



Psicoterapia Cognitivo Conductual- Tcc

MÓDULO 1 - 1



Psicoterapia Cognitivo Conductual- Tcc

MÓDULO 1-1

**Módulo introductorio, conceptos básicos
para un terapeuta cognitivo-conductual.
Fundamentos Teóricos del
Modelo Cognitivo Conductual**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. TEORÍA Y FUNDAMENTOS

- 1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS
- 1.2. INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL
- 1.3. LOS FUNDADORES DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA: BECK Y ELLIS
- 1.4. DESARROLLO DE LA TERAPIA CONDUCTUAL
- 1.5. ELEMENTOS TEÓRICOS CENTRALES. ANÁLISIS DE ESTRUCTURAS DE SIGNIFICADO
- 1.6. PSICOTERAPIA COGNITIVA Y OTRAS ORIENTACIONES PSICOTERAPÉUTICAS. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS

2. EL PROCESO TERAPÉUTICO

- 2.1. PROCESOS DE CAMBIO Y ESTABILIDAD
- 2.2. FASES GENERALES DEL PROCESO TERAPÉUTICO
- 2.3. PRIMERA FASE EVALUACIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN TERAPÉUTICA
- 2.4. SEGUNDA FASE DEL PROCESO TERAPÉUTICO: ALTERNATIVAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES A LOS CÍRCULOS VICIOSOS INTERACTIVOS Y LOS SUPUESTOS PERSONALES
- 2.5. TERCERA FASE DEL PROCESO TERAPÉUTICO: TERMINACIÓN, SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

INTRODUCCIÓN

Esta obra fue concebida originalmente a partir de un curso de introducción a la psicoterapia cognitiva dirigido a psicólogos y psiquiatras que se desarrolló en 1992. Como en su concepción original, se destaca la división de la obra en cinco partes: (1) teoría y fundamentos, (2) el proceso terapéutico, (3) la relación terapéutica y (4) otros aspectos.

La parte teórica se dedica a la historia de la terapia cognitiva y al rol central del análisis de la estructura del significado en la concepción cognitiva de la psicoterapia.

En los capítulos dedicados al proceso terapéutico destacamos como se entiende el cambio y la estabilidad desde un punto de vista cognitivo; y las fases generales por las que transcurre la terapia.

Respecto a la relación terapéutica, destacábamos ya en 1992, la importancia del cambio cognitivo a través de la relación terapéutica; aspecto que se ha venido afianzando en manuales de terapia cognitiva posteriores (p.e Safran Y Segal).

La parte dedicada a las aplicaciones clínicas se dedica a exponer la terapia cognitiva a doce trastornos frecuentes en la clínica, como los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia, trastornos sexuales, etc.

La última parte del módulo presenta las principales orientaciones de la psicoterapia cognitiva, la relación entre psicofármacos y psicoterapia cognitiva y las concepciones erróneas sobre la psicoterapia cognitiva.

El módulo está concebido como un manual para psicólogos clínicos y pediatras interesados en el enfoque cognitivo de la psicoterapia.

1. TEORÍA Y FUNDAMENTOS

1.1. INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Este modelo pretende esbozar de manera breve un poco acerca de lo que es la Terapia Cognitivo-Conductual, explicar sus bases y fundamentos teóricos así como dar un pequeño margen de cómo está estructurada en sus preceptos básicos, que si bien su formación histórica es muy diversa, si converge en la falta de eficacia de los métodos terapéuticos surgidos durante el siglo XX hasta la actualidad como motivo de su surgimiento por lo cual la terapia Cognitivo Conductual ha mostrado muy buena eficacia en el tratamiento de diversas problemáticas psicológicas. Cabe mencionar que la historia y el desarrollo de la Terapia Cognitivo-Conductual es muy amplia siempre retomando el valor de la vida como premisa básica de su información sin embargo por cuestiones de espacio para un artículo se resume, pero que sin embargo no deja de lado a sus principales exponentes, así como también sus premisas bajo las cuales funciona.

En el campo de la psicología se ha tenido un crecimiento impactante en cuanto a teorías y modelos explicativos acerca del comportamiento humano se refiere, sin embargo, en este artículo se hará más énfasis en el desarrollo creciente y gradual que ha tenido el campo de la psicoterapia en el planteamiento de nuevas técnicas y modelos que ayuden a resolver problemas de comportamiento humano, en especial, la terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que implica diversos tipos de tratamiento en base a diversas problemáticas de índole biopsicosocial en el ser humano, recalando que esta terapia no solo se queda a nivel individuo, considerándolo parte de un conjunto funcional de entes que se desarrollan en base a sociedades y naturaleza biológica. Cabe destacar que es la que mayor resultado positivo ha arrojado en resumen de tratamiento a pacientes con trastornos más específicos y de mayor problemática como lo son la esquizofrenia o el trastorno límite, problemas que, si bien no son tan comunes como otros tantos, si son perjudiciales en el núcleo social y que poco a poco van tomando papel en el desarrollo de las personas y su entorno.

A pesar de existir distintas explicaciones acerca de lo que es la terapia Cognitivo-Conductual y que tipo de técnicas y estrategias se puede incluir en su amplio espectro, hoy en día se puede considerar a la Terapia Cognitiva de Ellis y Beck, a los modelos Cognitivo-Conductuales y la perspectiva Construccionalista como intervenciones que caben dentro de este alero conceptual (Caro, 2002). Sin embargo, es prudente realizar un breve esbozo histórico que nos explique cómo es que se originó esta modalidad terapéutica así también el cómo a lo largo del tiempo se fue consolidando como una de las más eficaces psicoterapias en el tratamiento de diversas problemáticas.

¿Cómo se origina la Terapia Cognitivo-Conductual?, una pregunta que en muchos sentidos es difícil y fácil a la vez contestar, debido a la cantidad de autores que la manejan y otros tantos que la critican y que a su vez dan un mal entendimiento de ella por su falta de experiencia en esta terapia. Un breve esbozo histórico aclarará algunas de tantas dudas que se tienen de este modelo.

Los planteamientos desde donde se han retomado perspectivas que conforman a la TCC provienen de la filosofía estoica (350 a.C al 180 d.C). La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crisipo y

Epícteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón). Quizás fue Epícteto quién más desarrolló la idea de cómo se producían las pasiones y de cómo se podían dominar. En su obra “Enchiridion” afirma que los hombres se perturban más por la visión, opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos (Ruiz & Cano, 2002). En esta frase se pone de manifiesto uno de los preceptos básicos de la TCC, lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó, el sentido o la atribución de significación, en síntesis, la construcción particular de la realidad. La TCC destaca el lado subjetivo de la realidad y el papel estrecho que los pensamientos juegan en el individuo, elementos centrales que serán retomados y desarrollados para modificar los pensamientos que causen problemas en las personas y las conductas que se vean alteradas por tales motivos. Esto es retomado por separado por las entonces corrientes psicológicas imperantes como el Cognitivismo que surgió fundamentalmente como una reacción a los modelos y desarrollos conductuales, ya que para estos últimos la persona respondía solo a partir de condicionamientos o aprendizajes ambientales, para la Cognitiva no solo importará el estímulo, sino principalmente la particular configuración que la persona haga de esos estímulos, lo que se dio en llamar el Paradigma del Procesamiento de la Información (Camacho, 2013).

El conductismo fue el paradigma imperante, desde principios del siglo XX hasta la década del 40' sobre todo en el campo de la psicología médica experimental, y el psicoanálisis ejercía su fuerte influencia en la práctica clínica, pero como genialmente señala Gardner (1996) en la Nueva Ciencia de la Mente: que entre las ideas estrictas de los conductistas y las conjeturas desenfrenadas de los freudianos, era difícil entrar de una manera científicamente respetable en el territorio de los procesos del pensamiento humano. Sin embargo, las nuevas tecnologías, así como las limitantes que se tenían de los modelos psicoanalíticos y conductistas, dieron paso a que la psicología cognitiva también redefiniera sus preceptos, teniendo un cambio también acerca de la concepción del ser humano y sus procesos mentales (Gardner, 1996).

Y así surgieron ideas de la concepción del ser humano, ya no solo centrándose en la conducta sino también en las cogniciones, entendidas estas como el resultado de procesos internos que a su vez son mediados por el lenguaje, los instrumentos y el desarrollo histórico-cultural del sujeto que a su paso desencadena en el estudio de procesos olvidados, no tomados en cuenta o que no creían importantes como lo es el pensamiento, la conciencia y la inteligencia.

De esta manera a mediados de los 50's la revolución cognitiva y de otras corrientes dan a la información de nuevas posturas, una de ellas producto de autores que logran combinar de manera más concertada y dinámica un modelo terapéutico más elaborado y con mayor rango de eficacia dado sus premisas irrefutables hasta la fecha, el modelo Cognitivo-Conductual (Yapko, 2006).

Surgimiento de la Terapia Cognitivo-Conductual

La Psicoterapia Cognitivo-Conductual surgió desde dos sectores, por un lado, autores, que venían del Psicoanálisis y por otros representantes del sector conductista, pero más allá de estas dos corrientes, se destaca Kelly (1955 en Weishaar, 1993), como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo (Weishaar, 1993).

Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Ellis (1962) y Beck (1967), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y

fundamentalmente de su práctica. Ellis desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, en donde los componentes eran tomados en cuenta, lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas. Beck en su ya clásico libro “Terapia Cognitiva de la Depresión” (2006), cuenta como comenzó a cuestionar primeramente algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, hasta que sus propias investigaciones con pacientes deprimidos, los pocos éxitos que encontraba entre sus colegas que estaban siendo sometidos a largos e ineficaces tratamientos y las inconsistencias que fue encontrando en el trabajo con pacientes depresivos, según sus propias palabras: “Me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente toda la estructura del psicoanálisis”. Es así que comienza a desarrollar lo que posteriormente se transformaría en una de las psicoterapias más eficaces para el tratamiento de la Depresión (Camacho, 2003).

La otra línea de desarrollo que conformó los orígenes de la Terapia Cognitivo-Conductual corresponde a los autores que provenían del conductismo y viendo las limitaciones del mismo comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones, entre ellos los más destacados fueron Bandura (1969), Meichenbaum (1969) y Lazarus (1971). Es por eso que a veces se habla de la Terapia Cognitivo-conductual, para mostrar este carácter integrador de dos modelos que en aquel entonces comenzaban a confluir. El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática (Mahoney, 1998).

La Terapia Cognitivo-Conductual en la actualidad.

En nuestros días se entiende a la terapia Cognitivo-Conductual como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidente en los trastornos psicológicos como la depresión, donde el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad y a modificar mediante técnicas sustentadas en la terapia su conducta (Clark, 1995, citada por Caro, 2002).

Así, la terapia cognitiva, es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza fundamentalmente para tratar diversas patologías (Beck, 2001), entre ellas la ansiedad, fobias, problemas referentes al dolor y la depresión. Esta teoría se basa principalmente en que los efectos y conducta de un sujeto está determinada en gran medida por la forma de conceptualizar el mundo, estas cogniciones se basa en las actitudes o supuestos que los sujetos han experimentado o vivenciado con anterioridad y que se han internalizado con su estructura mental y por consiguiente reflejada en sus actos. (Beck, Emery, Rush & Shaw, 2002).

La psicoterapia Cognitivo-Conductual consiste en una serie de terapias que incorporan, en su filosofía de salud mental e intervenciones, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentando modificar esa conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento. Se basa en el principio de aprendizaje; esto es, que un aprendizaje anterior ha llevado a una conducta determinada, siendo ésta desadaptativa para el momento y la cuestión que se vive o para el contexto en el cual

se encuentra la persona. Así, se le enseña al sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante la situación apremiante o a disminuir el malestar o la conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas (Hernández, 2007 citado en Hernández & Sánchez, 2007).

De esta manera, las terapias que se denominan “cognitivo-conductuales” comparten las siguientes características:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos.
- El aprendizaje tiene como mediador la cognición.
- La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelacionan la emoción, la cognición y la conducta).
- Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.
- La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos) puede modificar la conducta y la emoción.
- Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios. (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos. El método consiste en experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones: (Beck, 2006).

- Control de los pensamientos automáticos negativos.
- Identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustituciones de cogniciones desviadas por interpretaciones realistas.
- Aprender a identificar las creencias falsas.

Así pues, la Terapia Cognitiva-Conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006).

De esta manera la TCC es como empieza a tener auge hasta nuestros días en cuanto a terapias psicológicas se trata, no solo por sus avances conceptuales que redefinen a la cognición y el estudio de las problemáticas psicológicas.

La Terapia Cognitivo-Conductual es, quizás, el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones tiene hoy en día. Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación de va ampliando progresivamente conforme aparecen nuevas investigaciones. Hay aplicaciones específicas para los trastornos de ansiedad, para la depresión, para la esquizofrenia, para las disfunciones sexuales, para el juego patológico, para los trastornos de personalidad, etc. (Lega, Caballo & Ellis, 2002). Sin embargo, a pesar de su buena posición actual, no siempre fue así, como ya se vio, este paso por un proceso muy largo de contrastaciones en psicoterapia y de nuevos hallazgos, así como retrocesos en la historia para poder entender sus preceptos teóricos, pero también se avanzó en el campo de la Psicoterapia al generar nuevas visiones y actitudes hacia las personas y sus problemas.

Para finalizar, algunas observaciones sobre la aplicación de los principios de la terapia cognitivo-conductual a la práctica psicoterapéutica (Hernan, 2007 citado en Hernández & Sánchez, 2007):

- Está basada en una ciencia cognitiva, en las teorías cognitivas, en la psicología cognitiva, que son el marco teórico, por lo que la formulación de los problemas de los pacientes se hace en términos cognitivos:

1. La actividad cognitiva afecta nuestros comportamientos.
2. La actividad cognitiva puede ser estudiada y modificada.
3. La modificación de la actividad cognitiva puede modificar los comportamientos.

- Necesito establecer y mantener una alianza terapéutica.
- Es un procedimiento activo, colaborativo, participativo y directivo.
- Es una terapia enfocada y orientada al logro de las metas.
- Destaca el presente, el aquí y ahora.
- Es educativa; enseña al paciente a ser su propio análisis para:
- Focalizar el conocimiento de sus propias pautas de pensamiento.
- Reconocer la relación ente ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta.

1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

1.2.1. Orígenes filosóficos

Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a.C al 180 d.C) y la filosofía religiosa oriental budista y taoísta.

La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud, Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón). Quizás fue Epicteto quién más desarrollo la idea de cómo se producían las pasiones y de cómo se podían dominar. En su obra "Enchiridion" afirma que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos. Por lo tanto, opiniones más correctas podían reemplazar a las más incorrectas y producir así un cambio emocional (básicamente la misma idea que produce A. Ellis veintiún siglos después).

En Oriente Gautama (Buda) allá por el 566 a.C proclamaba sus principios de su religión atea: el dominio del sufrimiento físico y emocional a través del dominio de las pasiones humanas, que lleva a un estado de insensibilidad e indeterminación total, el Nirvana (desnudez, extinción). El budismo afirma que la realidad es construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que pueden ser pasionales y generar sufrimiento.

Podemos seguir rastreando el curso filosófico de concepciones que resaltaban el aspecto de la organización cognitiva de la experiencia humana, y el papel de la cognición en la emoción y conducta. Así, en los empiristas ingleses del siglo XVII (Hume, Locke, F.Bacon) se resaltan nociones como que la emociones derivan de las asociaciones de ideas, y que para lograr un nuevo conocimiento hay que librarse de los prejuicios, es decir que conceptos erróneos preestablecidos.

En los siglos XVIII y XIX dentro de la corriente idealista alemana, autores que resaltan el papel de la cognición (significados, pensamientos) son principalmente Kant (1724-1804) y Vaihinger (1853-1933). Kant en su "Crítica de la razón pura" (1781) describe la naturaleza del conocimiento no como mero derivado de una capacidad innata humana (idea defendida por los racionalistas como Descartes), ni como simple producto de las

asociaciones sensoriales (como defendían los empiristas ingleses). Él reúne los dos aspectos anteriores en una nueva síntesis que intenta resolver los problemas creados a la explicación de la génesis del conocimiento. Él argumenta que el conocimiento, por lo tanto, los significados personales de la experiencia humana, son construidos por la mente humana. Según Walhsh (1968), Kant introduce el concepto de esquema cognitivo: una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia. Incluso el filósofo alemán, llega a describir la enfermedad mental como el resultado de no adecuar el “sentido privado”, de los significados racionales compartidos socialmente. Sin embargo, será el neokantiano H. Vaihinger quien más desarrolle la idea de la realidad construida por los esquemas. Para este autor la conducta está guiada por metas y guiones ficticios (construcciones simbólicas personales), que tienen por finalidad asegurar la vida humana: Todas estas ideas tendrán una influencia decisiva sobre Alfred Adler, y a través de este sobre la futura y posterior psicoterapia cognitiva.

Ya en el siglo XX la corriente fenomenológica (Husserl) y la existencial (Heidegger) destacaran el papel de la experiencia subjetiva en el conocimiento y la existencia, resaltando el papel de la conciencia y los actos conscientes. Por otro lado, B.Rusell (1873-1971) destaca en su obra “la conquista de la felicidad” (1930) el papel jugado por las creencias adquiridas en la primera infancia que se hacen inconscientes y a veces perturban a las personas en su vida más adulta como exigencias irracionales, y como pueden ser sustituidas por creencias más racionales ayudando así al individuo a alcanzar sus metas (este autor ha tenido una influencia poderosa sobre el psicólogo A. Ellis). No hay que olvidar al filósofo español Ortega y Gasset (1883-1955) que en su obra “ideas y creencias” (1940) y otras, desarrolla el tema el hombre como instalado en ideas y creencias en unas circunstancias históricas, desarrollando a través de ellas una perspectiva personal de sus circunstancias y viéndose esa perspectiva a su vez afectada por esas circunstancias.

Desde el ámbito de la lingüística, a finales de los años sesenta, Noam Chomsky le da un giro radical a la lingüística dominada en su época por planteamientos conductistas de estímulo-respuesta. Desde su planteamiento en la gramática generativa-transformativa desarrolla la idea de que el lenguaje humano posee un potencial creativo que le permite a partir de unos elementos lingüísticos finitos el producir y entender un número prácticamente ilimitados de oraciones. Según Chomsky los humanos poseen un sistema innato de reglas de lenguaje, los universales lingüísticos, que conforman la estructura profunda del lenguaje, y que mediante una serie de transformaciones producen la estructura superficial del lenguaje, es decir las oraciones. Este autor considera la lingüística como una parte de la psicología cognitiva (Chomsky, 1956, 1957 y 1965).

Otro campo filosófico con repercusiones interesantes para la psicoterapia cognitiva es el de la filosofía de la ciencia. Esta disciplina se interesa por los fundamentos del conocimiento científico.

Autores como Kuhn (1962), K. Popper (1959), Lakatos (1970) y Maturana y Varela (1980) plantean que toda investigación científica implica supuestos y expectativas, como sesgos atencionales, muchas veces tácitos (inconscientes o no formulados) que guían la investigación y hasta el ámbito y rango interpretativo de las teorías. También se plantea que la objetividad está lejos de ser algo real, ya que el conocimiento no progresa por la acumulación de datos sensoriales sino por el desarrollo y selección de paradigmas más explicativos. En el fondo hay un cuestionamiento radical, de que el conocimiento progrese fundamentalmente por la teoría. Todo ello lleva a una epistemología relativista y probabilística antiabsolutista de corte netamente cognitivo. Esta línea filosófica ha tenido una fuerte influencia sobre la corriente constructivista de la psicoterapia cognitiva.

1.2.2. Orígenes psicológicos

A. Psicoanálisis:

El concepto de terapia cognitiva tiene su origen dentro de la práctica clínica del psicoanálisis. En 1926 el alemán Lungwitz crea este término para designar una forma de terapia psicoanalítica determinada, muy parecida a la actual psicoterapia cognitiva de Beck. Otros autores que desde el psicoanálisis han ejercido una influencia sobre la psicoterapia cognitiva han sido: Freud en su obra “El Yo y el Ello” (1923) describe dos modos de funcionamiento mental, el “Proceso primario” que concierne al funcionamiento mental inconsciente, guiado por el principio del placer, y que concierne a los mecanismos de condensación y desplazamiento, y el “Proceso secundario” de naturaleza preconsciente y consciente, y que concierne a las funciones denominadas tradicionalmente como cognitivas (pensamiento, memoria, etc), y que son guiadas por el principio de realidad. Para él, el segundo modo de funcionamiento deriva del primero, al imponer la realidad exterior restricciones a la consecución de los deseos. La psicoterapia cognitiva retomará Freud la cuestión de que al margen de los procesos conscientes, racionales y reflexivos existen otros procesos más inconscientes, más emocionales y menos racionales que muchas veces operan al margen de los anteriores.

Siguiendo la tradición psicoanalítica los autores que más han influido en la corriente cognitiva han sido los provenientes del “neopsicoanálisis o psicoanálisis cultural, sobre todo K. Horney y Sullivan. La psicoanalítica K. Horney habla de la “Tiranía de los deberías” o exigencias culturales y familiares internalizadas en las estructuras superyoicas, que juegan un papel relevante en la neurosis (A. Ellis retoma de Horney este punto al hablar de “Creencias Irracionales”. Para Horney (1950), esas exigencias tendrán un carácter defensivo ante la angustia básica generada por un conflicto entre los deseos inconscientes insatisfechos del niño y el temor a ser rechazado y abandonado. Esos “Deberías” tendrían como función encaminar los esfuerzos del individuo a lograr una seguridad (neurótica, falsa) a costa de sus deseos.

Sullivan (1953) desarrolla el concepto de “distorsión paratáxica” como un patrón interpersonal de relación con otros, que engloba pensamientos y emociones inadecuadas, derivadas de experiencias tempranas disfuncionales con los progenitores y otras figuras relevantes.

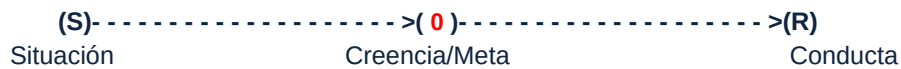
Más cercano a los años sesenta, otra línea minoritaria dentro del psicoanálisis norteamericano, el “psicoanálisis cognitivo”, enfatiza la existencia de procesos y esquemas cognitivos inconscientes formados en las etapas tempranas de la vida y que al ser “activados” generan psicopatología. Incluso se habla del “inconsciente” como una estructura de significados al margen de la conciencia, concediendo menos importancia a motivaciones de orden puramente biológicas e instintivas, incluso reinterpretando gran parte de la metapsicología en términos cognitivos. Autores en esta línea son: Arieti (1947, 1955, 1967, 1978), Bowlby (1971, 1973, 1980), Erdelyi (1974) y Peterfreund (el norteamericano, es fundamentalmente cognitivo o casi-cognitivo (p.e la llamada “psicología del yo”).

B. Psicología individual:

Es Alfred Adler (1897-1937) quién más anticipó una psicoterapia cognitiva allá por los años veinte de nuestro siglo. En su obra “Breves anotaciones sobre razón, inteligencia y debilidad mental” (Adler, 1928), que constituye un punto de inflexión en su obra, desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y la psicoterapia apartándose de los modelos motivacionales instintuales de su época. Esta obra, junto a las publicaciones de Lungwitz, se pueden considerar como las obras pioneras de la psicoterapia cognitiva.

El adleriano Dinkmeyer (1989) resume los puntos teóricos centrales de la psicología individual:

- 1- Toda conducta tiene un propósito:



- 2- La conducta está regida por un patrón supraordenado de organización de la experiencia constituido en la infancia: el estilo de vida.
- 3- La conducta es el resultado de nuestras percepciones subjetivas.
- 4- La psicología adleriana es una psicología cognitiva, relevancia de los significados, propósitos, creencias y metas personales.
- 5- La persona es un organismo unificado cuya experiencia y conducta está organizada por metas. Se propone el “holismo” como expresión de que toda conducta esta interrelacionada entre sí (de aquí el término de psicología “individual” del latín “individuum”: individual e indivisible).
- 6- Las metas de la conducta proporcionan su significado.
- 7- La psicopatología supone un modo asocial, inconsciente y egocéntrico de perseguir las metas personales.

En su obra, Adler (1924, 1927, 1933) emplea términos como “opinión”, “idea de ficción” y “esquema aperceptivo”, para referirse a creencia inconscientes aprendidas en la época infantil en una determinada atmósfera familiar, que son constituidas en las etapas preverbales del desarrollo y que junto a las “opiniones secundarias” (creencias adquiridas en la etapa de socialización y verbal del desarrollo) guían la conducta de todo individuo. Cuando las opiniones primarias (esquemas Aperceptivos) no son moduladas por adecuadas opiniones secundarias en el proceso de socialización, debido a fallos en la crianza y relación con los adultos, el individuo se ve evocado a imponer y perseguir sus metas inconscientes de modo rígido y asocial, produciendo psicopatología. Esta concepción general fue recogida treinta años después por el neopsicoanálisis, G. Kelly, A. Ellis y A. Beck. Incluso algunos teóricos contemporáneos han hablado de que la psicoterapia cognitiva constituye una reactualización de los planteamientos adlerianos (p.e Titze, 1979; Shulman, 1985 y Ford y Urban, 1964).

C. Fenomenología y Logoterapia:

El filósofo y fundador de la fenomenología, Husserl define el objeto de estudio de la misma como el estudio de los fenómenos, entendiendo como tales a las experiencias de la conciencia. El mundo exterior es representado en la conciencia. Esas representaciones subjetivas son el objeto de estudio del fenomenólogo. K. Jaspers (1913) introduce en psicopatología y psiquiatría el método Fenomenológico que permite, según este autor, la descripción de las vivencias subjetivas anómalas del enfermo psíquico. De esta manera un aspecto relevante de la cognición, la corriente de fenómenos vivenciales de la conciencia pasan a ser el objetivo descriptivo fundamental de esta corriente de pensamientos.

En psicoterapia, los fenomenólogos empleaban el método existencial. Un concepto central utilizado en la psicoterapia es el de “Estructura fundamental del significado” introducido por L. Binswanger (1945) para referirse a la tendencia humana a percibir significados en los hechos y trascenderlos. En esta línea, V. Frankl (1950) desarrolla la logoterapia, forma en que la persona revisa su historia personal y el sentido dado a su existencia a través del desarrollo de determinados valores existenciales (creativos o realizaciones personales, experienciales o encuentros con eventos relevantes y actitudinales o afrontamiento de hechos inmodificables). La misión del terapeuta en la logoterapia será que el paciente reconstruya sus significados a través del proceso de toda de decisiones personales.

En la década de los años cincuenta, en Europa, tenemos así a un numeroso grupo de filósofos, psicólogos y psiquiatras interesados por aspectos negativos, como los fenómenos de conciencia, los valores y los significados.

D. Psicología soviética:

En la Europa oriental, siguiendo la tradición pauloviana de estudiar las bases neurobiológicas del funcionamiento psíquico, diversos investigadores y teóricos de las ciencias sociales y biológicas estudian la génesis de las funciones psíquicas superiores o cognitivas. Entre ellos destacan el neuropsicólogo Luria, que ya por los años treinta, creó esta ciencia (la neuropsicología) y que en los años sesenta la desarrolló gracias a la influencia teórica del psicólogo Vigotsky.

Las bases de la neuropsicología (Luria, 1962, 1973) son:

- 1- Las funciones psíquicas superiores (cognitivas) se desarrollan a partir del contexto social.
- 2- El lenguaje proveniente del medio social permite conectar sectores funcionales del cerebro previamente independientes y que con su integración generan sistemas funcionales nuevos.
- 3- Relevancia de las conexiones entre la corteza cerebral y el sistema límbico en los procesos emocionales cognitivos.

E. Psicología del aprendizaje y terapia de conducta:

A partir de los años sesenta en el campo de la modificación de conducta, tanto en su vertiente teórica tradicional (psicología del aprendizaje) como en su vertiente práctica clínica (terapia de conducta), van apareciendo de modo progresivo una serie de objeciones a las limitaciones del paradigma conductista tradicional:

- 1- Limitaciones de los modelos de aprendizaje basados en la contigüidad temporal de las contingencias estímulo-estímulo y respuesta-estímulo, para explicar la adquisición y mantenimiento de la conducta humana: (Rescorla, 1968; Mackintosh, 1974 y Bolles, 1975).

- 1.a. Fenómeno de resistencia a la extinción: Estímulos condicionados repetitivos, sin que aparezca el estímulo incondicionado siguen produciendo respuestas condicionadas de ansiedad.

1.b. Fenómeno de la disociación de respuesta: Esta es una crítica al famoso modelo de los dos factores de Mowrer (1951) que relaciona la intensidad de la respuesta condicionada de ansiedad con la respuesta motora de evitación. Se encontraron casos donde la reducción de la respuesta condicionada de ansiedad no produjo la esperada reducción de la respuesta de evitación.

1.c. Datos similares a los anteriores llevaron a proponer modelos teóricos alternativos de tipo cognitivo: El aprendizaje como cuestión de predicción de estímulos en el caso de acondicionamiento clásico y de atribución de controlabilidad o expectativa de autoeficacia en el caso del condicionamiento operante.

2. Limitaciones biológicas y diferencias de especies en cuanto a la generabilidad de las leyes del aprendizaje establecidas por el conductismo:

- 2.1. Existencia de una preparación biológica en determinadas especies para adquirir determinados miedos y no otros. (Seligman, 1971).
- 2.2. Diferencias en la capacidad, tipo y fenómenos de aprendizaje según diferencias individuales de personalidad. (Eysenck, 1960 y Gray, 1964).
- 2.3. Existencia de conductas no aprendidas, propias de la especie (K. Lorenz, Harnstein).

3. Limitaciones o sesgos de los procesos cognitivos sobre el aprendizaje: Por ejemplo (Mahoney, 1974)

- 3.1. El fenómeno de condicionamiento semántico: Estímulos no asociados originalmente al estímulo incondicionado, pero relacionados simbólicamente con el estímulo condicionado producen respuestas condicionadas de alta intensidad (p.e. E.C = Vaca, E.I = Shock, R.C = Ansiedad electrodermal nuevo E. = Buey).
- 3.2. Aprendizaje por modelado (Bandura, 1976): A través de la observación perceptual o información verbal se pueden adquirir nuevas conductas sin esfuerzo directo.

4. Limitaciones clínicas de la terapia de conducta tradicional (Lazarus, 1971):

- 4.1. Insuficiencia de los métodos de condicionamiento para modificar trastornos cognitivos.
- 4.2. La terapia trata con frecuencia de corregir conceptos erróneos de los pacientes, y la metodología operante ha prestado insuficientes estrategias para abordar este problema.
- 4.3. Uso forzado y reduccionista de los procesos superiores a términos de estímulo-respuesta-consecuencia.

F. Teoría de la personalidad de G. Kelly.

Se puede considerar a G. Kelly como un teórico y clínico muy adelantado a su época. Cuando en los años 50 y 60 las teorías predominantes en el terreno de la personalidad eran la "teoría de los rasgos" o "teoría del aprendizaje", este autor, prácticamente en una posición marginal de la psicología, generó una teoría cognitiva del funcionamiento personal. En sus obras "La Teoría de los constructos personales" (1955) y "Teoría de la personalidad" (1966),

expone que los humanos miran al mundo y a ellos mismos, a través de pautas o categorías cognitivas, “los constructos personales”. Estos constructos se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y actuar en el mundo. La terapia consiste en una revisión de los constructos empleados por el paciente que se han convertido en disfuncionales y en ayudarlo a formular nuevos constructos más funcionales.

G. Psicología cognitiva:

La psicología cognitiva, contrariamente a lo que comúnmente se suele crear no se originó en la década de los años sesenta, sino mucho antes como disciplina de la psicología experimental y de la psicología evolutiva.

En la tradición experimentalista destaca, especialmente, el inglés F.C Bartlett. En su obra “Recordando” de 1932, desarrolla una explicación constructivista de la memoria, concepción que se anticipó casi cuarenta años a las teorías de los esquemas cognitivos actuales. Las investigaciones de Bartlett le llevaron a que rechazará el concepto de memoria como depósito o “almacén” y subrayara el concepto de memoria como “construcción”. La construcción implicaba que la memoria utiliza esquemas para observar y clasificar la información, por lo tanto, como un proceso activo de reinterpretación. La sucesiva reorganización de la experiencia en esquemas permite el desarrollo de la memoria y los eventos recordados que son reconstruidos de manera diferente en función de la ampliación de los esquemas.

En la tradición de la psicología evolutiva J. Piaget (1896-1980) dedicó prácticamente toda su obra al estudio del desarrollo cognitivo, sobretodo del pensamiento y la inteligencia. Para Piaget el individuo va organizando su experiencia y conocimiento en esquemas cognitivos que a través de dos procesos fundamentales (asimilación y acomodación) se va modificando. El proceso de desarrollo se inicia a partir de esquemas “sensomotrices” donde el conocimiento está ligado a la acción directa, y termina en los esquemas de las “operaciones formales” donde se han logrado niveles de abstracción, más desligados de la experiencia inmediata.

En los años sesenta, gracias al influjo de la teoría de la información, la teoría de la comunicación, la teoría general de sistemas y sobretodo de desarrollo de los ordenadores, la psicología en general se hace cognitiva (habría que decir con más exactitud “se reconstruye como cognitiva”, si tenemos en cuanto a los antecedentes anteriormente expuestos). Se concibe al ser humano no como un mero reactor a los estímulos ambientales, sino como un constructor activo de su experiencia, un procesador “activo de la información” (Neisser, 1967).

El nuevo modelo teórico cognitivo resultante es el “**Procesamiento de información**”. Las características generales de este modelo son (Mahoney, 1974).

- 1- La conducta humana esta mediada por el procesamiento de información del sistema
- 2- Se distingue entre procesos (operaciones mentales implicadas en el funcionamiento cognitivo) y estructuras (características permanentes del sistema cognitivo).
- 3- Se proponen cuatro categorías generales de procesos cognitivos: atención (selectividad asimilativa de los estímulos), codificación (representación simbólica de la información), almacenamiento (retención de la información y recuperación, utilización de la información almacenada)
- 4- Se destacan tres estructuras cognitivas: Receptor sensorial (recibe la información interna y externa), una memoria a corto plazo (que ofrece una retención a corto plazo de la información seleccionada) y una memoria a largo plazo (que ofrece una retención permanente de la información).

En resumen, la persona no es un reactor al ambiente (conductismo) o a fuerzas orgánicas biológicas (modelo psicodinámico), sino un constructor activo de su experiencia, con carácter intencional o propositivo.

1.2.3. La emergencia de un paradigma integrador

Desde los años setenta hasta la fecha actual han venido proliferando la generación masiva de nuevos modelos psicoterapéuticos. Goleman (1986) llega a identificar 2500 orientaciones psicoterapéuticas. Este estado se ha debido fundamentalmente a dos causas: la crisis de los modelos teóricos predominantes (el psicoanalítico y el conductista, sobre todo) y el estudio sistemático de la eficacia de las distintas psicoterapias.

Con respecto a los modelos tradicionalmente predominantes se producen una serie de hechos:

A) En la orientación psicoanalítica:

- 1- Olvido teórico del factor evolutivo filogenético de las especies. La teoría Freudiana partiendo de Darwin, reduce la explicación de la conducta a mecanismos excesivamente precognitivos. (Peterfreund, 1971).
- 2- Uso de un lenguaje antropomórfico y "homuncular" de la metapsicología. "Ello, Ego, Superego" (Peterfreund, 1971).
- 3- Rechazo, a veces visceral de una aproximación científica, confundiendo la ciencia con una definición empirista de la misma, como base del rechazo. (Peterfreund, 1971).
- 4- Eficacia comparativamente superior de terapias dinámicas breves frente al psicoanálisis tradicional; violando el principio del análisis prolongado. (Malan, 1963, 1976).
- 5- Aceptación general de las observaciones clínicas de la obra freudiana, pero rechazando su interpretación metapsicológica y proponiendo como alternativa un modelo más cognitivo para interpretar estos datos (p.e. Peterfreund, 1971; Erdelyi, 1974 y Arieti, 1985).

B) En la orientación conductista:

- 1- Modificación de la explicación unidireccional, ambientalista de la conducta, por una explicación bidireccional, donde el sujeto coparticipa en producir su conducta. (Bandura, 1982).
- 2- Olvido, igual que en el psicoanálisis, el factor filogenético-evolutivo y diferencias de especies.
- 3- Eficacia diferenciada de las técnicas conductistas solo en algunos trastornos (p.e fobias, compulsiones...) y no en la generalidad de ellos como se proponía en una visión excesivamente optimista de este modelo. (Frank, 1985).
- 4- Incorporación progresiva al modelo conductista ambientalista de factores mediacionales de tipo biológico (p.e Eysenck, 1982) y cognitivas (Mahoney, 1974 y Bandura, 1982).

C) En las distintas orientaciones psicoterapéuticas, en general (Garske y Linn, 1989):

- 1- Los conceptos cognitivos explican fenómenos clínicos divergentes, desde la interpretación hasta el condicionamiento, permitiendo salvar las diferencias entre los límites teóricos.
- 2- Entre los mecanismos comunes a todas las psicoterapias que explican el cambio destacan los racionales, y como a través de una nueva relación con el terapeuta se facilita la modificación cognitiva: activación de expectativas de cambio,

modificación de creencias disfuncionales y desarrollo de habilidades cognitivas-conductuales.

- 3- La psicología cognitiva, a diferencia del psicoanálisis, el conductismo y la psicología humanista, no esté unida a una epistemología estrecha a la conducta humana. Tiene un inmenso valor heurístico para llenar los vacíos teóricos y paradigmáticos.
- 4- Los elementos relacionales, inconscientes y de aprendizaje tienen perfecta cabida en el modelo cognitivo de manera integrada y coherente.

En resumen, se propone el modelo cognitivo como paradigma integrador. Este modelo aportaría a la psicoterapia (C. Perris, 1988):

- 1- Una teoría evolucionista del aprendizaje y la organización de la experiencia subjetiva, coherente con el desarrollo filogenético y ontogénico del sistema nervioso humano.
- 2- Una teoría contrastable y verificable científicamente.
- 3- Un marco de confluencia de distintas orientaciones de la psicoterapia que explican el cambio y la estabilidad de la conducta en base a procesos cognitivos.

1.3. LOS FUNDADORES DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA: BECK Y ELLIS

1.3.1. La terapia racional emotiva de Ellis

Albert Ellis (1913-2007) recibió su título de graduado de psicología en 1934 en el City College de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de "Master" y en 1947 el de Doctor, estos dos últimos en la universidad de Columbia. Ya en 1943 había comenzado su labor clínica en consultas privadas, tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Al poco tiempo empezó a interesarse por el psicoanálisis, y procuro en instruirse en este tipo de psicoterapia, pasando 3 años de análisis personal. En esta época ocupó varios cargos y dedicaciones como psicólogo en un centro de salud mental anejo a un hospital estatal, fue además psicólogo jefe del centro de diagnóstico del departamento de Nueva York de instituciones y Agencias, también fue profesor de las Universidades de Rutgers y Nueva York, pero podemos decir que la mayor parte de su vida la dedicó a la práctica privada de la psicoterapia.

Su práctica privada fue inicialmente psicoanalítica, con énfasis en la teoría de Karen Horney. Revisando los resultados de su trabajo, estimó que el 50% de sus pacientes mejoraban y el 70% de los pacientes neuróticos (cifras similares al resto de los psicoanalistas). Pero Ellis no estaba satisfecho con estas cifras ni con la teoría psicoanalítica que fundamentaba su trabajo. Sus puntos de cuestionamiento a esta teoría se centraban en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. Para ello acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque "neofreudiano", obteniendo un 63% de mejoría en sus pacientes y un 70% en sus pacientes neuróticos. Todo esto se había conseguido con menos tiempo y menos entrevistas. Pero, aun así, observó que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta ("Insights") sin que la modificasen necesariamente. En este punto empezó a buscar métodos más efectivos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. Sus resultados mejoraron aún más. Pero no estaba todavía satisfecho del todo. Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 fabricó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "autodoctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía, así como fin, no solo tomar conciencia en este autodoctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

Entre 1950 y 1965 publica una serie de obras centradas preferencialmente en el área sexual (p.e “sexo sin culpa”, 1958, “Arte y Técnica del Amor”, 1960 y “La enciclopedia de la conducta sexual”, 1961), que le hicieron ocupar un lugar relevante en esta área. También en 1962 publica su primera obra relevante en el campo de la psicoterapia (“Razón y Emoción en Psicoterapia”) donde expone extensamente su modelo de la terapia racional-emotiva. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras, que tenían como eje central convertirse en “métodos de autoayuda”.

Ahora vamos a exponer los principales conceptos de su obra (Ellis 1962, 1981, 1989 y 1990).

Principales Conceptos Teóricos

A- METAS Y RACIONALIDAD

Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en:

- a- Supervivencia.
- b- La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes submetas:
 - Aprobación o afecto.
 - Éxito y competencia personal en diversos asuntos.
 - Bienestar físico, emocional o social.

En este punto, Ellis, destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las “filosofías personales” de cada cual.

B- COGNICIÓN Y PROCESOS PSICOLÓGICOS:

- a- Pensamiento afecto y conducta que están interrelacionados y están afectándose mutuamente.

Pensamiento

Afecto Conducta

- b- Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel de pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes.

determinantes son:

- Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico.
- Las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológicos.

C-ÉNFASIS HUMANISTA-FILOSÓFICO DEL MODELO:

- a- Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.

- b- Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

2- El modelo A-B-C del funcionamiento psicológico

La mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos. Podemos representar este modelo:

A: Llamémosle acontecimientos. C: Llamémosle consecuencias

De modo que podíamos representarlo:

A-----C

(Acontecimiento) (Consecuencia)

.Temporales:

.Emocionales

- Actuales (p.e “despido laboral”) (p.e “ansiedad”, “depresión”)
- Pasados o históricos (p.e “niñez sin afecto”)

.Conductuales

.Espaciales (p.e “evitación social”, “llanto”)

- Externos (p.e “rechazo amoroso”) .Cognitivos
- Interno (p.e “recuerdos negativos”) (p.e “obsesiones”, “autocríticas”)

El modelo de la terapia racional-emotiva propone que el proceso que lleva a producir la “conducta” o la “salud” o “trastorno emocional” es bien distinto, ya que propone:

A-----B-----C
(Acontecimiento) ("Belief": Creencias sobre A) (Consecuencias)
.Temporales: .CREENCIAS

Pasados/Actuales -Racionales

.Emocionales **-Irracionales**

.Espaciales **-Cognitivas**

.Distorsiones cognitivas o inferencias situacionales derivadas de las creencias

.Conductuales

Externos/Internos

En resumen, no son los acontecimientos internos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: p.e “terremoto”, “dolor extremo”) los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce estas consecuencias ante esos eventos. El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias de ese sujeto particular).

Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto. Ahora bien, esas metas pueden ser perseguidas de modo irracional, produciendo un “procesamiento de la información absolutista” y consecuencias psicológicas trastornantes, a bien siguiendo un “procesamiento de la información preferencial” (Campell, 1990) y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro “procesamiento de la información” hará que el perfil “salud psicológica/trastorno psicológico” varíe en cada caso.

3- La naturaleza de la salud y las alteraciones psicológicas

El trastorno psicológico, como ya ha sido expuesto, deriva de las CREENCIAS IRRACIONALES. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

Ellis (1962, 1981, 1989, 1990) propone que las tres principales creencias irracionales (CREENCIAS IRRACIONALES PRIMARIAS) son:

a- Referente a la meta de Aprobación/Afecto:

“Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí”.

b- Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal:

“Tengo que ser competente /o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos”.

c- Referente a la meta de Bienestar:

“Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello”.

Estas experiencias entrecuilladas serían representaciones-modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen VULNERABLE a las personas a padecer TRASTORNO EMOCIONAL en los aspectos implicados en esas metas.

Hay tres creencias irracionales, derivadas de las primarias (CREENCIAS SECUNDARIAS), que a veces son primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del “procesamiento irracional de la información”.

a- Referente al valor aversivo de la situación: TREMENDISMO. “Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece.

b- Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: INSOPORTABILIDAD.

c- Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento: CONDENA.

“Soy/Es/Son...un X negativo (p.e inútil, desgraciado...) porque hago/hace-n algo indebido”.

En un tercer eslabón cognitivo, y menos central para determinar las consecuencias emocionales, estarían las DISTORSIONES COGNITIVAS o errores inferenciales del pensamiento y que serían evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones específicas y no tan centradas como las creencias irracionales. (Ver apartado referente al modelo de Beck).

La salud psicológica, por su parte estaría ligada a las CREENCAS RACIONALES. Ellis, es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional innecesariamente, ni la racionalidad de la terapia racional emotiva (R.E.T) puede ser confundida con un estado “apático, frío o insensible” del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. Así en la R.E.T se distingue entre:

EMOCIONES
INAPROPIADAS

-VERSUS-

EMOCIONES
APROPIADAS

1. TRISTEZA: Derivada de la Creencia Racional: “Es malo haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que no debería haber ocurrido”.

-VERSUS-

1. DEPRESIÓN: Derivada de la Creencia Irracional: “No debería haber sufrido esta pérdida, y es terrible que sea así”. Si se cree responsable de la pérdida se condena: “No soy bueno”, y si la cree fuera de control las condiciones de vida son: “Es terrible”.

2. INQUIETUD: Derivada de la Creencia Racional: "Espero que eso no suceda y sería mala suerte si sucediera".

-VERSUS-

2. ANSIEDAD: Derivada de la Creencia Irracional: "Eso no deberá ocurrir, sería horrible si ocurre".

3. DOLOR: Derivada de la Creencia Racional: "Prefiero no hacer las cosas mal, intentaré hacerlas mejor, si no ocurre ¡mala suerte!".

-VERSUS-

3. CULPA: Derivada de la Creencia Irracional: "No debo hacer las cosas mal y si las hago soy malvado/a".

4. DISGUSTO: Derivada de la Creencia Racional: "No me gusta lo que ha hecho, y me gustaría que no hubiese ocurrido, pero otros pueden romper mis normas."

-VERSUS-

4. IRA: Derivada de la Creencia Irracional: "No debería haber hecho eso. No lo soporto y es un malvado por ello."

Las principales CREENCIAS RACIONALES PRIMARIAS serían:

a- Referente a la Aprobación/Afecto:

"Me gustaría tener el afecto de las personas importante para mí".

b- Referente al Éxito/Competencia o Habilidad personal:

"Me gustaría hacer las cosas bien y no cometer errores".

c- Referente al Bienestar:

"Me gustaría conseguir fácilmente lo que deseo".

Las principales CREENCIAS RACIONALES SECUNDARIAS serían:

a- Referentes al valor aversivo de la situación: EVALUAR LO NEGATIVO.

"No conseguir lo que quiero es malo, pero no horroroso".

b- Referentes a la capacidad de afrontar la situación desagradable: TOLERANCIA.

"No me gusta lo que sucedió, pero puedo soportarlo, o modificarlo si me es posible".

c- Referentes a la valoración de sí mismo y otros en el evento: ACEPTACIÓN.

"No me gusta este aspecto de mí o de otros, o de la situación, pero acepto como es, y si puedo la cambiaré".

Estas creencias facilitarían la consecución de las metas personales, aunque no siempre, y al no producirse disminuirían su impacto sobre el sujeto. La salud psicológica sería Todo aquello que contribuiría a que el sujeto consiguiera sus metas con más probabilidad; es decir el autodoctrinamiento en las creencias racionales y su práctica conductual.

4- Adquisición y mantenimiento de los trastornos psicológicos.

Ellis (1989) diferencia entre la ADQUISICIÓN de las creencias irracionales y el MANTENIMIENTO de las mismas. Con el término adquisición hace referencia a los factores que facilitan su aparición en la vida del sujeto. Estos serían:

a- Tendencia innata de los inhumanos a la irracionalidad:

Los seres humanos tienen en sus cerebros sectores precorticales productos de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.

b- Historia de aprendizaje:

Los seres humanos, sobretodo, en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio-familiares determinadas creencias irracionales.

También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetivos, pero debido a su tendencia innata puede convertirlas en creencias irracionales o exigencias.

De otro lado con el término mantenimiento Ellis se refiere a los factores que explican la permanencia de las creencias irracionales una vez adquiridas. Se destacan tres factores (Ellis, 1989):

- a- Baja tolerancia a la frustración: La persona, siguiendo sus exigencias de bienestar, practica un hedonismo a corto plazo (“¡Tengo que estar bien ya!”) que le hacen por no esforzarse por cambiar (“Debería ser más fácil”).
- b- Mecanismos de defensa psicológicos: Derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.
- c- Síntomas secundarios: Derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consisten en “ESTAR PERTURBADOS POR LA PERTURBACIÓN” (p.e ansiedad por estar ansioso: “Estoy ansioso y no debería estarlo”).

En resumen, se destaca el papel de la baja tolerancia a la frustración derivado de una creencia irracional de bienestar exigente o inmediato.

5- Teoría del cambio terapéutico:

En la R.E.T se distingue varios focos y niveles de cambio (Ellis, 1981, 1989 y 1990):

En cuanto a los focos del cambio, estos pueden estar en:

- a- Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (p.e facilitar a un fóbico social un ambiente con personas no rechazantes y reforzantes de la conducta pro-social). Sería un cambio en el punto A del modelo A-B-C.
- b- Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (p.e en el mismo fóbico medicar su ansiedad, enseñarle relajación para manejar su ansiedad, autorreforzarse positivamente sus logros sociales y exponerse gradualmente a las situaciones evitadas. Sería un cambio en el punto C del modelo A-B-C.
- c- En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional, Aquí se distinguirían a su vez dos focos:
 - c.1. Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas (p.e “Me voy a poner muy nervioso y no voy a poder quedarme en la situación”)
 - c.2. Creencias irracionales (p.e. “Necesito tener el afecto de la gente importante para mí- y no soporto que me rechacen”).

Serían cambios en el punto B del modelo A-B-C.

Para Ellis (1981, 1989 y 1990) los tres focos pueden, y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Y de hecho los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una terapia del tipo R.E.T. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobretudo en la modificación de creencias irracionales.

Por otro lado, existen diferentes niveles en cuanto a la “profundidad” y generalidad del cambio. Estos niveles serían:

- INSHIGT № 1: Que el sujeto tome conciencia de su trastorno deriva de B (Irracional) y no directamente de A.
- INSHIGT № 2: Que el sujeto tome conciencia de como el mismo por autodocctrinación o autorrefuerzo mantiene la creencia irracional.
- INSHIGT № 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias racionales mediante taras intercesiones de tipo conductual, cognitivo y emocional.

La terapia R.E.T. en suma, recorre secuencialmente esos tres niveles: soliendo ser muy directiva (aunque no siempre) en los primeros niveles y permitiendo convertirse en un método de autoayuda, más cercano al fin del tercer nivel.

6- Principales técnicas de tratamiento en la R.E.T.

Ellis (1989) clasifica las principales técnicas de la RET en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

A- TÉCNICAS COGNITIVAS:

1- Detección: Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación (p.e el DIBS) o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.

2- Refutación: Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: “¿Qué evidencia tiene para mantener que?”, “¿Dónde está escrito que eso es así?”, “¿Por qué sería esto el fin del mundo?”, etc.

3- Discriminación: El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.

4- Tareas cognitivas para casa: Se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación (p.e el DIBS), Cintas de caset con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de RET y biblioterapia RET.

5- Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta (“p.e en vez de decir No puedo, decir, Todavía no pude...”)

6- Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

7- Técnicas de imaginación: Se utiliza, sobretodo, tres modalidades:

(1) La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

(2) La proyección en el tiempo: el paciente se ve afrontado con éxito a eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.

(3) Hipnosis: Técnicas hipnosuggestivas en conjunción con frases racionales.

B- TÉCNICAS EMOTIVAS:

- 1- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.
- 2- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
- 3- Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.
- 4- Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc, para mostrar las creencias racionales y su modificación.
- 5- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.
- 6- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería").
- 7- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).
- 8- Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.
- 9- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

C- TÉCNICAS CONDUCTUALES:

- 1- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.
- 2- Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
- 3- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.
- 4- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
- 5- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

1.4. DESARROLLO DE LA TERAPIA CONDUCTUAL

Lo que hoy se conoce como la terapia de la conducta, es en realidad la integración de varias líneas de investigación, las más notables son:

La línea que investigaba dentro del paradigma de la inhibición recíproca, cuyo mayor representante de Joseph Wolpe.

La línea que investigaba dentro del paradigma operante, cuyo mayor representante fue B.F. Skinner.

La línea de las terapias cognitivas, como la TREC y la TCC, cuyos fundadores respectivos son Albert Ellis y Aaron Beck.

Joseph Wolpe publicó en 1958 su libro pionero Psicoterapia por inhibición recíproca, que exponía una fundamentación detallada de la formación de una amplia gama de trastornos conductuales y técnicas para superarlos. Entre los trastornos tratados estaban la ansiedad, las fobias, los problemas sexuales, las conductas obsesivas, amnesia, y la histeria. Mientras que las teorías neurológicas que usaba Wolpe hoy están superadas, la tecnología desarrollada sigue estando entre las más usadas y efectivas de la terapia de la conducta. La idea básica era que la conducta de ansiedad podía ser rivalizada e inhibida por una nueva respuesta antagónica. La respuesta antagónica usada comúnmente es la relajación, y habiendo aprendido el paciente la técnica de relajación (de Jacobson o alguna otra), se le presenta el estímulo ansiógeno de forma paulatina, de tal manera que el paciente vaya aprendiendo a relajarse ante el estímulo que provoca ansiedad o situación temida. Este método se conoce hoy día como desensibilización sistemática.

En tanto B.F. Skinner hacía desarrollos singulares en teoría del condicionamiento operante, a la par de sus amplios estudios de laboratorio, no se implicó de lleno en las aplicaciones clínicas de lo que llamó Análisis experimental del comportamiento. Sin embargo, los clínicos se entusiasmaron por su modelo parsimonioso y bien fundamentado empíricamente.

La línea de las terapias cognitivas, como la TCC y la TREC tuvo sus inicios a finales de la década de 1950 y prosigue hoy día, aumentando significativamente el radio de acción y las herramientas disponibles en la terapia de conducta. El principal aporte de ellas a la terapia de conducta ha sido la reestructuración cognitiva.

Hoy día las distinciones entre la terapia de conducta y otras terapias cognitivo-conductuales se van eliminando con la creciente integración teórica y clínica. Tanto es así que a finales del siglo veinte era claro que se trataba de un solo metaparadigma clínico con una rica gama de variantes, toda con una amplia fundamentación empírica.

1.5. ELEMENTOS TEÓRICOS CENTRALES. ANÁLISIS DE ESTRUCTURAS DE SIGNIFICADO

En este capítulo vamos a exponer los principales conceptos teóricos que comparten, en mayor o menor medida, las distintas orientaciones terapéuticas cognitivas. Para ello vamos a prestar especial atención al concepto de “Estructura de significado” como elemento nuclear de la psicoterapia cognitiva.

1.5.1. La causalidad circular

Tradicionalmente, los enfoques conductistas mantuvieron un enfoque unidireccional de la causalidad conductual. Los determinantes de la conducta eran fundamentalmente ambientales y estaban representados por las contingencias de reforzamiento (p.e. Skinner, 1974). Esas mismas contingencias ambientales podían llevar a una forma de conducta llamada “conocimiento” donde el sujeto aprendía a describir relaciones funcionales entre la conducta y contingencias; descripciones que podían ser o no reales.

De esta manera la “cognición” era un repertorio conductual sujeto a las contingencias del ambiente. Posteriormente, el conductismo se fue haciendo más cognitivo, y el sujeto humano empezó a ser visto como un coparticipante en su conducta.

Este era capaz de “abstraer reglas de relación de contingencias” más allá de las relaciones inmediatas reales. Se comienza así a hablar de “determinismo recíproco” Bandura, 1976). Los factores personales internos y la conducta se determinan recíprocamente. Dentro de los factores personales, el papel de las representaciones cognitivas de las contingencias en un elemento clave.

La psicoterapia cognitiva ha mantenido la relación e interdependencia entre la cognición-afecto-conducta (p.e Kelly, 1966; Beck, 1979; Meichenbaum, 1989 y Ellis, 1990). De hecho, el papel otorgado en la terapia cognitiva a las tareas intercesiones y los “experimentos personales” demuestran suficientemente el rol de la actividad conductual para modificar las cogniciones. A su vez se destaca que el cambio cognitivo modifica la conducta. También los cambios emocionales son afectados y afectan al cambio cognitivo/conductual (Fig.1).

1.5.2. Vulnerabilidad personal y esquemas o supuestos personales

La relación anteriormente descrita entre cognición, afecto y conducta (fig.1) no es arbitraria. Esta mantenida por la estructura de significado de la persona. En palabras de Beck (1976): “Los significados proporcionan riqueza a la vida, ellos transforman un simple acontecimiento en experiencia”. La conducta de cada persona (en sentido amplio, incluyendo cognición, afecto y acción) tiene un significado y esta mantenida por este.

La teoría de la psicopatología o el trastorno emocional cognitivo mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas (Beck, 1967, 1976. Esas estructuras organizadas de la experiencia conforman los ESQUEMAS O SUPUESTOS PERSONALES. Estos se refieren a creencias básicas que predisponen al individuo a una vulnerabilidad psicopatológica. Estas creencias conforman una especie de “reglas abstractas” que guían la conducta del individuo.

La psicoterapia cognitiva tiene como fin detectar y modificar esas reglas para así hacer menos vulnerable al individuo a padecer ese trastorno emocional. La estrategia de cómo conseguir esa modificación varía en cada tipo de terapia cognitiva (p.e hipótesis a verificar en la C.T de Beck, debate racional en la R.E.T de Ellis).

Los supuestos personales son aprendidos, y pueden derivarse de experiencias infantiles, reglas familiares o actitudes de los padres o, los compañeros (Beck, 1976). Sin embargo, tanto en la R.E.T como en la C.T se ha prestado un escaso interés por la génesis de los esquemas cognitivos psicopatológicos. Otros autores (Bowlby, 1973; Guidano y Liotti, 1983; Messler, 1991; Titze, 1979) han abordado con cierta extensión este tema, dándole una dimensión psicoevolutiva a la psicoterapia cognitiva, de la que carecía. En la figura. 2 se representa gráficamente este punto.

(Fig.2)

EXPERIENCIAS INFANTO JUVENILES (1)-----SUPUESTOS PERSONALES (2)

.P.e “Rechazo de acercamientos afectivos” (VULNERABILIDAD PERSONAL)

.P.e “Nunca conseguiré afecto de la gente que me importa. Si mi vida carece de afecto no vale la pena vivirla”

EXPERIENCIAS ACTUALES ACTIVADORA (3)-----TRASTORNO EMOCIONAL (4)

- .Depresión
- .Ideas suicidas
- .Autorrechazo
- .Evitación social

1.5.3. El concepto de estructura de significado

Cada persona tiene unas experiencias del mundo. Cada uno de nosotros percibimos la experiencia de modo distinto; y la misma experiencia puede ser percibida de modo distinto en distintas ocasiones. La psicología cognitiva ha desarrollado distintas teorías para explicar este hecho. Lundh (1988) recoge varias aportaciones a este punto referido: Piaget (1951) y Neisser (1976) hablar de que cada persona tiene “Esquemas” para asimilar las experiencias del mundo. Kelly (1955) habla de “Constructos personales” para referirse al mismo hecho. Otros psicólogos hablan de “Estructuras Mentales” (Mandler, 1975), “Redes Semánticas” (Anderson y Bower, 1973), “Estructuras de Memoria” (Posner, 1973), “Asociación de nodos en la memoria a largo plazo” (Shiffrin y Schneider, 1977) todos, para referirse al hecho de que los humanos, codificamos, representamos o conceptualizamos nuestra experiencia.

El núcleo común a todas estas teorías anteriores es la asunción básica de que a lo largo del desarrollo y a partir de precondiciones biológicas y de aprendizaje, la persona desarrolla estructuras cognitivas que canalizan su experiencia del mundo y de sí mismas:

“Las estructuras del significado”.

La psicología cognitiva y la psicoterapia cognitiva han contribuido fuertemente al restablecimiento del significado como cuestión central de la psicología y la psiquiatría.

Seguiremos la definición de Lundh (1988) sobre la definición de estructura de significado:

- A- En cierto modo, como localizadas en el cerebro.
- B- Resultantes del desarrollo biogenético y del aprendizaje.
- C- Constituida por los significados de la experiencia organizada del mundo y de sí mismo; por lo que son específicos e idiosincráticos (personales, propios de cada cual).

La noción de MENTE HUMANA se relacionaría con la ACTIVACIÓN de estas ESTRUCTURAS COGNITIVAS dando lugar a ESTADOS PASIVOS Y ACTIVOS (p.e. el “conocimiento”, “memoria”, “percepción”, “afecto”, “conducta”, “deseos”, etc).

Desde esta perspectiva se entiende a la PSICOPATOLOGÍA como resultante de una DISFUNCIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE SIGNIFICADO y a la PSICOTERAPIA como una labor encaminada a DESARROLLAR ESTRUCTURAS DE SIGNIFICADOS FUNCIONALES.

1.5.4. Las tres dimensiones del significado

Dentro de la psicoterapia cognitiva existe en la actualidad un intenso debate entre los llamados planteamientos cognitivos “racionalistas” y los planteamientos “constructivistas” (Mahoney, 1988). Las diferencias fundamentales entre ambos enfoques se refieren al rol jugado por las evidencias reales de las interpretaciones personales (posibles en los enfoques racionalistas, en los que Mahoney incluiría la R.E.T

y la C.T, e imposible en el enfoque constructivista) y el rol de las cogniciones (central en el enfoque racionalista y periférico al “ciclo de experiencia”, en el constructivista). Un examen detenido de las versiones y variaciones actuales de ambos enfoques, sin embargo, nos presenta un panorama más convergente que divergente, y pocas veces tan “polarizante y dicotómico” como presenta Mahoney.

Quizás la clave de tal divergencia se refiera a la definición de “Estructura de significado” para cada uno de los enfoques cognitivos.

Nosotros compartimos la exposición de Lundh (1988) en este punto. Para este, las hipótesis básicas es que las estructuras de significado suponen tres dimensiones de lo que puede entenderse como significado:

A- DIMENSIÓN DE EXTENSIÓN: Se refiere a las categorías empleadas por la persona para organizar representacionalmente su experiencia. A esta dimensión se le ha denominado desde el conductismo como “Generalización de estímulos” (Skinner, 1935); Piaget (1936) para referirse a ella habla de “Esquemas de generalización por asimilación”; Bruner (1957) de “Categorización y clasificación”; y el concepto psicoanalista de “Transferencia” parece referirse a la misma dimensión. Kelly (1966), les llama Constructos”.

Se refiere, en suma, a que el individuo a través de sus experiencias va desarrollando patrones de percepción y conducta respecto a su relación con el mundo. Las disfunciones en esta dimensión del significado se pueden deber a:

a.1. La discriminación perceptual y de afrontamiento de los eventos es inadecuada (p.e. “Un sujeto recibe una broma como una amenaza intencionada hacia el”).

a.2. La categorización (generalización) en los eventos es inadecuada (p.e. “Un sujeto recibe una broma como una amenaza intencionada hacia el”).

a.3. Las categorizaciones pueden ser conflictivas o incompatibles (p.e. “Los perros de Pavlov recibían comida contingente a un círculo y un shock eléctrico ante una elipse. El círculo se fue asemejando a la elipse, produciendo un problema de discriminación, un conflicto huida-acercamiento y una neurosis experimental”, El doble vínculo, como relación patógena entre el esquizofrénico y su familia, descrito por Batenson”).

B- DIMENSIÓN DE INTENCIÓN: Se refiere a los contenidos de las estructuras de significado. En la literatura psicológica se le ha denominado de varias maneras: Tolman (1932) habla de “mapas cognitivos”, Sokolov (1958) de “modelos”, Chomsky (1980) de “Representaciones mentales” y Beck (1976) de “Reglas o Asunciones”. Incluso desde el conductismo (p.e Skinner, 1974) se le ha llamado “relación de contingencias”. En general con esta dimensión no referimos a las creencias o reglas sobre cómo están relacionados los hechos (Un planteamiento conductista reciente que abunda en este hecho es la formulación de “Conductas regidas por las reglas”. Skinner, 1974).

En esta dimensión las disfunciones vendrían generadas, sobretudo, por premisas o creencias erróneas, inflexibles o extremas. Beck (1976) ofrece el siguiente ejemplo: Premisa mayor: “Sin amor no valgo nada” (Asunción básica).

Premisa menor: “Raymond no me quiere” (Evento valorado) Conclusión: “Yo no valgo nada” (Conclusión depresógena).

C- DIMENSIÓN DE VALOR: Hace referencia al significado afectivo. Englobaría a las “actitudes”, “sentimientos”, y “motivación” ante la experiencia. Freud (1900) les denomina “catéxia”, Lewin (1951) les llama “valencia” y Skinner (1953) “reforzamiento”.

Se refiere a la dirección y fuerza de la conducta, a las preferencias, necesidades y deseos del individuo. Va interrelacionada con las dimensiones extensionales/intencionales del significado. Beck (1976) argumenta que la naturaleza de la respuesta emocional de la persona depende de “inversión” de valor de los acontecimientos, de su conexión a su significado personal. De modo general:

- c.1. Las respuestas afectivas depresivas se relacionan con valoraciones de pérdida (“de refuerzo”, “de objetos”).
- c.2. Las respuestas afectivas ansiosas con valoraciones de amenaza (“a los estímulos condicionales”, a los impulsos sexuales/agresivos”).
- c.3. Las respuestas afectivas de ira con valoraciones de injusticia, etc.

1.5.5. Representaciones diagramáticas del sistema cognitivo humano

A continuación, vamos a representar gráficamente, en forma de diagramas de flujo de la información, tres modelos del funcionamiento cognitivo humano. El primero proviene de la psicología cognitiva (Shiffrin y Schneider, 1977) y los otros dos son adaptaciones de los modelos clínicos de la terapia cognitiva (Beck, 1976 y Leventhal, 1985).

1- EL MODELO COGNITIVO DEL PROCESAMIENTO CONTROLADO Y EL PROCESAMIENTO AUTOMÁTICO DE LA INFORMACIÓN (Shiffrin y Schneider, 1977).

Este modelo del procesamiento de la información diferencia dos tipos generales de procesamiento de la información:

- a- Procesamiento automático de la información: Se caracteriza por
 - a.1. Es paralelo (opera sobre varios canales simultáneos de información)
 - a.2. Es muy rápido (milisegundos).
 - a.3. Requiere un bajo esfuerzo atencional (no consciente).
- b- Procesamiento controlado de la información: Se caracteriza por
 - b.1. Opera en serie (solo atiende un canal de información a la vez).
 - b.2. Es lento en sus operaciones.
 - b.3. Requiere un alto esfuerzo atencional (consciente).

Se supone un doble tipo de “proceso mental”. Los procesos “automáticos” economizan los esfuerzos de la persona y facilitan la adaptación, frente a los procesos “controlados” que requieren un alto esfuerzo y una lenta adaptación. En cambio, los procesos automáticos una vez desarrollados si son inadecuados respecto a su valor funcional, son muy difíciles de modificar, frente a los controlados que están más cercanos al feedback de la realidad.

Podemos adaptar este modelo al marco de la psicoterapia cognitiva. Por un lado, podemos mantener que LA MEMORIA A LARGO PLAZO contendría a los ESQUEMAS COGNITIVOS que pueden ser activados por determinados acontecimientos y mediante un procesamiento automático de la información producir un estado mental, este ya más consciente, en la MEMORIA A CORTO PLAZO (Fig. 3).

MEMORIA A LARGO PLAZO ----- MEMORIA A CORTO PLAZO
 Esquemas cognitivos. Estado mental actual
 (Supuestos personales)

SÍNTOMAS
 ACONTECIMIENTO
 (Fig. 3)

La anterior formulación ha sido adaptada por Lundh (1988) para explicar la C.T de Beck. La C.T tendría una doble finalidad:

- A) Modificar los estados mentales resultantes, en relación a los pensamientos automáticos.
- B) Modificar los esquemas cognitivos a la base.

2- EL MODELO DE SÍNTESIS EMOCIONAL (Leventhal, 1985)

La finalidad de este modelo es producir un marco integrativo y explicativo de la efectividad potencial de distintas psicoterapias, en base a un modelo cognitivo. Las bases de este modelo (Fig. 4) son las siguientes:

- a. La experiencia emocional es influida poderosamente por el producto de un proceso sintético preatencional (no consciente) a través del cual se construye a partir de elementos componentes.
- b. Esos elementos componentes tácitos o inconscientes son:
 - b.1. Esquemas cognitivos emocionales de tipo preverbal y adquiridos en la infancia. (Memoria emocional).
 - b.2. Esquemas cognitivos semánticos, que contienen un grupo de reglas implícitas de significado (Memoria semántica).
 - b.3. Procesos fisiológicos.

Se postulan tres mecanismos de cambios básicos, en los que pueden entrar diferentes orientaciones y técnicas psicoterapéuticas y biomédicas.

1º Síntesis de una experiencia emocional adaptativa: Se trataría de hacer conscientes las reglas semánticas tácitas y los esquemas emocionales también tácitos, y desconfirmarlos mediante nuevas experiencias correctoras: o actuando sobre los procesos fisiológicos a su base (p.e intervenciones cognitivas, psicodinámicas y psicofarmacológicas).

2º Deshabitución de hábitos emocionales alterados: A nivel consciente se trabaja con el esquema emocional activo (p.e psicoterapias cognitivas y conductuales).

3º Modificación del aprendizaje dependiente del estado: Se trata de evocar el estado en que se adquirió el hábito emocional alterado (p.e catarsis, exposición, hipnosis, etc).

SÍNTESIS PREATENCIONAL (Memoria emocional/Memoria semántica/Procesos psicofisiológicos)

ESTÍMULO -----

ESQUEMA EMOCIONAL ACTIVO

Pensamientos, emociones y conductas conscientes

PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN RESPUESTA

(Fig. 4)

3. EL MODELO DE LA TERAPIA COGNITIVA (Adaptado de Beck, 1976) (Fig. 5)

HISTORIA PERSONAL y (1)----- ESQUEMAS O SUPUESTOS PERSONALES (2)
"Contexto de información". Sistema cognitivo primitivo/Sistema cognitivo evolucionado

ACONTECIMIENTOS ACTUALES "Activación"

ACTIVADORES (3)----- DISTORSIONES COGNITIVAS (4)

CÍRCULOS VICIOSOS PENSAMIENTO/AFEECTO CONDUCTA (5)

1.6. PSICOTERAPIA COGNITIVA Y OTRAS ORIENTACIONES PSICOTERAPEUTICAS. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS

DIMENSIÓN	PSICOANALÍTICA	HUMANISTA	CONDUCTUAL	SISTÉMICA	COGNITIVA
1. SELECCIÓN DE PACIENTES	.Foco conflictivo .Fuerza del yo .Características clínicas .Conductas desorganizadas	.Conductas defensivas .Integración y congruencia del self	.Tipo de conducta abierta y encubierta .Déficits y excesos conductuales	.Análisis de la demanda .Disfunción familiar en la estructura, función o desarrollo	.Distorsiones cognitivas y supuestos disfuncionales a la base del trastorno .Características clínicas
2. NÚMERO MEDIO DE SESIONES	.5/20	.Indefinida	.Indefinida	.5/10	.10/20 .2 o más años en trastornos más graves
3. RELACIÓN TERAPÉUTICA	.Alianza terapéutica .Centrada en el foco Triángulo del conflicto y la transferencia	.Empatía .Congruencia .Consideración positiva incondicional	.Refuerzo social .Habilidades para reforzar .Rol educativo	.Mantenimiento de una distancia objetiva .Transacciones familiares .Empirismo colaborativo	.Empatía, aceptación y congruencia .Distorsiones cognitivas y esquemas en la relación
4. ESTRUCTURA DE LA SESIÓN	.Centrada en el "insight" .Consciente/ Inconsciente .Pasado/presente .Consecuencias	.Reformulación exploración de las vivencias de las vivencias con fines de congruencia	.Aprendizaje de habilidades .Análisis de tareas .Análisis de transacciones Reformulaciones y prescripciones conductuales	.Aprendizaje de habilidades	.Modificación de distorsiones y creencias .Análisis de tareas
5. INTERPRETACIÓN / HIPÓTESIS	.Relación transf./ contratransf. .Resistencia .Conexión síntoma/ defensa/ impulso inconsciente	.Congruencia/ Incongruencia experiencial	.Análisis funcional: antecedente-conductas-consecuencias	.Reformulación de las transacciones	.Análisis funcional : situación-cognición-Conducta .Relación distorsiones y supuestos personales
6. TRABAJO CON LAS RESISTENCIAS	.Señalamiento/ Interpr. .Derivada del conflicto y transf. / contratransf.	.Defens del falso self .Exploración	.Dificultad para elicitar de conducta de colaboradora .Discrepancias de refuerzos	.Homeostasis del sistema .Reformulación	.Derivada de las distorsiones y significados personales .Cuestionamiento cognitivo
7. TAREAS INTERSESIONES	.Ausentes en general	.Ausentes en general	.Asignación para desarrollar habilidades	.Asignación para modificar transacciones	.Asignación para modificar significados
8. TERMINACIÓN	.Resolución del conflicto derivado de la separación	.Mayor simbolización y congruencia	.Autocontrol y manejo conductual	.Reestructuración de transacciones	.Modificación de significados disfuncionales .Autocontrol emocional

9. OBRAS/EJEMPLOS	BRAIER: PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA. ED. NUEVA VISIÓN	C. ROGERS: LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE. ED. PAIDÓS	CARROBLES: ANÁLISIS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. UNED	MINUCHINI: FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR. ED. GEDISA	A. T.BECK: TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN. ED. DOB
--------------------------	--	---	---	---	---

A continuación, destacamos algunas semejanzas entre la psicoterapia cognitiva y las otras orientaciones aquí reseñadas:

- a) Selección de pacientes: Con la psicoterapia psicoanalítica, el partir del ámbito clínico; con la terapia de conducta el centrarse inicialmente en las conductas-problemas.
- b) Número de sesiones: Terapia breve, en general, junto a las terapias aquí expuestas.
- c) Relación terapéutica: Relevancia de los factores de empatía, aceptación y congruencia (Humanista) y habilidades del terapeuta (conductual).
- d) Estructura de la sesión: Relevancia del aprendizaje de habilidades y tareas intercesiones (conductual, sistémica).
- e) Hipótesis: Relevancia de análisis funcional (conductual).
- f) Resistencias: Elicitación de una conducta colaboradora (conductual).
- g) Tareas intercesiones: Asignación (conductual, sistemática).
- h) Terminación: Autocontrol y desarrollo de habilidades (conductual).

1.6.1. PSICOTERAPIA COGNITIVA Y OTRAS ORIENTACIONES PSICOTERAPÉUTICAS. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS

DIMENSIÓN	PSICOANALÍTICA	HUMANISTA	CONDUCTUAL	SISTÉMICA	COGNITIVA
1. SELECCIÓN DE PACIENTES	.Foco conflictivo .Fuerza del yo .Características clínicas .Conductas desorganizadas	.Conductas defensivas .Integración y congruencia del self	.Tipo de conducta abierta y encubierta .Déficits y excesos conductuales	.Análisis de la demanda .Disfunción familiar en la estructura, función o desarrollo	.Distorsiones cognitivas y supuestos disfuncionales a la base del trastorno .Características clínicas
2. NUMERO MEDIO DE SESIONES	.5/20	.Indefinida	.Indefinida	.5/10	.10/20 .2 o más años en trastornos más graves

3. RELACIÓN TERAPÉUTICA	.Alianza terapéutica .Centrada en el foco Triángulo del conflicto y la transferencia	.Empatía .Congruencia .Consideración positiva incondicional	. Refuerzo social .Habilidades para reforzar .Rol educativo	.Mantenimiento de una distancia objetiva .Transacciones familiares .Empirismo colaborativo	.Empatía, aceptación y congruencia .Distorsiones cognitivas y esquemas en la relación
4. ESTRUCTURA DE LA SESIÓN	.Centrada en el "insight" .Consciente/Inconsciente .Pasado/presente .Consecuencias	.Reformulación n exploración de las vivencias de las vivencias con fines de congruencia	.Aprendizaje de habilidades .Análisis de tareas .Análisis de transacciones Reformulaciones y prescripciones conductuales	.Aprendizaje de habilidades	.Modificación de distorsiones y creencias .Análisis de tareas
5. INTERPRETACIÓN / HIPÓTESIS	.Relación transf./contratransf. .Resistencia .Conexión síntoma/defensa/impulso inconsciente	.Congruencia/Incongruencia experiencial	.Análisis funcional: antecedente-conductas-consecuencias	.Reformulación de las transacciones	.Análisis funcional : situación-cognición-Conducta .Relación distorsiones y supuestos personales
6. TRABAJO CON LAS RESISTENCIAS	.Señalamiento/Interpr. .Derivada del conflicto y transf. / contratransf.	.Defens del falso self .Exploración	.Dificultad para elicitar de conducta de colaboradora .Discrepancias de refuerzos	.Homeostasis del sistema .Reformulación	.Derivada de las distorsiones y significados personales .Cuestionamiento cognitivo
7. TAREAS INTERSESIONES	.Ausentes en general	.Ausentes en general	.Asignación para desarrollar habilidades	.Asignación para modificar transacciones	.Asignación para modificar significados
8. TERMINACIÓN	.Resolución del conflicto derivado de la separación	.Mayor simbolización y congruencia	.Autocontrol y manejo conductual	.Reestructuración de transacciones	.Modificación de significados disfuncionales .Autocontrol emocional
9. OBRAS/EJEMPLOS	BRAIER: PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA A. ED. NUEVA VISIÓN	C. ROGERS: LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE. ED. PAIDÓS	CARROBLES: ANÁLISIS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. UNED	MINUCHINI: FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR: ED. GEDISA	A. T.BECK: TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN. ED. DOB

A continuación, destacamos algunas semejanzas entre la psicoterapia cognitiva y las otras orientaciones aquí reseñadas:

- Selección de pacientes: Con la psicoterapia psicoanalítica, el partir del ámbito clínico; con la terapia de conducta el centrarse inicialmente en las conductas-problemas.
- Número de sesiones: Terapia breve, en general, junto a las terapias aquí expuestas.
- Relación terapéutica: Relevancia de los factores de empatía, aceptación y congruencia (Humanista) y habilidades del terapeuta (conductual).
- Estructura de la sesión: Relevancia del aprendizaje de habilidades y tareas intercesiones (conductual, sistémica).
- Hipótesis: Relevancia de análisis funcional (conductual).
- Resistencias: Elicitación de una conducta colaboradora (conductual).
- Tareas intercesiones: Asignación (conductual, sistemática).
- Terminación: Autocontrol y desarrollo de habilidades (conductual).

2. EL PROCESO TERAPÉUTICO

2.1. PROCESOS DE CAMBIO Y ESTABILIDAD

En este capítulo pretendemos exponer los principales procesos cognitivos que estarían a la base de la estabilidad de la conducta (no cambio) y de su modificación (cambio). Para ello nos vamos a servir principalmente de las teorías cognitivas-constructivistas de Mahoney (1982, 1985) y de las teorías psicoevolutivas y cognitivas de Piaget (1975) y Bowlby (1980, 1982, 1985). Así mismo expondremos el indicador “objetivo” del progreso terapéutico en la psicoterapia cognitiva.

2.1.1. El proceso confirmatorio de los esquemas cognitivos tácitos:

Se parte de la concepción de la mente como un sistema que genera y construye significados de su experiencia a través de reglas de abstracción. Esas reglas de abstracción generan a su vez una serie de patrones clasificatorios de las experiencias.

Es decir, el sistema mental (cognitivo) tiende a la búsqueda del orden, a clasificar y dar significado a la experiencia. Esto supone un sesgo “continuo” a la búsqueda de ciertas conclusiones; una forma de repetir el mismo esquema de conocimiento o significado a pesar de la variabilidad de la experiencia (Mahoney, 1982, 1985). Se supone que este proceso es tácito o inconsciente, y supone una búsqueda del “orden y la coherencia” entre lo conocido y la nueva experiencia. Esto se llevaría a cabo mediante un mecanismo de retroalimentación positiva (“feedforward”) donde continuamente el esquema cognitivo selecciona la información para confirmar los patrones de clasificación previos. Nuestra mente tendría una tendencia natural a “proyectar” lo conocido sobre la nueva experiencia.

Por otro lado, existiría a un nivel más explícito o consciente, procesos que permitirían buscar los contrastes o diferencias entre las experiencias, la percepción de discrepancias. Esto se llevaría a cabo mediante un mecanismo de retroalimentación negativa (feedback). Se supone también que los niveles de conocimiento tácitos (inconscientes) y explícitos (conscientes) interactúan, pero otorgando un papel más preponderante al nivel tácito. Este proceso estaría regulado, como ya ha quedado expuesto, por la búsqueda de la coherencia y la percepción de discrepancias. (Fig. 6)

NIVEL TÁCITO-----	EXPERIENCIA
SISTEMA COGNITIVO: “Búsqueda de coherencia” (Proceso de orden)	
NIVEL EXPLÍCITO-----	EXPERIENCIA
“Percepción de las discrepancias” (Proceso de contraste)	

(Fig. 6)

Para Mahoney (1982, 1985) y otros constructivistas (p.e Guidano y Liotti, 1985), las terapias cognitivas tradicionales (p.e R.E.T y C.T) se han centrado exclusivamente en el sistema o nivel explícito, trabajando con métodos excesivamente racionales, y no teniendo en cuenta las formas de conocimiento pre-rationales del nivel tácito. Nosotros creemos que tal valoración es errónea, y aunque existen algunas diferencias teóricas y prácticas, la terapia cognitiva tradicional (R.E.T y C.T) sí que trabaja ese nivel tácito, haciéndolo explícito. La distinción de Beck (1967/1976) entre “terapia a corto y a largo plazo”, diferencia con claridad esos dos niveles y su interrelación (ver **capítulo 2** de este volumen).

2.1.2. Los procesos de asimilación y acomodación

La misma cuestión anteriormente expuesta de la estabilidad y el cambio de las estructuras cognitivas fué desarrollada con antelación por J. Piaget. Al exponer su teoría de desarrollo cognitivo afirma que la inteligencia es un caso concreto de adaptación biológica. Su función esencial es “estructurar” el universo como el organismo estructura el medio inmediato (Piaget, 1971, 1975). La inteligencia sería también una forma de “equilibrio” hacia la cual tiene todas las estructuras cognitivas. La adaptación para Piaget consiste en desarrollar dos procesos de tipo paralelo o simultáneo: “Asimilación y Acomodación”. La asimilación supone una incorporación de los objetos a los esquemas de conducta, amoldar hecho de la realidad a partir de la estructura o esquema cognitivo del desarrollo.

La acomodación implica la tendencia del organismo a cambiar sus respuestas, y por lo tanto sus esquemas, ante las demandas ambientales. Los equilibrios y desequilibrios entre los procesos asimilativos y acomodativos explicarían el desarrollo cognitivo, la estabilidad y cambio de conducta.

Esta teoría piagetiana ha sido utilizada por Cottraux (1990) para explicar la estabilidad y el cambio terapéutico (Fig. 7)

(Fig. 7)

ESTÍMULO-----ESQUEMAS-----EVENTOS COGNITIVOS
|-----COMPORTAMIENTO MOTOR, VERBAL Y EMOCIONAL

El organismo trata la información (estímulos) en función de los esquemas. Los esquemas son inconscientes, situados en la memoria a largo plazo, y funcionan automáticamente. Contienen conocimiento adquirido sobre el mundo organizado en constelaciones de información. Pueden ser activados por emociones que son análogas a las que en su momento organizaron tales constelaciones o patrones. También, regulan, igualmente los comportamientos los conforman (asimilación de la realidad al esquema) o lo modifican (acomodación del esquema a la realidad).

Asimilación y acomodación representan dos procesos cognitivos que permiten pasar de las estructuras profundas que son los esquemas a las estructuras superficiales que representan los eventos cognitivos (pensamientos, imágenes).

2.1.3. Disonancia entre la memoria semántica y la memoria episódica

La gran aportación de Bowlby, (1980, 1982, 1985), es la teoría psicoevolutiva sobre los procesos emocionales que más aceptación tiene actualmente para los clínicos cognitivos. Y ello por dos razones: partir de una teoría cognitiva sobre los vínculos afectivos y tener un respaldo demostrativo experimental suficiente.

La gran aportación de Bowlby, basada en datos experimentales, es la existencia de una necesidad de vinculación primaria (no derivada de ninguna otra). Esa disposición a los vínculos afectivos con sus progenitores tendría una doble función: función de protección (seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño de fuentes de peligro) y una función de socialización (desplazándose las relaciones iniciales con la madre a las personas más próximas y de aquí a otros grupos más amplios). Sin embargo, en el desarrollo de esa disposición filogenética juega un papel relevante las respuestas que los adultos van a dar a las demandas de vinculación del niño.

Sobretudo, las experiencias tempranas con el adulto van a jugar un rol relevante en la formación de las primeras estructuras cognitivas (patológicas o sanas). Esas estructuras cognitivas tempranas contendían el MODELO DE FUNCIONAMIENTO NUCLEAR DEL INDIVIDUO (Estructuras básicas de significado), el nivel tácito del sistema cognitivo referido por otros autores (p.e Mahóney, 1988, 1985, y Guidano y Liotti (1995). El modelo de funcionamiento asegurar el desarrollo y funcionamiento clásico de cuatro operaciones:

A) La evaluación de la presencia de ota gene, nuevas presencias de relaciones con el niño. En la época adulta, el núcleo cognitivo de las evaluaciones de las situaciones interpersonales (EVALUACIÓN INTERPERSONAL).

B) Una visión positiva de sí mismo para afrontar dificultades normales en el desarrollo y una visión de confianza y amabilidad proveniente de los otros (UTO/HETERO-CONFIANZA).

C) La realización de atribuciones adecuadas de causas y significados de los hechos a partir del funcionamiento con la figura de apego. MODELO O ESTILO ATRIBUCIONAL).

D) Una regulación cognitiva adecuada con el entorno, a partir de un equilibrio de sistemas conductuales incompatibles (p.e “la madre permite la autonomía y exploración del niño de su entorno, pero al mismo tiempo está atenta y dispuesta a ayudarle ante peligros o dificultades excesivas para él”) (SEGURIDAD Y AUTONOMÍA).

Numerosos estudios (p.e Ainsworth, 1978; Main, 1985; Bowlby, 1979, 1985) demuestran que las influencias negativas de la conducta maternal y de otros adultos significativos para el niño, sobretudo las experiencias infantiles tempranas, alteran las cuatro operaciones del modelo de funcionamiento y generan psicopatología.

Bowlby (1979, 1985) mantiene que ciertas actitudes y estilos de comunicación de los padres hace que el niño deje de procesar conscientemente ciertas informaciones que él ha observado (p.e intercurso sexual entre sus padres; encuentros secretos extramaritales; aproximaciones incestuosas hacia el niño; abuso de alcohol y drogas de los padres, intentos de suicidio paterno, etc). Los padres insisten al niño de que solo construya aspectos lo menos negativos posibles del ambiente familiar. Esto produciría una DISOCIACIÓN cognitiva entre lo recordado y lo descrito. Partiendo de la división de Tulving (1972) sobre la división de la memoria a largo plazo en un almacén episódico (de recuerdos autobiográficos) y un almacén semántico descripción general de los hechos y o personas en forma de preposiciones o reglas); Bowlby habla de inconsistencia tendría un carácter de “defensa cognitiva” al incorporar las reglas prohibitivas de los padres, que se hacen inconscientes, sobre la selección de las experiencias reales. Esto permitiría al niño mantener una ilusión de vinculación en sus progenitores, pero le predispondría a la patología. (Fig. 8)

HISTORIA INFANTIL TEMPRANA RESPECTO A LOS VÍNCULOS
AFECTIVOS (1)-- “Amnesia de la conciencia, defensa perceptiva”
DISOCIACIÓN EN LA MEMORIA
A LARGO PLAZO (2)

EXPERIENCIAS NEGATIVAS
CON LAS FIGURAS DE APEGO MEMORIA SEMÁNTICA// MEMORIA
EPISÓDICA (1) Aquellas que los padres. Descripción de los recuerdos
experienciales no desean que el niño a menudo conozca eventos de sí
mismo (p.e actividad y de otros procesados de manera sexual parental
inconsciente)

(2) APLICACIÓN AUTOMÁTICA E INCONSCIENTE A DIVERSAS SITUACIONES DISOCIACIÓN TRANSFERIDA A NIVEL INTRA/INTERPERSONAL

Aquellas con la que los padres han amenazado al niño, de modo que pensar en ellas se hace desagradable

(p.e amenazas de abandono o (4) rechazo por conductas agresivas

o independientes) VULNERABILIDAD PSICOPATOLÓGICA (5)

(3) Aquellas con la que los padres

inducen vergüenza o culpa si el niño la experimenta (p.e actividad sexual, actividad exploratoria)

Fig. 8)

2.1.4. Los intervalos de recaída como indicadores del proceso terapéutico

El indicador más objetivo que posee la terapia cognitiva para medir su efectividad son los periodos “asintomáticos” o intensidad sintomatológica, del cuadro clínico en cuestión a lo largo del tiempo durante, y tras la intervención terapéutica. Intervalos de recaída sintomatológica mayores supondrían cambios cognitivos en:

- 1- Los círculos interactivos pensamiento-afecto-conducta.
- 2- Distorsiones cognitivas o errores de procesamiento de la información.
- 3- Esquemas, Asunciones o Supuestos personales.

Recidivas, o recaídas más frecuentes indicarían un cambio más superficial e inestable con incidencia más superficial que profunda (es decir más cerca del punto 1, arriba reseñado, que del punto 3).

Podríamos representar el curso “ideal y probable de una terapia efectiva siguiendo las fases reseñadas por Perris (1988) en el tratamiento de la esquizofrenia; y que creemos extensible al curso general de la psicoterapia cognitiva:

1º FASE DE EXPENTANCIA: Durante esta fase se intenta establecer la relación terapéutica. El paciente oscila continuamente entre la confianza y la desconfianza con conductas de aproximación y evitación También este “prueba” al terapeuta con ciertas demandas o incrementos sintomatológicos. El terapeuta más que responder directamente a esas demandas utiliza la empatía para hacer saber al paciente que le comprende y no le rechaza.

2º FASE DE OPTIMISMO IRREALIST: El paciente suele desarrollar un sentido de la honestidad del terapeuta y paralelamente unas expectativas irrealistas sobre la resolución de sus problemas por el terapeuta (exclusivamente) y en un corto intervalo de tiempo. El terapeuta sitúa aquí la socialización de la terapia (formalmente como es habitual en la R.E.T o C.T o más informalmente como en la terapia cognitiva de Wessier.) Este explica los principios de la psicoterapia cognitiva como un proceso de aprendizaje costoso y no evento de dificultades (encuadre).

3º FASE DE ESPERANZA Y ESFUERZO CONSTRUCTIVO: E n ella se establece el empirismo colaborativo y las tareas para casa. El paciente aporta datos (p.e autorregistros), el terapeuta sugiere intervenciones, el paciente las desarrolla y se revisan sus resultados. En esta fase los desequilibrios son frecuentes, especialmente mientras más se trabaja cerca y con los Supuestos personales.

4º FASE DE TERMINACIÓN: En ella son frecuentes las recaídas en la sintomatología inicial, más intensa si el paciente ha desarrollado una concepción de dependencia del terapeuta. El terapeuta trabaja la separación de modo gradual (p.e revisiones a intervalos mayores y trabaja con el paciente su preparación a las recaídas y extensión o generalización de sus nuevas habilidades).

2.2. FASES GENERALES DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Dedicaremos este capítulo al proceso terapéutico. Con ello nos referimos a cómo desarrollar la psicoterapia cognitiva para la consecución de sus objetivos. Como modelo general escogeremos la C.T de Beck (1976) por contar esta modalidad de terapia cognitiva con un respaldo científico y metodológico lo bastante suficiente y relevante para servir de modelo general. Para ello vamos a seguir la forma de proceder descrita por Beck (1976), Meichenbaum (1988) y A. Maldonado (1990).

El proceso de la psicoterapia cognitiva (Meichenbaum, 1988) supone recorrer tres etapas diferenciadas:

1. Primera etapa: conceptualización del proceso y la observación.

- Finalidad: Entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta.
- Medios:
 - a) Redefinir el problema presente: En términos de relación pensamiento-afecto-conducta (P-A-C).
 - b) Reconceptualizar el proceso de intervención:
 - Modificar los círculos viciosos P-A-C que mantienen el problema.
 - Hacer el sujeto menos vulnerable a ciertas situaciones y disminuir las recaídas.
 - c) Recogida de datos y autoobservación:
 - Conceptualizar los problemas cognitivamente.
 - Definir etapas y objetivos graduales de intervención.
 - Elegir un problema para la autoobservación: explicar al sujeto los autorregistros.

2. Segunda etapa: generan alternativas.

- Finalidad: Ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores y problemáticos.
- Medios:
 - a) Cambio de conductas manifiestas: técnicas conductuales y cognitivas.
 - b) Cambio de la actividad autorreguladora (pensamientos y emociones técnicas conductuales y cognitivas.
 - c) Cambio de estructuras cognitivas o creencias tácitas sobre el sí mismo y el mundo:
Técnicas conductuales y cognitivas.

3. Tercera etapa: mantenimiento, generalización y prevención de recaídas.

- Finalidad: Consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas.

- Medios:
 - a) Atribuir los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la ase de sus tareas para casa. (Atribución interna de los cambios).
 - b) Identificar con antelación situaciones de alto riesgo futuro y desarrollar habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual.

2.3. PRIMERA FASE EVALUACIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN TERAPÉUTICA

1- OBJETIVOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN:

Los objetivos generales de la C.T (Beck, 1976, Maldonado, 1990) son:

- (1) Elicitar los pensamientos automáticos y significados asociados ideosincráticos.
- (2) Buscar evidencias para los pensamientos automáticos y significados personales.
- (3) Diseñar experimentos conductuales para probar la validez de los pensamientos automáticos y significados personales.

Dentro del contexto de objetivos de la C.T el primer paso consiste en evaluar los problemas que el paciente trae a consulta y conceptualizarlos en términos cognitivos-conductuales. Los objetivos generales de la evaluación y conceptualización serían:

- 1° Determinar las áreas problemáticas del sujeto en términos de componentes conductuales (Conductuales, Emocionales, Cognitivos, Motivaciones y Físicos). Él supone traducir las expresiones de malestar “sintomática” a términos conductuales. Esto se ha denominado en el campo de la modificación de conducta con el término de “Análisis topográfico” (p.e Paterson, 1967).
- 2° Determinan qué áreas relacionales afectan y se ven afectadas por los “síntomas” del sujeto, y el cómo está afectadas. Esto se suele hacer mediante el llamado “Análisis funcional conductual” (p.e A.Godoy, 1991).
- 3° Recogida de datos sobre la Historia del problema (Desarrollo, Factores precipitantes, tratamientos anteriores) y otros datos sociofamiliares/antecedente familiares...).
- 4° Conceptualización cognitiva de los problemas. Este punto es propio de la C.T, ya que los tres anteriores son similares a los realizados en otras orientaciones conductuales. Los problemas se agrupan y clasifican en categorías “Inferenciales” cognitivas, fundamentalmente en términos de hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos personales.

2- MÉTODOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN:

Los métodos de evaluación empleados en la C.T son diversos, Los más empleados suelen ser la HISTORIA CLÍNICA (cognitiva-conductual), LOS AUTORREGISTROS y los CUESTIONARIOS (tanto de tipo cognitivo-conductual) como psicométricos). La primacía de emplear estos métodos (p.e en vez de la observación directa) viene dada por la relevancia de los aspectos subjetivos (cognitivos, emocionales) en este enfoque.

La historia clínica suele tener el siguiente formato. (A. Maldonado, 1990; Karataos, 1991) (Fig.10)

- Historia clínica para la C.T- (Fig. 10)

1. DATOS DE FILIACIÓN (nombre, edad, trabajo, etc)

2. ENUMERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS:

- Nivel cognitivo
- Nivel afectivo
- Nivel conductual
- Nivel motivacional
- Nivel físico]
- . Datos objetivos (p.e B.D.I)
- . Diagnóstico (p.e DSM-IV/CIE-10)

3. ÁREAS AFECTADAS EN LA VIDA DEL SUJETO (Trabajo, familia)

4. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL Y EPISODIOS PREVIOS:

- Atribución sobre los problemas.
- Historia del problema.
- Episodios previos similares.
- Tratamientos anteriores y otros tratamiento actuales.

5. OTROS PROBLEMAS (Trabajo, matrimonio)

6. HISTORIA FAMILIAR:

- Antecedentes psíquicos y físicos. Tratamiento seguidos.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo).

7. HISTORIA PERSONAL:

- Conceptualizaciones del paciente (p.e atribuciones, categorizaciones).
- Historia familiar, social, laboral, educacional y sexual-afectiva.

En cuanto a los autorregistros, estos deben ser adaptados al nivel de comprensión del paciente y su nivel evolutivo (p.e niños). Aquí presentamos una adaptación del autorregistro formulado por Beck (1976) (Fig. 11). También es frecuente que los clínicos adapten los autorregistros al tipo de problema tratado (p.e obsesiones, fobias, etc).

(Figura. 11) (Adaptación Ruiz, 1990)						
SITUACIÓN ACONTECI MIENTO	ESTADO EMOCIONAL .Intensidad (0-10)	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO .Grado de creencia (0-10)	CONDUCTA Y RESULTADO	CAMBIO DE PENSAMIENTO AUTOMÁTICO .Grado de creencia (0-10)	CAMBIO DE CONDUCTA	NUEVO ESTADO EMOCIONAL .Intensidad (0-0)

Los cuestionarios utilizados en la C.T van dirigidos a recoger información de los círculos interactivos o viciosos entre pensamientos- afectos y conductas, la intensidad de estos

Componentes y las distorsiones y supuestos cognitivos subyacentes. A nivel conductual se utilizan escalas como las de evaluación de la asertividad, habilidades sociales o autonomía personal, según el caso. A nivel emocional se utilizan escalas para la medición de estados emocionales (como el inventario de depresión de Beck, la escala de ansiedad de Zung, etc). A nivel cognitivo son frecuentes los inventarios de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y Supuestos o creencias. Datos al respecto pueden consultarse de manera sobrada en las obras de R. Fernández Ballesteros (1997). Nosotros vamos a referir algunas escalas o cuestionarios cognitivos generales usados con frecuencia.

(1) **Cuestionario de creencias irracionales de Ellis** (adaptación de Davis, Mackay y Eshelman, 1980). Consiste en 100 ítems que formulan creencias racionales e irracionales, organizados al azar y que el sujeto puntúa en función del grado de acuerdo con los mismos. El clínico puntúa las agrupaciones en las 10 creencias irracionales prototípicas referidas por Ellis (1962), detectando las más relevantes.

(2) **Escala de actitudes disfuncionales de Weisman**. Consiste en 35 ítems que agrupan 7 tipos de creencias disfuncionales o supuestos personales, a semejanza de las referidas por Beck (p.e 1976). El paciente puntúa el grado de acuerdo de los distintos ítems. El clínico agrupa las puntuaciones en función de la puntuación total para cada creencia.

(3) **Cuestionario de pensamientos negativos** (ATQ. Hollon y Kendall, 1980). Consiste en 30 ítems donde el paciente puntúa la frecuencia en que piensa en la actualidad. El clínico los agrupa por los contenidos tipos de pensamientos automáticos puntuados.

En cuanto a las escalas o cuestionarios psicométricos el más usado es el M.M.P.I. y versiones del mismo (p.e Beck, 1976, Cottraux, 1991). Este cuestionario puede ser usado para referencias psicopatológicas y para determinar áreas problemáticas que pueden ser evaluadas más precisamente tras su detección (p.e utilizando escalas conductuales).

Actualmente los tests proyectivos (p.e T.AT) están siendo reconsiderados como procedimientos útiles para recogida de datos cognitivos-conductuales, al permitir que el sujeto utilice más libremente sus significados personales que en pruebas más estandarizadas (p.e. Meichenbaum, 1977; Avila Espada, 1988).

3- EL FORMATO DE CONCEPTUALIZACIÓN DE BECK:

Una vez evaluados los problemas, el clínico cognitivo puede agruparlos en una especie de taxonomía cognitiva, que le á a permitir diseñar intervenciones precisas. Beck, utiliza en la C.T el siguiente formato de conceptualización de los problemas. (Fig. 12)

- CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS (Fig. 12)-

1. EVALUACIONES INADECUADAS DE LOS HECHOS: Se refiere al tipo de distorsiones cognitivas que aparecen en el sujeto-problema en cuestión.

2. ATRIBUCIONES INADECUADAS: Se refiere a atribuciones causales erróneas que mantiene el sujeto sobre su conducta, la de los demás y los eventos. Creencias causales erróneas.

3. AUTOEVALUACIONES INADECUADAS: Se refiere a los conceptos, imágenes y autovaloraciones erróneas que mantiene el sujeto al describirse así mismo.

4. ESPECTATIVAS IRREALISTAS: Se refiere, a las predicciones erróneas o inadecuadas.

Que mantiene el sujeto sobre lo que puede esperar de los demás, el terapeuta o la terapia.

5. CONDUCTAS MALADAPTATIVAS: Se refiere a las estrategias de acción inadecuadas o deficientes usadas por el sujeto para resolver sus problemas (p.e evitación).

6. NECESIDADES DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS REALES: Se refiere a condiciones reales de deficiencia o inadecuación (p.e problemas legales o económicos que el terapeuta puede orientar para su resolución (p.e derivación a servicios sociales, policía, etc)

7. SUPUESTOS PERSONALES: Se refiere a las creencias tácitas, asunciones o reglas que el sujeto utiliza para conceptualizar su realidad y así mismo, y que constituye el factor nuclear de vulnerabilidad personal.

8. ESQUEMAS TEMPRANOS: Se refiere a asunciones o supuestos relacionados con el Supuesto Central del problema y que se generaron en épocas tempranas de la vida del sujeto.

4- LA PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES:

Otra de las características diferentes de la C.T de Beck respecto a otras terapias es la programación del contenido de las sesiones. La preparación de las llamadas “Agencias” (p.e Harrison, 1981) permite al terapeuta planificar cada sesión y al proceso terapéutico. Se debe tener en cuenta que la duración media de la C.T es de una media de 10 a 20 sesiones de aproximadamente 45 minutos cada una (aunque en problemas clínicos más severos como los trastornos de personalidad y la esquizofrenia se pueden emplear 80 y más sesiones (p.e Perris, 1988; Freeman, 1988).

Estas sesiones suelen tener una frecuencia semanal de media. La confección de la “agencia del día” suele ser comentada con el paciente en los primeros minutos de la sesión, estableciendo ambos un contenido apropiado para el tiempo disponible Beck, 1979; Harrison y Beck, 1982). Vamos a presentar uno de los registros de “Notas terapéuticas” usados para la recogida de información de cada sesión (Harrison y Beck, 1982): (Fig. 13).

- NOTAS TERAPÉUTICAS – (Fig. 13)

PACIENTE:	FECHA:	SESIÓN N°
Datos objetivos (BDI, EAZ, etc):		
Plan para esta sesión:		
Agencia:		
Sumario narrativo (Continuar por detrás si es necesario):		
Tareas para casa:		
Otros datos (Medicación contactos telefónicos, contactos colaterales, etc).		

También presentamos una adaptación de la estructura general de una sesión en la C.T (Fig. 14) y de la programación general de las sesiones (una a una) de una C.T de 10 sesiones media (Fig. 15) (Beck, 1976, 1979; Harrison y Beck, 1982; A. Maldonado, 1990):

- ESTRUCTURA TÍPICA DE UNA SESIÓN C.T – (FIG. 14))

I. Fase inicial:

- 1- Establecer el rapport: empezar y acabar positivamente.
- 2- Establecer la agenda del trabajo con el paciente.
- 3- Valorar la evolución de los problemas (p.e BDI)
- 4- Programar número de sesiones (generalmente 10; si quedan problemas por tratar se pueden programar hasta 20).
- 5- Objetivo: No son las mejorías transitorias, sino el aumento de los intervalos de recaídas.

II. Fase de desarrollo:

- 1- Explicar tareas para casa. Demostración de las mismas.
- 2- Educación en conceptos cognitivos aplicados a los problemas.
3. Discusión de 2 problemas como máximo por sesión (focalización).

II. Fase terminal:

- 1- Programar trabajo para casa: tareas como “pruebas de realidad” para los pensamientos automáticos y los significados asociados.
- 2- Resumen de la sesión: Se pide al paciente que lo haga. Se le da feedback al respecto.

- PROGRAMACIÓN POR SESIONES EN LA C.T – (Fig. 15)

- N°1:

- 1- Explicación al paciente de la relación pensamiento-afecto-conducta. Feedback.
- 2- Aprendizaje de la hoja de autoobservación por el paciente.
- 3- Explicación al paciente del proceso y objetivos terapéuticos. Feedback.
- 4- Trabajo para casa: aplicación de la hoja de autorregistros a un problema.
- 5- Feedback de comprensión de la sesión.

N°2:

- 1- A través de la hoja de autoobservación introducir la diferencia entre pensamiento y realidad: prueba de realidad:
- 2- Explicación de la focalización gradual de los problemas.
- 3- Tareas para casa: Añadir en el autorregistro “Correcto-Incorrecto para el pensamiento automático y atarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

N°3:

- 1- Analizar con el paciente los problemas entre sesiones y programar con él la agenda. Focalización en 2 problemas por sesión como máximo.
- 2- Pedir evidencias para pensamiento automáticos analizados.
- 3- Revisión de tarea conductual. Feedback y ensayo conductual. Relación de la tarea conductual con la modificación de los pensamientos automáticos.
- 4- Tareas para casa: Añadir a las pruebas de realidad para los pensamientos automáticos “Correcto-Incorrectos, ahora o siempre” y nuevas tareas conductuales graduadas. Feedback resumen de la sesión.

N°4

- 1- Finalizar con el paciente problemas entre sesiones y programar la agenda.

- 2- Introducir la técnica de la doble columna en el autorregistro (alternativas a los pensamientos automáticos). Se escogen 2 pensamientos automáticos de los registrados por el paciente (preferentemente los dos aparentemente más fáciles de modificar inicialmente).
- 3- Revisión de tarea conductual. Relación con la modificación de los pensamientos automáticos.
- 4- Tareas para casa: Doble columna y nueva tarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

Nº5, 6 Y 7: Similar a la Nº4.

Nº8, 9 Y 10:

- 1- Análisis de los Supuestos personales.
- 2- Tareas para casa: “Experimentos personales” para comprobar el grado de realidad de los supuestos personales. Tareas cognitivas conductuales. Revisión y feedback.

Nº11, 12 y 13: Sesiones de seguimiento. Se programan con intervalos crecientes de tiempo (p.e 3 meses, 6 meses y 1 año). Se revisa la evolución, recaídas y prevención.

5- SOCIALIZACIÓN TERAPÉUTICA:

Es frecuente en la C.T utilizar la primera sesión para introducir al paciente en el modelo de trabajo a utilizar en esta terapia. A esta tarea aludimos con la “socialización terapéutica”. Sobre esta actividad se va a construir la base del “empirismo colaborativo” entre el paciente y el terapeuta. La agenda de la primera sesión contiene los siguientes puntos:

- 1- Explicar la relación pensamiento-afecto-conducta. Pedir feedback de comprensión.
- 2- Utilizar una secuencia personal del paciente de pensamiento/Afecto/conducta de una situación anterior vivida con malestar por el paciente. Utilizarla para apoyar la relación pensamiento-afecto-conducta y como primera hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos asociados (significados personales). Pedir feedback de comprensión.
- 3- Explicar la hoja de autorregistro: A partir de la situación actual de consulta se le pide al paciente que genere sus pensamientos-afectos-conductas presentes, “aquí y ahora”. Esta información suele ser relevante como “información transferencial.
- 4- Explicar el proceso terapéutico: afrontamiento o aprendizaje de resolución de problemas. Explicar el proceso normal y las “fluctuaciones, o realidad y el progreso terapéutico como un aumento de los intervalos de recaída. Pedir feedback de comprensión.
- 5- Explicar tareas para casa: Focalizar un problema y registrar su presentación con la hoja de autorregistro. Incluir un ejemplo.
- 6- Finalizar la sesión: Opiniones, Dudas. Comprensión. Pedir al paciente que resuma la sesión. Feedback.

6- PROBLEMAS FRECUENTES DURANTE LA PRIMERA SESIÓN. MANEJO:

Durante la primera sesión es frecuente que se presenten uno o más de los tres problemas reseñados a continuación. Exponemos estos problemas y algunas estrategias para su manejo:

1º El paciente no identifica los pensamientos automáticos (“Yo no pienso nada cuando me siento así”) El terapeuta puede usar un listado de pensamiento típicos para ese tipo de problemas (p.e “Algunas personas que he tratado, e situaciones similares suelen pensar...”, o un listado por escrito, cuestionario...etc) y preguntar al paciente a cuales se parece sus pensamientos.

2º El paciente dice no poder identificar los pensamientos automáticos porque está muy trastornado “Estoy muy mal y ahora no puedo pensar en nada” El terapeuta puede utilizar la distracción cognitiva (p.e relajación, concentrarse en un estímulo de la habitación durante un rato, etc) y cuando el paciente esté más calmado pedirle de nuevo esa información.

3º El paciente manifiesta que el registrar los pensamientos automáticos le trastornará aún más “Si yo tomo nota de esas cosas me pondré peor”. El terapeuta puede usar alguna de las siguientes opciones:

- a- Cuestionar: “¿Por qué se va a poner peor? Antes no los recogía y ¿no le daba vueltas?”
- b- Cuestionar: “Puede que ocurra lo que usted dice. ¿Podemos comprobar si usted es un paciente de los que al hacer esta tarea empeora o no lo hace?”
- c- Indicar: “Podría usted recoger sus pensamientos 1 o 2 veces al día y el resto cuando le asalte alguno usar alguna técnica de distracción (p.e relajación, parada y alternativas de pensamientos, etc)”.

2.4. SEGUNDA FASE DEL PROCESO TERAPÉUTICO: ALTERNATIVAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES A LOS CÍRCULOS VICIOSOS INTERACTIVOS Y LOS SUPUESTOS PERSONALES

Una vez que el paciente ha entendido la base del procedimiento e autorregistro y la relación pensamiento-afecto-conducta, el terapeuta puede comenzar a trabajar con éste la búsqueda de alternativas cognitivas-conductuales a las interacciones problemas, las distorsiones cognitivas y los significados personales subyacentes (p.e ver capítulo 2 de este volumen referente a la C.T).

Nosotros vamos a exponer en este apartado una clasificación de las estrategias básicas para la generación de alternativas cognitivas-conductuales.

1- ESTRATEGIAS COGNITIVAS:

a- Métodos que utiliza el repertorio cognitivo del paciente:

a.1. Distinguir pensamiento de realidad (situación):

1- Uso de situaciones imaginarias: “P.e vas por la calle, ves a un conocido y no te saluda. ¿Qué pensarías? ¿Qué otras cosas podrías haber pensado?”. También puede utilizarse un listado de situaciones imaginarias con distintas interpretaciones a las mismas y preguntar después por las consecuencias emocionales y conductuales de cada interpretación.

2- Uso de situaciones personales: Pensar en situaciones similares a las analizadas, pero con distinta respuesta emocional y conductual. Preguntar por pensamientos asociados. “P.e ¿Te ha ocurrido antes algo parecido a esto, y sin embargo te sentiste y actuaste de una manera más tranquila?. Si responde que si, preguntarle: ¿Y qué pensaste entonces?”.

3- Uso de situaciones personales pero pensando en otra persona actuando ante ella con una respuesta emocional y conductual más adaptativa: “P.e piensa por un momento en una persona que ante esta situación se sintiera y actúa de la forma X. ¿Qué podría pensar para lograr eso?”. También el terapeuta puede plantearle al paciente si algún conocido ha pasado por una situación similar y reacciono de una manera más adaptativa, o realizar un rol-playing con el paciente (P.e “Yo voy a hacer de un amigo suyo, p.e Antonio, Bien...yo he vivido una situación parecida a la suya (se describe y me he sentido X y actuando de la forma X; y ahora le pregunto, ¿Qué me aconsejas para superar esta situación?”).

4- Uso de situaciones personales induciendo verbalmente o por escrito un listado de pensamientos diferentes a los mantenidos por el sujeto ante esa situación: y preguntando por sus efectos posibles, emocionales y conductuales.

Después de usar una o varias de estas estrategias el terapeuta puede referirle al paciente como conclusión: “Lo que quiero que vea es lo siguiente: La situación es exactamente la misma, pero cuando te vienen los pensamientos X, tú te sientes X y actúas de la forma X; y cuando te vienen los pensamientos Y, piensas de la forma Y, tú te sientes Y actúas de la forma Y. La diferencia está en el pensamiento, la situación, la realidad sigue siendo la misma. Además, el tipo de pensamiento que viene a la cabeza condiciona tanto la forma en que tú te sientes y actúas en uno y otro caso” (A. Maldonado, 1990).

a.2. Identificar el proceso de error o distorsión cognitiva:

Se usan tanto situaciones personales como imaginarias.

1- Presentamos al sujeto una lista de pensamientos típicos en esas situaciones (p.e “depresivos, ansiógenos.”). Le pedimos al paciente que elija en esas situaciones, imaginarias los pensamientos más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales, y le preguntamos por qué ha seleccionado esos y no otros.

2- Sobre el autorregistro del sujeto intentamos ir elicitando una lista de pensamientos a la misma situación, y entre ellos le pedimos al sujeto que seleccione los más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales conductuales y le preguntamos por qué eligió esos y no otros.

Después de usar estas estrategias, y si la selección ha sido realmente adaptativa lo contrastamos con su pensamiento automático original y sus consecuencias emocionales y conductuales. Esto nos serán de gran ayuda para programar las tareas para casa (A. Maldonado, 1990).

a.3 Generar pensamientos y conductas alternativas

b- Métodos centrados en las preguntas empíricas:

b.1. Petición de pruebas para mantener los pensamientos automáticos o supuestos personales (P.e “Que pruebas tienen para creer que? ¿Hay alguna prueba de lo contrario?”)

b.2. Petición de alternativas interpretativas a los pensamientos automáticos o supuestos personales (P.e “¿Podría haber otra interpretación distinta para ese suceso?” “¿Podría haber otra forma de ver esa situación?”).

b.3. Consecuencias emocionales de mantener un pensamiento automático o supuesto personal (P.e “¿A qué le lleva pensar eso? ¿Le ayuda en algo?”).

b.4. Comprobar la gravedad de las predicciones negativas (P.e “¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso?... Suponiendo que ocurriese cuanto durarían sus efectos?...¿Podría hacerse algo?”).

b.5. Conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación: (P.e “¿Qué quiere decir con?”).

2- ESTRATEGIAS CONDUCTUALES:

Se utilizan las estrategias conductuales que se han mostrado efectivas para cada tipo de trastorno (p.e exposición en las fobias) y como vía de contraste de hipótesis de pensamientos automáticos y supuestos personales.

3- ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES GRUPALES:

La C.T también se ha utilizado como estrategia grupal (p.e Wessler, 1991; Yost y cols, 1986; Beck, 1976). Nosotros expondremos brevemente el “formato” de estos grupos (A. Maldonado, 1990): (Fig: 16)

- PSICOTERAPIA COGNITIVA GRUPAL (Fig. 16) –

1. ESPECIFICIDAD DE LOS GRUPOS:

- a- Grupos de psicopatología homogénea, preferentemente, ya que se trata de modificar distorsiones y supuestos cognitivos similares.
- b- Formados por un grupo de 5 a 10 sujetos, siendo 9 lo ideal.
- c- Suelen tener un periodo de 15 sesiones como mínimo.
- d- La duración media de las sesiones suele ser de 2 horas.
- e- Sesiones semanales.

2. NIVELES DE TRABAJO EN EL GRUPO:

Existen dos niveles de trabajo:

a.1) Trabajo individual: Se seleccionan 3 problemas de 3 pacientes y se les dedica unos 20 minutos a cada paciente; el resto del grupo escucha, a menos que el terapeuta pida su intervención (p.e ¿Tú que hubieras pensado en esa situación? ¿Cómo piensas que actuó, como crees que tu hubieses actuado? ¿A alguno de vosotros le ha ocurrido algo parecido?

a.2. Trabajo de rondas: Se revisan progresos, autorregistros individuales, tareas para casa. Para la ronda, se les piden a los pacientes que seleccionen 1 o 2 situaciones para

Analizar su comportamiento cognitivo conductual.

3. ESTRUCTURA TÍPICA DE SESIÓN COGNITIVA-GRUPAL:

1º Fase: Introducción de elementos conceptuales y prácticos de la terapia de modo progresivo:

- Técnicas cognitivas.
- Técnicas conductuales.

2º Fase: Revisión de las tareas para casa:

- Trabajo por Rondas.
- Trabajo individual.

3º Fase: Resumen y programación de tareas para casa:

- Tareas individuales.
- Tareas grupales (comunes).

2.5. TERCERA FASE DEL PROCESO TERAPÉUTICO: TERMINACIÓN, SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

1- PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA TERMINACIÓN DE LA TERAPIA:

Beck (1976) ha identificado una serie de dificultades que suelen surgir cuando el fin de la terapia está próximo y la manera de manejarlos:

A- La preocupación del paciente respecto a no estar “completamente curado”.

El terapeuta puede utilizar en este caso varias estrategias:

- a.1. Explicar que la salud mental no es un constructo dicotómico sino un continuo integrado de varios puntos. Después demuestra con los datos de la evolución del paciente como este ha avanzado dentro de este continuo.
- a.2. Mostrar al paciente que el objetivo de la terapia es aprender a resolver más eficazmente los problemas y no curarle, ni reestructurar la personalidad, ni evitar todos los problemas vitales posibles. A continuación mostrar al paciente sus progresos al respecto

B- La preocupación del paciente respecto a “volver a recaer y experimentar de nuevo el problema”. El terapeuta aquí también puede utilizar alguna de las siguientes estrategias:

- b.1. Devolver al paciente que ello es posible, pero que puede ser una oportunidad para aplicar lo aprendido.
- b.2. Trabajar con el paciente, con antelación en base a las distorsiones cognitivas y supuestos personales que tipo de situaciones podrían hacerle recaer y ensayar cognitivamente (mentalmente) que estrategias podría usar para su afrontamiento.

C- Terminación prematura de la terapia: El terapeuta si puede proveer que el paciente (por el feedback de las sesiones p.e) está deseando poner fin de a la sesión puede averiguar las posibles razones a la base y afrontarlas. Son frecuentes:

- c.1 Reacciones negativas hacia el terapeuta (porque esté molesto o en desacuerdo con el terapeuta). El terapeuta puede elicitir, con tacto, las reacciones negativas e intentar clarificarlas. Si el paciente abandona puede ser útil una llamada telefónica o carta, invitándole a volver cuando desee.

c.2. Mejoría rápida de los síntomas. Es frecuente que muchos pacientes al dejar de experimentar el malestar de sus síntomas ya no se vean motivados para continuar la terapia. El terapeuta puede aquí desaconsejar la terminación al no haberse aun trabajado los factores predisponentes, incluso anticipar la posibilidad de una recaída próxima (para ganar así fiabilidad si sucede). Si el paciente decide, a pesar de lo anterior, abandonar, igualmente se le da la posibilidad de volver cuando desee.

c.3. Ausencia de mejoría significativas durante el tratamiento o recaídas durante el mismo. El terapeuta puede explicar que las recaídas son frecuentes durante el tratamiento, que este raramente supone una mejoría lineal, y que las recaídas pueden ser aprovechadas para detectar pensamientos automáticos y significados relevantes.

Nosotros a este listado añadimos otra serie de dificultades que pueden aparecer relacionadas con la terminación de una terapia breve, basándonos en la detección de estos problemas, aunque no en su interpretación, por autores relacionados con la psicoterapia breve psicodinámica (p.e Malan, 1979; Braier, 1980):

D- El paciente está preocupado por ser abandonado y tener el solo que afrontar las dificultades vitales. El terapeuta puede optar por una terminación gradual o detectar las cogniciones y supuestos de la necesidad de la presencia del terapeuta y contrastarlos con sus progresos personales y afrontamientos autónomos.

E- El paciente desarrolla fuertes pensamientos positivos hacia el terapeuta (Transferencia positiva) o el terapeuta hacia el paciente, no deseando la terminación de la terapia. En este caso el terapeuta puede buscar “pruebas de realidad” para esos sentimientos y abordarlos con el paciente si responden a distorsiones cognitivas. En estos casos es deseable que el terapeuta pregunte al paciente (o a sí mismo) sobre qué base se desarrollado tales sentimientos y clarificar su base cognitiva.

2. PREVENCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO:

El terapeuta con el paciente puede detectar situaciones predecibles y próximas o ensayar posibles situaciones riesgo potencial (p.e utilizando el rol-playing) relacionadas con los factores de vulnerabilidad personal trabajados (distorsiones y supuestos) y practicar con el paciente alternativas cognitivas-conductuales. También estas sesiones pueden ser grabadas en casetes o apuntes para su recuerdo (p.e Ellis, 1990). Igualmente, un seguimiento postterapéutico gradual puede servir al mismo fin (por ejemplo, a los tres meses de la terminación, a los seis meses y un año).

3. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

3.1. ELEMENTOS BÁSICOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA (I)

Vamos a dedicar este capítulo a describir los elementos básicos y necesarios de la relación terapéutica que permiten el buen desarrollo de la terapia. Para ello nos vamos a referir tanto a la descripción que hace Beck (1979) como Ellis (1989) de estos elementos relacionales.

1- CARACTERÍSTICAS DESEABLES DEL TERAPEUTA:

En la C.T (Beck, 1979) se consideran como necesarias, pero no suficientes que el terapeuta posea tres competencias relacionales (Rogers, 1951): Aceptación, Empatía y Autenticidad. Por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática.

Interés que no debe ser demasiado efusivo y proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto.

Para detectar estas percepciones es útil utilizar preguntas de feedback dirigidas al paciente, y utilizar sus respuestas para modular las expresiones de aceptación (p.e. “¿Qué piensas y sientes sobre mi forma de relacionarme contigo? ¿Qué piensas que siento sobre ti?”). La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace este. El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por el feedback del paciente (p.e. “Cuando usted se encuentra en una reunión y nadie le dirige la palabra parece pensar que nadie se interesa realmente por usted y entonces comienza a sentirse muy triste y solitario, le gustaría que alguien tomara la iniciativa, pero nadie parece hacerlo...¿Podría ocurrir así?”). Incluso el terapeuta puede evitar hacer ruidos peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales (p.e resistencias) si tiene la habilidad de tener empatía hacia estos problemas.

Puede incluso desarrollar “Ensayos cognitivos” sobre las actitudes y emociones del paciente (p.e. Imaginando asumiendo actitudes y emociones similares a la del paciente) y generar así alternativas a las mismas. La última habilidad, la autenticidad, se refiere a la franqueza del terapeuta con el paciente, para que este tenga unas imágenes realistas de lo que se puede (y no se puede) esperar sobre terapeuta o la terapia. Sin embargo, es conveniente que esta franqueza sea conjugada con la diplomacia y se manifieste en momentos oportunos. Al igual que las otras dos habilidades la percepción del paciente sobre ellas es el principal determinante de su reacción, por lo que las “Preguntas de feedback son fundamentales para adecuarlas a cada caso concreto.

La R.E.T (Ellis, 1989) comparte, en general, los principios antes expuesto con respecto a la C.T. además puntualiza otra serie de factores. Señala la conveniencia de no mostrar una excesiva cordialidad hacia el paciente; ya que, aunque esto podría hacerle mejorar a corto plazo, reforzaría sus creencias relaciones de aprobación, dependencia y baja tolerancia a la frustración. Otro factor es que los terapeutas son deseables que tengan una inclinación personal de tipo filosófica y cognitiva para aplicar esta terapia de manera más congruente. Se apunta también a que el terapeuta sea capaz de manejar si aparecen (cosas frecuentes) sus creencias irracionales de aprobación, éxito y autovaloraciones respecto a las manifestaciones del paciente y la evolución de éste. El

humor es otra característica deseable; ya que puede suponer un recurso antidogmático importante ante la excesiva "seriedad" dada a veces a la visión de los problemas y la terapia. Y como última habilidad se apunta la flexibilidad con la propia terapia adecuándola al caso concreto; y no siempre "teniendo que" desarrollarla de forma directiva y con el mismo "manual".

2- La interacción terapéutica:

La psicoterapia cognitiva considera que hay tres factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica iniciada (Beck, 1979):

A) La confianza básica: Se trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como segura y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. El terapeuta sopesa su intervención (p.e Ellis citando feedback del paciente) y ajusta su rol (directividad, formalidad, límites...etc) a las respuestas del paciente. En general, en la primera fase del tratamiento, suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente (p.e planificando con él las agendas y tareas para casa, y usando las atribuciones internas a sus logros)

B) El rapport: Se refiere en general, a un acuerdo de metas objetivos y procedimientos terapéuticos en tres el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia, que las contraste con el paciente si le parece poco razonable o inadecuadas (p.e "¿Crees usted que su hijo estará dispuesto a colaborar conmigo en la terapia si usted le amenaza con lo que podría perder si no viene?"). También el terapeuta se pone en la misma (onda) el paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del feedback). El explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar al llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo (p.e Fich y cols. 1984).

C) La colaboración terapéutica: el terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación (empirismo colaborativo).

Se explica al paciente las tareas a desarrollar (p.e mediante modelado directo o cognitivo), se aplican como tareas para casa se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso.

3- La colaboración terapéutica:

Como acabamos de apuntar la psicoterapia cognitiva necesita que el paciente y el terapeuta conforman un equipo de trabajo. Veamos ahora cuales son las tareas que ambos tienen que desarrollar (Fig. 17). (Beck, 1979).

n LA COLABORACIÓN TERAPÉUTICA (Fig. 17)	
TRABAJO DEL PACIENTE	TRABAJO DEL TERAPEUTA
1- Manifestar sus pensamientos, emociones y conductas referentes a sus dificultades ("datos brutos")	1- Enseñar al paciente la relación entre pensamientos-afectos-conductas y como registrar esas relaciones
2- Registrar eventos que proporcionen relaciones entre pensamientos-afectos-conductas	2- Enseñar al paciente a modificar sus pensamientos automáticos a través de habilidades cognitivas-conductuales. Programar tareas para casa para su puesta en práctica
3- Aplicar tareas para casa de tipo cognitivo-conductuales para contrastar sus pensamientos automáticos	3- Revisar con el paciente esas tareas y desarrollar sus habilidades con ellas. Recoger datos sobre hipótesis de Supuestos Personales. Proponer al paciente su revisión mediante experimentos personales
4- Aplicar experimentos personales	4- Revisar los experimentos personales. Preparar al paciente para el alta/seguimiento. Identificación de problemas al respecto
5- Expresar preocupaciones respecto al alta y recaídas	5- Alternativas a esas preocupaciones. Prevención de recaídas
6- Acuerdo sobre el alta. Resumen de la terapia	6- Acuerdo sobre el alta. Resumen de la terapia

4- Reacciones de transferencia y contratransferencia

El esquema desarrollado en la figura 17. Sin embargo, está lleno de dificultades en su aplicación y consecución. Uno de los principales problemas es la aparición de reacciones de transferencia y contratransferencia en la terapia.

La C.T y la R.E.T (Beck, 1979; Ellis, 1989) consideran que estos problemas derivan igualmente de cogniciones disfuncionales, y que normalmente aparecen en relación a la aplicación de las tareas para casa y a la evaluación de los progresos terapéuticos. Ambas terapias consideran que la transferencia deriva de una percepción errónea o irracional del paciente sobre el terapeuta y lo que puede esperar de este, y que le lleva a experimentar una serie de sentimientos (positivos o negativos) y a manifestar una serie de conductas (p.e resistencias) que impiden el desarrollo adecuado de la terapia. La contratransferencia derivaría igualmente de la percepción errónea del paciente por parte del terapeuta por parte del terapeuta y lo que puede esperar de este, y que le llevaría a experimentar sentimientos (positivos o negativos) hacia este, de modo que su conducta

resultaría improductiva para la labor terapéutica. Ambas terapias no conceden un status especial a estos fenómenos (p.e en divergencia con la terapia psicoanalítica cognitiva que defiende Bowlby de la que hablaremos en el capítulo 8). El tratamiento de estas dificultades es similar al que tienen otras distorsiones y creencias disfuncionales. Sin embargo, tanto Ellis (1990) como Beck (1979, 1982) han dedicado una especial atención a estos temas refiriendo una serie de cogniciones disfuncionales que contribuyen a estos problemas y cómo manejarlas.

5- Resistencia al cambio terapéutico:

Para la psicoterapia cognitiva “la resistencia” viene definida por la conducta del paciente (y del terapeuta) que es anti terapéutica para el logro de los objetivos de modificación cognitiva. La causa de la resistencia se encuentra en actitudes y conductas por parte del paciente y del terapeuta que no facilitan colaboración terapéutica (Ellis, 1980; Beck, 1979).

Nosotros compartimos la exposición de la C.T y de la R.E.T. pero consideramos que cuando los métodos usuales para manejar estas dificultades son infructuosos, una estrategia alternativa es la utilización de intervenciones paradójales (p.e Fish, Weekland y Segal, 1984; Watzlawick, 1974; Dowd y Swoboda, 1984) o constructivistas (p.e Guidano y Liotti, 1983). Las intervenciones paradójales se pueden considerar intervenciones cognitivas en tanto y en cuanto tienen en cuenta para su prescripción el “marco de opiniones personales del paciente” (marco o esquema cognitivo, p.e Fisch y Cols, 1984). Básicamente consiste en reformular la resistencia de modo positivo (atribución positiva) y prescribirla, de modo que si el paciente se opone a su realización deja de utilizarla, o si la sigue se pone bajo la “dirección” del terapeuta. Para realizar esta intervención de modo prudente, antes se ha de recabar información sobre las cogniciones del paciente sobre todo sus atribuciones).

Desde el punto de vista constructivista (p.e Guidano y Liotti, 1983) la resistencia es un proceso normal que se genera al ser revisado los esquemas cognitivos tácitos, y un proceso que hay que respetar, más que eliminar si se pretende que el cambio sea progresivo en vez de regresivo. Para estos terapeutas cognitivos la resistencia se trabaja detectando las emociones y cogniciones a su base y después rastreando históricamente sus orígenes y el papel que desempeñaron en otra época. Solo desde esta “toma de conciencia” el paciente puede reorganizarlas en sus esquemas cognitivos, y solo el, decidir sobre su utilidad.

En resumen, tenemos dos estrategias para el manejo de las resistencias:

- A) Estrategia de modificación:** Consiste en detectar las cogniciones y conductas inadecuadas a su base y ofrecer alternativas para su modificación (el enfoque de la R.E.T y la C.T).
- B) Estrategia de respeto:** Consiste en detectar, igualmente, las cogniciones y conductas a su base y ofrecer una explicación aceptable para el sujeto de las mismas, de modo que cambie su función sin necesidad de oponerse a ellas (p.e reformulándolas como positiva o viendo su relevancia histórica funcional).

A continuación, de modo esquemático, ofrecemos los métodos de la R.E.T (T.R.E) (Ellis, 1983) y C.T (Raymi, 1975; Beck, 1979) para el manejo de estos problemas (Fig. 18 Y Fig. 19).

3.2. ELEMENTOS BÁSICOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

3.2.1. Actitudes y conductas inadecuadas de los pacientes, manejoj cognitivo

A) EJEMPLOS DE RAYMY (1975):



Beck

Instituto de Psicoterapia
Cognitivo Conductual

**Producido exclusivamente para los alumnos del
Instituto de Psicoterapia Cognitivo Conductual "BECK"**