para restaurar la función adaptativa; cuando es excesivamente grave o demasiado larga con relación a la privación que la causó, o si ha surgido fuera del contexto de una pérdida o una privación (Beck, 1995)

Beck (1995) Señala además, una serie de circunstancias en donde se presenta la depresión y que están divididas en tres grupos distintos de circunstancias en los que se observa la respuesta de depresión neurótica: a) como una exageración y prolongación de la respuesta normal ante la pérdida; b) como consecuencia de una respuesta de ansiedad intensa y prolongada, y c) como consecuencia de no poder controlar situaciones interpersonales, y esta respuesta se debe a los efectos inhibidores de la respuesta de ansiedad neurótica.

Para Beck (1995) en el caso de la exageración y prolongación de la respuesta normal ante la pérdida cabe mencionar que es natural ser agobiado por una sensación de desvalidez cuando la muerte o algún otro suceso irrevocable lo priva a uno de algún ser querido, o si uno ha sufrido un fuerte desengaño. Entonces, el sentimiento refleja una desvalidez realista. Si la depresión es tan grande que llega a la extravagancia o dura más de lo razonable, debe suponerse que hay una disminución de la capacidad de dar respuestas alternativas que puedan acabar con la depresión. Pero a veces la causa evidente es un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

proceso de condicionamiento (en individuos que han sufrido pérdidas en el pasado). Una desvalidez condicionada que sea liberada por una gran privación, puede construir una respuesta inhibitoria de gran intensidad. Si la respuesta excesiva se debe a una desvalidez condicionada establecida por asociación, en el pasado, de pérdidas sucesivas, primero será necesario determinar si hay respuesta de ansiedad involucrada. Si es así, debe descondicionarse. Al mismo tiempo, haya o no un factor de ansiedad, debe elaborarse un programa mediante el cual se recompense sistemáticamente los esfuerzos del individuo, que a veces empiezan con logros menores, como hacer una llamada telefónica, cortar el césped o lavar los platos. El terapeuta alaba o recompensa de otra manera estas conductas, y después de un tiempo llegan a dar al paciente un sentimiento de satisfacción por sí mismas. Luego son seguidas por actividades más complicadas que a menudo inicia el propio paciente.

En el caso de la depresión reactiva (respuesta depresiva) con respuesta de ansiedad intensa concomitante es importante mencionar que un paciente que tiene antecedentes de crisis de respuesta de ansiedad por períodos largos informará a menudo de accesos de depresión que están correlacionados con momentos de gran ansiedad. Generalmente la respuesta depresiva sigue a la respuesta de ansiedad, y no pocas veces llega a reemplazarla. El paciente ha estado muy ansioso por días o semanas. Ha llevado a cabo muchos actos que el pasado han estado relacionados con una reducción de la respuesta de ansiedad, y ahora todos han fracasado y no han reducido la respuesta de ansiedad. En consecuencia, ha caído en la pasividad y la depresión emocional que son indicativas de la desvalidez condicionada. En algunas condiciones, la depresión domina y reemplaza a la respuesta de ansiedad de cuyo seno surgió. El condicionamiento satisfactorio de la ansiedad (mediante desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo o cualquier otro método que sea adecuado) hace disminuir progresivamente la ocurrencia de estas respuestas depresivas, así como su duración e intensidad. Y cuando la ansiedad neurótica ha sido superada, la depresión deja de manifestarse (Beck, 1995).

Según Beck (1995) En el caso de la imposibilidad de controlar situaciones interpersonales se debe mencionar que la dominación de una persona por parte de otra se

ANÁLISIS CON
FUENTE DE ORIGEN

basa normalmente en términos de posición, prestigio, riqueza o fuerza física. El perdedor puede estar resentido, frustrado o resignado, pero comúnmente no se deprime. La depresión parece surgir solamente cuando la dominación se deriva, no de un poder real, sino de la sumisión condicionada del dominado, que es incapaz de manejar efectivamente a la otra persona debido a un hábito de respuesta de ansiedad condicionada ante el pensamiento de afirmarse o ante ciertas implicaciones proyectadas de asertividad; como lastimar los sentimientos de la otra persona. Incapaz de espolear cualquier respuesta motora que le dé algún dominio de la interacción, la persona se deprime. Cuando esta impotencia se extiende a todas o a la mayor parte de sus relaciones interpersonales, hay probabilidades de que sufra una depresión crónica.

CAPITULO DOS: CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE BECK

1. Principales características del modelo de Beck.

Una de las propuestas terapéuticas más efectivas en lo que se refiere a problemas psicológicos de orden cognitivo es el llamado modelo de Beck. Originalmente diseñado como alternativa de tratamiento para el síndrome de la depresión, es uno de los modelos más eficaces en la actualidad además de ser el punto de partida para muchos teóricos cognitivos que posteriormente diseñaron sus propios modelos terapéuticos.

El modelo de Beck surge de la necesidad de entender problemas de orden cognitivo como la depresión, en donde se mezclan variables cognitivas, por esta razón se entiende que el psicoanalista, conductual y farmacológico no puedan ser suficientes para encontrar una solución adecuada a los problemas de la depresión, la ansiedad y el estrés por sí mismos.

Para Caro (1988) el modelo de Beck es uno de los modelos sobre el que podemos decir que más ha contribuido a la introducción de las terapias cognitivas en el ya amplio campo de las psicoterapias. Dicho modelo surgió en su aplicación a la depresión, aunque en la actualidad se utiliza ampliamente para el tratamiento de diversos trastornos y, especialmente, en casos de ansiedad y fobias o para el tratamiento de las crisis de angustia.

De acuerdo con Caro (1988) la primera precisión que debemos hacer al respecto del modelo de Beck y su lugar dentro de las terapias cognitivas es sobre la diferenciación y el criterio de elección entre técnicas conductuales y técnicas cognitivas. Si bien es cierto que nos movemos dentro de un modelo cognitivo de terapia, también es cierto que dentro de la terapia Cognitiva existen autores como Beck (1985) que defienden una postura de integración, que asume una postura holística.

Apoyando la noción del modelo de Beck como independiente, Arieti y Bemporado (1990) exponen al modelo de Beck como un sistema de terapia, que puede ser entendido

como un marco teórico coherente, con su propio cuerpo de datos clínicos que lo apoya, y con un enfoque terapéutico relacionado intrínsecamente con la teoría. Además, menciona que como muchos otros enfoques que intentan explicar la depresión, el modelo de Beck gira alrededor del concepto de pérdida y de déficit y la manera en que la terapia cubrirá dicha pérdida.

Beck (1985) defiende un sistema filosófico que descansa en los siguientes postulados:

1.- Los fenómenos no materiales y no espaciales son tan reales como los fenómenos o procesos materiales y espaciales. No espacial significa que un proceso en concreto no puede localizarse en el espacio. No material significa que los procesos no consisten en algo que podamos tocar, ver o degustar. Además, esos fenómenos son privados y dependientes del informe introspectivo del individuo que los está experimentando y, por tanto, no pueden ser directamente validados por otro individuo.

2.- Un fenómeno como la depresión se puede interpretar de forma alternativa, tanto desde una perspectiva bioquímica, una perspectiva psicológica, una perspectiva conductual, o desde otras perspectivas. Las perspectivas conductual bioquímica coinciden en la medida en que se relacionan con estímulos públicos espaciales. Las perspectivas cognitivas y psicoanalista se refieren a datos fundamentalmente privados, no materiales y no espaciales. Ninguna de estas perspectivas se más correcta o real que las otras.

3- Las distintas perspectivas tienen distintos grados de fuerza explicativa, de tal forma que, relacionándolas, podemos intentar construir un modelo integrado que tenga un poder explicativo más fuerte que las perspectivas individuales.

Cabe mencionar que la terapia cognitiva desarrollada por Beck tiene ya una vida de varios años y en la primera formulación de esta teoría, Beck trabajó con la hipótesis de que este enfoque de tratamiento podría utilizarse con problemas como la ansiedad, la depresión,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la ira, los problemas interpersonales, entre otros, y el desarrollo del trabajo teórico y clínico ha confirmado esta conceptualización.

Según Arieti & Bemporado (1990), desde las primeras descripciones de la enfermedad depresiva, la mayoría de los autores coincidieron en señalar como parte del complejo sintomático, distorsiones cognitivas tales como pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. La originalidad del punto de vista de Beck reside en que considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias. Según Beck, todas las formas de psicopatología (no solo la esquizofrenia) presentan algún grado de desorden del pensamiento. Es obvio que nadie puede conocer la realidad de manera totalmente objetiva y que la apreciación que cada individuo hace de su mundo está elaborada por sus experiencias pasadas. Por lo tanto, la denominada prueba de realidad sigue siendo un mecanismo en gran medida subjetivo. Sin embargo, por lo general hay consenso respecto de casi todas las experiencias, y puesto que ese consenso es compartido por una abrumadora mayoría, se considera que dichas perspectivas corresponden al campo de la normalidad.

En la psicopatología, según Beck, se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad. Es aquí en donde Beck comienza a darse cuenta de que existen errores cognitivos que regulan la conducta depresiva del paciente.

Caro (1988) Menciona que uno de los temas centrales en todas las aplicaciones para tratar la depresión (como es el modelo de Beck) es el marco general de la teoría cognitiva, que sostiene la existencia de un sesgo en el procesamiento de la información que ocasiona un comportamiento disfuncional, una angustia excesiva o ambos.

El modelo de Beck se caracteriza por 10 principios característicos que fueron mencionados por Caro (1988), y que son de gran importancia:

1.- Es un modelo cognitivo de los trastornos emocionales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 2.- Se sigue un modelo educativo en donde el terapeuta enseña al paciente a evaluar con más objetividad sus percepciones de la realidad.
- 3.- Es breve y con límite de tiempo.
- 4.- Se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta.
- 5.- Emplea el método socrático.
- 6.- Es necesaria una buena relación terapéutica
- 7.- Las sesiones son estructuradas y directivas.
- 8.- La terapia esta orientada hacia los problemas.
- 9.- Esta basada en el método científico.
- 10.- Se le da una gran importancia al trabajo en casa.

Como ya se sabe, la depresión presenta sus propias formas de distorsión en diferentes ámbitos, que Beck reúne bajo la denominación de "triada cognitiva" y que esta compuesta por las expectativas negativas del individuo respecto al ambiente; la autoapreciación negativa y las expectativas negativas respecto del futuro. El modelo de Beck se fundamenta en estos tres conceptos de gran importancia para entender el síndrome de la depresión. Además de la triada cognitiva existen otros dos conceptos de gran importancia para dicho modelo como son: los esquemas y los errores cognitivos (que son errores en el procesamiento de la información). Beck sostiene que le fue posible detectar estos componentes esenciales de la depresión en los sueños de sus pacientes, sus asociaciones y sus reacciones a estímulos externos. Para apoyar sus conclusiones, presentó además una larga serie de datos experimentales, obtenidos por lo general mediante escalas evaluativas para la depresión.

Beck, John, Brian & Emery (1983) explican que la triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad. El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota y frustración. El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa del paciente acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente.

Un segundo componente del modelo cognitivo propuesto por Beck es el que se refiere al modelo de esquemas. Este modelo se utiliza para explicar por que mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su comportamiento. El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas (Beck, John, Brian, & Emery, 1983).

Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El termino esquema designa estos patrones cognitivos estables, es decir, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta un individuo a la realidad. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de la aplicación de estos esquemas (Keit, & Franche, 1991).

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por estímulos ambientales específicos (por ejemplo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

alguna situación generadora de miedo). Estos esquemas ya activados determinan directamente la manera de responder que posee en individuo. En el estado depresivo las conceptualizaciones de una persona están determinadas por situaciones que distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas de respuesta ya establecidos de manera inadecuada (Keit & Franche, 1991).

El elemento final de la terapia cognitiva de Beck está constituido por los llamados "Errores cognitivos". De acuerdo con Beck, John, Brian & Emery (1983) existen diferentes tipos de errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo y que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. El primero de esos errores es la inferencia arbitraria que se refiere al proceso de adelantar una conclusión en ausencia de evidencia que la respalde. El segundo error es la abstracción selectiva que consiste en concentrarse en un detalle e ignorar otras características del estímulo en cuestión, por lo general ese detalle suele ser desagradable o inadecuado para la persona. Otro error es el de la generalización excesiva y se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas. Un error más es el de maximización y minimización que quedan manifestados cuando se evalúa una situación y se le da una dimensión inadecuada. Otro error es la personalización que se refiere a la tendencia y a la facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. El último error es el pensamiento absolutista, dicotómico que se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas.

La mayoría de quienes han investigado la depresión coincidirán en que con frecuencia los pacientes depresivos son pesimistas respecto de los demás, de sí mismos y de su futuro. La dificultad surge cuando se considera que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión. Beck afirma que los sentimientos depresivos surgen espontáneamente de la posición cognitiva descrita, pero no explica como. En un trabajo más reciente vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez da lugar a las características distorsiones cognitivas. Según Beck, "las experiencias que el paciente tiene a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

lo largo de la vida activan así los patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivacionales, de la conducta y vegetativos de la depresión fluyen a partir de estas autoevaluaciones negativas". Agrega más adelante que "la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica". Infiere además que "después de experimentar una pérdida (sea como resultado de un hecho obvio y real o de privaciones encubiertas), el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa" (Arieti & Bemporado, 1990).

Beck documentó su particular teoría con una enorme cantidad de datos clínicos y experimentales. Aunque su formulación es muy meritoria, presenta sin embargo algunos puntos débiles. Es indudable que Beck prestó un servicio a la psiquiatría al acentuar los aspectos cognitivos de la depresión. Sin embargo, enfocó sobre todo mecanismos cognitivos conscientes y simples, desestimando en cambio la importancia de las estructuras cognitivas inconscientes y la participación que le cabe al conflicto. Por ejemplo, algunos pacientes depresivos abrigan expectativas que los condenan a la frustración y la desesperanza, pero como esas expectativas son inconscientes, el individuo no puede reconocer la influencia que ejercen sobre su comportamiento. Del mismo modo, otros pacientes depresivos se sienten avergonzados de su exagerada dependencia o de sus ambiciones irracionales y combaten activamente estos aspectos negativos que perciben en sí mismos. Esta es el área de conflicto que Beck no toma en cuenta, de modo que por momentos su teoría de la depresión sugiere sólo una desviación del pensamiento, sin hacer justicia a la complejidad de la mente humana (Arieti & Bemporado, 1990). La teoría de Beck tampoco explica por qué una pérdida desencadena una depresión en ciertos individuos y no en otros. En realidad no entra a considerar los factores interpersonales que inciden en la persona depresiva ni la causa por la cuál una pérdida o una frustración precipitan el episodio depresivo. Según él, el individuo deprimido considera que carece de algún elemento o atributo que a su juicio es esencial para su felicidad, pero no aclara suficientemente por qué esto da origen a la tríada cognitiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En realidad, Beck describe los resultados de la depresión pero no sus causas. Presenta una versión transversal del desorden y no su desenvolvimiento longitudinal y psicodinámico. Afirma que una vez lograda la recuperación clínica, el individuo deja de distorsionar sus experiencias; sin embargo, la personalidad básica no se ha modificado. Por consiguiente, aunque describe con precisión algunas de las distorsiones cognitivas que se observan durante el episodio depresivo, parece detenerse en estas ideas consientes sin llegar a las configuraciones subyacentes (a menudo inconscientes, conflictivas o interpersonales) que originalmente hicieron al individuo vulnerable a la depresión.

Además de los elementos teóricos del modelo de Beck que se han analizado existen otros conceptos que han sido de importancia para la Psicología cognitiva como son los mencionados por Caro (1988):

Esquemas: Estructuras cognitivas relativamente estables que canalizan el proceso de pensamiento, tanto si están estimuladas o no por la situación ambiental inmediata (Beck, 1985).

Esfera personal: Es el concepto clave para comprender el significado especial que damos a los objetos tangibles e intangibles. Nos sirve para encontrar sentido a nosotros mismos y a lo que nos rodea. Es un constructo que integra todas aquellas características que poseemos y que nos conforman y definen (Beck, 1985).

Triada cognitiva: La pérdida se manifiesta en la triada cognitiva. El depresivo se ve a sí mismo como deficiente e inútil. Interpreta todo aquello que le ocurre, el presente como algo imposible de realizar. Por todo ello, no encuentra nada positivo en un futuro (Beck, 1985).

Reglas: Consisten en ecuaciones, formulas y premisas que permiten a una persona ordenar, clasificar y sintetizar sus observaciones de la realidad, de tal forma que se llegue a conclusiones significativas (Beck, 1985).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Perdida: A raíz de ella se puede producir un estado de melancolía, caracterizado psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. En ella radica la clave para entender la conducta del depresivo en contra de sus instintos y necesidades más básicas (Beck, 1985).

Distorsiones cognitivas: Errores sistemáticos de pensamiento que mantienen las creencias del paciente sobre la validez de sus conceptos negativos, a pesar de la evidencia en contra. Las 6 más destacadas son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificar y minimizar, personalización, pensamiento absolutista (Caro, 1988).

Pensamientos automáticos: Aquellos pensamientos e imágenes que se presentan en situaciones de depresión. Se caracterizan por ser poco razonables, disfuncionales, repetitivos e idiosincrásicos, aunque plausibles a los ojos de los pacientes (Beck, 1985).

Para Caro (1988) desde un principio el modelo de Beck ha intentado ofrecer un marco desde el que justificar el empleo de métodos cognitivos, estableciendo criterios de decisión sobre cuando era preferible un tratamiento cognitivo a otro tipo de terapia y perfilando diversos trastornos desde la óptica cognitiva. No obstante, y como ya se ha señalado al principio, el trastorno sobre el que se asienta la terapia cognitiva ha sido la depresión, aunque se comienza a disponer de buenos trabajos en otras áreas como la ansiedad, los ataques de pánico, los trastornos de personalidad etc. Hay que resaltar el hecho importante, para el área de los tratamientos en general, y de la terapia cognitiva en particular, de que fue en el área de la depresión donde se hicieron los primeros ensayos controlados de comparación con fármacos, en los que se demostraba la eficacia, superior o igual, de la terapia cognitiva frente a la farmacoterapia, o la viabilidad de paquetes integrados de tratamiento.

En lo que se refiere a las técnicas utilizadas en el modelo de Beck, como es de esperarse, poseen un gran contenido cognitivo que va enfocado al cambio de patrones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cognitivos de error. Como ya se dijo anteriormente, el modelo de Beck trabaja con las cogniciones del paciente por lo que, al igual que Caro (1988) menciona: resulta difícil al principio formular ideas o aportar datos en contra de la idea negativa del mismo, siendo tarea del terapeuta el ponerlas ante los ojos del paciente, gracias al método socrático, con preguntas directas y bien formuladas, que supongan recuperar información sesgada por las distorsiones Cognitivas. Acto seguido, se plantea una forma de que el mismo paciente compruebe la veracidad o la falsedad de la idea negativa que se cuestiona. Después, se observan los resultados, sacando, finalmente, una conclusión (que generalmente será a favor del paciente y en contra de sus errores cognitivos).

En las investigaciones de hoy en día existe un amplio campo para la aplicación de escalas para medir la depresión. Dichas escalas fueron creadas, en principio, con el único fin de evaluar los síntomas que un paciente presentaba y de esa forma emitir un diagnóstico adecuado, al que le seguiría un tratamiento igualmente adecuado (Calderón, 1984).

Las primeras escalas utilizadas en el área clínica eran muy generales y solamente se basaban en los síntomas presentados por el paciente y no en su naturaleza, origen o desarrollo, esto seguramente se debió al impulso proporcionado por la utilización de fármacos y la necesidad de evaluar sus efectos en diferentes problemáticas (Calderón, 1984).

Hoy en día la utilización de escalas para medir diversas problemáticas es incuestionable ya que además de proporcionar datos objetivos sobre la enfermedad, permiten simplificar el registro de datos para estudiar en computadoras y facilitan la estandarización que disminuye la variabilidad de los enfermos, por lo que se debe considerar a las escalas como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla la evolución del cuadro psicopatológico ante un tratamiento determinado (Calderón, 1984).

Las escalas propuestas por la Psicología Cognitiva para medir la depresión que han demostrado ser más eficaces y populares entre la comunidad científica son: Inventario de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Beck, La Escala de Hamilton y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota. Dichas escalas tienen como objetivo evaluar la presencia de varios síntomas identificados en el síndrome de la depresión y en base a eso emitir un diagnóstico certero sobre la presencia del mismo (Calderón, 1984).

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota fue creado por Starke R. Hathaway y J. Charley McKinley en 1942. Es el inventario construido y estudiado que más se aplica hoy en día dentro del área clínica. Consta de 550 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas que corresponden a muchos aspectos de la personalidad incluyendo la salud general, funciones fisiológicas en particular, hábitos, familia, actitudes sexuales, religión, actitudes políticas y muchos ítems psicopatológicos importantes para el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Este inventario puede aplicarse a grupos o individualmente y en el se pide a la persona que conteste a cada ítem de una de tres formas preestablecidas que son: "cierto" "falso" o escribiendo la respuesta adecuada en el espacio en blanco correspondiente a cada pregunta. Los ítems están agrupados en 9 escalas psicopatológicas: hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad, feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia y manía (Calderón, 1984).

La escala de Hamilton fue diseñada por Max Hamilton en 1960 para medir síntomas de trastornos mentales e identificar la depresión y el nivel de intensidad así como el nivel de intervención que se debe aplicar como una solución para la problemática. La escala consta de 17 variables; algunas se definen como categorías de interés creciente; otras, por términos equivalentes. Cada uno de los reactivos tiene 4 opciones individuales que hablan de la intensidad del síntoma así que el paciente debe elegir el que más se adecue a su situación. Como característica especial es importante señalar que se recomienda que esta escala sea calificada por dos personas de manera individual para después contrastar los resultados y de esa forma disminuir la variabilidad (Calderón, 1984).

Un año después de que se publicara la Escala de Hamilton, Aaron T. Beck dio a conocer su Inventario para medir la depresión. Elaborado para ser administrado por un entrevistador, se utiliza con una doble copia, una que se entrega al enfermo y la otra que es

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

leída en voz alta por la persona que la aplica. Después de enunciar las declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique "cuál de las declaraciones define mejor como se siente en este instante". En un momento debe sugerirse la respuesta, y si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que corresponden a la manera como se siente, debe registrarse el número más alto. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas de la A a la U (Calderón, 1984).

El inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes; cada una de ellas es una manifestación de depresión. Valores numéricos del 0 al 3 cuantifican esta posibilidad. En algunas categorías existen dos alternativas de respuesta y se les divide en a y b para indicar que se encuentran en el mismo nivel. Los ítems se escogieron teniendo en cuenta su relación con el cuadro depresivo y no tienen ninguna significación etiológica (Calderón, 1984).

Reactivos y respuestas:

A. Tristeza:

0. No me siento triste
1. Me siento triste o melancólico
- 2 a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme
- 2 b. Estoy tan triste o infeliz que esto es verdaderamente doloroso.

B. Pesimismo:

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
1. Me siento desalentado por el futuro.
- 2 a. Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
- 2 b. Siento que nunca saldré de mis problemas.
2. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar.

C. Sensación de fracaso:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

0. No me siento como un fracasado.

1. Siento que he fracasado más que el promedio.

2 a. Siento que he consumado muy poco que valga la pena o que signifique algo.

2 b. Viendo mi vida en forma retrospectiva todo lo que puedo ver es una gran cantidad de fracasos.

3. Siento que soy un fracaso completo como persona (padre, esposo, esposa).

D. Insatisfacción:

0. No estoy particularmente insatisfecho.

1 a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.

1 b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba.

2. Nunca siento satisfacción de nada.

3. Estoy insatisfecho de todo.

E. Culpa:

0. No me siento particularmente culpable.

1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo.

2 a. Me siento algo culpable.

2 b. Me siento mal o indigno casi siempre.

3. Siento que soy muy malo o inútil.

F. Expectativas de castigo:

0. No siento que este siendo castigado.

1. He tenido la sensación de que algo malo me puede ocurrir.

2. Siento que soy castigado o que seré castigado.

3 a. Creo que merezco ser castigado.

3 b. Deseo ser castigado.

G. Autodesagrado:

0. No me siento decepcionado de mi mismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 1 a. Estoy decepcionado de mí mismo.
- 1 b. No me agrado.
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3. Me odio.

H. Autoacusaciones:

- 0. No creo ser peor que cualquier otro.
- 1. Me critico por mi debilidad o errores.
- 2. Me reprocho mis culpas.
- 3. Me reprocho todo lo malo que ocurre.

I. Ideas suicidas:

- 0. No tengo ninguna intención de hacerme daño.
- 1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.
- 2 a. Siento que estaría mejor muerto.
- 2 b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera.
- 3 a. Tengo planes definidos para suicidarme.
- 3 b. Me mataría, si pudiera.

J. Llanto:

- 0. No lloro más de lo usual.
- 1. Lloro más de lo que acostumbraba.
- 2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.
- 2. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quiera hacerlo.

K. Irritabilidad:

- 0. No estoy más irritado de lo habitual.
- 1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual.
- 2. Me siento irritado siempre.
- 3. No me irrito con las cosas que usualmente me irritaban

L. Separación social:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estar

0. No he perdido interés por la gente.
1. Estoy menos interesado en las demás personas de lo que acostumbraba
2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas.
4. He perdido todo el interés por las demás personas, y no me importa lo que les ocurra.

M. Indecisión:

0. Tomo decisiones tan bien como siempre.
1. Trato de evitar el tomar decisiones.
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.
5. No puedo tomar ninguna decisión.

N. Cambios en la imagen corporal:

0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado.
1. Me preocupa parecer viejo o desagradable.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.
3. Siento que luzco feo o repulsivo.

O. Retardo laboral:

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1 a. Me cuesta un esfuerzo extra el empezar a hacer algo.
- 1 b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
4. No puedo hacer ningún trabajo.

P. Insomnio:

0. Puedo dormir tan bien como siempre.
1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre.
2. Despierto una o dos horas más temprano que lo usual y me es difícil volver a dormirme.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de 5 horas.

Q. Fatigabilidad:

- 0. No me canso más de lo normal.
- 1. Me canso más fácilmente que lo usual.
- 2. Me canso de no hacer nada.
- 3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.

R. Anorexia:

- 0. Mi apetito no excede a lo normal.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.
- 2. Mi apetito es deficiente.
- 3. No tengo apetito.

S. Pérdida de peso:

- 0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 5 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

T. Preocupación somática:

- 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual.
- 1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
- 2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
- 3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.

U. Pérdida de la libido:

- 0. No he notado ningún cambio reciente a mi interés sexual.
- 1. Tengo poco interés en el sexo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. Mi interés por el sexo es casi nulo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Las técnicas utilizadas con mayor frecuencia en la aplicación del modelo cognitivo para la depresión de Beck son enumeradas por Caro (1988):

La técnica de la triple columna Esta técnica Cognitiva es también de las más utilizadas en el enfoque de Beck. Con ella se pretende que el paciente haga más y mejores inferencias respecto a conclusiones, pensamientos automáticos, o ideas que le asaltan con frecuencia. Al paciente se le preparan unas hojas que pueden tener 3 (normalmente) o más columnas, con los bloques dispuestos de izquierda a derecha de la siguiente manera *situaciones, pensamientos negativos, respuesta racional*. Para que el paciente sea capaz de hacerlo, es preciso haber realizado junto con el terapeuta un importante trabajo de debate con el tipo de ideas que más malestar le producen, en la línea de lo prescrito en el *método socrático*.

Planificación de actividades Esta técnica, aunque clasificada como un procedimiento de corte conductual, tiene importantes implicaciones de tipo cognitivo. Su finalidad es, por una parte, la de luchar contra la pérdida de motivación y la carencia de actividad típicas del paciente deprimido y, por otra, evitar que el paciente se preocupe por las ideas negativas que le asaltan constantemente. Al paciente se le debe presentar la técnica haciéndole entender que, aunque al principio le cueste hacerla, le va a ayudar a mejorar su funcionamiento general. El objetivo, por lo tanto, es doble. En primer lugar, se trata de empezar a recuperar, poco a poco, ciertos niveles de actividad, teniendo en cuenta que se debe lograr un difícil equilibrio respecto al nivel de exigencia sobre el paciente. Por dicho motivo, lo que se busca es que el paciente lo haga, o en el peor de los casos, que intente hacerlo mínimamente, con independencia del grado de destreza con que ejecute la actividad. La idea es simplemente hacerlo, y no hacerlo bien. Por regla general, las actividades que se eligen deben ser aquellas que podemos clasificar como comunes y que tengan una alta probabilidad de éxito. por ejemplo, un ama de casa, incapaz de realizar sus tareas como tal, puede intentar hacer la cama, o comprar una barra de pan en la tienda de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

esquina, etc. Un estudiante, puede, simplemente, ordenar sus apuntes por temas, pedirle a un amigo el trabajo que le falte, etc. El paciente anota en las hojas preparadas al respecto cuándo y dónde debe realizar la actividad y si ha logrado hacerla o en qué medida la ha hecho. En estas hojas pueden aparecer los días de la semana en las columnas verticales, atravesadas en horizontal por las horas del día. Aunque se pueden preparar en función del paciente. La planificación de actividades sirve, en segundo lugar, para encontrar las razones en contra de hacer algo que luego son utilizadas como experimentos para comprobar su veracidad. Normalmente, las razones del paciente en contra de una actividad son fruto de la activación de esquemas, y de la triada Cognitiva.

Técnica de dominio y agrado: Maestría se refiere a la sensación de ejecución, de logro, al hacer una tarea, y agrado a las sensaciones agradables asociadas con la realización de la misma. Esta técnica, clasificada como de tipo conductual, tiene, a su vez, una finalidad de cambio cognitivo, la de luchar contra el pensamiento absolutista, la lógica de doble valor, de "todo o nada", enunciados del tipo: "no puedo hacer nada", "si no me sale perfecto no tiene sentido que lo intente", "nada me distrae", etc. Este tipo de enunciados lleva al paciente a introducirse en un círculo vicioso de difícil solución. En un principio el paciente quiere hacer algo, tanto si lo hace como si no, no se siente satisfecho por ello, infravalora (vía las distorsiones Cognitivas) no sólo lo que ha hecho, sino a él mismo, poniendo las bases para un mayor malestar y para unas expectativas negativas de hacer algo en un futuro. La técnica de la que estamos hablando puede completar a la anterior, es decir, se puede aplicar a las mismas conductas elegidas para la planificación de actividades. Estas actividades son aquéllas más cotidianas (por ejemplo, el ama de casa que valora en qué medida ha realizado determinada actividad, como el hacer la cama) y las diversiones o conductas que en el pasado le reportaban sensaciones agradables al paciente (en qué medida ha disfrutado éste al escuchar durante 10 minutos su música favorita). En hojas similares a las anteriores, se puede anotar al lado de cada actividad el nivel de satisfacción (de 0 a 5) o de agrado (de 0 a 5) que ha experimentado el paciente al realizarla. No es necesario que se valore la actividad en función, por Igual, de la maestría y del agrado. Se pueden utilizar por separado, dependiendo de las necesidades del paciente y también del tipo de actividad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Comprobación de predicciones o de hipótesis Esta técnica cognitiva es de las más características del modelo de Beck, pues supone un gran trabajo de debate cognitivo con el paciente, y un método cognitivo para anular el pensamiento negativo. Lo primero es hacer que el paciente enuncie cualquier idea negativa y que la convierta en una hipótesis (en el caso de nuestra paciente, por ejemplo, la idea: "los demás son más interesantes que yo"), siguiendo lo postulado en el tercer principio terapéutico ya expuesto. A continuación, se anotan aspectos a favor o en contra de dicha hipótesis (favor: "suelen hablar de más cosas", "no se ponen nerviosos", "están seguros de lo que dicen"; en contra: "yo también lo he hecho"). Lógicamente, a un paciente le es más mucho más sencillo aportar elementos a favor de su hipótesis, sin embargo, el terapeuta debe de colaborar aportando un mayor número de elementos en contra.

El modelo de Beck también cuenta con métodos de evaluación con el fin de establecer, no solo si el paciente es susceptible de tratamiento cognitivo, sino además, si es depresivo y a que nivel. El instrumento con el mismo fin (diseñado por el mismo Beck en 1978), cuyo índice de efectividad a provocado que sea el instrumento más utilizado en la actualidad para diagnosticar depresión es el Inventario para la depresión de Beck. Además se dispone de cuestionarios con buenas propiedades psicométricas como es la Escala de Actitudes Disfuncionales Weissman y Beck que fue creado en 1978 y la Escala de desesperanza creada por Beck, Weissman, Lester y Trexler en el año de 1974.

Como ya se dijo anteriormente, el modelo de Beck fue diseñado originalmente para tratar la depresión. Beck observó que, tanto en niños como en adultos la creencia de que el futuro no tiene esperanza, más que otras características de la depresión (como la tristeza) y más que la gravedad de la misma, se encuentra relacionada con ideación, intento y cumplimiento de suicidio junto con ideas erróneas, lo que se puede apreciar a través de cogniciones como, "no voy a encontrar trabajo" (inferencia arbitraria), "no tengo nada que ofrecer" (abstracción selectiva), "soy una inútil" (sobregeneralización), "me equivoco demasiado" (magnificación): "me siento culpable por el dinero que se han gastado mis padres conmigo" (personalización), "todo me sale mal" (pensamiento absolutista). Todo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ello hace que la paciente considere que carece de valor, de autoestima y del amor de los demás como sentimiento de pérdida (Caro, 1988).

De lo anterior se entiende que el terapeuta prepara al paciente para que cuestione constantemente la veracidad de sus cogniciones y descubra sus errores cognitivos. Desde nuestro punto de vista, esa estructura representa correctamente el modo cognitivo de hacer terapia, en donde se busca el esquema A-B-C, y se debate cuando la construcción que ha hecho el paciente de la "realidad" le lleva a conclusiones y conductas incapacitantes.

Resulta muy claro que la terapia cognitiva es muy eficaz contra la depresión y otros trastornos de orden cognitivo, sin embargo, ¿Cuál es el tipo de pacientes a los que va enfocada?. Caro (1988) encontró que del tratamiento original de Beck se pueden hacer modificaciones según el tipo de población, como por ejemplo las modificaciones y adaptaciones que muestran los trabajos de Perris en el año de 1988 con pacientes esquizofrénicos, y los trabajos de Scott en 1988 o de Miller, Norman y Keitner en 1989 con pacientes depresivos hospitalizados por citar sólo algunos. Además Keit & Franche (1991) explican que la efectividad de esta terapia se ha demostrado solamente con pacientes depresivos externos que constituyan casos de depresión unipolar no psicótica. De lo que se entiende que la medicación antidepressiva ha probado su eficacia en un gran número de estudios. Por ello, la terapia cognitiva debería restringirse a aquellos casos de depresión unipolar respecto a los cuales el clínico considera preferible este método en lugar de la medicación antidepressiva.

Excepto con propósitos (de investigación, la terapia debe limitarse a aquellos tipos de pacientes cuya responsividad a este método haya sido probada en estudios previos (Beck, John, Brian & Emery, 1983).

Cabe mencionar que dentro del modelo cognitivo los terapeutas se dedican a trabajar con las hipótesis que sus pacientes han propuesto, con las estrategias para comprobar su veracidad y con las opiniones y el discurso verbal que el mismo paciente ha proporcionado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo (Beck, John, Brian & Emery, 1983).

En lo que se refiere a las causas de la disfunción el modelo cognitivo pone un gran énfasis en el potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean y, a través de estas percepciones negativas, crear en ellos mismos la perturbación emocional. Dentro de este tipo de descripciones esta claro que para el desarrollo de la disfunción son necesarios los factores cognitivos predisponentes y los procesos cognitivos, pero no son suficientes en y por sí mismos.

Tomando el ejemplo de la depresión, las formulaciones contemporáneas sugieren que la gente que llega a deprimirse mantiene elementos vulnerables cognitivos negativos, preexistentes y relativamente estables, que la predisponen en dirección a la depresión (Nótese el parecido con el concepto de Esquema de Beck). Estos aspectos vulnerables se describen con distintos términos, incluyendo los de creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y esquemas sobre uno mismo. Beck ha hablado previamente de la triada cognitiva negativa, que se refiere a que las creencias, actitudes, etc. Cognitivas se mantienen sobre tres áreas de contenido generales: Uno mismo, el mundo y el futuro. También esta claro que estas actitudes negativas no son suficientes para crear la depresión, sino que tienen que interactuar con experiencias aversivas de la vida para crear el tipo negativo de pensamiento que se ve en la depresión. Cuando tienen lugar esos acontecimientos negativos, los esquemas o actitudes subyacentes se activan y surgen las cogniciones negativas de la depresión.

Además de los esquemas o actitudes generales que hacen que un individuo sea vulnerable a la depresión, el modelo cognitivo afirma también que una vez que tienen lugar los pensamientos negativos específicos que surgen de la interacción de las actitudes y los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

acontecimientos de la vida, los otros síntomas de la depresión no son predecibles. En general el modelo cognitivo sugiere que los distintos síntomas afectivos, conductuales y emocionales de la depresión son las consecuencias naturales de las cogniciones negativas. Además, es importante señalar que los teóricos cognitivos se dan cuenta de que existe un efecto recíproco entre estos distintos síntomas afectivos, conductuales y motivacionales. Así, se reconoce que cuando una persona experimenta un estado de ánimo deprimido (independientemente de cómo se haya producido este estado), hay una mayor accesibilidad a los pensamientos negativos. Cuando la motivación es baja, o una persona está físicamente inactiva, se eleva la probabilidad de que se den acontecimientos aversivos, aumentando, por consiguiente, la probabilidad de que el individuo pueda experimentar más cogniciones negativas, que a su vez agravarían aún más la experiencia cognitiva.

Al igual que el modelo cognitivo sobre las disfunciones no es puramente cognitivo, también hay un reconocimiento de que los productos de la disfunción depresiva no son tampoco puramente cognitivos. Hasta la fecha, todos los estudios sobre la terapia cognitiva evalúan los resultados a lo largo de una serie de dimensiones, que incluyen el cambio cognitivo, conductual y afectivo. Aunque el modelo supone que la fuente de la perturbación se refiere a procesos cognitivos negativos, reconoce también el hecho de que las señales y los síntomas de la perturbación no son únicamente cognitivos.

En lo que se refiere a los logros de la terapia cognitiva para la depresión que fue propuesta por Beck, es importante señalar que la terapia cognitiva enfatiza la identificación y modificación de los procesos y patrones cognitivos que, según Beck son disfuncionales y quizás uno de los mayores logros de la terapia cognitiva sea el desarrollo de un gran número de técnicas terapéuticas orientadas específicamente a la modificación de los pensamientos disfuncionales automáticos y de las distorsiones cognitivas. Otro logro importante de este enfoque de tratamiento es el hecho de que se han establecido también procedimientos sistemáticos para evaluar los esquemas, suposiciones y actitudes a largo plazo, añadiéndose, por lo tanto, al conjunto de instrumentos que pueden utilizar los clínicos cuando se encuentren indicadas este tipo de intervenciones terapéuticas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. Semejanzas y diferencias con la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis.

Cuando se habla de modelos cognitivos o terapéuticos semejantes al de Beck, se está hablando de prácticamente todos los modelos que tratan hoy en día la depresión. Esto es fácil de entender si se considera que el modelo de Beck no solo es el pionero en la problemática, sino que además es el punto de partida para los teóricos más importantes de la Terapia Cognitiva; entre ellos Ellis y Meichenbaum.

La terapia racional emotiva desarrollada por Albert Ellis en el año de 1979, se basa en la opinión de que los problemas psicológicos surgen de patrones de pensamiento falsos o irracionales, estos patrones se hacen evidentes en las autoverbalizaciones que la gente se hace, es decir, las cosas que la gente se dice a sí misma.

Estas verbalizaciones surgen de las suposiciones que la gente hace sobre el mundo y los eventos que le suceden. De manera más específica, algunos eventos que se presentan en la vida de las personas y en respuesta a ellos, tiene una serie de pensamientos (autoverbalizaciones implícitas). Estas conducen luego a una serie de emociones (como enojo, disgusto) y conductas (como, actos vengativos, intentos de suicidio. Por ejemplo, Una persona que aspira a un empleo y no lo consigue puede comenzar a fabricar cualquier cantidad de verbalizaciones, puede decirse a sí mismo "no conseguí el empleo porque no estaba capacitado" o "no conseguí el empleo por que éramos muchos aspirantes", sin embargo, puede también decirse "no conseguí el empleo porque soy un inútil" o "nunca voy a lograr tener un empleo con mi manera de ser". El último conjunto de autoverbalizaciones puede conducir a una conducta vengativa, como tomar revancha de la compañía, de su entrevistador y hasta de su familia. En la vida cotidiana, la experiencia de estrés y otros eventos se encuentra fomentada o incentivada por las verbalizaciones que nos hacemos a nosotros mismos (por ejemplo, que "somos unos inútiles"). El propósito de la terapia racional emotiva es examinar las autoverbalizaciones que la gente se hace, desafiarlas, señalar su irracionalidad y, de manera importante, sustituirlas por autoverbalizaciones más adaptativas (Haaga & Davidson, 1995).

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

Albert Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva (TRE) en los años 50, como respuesta a su insatisfacción ante la efectividad y eficacia del psicoanálisis. La TRE estaba basada en la teoría «ABC» sobre la psicopatología, cuya premisa principal es que la activación de los eventos (A) no causa directamente unas consecuencias emocionales y conductuales (C). Las creencias (B) sobre esos eventos, en cambio, sí son las causas más críticas de los sentimientos y las acciones. Si uno se adhiere a creencias racionales (consideradas por Ellis como aquellas que promueven la supervivencia y la felicidad, que es probable que encuentren apoyo empírico en el ambiente y que expresan las preferencias), entonces las dificultades y las pérdidas le llevan a sentir emociones negativas “apropiadas”, tales como pena, irritación o pesar. Si uno sostiene creencias irracionales (aquellas en las que no es probable que se encuentre un apoyo empírico y que reflejan “deberías” y demandas absolutas; como por ejemplo: “Debo hacerlo bien y obtener aprobación, sino seré considerado una persona despreciable”, estas le conducen a sentir emociones negativas “inapropiadas” como depresión, ansiedad o ira extrema (Ellis, 1995 a).

Como Ellis & Michael (1990) explican: Al principio, la terapia racional emotiva se llamó terapia racional porque Ellis enfatizó sus aspectos cognitivos y filosóficos y quería diferenciarlo claramente de las otras terapias de los años 50 (Ellis, 1975). Era también sumamente confrontativo, bastante diferente al análisis clásico y a la terapia centrada en el cliente.

Según Ellis & Michael (1990) la TRE fue la primera escuela importante de psicoterapia que causó el debate filosófico y la reestructuración cognitiva tanto para la terapia conductual como para la terapia experimental. Al principio se emplearon unos pocos métodos conductuales básicos, tales como asignar tareas, fomentar la desensibilización in vivo, usar métodos de refuerzo y el entrenamiento en habilidades. Más tarde, cuando se desarrolló el movimiento de terapia cognitivo-conductual, la TRE adoptó casi la línea completa de técnicas conductuales y llegó a ser la forma pionera de terapia cognitivo-conductual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con Ellis & Michael (1990) la TRE no pretende ser completamente objetiva y gratuita. Por el contrario es un sistema de psicoterapia destinado a ayudar a la gente a vivir más tiempo minimizando sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes, y autoactualizarse para que vivan una existencia más feliz. Una vez elegidas estas metas entonces las submetas de las formas mejores para que la gente piense, sienta y actué, parecen seguirse de estos objetivos principales.

Las principales submetas de la TRE consisten en ayudar a la gente a pensar más racionalmente (científica, clara y flexiblemente); sentir de forma más apropiada y actuar más funcionalmente (de manera eficaz e inalterable), de cara a conseguir sus metas de vivir más tiempo y más felizmente. Consecuentemente, la TRE define la racionalidad como el sentimiento apropiado y la conducta emocional en términos de aquellas metas básicas, e intenta ser tan precisa como puede en sus definiciones (Ellis & Michael, 1990).

De acuerdo con el modelo de Ellis, estas creencias y otras parecidas, conducen a emociones y conductas desadaptadas, la terapia desafía estas creencias, las sustituye por otro tipo de autoverbalizaciones, y pone en práctica las diferentes autoafirmaciones apropiadas en la vida cotidiana. La terapia racional emotiva se utilizó con una adolescente de 17 años de edad quien de manera crónica se dedicaba a tirar de su propio pelo (comportamiento conocido como tricotilomanía). Este trabajo fue llevado a cabo por Bernard, Kratochwill y Keefauver en 1983, la muchacha había llevado a cabo esta conducta desde la edad de 12 años y le había conducido a emplear la peluca para cubrir los puntos calvos. La evaluación inicial reveló que la conducta no era un problema en la escuela, pero si lo era en casa cuando estudiaba los deberes escolares sola, ya que en estas ocasiones se sentía preocupada, ansiosa y deprimida. Los autores hipotetizaron que tirarse del cabello era una reacción al estrés que podía rastrear hasta las cogniciones irracionales, por ejemplo, que ella no valía la pena a menos que fuese competente en la escuela, que su padre debía aprobarla por su trabajo, que era horrible cuando su desempeño escolar no alcanzaba sus expectativas, etcétera. La terapia racional emotiva se utilizó para discutir las cogniciones y tratar con otras alternativas, de manera que la cliente registraba su conducta de jalar su cabello en casa (número de cabellos tirado dentro- de un determinado periodo)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mientras estudiaba. Después de la evaluación de línea base, se llevó a cabo la terapia semanalmente durante 12 semanas (Kazdin, 1996).

La terapia racional emotiva se ha aplicado a varios problemas clínicos. El principal punto focal de la investigación ha estado en los trastornos con base en la ansiedad (por ejemplo, ansiedad social, fobias) y en el contexto de la psicoterapia (Kazdin, 1996).

Todo el constructo teórico de Ellis se basa en conceptos a los que él mismo llama "ABC" y que representan diferentes momentos en el proceso de construcción de la realidad por parte del paciente. Los ABC de la terapia racional emotiva (TRE) surgieron en 1955. y se han continuado usándolos con pacientes en terapia racional emotiva (Ellis, 1962). La A (activing) significa hechos activadores, experiencias activadoras. actividades o agentes con los que la gente tiene problemas. B (beliefs) significa creencias reales o racionales sobre los hechos activadores que tienden a conducir a C (consequences), consecuencias apropiadas. IB (irrational beliefs) significa creencias irracionales sobre los hechos activadores que suelen conducir a IC (inappropriate consequences) consecuencias inapropiadas o problemas emocionales y conductas disfuncionales. D (disputing) significa disputar creencias irracionales: detectarlas, discriminarlas de las creencias racionales y debatirlas. E (effective) significa las creencias racionales efectivas que reemplazan a las creencias irracionales de la gente y también las emociones apropiadas efectivas y las conductas funcionales efectivas que reemplazan a las emociones perturbadoras y a las conductas disfuncionales (Ellis, 1995a).

Para Lega (1991) la terapia racional emotiva (TRE), una terapia cognitivo-conductual, se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. Por esta razón, la meta primordial de la TRE es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, establecer relaciones con otras personas etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El marco filosófico general de la TRE, se basa primordialmente en la premisa estoica de que "la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones". Por consiguiente, tal como lo menciona Lega (1991), el modelo del ABC utilizado por la TRE para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general. Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas, y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de irracionales. Esto no significa que la persona no razone, sino que razona mal, ya que llega a conclusiones erróneas. Si, por el contrario, las interpretaciones e inferencias del individuo están basadas en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica entre premisas y conclusiones, sus creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto y la filosofía básica de esa persona es funciona.

La terapia racional emotiva mantiene que los humanos son criaturas con un propósito, es decir, que buscan metas tal como lo mencionaron Adler en 1927 y Ellis en 1973; ellos llevan consigo a A (hechos o experiencias activadoras) metas generales y específicas (G, es decir, metas). Casi siempre sus metas básicas son: 1) permanecer vivo y 2) ser razonablemente feliz y verse libre de dolor mientras se está vivo. Sus submetas en la búsqueda de la felicidad incluyen: ser feliz a) cuando se está solo, por sí mismo, b) cuando se asocia con otras personas, c) cuando se ven inmersos en actividades recreativas (por ejemplo, deportes, estudio, arte, música, drama) (Ellis, 1995b).

Resumiendo los conceptos antes expuestos, tenemos que: Las creencias racionales de la terapia racional emotiva son aquellas cogniciones, ideas y filosofías que ayudan y alientan el logro de las metas básicas o más importantes. Las creencias irracionales son aquellas ideas, cogniciones y filosofías que sabotean y bloquean el logro de las metas básicas o más importantes. Las observaciones no evaluativas, descripciones y cogniciones frías son aquellas observaciones que hace la gente de lo que esta sucediendo en el mundo y en sus propios sentimientos, pensamientos y acciones. Las evaluaciones valorativas,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

inferencias, expectativas y conclusiones son las evaluaciones que hace la gente de lo que esta sucediendo en el mundo y pueden ser: Calidas, es decir, comprometidas con los deseos, anhelos y preferencias de la gente y calientes, es decir, comprometidas con las demandas absolutistas de la gente, sus ordenes, deberes y necesidades (Ellis, 1995b).

La teoría de la personalidad y de los trastornos de personalidad de la terapia racional emotiva se inició al intentar las personas lograr sus metas en algún tipo de ambiente, encontrándose con un conjunto de hechos activantes o activadores que tienden a ayudarles a lograr o a bloquear esas metas. Los estímulos activadores que esas personas encuentran, normalmente se hallan presentes en hechos corrientes o forman parte de sus propios pensamientos, sentimientos o conductas, pero pueden estar también inmersos en memorias (conscientes o inconscientes) o en pensamientos sobre las experiencias pasadas. La gente tiende a buscar y a responder a esos estímulos activantes a causa de sus predisposiciones biológicas o genéticas, su historia constitucional, su aprendizaje anterior interpersonal y social y sus patrones de hábitos predispuestos de forma innata o adquiridos.

De acuerdo con Ellis (1995a), Los estímulos activantes no existen nunca en estado puro o monolítico, sino que interactúan o incluyen parcialmente las creencias y las consecuencias. Los hombres se conducen a sí mismos (sus metas, pensamientos, deseos y propensiones fisiológicas) hacia los estímulos activantes. Por tanto y hasta cierto punto, ellos son esos hechos activantes y los estímulos activantes son ellos mismos. Solo pueden pensar, tener emociones y comportarse en un medio material y casi siempre existen en un medio social: viven y se relacionan con otros seres humanos. Por tanto, no son nunca individuos puros, sino criaturas centradas en el mundo y sociales.

Según la teoría de la terapia racional emotiva la gente tiene innumerables creencias o cogniciones, pensamientos o ideas sobre sus hechos activantes; y estas tienden a ejercer fuertes influencias sobre las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales. Aunque un hecho activante aparece a menudo como causa directa o como contribución a la consecuencia, esto solo en contadas ocasiones es así, porque las creencias normalmente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sirven como importantes mediadores entre hechos activantes y consecuencias y, por tanto, causan o crean consecuencias mucho más directamente.

Las personas aportan en buena medida sus creencias a las situaciones; y prejuzgan o experimentan esos los hechos activantes a la luz de esas creencias sesgadas, y también a la luz de esas consecuencias emocionales. Así, la gente nunca experimenta una situación sin una creencia y una consecuencia, pero más raramente experimentan una creencia y consecuencia sin una situación activante.

Las creencias de la gente toman formas muy diferentes, porque los hombres tienen muchos tipos de cogniciones. Sin embargo, en la terapia racional emotiva, existe el interés, principalmente en sus creencias racionales ya que damos por supuesto que conducen a sus conductas de autoayuda y en sus creencias irracionales, que pensamos les llevan a sus comportamientos autoderrotaistas (y socialmente derrotaistas) (Ellis, 1995b).

Las consecuencias cognitivas, afectivas y conductuales surgen de la interacción de los hechos activantes y de las creencias. Las consecuencias están casi siempre afectadas o influidas de modo significativo, pero no directamente causada por los hechos activadores, ya que los humanos reaccionan de forma natural hasta cierto punto a los estímulos de sus ambientes. Además cuando el hecho activador es fuerte tiende a afectar profundamente a la consecuencia. Cuando la consecuencia consiste en un trastorno emocional (por ejemplo, graves sentimientos de ansiedad, depresión, hostilidad, auto desaprobación y autocompasión), la creencia generalmente crea o causa al hecho activador de manera más directa. Cuando hechos activadores fuertes o inusuales contribuyen a, o causan consecuencias, o bien cuando factores fisiológicos crean consecuencias, se acompañan, por lo general, de creencias. De esta forma, si la gente se ve atrapada por un terremoto o si experimentan fuertes cambios hormonales y, por tanto, se deprimen, sus hechos activantes y procesos fisiológicos les influyen fuertemente para crear sus creencias irracionales, que a su vez, se suman o ayudan a crear sentimientos de depresión (Ellis, 1995b).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por tanto, hechos activantes, creencias y consecuencias están estrechamente relacionados, y ninguno de ellos tiende a existir sin los otros dos. Los individuos existen por lo general en una sociedad (raramente como ermitaños), y las sociedades están compuestas solamente por humanos (y no son bastante diferentes de las compuestas por hormigas o pájaros). Como señalan los seguidores de la teoría de los sistemas, los miembros individuales de una familia existen en un sistema familiar y cambian cuando cambia el sistema. Pero la terapia racional emotiva señala también que el sistema familiar esta compuesto por individuos y puede cambiar siempre que uno o más de los miembros individuales de la familia cambien. La interacción es, en estos casos, una clave, un concepto probablemente esencial, para comprender y ayudar de forma efectiva a que la gente cambie (Ellis, 1995b).

Ellis & Grieger (1990), explica que, al igual que ocurre con la cognición, la emoción y la conducta, el pensamiento puede, incluir de forma importante el sentir y el comportarse. Pensamos, en buena medida, porque deseamos (un sentimiento) sobrevivir (una conducta) y ser felices (un sentimiento). El tener emociones incluye, de forma significativa, el pensar y el comportarse. Deseamos porque evaluamos algo como bueno o malo, y al desearlo, nos acercamos y no nos alejamos de él (actuar sobre él). Por lo general, el comportarse incluye, hasta cierto punto, el pensar y el tener emociones.

Cuando la gente se siente emocionalmente trastornada en la consecuencia, esto es, seriamente ansiosa, deprimida, autoderrotista, u hostil, contemplan, bastante frecuentemente, sus síntomas de forma absolutista y concluyen irracional y horrorizadamente. Desarrollan, entonces, un síntoma secundario que puede ser incluso más grave e incapacitante que su síntoma primario, y que puede realmente impedirles la mayoría de las veces comprender y trabajar su trastorno primario (Ellis, 1995a).

En sus bases teóricas, la terapia racional emotiva asume que la gente utiliza a menudo sus procesos cognitivos de una forma autoderrotista porque está es la forma en la que tienden a pensar natural y fácilmente, y rutinariamente busca los síntomas secundarios y los trata antes o junto al manejo de los síntomas primarios del paciente (Ellis, 1995b).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la terapia racional emotiva nos interesamos, fundamentalmente, por los trastornos emocionales de la gente, tanto los primarios como los secundarios. Pero la teoría del ABC es también una teoría de la personalidad, que muestra como crea la gente, en buena parte, sus propios sentimientos, normales y saludables, y como pueden cambiarlos si lo desean y trabajan para hacerlo (Ellis, 1995b).

Según Ellis (1995b), al igual que las primeras terapias cognitivo-conductuales, la TRE en 1955 era marcadamente cognitiva, enormemente positivista y muy activa-directiva. Su teoría ABC sobre las enfermedades humanas sostiene que las personas experimentan sucesos indeseables (A), que tienen creencias racionales e irracionales (B) sobre estos estímulos, y que o crean unas consecuencias a nivel conductual y emocional apropiadas (aC) a sus creencias racionales (i C) u ocasionan unas consecuencias inapropiadas y disfuncionales (íC) de acuerdo con sus creencias irracionales (iB). En un principio la TRE seguía la filosofía "científica" del positivismo lógico, tan en boga en ese momento, favoreciendo la "realidad" empírica y la búsqueda de datos ligados a la observación y sensación humana. Al mantener un diálogo consigo mismo, tan poco realista e ilógico, sobre sus acontecimientos vitales desafortunados, se creaba u "originaba" una perturbación emocional, en la que difícilmente se podía adoptar una cognición racional, en vez de una irracional. ni cuestionar de un modo activo y directivo (D) las auto-afirmaciones, tan sobregeneralizadas y anti-empíricas, de los pacientes; por eso se les enseñaba como discutir ellos mismos por medio del método hipotético deductivo (Ellis, 1962).

En un momento de su carrera, Ellis comenzó a diferenciar lo que él llamó la TRE general, que se consideraba como un sinónimo de la terapia cognitivo conductual general, de la TRE preferencial (que era un tipo único de terapia cognitiva que se solapaba con la terapia cognitivo conductual general, aún cuando se diferenciaba de ésta en algunos aspectos significativos. La TRE preferencial que Ellis practicó y sobre la que trabajó en los últimos 15 años, es claramente constructivista y humanista. Muy resumidamente, incluye los siguientes puntos:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.- La TRE sostiene que los humanos aprenden a plantear sus objetivos y preferencias gracias al éxito y la aprobación de sus familias y de su cultura, en consecuencia se sienten frustrados y molestos cuando fracasan o reciben una desaprobación. Aunque, a pesar de esto, construyen (ya que tienden de forma innata a hacerlo) sus "deberías" y demandas absolutas principalmente en función de sus deseos. De aquí que cuando son neuróticos, su trastorno no se deba a influencias nocivas del ambiente, sino principalmente a que se han hecho disfuncionales a sí mismos, a nivel emocional y conductual (Ellis, 1995b).

2.- Cuando las personas realizan demandas irracionales (auto-derrotistas) sobre ellos mismos, los demás o sobre las condiciones en las que viven, tienden a construir, como derivados de sus deberías, percepciones, inferencias y atribuciones poco realistas que contribuyen, de un modo substancial, a crear su trastorno (Ellis, 1995b).

3. Al ayudar a las personas a sacar sus creencias disfuncionales y los trastornos que las acompañan, la TRE no sólo les muestra sus inferencias y atribuciones no realistas y cómo discutirlos, sino que les muestra también sus imperativos en forma de deberías y demandas que, inconsciente y tácitamente, subyacen y guían estos imperativos disfuncionales (Ellis, 1995b).

4.- La TRE sostiene que las conductas, cogniciones y emociones que no aparecen casi nunca en estado puro o por separado, sino que las tres interactúan de forma integral y holística incluyéndose unas a otras. Aunque resulte muy filosófico, la TRE reconoce que los sentimientos y las conductas tienen una gran influencia en las creencias, que las creencias afectan a los sentimientos y las conductas, y que los sentimientos producen un efecto sobre las conductas y las creencias. Por esto, la TRE es siempre multimodal y utiliza métodos cognitivos, emotivos y comportamentales con la mayor parte de sus clientes (Ellis, 1995b).

5.- La TRE teoriza que las personas están biológicamente predispuestas a construir de un modo poderoso, apasionado y rígido una serie de deberías y creencias irracionales y a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aferrarse a ellas. De aquí que la TRE trate de persuadir y enseñar a los clientes una forma de pensar, sentir y actuar poderosa, fuerte y persistente, que se enfrente a sus demandas y las transforme en preferencias. Por consiguiente, esta terapia utiliza en muchas ocasiones técnicas evocadoras de emociones con sus clientes, tanto en terapia individual como grupal. Entre éstas podríamos incluir la aceptación incondicional del cliente por parte del terapeuta, la imaginación racional emotiva, ejercicios para luchar contra la vergüenza, afirmaciones de afrontamiento, la aprobación, el humor y otros métodos emotivos (Ellis, 1995b).

6.- La TRE explica que las personas tienden a habituarse a sus pensamientos, sentimientos y acciones problemáticas y los repiten una y otra vez de forma automática, incluso sabiendo que no les traen más que malos resultados (Ellis, 1995b).

7.- La TRE tiene una orientación psicoeducativa, de ahí que utilice una gran cantidad de medios escritos y audiovisuales, cursos, talleres, lecciones y otros tipos de métodos de enseñanza. Ayuda a cada persona integrada en un esquema disfuncional, a cambiar él o ella misma, a pesar del sistema. También enseña a resolver problemas, a entrenar habilidades y métodos de cambio social, de forma que puedan modificar el ambiente y el sistema en el que viven (Ellis, 1995b).

8.- La TRE sostiene que todos los humanos, con independencia de su crecimiento, tienen dos tendencias creativas opuestas: a) a maldecirse y a deificarse tanto como a sí mismos como a los demás, tal y como hemos apuntado anteriormente y, con ello, a convertirse en problemáticos y disfuncionales, y b) a cambiar y realizarse de un modo más saludable, menos perturbado. La TRE trata de mostrarles como utilizar su propia realización para reducir sus tendencias perturbadoras, y construir, de este modo, una vida más feliz (Ellis, 1995b).

9.- La TRE se opone a la rigidez, a la asunción de una perspectiva única sobre las cosas, y defiende una apertura a la aprobación y apoyo, una búsqueda de alternativas, una perspectiva que no posea dogmas y una mayor flexibilidad. Sostiene que la ciencia se define intrínsecamente por una búsqueda de conocimientos, libre de dogmas, escéptica y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

flexible. Que utiliza el empirismo y la lógica, sin rigideces, para llegar a una solución mejor acerca de los misterios del mundo e incrementar, con ello, la felicidad humana (Ellis, 1995b).

10.- La TRE defiende que la persona es innatamente creativa y constructiva, y que aunque se perturbe a sí misma, también tiene en sí misma la tendencia y la habilidad de pensar acerca de sus conductas, pensamientos y sentimientos para reconstruir los caminos autoderrrotistas, que antes había construido. En la misma línea, hipotetiza que una vez que la persona, ella misma, se ha creado sus problemas, su respuesta emocional (especialmente su pánico, depresión y autodevaluación) es tan fuerte, que estas emociones interfieren en su poder curativo y sabotean alguna de sus construcciones potenciales. Además, tal y como indicamos anteriormente, sus distorsiones acerca de su trastorno bloque los caminos hacia el cambio (Ellis, 1995b).

Cabe mencionar que los terapeutas de línea racional-emotiva intentan enseñar a los pacientes a discutir sus creencias irracionales. La discusión puede suponer el cuestionamiento de la evidencia que mantiene la creencia, o la utilidad de seguir defendiéndola, el cuestionamiento de las implicaciones catastróficas que el paciente ha trazado acerca de su situación, o la demostración de que dicha creencia es ilógica. A veces, el objetivo terapéutico se centra más en la forma de la creencia que en el contenido: la intervención consiste en este caso en cambiar los deberías o tendría, por sería mejor o me gustaría (Ellis, 1995b).

La discusión verbal durante la sesión, a veces sustituida por la discusión en imaginación, al igual que en la reestructuración racional sistemática, se complementa normalmente con tareas para casa como autorregistros, en donde el mismo paciente utiliza la discusión. Las tareas comportamentales tienden a realizarse exponiéndose en vivo más que en la imaginación, y sobre situaciones que es probable el paciente considere dentro de las más difíciles (Ellis, 1995b).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al igual que en otros enfoques psicoterapéuticos, la aplicabilidad de la TRE queda supeditada a la construcción que el terapeuta haga del problema del paciente. Las personas raras veces consultan a un terapeuta estableciendo claramente sus creencias irracionales (a excepción quizás, de pacientes que hayan oído o leído sobre la TRE y hayan conceptualizado su situación en términos racional-emotivos) (Ellis, 1995b).

La TRE ha tenido un gran impacto sobre las psicoterapias, al ser una de las puntas de lanza de las tendencias cognitivas; Albert Ellis es considerado por los clínicos como uno de los más, sino el más. Influyente de los psicoterapeutas. Se ha aplicado de un modo creativo a muchos problemas clínicos. Se ha explicado para el público profano como método de autoayuda, adaptado como programa psicoeducacional para niños (Ellis, 1995b).

En lo que se refiere al trasfondo teórico de la TRE, es importante señalar que la cantidad de filosofía utilizada en sus conceptos y en sus técnicas es una clara diferencia con respecto al modelo de Beck. Sin embargo, las distintas definiciones conceptuales ofrecidas hasta el momento nos parecen problemáticas cuando las examinamos con atención. Por ejemplo, Ellis y Bernard propusieron que se definan los pensamientos racionales como aquellos pensamientos que ayudan a las personas a vivir más y más felices, de lo que pueden y los pensamientos irracionales como aquellos que no les permiten vivir con felicidad ni cumplir con sus objetivos.

En lo que se refiere a los conceptos definidos por la TRE Ellis & Michael (1990) menciona que los pensamientos racionales se definen en la TRE como aquellos pensamientos que ayudan a las personas a vivir más tiempo y más felices, particularmente pro presentar o elegir por sí mismas ciertos valores, propósitos, metas o ideales productores de felicidad y, al mismo tiempo, utilizar formas eficaces, flexibles, científicas y empíricas de alcanzar estos valores y metas y evitar resultados contradictorios o contraproducentes. Se asume que para la mayoría de la gente la mayor parte del tiempo el empleo de pensamientos científicos les ayudará a elegir y conseguir los propósitos productores de felicidad, pero también se asume que esto es una hipótesis, no un hecho probado, y que podría no ser cierto para algunas personas en algunas ocasiones. Los sentimientos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

convenientes se definen en la TRE como aquellas emociones que ocurren cuando las preferencias y deseos humanos se bloquean y frustran y esto ayuda a las personas a minimizar o eliminar tales bloqueos y frustraciones. Dentro de las emociones positivas convenientes se incluyen el amor, la felicidad, placer y la curiosidad, las cuales tienden a incrementar sin limitaciones las satisfacciones y la longevidad humanas. Los sentimientos inconvenientes se definen en la TRE como aquellas emociones (tales como los sentimientos de depresión, ansiedad, desesperación e inutilidad) que tienden a hacer las circunstancias y a las frustraciones molestias peores, más que ayudar a vencerlas. Los sentimientos positivos inconvenientes tales como hostilidad y paranoia se ven como aquellos que temporalmente tienden a hacer que la gente se sienta bien pero que tarde o temprano conducen a resultados desafortunados y a mayores frustraciones. Uno de los supuestos principales de la TRE es que virtualmente todas las preferencias, anhelos, deseos, y ansias humanas son convenientes, incluso cuando no son realizables con facilidad; pero prácticamente todas las ordenes, demandas, insistencias y deberes absolutistas, tanto como las imposiciones sobre uno mismo y sobre los demás que generalmente las acompañan son inconvenientes y potencialmente autosaboteadoras. La TRE define los actos y conductas inconvenientes o autodestructivas como aquellas acciones humanas que interfieren sería e inútilmente con la vida y con la felicidad. La TRE ve las creencias irracionales, los sentimientos inconvenientes y las conductas contraproducentes como interactivas y transaccionales. La TRE no ve los pensamientos, sentimientos y conductas humanas como puros o monolíticos, sino como confusamente mezclados casi siempre unos con otros; y esto puede ser particularmente cierto en el pensamiento, emoción y conducta perturbada.

Otros conceptos propuestos por la TRE y que son importantes en el proceso terapéutico son señalados por Ellis & Michael (1990) que explica que la TRE parte de la hipótesis de que si las metas principales de la gente son permanecer vivo, evitar las penas innecesarias y actualizarse a sí mismos, en general sería mejor que se esforzaran en conseguir un grupo de submetas importantes que les ayuden en los siguientes aspectos:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Interés en sí mismo: Las personas sensibles y emocionalmente sanas tienden a interesarse en primer lugar por ellos mismos y ponen sus propios intereses al menos un poco por encima de los intereses de los demás.

Interés social: El interés social es generalmente racional y en beneficio propio porque la mayoría de la gente elige vivir y disfrutar en un grupo social o comunidad.

Dirección propia: La gente sana tiende a asumir básicamente la responsabilidad de sus propias vidas mientras simultáneamente ofrecen su cooperación a los demás.

Tolerancia: Los individuos racionales se conceden a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse.

Flexibilidad: Los individuos sanos y maduros tienden a ser flexibles en sus pensamientos, abiertos al cambio, no fanáticos y pluralistas en su visión del resto de las personas.

Aceptación de la incertidumbre: Los hombres y mujeres sanos tienden a reconocer y a aceptar la idea de que parece que vivimos en un mundo de probabilidad y azar, donde las certezas absolutistas no existen y nunca existirán.

Compromiso: La mayoría de las personas, especialmente aquellas inteligentes y formadas, tienden a estar más sanas y felices cuando están vitalmente absortas en algún asunto fuera de ellos mismos y preferentemente tienen al menos un interés fuertemente creativo, así como algún tema humano superior, que consideran tan importante que estructuran buena parte de su existencia diaria en torno a él.

Pensamiento científico: Los individuos no perturbados tienden a ser más objetivos, racionales y científicos que los perturbados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Autoaceptación: La gente sana en general está contenta de estar viva, se aceptan a sí mismos precisamente por estar vivos, y tienen cierta capacidad para disfrutar de sí mismos.

Arriesgarse: La gente emocionalmente sana tiende a aceptar una buena cantidad de riesgo, tendiendo a hacer lo que quieren hacer, incluso cuando existe la posibilidad de que puedan fallar.

Hedonismo a largo plazo: La gente que no está perturbada emocionalmente tiende a perseguir tanto los placeres del momento como los del futuro, y a menudo no cambian un beneficio presente por un malestar futuro.

No utópico: La gente sana acepta el hecho de que las utopías son probablemente inalcanzables y por lo tanto no conseguirán todas las cosas que quieren y evitarán todo el sufrimiento.

Alta tolerancia a la frustración: Las personas con una mínima perturbación emocional tienden a estar de acuerdo en que el cambio de las condiciones molestas que se pueden cambiar, aceptando a aquellas que no se pueden cambiar, y discerniendo la diferencia que hay entre ambas.

Autoresponsabilidad en la perturbación: Los individuos sanos tienden a aceptar gran cantidad de responsabilidad en sus propios trastornos, más que culpar de forma defensiva a otros o a las condiciones sociales de sus pensamientos, sentimientos y conductas.

Tal como Lega (1991) expone: De acuerdo con la TRE, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo de la realidad, de la situación que le rodea. Dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, de los "debo de" y "tengo que" dogmáticos sobre uno mismo, otros o la vida en general, en vez de concepciones de tipo probabilista o preferencial, en las cuales el sujeto crea expectativas pero no les añade una característica de dogma. Los "debo de" y los "tengo que" dogmáticos y absolutistas del pensamiento de un individuo sólo sirven para sabotear sus propósitos y objetivos básicos, ya que generan

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

emociones y conductas que bloquean o dificultan la obtención de los mismos. De ese pensamiento irracional, dogmático, se derivan tres inferencias:

1.- La tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, ya que éste se percibe como más de un 100% malo.

2.- La tendencia a exagerar lo insostenible de una situación, ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta, o amenaza con presentarse, en su vida.

3.- La tendencia a condenar a los seres humanos o a la vida en general, ya que le individuo se evalúa a sí mismo o a los demás como inferiores, al comprometer su valor como personas como consecuencia de su comportamiento.

Ellis señala que los humanos hacen numerosas clases de suposiciones ilógicas cuando están trastornados. A este respecto, Lega (1991) comenta que la TRE está de acuerdo con los terapeutas cognitivos sobre que esas distorsiones cognitivas constituyen un rasgo de la perturbación psicológica. Sin embargo, la teoría de la TRE mantiene que dichas distorsiones casi siempre provienen de los "debo de". Algunas de las más frecuentes son las siguientes.

- 1.- Pensamiento de todo o nada
- 2.- Saltando a las conclusiones sin tener elementos para hacerlo
- 3.- Adivinar el futuro
- 4.- Centrándose en lo negativo
- 5.- Descalificando lo positivo
- 6.- Siempre y nunca
- 7.- Minimización
- 8.- Razonamiento emocional
- 9.- Etiquetado y sobregeneralización
- 10.- Personalización

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.- Falseamiento

12.- Perfeccionismo

Alternativamente, Ellis y Bernard describieron las ideas racionales desde la perspectiva del procesamiento de la información, indicando que los individuos no perturbados tienden a... regular sus emociones y acciones ... aplicando las reglas de la lógica y el método científico para evaluar las consecuencias. Según esta definición, tendríamos que concluir que gran parte del pensamiento de las personas sin trastornos es irracional, ya que los estudios nos dicen que las historias que las personas se cuentan a sí mismas, a menudo tienen elementos ilusorios. En verdad, es posible que para conseguir algo único y excepcional, algunas veces tenga uno que tener ideas, que puedan resultar poco realistas para los no implicados en la causa. Ellis (1995a) concedía lo siguiente; Algunas ideas ilógicas y poco realistas (como la creencia dogmática de que uno irá al cielo y experimentará la felicidad eterna si reza a Dios todos los días), pueden crear poca perturbación ningún beneficio, así que se pueden tolerar con facilidad (Sánchez, Orejudo, & Froján, 1998).

Esta especificación de que puntos de vista poco realistas son problemáticos (los auto-derrotistas), tiende a realizar una definición de la irracionalidad similar a la esencialmente tautológica, de Ellis y Bernard en 1986 (Sánchez, Orejudo & Froján, 1998).

De aquí que resulte difícil idear una definición de irracionalidad consistente y rigurosa en base a los métodos científicos y a la precisión empírica. Los terapeutas de TRE (y sus pacientes) deciden qué modos de pensar serían personalmente más útiles y, por tanto, mejores. Esta decisión se basa en lo que uno cree es funcional, y no necesariamente en lo que cree que es objetivo o racional. De aquí se deduce, que un aspecto crítico de la TRE (así como de otras formas de intervención psicosocial) es su ética, puesto que las definiciones que aluden a nociones de utilidad presuponen un conjunto de valores, implícitos o explícitos, sobre lo que constituye una existencia útil, y valiosa. Ellis, al igual que otros terapeutas, aunque de una forma más clara y explícita que la mayoría, preconiza

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

un sistema ético. Es decir: Ellis asume, que las personas generalmente se encaminan hacia vidas largas y felices y, de hecho, esto es deseable; para conseguir este objetivo, hay que "maximizar su individualidad, libertad, interés por lino mismo, y autocontrol en vez de someterse al control y dirección de otros" (Sánchez, Orejudo & Froján, 1998).

Una solución practica al reto de definir la irracionalidad desde la TRE, ha sido definir las ideas irracionales por medio de ejemplos, partiendo de una lista de una docena, más o menos, de ideas muy frecuentes en la practica clínica (Ellis 1995a), hasta listas de varios cientos de ideas específicas, o hasta una de pocas categorías generales con muchas derivadas (Sánchez, Orejudo, & Froján, 1998).

La terapia familiar cognitiva se ha formulado recientemente y tiene por objeto las creencias conflictivas de los miembros de la familia. Ejemplos de tales creencias serían "un niño necesita continuamente amor y cuidados" (madre); "un niño necesita disciplina" (padre); y "necesito que me dejen solo" (niño). Estas creencias conducen a acusaciones de ser "demasiado indulgente con el niño", de "ser demasiado severo" y al desco por parte del niño de huir (Sánchez, Orejudo & Froján, 1998).

La terapia de grupo cognitiva se ha utilizado ampliamente dentro de las distintas técnicas terapéuticas y en ella se encuentra el esclarecimiento de las creencias básicas de cada miembro del grupo, así como su puesta a prueba y evaluación por parte del resto del grupo. Algunas creencias referidas al grupo y que surgen de éste son "parezco un loco dentro del grupo" y "soy muy indeseable" (Sánchez, Orejudo & Froján, 1998).

Basado en los fundamentos de la TRE, Lega (1991) propone que para lograr un cambio filosófico, las personas tienen que hacer lo siguiente:

1.- Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.- Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.

3.- Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.

4.- Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.

5.- Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos de la ciencia.

6.- Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.

7.- Continuar este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos de cambio durante el resto de sus vidas.

En lo que se refiere a las técnicas utilizadas en la TRE para reemplazar una creencia irracional por una racional, la principal es el debate, que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana. La refutación de las creencias irracionales comprende tres pasos. Primero, los terapeutas ayudan al paciente a descubrir las creencias irracionales que subyacen a sus conductas y emociones autodevaluadoras. En segundo lugar, debaten con sus pacientes la verdad o falsedad de sus creencias irracionales. El propósito del debate, en general, es determinar la validez de hipótesis y teorías que, en este caso, equivaldrían a las tres inferencias irracionales descritas anteriormente, y al pensamiento absolutista y dogmático del cual se derivan. Durante el proceso, ayudan a sus pacientes a discriminar entre creencias irracionales y creencias racionales. En tercer lugar, un estilo terapéutico bastante eficaz, al utilizar el debate filosófico, es el dialogo socrático (Lega, 1995).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las diferencias entre la TRE y otras formas de intervención (Cómo es el caso del modelo de Beck) son expuestas por Ellis (1990), que las divide en tres grupos: diferencias cognitivas, diferencias afectivas y diferencias conductuales.

Las diferencias cognitivas son:

Énfasis filosófico: La Terapia Cognitivo Conductual por supuesto enfatiza los procesos cognitivos, pero no aporta un énfasis filosófico, como lo hace la TRE, Meichenbaum (1995), uno de los primeros precursores de la TCC, incluye muchas técnicas, pero omite significativamente acentuar una perspectiva claramente filosófica. La TRE, por el contrario, enfatiza que los hombres nacen (al igual que se educan) como filósofos, creadores de un significado y por eso son científicos naturales, y usuarios de medios racionales para predecir el futuro. Uno de sus objetivos principales, por consiguiente, es ayudar a los clientes a realizar un profundo cambio filosófico que afectará tanto a sus sentimientos y conductas futuras como a las presentes.

Perspectiva humanista: La TRE no solamente es filosófica, sino que incluye la específica perspectiva existencial humanista de otras escuelas terapéuticas. En cierto grado, incorpora el punto de vista de los autores humanistas. Esta perspectiva ve a las personas como holistas, a los individuos orientados hacia metas que tienen importancia en el mundo sólo porque son humanos y viven; las acepta incondicionalmente con sus limitaciones; y se centra particularmente en sus experiencias y valores, incluyendo sus potencialidades de autoactualización.

Metas y objetivos: Mientras la TRE, así como la TCC, está a menudo interesada, o al menor tratará de estarlo, en la desaparición de los síntomas, en primer lugar se esforzará en afianzar el cambio emocional y conductual. Trabaja por conseguir una estructura psicológica notablemente nueva por parte de los clientes que les capacitará no sólo para sentirse mejor y mitigar los síntomas que presentan, sino también para presentarles una perspectiva radicalmente nueva, presente y futura, situaciones que automáticamente les ayudarán a dejar de frustrarse a sí mismos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Necesidad de estimación propia o Ego: La TRE difiere significativamente de la terapia de conducta, de la modificación de conducta cognitiva y de casi todas las otras terapias existenciales y humanistas en que no defiende la propia estimación positiva, o que los clientes adquieran lo que a menudo se llama confianza en sí mismos o autoestima.

Uso del humor: La TCC, así como otros tipos de terapia pueden incluir el humor, o reducir las ideas irracionales al absurdo, como método terapéutico. En principio, sin embargo, la TRE parte de la hipótesis de que casi todos los trastornos neuróticos provienen de decir cosas demasiado seriamente y formula que uno de los principales antidotos contra este tipo de pensamiento irracional es el asiduo uso terapéutico del sentido del humor.

Técnicas Anti necesidad perturbadora: Los practicantes de la TCC a menudo emplean argumentos empíricos para mostrar a los clientes cómo abandonar sus percepciones erróneas de la realidad, e incluso llegan a abogar por ayudar a los clientes a cambiar sus percepciones no realistas y antiempíricas. Yendo más allá de esto, no obstante, la TRE parte de la hipótesis de que la mayoría de las afirmaciones antiempíricas por las que la gente se perturba se derivan de los deberías manifiestos o implícitos, de las premisas absolutistas en que los humanos convierten muchas situaciones y que después casi les obliga a percibir mal estos acontecimientos.

Técnicas de discusión: La TRE, como la TCC, emplea muchos métodos cognitivos, entre los que se encuentran la enseñanza de estrategias racionales o de enfrentamiento, la distracción cognitiva, el paro de pensamiento, la biblioterapia, el análisis semántico, el modelado, la imaginación y la solución de problemas. Se especializa, sin embargo, considerablemente más que la TCC, en dos formas activas de discusión: (1) la discusión o debate vigoroso por parte del terapeuta del pensamiento irracional de los clientes y (2) que éste enseñe a los clientes a realizar sus propias discusiones y debates, para que internalicen le cuestionamiento, el desafío y el método escéptico de la ciencia, y lo utilicen para abandonar sus cogniciones absolutistas presentes y futuras.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reconocimiento de los métodos cognitivos paliativos: Como la TCC, la TRE emplea muchos métodos de distracción cognitiva, tales como enseñar a los clientes a utilizar la técnica de relajación progresiva de Jacobson. La TRE debido a que se centra en las filosofías que a menudo fundamentan los métodos conductual cognitivos, reconoce, sin embargo, que los métodos de distracción cognitiva son casi siempre paliativos porque desvían a la gente momentáneamente de sus perspectivas contraproducentes en lugar de ayudarles verdaderamente a abandonarlas.

Métodos de solución de problemas: Mientras que la TCC hace hincapié en el uso de métodos de resolución de problemas en el tratamiento, la TRE desaprueba tales métodos en lo que llama A (Experiencias activadoras en la vida de los clientes) hasta después de o al menos junto con el trabajo de los clientes por minar y cambiar B (sus creencias irracionales sobre lo que está ocurriendo en A). Así, si en el punto A tu pareja está dándote un mal rato, y estás indeciso en el punto C (Consecuencia afectiva o conductual) sobre si abandonarlo o no, una solución típica de la TCC a este problema será discutir entre la figura del terapeuta y tú cómo puedes cambiar a tu pareja, reorganizar las condiciones bajo las que tu funcionarias con él o ella, formar una nueva pareja con alguna otra persona, etc. Por el contrario la TRE explotará primero lo que te estás diciendo a ti mismo para hacerte dudar a ti mismo, y para que cambies tales creencias irracionales por algunas ideas racionales.

El concepto de ansiedad perturbadora: Muchas psicoterapias, incluidas la TCC y la TRE, tratan a menudo con la ansiedad del yo de los clientes: su autodescalificación con seres humanos totales cuando actúan incompetentemente y son desaprobados por otros significativos. La TRE, además, hace un esfuerzo especial para trabajar con la ansiedad perturbadora y la baja tolerancia a la frustración de los clientes.

Sintomas secundarios de la perturbación: La teoría de la TRE afirma que no solamente la gente se dice a sí misma creencias irracionales básicas (B) sobre las experiencias activadoras (A) de sus vidas y por lo tanto producen consecuencias perturbadoras emocionales y conductuales (C), sino que, además, debido a que los seres humanos tienen una pronunciada tendencia bio social a observar y evaluar prácticamente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cualquier cosa de sus vidas, incluyendo sus reacciones emocionales, también ven, estiman y piensan sobre sus conductas y sentimientos perturbados. En el proceso de necesidad perturbadora sobre sus síntomas primarios, a menudo crean síntomas secundarios. La TRE más que la TCC, busca específicamente los síntomas secundarios y terciarios de la perturbación, enseña a los clientes a ver cómo crean estos síntomas, y señala lo que pueden hacer para eliminar los síntomas primarios, secundarios y terciarios.

Selectividad de las técnicas: Como la TCC, la TRE es excepcionalmente escogida en sus métodos de tratamiento y aunque fomenta lo cognitivo, también intenta animar el cambio de personalidad a través de métodos afectivos y conductuales, reconociendo que, si la gente se fuerza a sí misma a actuar y sentir de forma diferente, a menudo, llegarán a una modificación cognitiva. La TRE, sin embargo, presupone que el rendimiento es un aspecto importante de la terapia, y que para alcanzar la máxima eficacia y el mínimo perjuicio para sus clientes, es mejor que los terapeutas sean muy selectivos más que indiscriminadamente eclécticos en el uso de diversas metodologías.

Las diferencias afectivas son:

Discriminación de las emociones apropiadas de las inapropiadas: En especial la TRE distingue entre emociones negativas como el dolor, el remordimiento, la frustración, la molestia, que son consecuencia de que la gente no consiga lo que desea y que les impulsa a intentar cambiar una situación no deseada o molesta por una mejor; y las emociones negativas como la depresión, el pánico, la rabia y los sentimientos de inadecuación, que siguen de que la gente no consiga lo que irracionalmente piensa que necesitan o deberían tener, que interfiere con su acción y motivación y generalmente sabotea sus deseos.

Trabajar directamente con y sobre las emociones: Al igual que la TCC, la TRE utiliza muchos ejercicios evocativo emotivos que dan a los clientes una oportunidad de reconocer, ponerse en contacto, trabajar sobre y cambiar sus sentimientos inapropiados por apropiados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Procedimientos de relación: La TRE, la TCC y la mayoría de las demás formas de psicoterapia incluyen algún tipo de relación entre el terapeuta y los clientes, pero la TRE tiende a ser más selectiva en este aspecto y enfatiza la aceptación del terapeuta más que dar calidez y aprobación a los clientes y hace hincapié en enseñarles la filosofía de la Autoaceptación.

Intervenciones fuertemente emotivas: Debido a que teoriza que los seres humanos están en gran parte predispuestos biológicamente a perturbarse a sí mismo y perpetuar su propio pensamiento, emoción y conducta disfuncionales y que tienen gran dificultad para cambiar y mantener ese cambio de sus reacciones emocionales autodestructivas, la TRE mantiene que a menudo es importante para el terapeuta usar mucha fuerza o vigor para interrumpir las filosofías y conductas de sus clientes. Consecuentemente la TRE emplea estrategias de enfrentamiento racional extraordinariamente fuertes con una poderosa calidad afectiva.

Las diferencias conductuales son:

Reservas sobre el condicionamiento operante: Aunque la TRE a menudo utiliza el condicionamiento operante, tiene una visión algo escéptica sobre la efectividad del refuerzo social, especialmente de las palabras de afecto y aliento del terapeuta cuando los clientes hacen las cosas bien.

Uso del castigo: Aunque numerables estudios tienden a mostrar que reforzar a las personas por sus conductas buenas funciona mejor que castigarles por sus conductas malas. La práctica de la TRE ha descubierto que estos individuos a menudo no cambian su conducta disfuncional a menos que se den a sí mismos un castigo inmediato y algo drástico inmediatamente después de repetir esta conducta.

La desensibilización in vivo: Hoy la TCC a menudo usa la desensibilización in vivo más que la sistemática propuesta por Wolpe, que generalmente se hace de forma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

imaginativa. La TRE, sin embargo, siempre ha fomentado la asignación de tareas de desensibilización in vivo y lo hace más que la TCC general.

Terapia implosiva o de inundación: Debido a la suposición de que la interrupción dramática de las creencias irracionales es a menudo más efectiva que la interrupción gradual y menos dramática de estas creencias, la TRE tienden mucho más que la TCC a fomentar la terapia implosiva o de inundación.

Procedimientos de entrenamiento en habilidades: Tanto la TRE como la TCC emplean una gran cantidad de procedimientos de entrenamiento en habilidades, como el entrenamiento en asertividad, relaciones personales y habilidad sexual, pero la TRE también subraya las limitaciones del entrenamiento en habilidades cuando es usada principalmente con el derecho propio y no incluye un cambio básico en las creencias irracionales de los clientes.

¿Hacia donde se encamina el futuro de la TRE?, potencialmente hay varias direcciones para la TRE: se aplica cada vez más en el mundo de la empresa, la dirección, política, economía, pareja y familia. No obstante, el campo que más me interesa subrayar es el de la educación. Aun cuando la TRE y la terapia cognitivo conductual vayan por el buen camino, su futuro en psicoterapia puede verse de algún modo limitado, ya que la psicoterapia puede en sí misma puede (sea individual o de grupo), tiene la limitación de estar al alcance (ahora y en un futuro cercano) de un número restringido de clientes de pago. Pero la TRE y la terapia cognitivo conductual, a diferencia de otras terapias, tienen la potencialidad de introducirse en el público a través de los libros, casetes de audio y video, clases, talleres y otro tipo de presentaciones en medios de comunicación de masas, con lo que puede resultar de ayuda para un número considerable de personas. Actualmente se ha expandido y continua haciéndolo en ambientes educativos que van desde escuelas de enfermería hasta licenciaturas, así como en otro tipo de entornos educativos para adultos. Por esto, vaticino que el futuro más importante de la TRE estará en sus aplicaciones psicoeducativas, y espero que este tipo de aplicaciones resulte útil, no solo para los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pacientes que atienden una terapia, sino también para todos aquellos que estén en distintos tipos de grupos de autoayuda (Ellis, 1995).

3. El modelo de Beck aplicado a otras problemáticas.

Se ha visto que la terapia cognitiva resulta eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad generalizada. Un estudio sin grupo control llevado a cabo por Sanderson y Beck en el año de 1990 y que fue citado en Beck (1995), mostraba una reducción significativa y substancial en la ansiedad y depresión en una muestra de 32 pacientes tratados con terapia cognitiva con un tiempo medio de tratamiento de 10 semanas. Los pacientes que presentaban junto al trastorno de ansiedad generalizada problemas de personalidad mejoraron significativamente también, aun cuando el tratamiento estaba pensado para pacientes sin problemas de personalidad.

Las técnicas de entrenamiento en manejo de ansiedad como las propuestas por Blowers, Cobb & Mathews en 1987 y las cognitivo-conductuales como la de Durham & Turvey, en 1987 han obtenido resultados prometedores. Sin embargo estos estudios fueron puestos en entredicho por cuestiones metodológicas, como el no haber tenido en cuenta la utilización de medicación al mismo tiempo, lo cual podría haber distorsionado la naturaleza del problema presente (Beck, 1995).

Borkovec y Mathews en 1988 citados en: Beck (1995), dirigieron uno de los pocos estudios donde se excluía el sesgo de la medicación, descubriendo que no había diferencias en cuanto a su eficacia entre la terapia no directiva, la desensibilización, y la terapia cognitiva en el Tratamiento de los trastornos de ansiedad generalizada y pánico.

Otras tres investigaciones compararon la eficacia de la terapia cognitivo conductual con alternativas farmacológicas en el manejo de trastornos de ansiedad generalizada. Lindsay, Gamsu, McLaughlin, Hood, y Elspie en el año de 1984 informaron de la superioridad de la terapia cognitivo conductual y del entrenamiento en manejo de la ansiedad cuando se comparó con el grupo que recibió lorazepam y el grupo control en lista de espera tras un seguimiento de 3 meses. Power, Jerrom, Simpson, Mitchell y Swanson en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989 evidenciaron una superioridad de la terapia cognitivo conductual al compararla con el diazepam y el placebo, tanto al final del tratamiento como en un seguimiento posterior al de 12 meses (Beck, 1995).

Power, Jerrom, Simpson, Mitchell y Swanson en 1990 realizaron un estudio comparativo controlado con 101 pacientes que cumplieran los criterios diagnósticos del DSM - III (de la Asociación Psiquiátrica Americana, 1980) para pacientes con trastorno (de ansiedad generalizada, a los que asignaron al azar a grupos de terapia cognitivo conductual, de diazepam, placebo, terapia cognitivo conductual mas diazepam, o terapia cognitivo-conductual mas placebo, con una duración de 10 semanas de tratamiento. Los resultados obtenidos al final del tratamiento y en el seguimiento posterior al cabo de 6 meses revelaron la superioridad de todos los tratamientos con terapia cognitivo conductual, especialmente la terapia cognitivo conductual sola y la combinada con diazepam (Beck, 1995).

Butler, Fennell, Robson y Gelder en 1991 dieron a conocer unos ensayos clínicos controlados con 57 pacientes que cumplieran los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada más el añadido de un criterio de severidad. El tratamiento individual con una duración de 12 semanas mostró ventajas claras en favor del tratamiento cognitivo conductual sobre el tratamiento conductual y el grupo control en lista de espera. Además en el grupo de terapia cognitivo conductual no se produjeron bajas, cosa que sí sucedió en el de terapia conductual. En resumidas cuentas, los ensayos controlados apoyan la eficacia de la terapia cognitiva en caso de trastornos de ansiedad generalizada (Beck, 1995).

La terapia cognitiva ha sido especialmente eficaz, en el tratamiento de los trastornos de pánico. Un estudio sin grupo control dirigido por Sokol, Beck, Greenberg, Wright y Berchick en el año de 1989 en el Centro para la Terapia Cognitiva de Filadelfia evidenció el cese completo de los ataques de pánico en todos los pacientes implicados en la investigación. Estas ganancias se mantenían durante un año después al realizar el seguimiento. Un estudio posterior en la misma clínica comparaba la terapia cognitiva con la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

terapia de apoyo. Dicho estudio fue llevado a cabo por Beck, Sokol, Clark Berchick, & Wright, en 1984. Al final de la octava semana había una mejoría significativa en el tratamiento con terapia cognitiva, no así en el tratamiento de apoyo, la diferencia entre los grupos era estadísticamente significativa. Se cruzó entonces al grupo de apoyo quien comenzó a recibir tratamiento cognitivo durante 12 semanas. Al acabar las 12 semanas de tratamiento cognitivo, ambos grupos, el que recibió desde un principio tratamiento cognitivo y el cruzado, tuvieron un número mínimo de ataques de pánico. Estos resultados se mantenían al cabo de un año (Beck, 1985).

Clark en 1991 halló una superioridad estadísticamente significativa de la terapia cognitiva sobre la terapia conductual, la imipramina y un grupo control que recibió placebo, esta superioridad se manifestó al final del tratamiento y se mantuvo durante el seguimiento realizado al final del primer año (Beck, 1995).

Otro indicador de la eficacia de la terapia cognitiva es la reducción de la medicación contra el pánico. Newman, Beck, Beck, Tran y Brown en 1985 y citados en: Beck (1985). dieron a conocer los resultados de la terapia cognitiva en dos grupos de pacientes: unos que recibieron medicación al iniciarse la investigación y otros que no. Ambos grupos obtuvieron mejoras substanciales. Pero además se redujo en un 90% la medicación contra el pánico en el grupo medicado sin que se presentara ningún efecto rebote o recaída. Este estudio demostró que aplicar los principios básicos de la terapia cognitiva a los síntomas generados por el distanciamiento, capacita al paciente para tolerarlos sin tener que experimentar una recurrencia de los ataques de pánico.

También los trastornos de alimentación parecen responder al tratamiento cognitivo. Fairburn en 1991 manifestaron que la terapia cognitivo conductual es más efectiva en pacientes con bulimia que la psicoterapia interpersonal o una versión conductual simplificada del tratamiento cognitivo conductual. Agras en 1992 descubrieron que la combinación de imipramina y terapia cognitivo conductual producía resultados mejores a largo plazo que la imipramina sola, o la terapia cognitiva sola o un placebo por sí solo (Beck, 1995).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con (Beck, 1985), los temas cognitivos centrales de la ansiedad son aquellos relacionados con la amenaza. La amenaza dentro de esta conceptualización, es un fenómeno relativamente amplio, y puede incluir distintas amenazas posibles como la amenaza física, la amenaza interpersonal, amenazas a la autoestima o de cualquier otra naturaleza. Lo que parece ser crítico en el desarrollo de la ansiedad versus la depresión, es que los individuos ansiosos dan un valor excesivo a las amenazas y a las pérdidas y se preocupan en exceso de estas amenazas basadas en una mínima evidencia. Así, el acontecimiento negativo precipitante que conduce a la ansiedad es, de forma típica, un acontecimiento que no ha ocurrido todavía, pero que le preocupa al individuo ansioso.

En los problemas de la ira, hay un proceso similar al de la depresión, excepto que, de manera típica, el proceso implica cogniciones negativas como la culpa y el resentimiento que se dirigen hacia otras personas o circunstancias. La disfunción matrimonial es otra área en la que los patrones de atribución son críticos; es corriente ver a parejas de relaciones perturbadas vacilar entre atribuciones internas (es decir, culpar a la pareja) y parece ser que los problemas de atribución constituyen un rasgo crucial de los problemas matrimoniales.

Los trastornos de ansiedad incluyen los trastornos de pánico, la agorafobia, las demás fobias y la ansiedad general. Todos los trastornos anteriores comparten rasgos comunes, en el sentido de que son interpretados como ansiedad o miedo. Aunque hay diferencias conceptuales entre ansiedad y miedo, siendo la ansiedad un trastorno emocional generalizado y el miedo una emoción aversiva provocada por un estímulo específico externo, no se ha encontrado que la distinción sea útil a la hora de diseñar un tratamiento.

Las cogniciones de los pacientes con ansiedad se centran alrededor de tres temas: aceptación, competencia y control que comparten el hilo común de la amenaza. Los aspectos de aceptación se basan sobre el temor de que una persona no sea aceptable para los demás. El componente crucial de su sistema cognitivo es la creencia de que necesita la aceptación de todo el mundo con el fin de lograr el bienestar o la felicidad y que el rechazo representa una importante amenaza. La persona preocupada por la aceptación se encuentra

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

excesivamente vigilante a las señales de rechazo y puede esperar también que todo el mundo le proporcione señales claras de aceptación. Al igual que el caso de los pacientes deprimidos, las respuestas racionales a las suposiciones se centran en el desarrollo de la valía de uno mismo, independientemente de las fuentes externas de aprobación. La competencia es la creencia de que son inferiores debido a algún defecto que puede ser de carácter físico, que puede atribuirse a la inferioridad del intelecto o de la personalidad, o incluso a la raza o al sexo. Los pacientes temen no ser capaces de realizar algunos trabajos o de asumir ciertas responsabilidades. Estos pacientes tienen la sensación de ser impostores o creen que no son lo suficientemente buenos para tener, por ejemplo, un trabajo determinado y viven con el temor de ser descubiertos. Las personas que temen perder el control se centran en la amenaza de los demás o en los acontecimientos que los dominan. Esta preocupación particular puede tomar muchas formas. Los pacientes, a menudo, temen perder el control y la razón o llegar a convertirse en los esclavos de una persona con autoridad. Normalmente atribuyen su ansiedad a estímulos externos, pero un examen más minucioso revela que no es la situación en sí misma lo que se teme, sino la posible pérdida de control.

Según Beck (1985). Se pueden evaluar tres componentes de la fenomenología de la ansiedad: las señales fisiológicas de ansiedad, las manifestaciones conductuales y las cogniciones.

Beck (1985) explica que todas las técnicas de tratamiento para la ansiedad buscan eliminar dos principales estrategias de respuesta: las conductas de evitación y las conductas ritualizadas, las cuales pueden tener profundos efectos en la vida de una persona. La respuesta de evitación es una retirada directa del estímulo temido, mientras que la conducta ritualizada sirve al propósito de reducir temporalmente el nivel de ansiedad. La aplicación más lógica de un tratamiento orientado hacia la aproximación es la desensibilización sistemática, en donde los pacientes construyen una jerarquía de situaciones temidas y se imaginan a sí mismos en las distintas situaciones bajo un estado de relajación, un estado incompatible con el estado de ansiedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO TRES MANUAL DE TERAPIA COGNITIVA BASADO EN EL MODELO DE BECK.

Cuando Beck, John, Brian, & Emery (1983) presentaron su libro "Terapia Cognitiva de la depresión", dieron inicio a todo un nuevo modelo para el tratamiento de este síndrome y lo hicieron con la siguiente estructura:

- 1) El papel de las emociones en la terapia cognitiva
- 2) La relación terapéutica: Aplicación a la terapia cognitiva
- 3) Estructura de la sesión terapéutica
- 4) La entrevista inicial
- 5) Aplicación de las técnicas conductuales
- 6) Aplicación de las técnicas cognitivas
- 7) Determinación de los síntomas objetivo
- 8) Inclusión del trabajo para casa en la terapia
- 9) Problemas técnicos

Es indiscutible que, si se quiere exponer una forma de practicar terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión, la estructura utilizada por Beck, John, Brian, & Emery (1983) es muy conveniente ya que en ella se exponen, paso a paso, las principales características de la práctica cognitiva.

La estructura utilizada por Beck, John, Brian, & Emery (1983) y que será empleada en este manual va de lo más sencillo a lo más complejo, poniendo énfasis en el papel de las emociones en la terapia, las características que debe poseer una sesión terapéutica cognitiva y también aporta algunos consejos para que los terapeutas en formación puedan solucionar los problemas técnicos a los que se pueden enfrentar.

1. El papel de las emociones en la terapia cognitiva.

Objetivo: Identificar la importancia de fomentar la expresión de emociones por parte del paciente en el tratamiento cognitivo de la depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El primer elemento a considerar en la aplicación de la terapia cognitiva para la depresión radica en las emociones, que al ser parte inseparable del paciente, juegan un papel fundamental en el resultado positivo o negativo de la terapia. Está demostrado que las emociones son un factor que afecta directamente el resultado de la terapia cognitiva para la depresión.

Se entiende que si un paciente que sufre de depresión y tiene como emociones la tristeza y el llanto por la muerte de algún familiar cercano se debe de trabajar de manera directa con esas emociones ya que si se dejan de lado el resultado de nuestra terapia muy probablemente será negativo.

De acuerdo con Beck, John, Brian & Emery (1983), las emociones pueden ser sentimientos como la alegría, la tristeza, la ira, la desesperación y la ansiedad. Estos sentimientos surgen al momento en que el paciente se encuentra con los estímulos que detonan el proceso depresivo y pueden afectar las ideas equivocadas que el paciente tiene sobre su realidad. Por esta razón, el terapeuta debe tener la capacidad de identificar, trabajar y transformar las emociones del paciente si es que quiere obtener un buen resultado en el proceso de terapia.

El primer paso que deben seguir los terapeutas en formación dentro del trabajo con emociones en la terapia cognitiva es la identificación de dichas emociones en el paciente. Esta identificación se debe hacer porque el paciente posee una enorme cantidad de emociones dentro de sí, sin embargo, no todas intervienen en su proceso depresivo. Por esta razón el terapeuta debe identificar aquellas emociones que afectan las ideas irracionales del paciente con respecto a un evento en particular.

Una forma eficaz de identificar las emociones del paciente es realizar preguntas sobre la presentación de conductas emotivas como son el llanto, la tristeza, la ira, etc. Se le suele preguntar al paciente en que ocasiones ha llorado o se ha sentido enojado. Se debe poner atención en las características de las ocasiones en que un paciente presenta una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

determinada emoción ¿qué personas estaban en ese momento? ¿qué otras emociones tiene el paciente en ese instante? ¿Con qué frecuencia tiene esas emociones el paciente? ¿a partir de sus emociones qué conductas presenta el paciente?

Es imperativo que el terapeuta utilice su habilidad para determinar los síntomas que afectan directamente la depresión del paciente ya que sería imposible trabajar con todo el repertorio emocional de una persona.

Cuando un paciente depresivo llega a terapia comienza a expresar muchos sentimientos como la tristeza, la nostalgia, la ira etc. El terapeuta debe tener la capacidad de identificar las emociones que afectan directamente la depresión del paciente y trabajar con ellas.

Según Beck, John, Brian & Emery (1983) , El arma principal del terapeuta para la identificación de las emociones es su capacidad para realizar preguntas y obtener las respuestas adecuadas del paciente con respecto a sus emociones y a la manera en que interfieren en su percepción de la realidad.

Una buena manera de identificar emociones podría ser la preparación de preguntas, momentos antes de la primera sesión, que busquen la naturaleza exacta de las emociones del paciente. Entre las preguntas pueden estar como ejemplos: ¿cómo se siente? ¿Cada cuando se siente así? ¿Qué hace cuando se siente así? ¿Se siente así en otras circunstancias? ¿Por qué se siente así?

En el momento de la identificación de emociones, el terapeuta debe tener cuidado con no interpretar como emociones todos aquellos enunciados que emite el paciente con la frase "siento", sino que además, debe realizar preguntas como "usted que opina sobre", "y usted que hace" y "que se podría hacer".

Una de las principales estrategias para la identificación de las emociones en la terapia cognitiva consiste en poner especial atención en la historia que elabora el paciente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sobre su problema. En esta parte el terapeuta debe realizar preguntas que le permitan al paciente expandir su rango de identificación de emociones. Se debe partir de la idea de que el paciente no tiene la capacidad clínica de distinguir entre sentimientos y pensamientos así que todo lo que diga en terapia debe ser "filtrado". Se debe analizar cada uno de los enunciados que verbaliza el paciente y someterlo a un examen de razón con preguntas, de tal manera, que pueda ser confirmado o rechazado como un problema que está siendo percibido racionalmente.

Dentro de la relación terapéutica las emociones se transforman en factores que pueden ser la diferencia entre un resultado positivo y uno negativo. Por esta razón es importante entender que es lo que pasa con las emociones (ya identificadas) en la relación terapéutica.

El primer paso a seguir es el vencimiento de todas aquellas limitantes que impiden al paciente expresar con libertad todas sus emociones. Estas limitantes son una combinación de elementos culturales y personales que dificultan el que una persona se exprese ante un extraño (en este caso el terapeuta) y le platique con exactitud todos sus sentimientos y la manera en que estos afectan su comportamiento. De lo anterior se desprende la necesidad que tiene el terapeuta de entablar una relación más estrecha con el paciente, es decir, de ganarse su confianza.

¿Qué mecanismos puede utilizar el terapeuta para fomentar la confianza del paciente? Uno de ellos está constituido por las reacciones que el terapeuta tiene ante la narración del paciente. Ante una confesión, un paciente espera una respuesta del terapeuta, entonces es comprensible que si esta confesión recibe un regaño o una burla u ofensa, el paciente se limitará para la próxima vez a contar solo fragmentos de lo que siente o a reprimir sus opiniones ya que el terapeuta "solo se burla de él" y si además se le agrega a la situación el hecho de que el paciente es un depresivo podemos dar por hecho que el paciente va a inferir arbitrariamente "que nadie lo escucha" o "que nadie le tiene respeto". Entonces queda remarcada la importancia de la seriedad y el respeto del terapeuta para con el paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otro elemento de importancia lo constituye el rapport ya que es la primera aproximación del paciente a su proceso terapéutico. Obviamente todo terapeuta ya tiene nociones de cómo llevar a cabo un rapport, sin embargo, al momento de encontrarse dentro del proceso terapéutico con un paciente depresivo y tener como objetivo la identificación de emociones, el terapeuta debe poner un énfasis especial en la manera en que el paciente narra su problema e identificar (utilizando preguntas) aquellas emociones que juegan un papel importante en la problemática del paciente y aquellas que pueden ayudar o limitar la terapia.

Existen diferentes tipos de pacientes en lo que se refiere a la expresión de sus emociones. Están aquellos que las expresan sin problema alguno, los que tienen dificultades para expresarlas, los que nunca expresan sus emociones porque les resulta vergonzoso etc. El terapeuta debe tener la capacidad de trabajar con todos ellos ya que es de importancia insistirle al paciente en que la expresión de sus emociones de manera adecuada beneficiará a la terapia enormemente.

Una vez que se ha realizado una identificación de las emociones que tienen que ver directamente con la problemática del paciente el siguiente paso es trabajar con dichas emociones. Para tal fin se puede hacer uso de la mayor parte del repertorio de técnicas cognitivas. Estas técnicas tendrán como objetivo una mejor interpretación por parte del paciente de sus emociones y la implementación de una respuesta más adecuada ante dichas emociones. No hay que olvidar que la tristeza, el llanto, la melancolía y la ansiedad, no solo son sentimientos, son también síntomas depresivos y como tales, el terapeuta tiene como objetivo eliminarlos.

Una técnica que posee especial eficacia en el tratamiento de sentimientos depresivos es la técnica de la triple columna que se lleva un registro de las situaciones, emociones y respuestas que emite el individuo. Una vez que se tiene ese registro se pueden cuestionar las inferencias erróneas que hace el individuo en su percepción de la realidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una técnica más que puede ayudar mucho en la adecuada expresión de los sentimientos es el entrenamiento en asertividad ya que las limitaciones en la expresión de sentimientos de muchos pacientes radican en su dificultad para ser asertivos. Esta técnica les permitirá ganar la confianza suficiente para liberar sus emociones y evitar el temor o la vergüenza además de otras limitantes.

Es posible que se presente la situación de que no se da un sentimiento de empatía entre terapeuta y paciente. Por esta razón todo terapeuta en formación debe tener presente que uno de sus objetivos es el mejorar la relación terapéutica con el fin de aumentar las probabilidades de éxito en la misma. Una de las causas más frecuentes es la dificultad que posee el paciente para expresar sus sentimientos y la reacción que recibe del terapeuta. Por esta razón, el terapeuta debe buscar una buena relación con el paciente que tenga todas las características de ética y amabilidad.

Es importante señalar que sin el trabajo de emociones en la terapia cognitiva para la depresión los resultados a obtener no pueden ser positivos ya que si se trabaja solamente con el comportamiento del paciente y no con sus sentimientos se está dejando de lado una parte importantísima que puede evitar futuras recaídas.

2. La relación terapéutica: Aplicación a la terapia cognitiva.

Objetivo: Establecer las características principales que debe tener un terapeuta para beneficiar la relación terapéutica y aumentar las probabilidades de éxito en la terapia cognitiva para la depresión.

Uno de los principales factores que afectan el resultado de la terapia cognitiva es la relación terapéutica y la manera en que se va construyendo. Esta relación es algo que va más allá de la relación terapeuta-paciente es una relación que esta forjada por ciertos valores como son la honestidad, la amistad, el respeto, la ética y la sinceridad.

Si es cierto que la relación terapéutica afecta al resultado de la terapia cognitiva ¿Cómo podemos beneficiar la relación y aumentar las probabilidades de un éxito en la

terapia? De acuerdo con Beck, John, Brian & Emery (1983), existen una serie de elementos que debe tener todo terapeuta para facilitar la relación terapéutica. Entre estas características deseables se encuentran la aceptación, la empatía y la autenticidad.

En el caso de la aceptación es importante decir que una actitud de aceptación por parte del terapeuta puede contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas negativas que el depresivo aporta a la relación terapéutica.

En el caso hipotético de que un paciente de escasos recursos y que sufra de depresión llegase a recibir terapia, el terapeuta deberá aceptar la vestimenta, el vocabulario y la higiene del paciente ya que si se burla o le indica al paciente algún detalle de su condición económica éste difícilmente se sentirá con confianza para expresar sus problemas o para realizar las tareas para casa que se le asignen.

En esta parte es importante señalar que debe existir un equilibrio en la aceptación e interés del terapeuta hacia el paciente ya que si se muestra demasiado interesado, acepta excesivamente al paciente o no lo acepta y se muestra desinteresado en extremo, se puede afectar la relación terapéutica ya que el mismo paciente puede entender dichas conductas como una falta de respeto o como hipocresía.

La segunda característica que debe tener un terapeuta en formación para mejorar la relación con el paciente es la empatía y se refiere al modo como el terapeuta puede entrar en el mundo del paciente, ver y experimentar la vida como lo hace éste. En la medida en que su empatía sea adecuada, el terapeuta podrá entender cómo estructura el paciente ciertos eventos y como responde ante ellos.

De manera común, los pacientes depresivos se sienten incomprendidos ya que según su percepción nadie puede entender porque una persona deja de comer durante un periodo prolongado de tiempo después de perder un empleo. sin embargo, si el terapeuta realmente tiene un buen nivel de empatía entonces comprenderá que para el paciente era importante ese empleo y que por esa razón sufre de depresión. Gracias a esto le será más fácil al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

terapeuta entender la construcción que el paciente hace de lo que le sucede en el medio ambiente

Al igual que con la aceptación, aquí también debe existir un equilibrio ya que una empatía excesiva puede provocar que el terapeuta perciba como suyos todos los problemas del paciente y responda de la misma manera ante sus problemas y eso afectaría la terapia negativamente.

Además de comprender las diferentes características que debe poseer un terapeuta cognitivo es importante señalar como se va estructurando y formando la relación terapéutica.

La autenticidad es otra característica necesaria para todos los terapeutas en formación. Este concepto se refiere a la capacidad que tiene el terapeuta de comportarse y guiarse por los mismos lineamientos que rigen su vida, es decir, un terapeuta no puede ser empático y comprensivo en la sesión terapéutica; mientras se comporta como una persona antipática que rechaza a todo el mundo fuera de ella. El terapeuta debe ser congruente con su personalidad dentro del proceso terapéutico y al mismo tiempo tener la habilidad de eliminar de la terapia todos aquellos comportamientos antieticos e inconvenientes (como el tono de voz pedante y el sarcasmo) que no aumenten la posibilidad de éxito en la terapia.

Según Beck, John, Brian, & Emery (1983) debemos comprender a la relación terapéutica como algo que implica tanto al paciente como al terapeuta y que se basa en la confianza, el rapport y la colaboración.

Si en la relación terapéutica existe confianza básica entonces el paciente estará seguro de que el terapeuta no va a contradecirlo a menos que la terapia así lo exija, estará seguro de que el terapeuta llegará puntual a sus citas y de que la terapia no le va a costar más de lo necesario. Por otra parte, el terapeuta estará seguro de que el paciente llevará a cabo todas sus tareas en casa y de que será puntual además de que le contará todo su relato con sinceridad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una buena forma de fomentar la confianza básica de los pacientes es respetando, desde un principio, todos los lineamientos establecidos en la entrevista inicial para la terapia. En el caso de que el paciente no respetara dichos lineamientos, el terapeuta en formación debe ser cuidadoso y aplicar las medidas adecuadas ya sean una llamada de atención, una advertencia (sobre el resultado de la terapia) o hasta un regaño. En los primeros momentos de la terapia deben quedar claros aspectos como: el horario de la terapia, el costo, la duración, las palabras que se van a utilizar, las reglas básicas de interacción entre el terapeuta y el paciente y las normas que habrán de seguirse dentro del proceso terapéutico.

En lo que se refiere al rapport Beck nos comenta que se trata de un acuerdo armonioso entre paciente y terapeuta y una vez que se ha llevado a cabo este acuerdo el paciente percibe al terapeuta como alguien que comprende sus sentimientos y actitudes, que es simpático, empático y comprensivo que le acepta con todos sus defectos y virtudes.

Gran parte de las circunstancias que va a seguir la práctica cognitiva se implementan desde que se construye el rapport con el paciente. En el rapport el terapeuta en formación deberá tener cuidado de establecer de manera clara las reglas tanto de cortesía como de la práctica profesional. ¿Cómo ha de dirigirse el paciente al terapeuta? ¿Con qué tono de voz? ¿El paciente tiene libertad de expresión en la terapia? ¿El paciente puede buscar al terapeuta fuera del horario de la terapia para solicitarse su apoyo o información? ¿El paciente puede opinar sobre el contenido de las técnicas empleadas o solamente seguirá instrucciones?

Para fomentar el rapport entre terapeuta y paciente el terapeuta debe de ser cortés, es decir, debe escuchar al paciente, ponerle atención, no interrumpirlo excesivamente, ser puntual, utilizar las palabras adecuadas y recordarle hechos importantes sobre su persona. Otros factores que afectan al rapport son el aspecto físico del terapeuta, es decir, la higiene y su vestimenta además de su vocabulario y el aspecto del consultorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro del proceso de rapport es importante establecer los objetivos de la terapia cognitiva de la depresión y explicarle al paciente los resultados que puede esperar de está, las tareas que deberá llevar a cabo y el costo que esto representará además del tiempo que se llevará a cabo.

La colaboración terapéutica entre paciente y terapeuta está constituida por una serie de elementos que ya constituyen el trabajo del terapeuta propiamente dicho. El primero es la recogida de datos brutos, es decir, la recepción de todos los elementos de información que aporta el paciente.

La aportación del paciente consiste solo en otorgar datos brutos, es decir, manifestaciones de sus sentimientos, pensamientos y deseos. La aportación específica del terapeuta consiste en indicar al paciente qué datos recoger y cómo utilizarlos en el marco de la terapia.

Es trabajo del terapeuta interpretar los datos del paciente y trabajar con ellos de tal forma que el paciente se de cuenta de que sus creencias acerca del medio son erróneas y por lo tanto, su manera de responder ante él también lo es.

Un paciente depresivo le indicará al terapeuta que se siente ansioso cada vez que sale de su casa por que piensa que lo van a asaltar y que por esa razón ya no desea salir a ningún lado. El trabajo del terapeuta consiste en recibir ese dato en bruto y buscar algún hecho detonante como algún asalto anterior y utilizar técnicas para hacerle entender al paciente que no lo van a asaltar cada vez que salga de su casa y que no debe sentirse ansioso cada vez que lo hace.

Otro elemento es el de la autenticación de los datos introspectivos en donde el terapeuta anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Para cumplir tal fin, es necesario que el paciente entienda la relación que existe entre su comportamiento y sus cogniciones erróneas y que se demuestre a si mismo (con datos objetivos) que sus cogniciones no siempre son exactas. Las técnicas de registro

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de pensamientos inadecuados pueden ser útiles para dicha demostración. Un ejemplo del uso de esta técnica consiste en pedirle al paciente que lleve consigo una libreta y al momento de que se presente una idea sobre algún logro o fracaso, el paciente le solicite a otra persona (que para fines prácticos puede ser un familiar) su opinión sobre dicho acontecimiento, seguramente las opiniones contrastarán con la opinión dicotómica del paciente.

Un elemento más de la colaboración terapéutica es la investigación de los supuestos subyacentes en donde el terapeuta le pide al paciente que busque evidencias de que sus cogniciones con respecto a la realidad son acertadas y que su manera de responder ante el medio es adecuada.

El diseño de ejercicios sencillos es un elemento más en la colaboración terapéutica. En primer lugar, se debe especificar la pista o el supuesto que se va a someter a prueba, después el terapeuta proporciona una hipótesis sobre dicha pista y terapeuta y paciente diseñan un ejercicio para comprobar la hipótesis.

Por ejemplo, un paciente plantea que si le declara su amor a una chica ésta le dirá que no porque es un inútil y además porque toda la gente lo rechaza. Ante una situación así el terapeuta puede construir las hipótesis de que si el paciente le declara su amor a la chica ésta le dirá que está de acuerdo en iniciar una relación con él o que si le dice que no, entonces será por otras razones más allá de las que plantea el paciente. Por lo tanto se plantea un ejercicio imaginario en donde el paciente debe preguntarle a la chica que si le declarará su amor entonces que le respondería y porque le daría esa respuesta. Independientemente de que la chica diga que sí o no, el paciente puede llegar a comprender con ese ejercicio sencillo que sus creencias eran irracionales.

La asignación de tareas para casa es el elemento final de la colaboración terapéutica. El terapeuta debe pedirle al paciente que realice sus tareas en casa y el trabajo entre sesión y sesión y el paciente tiene el compromiso de llevarlas a cabo. Posteriormente el paciente con la ayuda del terapeuta tienen el compromiso de analizar las tareas en forma objetiva y

con la responsabilidad de corregirlas o cambiarlas si algún detalle no produce los resultados deseados.

3. Estructura de la sesión terapéutica.

Objetivo: Mencionar las características de la estructura de la sesión terapéutica cognitiva para la depresión.

La sesión de terapia cognitiva posee sus propias características y procedimientos que la diferencian de las otras sesiones de terapia. Beck, John, Brian, & Emery (1983) dividen esas características en pautas específicas para el terapeuta y la estructura formal de la terapia cognitiva.

Algunas pautas importantes que Beck, John, Brian, & Emery (1983) mencionan para la sesión terapéutica cognitiva son las siguientes:

- 1) La sesión es de tiempo limitado: El terapeuta en formación debe poseer el control del tiempo durante la sesión, debe controlar la duración de las intervenciones verbales del paciente, el inicio y el final de la sesión y el cumplimiento de los objetivos en esa sesión.
- 2) La mutua participación en la sesión: El paciente es un factor tan activo como el terapeuta en la sesión terapéutica ya que debe participar activamente en la estructuración de hipótesis, análisis de cogniciones y comportamientos, análisis de tareas y en la realización de todas las técnicas cognitivas y conductuales de la terapia.
- 3) Características físicas de la sesión: Los terapeutas en formación tienen la obligación de eliminar al máximo el factor distractivo, tener todos los materiales necesarios para la realización de la terapia (papel, mobiliario, luz adecuada, material bibliográfico etc.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es importante que el terapeuta conozca la visión que el depresivo tiene de su mundo, que comprenda que sus ideas y creencias le parecen razonables y plausibles, aun cuando sean inverosímiles para el mismo terapeuta.

Cuando un paciente depresivo llega a terapia y explica que cada vez que le presentan a una compañera de trabajo se pone ansioso y prefiere salir corriendo que entablar una plática con ella y de esa forma mejorar su relación laboral y personal le puede parecer extraño al terapeuta, sin embargo, una vez que el terapeuta realiza sus investigaciones y sus preguntas, podrá comprender que el paciente ya construyó sus inferencias equivocadas sobre la relación con sus compañeras de trabajo y se comporta así porque cree que nadie lo quiere o que su compañera lo va a rechazar.

A diferencia de otras terapias, la terapia cognitiva centra su trabajo en los datos más recientes que pueda aportar un paciente depresivo. Los datos pasados que el paciente pueda aportar sirven solo para comprender las construcciones erróneas del paciente.

Otra pauta que debe seguir el terapeuta en formación es evitar el uso de etiquetas y juicios de valor dirigidos al paciente.

Un juicio de valor sobre un paciente depresivo como "inútil", "no coopera" o "a esta persona nadie la quiere" puede convertirse en la causa de que la terapia no funcione adecuadamente o de que el paciente tenga más cogniciones negativas además de fortalecer su visión negativa de sí mismo. Es decir, las propias ideas del terapeuta sobre el paciente pueden salir a tal grado que el paciente las utilice para construir juicios de valor que afecten el curso de la terapia.

Todo terapeuta cognitivo debe ajustar el nivel de actividad además de estructurarlo de acuerdo a las necesidades de su paciente. Esto es importante ya que un terapeuta debe incitar a su paciente a que participe en la terapia, sin embargo, el terapeuta debe cuidar su nivel de actividad porque el paciente puede construir más cogniciones negativas en base a dicho nivel de actividad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El terapeuta debe saber en que momento de la sesión va a mostrarse más activo según las características de su paciente porque si su paciente está llorando, y en ese momento el terapeuta le propone un ejercicio, es posible que el paciente no responda de manera adecuada a las preguntas o al tratamiento.

El arma principal del terapeuta son las preguntas así que durante la sesión cognitiva se van a realizar muchas preguntas. Es importante que todo terapeuta conozca cuales son los objetivos de plantear una pregunta.

De acuerdo con Beck una pregunta tiene los siguientes objetivos:

- 1.- Obtener datos biográficos que sean relevantes para el diagnóstico.
- 2.- Formarse una idea general de la naturaleza del problema psicológico del paciente.
- 3.- Obtener una visión general de la forma de vida del paciente y del sistema social en que se desenvuelve.
- 4.- Evaluar los mecanismos y recursos de que dispone el paciente para manejar diversas situaciones como la objetividad consigo mismo.
- 5.- Convertir las quejas abstractas en problemas más concretos.
- 6.- Provocar la toma de decisiones presentando distintas alternativas a un problema.
- 7.- Hacer que el paciente seleccione una alternativa determinada.
- 8.- Animar al paciente a que examine las consecuencias de su conducta desadaptativa.
- 9.- Evaluar la importancia de una conducta más adaptativa.
- 10.- Elicitar las cogniciones específicas del paciente, relacionándolas con efectos desagradables y conductas inadecuadas.
- 11.- Determinar el significado que el paciente atribuye a una circunstancia concreta.
- 12.- Inducir al paciente a examinar los criterios que definen su autoestima.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13.- Demostrar la abstracción selectiva de datos negativos que hace el paciente cuando elabora sus inferencias.

El empleo del sentido del humor dentro de la sesión terapéutica es otra pauta que debe seguir el terapeuta con cuidado ya que el uso del humor en un momento inadecuado o sobre un tema delicado puede ser un arma en contra dentro del proceso terapéutico.

De acuerdo con Beck, el primer elemento de importancia en la estructura formal de la terapia cognitiva es preparar al paciente depresivo para recibir terapia cognitiva, esto es, explicarle, de forma sencilla, los supuestos teóricos, el objetivo y las características de la terapia cognitiva. Además es necesario advertirle que durante la terapia es posible que sufra fluctuaciones o altibajos en su estado anímico.

En el momento en que un paciente depresivo va a iniciar su proceso terapéutico, el terapeuta debe explicarle que su trabajo consistirá en buscar evidencias que comprueben que sus inferencias son equivocadas y que durante el proceso de terapia, es posible que sufra algunas recaídas así como buenos avances.

Es recomendable que todas las sesiones de la terapia cognitiva tengan una agenda en donde estén especificados los pasos a seguir durante la sesión. La agenda debe ser construida por el terapeuta en colaboración con el paciente y debe ser sensible a cambios sobre la marcha y a correcciones tanto del paciente como del terapeuta.

Al comienzo de la sesión de terapia cognitiva de la depresión, el terapeuta debe preguntarle al paciente que objetivos están programados para ese día y que técnicas podrían utilizar. Además el paciente debe de dar su opinión al respecto y realizar posibles correcciones.

Es crucial que el terapeuta construya hipótesis concretas acerca de la conducta del paciente (como son las hipótesis causales ó genesis de sus problemas) y que encuentre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

evidencias claras de que los supuestos del mismo son equivocados. Basándose en las respuestas del paciente a preguntas específicas, el terapeuta puede formular sus hipótesis.

Como ejemplo un terapeuta le pregunta al paciente depresivo cómo se ha sentido cuando habla con su superior inmediato y el paciente le responde que se siente ansioso y que no le pide un aumento porque piensa que su jefe lo va a despedir. Con esta información el terapeuta puede construir la hipótesis de que si el paciente le pide un aumento a su jefe en el momento adecuado y con un tono de voz respetuoso éste último no le despedirá.

Todos los pacientes depresivos van a interpretar, en cierta forma, las afirmaciones y las conductas del terapeuta como negativas y como formas de rechazo encaminadas a ellos. Por esta razón el feedback es muy importante y presionar al paciente a que de su opinión y su estado de ánimo o de conformidad con la terapia y la manera en que se está llevando a cabo lo es más.

Para incrementar el feedback en la terapia cognitiva el terapeuta en formación puede preguntarle al paciente depresivo sobre otros temas de importancia para él (su familia, deportes, su trabajo) y pedirle su opinión sobre la terapia y sobre las técnicas que se están utilizando en ese momento.

4. La entrevista inicial.

Objetivo: Señalar la importancia que tiene la entrevista inicial de la terapia cognitiva para la depresión y las características que debe poseer para beneficiar sus resultados.

Ya se ha hablado sobre la característica de tiempo limitado de la terapia cognitiva para la depresión así que no es difícil comprender que el proceso cognitivo de terapia debe ser estructurado y programado con detalle con el fin de cumplir los objetivos establecidos junto con el paciente.

Antes de la primera sesión es recomendable realizar una entrevista inicial en la que el terapeuta establece junto con el paciente que tipo de problema específico se va a tratar,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con qué tipo de terapia, con qué tipo de técnicas, cuanto tiempo se llevará la terapia, las características socioeconómicas del paciente, que síntomas de la depresión y en que orden se van a intervenir y que tipo de tarea para casa tendrá que cumplir el paciente.

La construcción de una agenda no es aplicable para la entrevista inicial ya que es el primer contacto con el paciente y no se sabe cual es su problemática específica, sin embargo, es necesario resaltar su importancia ya que en la entrevista inicial se deben establecer detalles de tipo práctico como el costo de la terapia, los materiales, el horario y el lugar de la misma.

De acuerdo con Beck, John, Brian & Emery (1983), desde la primera sesión de terapia cognitiva se puede establecer el tipo de relación con el paciente, se puede recoger información relevante y se pueden aplicar técnicas cognitivas específicas.

La mayoría de los terapeutas comienzan su entrevista inicial con preguntas como ¿Qué tipo de problema le lleva a tomar terapia? o ¿En que puedo ayudarle? Estas preguntas sirven para varios propósitos como: (a) ayuda a tranquilizar al paciente, favorece una relación terapéutica informal y facilita la labor terapéutica. (b) proporciona al terapeuta información sobre las expectativas del paciente, (c) proporciona una oportunidad para situar la relación entre la cognición y el afecto, (d) logra la mejoría inicial de los sentimientos desagradables que puede tener el paciente con respecto a la terapia.

Se le puede hacer saber al paciente que el proceso terapéutico no ha comenzado aun y que solo se trata de una breve entrevista en la que se comentarán todas las características del proceso que ambos están por comenzar. Con una serie de preguntas sencillas y algunos diálogos informales el terapeuta puede obtener una enorme cantidad de información acerca de la problemática del paciente y además puede beneficiar la relación terapéutica.

La información que se busca obtener durante la entrevista inicial puede ser: el diagnóstico del paciente, su historia de vida, su situación actual, los problemas psicológicos, su actitud ante el tratamiento y su motivación ante el mismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el caso de que un paciente con baja autoestima fuera a terapia sería vital que primero el terapeuta en formación le diagnosticara su baja autoestima (diagnóstico que después se comprobará con técnicas específicas como el inventario de depresión de Beck, recogiera datos sobre su historia de vida para comprender como se construyó el problema, en que situación actual se encuentra su autoestima, qué respuestas psicológicas emite ante un determinado estímulo y qué actitud tiene ante el tratamiento que va a iniciar.

La información que el terapeuta en formación recoge para emitir un diagnóstico es especial ya que se debe poner atención a diagnósticos anteriores y a quién y con qué técnicas los emitió. Se debe buscar todo tipo de problemas fisiológicos y canalizar en caso de que el paciente tenga problemas que no le competen al psicólogo.

Cuando el paciente llega a terapia y expresa su problemática no relata síntomas objetivo en específico, sino que más bien, emite una serie de quejas del orden general que son un problema para él. El trabajo del terapeuta consiste en transformar esas quejas en síntomas objetivo específicos que se puedan intervenir de manera adecuada.

Cuando un paciente que rompió su noviazgo de varios años llega a terapia y expresa su problema en la terapia relata que se siente triste todo el día y en todo momento, que pierde el apetito la mayor parte del día y que no obtiene buenas calificaciones. El trabajo del terapeuta sería especificar en qué momentos del día se siente triste y que tipo de problemas le llevan a sacar malas calificaciones. Esto se hace con el fin de especificar lo más que se pueda una queja y obtener los síntomas objetivo que se pueden intervenir con mayor probabilidad de éxito.

Al momento de escoger los síntomas objetivo o áreas problema que se van a intervenir es importante que el terapeuta sepa escoger aquellos que sean más problemáticos para el paciente y que al mismo tiempo sean los más susceptibles de intervención terapéutica.

Existen diferentes tipos de síntomas que la terapia cognitiva para la depresión toma en cuenta entre los que se encuentran:

- a) Síntomas afectivos: Tristeza, pérdida de la gratificación, apatía, pérdida de sentimientos, pérdida de afecto por otras personas, pérdida de alegría y ansiedad.
- b) Síntomas motivacionales: Deseo de escapar, deseo de evitar problemas o incluso actividades cotidianas.
- c) Síntomas cognitivos: Dificultad para concentrarse, problemas de atención y dificultades de memoria.
- d) Síntomas conductuales: Suelen ser reflejo de otros síntomas ya mencionados; se incluyen la pasividad, la evitación, la lentitud y la agitación.
- e) Síntomas fisiológicos: Alteración del sueño, del apetito, sudoración y llanto.

5. Aplicación de las técnicas conductuales.

Objetivo: Enumerar y explicar las técnicas conductuales que pueden ser aplicadas en la terapia cognitiva de la depresión.

Ya que muchos de los síntomas de la depresión son trastornos conductuales como dejar de caminar o estar acostado todo el día, se entiende que la terapia cognitiva tome en cuenta las técnicas conductuales como medio de inhibición de los síntomas depresivos.

En la terapia cognitiva de la depresión se deben aplicar técnicas conductuales al mismo tiempo que se trabaja con las técnicas cognitivas ya que si se ignoran los síntomas conductuales, es posible que el paciente presente una recaída.

Si un paciente que acostumbraba correr diariamente por las mañanas cambia su conducta y ya no lo hace por un problema de depresión recibe terapia conductual en forma de programación de actividades y no se toman en cuenta sus cogniciones ni creencias de que lo van a asaltar por no saberse defender y por ser un inútil y un miedoso; lo más probable es que se consiga que el paciente salga a correr durante algún tiempo y que después presente una recaída en su depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando se está trabajando con pacientes depresivos, en la terapia cognitiva resulta muy importante reestablecer el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de que su proceso depresivo se desarrollara.

El objetivo de las técnicas conductuales aplicadas en el ámbito de la terapia cognitiva es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan una mejora en su ejecución, es decir, en su manera de responder ante los eventos específicos que le son problemáticos.

Beck señala que el paciente depresivo se ve atrapado en un círculo vicioso en el que su bajo nivel de actividad hace que se considere a sí mismo como un inútil. A su vez, esa etiqueta le produce desilusión y, en un extremo, le lleva a un estado de inmovilidad. Le resulta difícil realizar funciones intelectuales así como actividades complejas que exijan actividad y habilidades especializadas.

Al ayudar al paciente a modificar ciertas conductas, el terapeuta puede mostrarle que sus conclusiones negativas y sesgadas son incorrectas. Una vez conseguidas algunas modificaciones en la conducta, el terapeuta puede mostrar al paciente que, de hecho, no ha perdido la capacidad de funcionar como en épocas anteriores, sino que su pesimismo, dificulta la movilización de los recursos necesarios. De esta forma el paciente llega a reconocer que el origen de su problema es un error cognitivo y que esos errores cognitivos influyen en su nivel de conducta.

5.1 Programación de actividades:

Es comprensible que muchos de los pacientes depresivos manifiestan una disminución de conductas abrumadora. Esta disminución se presenta sin importar que tipo de cogniciones erróneas tenga el paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el caso de que las cogniciones erróneas del paciente sean del orden de lo social, tendremos que el paciente disminuirá sus salidas, sus contactos con amigos, sus citas con personas, sus llamadas telefónicas etc; si son del orden de lo personal entonces el paciente dejará de ver televisión, leer, escuchar música, ascarse y hacer muchas cosas que hacia antes de que su depresión se desarrollará.

La técnica de programación de actividades, como su nombre lo indica, consiste en diseñar un programa de actividades que el paciente debe llevar a cabo con el fin de regresar el nivel de conductas que tenía antes de la depresión.

La prescripción de actividades determinadas se basa en la observación clínica de que a los pacientes depresivos les resulta difícil realizar las tareas que anteriormente les costaba un esfuerzo relativamente pequeño. Es posible que la técnica de planificar el tiempo del paciente lo mantenga ocupado e impida que regrese a su estado de pasividad. Además el hecho de centrarse en tareas dirigidas a un objetivo proporciona al paciente y al terapeuta datos concretos en los que basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional del paciente.

Es importante que el terapeuta en formación le presente al paciente el fundamento teórico de la programación de actividades con el fin de que éste ultimo comprenda que es lo que está realizando y con que fin y no evite el programa de actividades con tanta facilidad.

El programa de actividades lo realizan tanto el paciente como el terapeuta y a cada actividad se lo asigna un día y una hora. Es preferible que todo el tiempo del que dispone el paciente sea cubierto con una actividad y que el terapeuta comprenda que no va a emitir un juicio sobre dichas actividades sino a intentar disminuir los síntomas conductuales de la depresión del paciente.

El objetivo principal del terapeuta y del paciente es que el programa de actividades se cumpla y no que se cumpla de manera perfecta. Esto debe ser tomado en cuenta por el terapeuta en formación ya que al momento de construir el programa se deben poner

actividades que vayan de lo más sencillo a lo más complejo para que se disminuyan las probabilidades de fracaso del paciente.

El registro de actividades diarias constituye la base para poner a prueba la idea recurrente del paciente de que no puede hacer nada y de que nada le gratifica. Además, el programa induce al paciente a darse cuenta de cuales son las actividades que le proporcionan una mejoría, aunque sea leve, de los sentimientos depresivos.

5.2 Técnicas de dominio y agrado:

Uno de los principales problemas del paciente es que no obtiene ningún agrado al realizar conductas que antes de su problema le gratificaban. Esto puede ser por el hecho de las conductas no le gratificaban ni siquiera antes de su depresión, porque sus cogniciones negativas anulan la sensación de agrado de las conductas y también porque el paciente no le pone atención a las sensaciones de agrado de sus conductas.

La técnica de dominio y agrado consiste en elaborar una lista de las actividades que sean problemáticas para el paciente depresivo. A cada una de las conductas, el paciente le asignará un número que represente su dominio y su agrado. El número 0 se asigna para la falta de agrado o para la falta de dominio y el número 5 para el máximo nivel de agrado o el dominio perfecto de la conducta.

El concepto de dominio se refiere a la precisión de la tarea y a la manera en que el paciente la lleva a cabo y el termino de agrado se refiere a las cogniciones positivas que la tarea le deja al paciente. Es importante que el terapeuta le explique estos conceptos al paciente para que se puedan calificar correctamente las tareas.

Una vez que la lista de actividades ya ha sido calificada, el terapeuta en formación tiene la obligación de discutir con el paciente las calificaciones que se le asignaron a las actividades. En este punto el terapeuta posee un amplio campo de trabajo ya que debe

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

buscar las razones de que una determinada actividad no le gratifique al paciente como antes de su problemática.

El terapeuta puede asignar la tarea de llevar a cabo todos los días una determinada actividad con alto dominio durante un periodo de tiempo controlado y pedirle al paciente que anote todos los cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociada con la actividad en cuestión.

5.3 Asignación de tareas graduales:

La técnica de asignación de tareas graduales consiste en asignarle al paciente tareas que sean muy sencillas al principio y que aumenten su grado de dificultad con el objetivo de que el paciente aumente sus cogniciones positivas conforme vaya logrando realizar actividades que le gratifiquen.

La técnica de asignación de tareas graduales proporciona información vital para corregir las cogniciones erróneas del paciente. Por ejemplo: si un paciente no puede dominar y tampoco le agrada la actividad de hacer el quehacer de su casa, se comenta la situación y las cogniciones negativas de "no puedo hacer nada", "nada me sale bien", "no me gusta salir de la cama" seguramente aparecerán así que se pueden dividir las actividades en otras más pequeñas como trapear el suelo, acomodar los muebles, lavar los platos. De esta manera las actividades se hacen más específicas y las probabilidades de que al paciente le agraden y las domine aumentan.

La asignación de tareas graduales permite que se cumplan varios objetivos entre los que se encuentran:

- a) Definición del problema
- b) Formulación de un proyecto
- c) Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un determinado objetivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- d) Eliminación de las dudas del paciente, de sus reacciones cénicas y de la minimización de sus logros.
- e) Estimular al paciente para que evalúe de forma realista.
- f) Poner énfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.
- g) Asignar tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente.

5.4 Práctica cognitiva:

Esta técnica consiste en realizar el ensayo cognitivo de una determinada actividad. Consiste en pedirle al paciente que imagine y comente sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una determinada tarea. Este ensayo es dirigido por el terapeuta y tiene como objetivo repasar mentalmente todos los pasos de cierta actividad para anteceder a la práctica real de la misma.

La práctica cognitiva tiene muchas ventajas de tipo práctico ya que no requiere los elementos físicos de la actividad y tampoco se expone al paciente al fracaso ya que otro objetivo de la práctica cognitiva consiste en identificar posibles obstáculos (estímulos ambientales, cogniciones o conductas) que pudieran interferir con la realización de la tarea.

El nivel que se use en la división de la tarea, la calidad de la práctica cognitiva del paciente y los resultados de estos ejercicios son responsabilidad del terapeuta ya que él dirige todo el ejercicio y debe poner atención a su objetivo principal que es aumentar la probabilidad de que el paciente lleve a la práctica el ejercicio cognitivo.

Un consejo útil es que el terapeuta en formación prepare un tiempo antes la sesión de la práctica cognitiva. Generalmente el paciente debe estar acostado para lograr un mayor nivel de concentración y la eliminación del factor distractivo es altamente necesaria.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5.5 Entrenamiento en asertividad y role-playing:

En general, el entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas que le permitan al paciente a confrontar, discutir, defender y respetar los derechos que posee así como mejorar su interacción social con personas de diferente jerarquía o nivel social e incluye técnicas como el modelamiento y la práctica cognitiva.

El role-playing es un ejercicio dirigido que consiste en el cambio de roles entre el paciente y el terapeuta durante la sesión con el objetivo de mostrar a paciente y terapeuta un punto de vista alternativo para evaluar los factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones.

El role-playing implica sencillamente la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado. El role-playing puede utilizarse de forma paralela para elicitar una respuesta de autocomprensión por parte del paciente.

El terapeuta en formación debe tener siempre presente que el paciente debe llevar a la práctica todos los ejercicios de asertividad y role-playing y que sus cogniciones están estrechamente relacionadas con su incapacidad para expresar sentimientos o defender sus derechos, entre otros.

6. Aplicación de las técnicas cognitivas.

Objetivo: Mencionar las diferentes técnicas cognitivas utilizadas en la terapia cognitiva para la depresión, así como sus principales características.

Una vez que el paciente de la terapia cognitiva para la depresión ya ha sido capaz de realizar actividades y de modificar su estimación negativa, es momento de que el terapeuta comience a utilizar las técnicas cognitivas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Específicamente, las técnicas cognitivas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos y determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que éste último hace de la realidad.

Como en todas las otras técnicas utilizadas en la terapia cognitiva, es importante explicar el fundamento teórico de las técnicas cognitivas al paciente. En esta ocasión es importante explicarle el fundamento y la manera en que la terapia cognitiva atiende el problema de la depresión. Es importante que le quede claro el concepto de tríada cognitiva, es decir, los pensamientos que tiene acerca de sí mismo, su entorno y su futuro además de sus sentimientos, motivaciones y conductas.

El objetivo principal de las técnicas cognitivas es proporcionar al paciente la evidencia de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuye a mantener al depresión y de que sus observaciones y conclusiones pueden ser incorrectas o no racionales.

En un ejemplo, un paciente con problemas de depresión que asiste a terapia, insiste en que no es capaz de bajar de peso porque el nació para no cumplir sus objetivos y ser una persona obesa toda la vida. El terapeuta tiene que convencer al paciente de que su modo de entender la realidad es irracional ya que no tiene evidencia que le indique lo contrario, sin embargo, la manera más fácil de convencer al paciente es con evidencia clara que arroje la terapia cognitiva. Es importante que el terapeuta sea cuidadoso con las ideas que le expone al paciente ya que éste puede entender que el ver al mundo de manera irracional es un error más. La idea principal que el terapeuta debe comunicar es que ambos van a actuar como dos colaboradores que pretenden investigar el contenido de los pensamientos del paciente.

El hecho de que el paciente registre sus cogniciones erróneas así como sus pensamientos y sentimientos inadecuados es un elemento de suma importancia en esta etapa de la terapia con técnicas cognitivas así que el terapeuta debe entrenar al paciente a que realice el registro de manera correcta. Beck enumera una serie de pasos para entrenar al

paciente a que observe y registre sus cogniciones: (1) Definir lo que es un pensamiento automático, (2) demostrar la relación entre cognición y afecto o conducta, (3) demostrar la presencia de las cogniciones, (4) asignar la tarea de registrar las cogniciones y (5) revisar los registros del paciente y proporcionarle feedback.

Como Beck menciona, debido a que el concepto de cognición se utiliza demasiado en la terapia cognitiva, es importante que el terapeuta defina este concepto al paciente como un pensamiento o una imagen de la que uno puede no ser consciente, a no ser que le preste atención. De forma característica, una cognición es una valoración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasada, presente o futura).

6.1 Técnicas para demostrar la influencia de las cogniciones sobre la conducta:

Existen varios métodos para demostrar la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta. La principal estrategia del terapeuta consiste en llevar a cabo varias demostraciones, pero también debe estar preparado para desarrollar o ampliar el modelo en función de las experiencias del paciente.

Un terapeuta en formación que atiende a un paciente con depresión le puede pedir al paciente que realice varios ejercicios para superar su problema, seguramente el paciente tendrá algunos problemas con la realización de ejercicios como llevar a cabo actividades que antes dominaba y ahora le es complicado realizar. El objetivo del terapeuta es demostrarle al paciente que su conducta disminuye en la medida en que sus cogniciones erróneas aumentan.

Otra técnica para demostrar la relación entre pensamientos y afecto es la de las imágenes inducidas. En primer lugar, el terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable. Si el paciente manifiesta una respuesta emocional negativa, el terapeuta puede preguntar acerca del contenido de sus pensamientos y la manera en que el paciente reaccionaría ante esa situación.

Si el terapeuta le pide a un paciente depresivo con baja autoestima que se imagine una fiesta en la que están todas las personas que no le son agradables y que le indique que sentimientos tiene en ese momento, el paciente, con toda seguridad, le indicará que se siente ansioso por salir de la fiesta ya que las personas lo señalan o lo ven de manera desagradable. Este ejemplo demuestra que los sentimientos del paciente lo obligan a salir de la fiesta sin evidencia alguna de que las personas lo traten mal.

6.2 Técnica de la cognición y experiencias recientes:

Es importante detectar las cogniciones del paciente con respecto a sus experiencias más recientes (pensamientos automáticos). Para lograr tal fin se le pide al paciente que mencione o que registre sus pensamientos más inmediatos a una experiencia determinada que se encuentre relacionada con el problema del paciente. Es importante que el paciente comprenda la relación entre estos pensamientos y los sentimientos que le provocan así como la respuesta que emite ante dicha experiencia.

El terapeuta puede pedirle a un paciente con depresión y problemas para comunicar sus sentimientos que registre sus pensamientos inmediatamente después de que platica con uno de sus familiares. Posiblemente el paciente registre que se siente triste o que piensa que es un inútil e incapaz de mantener platicas con sus familiares. De esto se desprende que sus cogniciones de incapacidad son el factor principal por el que no ha platicado últimamente con sus familiares.

6.3 Detección de los pensamientos automáticos:

Una vez que el paciente ha entendido la definición de la cognición y reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta expone un proyecto diseñado para poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lo más frecuente suele ser que se le den instrucciones al paciente de "atrapar" cuantas cogniciones sea posible y registrarlas en un cuaderno. Cuando mejor se registran las cogniciones es inmediatamente después de que hayan tenido lugar.

Un segundo método consiste en que el paciente reserve un cierto periodo de tiempo en el que pueda registrar todas las cogniciones del día. Este periodo de tiempo se elige en colaboración de terapeuta y paciente y es recomendable que se respete lo más posible.

Un tercer método para concretar las cogniciones consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación con la depresión del paciente. Otra alternativa es que el terapeuta enfrente al paciente con una de las situaciones ambientales perturbadoras con objeto de activar e identificar las cogniciones depresivas.

Como ejemplo: un terapeuta puede llevar a un paciente depresivo, cuyo problema comenzó cuando perdió a su padre en un día nublado, a un paseo en el momento en que este nublado el cielo le pide al paciente que registre todos sus pensamientos inmediatos. Seguramente el paciente registrará cogniciones similares a las del día en que perdió su padre y encontrará que las situaciones nubladas son en las que se siente como un inútil o un ser humano que no sirve para nada.

6.4 Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos:

El terapeuta hace que el paciente someta sus ideas a pruebas de realidad no para inducir un optimismo pasajero haciéndole creer que el mundo es mejor de cómo lo había percibido, sino para suscitar una descripción y un análisis más correctos de cómo son las cosas.

Lo esencial de la técnica de la prueba de realidad es que permite al individuo corregir sus distorsiones. El análisis del significado y de las actitudes pone de manifiesto la naturaleza irracional y contraproducente de sus propias actitudes.

En el ejemplo del día nublado que se expuso en la técnica anterior, el paciente pudo haber registrado que "durante el mal clima pensaba que otro familiar mío se moriría y por eso me sentía triste y prefería ocultarme lo más rápido posible". Ya con los pensamientos del paciente, el terapeuta puede someter a la prueba de realidad estas ideas irracionales y llevar al paciente ante el clima nublado para demostrarle que ninguno de sus familiares ha muerto ni morirá por cuestión del clima.

6.5 Técnicas de retribución:

Este tipo de técnicas consiste en eliminar la idea irracional del paciente, de atribuir todas las experiencias y acontecimientos negativos a su propia persona. Básicamente lo que el terapeuta hace es analizar un acontecimiento junto con el paciente y encontrar la responsabilidad real del paciente o de quien resulte responsable de los sucedidos. Es importante señalar que esta técnica también se puede utilizar con experiencias positivas ya que los pacientes depresivos tienen la idea irracional de que si algo bueno sucede ellos no tuvieron nada que ver.

Un paciente depresivo tenderá a pensar que su casa fue asaltada porque es un inepto y nunca podría defender sus pertenencias así que el trabajo del terapeuta es evaluar la situación junto con el paciente e indicarle que no fue su culpa el que asaltarán su casa y que la responsabilidad del paciente era protegerse así como a su familia antes que nada.

6.6 Búsqueda de soluciones alternativas:

En esta técnica el terapeuta proporciona al paciente una serie de diversas soluciones a un problema en específico con el fin de analizar cual es la mejor y más fácil para aplicar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Muchos pacientes que han sido víctimas de abuso sexual toman la actitud de no salir de casa y permanecer todo el día en la cama. El terapeuta puede ofrecer una serie de diversas soluciones alternativas que van desde salir un poco hasta platicar del problema con otras víctimas o hacer el quehacer en casa. El paciente elige una de estas alternativas y la pone en práctica por algún tiempo con el fin de comentarla con el terapeuta, que a su vez, guiará al paciente en la elección de futuras alternativas más complejas que la primera.

6.7 Registro de pensamientos inadecuados:

Esta técnica propuesta por Beck consiste en realizar un registro de las situaciones, sentimientos, cogniciones, otras interpretaciones y respuestas del problema del paciente. Cada uno de los elementos que se van a registrar puede ir en una columna cuyo encabezamiento puede ser determinado por el terapeuta en base a las necesidades del paciente.

Una paciente con problemas de depresión por su obesidad puede utilizar esta técnica para registrar las situaciones en las que come de más, los sentimientos que posee ante estas circunstancias, las cogniciones inmediatas al problema y otras interpretaciones posibles. La técnica puede arrojar muchas cosas entre las que se encuentran que la paciente puede comer de más cada vez que no tiene ninguna actividad a realizar lo que le arroja un sentimiento de tranquilidad y calma y una cognición de que si come no es una inútil que se pasa todo el día inactiva. A partir de esto el terapeuta ya tiene un curso de acción en el que debe tomar en cuenta diferentes actividades para la paciente, la eliminación de comida chatarra, etc.

El objetivo principal de esta técnica es ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas.

7. Determinación de los síntomas objetivo.

Objetivo: Que los terapeutas en formación identifiquen que tipo de síntomas depresivos se pueden intervenir en la terapia cognitiva y las técnicas que se utilizan para tal fin.

En la terapia cognitiva de la depresión es importante detectar cuales son los síntomas objetivo que se van a intervenir. El objetivo principal de la terapia es contrarrestar estos síntomas depresivos al cambiar las cogniciones erróneas del paciente.

De acuerdo con Beck, cualquiera de los componentes de la depresión que implique malestar o inmovilidad puede considerarse como un síntoma objetivo, el cual puede reformarse en términos de un problema resoluble.

Un paciente expresa que ya no habla por teléfono (como lo hacía antes de su depresión) porque siente que las personas con las que habla ya no sienten interés en sus comentarios. El terapeuta en formación puede identificar esto como un síntoma depresivo que debe ser contrarrestado con el hecho de que el paciente pueda hablar por teléfono como lo hacía antes de la depresión. El problema resoluble es que el paciente ya no habla por teléfono como antes.

Beck divide los diferentes síntomas objetivo, según sus componentes, en las categorías de: afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Es importante señalar que un terapeuta debe centrarse en una o en la combinación de varias de estas categorías para lograr el cambio cognitivo.

En cierta forma, las técnicas cognitivas propuestas por Beck pueden utilizarse para cambiar cada uno de los síntomas sin importar su categoría, sin embargo, se debe entender que la terapia cognitiva es limitada y por lo tanto, en ocasiones se necesita la ayuda interdisciplinaria del médico (síntomas fisiológicos) o de la familia (síntomas conductuales) para obtener mejores resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.1 Síntomas afectivos:

Los síntomas afectivos son todos aquellos que se relacionan con los sentimientos del paciente y en la depresión son siempre negativos.

Tristeza: El síntoma afectivo principal es la tristeza y la mayoría de los pacientes la expresan como un sentimiento de infelicidad por todo lo que hacen, lo que son y lo que serán en un futuro (tríada cognitiva). Este síntoma se puede contrarrestar con el curso de la terapia cognitiva ya que las otras técnicas cambian las cogniciones negativas del paciente. Otras técnicas de especial efectividad para el tratamiento de este síntoma son las técnicas de autocompasión, en donde el paciente emite conductas relacionadas con apoyo, felicitación y comprensión sobre sí mismo.

Un terapeuta en formación puede pedirle al paciente que en determinados momentos del día (cuando realice una actividad) se felicite a sí mismo y analice su capacidad para hacer las cosas y en un futuro intente realizarlas mejor.

Cólera: Este síntoma se puede presentar en los depresivos por un sin fin de razones entre las que se encuentran: el no completar alguna tarea, la creencia de ser diferentes de los demás y la pasividad. El terapeuta cognitivo puede emplear este síntoma como un arma en la terapia ya que puede encaminar la ira del paciente para que éste realice tareas en cada sesión o logre objetivos.

A un paciente que ya no escucha música por que se siente deprimido cada vez que lo hace y específicamente siente cólera se le puede pedir que utilice ese coraje para escuchar un minuto (el tiempo se va aumentando con el paso de la terapia) de música y que sienta coraje por no poder escuchar más tiempo la música.

Distracción: La gran mayoría de pacientes depresivos expresa una grave incapacidad para poner atención a tareas que antes de su problema no les presentaban ningún problema. Este síntoma también puede ser utilizado como una técnica terapéutica ya

que el paciente puede recibir entrenamiento para que, al momento de que se presente algún síntoma depresivo, se pueda utilizar la distracción con otras actividades y eliminar de esa forma los efectos del síntoma.

Una vez que se han identificado los pensamientos automáticos del paciente, resulta fácil entrenarlo para que se distraiga. Si el paciente se pone a llorar cada vez que un familiar olvida saludarlo, entonces se le pide al paciente que cada vez que un paciente no lo saluda se siente en un sillón a platicar con alguien más sobre su deporte favorito.

Humor: El humor en los depresivos suele no existir, sin embargo, es importante que el terapeuta entrene al paciente para que logre encontrar las características humorísticas de toda situación depresiva.

Este paso suele ser complicado para los terapeutas en formación ya que tienen la obligación de buscar las características cómicas de situaciones específicas que para el paciente son depresivas. Es aconsejable que le pregunten al mismo paciente si recuerda algún momento chistoso de su vida y pedirle que lo recuerde cada vez que se presenta un síntoma depresivo.

Limitación de las expresiones depresivas: Las personas que sufren de depresión suelen empeorar su citación cuando platican con otras personas sobre su situación y sus problemas. Este síntoma objetivo se puede resolver al enseñar al paciente a que platique con otras personas todos los elementos positivos de sí mismo, los demás y su futuro.

Llorar: Uno de los síntomas más comunes de las personas depresivas. No es un síntoma muy problemático siempre y cuando no interfiera con la comunicación durante la terapia. Es recomendable establecer tiempos para que el paciente pueda llorar.

Sentimientos de culpabilidad: Los pacientes depresivos pueden sentirse culpables de todo lo que sucede a su alrededor, sin embargo, este síntoma puede ser eliminado con

preguntas realizadas por el terapeuta, que obliguen al paciente a analizar las diferentes razones objetivas que lo obligan a considerarse culpable.

Vergüenza: Es posible que los pacientes se sientan avergonzados por algún aspecto de su persona o por algún comportamiento. El terapeuta tiene la obligación de indagar con preguntas sobre la naturaleza de la vergüenza y enseñar al paciente a que las cosas por las que siente vergüenza no tienen nada de especial.

Ansiedad: El problema de la ansiedad casi siempre va de la mano con el de la depresión en forma de síntoma o como un problema separado. En este síntoma lo primero que se hace es animar al paciente a controlar este síntoma al registrar las variables situacionales (la hora, el lugar etc.) y que evalúe el grado de ansiedad que experimenta, de esa forma, es posible que el paciente descubra que su ansiedad está controlada por cuestiones externas como algún lugar o algún momento en específico.

7.2 Síntomas motivacionales:

Perdida de la motivación y aumento de evitación: En este síntoma los pacientes pierden todas las ganas y la gratificación que recibían por realizar actividades antes de presentar la depresión. Al mismo tiempo el repertorio de comportamientos de evitación aumenta. La estrategia para este síntoma suele ser someter a pruebas de realidad todas las actividades que ya no son motivantes para el paciente.

Dependencia: Los pacientes depresivos dependientes suelen pedir ayuda a las demás personas con actividades que erróneamente creen que no pueden realizar por ellos mismos. Las técnicas de actividades programadas y el entrenamiento en autoconfianza (similar al de asertividad) son muy efectivos en este síntoma.

7.3 Síntomas cognitivos:

Indecisión: Las decisiones importantes suelen ser problemáticas para los pacientes que sufren de depresión y que presentan este síntoma ya que no logran tomar decisiones de manera correcta además de no concluir los proyectos que inician. La estrategia a seguir es la realización de una lista en colaboración de ambos (terapeuta y paciente) en la que se analicen todas las ventajas y desventajas de las diferentes opciones que se le presentan al paciente.

Percepción de los síntomas como abrumadores: Los pacientes que sufren de depresión suelen ver a los diferentes problemas como irresolubles o tremendamente grandes así que no se toman la molestia de intentar resolverlos por sí mismos. La estrategia general para este síntoma consiste en pedirle al paciente que mencione un problema y colaborar con él para la enumeración de diferentes estrategias para solucionarlo y llevar a cabo la más viable.

Autocrítica: El paciente depresivo suele criticarse por todo y darse instrucciones para comportarse como si nunca logrará nada o le fuera imposible realizar alguna actividad adecuadamente. El método cognitivo para la autocrítica consiste en hacer que el paciente se dé cuenta de que la autocrítica está presente en casi todas las situaciones y como resultado de este darse cuenta, que realice una evaluación objetiva de los pensamientos de autoculpa.

Pensamiento absolutista: Este síntoma se expresa cuando el paciente suele calificar alguna situación como muy difícil si no logra resolverla y como muy fácil si la resuelve, es decir, el paciente solo piensa en todo o nada, en bueno o malo, etc. Este tipo de síntoma se puede corregir buscando ganancias parciales de cada situación y haciéndoselas saber al paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.4 Síntomas conductuales:

Pasividad e inactividad: Cuando presentan estos síntomas, los pacientes dejan de realizar muchas de las actividades que normalmente venían realizando. La técnica de programación de actividades suele ser suficiente para contrarrestar este síntoma.

7.5 Síntomas fisiológicos:

Alteraciones del sueño: Este síntoma consiste en el cambio del horario para dormir por parte del paciente, en ocasiones también como la desaparición del sueño y la falta de descanso. Este síntoma se puede eliminar utilizando las técnicas de relajación y programando momentos en los que el paciente puede dormir.

8. Inclusión del trabajo para casa en la terapia.

Objetivo: Determinar los mecanismos que se deben seguir para asignar tareas para casa a los pacientes depresivos.

En la terapia cognitiva, las tareas para casa constituyen un importante vehículo a través del cual se obtendrán datos para refutar muchos de los pensamientos y creencias negativos. Además, los datos proporcionados por las tareas para casa hacen que la terapia deje de centrarse en conceptos subjetivos y abstractos para pasar a centrarse en hechos detallados, objetivos y realistas.

8.1 Proporcionar el fundamento teórico de las tareas para casa.

Lo primero que se debe de hacer en el trabajo con tareas para casa es proporcionarle a los pacientes todo el fundamento teórico de dichas tareas. Al proporcionar el fundamento teórico al paciente, debe quedar claro que sin su participación en la realización de tareas la terapia puede fracasar y que las tareas son una parte vital para que su problema sea superado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El momento en el que se elaboran las tareas para casa es crucial para que después el paciente se muestre participativo. Lo ideal es que colaboren ambos: tanto paciente como terapeuta en dicha elaboración de tareas y que se le otorgue cierto poder de decisión al paciente.

Es importante que al paciente se le especifiquen los pasos propuestos por Beck que se deben seguir para resolver un problema: (1) especificar el problema; (2) formular una hipótesis sobre la causa del problema; (3) diseñar una prueba para la hipótesis; (4) evaluar los resultados de la prueba; y (5) aceptar, rechazar o modificar la hipótesis para dar cuenta de los resultados de la prueba.

8.2 Asignación de las tareas para casa.

Es muy importante que en el trabajo de la terapia cognitiva para la depresión siempre se trabaje con tareas para casa y que cada tarea se adecue al paciente individual y a sus características. Se deben tomar en cuenta los horarios, el número de tareas, la personalidad del paciente, su nivel socioeconómico, su tiempo libre, edad, sexo etc.

El terapeuta en formación debe de ser lo más claro que se pueda al momento de asignar la tarea para casa. Suele resultar útil que el paciente repita con sus propias palabras en que consiste la tarea que le acaban de asignar.

Generalmente, en la terapia cognitiva las tareas para casa se revisan y discuten de manera breve, al principio de la sesión y se encargan nuevas tareas al final de la misma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.3 Facilitar la realización de las tareas.

El apoyar a los pacientes para que logren realizar las tareas que se les asignan es parte del trabajo del terapeuta cognitivo. Es importante recordar que la mejor ayuda a un paciente depresivo es la que el mismo se otorga en la realización de una tarea así que es importante que el paciente no emita ningún juicio erróneo sobre la realización de una tarea sino que espere hasta que el terapeuta pueda analizar los resultados junto con él.

Con el fin de ayudar a un paciente a que desarrolle sus tareas para casa, un terapeuta puede implementar varios tipos de técnicas de autocontrol como por ejemplo las autoinstrucciones, frases de apoyo que se diga a sí mismo el paciente o también se le puede pedir al paciente que escriba los sentimientos que le arroja determinada tarea para casa.

Otra forma de ayuda para los pacientes depresivos que están realizando tareas para casa, consiste en eliminar todo aquello que pueda distraer al paciente de sus tareas programadas como por ejemplo: la televisión, el ruido, sus familiares, teléfono, etc.

8.4 Detectar las reacciones inadecuadas ante las tareas para casa.

Es muy probable que los pacientes no logren realizar las tareas que se han asignado o que las realicen sin entusiasmo o que no las realicen completamente. Por esta razón, es importante que el paciente aprenda a ir en contra de los pensamientos distorsionados y negativos que tendrá al momento de realizar la tarea.

Para disminuir las reacciones inadecuadas es muy útil asignar tareas sencillas que el paciente pueda desarrollar con total confianza y seguridad.

8.5 Elaborar los programas de actividades de manera que resulten agradables.

Existen varias reglas propuestas por Beck para la elaboración de programas de actividades:

- 1.- Después de la primera entrevista, el paciente rellena un programa de actividades que proporciona información sobre el nivel y tipo de actividad. El paciente registrará lo que hace durante cada hora.
- 2.- Tras este registro de línea base, el programa de actividades se emplea para planificar la actividad de los pacientes.
- 3.- La planificación se hace con una cierta flexibilidad. Si se da un acontecimiento inesperado, el paciente puede cambiar el programa.
- 4.- Si el paciente no realiza una de las actividades que estaban programadas, no es necesario que vuelva atrás para llevar a cabo la actividad olvidada.
- 5.- Si el paciente finaliza una actividad antes del tiempo previsto, no tiene que seguir con las tareas programadas a continuación, sino que cuenta con un momento de descanso.
- 6.- Los pacientes pueden servirse de autoinstrucciones escritas para emprender y realizar determinadas actividades.
- 7.- A la hora de seleccionar las actividades, el paciente debe hacer una lista de actividades agradables a corto plazo, además de las actividades de dominio.
- 8.- Para evitar conductas inadecuadas, se sigue una regla general, de manera que, el paciente no debe dormir en horas que no son para eso, ni comer a destiempo etc.
- 9.- Las actividades deben estar relacionadas con la rutina habitual del paciente que anote en una lista sus modos típicos de actuar antes de la depresión.
- 10.- El paciente debe registrar las actividades sin especificar demasiado.
- 11.- El terapeuta ayuda al paciente a darse cuenta de que siempre está haciendo algo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.6 Programar actividades que resulten agradables.

Al momento de buscar actividades que le resulten agradables al paciente y que tengan mayor probabilidad de ser realizadas con efectividad, resulta muy útil pedirle al paciente que elija ciertas actividades de una lista diseñada por el terapeuta con ese objetivo.

9. Problemas técnicos.

Objetivo: Determinar cuales son los principales problemas que pueden surgir durante el curso de la terapia cognitiva de la depresión y solucionarlos.

En la terapia cognitiva se trabaja con personas así que no es difícil que surjan diversos problemas técnicos que, por ser inesperados, alteran el resultado de la terapia o impiden su curso. Por esta razón, es importante que el terapeuta esté preparado para solucionar tales problemas.

9.1 Pautas para el terapeuta.

Una parte de la solución de los problemas técnicos se encuentra en la manera de trabajar del terapeuta. Si sigue una serie de pautas propuestas por Beck, es posible que se disminuya la aparición de dificultades y se mejore el trabajo con pacientes problemáticos.

Las pautas que debe seguir un terapeuta en el trabajo con pacientes problemáticos son las siguientes:

1.- Evitar estereotipar al paciente: Le debe quedar claro al terapeuta que el paciente no es un problema en sí y que si lo "etiqueta" no podrá comprender como éste construye la realidad.

2.- Mantener el optimismo: Un buen terapeuta debe mostrar optimismo en todo el curso de la terapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- Detectar y hacer frente a las propias cogniciones distorsionadas: El terapeuta cognitivo debe estar alerta de que sus propias cogniciones distorsionadas no afecten su trabajo (ejemplos "el paciente no sabe trabajar" o "el paciente no me entiende nada").

4.- Mantener un alto nivel de tolerancia a la frustración: El trabajo con pacientes depresivos exige un alto nivel de tolerancia a la frustración ya que se presentarán muchas dificultades para que se cumplan todas las tareas adecuadamente, se lleve todo conforme al programa etc.

5.- Mantener una actitud orientada a resolver los problemas: Un método de resolución de problemas permitirá al terapeuta hacer frente a las dificultades a medida que vayan surgiendo. En primer lugar, el problema debe especificarse y ser verificado por el paciente. A continuación, terapeuta y paciente esbozan varias soluciones. Por último, éstas se ponen a prueba sobre una base experimental.

9.2 Creencias antiterapéuticas del paciente.

Existen una serie de problemas técnicos relacionados con las creencias que el paciente tiene sobre la terapia y sobre sus resultados. Es muy probable que los pacientes no conozcan absolutamente nada sobre la terapia cognitiva, sin embargo, construyen creencias negativas sobre la misma.

1.- El paciente piensa que está deprimido porque las cosas están realmente mal y no porque él haya construido cogniciones negativas sobre su situación: Es importante que el terapeuta ponga atención a los problemas reales del paciente y que sepa distinguir entre sus constructos y sus problemas objetivos.

2.- El paciente sabe que interpreta todo en un sentido negativo, pero asegura que no puede cambiar su personalidad: El terapeuta debe encontrar la razón por la que el paciente piensa que no puede cambiar y contrarrestarla.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.-El paciente no puede pensar en respuestas racionales a los pensamientos automáticos por estar alterado: Es recomendable pedirle al paciente que espere a estar menos alterado antes de comenzar a escribir sus pensamientos y sentimientos.

4.- El paciente teme tener una recaída una vez que termine la terapia: Es importante explicarle al paciente que, en ocasiones, suelen presentarse recaídas después del tratamiento y que se le entrenará para que esas recaídas ya no sean un problema.

9.3 Conductas antiterapéuticas del paciente.

Es muy común que en el proceso de la terapia cognitiva se presenten conductas antiterapéuticas por parte del paciente. El terapeuta experimentado debe saber como contrarrestar cada una de estas conductas ya que si no lo hace, es resultado de la sesión se puede ver comprometido.

1.- El paciente no habla o no puede hablar en la terapia: El terapeuta debe estimular al paciente para que se comunique en la terapia. Lo primero que se debe de hacer es investigar las razones que tiene el paciente para no comunicarse y después pedirle al paciente que se comunique. Una buena forma de estimular la comunicación del paciente es pedirle que escriba todo lo que no puede decir.

2.- El paciente inventa datos o falsea información: En este caso es recomendable indicarle al paciente que al inventar datos compromete el resultado de la terapia y que de esa forma, es posible que no logre superar su depresión.

3.- El paciente habla demasiado sobre temas fuera de la terapia: El terapeuta debe controlar el tiempo de la sesión y no permitir que el paciente ocupe demasiado con su narración. También es recomendable eliminar todos los factores distractores que se puedan encontrar al momento de la sesión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.- El paciente intenta prolongar la sesión: El terapeuta debe saber como terminar la sesión y en que momento ya que existen pacientes que intentaran prolongarla demasiado deliberadamente. Un buen mecanismo es utilizar frases como "Veo que solo nos quedan diez minutos para tratar lo que nos queda".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES.

Una de las principales conclusiones que se obtienen al trabajar con el modelo cognitivo es que se puede aplicar con relativa facilidad al principio y que con la experiencia, el psicólogo novato podrá ir perfeccionando su terapia y sus resultados.

Una de las características principales en la terapia cognitiva es la facilidad que tiene de ser combinada con otras propuestas teóricas como la conductual. Un terapeuta en formación cuya finalidad sea perfeccionar sus habilidades terapéuticas tendrá la habilidad de ir juzgando por sí mismo cual es el momento en que se necesite la ayuda de otro marco teórico y cuando no.

Todo paciente que necesite terapia cognitiva en México también necesitará que el terapeuta entienda su contexto y la manera en que su problemática se desarrolló hasta el punto en que fue necesario que pidiera ayuda. Todos los terapeutas en formación deben tener cuidado con esto ya que sus pacientes no son entidades que llegan a terapia y a los que se les pueda aplicar terapia cognitiva para solucionar su problemática. Además el proceso cognitivo toma en cuenta la importancia del contexto en el que se desarrollaron las cogniciones erróneas del paciente así como la conducta que le limita en el cumplimiento de sus objetivos.

Es aconsejable que los terapeutas pongan atención en la manera en que el paciente ha estructurado su mundo y la influencia que tiene la familia en este proceso aún antes de que se presentará el problema ya que la interpretación negativa de la realidad puede tener su origen dentro del núcleo familiar y no solo en el sujeto.

En este trabajo, cuando se abordó el tema de la terapia cognitiva no se discutió ni se puso en duda su eficiencia en los problemas como la depresión, la ansiedad, fobias y otros problemas susceptibles de intervención; Más bien lo que se demostró es la forma en que aumenta la probabilidad de un resultado positivo; en la medida en que se toman en cuenta varios factores de importancia para la terapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Uno de los factores de importancia es la relación entre el paciente y el terapeuta: Está claro que los terapeutas en formación deben poner especial interés en mejorar sus características personales como terapéuticas ya que peculiaridades como el nivel de voz, el uso de palabras adecuadas, el manejo de pausas y momentos durante la terapia, el manejo del tiempo, la atención en el paciente y la empatía apoyarán su trabajo y disminuirán la posibilidad de un fracaso.

Para aplicar terapia cognitiva como medio de solucionar la depresión, es necesaria la práctica con las diversas técnicas de orden cognitivo y conductual, por esta razón es importante recomendar a los terapeutas que trabajen de manera constante y que analicen bien sus resultados (positivos y negativos) para aumentar la posibilidad de éxito

A lo largo de la propuesta de Beck se menciona una característica importante que es necesaria para un terapeuta cognitivo que es el nivel de frustración alto. Es comprensible que, si en la teoría cognitiva se trabaja con pacientes que han interpretado la realidad de manera errónea, se tengan muchos fracasos antes de llegar al éxito. Desde esta perspectiva no solo el paciente tendrá que cambiar sus creencias equivocadas, sino que también el terapeuta tendrá que hacerlo. Un caso que en principio pueda parecer un fracaso, puede no serlo completamente ya que el terapeuta puede haber aumentado su experiencia, aprendido a utilizar más técnicas, mejorado su nivel de entrevista etc.

La ayuda que los terapeutas novatos puedan recibir de los expertos puede ser muy importante así que se recomienda la recepción de asesoría de expertos sobre la forma en que los terapeutas en formación puedan mejorar sus resultados así como su participación en la terapia cognitiva.

Lo beneficioso de la terapia cognitiva no solo se aplica al paciente, sino que también, es crucial que el terapeuta analice que se aplica de la terapia a su vida y a su propia construcción de la realidad y que técnicas le pueden ayudar a corregir sus propias creencias erróneas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo que se refiere a la depresión el terapeuta en formación debe tener cuidado ya que es un problema que exige mayor calidad de trabajo y que posee mayor riesgo de fracaso. Esto se entiende ya que la depresión es un problema más complejo que las fobias o la asertividad. Además siempre está latente la posibilidad de un suicidio del paciente, por está razón el terapeuta puede comenzar su formación con el tratamiento de problemas más sencillos y poco a poco irse acercando a la problemática de la depresión.

Por último cabe mencionar que, aunque este manual está diseñado principalmente como herramienta para los terapeutas en formación, sus sugerencias pueden ser de utilidad también para terapeutas experimentados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS.

Ariceti, S. y Bemporado, J. (1990) *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós. 25-72.

Beck, A. T. (1985). Terapia cognitiva, terapia conductual, psicoanálisis y farmacoterapia, un continuo cognitivo. En: M. J. Mahoney & Freeman. *Cognición y psicoterapia*. (349-369). México: Paidós.

Beck, A. T. (1995). Terapia cognitiva: pasado, presente y futuro. En: M. J. Mahoney *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. (49-61). España: Desclée de Brouwer.

Beck, A.T; John, R. A.; Brian, F.S. & Emery, G. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer. 11-39.

Calderón, G. N. (1984). *Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas. 87-113.

Caro, I. (1988). *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós. 345-361.

Ellis, A. (1995a). Desarrollando los ABC de la terapia racional-emotiva. En: M. J. Mahoney. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. (337-348). España: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1995b). Reflexiones sobre la terapia racional-emotiva. En: M. J. Mahoney. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. (93-97). España: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. & Grieger, R. (1990). La terapia racional emotiva y la terapia cognitivo conductual: Similitudes y diferencias. En: A. Ellis (Ed.). *Manual de Terapia racional emotiva*. (47-61). Bilbao: Desclée de Brouwer.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ellis, A. & Grieger, R. (1990). La terapia racional emotiva y la terapia cognitivo conductual: Similitudes y diferencias. En: A. Ellis (Ed.). *Manual de Terapia racional emotiva*. (47-61). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. y Michael, E. B. (1990). ¿Qué es la terapia racional emotiva (RET)? En: A. Ellis (Ed.). *Manual de terapia racional emotiva*. (19-45). Bilbao, Desclée de Brouwer.

Fernández, A. H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. México: Paidós. 19-43.

Figuroa, I. Z. (2002) *La Depresión en México*. Artículo electrónico disponible en: <http://mjpediatra.com.mx/boletin/dic01.htm> México, D.F.

Fowler, D; Garety, P. & Kuipers, E. (1995). *Cognitive behavior therapy for psychosis: Theory and practice*. England: Wiley. 93-104.

Froján, P. (1998). *Consultoría conductual*. Madrid: Pirámide. 145-168.

Haaga, D. A. & Davidson, G. C. (1995). Una valoración de la terapia racional-emotiva. En: M. J. Mahoney. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. (99-112). España: Desclée de Brouwer.

Heyes, C. & Huber, L. (2000). *The evolution of Cognition*. Englad: The Mit Press. 3-22.

Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El manual moderno. 293-326.

Keit, S. & Franche, R. L. (1991). La práctica de la terapia cognitiva. En: V. E. Caballo (Ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (492-526). México: Siglo veintiuno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lega, L. I. (1991). La terapia racional emotiva: Una conversación con Albert Ellis. En: V. E. Caballo (Ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (475-492). España: Siglo veintiuno.

Lewinsohn, P. M. & Hoberman, H. M. (1985). Depression. En: Bellack, A. S; Hersen, M. & Kazdin, A. E. *International Handbook of behavior modification and therapy*. (173-207). New York: Plenum. 173-207.

López, G. I. (2002) *El Constructivismo en Psicología*. Artículo electrónico disponible en: <http://eapi.tripod.com.ar/eapi/id7.html> México, D.F.

Mahoney, M. J. (1995). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. España: Desclée de Brouwer. 21-37.

Mahoney, M. J. & Neimeyer, R. A. (1995). *Constructivism in Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association. 11-38.

Marvin, G. (1996). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée de Brouwer. 18-28.

Meichenbaum, D. (1988). Terapias Cognitivas Conductuales. En: Linn, S. J. & Garske, J. P. *Psicoterapias Contemporáneas Modelos y Métodos*. (331-362). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Meichenbaum, D. (1995). Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva: pasado y futuro. En: M. J. Mahoney. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. (39-46). España: Desclée de Brouwer.

Sánchez, T; Orejudo, H. & Froján, P. (1998). *Consultoría conductual*. Madrid: Pirámide. 111-131.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Wolpe, J. (1985). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas. 263-279.

Zlachevsky, O. A. (1996). *Una Mirada constructivista en Psicoterapia*. Revista
Terapia Psicológica. México: Año XIV, Vol. VI, No. 26.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN