06

PSICOTERAPIAS

María Teresa Almendro Marín
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

Irene Rodrigo Holgado
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Máster en Neuropsicología Clínica.
Especialista en Psicoterapia y Psicodrama.
Máster en Psicoterapia Psicoanalítica el Niño y su Familia.
Máster en Mujeres y Salud.

Ángela Gómez Cañadilla
Psicóloga Interna Residente.

Andrea Erdocia Remacha
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

Mónica Díaz de Neira Hernando
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.

ISBN obra completa: 978-84-18241-33-8
ISBN: 978-84-18241-55-0
Depósito Legal: M-9290-2022
EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

EDICIÓN: febrero 2022

ES PROPIEDAD DE:

© CEDE

CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES

© ***RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS***

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

PRESENTACIÓN

El área de Psicoterapias viene generando en las últimas convocatorias una media de 13 preguntas del examen P.I.R., esto la convierte en una proporción significativa. Otro dato que podemos observar es la dispersión en el tipo de pregunta según las convocatorias.

Para el desarrollo de los contenidos que incluimos en este Manual, diferenciaremos dos partes, una primera parte dedicada a la historia de la psicoterapia, variables del proceso terapéutico y modelos de intervención; y una segunda parte que aborda el modelo conductual, modelo cognitivo, terapias de tercera generación y habilidades del terapeuta, en ambas partes recogeremos los aspectos más significativos.

***La primera parte** de Psicoterapias está dirigida a conocer en primer lugar las variables que constituyen el proceso de psicoterapia, esto es, aspectos relacionados con la definición de psicoterapia, definición de cliente en sus diferentes modalidades y del terapeuta, así como elementos a tener en cuenta en el proceso psicoterapéutico. Seguidamente, se presentan los acontecimientos más importantes para entender históricamente el surgimiento de la psicoterapia y los autores relevantes en dicho proceso. En modelos de intervención, se exponen el modelo psicodinámico, modelo fenomenológico-existencialista, modelo humanista, modelo sistémico y otros tipos de terapia de familia, modelo integrador y finalmente, la terapia de grupo. Las preguntas se centran en:*

a) Relacionar el autor con su modelo o un concepto significativo.
b) Definición de conceptos teóricos o técnicas de intervención.
c) Relacionar técnicas psicoterapéuticas con su modelo de referencia.

La mayor frecuencia de preguntas están relacionadas con el modelo psicodinámico, modelo sistémico y modelo fenomenológico-existencialista/humanista por este orden. Asimismo, es importante señalar que la complejidad de las preguntas relacionadas con el modelo psicodinámico, ha disminuido en las últimas convocatorias. Destacar que en las últimas convocatorias, han realizado preguntas sobre el modelo sistémico y por tanto, esta quinta edición subraya, desarrolla y actualiza este modelo, además de los otros tipos de terapia de familia, introduciendo también los datos actualizados sobre estudios de efectividad de la misma, que también es importante de cara a la preparación del examen PIR.

*La **segunda parte** aborda las terapias conductuales, terapias cognitivas, terapias de tercera generación y habilidades del terapeuta.*

*La materia de **terapias conductuales** supone una parte significativa de las preguntas en el examen PIR. Es importante conocer los antecedentes en psicología del aprendizaje y los modelos explicativos básicos así como las técnicas basadas en el condicionamiento operante y en el aprendizaje social. El núcleo fundamental lo constituyen las técnicas de exposición (desensibilización sistemática, exposición,*

© CEDE – www.pir.es

inundación, implosión). En los últimos años han comenzado a preguntar sobre los componentes fundamentales del Mindfulness así como sobre algunos programas de tratamiento.

*En relación a las **terapias cognitivas**, se desarrollan el modelo racionalista y postracionalista. De cara al examen, las preguntas se centran en los modelos racionalistas (modelos cognitivo-conductuales y modelos de reestructuración cognitiva). Han peguntado en menor medida por las características del modelo postracionalista.*

*La tercera parte aborda las **terapias de tercera generación**, se introducen los principales conceptos y fundamentos teóricos de los principales modelos de la Tercera "ola" de terapias. Es un tema cada vez más presente en el examen PIR.*

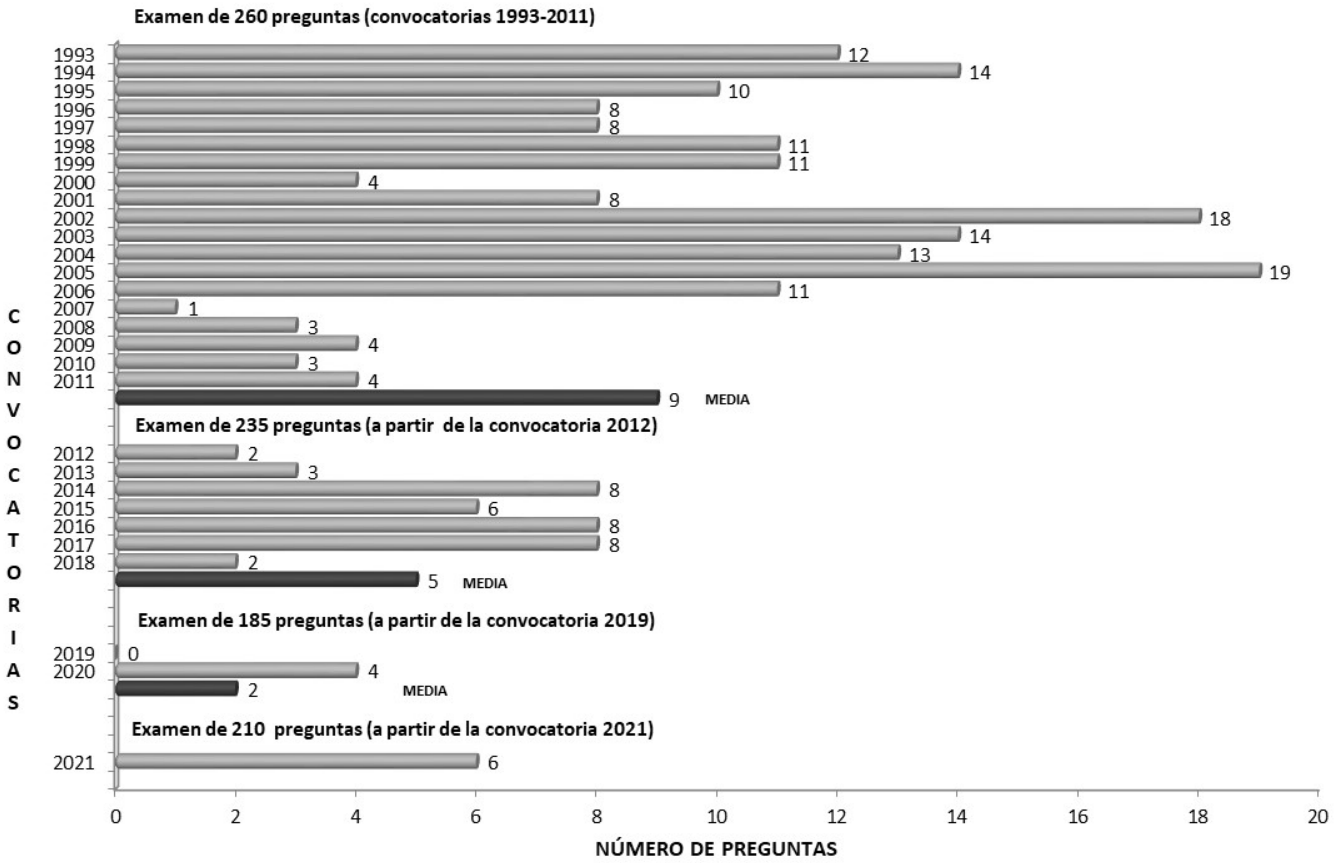
*Finalmente se resumen los aspectos más fundamentales de las **habilidades del terapeuta** (elementos de la psicoterapia, el cliente, el psicoterapeuta, la relación terapéutica y el proceso terapéutico). En el examen no es una materia muy representativa, tan sólo ha generado ocasionalmente alguna pregunta.*

Podríamos decir que las preguntas de esta parte se centrarían en:

a) Técnicas de modificación de conducta.
b) Desarrollo teórico, objetivos y técnicas de los modelos cognitivos, especialmente cognitivo-conductuales y de reestructuración cognitiva (modelos de Beck y Ellis).
c) Autores y fechas de aparición de las técnicas.

PREGUNTAS PARTE 1: HISTORIA, VARIABLES DEL PROCESO TERAPÉUTICO Y MODELOS DE INTERVENCIÓN

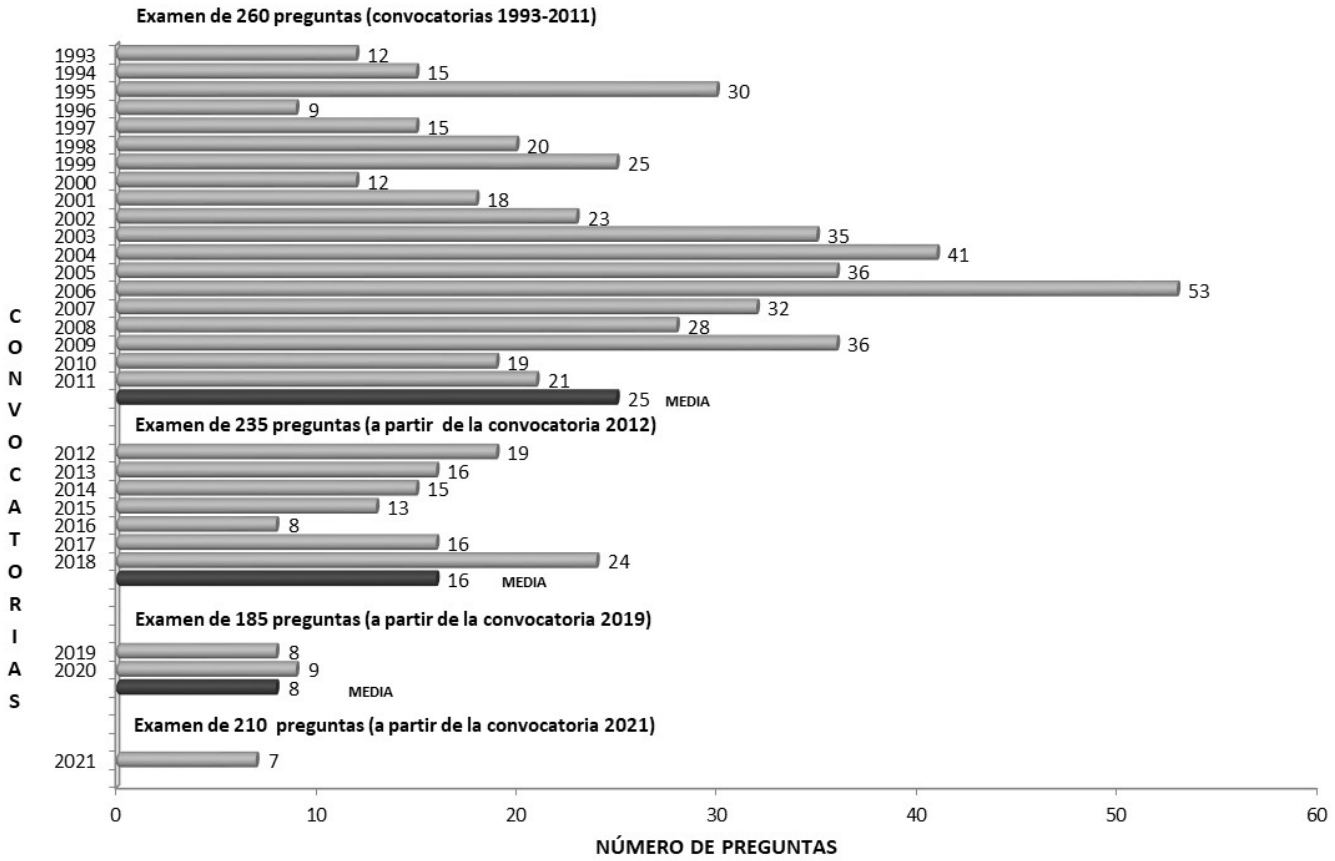
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA



© CEDE – www.pir.es

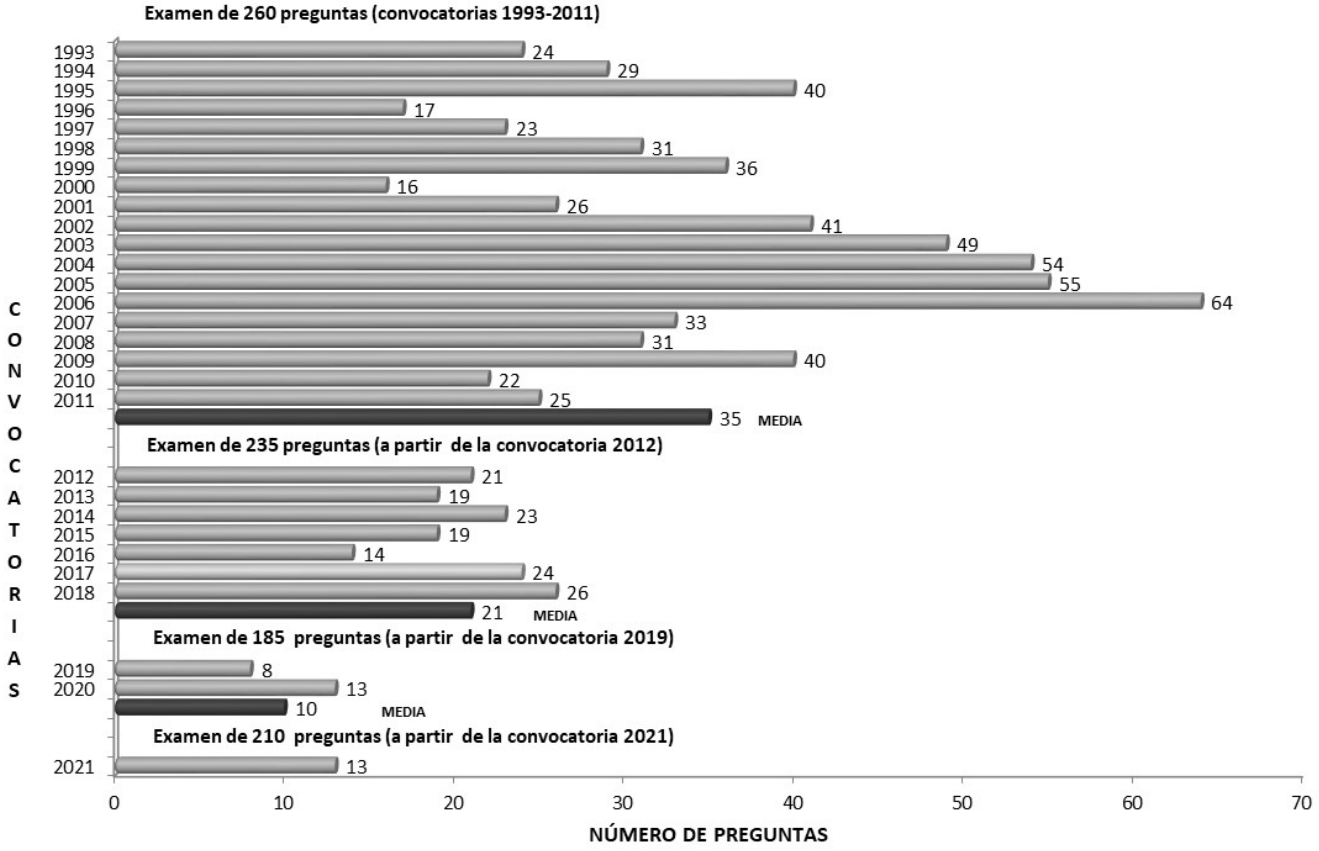
PREGUNTAS PARTE 2: MODELO CONDUCTUAL, MODELO COGNITIVO, TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN Y HABILIDADES DEL TERAPEUTA

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA



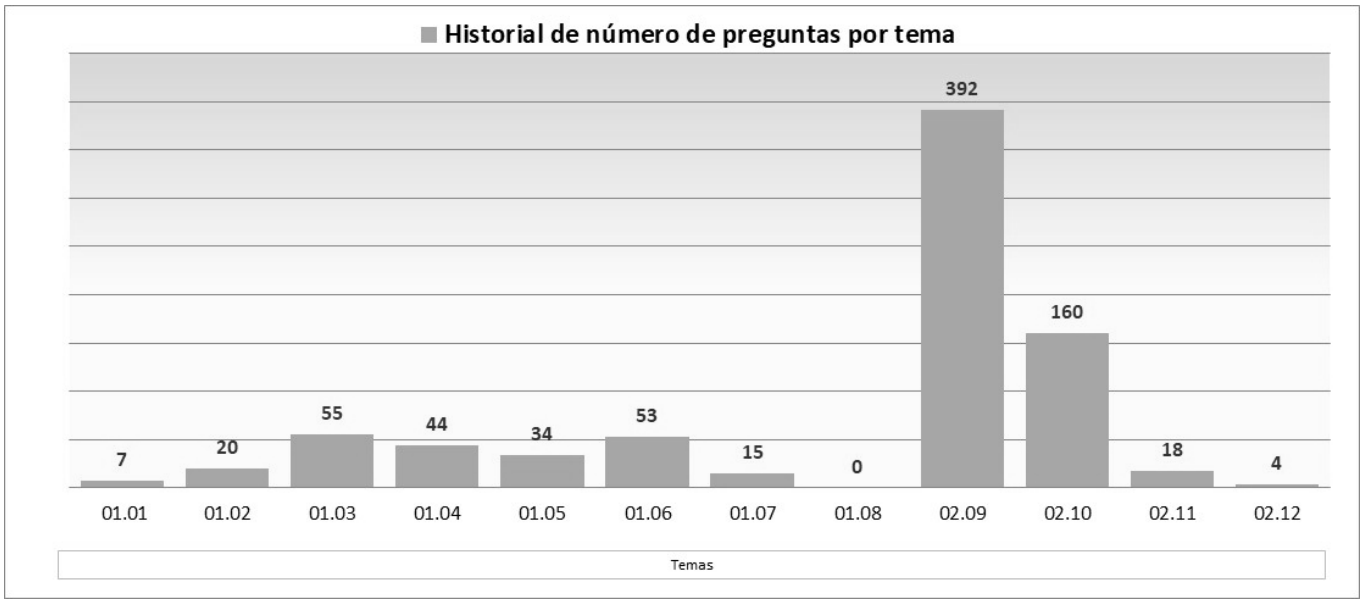
PREGUNTAS DEL ÁREA DE PSICOTERAPIAS

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA



© CEDE – www.pir.es

HISTORIAL DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR TEMA



06

PSICOTERAPIAS

06.01. HISTORIA, VARIABLES DEL PROCESO TERAPÉUTICO Y MODELOS DE INTERVENCIÓN

06.02. TERAPIA DE CONDUCTA. TERAPIAS COGNITIVAS. TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN. HABILIDADES DEL TERAPEUTA

PREGUNTAS PIR DE CONVOCATORIAS ANTERIORES

Índice general de temas

06.01. HISTORIA, VARIABLES DEL PROCESO TERAPÉUTICO Y MODELOS DE INTERVENCIÓN

Página 19 **06 01 01**
COMPONENTES DE LA PSICOTERAPIA

1. Definición de la psicoterapia
2. El cliente
3. El psicoterapeuta
4. La relación terapéutica
5. El proceso terapéutico

Página 25 **06 01 02**
LA APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LAS PSICOTERAPIAS

1. Introducción
2. Recorrido histórico por la psicoterapia
   A. Antes de la aparición de la psicoterapia
      2.1. Sociedades tribales
      2.2. Grecia y el mundo antiguo
      2.3. El Cristianismo
      2.4. El Renacimiento
   B. Aparición de la psicoterapia
      2.5. Del magnetismo animal a la hipnosis
      2.6. Desarrollo de la psicoterapia
      2.7. Estado actual de la psicoterapia
3. La investigación de resultados
4. La aproximación metodológica
5. Tendencia hacia la terapia breve
6. Grandes modelos de psicoterapia
7. Confidencialidad en terapia

Página 40 **06 01 03**
PSICOANÁLISIS I: FREUD

1. Introducción
2. Desarrollo histórico
3. Etapas de la psicoterapia psicoanalítica freudiana
   3.1. Etapa prefundacional (1886-1895)
   3.2. Etapa fundacional (1895-1900)
   3.3. Psicología del Ello (1900-1914)
   3.4. Psicología del Yo (1914-1939)
   3.5. Tabla resumen de las etapas de Freud
4. Modelos propuestos por Freud
   4.1. Modelo topográfico
   4.2. Modelo dinámico
   4.3. Modelo económico
   4.4. Modelo genético
   4.5. Modelo estructural
5. Mecanismos de defensa
   5.1. Descripción de los diferentes mecanismos de defensa
   5.2. Relación entre mecanismos de defensa y patología
   5.3. Diferencias entre mecanismos de defensa con ciertas semejanzas
6. Teoría y aplicación clínica
7. Recursos técnicos

Página 63 **06 01 04**
PSICOANÁLISIS II. OTROS DESARROLLOS

1. Introducción
2. Las tradiciones psicoanalíticas actuales
3. Neofreudianos
   3.1. Psicología Individual de Alfred Adler
   3.2. Psicología Analítica de C.G. Jung
   3.3. Karen Horney
   3.4. Psicoanálisis Interpersonal de H.S. Sullivan
4. Tradición Psicoanalítica del yo
   4.1. Winnicott
   4.2. M. Klein
5. Las psicoterapias psicoanalíticas
   5.1. La psicoterapia dinámica breve
      5.1.1. La técnica de Sifneos: Psicoterapia Breve con Provocación de Angustia
      5.1.2. La técnica de Malan
      5.1.3. La técnica de Davanloo: Desactivación del inconsciente
      5.1.4. La técnica de Mann: Psicoterapia de tiempo limitado
6. Otros desarrollos
   6.1. Jacques Lacan
7. Esquema general

Página 87 **06 01 05**
MODELOS FENOMENOLÓFICO-EXISTENCIALISTAS Y HUMANISTAS

1. Introducción
2. Modelos Fenomenológico-existencialistas
   2.1. Análisis Existencial de Binswanger
   2.2. La Logoterapia de V. Frankl
   2.3. Irvin D. Yalom
3. Modelos Humanistas
   3.1. El Enfoque Centrado en la Persona de C. Rogers
   3.2. Psicoterapia Existencial de A. Maslow
   3.3. El Enfoque Gestáltico de F. Perls
   3.4. Análisis Transaccional de E. Berne
   3.5. El Psicodrama de Moreno
   3.6. Los Grupos de Encuentro de W. Schutz
   3.7. La Reality Therapy de Glasser
   3.8. Las terapias corporales
      3.8.1. Focusing de Gendlin
      3.8.2. Vegetoterapia Caracteroanalítica de W. Reich
      3.8.3. El Análisis Bioenergético de Lowen
      3.8.4. La Terapia Primitiva o el Grito Primal de Janov

Página 106 **06 01 06**

TERAPIAS DE FAMILIA Y MODELOS SISTÉMICOS

1. Introducción
2. Modelos de terapia familiar
   2.1. Terapia de familia desde el enfoque psicodinámico
   2.2. Modelos intergeneracionales
      2.2.1. Bowen
      2.2.2. Intervención terapéutica desde el modelo intergeneracional
      2.2.3. Genograma y Cronograma
3. Modelos sistémicos
   3.1. Marcos teóricos relevantes en la aparición del modelo sistémico
   3.2. Conceptos básicos
   3.3. Conceptos comunicacionales (Teoría de la comunicación humana, Watzlawick)
   3.4. Variables del funcionamiento familiar
   3.5. La teoría del doble vínculo
   3.6. El ciclo vital familiar
   3.7. Recursos técnicos generales del modelo sistémico
   3.8. Escuelas de Terapia Familiar Sistémica
      3.8.1. Escuela Interaccional de Palo Alto, MRI
      3.8.2. La Escuela Estructural: S. Minuchin
      3.8.3. La Escuela Estratégica: J. Haley
      3.8.4. La Escuela de Milán: Selvini-Palazzoli
      3.8.5. La Terapia Centrada en las Soluciones: Steve de Shazer
4. Desarrollos Actuales
   4.1. Evolución del modelo sistémico
      4.1.1. Enfoque de los constructos familiares de Procter
      4.1.2. Enfoque terapéutico narrativo de M. White y D. Epston
   4.2. Enfoques conductuales y centrados en el problema
      4.2.1. Introducción
      4.2.2. Características generales
      4.2.3. Terapia conductual de pareja (Jacobson y Margolin, 1979)
      4.2.4. Modelo de Baucom y Epstein (2002)
      4.2.5. Terapia Conductual Integrativa de Pareja (Jacobson y Christensen, 1996)
      4.2.6. Terapia centrada en las emociones
      4.2.7. Terapia familiar para hijos con problemas
      4.2.8. Modelos psicoeducativos

Página 152 **06 01 07**

LOS MODELOS INTEGRADORES

1. Introducción
2. La integración técnica
   2.1. Integración técnica sistemática
      2.1.1. La propuesta de Beutler
      2.1.2. La propuesta de Winter
      2.1.3. La Terapia Interpersonal para la Depresión (TIP) de G. Klerman
      2.1.4. Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1992)
      2.1.5. Terapia multimodal de Lazarus
3. La integración teórica
   3.1. La integración teórica híbrida
      3.1.1. La Psicoterapia Dinámica Cíclica de P. Wachtel
      3.1.2. Mardi Horowitz
   3.2. Integración teórica amplia
   3.3. Integración metateórica
4. Los factores comunes
   4.1. Los factores comunes y los tratamientos psicológicos basadps en la evidencia
      4.1.1. Tratamiento integrador para los trastornos mentales graves de Livesley, Dimaggio y Clarkin (2016)
   4.2. La práctica basada en la evidencia
      4.2.1. Relación terapéutica basada en la evidencia
      4.2.2. Pericia clínica
      4.2.3. Características, preferencias y cultura del consultante

Página 167 **06 01 08**

TERAPIA DE GRUPO

1. Introducción histórica
2. Aspectos específicos de la terapia de grupo
   2.1. Factores terapéuticos grupales
   2.2. Finalidades de la terapia de grupo
   2.3. Clasificación de los grupos
   2.4. Tamaño del grupo
   2.5. Indicaciones y contraindicaciones de la terapia de grupo
   2.6. Preparación del contexto grupal
3. Fases del proceso grupal
   3.1. Estadio inicial
   3.2. Estadio de transición
   3.3. Estadio de trabajo
   3.4. Estadio final
   3.5. Supuestos básicos grupales de Bion
4. Características del terapeuta de grupo
   4.1. Características personales
   4.2. Características técnicas
5. Modelos y tipos de grupo

© CEDE – www.pir.es

06.02. TERAPIA DE CONDUCTA. TERAPIAS COGNITIVAS. TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN. HABILIDADES DEL TERAPEUTA

Página 182

06 02 09
TERAPIAS CONDUCTUALES

1. Introducción
2. Características y orientaciones conceptuales
   2.1. Caracterización de la terapia de conducta en relación con otras terapias
3. Evaluación conductual
   3.1. La observación y auto-observación en la evaluación conductual
   3.2. Formulación del caso y planificación del tratamiento
4. Tratamientos con evidencia empírica
5. Procedimientos operantes básicos
   5.1. Reforzamiento positivo
   5.2. Reforzamiento negativo
   5.3. Castigo positivo
   5.4. Castigo negativo
   5.5. Extinción
   5.6. Recuperación
6. Técnicas operantes para desarrollar conductas
   6.1. Moldeado o moldeamiento
   6.2. Encadenamiento
   6.3. Desvanecimiento
   6.4. Conducta operada por reglas
7. Técnicas operantes para reducir conductas
   7.1. Extinción
   7.2. Enfoques de reforzamiento diferencial
      7.2.1. Reforzamiento diferencial de tasa baja
      7.2.2. Reforzamiento diferencial de otras conductas
      7.2.3. Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles
      7.2.4. Reforzamiento diferencial de conductas funcionalmente equivalentes
   7.3. Coste de respuesta
   7.4. Tiempo fuera
   7.5. Saciación y práctica negativa
   7.6. Sobrecorrección
8. Técnicas de organización de contingencias
   8.1. Economía de fichas
   8.2. Contratos de conducta
      8.2.1. Contratos conductuales en trastorno bipolar
9. Técnicas aversivas
   9.1. Modelos explicativos
   9.2. Efectos del castigo
10. Técnicas de control de la activación
   10.1. Relajación muscular progresiva
      10.1.1. Procedimiento
      10.1.2. Variaciones
   10.2. Entrenamiento autógeno
   10.3. Respiración
   10.4. Principales aplicaciones de las técnicas de relajación
11. Desensibilización sistemática
   11.1. Modelos explicativos
   11.2. Condiciones de aplicación
   11.3. Procedimiento
   11.4. Variaciones
   11.5. Aplicaciones de la DS
12. Técnicas de exposición
   12.1. Implosión e inundación
   12.2. Modalidades
   12.3. Variables que afectan a la exposición
   12.4. Predictores de éxito terapéutico
   12.5. Modelos explicativos
   12.6. Aplicaciones de la exposición
13. Técnicas de modelado
   13.1. Tipos
   13.2. Procesos
   13.3. Aplicaciones del modelado
14. Entrenamiento en habilidades sociales
   14.1. Modelos explicativos
   14.2. Evaluación
   14.3. Componentes de los programas
   14.4. Estrategias a entrenar
   14.5. Aplicaciones del EHS
15. Técnicas de autocontrol
   15.1. Fases
   15.2. Técnicas
16. Técnicas de biofeedback
   16.1. La actividad psicofisiológica
   16.2. Ámbitos de aplicación
   16.3. Procesos
   16.4. Tipos de biofeedback
17. Técnicas de condicionamiento encubierto
   17.1. Técnicas basadas en el condicionamiento operante
   17.2. Técnicas basadas en el aprendizaje social
   17.3. Técnicas basadas en el autocontrol
18. Hipnosis
19. Técnicas de intención paradójica

Página 247

06 02 10
TERAPIAS COGNITIVAS

1. Introducción
   1.1. Paradigma racionalista Vs constructivista
   1.2. Taxonomía cognitiva
2. Los modelos de reestructuración cognitiva
   2.1. Terapia racional-emotiva conductual
      2.1.1. Definición del modelo
      2.1.2. La teoría A-B-C
      2.1.3. Procedimiento terapéutico
      2.1.4. Evidencia empírica de la TREC
   2.2. Terapias derivadas de la TREC
      2.2.1. Terapia de Conducta Racional
      2.2.2. Reestructuración Racional Sistemática
   2.3. La terapia cognitiva de Beck
      2.3.1. Introducción
      2.3.2. Fundamentos teóricos
      2.3.3. Procedimientos

2.3.4. Técnicas conductuales
2.3.5. Técnicas cognitivas
2.3.6. Técnicas emotivas
2.3.7. Estructura de la terapia cognitiva
2.3.8. Aplicaciones y evidencia empírica
2.4. Entrenamiento en autoinstrucciones
3. Los modelos cognitivo-comportamentales
3.1. Entrenamiento en control de la ansiedad
3.2. Inoculación de estrés
3.3. Solución de problemas
3.3.1. Fases
3.3.2. Niveles de ejecución
3.3.3. Variaciones
4. Terapias cognitivo conductuales (TCC) aplicadas a trastornos específicos
4.1. TCC para el TAG
4.2. TCC para la FS
4.3. TCC para trastorno por pánico
4.4. TCC para TEPT
4.5. TCC para TOC
4.6. TCC para TCA
4.7. TCC para la esquizofrenia
4.8. Intervenciones para la regulación emocional
5. Modelos intermedios
5.1. La terapia centrada en esquemas
5.2. Terapia de valoración cognitiva
5.3. La terapia lingüística de evaluación
6. Los modelos constructivistas
6.1. Instrumentos de evaluación
6.2. Terapia de constructos personales
6.3. Terapia narrativa
6.4. Terapia cognitivo-estructural
6.5. Terapia cognitiva postracionalista

Página 303

06 02 11
NUEVOS DESARROLLOS EN EL TRATAMIENTO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

1. Introducción
1.1. Las dos primeras “olas” de la Terapia de Conducta
1.1.1. Terapia de Conducta Tradicional (primera “ola”)
1.1.2. La Terapia Cognitiva o Cognitivo-Conductual (segunda “ola”)
1.2. La tercera ola de la terapia de conducta
1.3. El contextualismo funcional
1.4. Introducción al esquema A-B-C
2. Psicoterapia Analítico-Funcional (Functional Analytic Psychotherapy, FAP)
2.1. Componentes de la FAP
2.1.1. Conductas clínicamente relevantes (CCRs)
2.1.2. La identificación de CCRs
2.1.3. Reglas o estrategias para una actuación terapéutica relevante
3. Terapia contextual: terapia de aceptación y compromiso (ACT)
3.1. Conceptos relevantes en ACT
3.1.1. El sufrimiento humano
3.1.2. Saber por reglas y por contingencias
3.1.3. Teoría del marco relacional
3.1.4. Trastorno de Evitación Experiencial
3.2. Características de la intervención de ACT
3.2.1. Cambio en el contenido vs. Cambio en el contexto verbal
3.2.2. Objetivos y métodos para cambiar contextos verbales
3.2.3. Modelo Hexaflex: Flexibilidad psicológica
3.2.4. Temas centrales de ACT
3.3. Estructura y procedimiento de ACT
3.3.1. Desesperanza creativa
3.3.2. Trabajo en valores
3.3.3. El control de los eventos privados como problema, no como solución
3.3.4. Creación de una distancia con respecto al lenguaje
3.3.5. Diferenciar el “yo como contexto” del “yo como contenido”
3.3.6. Desarrollo de la voluntad: establecer un compromiso de actuar
3.4. Recursos clínicos
3.5. Situación actual de la ACT
4. Terapia conductual dialéctica
4.1. Filosofía dialéctica en la TCD
4.2. Teoría dialéctica de la personalidad límite
4.2.1. Vulnerabilidad emocional
4.2.2. Ambiente invalidante
4.3. La intervención en la TCD
4.3.1. Fases de tratamiento en la TCD
4.4. Recursos clínicos
4.5. Procedimientos de mindfulness utilizados en TDC
4.6. Eficacia de la TDC
5. Terapia Metacognitiva de Wells
5.1. Modelo de funcionamiento ejecutivo autorregulado
5.2. Modelo Metacognitivo
5.3. Técnicas de intervención
6. Otras terapias de tercera generación
6.1. Terapia de Activación Conductual
6.2. Terapia Cognitiva para la Depresión Basada en Mindfulness
6.3. Terapia de conducta integrativa de pareja
6.4. Terapia cognitiva para la psicosis centrada en la persona
6.5. Terapia metacognitiva (TMC, Wells 2000, 2008 y 2009)
7. Mindfulness
7.1. Componentes de mindfulness
7.2. Mecanismos de acción
7.3. Aplicaciones

© CEDE – www.pir.es

Página 331 **06 02 12**

HABILIDADES Y COMPETENCIAS TERAPÉUTICAS

1. Elementos de la psicoterapia
2. El cliente
3. El psicoterapeuta
   3.1. Actitudes y características básicas
   3.2. Competencias básicas
      3.2.1. Habilidades de escucha
      3.2.2. Habilidades de acción
   3.3. Habilidades específicas
   3.4. Habilidades y destrezas específicas de modificación de conducta
4. La relación terapéutica
   4.1. Factores que influyen en la relación
   4.2. Factores que favorecen la relación
   4.3. Factores que dificultan la relación
5. El proceso terapéutico
   5.1. Actitudes que dificultan el proceso
   5.2. Habilidades en las distintas fases
   5.3. Problemas de resistencia al cambio
   5.4. Habilidades de prevención de resistencias

GLOSARIO DE TÉRMINOS
BIBLIOGRAFÍA COMENTADA
WEBGRAFÍA COMENTADA
PREGUNTAS PIR DE CONVOCATORIAS ANTERIORES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HISTORIA, VARIABLES DEL PROCESO TERAPÉUTICO Y MODELOS DE INTERVENCIÓN

— AVILA, A.; POCH, J. **Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico**. Ed. Siglo XXI, 1994.
— ÁVILA, A.; ROJÍ, B.; SAÚL, L.A. **Introducción a los tratamientos psicodinámicos**. UNED. Madrid, 2004.
— BATEMAN, A.; BROWN, D.; PEDDER, J. **Introducción a la psicoterapia. Manual de la teoría y técnica psicodinámicas**. Ed. Albesa. Barcelona, 2005.
— BATESON, G. **Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre.** Ed. Lohlé-Lumen, 1972.
— BERNSTEIN, D. y NIETZEL, M. **Introducción a la Psicología clínica**. McGraw Hill. Madrid, 1982.
— BOTELLA, C. **Introducción a los tratamientos psicológicos**. Promolibro. Valencia, 1987.
— COREY, G. **Teoría y práctica de la terapia grupal**. Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao, 1995.
— FEIXAS, G.; MIRÓ, T. **Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos**. Ed. Paidós. Barcelona, 1993.
— FERNÁNDEZ, A.; RODRÍGUEZ, B. **La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas**. Ed. Desclée de Brower. Bilbao, 2001.
— FERNÁNDEZ, A.; RODRÍGUEZ, B. **Habilidades de entrevista para psicoterapeutas**. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao, 2002.
— FONSECA, E. **Manual de tratamientos psicológicos. Adultos**. Ed. Pirámide, 2020.
— FREUD, A. **El yo y los mecanismos de defensa**. Ed. Paidós. Barcelona, 1984.
— JUNG, C.J. **El hombre y sus símbolos**. Ed. Caralt. Barcelona, 1984.
— KLEINKE, C.L. **Principios comunes en psicoterapia**. Ed. DDB. Bilbao, 1995.
— KORCHIN, S.J. (1976). **El proceso de la psicoterapia: un modelo general**. En S.J. Korchin: Modern Clinical Psychology: Principles of Interventions in Clinic and Community Basic Books. Cap. 13.
— KOSS, M.P.; SHIANG, J. (1994). **Research on Brief Psychotherapy**. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (comps.). **Handbook of psychotherapy and behaviour change** (4ª ed.). Nueva York: Wiley.
— LABRADOR, F.J. (COORD). **Intervención psicológica en terapia de pareja. Evaluación y tratamiento.** Ed. Psicología pirámide, 2015.

— LAPLANCHE, J.; POTALIS, J.B. **Diccionario de psicoanálisis**. Ed. Paidós. Barcelona, 1996.
— LINN, S.J.; GARSKE, J.P. **Psicoterapias contemporáneas**. Ed. DDB. Bilbao, 1998.
— MARTORELL, J.L. **Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos** (2ª ed.). Ed. Pirámide. Madrid, 2014.
— MINUCHIN, S. **Familias y terapia familiar**. Ed. Gedisa. México, 1974.
— MORENO, A. (ED.). **Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención.** Ed. Desclee de Brower, 2015.
— OCHOA, I. **Enfoques de terapia familiar sistémica**. Ed. Herder. Barcelona, 1995.
— PÉREZ ÁLVAREZ, M., FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, C.; FERNÁNDEZ, J.R. **Guía de tratamientos psicológicos eficaces I.** Ed. Pirámides, 2013.
— PIROOZ SHOLEVAR, M.D. **Textbook of Family and couples therapy. Clinical applications.** American Psychiatric Publishing, Inc, 2003.
— ROJÍ, B.; SAÚL, L.A. **Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas**. UNED. Madrid, 2005.
— SAGER, C.J. **Contrato matrimonial y terapia de pareja**. Ed. Amorrortu, 2009.
— SELVINI-PALAZZOLI, M.; CIRILLO, S.; SELVINI, M.; SORRENTINO, A.M. **Los juegos psicóticos en la familia**. Ed. Paidós. Barcelona, 1990.
— WALROND-SKINNER, S. **Terapia familiar**. Ed. Abril, 1978.
— WATZLAWICK, P. y cols. **Cambio**. Ed. Herder. Barcelona, 1995.
— YALOM, I.D. (1984). **Psicoterapia Existencial**. Barcelona: Herder.

TERAPIA DE CONDUCTA. TERAPIAS COGNITIVAS. TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN. HABILIDADES DEL TERAPEUTA

— ÁVILA ESPADA, A. y JOAQUÍN POCH (comps.). **Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico**. Siglo XXI, 1994.
– BAÑOS, R.M.; GUILLÉN, V.; GARCÍA-PALACIOS, A.; QUERO, S. & BOTELLA, C. (2013). **Las nuevas tecnologías en el tratamiento de los trastornos de ansiedad**. Informació psicològica, (102), 28-46.
– BARLOW, D.H. **Clinical Handbook of Psycohological Disorders.** 3rd Edition. The Guilford Press. New York, 2001.
— BAS RAMALLO, F. y ADRES NAVIA, V. **Terapia cognitivo-conductual de la depresión; un manual de tratamiento**. Terapia de conducta y salud. 1994.
— BERGERET, J. **Psicología Patológica**. Masson, 1989.
— CABALLO, V. **Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta**. Madrid, 1991. S. XXI.
– CARO GABALDA, I. (compiladora). **Psicoterapias cognitivas: evaluación y comparaciones.** Ed. Paidós. Barcelona, 2003.
— CARO, I. **Manual de Psicoterapias Cognitivas**. Paidos, 1998.
— CORMIER Y CORMIER. **Estrategias de entrevista para terapeutas**. DDB, 1994.
— FEIXAS y MIRÓ. **Aproximaciones a la Psicoterapia**. Barcelona, 1993. Paidós.
— GARRIDO, M.; GARCÍA, J. **Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones**. Promolibro, 1994.
— GUIDANO, V. **El sí mismo en proceso**. Paidos, 1994.
— KAPLAN y SADOCK. **Manual de Psiquiatría**.
— LABRADOR, F.J. y cols. **Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta**. Madrid, 1993. Pirámide.
– LINEHAN, M. **Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite.** Ed. Paidós. Barcelona, 2003.
— LINN, S.J. y GARSKE, J.P. **Psicoterapias contemporáneas**. Bilbao, 1988. DDB.
— NEYMEYER y MAHONEY. **Constructivismo en psicoterapia**. Paidos, 1998.
— OCHOA, I. **Enfoques en terapia familiar sistémica**. Herder, 1995.
– PÉREZ ÁLVAREZ, M. **Tratamientos psicológicos.** Ed. Universitas, S.A. Madrid, 1996.
— RENE SPITZ. **El primer día de la vida del niño**. Fondo de cultura económica, 1993.
– RODA RIVERA, C. **Nuevas terapias Psicológicas: La tercera Generación.** Artículo on-line: http://www.psicologia-online.com/psicologia_clinica/nuevas_terapias_psicologicas/.

© CEDE – www.pir.es

— RUIZ, María; DÍAZ, M.I.; VILLALOBOS, A. **Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales**. Bilbao: Descleé de Broumer, 2012.
— RUIZ, M.ª; DÍAZ, M.I.; VILLALOBOS, A. (2017) **Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales**. Bilbao: Descleé de Brouwer.
— WATZLAWICK, P. y col. **Cambio**. Herder, 1995.
– WILSON, K.G.; LUCIANO SORIANO, M.C. **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**. Ed. Pirámide. Madrid, 2002.

06.02.10 TERAPIAS COGNITIVAS

ORIENTACIONES

En este tema se presentan las principales orientaciones de psicoterapia cognitiva. La mayor parte de las preguntas requieren el conocimiento de los desarrollos teóricos, los objetivos y las técnicas de los diversos modelos, fundamentalmente cognitivo-conductuales y de reestructuración cognitiva. Respecto al paradigma postracionalista es importante conocer las características generales que lo diferencian del racionalista.

ASPECTOS ESENCIALES

1. *Los dos paradigmas que conviven en el ámbito de las psicoterapias cognitivas, el racionalista (modelos cognitivo-conductuales y modelos de reestructuración cognitiva) y el postracionalista (modelos constructivistas).*
2. *Los modelos cognitivo-conductuales han sido desarrollados por teóricos de la modificación de conducta por lo que consideran que el pensamiento es una conducta encubierta sujeta a las leyes del condicionamiento. La terapia se enmarca en un enfoque de naturaleza didáctica y educativa.*
3. *Los modelos de reestructuración cognitiva se desarrollan por teóricos que procedían del modelo psicodinámico. Su marco conceptual explicativo es la metáfora del procesamiento de la información. La meta por tanto es corregir el procesamiento distorsionado de la información.*
4. *Los modelos constructivistas mantienen una posición de realismo crítico. Asumen que el conocimiento es interpersonal, evolutivo y proactivo. Recuperan el papel de los procesos no conscientes o tácitos. Entienden al ser humano como participante proactivo en su propia experiencia.*

PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

165. ¿En qué fase de la resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried se aplica el principio de aplazamiento del juicio?:

1) Formulación y definición del problema.
2) Generación de alternativas.
3) Orientación general.
4) Toma de decisiones.
5) Puesta en marcha.

PIR 05, RC 2.

189. La fase educativa o de conceptualización, fase práctica o de entrenamiento y ensayo de habilidades y la fase de aplicación y seguimiento, son fases de:

1) La terapia racional emotiva.
2) La inoculación del estrés.
3) La terapia cognitiva de Beck.
4) El entrenamiento en resolución de problemas.
5) El entrenamiento en autoinstrucciones.

PIR 98, RC 2.

169. Desde la perspectiva de la terapia cognitiva para la depresión de Beck, si un paciente presenta una escasa motivación, está prácticamente inactivo y muestra bastante preocupación por las ideas depresivas, convendría comenzar la terapia utilizando:

1) El registro y reto de pensamientos.
2) El entrenamiento en detección de creencias irracionales.
3) Las tácticas de discusión cognitiva.
4) La programación/asignación de tareas graduadas.
5) La imaginación de estrategias de afrontamiento.

PIR 00, RC 4.

© CEDE – www.pir.es

255. A la distorsión cognitiva consistente en pensar en términos extremos sin considerar los grados intermedios la conocemos con el nombre de:

1) Inferencia arbitraria.
2) Personalización.
3) Abstracción selectiva.
4) Sobregeneralización.
5) Pensamiento dicotómico.

PIR 03, RC 5.

250. Entre los siguientes autores, ¿cuál se caracteriza por la gran importancia que le concede a la correcta utilización del lenguaje y al humor como herramientas terapéuticas?:

1) Beck.
2) Ellis.
3) Mahoney.
4) Meichenbaum.
5) D'Zurilla.

PIR 06, RC 2.

105. En el esquema ABC de la teoría de Ellis, ¿a qué hace referencia B?:

1) A las condiciones ambientales frustrantes.
2) A las consecuencias de la conducta.
3) A la conducta problema.
4) A las creencias de tipo ilógico.
5) A las expectativas anticipadas de refuerzo.

PIR 97, RC 4.

110. En la Terapia Racional Emotiva el concepto de "ansiedad del yo" se refiere al malestar que experimentan las personas cuando:

1) Presentan creencias relacionadas con incompetencias o descalificación personal.
2) Consideran que tienen que conseguir lo que desean.
3) Consideran que su bienestar está amenazado.
4) No toleran y les parecen terribles las situaciones desagradables de la vida.

PIR 15, RC 1

173. Una diferencia fundamental entre las orientaciones "racionalistas" y "constructivistas" en psicoterapia, está en:

1) Las bases epistemológicas, va que las racionalistas se apoyan con fuerza en la epistemiología evolucionista.
2) El marco teórico básico, ya que las constructivistas aceptan el marco teórico del aprendizaje.
3) El modo de entender la mente humana, ya que las constructivistas recurren a las teorías motoras de la mente en las cuales la mente se contempla como un sistema activo.
4) El método, ya que las constructivistas defienden los resultados experimentales derivados del marco del procesamiento de la información.
5) El marco filosófico subyacente, ya que las racionalistas adoptan una posición de "realismo crítico".

PIR 00, RC 3.

108. Kelly diseñó un procedimiento complejo en el que el cliente escribe una descripción de sí mismo (autocaracterización) y luego el terapeuta la re-escribe de forma que permita la exploración de otros esquemas alternativos. Se pide entonces al sujeto que ejecute el nuevo rol en su vida cotidiana durante dos semanas con la debida preparación y entrenamiento. Acabado este intenso periodo la nueva perspectiva adquirida permite que el cliente, con la ayuda del terapeuta, reestructure algunos de sus viejos esquemas supraordenados. ¿Cómo se llama este procedimiento?:

1) Búsqueda de alternativas.
2) Técnica de re-atribución.
3) Análisis de costes y beneficios.
4) Técnica de rol fijo.

PIR 15, RC 4.

06.02.10 TERAPIAS COGNITIVAS

1. Introducción
   1.1. Paradigma racionalista Vs constructivista
   1.2. Taxonomía cognitiva
2. Los modelos de reestructuración cognitiva
   2.1. Terapia racional-emotiva conductual
      2.1.1. Definición del modelo
      2.1.2. La teoría A-B-C
      2.1.3. Procedimiento terapéutico
      2.1.4. Evidencia empírica de la TREC
   2.2. Terapias derivadas de la TREC
      2.2.1. Terapia de Conducta Racional
      2.2.2. Reestructuración Racional Sistemática
   2.3. La terapia cognitiva de Beck
      2.3.1. Introducción
      2.3.2. Fundamentos teóricos
      2.3.3. Procedimientos
      2.3.4. Técnicas conductuales
      2.3.5. Técnicas cognitivas
      2.3.6. Técnicas emotivas
      2.3.7. Estructura de la terapia cognitiva
      2.3.8. Aplicaciones y evidencia empírica
   2.4. Entrenamiento en autoinstrucciones
3. Los modelos cognitivo-comportamentales
   3.1. Entrenamiento en control de la ansiedad
   3.2. Inoculación de estrés
   3.3. Solución de problemas
      3.3.1. Fases
      3.3.2. Niveles de ejecución
      3.3.3. Variaciones
4. Terapias cognitivo conductuales (TCC) aplicadas a trastornos específicos
   4.1. TCC para el TAG
   4.2. TCC para la FS
   4.3. TCC para trastorno por pánico
   4.4. TCC para TEPT
   4.5. TCC para TOC
   4.6. TCC para TCA
   4.7. TCC para la esquizofrenia
   4.8. Intervenciones para la regulación emocional
5. Modelos intermedios
   5.1. La terapia centrada en esquemas
   5.2. Terapia de valoración cognitiva
   5.3. La terapia lingüística de evaluación
6. Los modelos constructivistas
   6.1. Instrumentos de evaluación
   6.2. Terapia de constructos personales
   6.3. Terapia narrativa
   6.4. Terapia cognitivo-estructural
   6.5. Terapia cognitiva postracionalista

1. INTRODUCCIÓN

Como señala **Villegas** (1990) apenas resulta concebible algún tipo de psicoterapia en la actualidad, independientemente de su escuela de adscripción, que no postule de forma directa o indirecta alguna modalidad de cambio cognitivo.

La psicoterapia cognitiva supone un modelo de tratamiento psicológico con orígenes filosóficos y psicológicos amplios que acogen distintas perspectivas y explicaciones sobre el ser humano. Estas diversas perspectivas desarrollan una diversidad de métodos que defienden la importancia que para el conocimiento humano tienen factores cognitivos, lingüísticos, emocionales y conductuales. (Caro, 2011).

El rasgo común que unifica de forma más clara a los modelos cognitivos reside en la importancia que otorgan a las cogniciones (creencias, constructos personales, imágenes, expectativas, atribuciones, etc...), tanto en la génesis de los trastornos como en el proceso de cambio terapéutico. Se incluyen aquí patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas. Por otro lado, utilizan el método científico en los estudios de procesos y resultados terapéuticos y en los modelos teóricos de psicopatología y psicoterapia.

Entre los referentes históricos de las terapias cognitivas nos encontramos con los **estoicos**, que al destacar el lado subjetivo de la realidad y el papel del pensamiento en las pasiones, establecieron algunos presupuestos de las terapias cognitivas actuales. **Hume y Spinoza** resaltan la primacía del pensamiento sobre las emociones y **Kant** sostuvo que lo característico de los trastornos mentales es la pérdida del sentido común.

Las terapias cognitivas surgieron, por un lado, de las aportaciones de pensadores independientes de la terapia conductual como **Kelly** (primer teórico que presenta un enfoque cognitivo), **Beck, o Ellis;** y por otro lado, del desarrollo del enfoque cognitivo-conductual con la aparición del conductismo mediacional (como el modelo S-O-R de **Woodworth)**, el conductismo covariante de **Homme**, o las aportaciones de teóricos del aprendizaje social como **Rotter** o **Bandura**. Otros elementos que favorecieron el desarrollo fueron el descontento existente con los tratamientos procedentes de los modelos tanto psicoanalíticos como conductistas y la emergencia de la psicología cognitiva como paradigma, y el progresivo desarrollo de modelos clínicos sobre el procesamiento de información (no obstante, se ha señalado la falta de fundamento real de las terapias cognitivas en la psicología cognitiva experimental). En

© CEDE – www.pir.es

la actualidad las terapias cognitivas suponen uno de los modelos psicoterapéuticos más firmemente asentados, al lado de los modelos psicodinámicos, humanistas, conductual, sistémico e integrador (**I. Caro**, 1996). No obstante, cuando hablamos de terapias cognitivas tenemos que saber que bajo esta etiqueta se encuentran un espectro heterogéneo y amplio de técnicas sin un marco teórico unificador, que se han clasificado de diferente manera según los autores. Así, **Meichenbaum** (1995) incluye bajo la etiqueta cognitivo-conductual a todos los modelos (terapia racional emotivo-conductual, la terapia cognitiva de Beck, las habilidades de afrontamiento, los trabajos de Kendall con niños, y el constructivismo). Mientras que **Dobson y Shaw** (1995) incluyen todos los modelos bajo la etiqueta de terapia cognitiva (Beck, Ellis, habilidades de automanejo, solución de problemas y constructivismo). Para otros autores como **Hollon y Beck** (1994) habría una diferencia entre modelos cognitivos (Beck, Ellis) y cognitivo-comportamentales (Solución Problemas, Meichenbaum, Rehm, Barlow, Marlatt y Lineham). Una de las clasificaciones más conocidas es la de **Mahoney y Arnkoff** (1978), que dividen los modelos en función del objetivo que persiguen:

a) Técnicas de reestructuración cognitiva, cuyo objetivo es identificar y modificar cogniciones desadaptadas que están determinando o manteniendo el problema: Terapia Racional Emotiva de Ellis, Terapia Cognitiva de Beck, la reestructuración racional sistemática de Goldfried y, quizás con poco acierto, el Entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum.

b) Técnicas de habilidades de afrontamiento, orientadas a hacer frente a situaciones estresantes y lograr un manejo adecuado: Entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson, Desensibilización sistemática de autocontrol de Goldfried, Inoculación de estrés de Meichenbaum y Cameron y detención del pensamiento de Wolpe o Rimm y Master.

C) Técnicas de resolución de problemas, dirigidas a entrenar un método sistemático en la resolución de problemas: Goldfried y D'Zurilla, Nezu y Nezu, Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney **(PIR 07, 107)**.

Posteriormente, esta clasificación ha sido superada por nuevas propuestas, como la de **Mahoney y Gabriel** (1987) que sugieren distinguir entre terapias que adoptan supuestos epistemológicos **racionalistas/objetivistas** (terapias que parten de la supremacía causal de lo cognitivo sobre lo emocional y conductual; donde se da por supuesto que existe una realidad independiente al observador que se representa en el cerebro) y las **terapias constructivistas/evolutivos** (no reconocen la primacía de la cognición sobre la acción y la emoción, desafiando la posibilidad de adquirir un conocimiento verdadero de la realidad).

En nuestro país, **Feixas y Miró** (1991) proponen esta clasificación de las terapias cognitivas:

– Perspectiva racionalista. 1. Entrenamiento en habilidades: de autocontrol, de resolución de problemas, de enfrentamiento, 2. Reestructuración cognitiva.

– Perspectiva constructivista: 1.Terapia de constructos personales, 2. Enfoques evolutivos: estructurales, procesos de cambio y piagetianos.

I. Caro (2011), por su parte propone una clasificación que obedece al desarrollo histórico de los modelos; señalando cuatro etapas:

1ª. "La terapia cognitiva está en el aire" (1955-1980): En el campo conductual los modelos evolucionaban incorporando elementos cognitivos (Meichenbaum 1977, etc.), lo que hacía que fuera fácil la incorporación de las terapias de reestructuración cognitiva (Beck 1967 y Ellis 1958), que viniendo del psicoanálisis obligaban a una visión diferente sobre la psicopatología, surgiendo, así, como una revolución.

2ª. "El establecimiento cognitivo" (1981-1991): Amplificación y popularización de los modelos. Aparecen modelos nuevos como la Terapia de Valoración Cognitiva (**Wessler** 1987) y la Terapia Centrada en los Esquemas (**Young**, 1990) que aun defendiendo una forma diferente de actuar no suponen un intento de ruptura de paradigma. No obstante, impulsado por las críticas hechas por **Mahoney** (1977, 1980) hacia los modelos clásicos, comienza la defensa de un cambio de paradigma inspirado en una epistemología postmodernista con la aparición de las obras Human change processes (**Mahoney**) y The self in process (**Guidano**).

3ª. "Un mundo cognitivo feliz" (1992-2002): Coexistencia de dos paradigmas: el clásico (modelos modernistas) y el rupturista (postmodernistas), siendo la tendencia a la postmodernización general de los modelos. **Mahoney** (1995), señala que para qué separar racionalismo y constructivismo cuando nadie se reconoce como racionalista hoy en día, de modo que propone un cambio de etiquetas, sugiriendo hablar de modelos simples frente a modelos complejos.

4ª. "¿La deriva hacia el pastiche?" (2003-actualidad): época caracterizada por la incorporación de los modelos basados en mindfulness y por una práctica profesional basada en el eclecticismo o "collage" de técnicas. La autora se refiere al riesgo de deriva al pastiche como la mezcla de elementos tomados de diferente lugar (por ejemplo la Meditación Zen) haciendo peligrar con ello la identidad originaria del campo cognitivo.

Según este desarrollo histórico podemos distinguir cuatro grupos de modelos dentro de la psicoterapia cognitiva:

a) Los modelos de reestructuración cognitiva. Para Meichenbaum (1995) estas terapias utilizarían el marco conceptual explicativo de la metáfora del procesamiento de información.

b) Los modelos cognitivo-comportamentales, con origen en la terapia de conducta. Meichenbaum (1995) asocia este modelo a la metáfora del condicionamiento.

c) Modelos constructivistas o evolutivos. Según Meichenbaum (1995) la metáfora es la de la narrativa constructiva. Los seres humanos conocen de forma proactiva, creando una narrativa personal.

d) Modelos intermedios. Que mantienen puntos de cercanía con los otros tres tipos de modelos.

Los enfoques cognitivo-conductamentales y los de reestructuración cognitiva comparten una epistemología común basada en el modernismo (paradigma clásico o racionalista). Los modelos constructivistas defienden una epistemología postmodernista (paradigma rupturista o evolutivo).

1.1. PARADIGMA RACIONALISTA VS CONSTRUCTIVISTA

Para la tradición racionalista la función del sistema nervioso es proporcionar representaciones mentales fidedignas de la realidad ("copias"), según **Weimer** (1977) se concibe la cognición desde afuera hacia dentro; mientras que para la constructivista su función es la estructuración idiosincrásica de la experiencia de forma que se adapte al patrón evolutivo del sujeto, considerando la mente humana como un sistema activo. Las teorías motrices de la mente, adoptadas por el constructivismo, sugieren que el sujeto proyecta sus estructuras tácitas y abstractas sobre el orden sensorial, concibiendo la actividad motriz como resultado y como antecedente que controla la percepción, adquiriendo gran valor las estructuras tácitas o procesos abstractos supraconscientes (**Hayek**, 1978). Así el enfoque constructivista sugiere que la distinción entre cognición, emoción y conducta proviene más bien de nuestro legado filosófico-cultural, que la distinción entre procesos sensoriales y motores es cuestionable, y propone contemplar los fenómenos cognitivos, emocionales y conductuales como expresiones de procesos holísticos y sistémicos (globales y mutuamente influenciables). Las emociones son consideradas formas primitivas y poderosas de conocimiento que indican estados importantes de transición de la estructura holística del self **(PIR 00, 173, 181)**.

En el núcleo del programa moderno está la creencia en un mundo cognoscible y con él, un sí mismo cognoscible. El posmodernismo abandona casi todos los aspectos del programa psicológico moderno y reconoce realidades divergentes, constituidas socialmente y situadas históricamente. El lenguaje constituye realmente la estructura de la realidad social requiriéndose la aparición de nuevos enfoques (hermenéutico, narrativo, desconstruccionista, retórico y discursivo) apropiados para analizar el texto de la experiencia humana en su contexto social. Así, los seres humanos tienen negado el acceso directo a la realidad inmediata más allá del lenguaje, definido de forma amplia como todo el repertorio de expresiones y acciones simbólicas que nos proporciona la cultura. Se relativiza el conocimiento y se llega a la proliferación de realidades diversas y muchas veces contradictorias.

Según **Polkinghorne** (1992) las características más representativas de la postmodernidad en psicoterapia se pueden resumir en cuatro principios clave:

1) Ausencia de base, no existe una base epistemológica en la que basar la verdad indudable de los enunciados de conocimiento.

2) Fragmentariedad, un cuerpo de conocimiento consiste en fragmentos de comprensión, no en un sistema de enunciados integrados lógicamente.

3) Constructivismo, el conocimiento es una construcción activa realizada sobre esquemas cognitivos e interacciones constantes con el ambiente.

4) Neopragmatismo, la prueba de un enunciado de conocimiento está en su utilidad pragmática para lograr una tarea, no en su derivación de un grupo aprobado de reglas metodológicas.

En la práctica, las terapias racionalistas tienen un componente psicoeducativo importante, cuentan con un alto grado de sistematización, lo que ha favorecido su desarrollo,

© CEDE – www.pir.es

siendo una de sus características externas el que todas ellas tienen un manual como obra básica de referencia. Desde esta perspectiva, la intervención se fundamenta en las valoraciones clínicas, teorías, técnicas y contenidos que concibe el profesional. En cambio, la perspectiva constructivista considera la psicoterapia como un proceso de colaboración entre el terapeuta como experto en procesos de cambio y el consultante como experto en su propia vida. Este enfoque da una importancia central a la comprensión y estudio sistemático de la visión del consultante del problema, de sí mismo y de los demás implicados. El problema se concibe como un exponente de una transición en el proceso de reconstrucción del sistema cognitivo del cliente, proponiendo acompañarlo de forma más efectiva en ese proceso. La psicoterapia se concibe básicamente como un proceso colaborativo de reconstrucción de significados.

Para un terapeuta modernista cognitivo la mente es un sistema activo (más bien reactivo) que al descubrir la realidad hace representaciones poco válidas. Por eso se enseña al paciente a descubrir formas mejores, más válidas de ver las cosas. Para un terapeuta postmoderno cognitivo la mente es igualmente un sistema activo (más bien proactivo) que inventa, no descubre, la realidad. Por ello se enseña al paciente a inventar formas alternativas más viables de conocer. Según **Vaihinger** un terapeuta modernista cognitivo trata las ficciones de un paciente como hipótesis, un terapeuta postmodernista cognitivo las trata como ficciones. Es decir las hipótesis (enunciados sobre algo, quizás objetivamente correcto) se validan o invalidan con las ficciones (ideas que ayudan a pensar pero que no se cree que corresponden a la realidad).

Para un terapeuta postmoderno no existe la realidad, sino nuestras realidades constituidas socialmente, por la interacción o la evolución continua de la dinámica persona-ambiente.

Un terapeuta postmodernista es no justificacionista (**Weimer**, 1979), mientras que un modernista es justificacionista. El terapeuta postmoderno está preocupado de estudiar el cómo (neopragmatismo) siendo su método el descubrimiento de argumentos, al asumir que la verdad no existe como tal, siendo una cuestión de perspectiva y en donde no es posible la separación sujeto observador/objeto observado estando los resultados de nuestros estudios plenos de valores, incompletos (ausencia de base, fragmentariedad).

Contrastes prácticos entre enfoque tradicional (racionalista) y enfoque constructivista (Neimeyer, 1995).

	Racionalista	Constructivista
Evaluación	Diagnóstico específico. Centrada en el problema y en el control.	Comprensiva. Centrada en los procesos y el desarrollo. Histórica.
Objetivos de intervención	Pensamientos automáticos y creencias irracionales aisladas.	Sistema de constructos y narraciones.
Meta del tratamiento	Correctivo; Eliminar la disfunción.	Creativo; facilitar el desarrollo.
Estilo terapia/ rol terapeuta	Directiva e instructiva/ Persuasivo y analítico.	Menos estructurada y más exploratoria/ Reflexivo y elaborador.
Pruebas de adecuación de las creencias	Validación objetiva y lógica.	Consistencia interna, consenso y viabilidad personal.
Emociones	Las intensas y negativas son el problema, el pensamiento irracional es la causa.	Son formas de conocimiento: se debe fomentar su experiencia y exploración.
Resistencias y recaídas	Falta de motivación, patrón disfuncional.	Intento de proteger los procesos centrales de ordenación.

1.2. TAXONOMÍA COGNITIVA

Ingram y Kendal (1986) proponen un sistema taxonómico de los aspectos cognitivos que sirve para aglutinar los conceptos básicos de los modelos cognitivos. Sanz y Vázquez (1991) los definen así:

a) Productos cognitivos: se refieren al resultado final de las operaciones que el sistema cognitivo realiza sobre la información; son las cogniciones y pensamientos que el individuo experimenta y de las que puede tener conciencia, como resultado de la interacción de la información entrante con las estructuras, las proposiciones y las operaciones del sistema. Las atribuciones o los pensamientos automáticos son dos de los constructos que se incluyen en esta categoría y que el clínico normalmente trabaja con los pacientes (se detectan a través de autorregistros, cuestionarios o la información verbal que emite).

El "pensamiento automático negativo" (PAN) hace referencia a imágenes y contenidos verbales que emergen de modo "inesperado", sin que el paciente sea consciente de que haya existido algún procesamiento previo y que resultan difíciles de controlar. Los PAN intervienen en la formación y mantenimiento de una gran variedad de problemas (p. ej.: pensamientos rumiativos en la depresión o ansiedad). Se han desarrollado modelos para los diferentes trastornos, identificando distorsiones específicas para cada uno de estos pensamientos negativos y esquemas activa-

dos. Para **Ellis**, por ejemplo, los pensamientos automáticos surgen a partir de las ideas irracionales.

b) Operaciones cognitivas: se refieren a los procesos mediante los cuales el sistema opera e incluyen conceptos como la codificación y recuperación de información o los procesos atencionales.

Son procesos en los que los diferentes componentes del sistema cognitivo operan de forma interactiva para procesar información, siendo los responsables de la manipulación de los datos sensoriales. Los modelos clínicos cognitivos de psicopatología no han sido muy específicos respecto a cómo posibles anomalías en el procesamiento de la información contribuyen a la génesis de los trastornos emocionales.

Según **Beck** los depresivos se caracterizan por una forma particular de operaciones cognitivas que dan lugar a un pensamiento automático. Las distorsiones cognitivas hacen referencia a los errores de procesamiento de información que los individuos depresivos cometen producto de los esquemas negativos activados. Estas distorsiones tienen una doble función: 1. Facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir el medio (cambiando lo ambiguo o inocuo en negativo) y 2. Mantienen la validez de las creencias negativas del depresivo acerca de sí mismo, el mundo y el futuro. En relación a los trastornos de ansiedad (**Beck y Emery**, 1985), el tipo de información que se distorsiona es la relativa a los estímulos potencialmente peligrosos, que ocurre en conexión con un esquema del self según el cual el individuo se ve vulnerable e incapaz de hacer frente al supuesto peligro.

Pero, a pesar de los trabajos de estos autores, no se ha conseguido demostrar que tales distorsiones del procesamiento sean específicas de individuos con problemas mentales; de hecho existe cada vez más evidencia de que las personas "normales" muestran notables sesgos y distorsiones en el procesamiento de la información de la realidad (Haaga y Beck, 1993, 1995). Como señalan Sanz y Vázquez (1991) la explicación de Beck no da cuenta muy adecuadamente de cómo surgen y se mantienen tales errores.

Los hallazgos en psicología experimental demuestran la existencia de sesgos atencionales en sujetos ansiosos, en donde éstos procesan prioritariamente información con contenidos amenazantes o relacionados con la ansiedad. En cambio no se encuentran sesgos de memoria en los sujetos ansiosos. Con los depresivos el patrón cambia, se encuentran sesgos de memoria, al recordar más información negativa que positiva, cuando es personalmente relevante (Matt, Vázquez y Campell, 1992). Aunque parece que el estado de ánimo puede ser el causante de los sesgos en el recuerdo y no ser un mero resultado de tales sesgos cognitivos (Matt y cols., 1992). Sin embargo no se puede concluir la existencia de sesgos atencionales en la depresión.

Los seguidores de **Kelly**, como **Neimeyer** (1987) formalizaron las operaciones cognitivas como "ciclos de experiencia", partiendo de la metáfora de persona como científico, según la cual la experiencia se ve como un proceso de construcción y revisión de significado, en donde la hipótesis que ha construido el sujeto acerca de sí mismo se ve validada o invalidada, y donde la acción se considera como un encuentro con los acontecimientos en el que se ponen a prueba los significados personales. Las operaciones son reguladas por las estructuras cognitivas, donde no es fácil distinguir una secuencia clara entre estructuras, procesos y productos cognitivos debido a que se dan de forma simultánea.

c) Contenidos o proposiciones. Se refieren al contenido de la información que es almacenada y organizada dentro de alguna estructura. Incluye conceptos como los del conocimiento episódico o conocimiento semántico.

Head, Piaget y Barlett, son los tres principales autores que desarrollan el concepto de **esquema**. En los años veinte se encuentran los orígenes de la noción de esquema. Para **Barlett** es una organización activa de reacciones y experiencias pasadas; en la actualidad se considera como una abstracción fruto de la experiencia previa. Lo esencial para **Neisser** (1967) es que el esquema es el responsable de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción, dependiendo el procesamiento de la información del esquema que se haya activado.

Ingram y Kendal se refieren al hablar de esquema a la estructura (arquitectura del sistema que organiza internamente la información) y a las proposiciones cognitivas (contenido de la información). Las estructuras cognitivas, en función de los límites del procesamiento estimular de nuestro sistema perceptivo, establecen las prioridades del procesamiento de información. Los esquemas permiten procesar la información, pudiendo existir esquemas específicos para diferentes áreas. Según la naturaleza de las proposiciones cognitivas se puede hablar de esquemas sociales, esquemas sobre el self (organizan y guían el procesamiento de la información sobre el self contenida en las experiencias sociales del individuo), etc.

© CEDE – www.pir.es

Los esquemas acerca del self son generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran la información, seleccionándola y abstrayendo su significado e integrándolo con los conocimientos almacenados sobre el self. Estos esquemas definen nuestro sentido de identidad, dando lugar al procesamiento autorreferente (se ha demostrado que es más rápido y consistente que el procesamiento de información no autorreferente).

El elemento fundamental en el modelo cognitivo de **Beck** es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información, en el que se activarían esquemas cognitivos negativos que llevarían al individuo a cometer distorsiones del estímulo en cuestión para facilitar su procesamiento coherente con los contenidos del esquema activado. Los contenidos negativos de las cogniciones que aparecen en trastornos emocionales, como la depresión o la ansiedad, son idénticos a los de cualquier persona ante una situación de pérdida o amenaza real, pero la diferencia está en el número de distorsiones cognitivas que cometen. En la depresión, según Beck, existe una predisposición al trastorno consistente en elementos de vulnerabilidad cognitiva, preexistentes y relativamente estables, adquiridos durante la infancia a través de experiencias personales negativas o de la percepción de actitudes negativas con los otros. Estos esquemas se activarían al interactuar con experiencias de la vida análogas a las inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas (modelo diátesis-estrés).

Ellis (1962) expone en su modelo, aunque de manera no tan explícita como Beck, elementos referidos a esquemas. Para la terapia racional-emotiva la causa de las perturbaciones emocionales es la forma de pensar del individuo, la manera de interpretar el ambiente y las circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, otras personas y el mundo. El elemento principal del trastorno psicológico es la creencia irracional, de manera que los acontecimientos (A) son interpretados de acuerdo con un conjunto de creencias irracionales (B) basadas en imperativos absolutistas y sistemáticos, lo que lleva a realizar un determinado comportamiento conductual o emocional (C). De esta forma los acontecimientos activadores (A) no generan consecuencias emocionales o conductuales (C) sino que es el individuo el que produce sus propias consecuencias, a través de su sistema de creencias (B), esquema A-B-C. Las creencias irracionales son proposiciones cognitivas arraigadas en la estructura cognitiva del sujeto, pero Ellis no desarrolla la estructura cognitiva en la que se insertan ni su génesis y posible valor funcional.

Kelly (1955) en su enfoque de los constructos personales también desarrolla elementos equivalentes al esquema cognitivo. El conocimiento se organiza jerárquicamente en un sistema de constructos personales (red semántica organizada jerárquicamente), donde en los niveles supraordenados se encuentran los esquemas nucleares que definen la identidad de la persona, que gobiernan el proceso de dar sentido a los acontecimientos. Las proposiciones cognitivas se corresponderían con los constructos particulares que ocupan tales estructuras. Toda la experiencia se construye de acuerdo con este sistema de significación. Las emociones, conductas, imágenes, pensamientos, sueños, etc. de una persona no son ajenas al significado que se da a sí misma y al mundo, sino que forma una parte integrante del mismo. Esta concepción jerárquica de los esquemas ha sido apoyada por estudios cognitivos dentro y fuera del enfoque de los constructos personales.

d) Estructuras cognitivas: se refieren a la arquitectura del sistema, a la manera en que la información se almacena y se organiza internamente dentro de algún tipo de estructura. La memoria a corto plazo y la memoria largo plazo son dos conceptos que pertenecen a esta categoría, así como el almacenamiento sensorial o las redes asociativas.

Este área ha sido, como señalan Vázquez y Cameron (1997) relativamente ignorada en las teorías clínicas cognitivas. Algunas líneas experimentales recientes tratan de analizar la naturaleza estructural del esquema más que su contenido. Así tratan de evaluar la complejidad del sí mismo, el grado de asociaciones de atributos autorreferentes positivos y negativos en la representación del sí mismo, etc.

2. LOS MODELOS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Las terapias de reestructuración cognitiva se desarrollaron en sus inicios por teóricos procedentes del enfoque psicodinámico, tendiendo a destacar el papel del significado. Su marco conceptual explicativo es la metáfora del procesamiento de la información; la meta, por tanto, es corregir en los pacientes las distorsiones en dicho procesamiento.

"*Estas terapias se orientan hacia los problemas concretos del paciente, determinan actitudes disfuncionales, son directivas, y examinan la evidencia de pensamientos automáticos*".

Estos modelos han desarrollado estrategias para examinar la racionalidad o validez de las creencias disponibles (Hollon y Beck, 1994). Así, **Ellis** (1962) basaba su enfoque en la creencia de que la persona puede sustituir consciente-

mente los pensamientos irracionales por otros más razonables, discutiendo, para ello, de forma activa y directiva las filosofías en las que se inspiraban. **Beck** (1967) no encontró en sus investigaciones sobre los sueños de sus pacientes depresivos la temática psicoanalítica, sino que encontró que los pacientes se veían como personas derrotadas, frustradas, desvalorizadas, anormales o feas, suponiendo que el depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, el mundo y el futuro (tríada cognitiva de la depresión), pudiéndose identificar estos pensamientos y modificarse directamente cuestionando su validez.

Así, definiríamos la terapia cognitiva como una psicoterapia estructurada, orientada hacia el problema, con límite de tiempo y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión. Ya que la terapia cognitiva considera a un grupo hiperactivo de conceptos desadaptativos como la característica central de los trastornos psicológicos, entonces corregir y abandonar estos conceptos mejora la sintomatología (síntesis de Cark, 1995, sobre el trabajo de Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977).

2.1. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

Albert Ellis (1913-2007) comenzó su desarrollo teórico al observar las limitaciones del enfoque psicodinámico. Son diversas las influencias que ha habido en su modelo: filósofos estoicos, Russell, Popper, Korzybski (autor de la teoría de la semántica general); conductistas como Watson, Pavlov y Skinner, y psicoanalistas como Karen Horney ("tiranía de los debo") y Adler. Una de las originalidades de Ellis es su énfasis en el cambio de filosofía del paciente y el centrarse en las creencias básicas que mantiene sobre la realidad, más que en los posibles errores que cometa al percibirla y responder a ella. Sus objetivos fundamentales son ayudar a los sujetos a que aumenten la autoaceptación y la tolerancia a la frustración a través de la modificación de los núcleos cognitivos disfuncionales (ideas irracionales) que subyacen en los estados de perturbación psicológica **(PIR 04, 247; PIR 06, 250)**.

2.1.1. Definición del modelo

Ellis definió su terapia como un método de psicoterapia racional-emocional-conductual y con el tiempo fue integrada como una terapia cognitivo-conductual. Su denominación original, en 1957, fue la de Psicoterapia Racional, cambiando su nombre posteriormente.

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) no es un sistema ateórico, sino que parte de una serie de premisas y valores filosóficos sin cuya aceptación no puede entenderse el resto de la terapia. En palabras de A. Ellis la TREC:

"... es un sistema de psicoterapia diseñado para ayudar a las personas a vivir más, minimizar sus trastornos emocionales y conductas autoderrotistas, y realizarse a sí mismos para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante...". Ellis y Bernard (1990).

De este objetivo general se derivarían una serie de **submetas** u objetivos más específicos:

– Ayudar a las personas a pensar de manera más racional (científica, clara y flexiblemente).
– Contribuir a sentir de un modo más adecuado.
– Fomentar que actúen de modo decidido, en el sentido de alcanzar las metas que se proponen.

Conceptos básicos de la TREC:

Pensamientos o creencias racionales: Son cogniciones evaluativas de carácter preferencial que se expresan en forma de "deseo", "gusto", "agrado" o "desagrado" (denominadas por Ellis "cogniciones cálidas"), son relativistas y condicionales. Se sustentan en un pensamiento científico o hipotético-deductivo, y permiten al individuo ser feliz en la medida que le ayudan a alcanzar las metas que se propone mediante métodos eficientes, flexibles, lógicos y basados en la realidad.

Sentimientos negativos adecuados: Son aquellos sentimientos que se producen cuando los deseos y preferencias humanos son bloqueados y frustrados. Como ejemplo, podríamos citar las penas, la lamentación, el malestar, la frustración, el desasosiego. Si se definen como adecuados es porque ayudan, funcionan como un motor para reducir los obstáculos que interfieren en el cumplimiento de los deseos y las metas. Obviamente, los sentimientos positivos adecuados son los que se producen cuando se alcanzan las metas deseadas o se satisfacen los deseos o preferencias personales. La lista sería también larga y abarcarían el amor, la felicidad, el placer y la curiosidad.

Sentimientos negativos inadecuados: Son emociones como la agresión, ansiedad, desesperación, ira, etc. También existirían sentimientos positivos inadecuados, como la grandiosidad, paranoia, hostilidad (en el sentido de euforia maníaca). Si estos sentimientos son inadecuados es porque **interfieren** en la consecución de las metas y deseos personales y, por tanto, en el logro del bienestar.

© CEDE – www.pir.es

Conductas inadecuadas o autoderrotistas: Serían todas aquellas acciones humanas que interfieren seriamente y sin necesidad en la vida y en la felicidad, especialmente en las metas individuales a corto y largo plazo. Aquí podríamos encuadrar todos los actos rígidamente compulsivos, adictivos y estereotipados que tienden a ir contra los intereses de la mayoría de las personas y de los grupos sociales en los que se hallan; asimismo, aquellos actos que implican un severo retraimiento, fobia y demora en la resolución de acontecimientos futuros (procrastinación).

Creencias irracionales: Son cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático, que se expresan de forma rígida con términos tales como "debería de" o "tengo que" (denominadas "cogniciones calientes"). Para Ellis las creencias irracionales, los sentimientos inadecuados y las conductas autoderrotistas se influencian y causan mutuamente. Así, si una persona piensa, "¡Tengo que realizar perfectamente mi trabajo!", "¡Es terrible si no lo hago, me consideraré una inútil si sucede!"; tenderá a sentirse ansiosa, deprimida e inadecuada y probablemente actuará de manera poco eficiente en una entrevista de selección de personal y en general en cualquier situación laboral. A su vez, los sentimientos inadecuados de depresión, fomentarán que piense todavía más de manera irracional y rinda aún menos. Finalmente, esto le llevará a desarrollar creencias irracionales más fuertes y globales: "¡Nunca podré llevar a cabo bien ningún tipo de trabajo!". Existe una continua interrelación entre el pensar, sentir y comportarse.

Criterios de salud

Además de trabajar en los círculos viciosos como el que hemos presentado, la TREC fomenta en los pacientes la adquisición de una serie de **valores o actitudes** que considera imprescindibles para alcanzar la felicidad personal:

Autointerés: Las personas sanas son capaces de sacrificarse por aquellos que estiman, pero no completa o totalmente hasta el punto de anularse. Ponen sus intereses ligeramente por encima de los demás.

Interés social: nuestra felicidad también deriva de actuar moralmente y defender y respetar los derechos de los demás y contribuir al bienestar y supervivencia de la sociedad.

Autodirección: Las personas sanas se responsabilizan de sus propias vidas y de alcanzar sus propias metas. No "necesitan" o "demandan" un apoyo constante de los demás.

Tolerancia a la frustración: Los individuos racionales permiten a los demás y a sí mismos el derecho a equivocarse. Luchan por cambiar aquello que pueden transformar y aceptan aquello que no pueden modificar, sin condenarse por ello.

Flexibilidad: Los sujetos sanos no establecen reglas rígidas e inamovibles acerca de ellos mismos ni de los demás. Son tolerantes y están abiertas al cambio.

Aceptar la incertidumbre: Es saludable y adaptativo reconocer y aceptar que vivimos en un mundo incierto y probabilístico, donde no existen certezas o verdades absolutas.

Compromiso creativo: implicación con algún proyecto social o interés por algún tema creativo.

Pensamiento científico: Se concede importancia al estilo de pensamiento objetivo, racional y científico, al empleo de métodos lógicos y empíricos para analizar la realidad y poder autorregular las emociones y acciones. Ello permite poder reflexionar sobre ellas y evaluar sus consecuencias: en qué medida llevan o no a la consecución de metas a corto y largo plazo.

Autoaceptación: Las personas sanas se aceptan a sí mismas de forma incondicional por el simple hecho de estar vivas. Consideran que tienen la capacidad de dirigirse hacia sus objetivos y disfrutar. No hacen evaluaciones globales de sí mismos en función de sus logros externos o del juicio de los demás. Buscan disfrutar en lugar de ponerse a prueba continuamente.

Asumir riesgos: Las personas sanas tienden a asumir los riesgos que acompañan a la consecución de sus objetivos, aunque exista la posibilidad de fallar.

Hedonismo en sentido amplio: búsqueda del placer y evitación del dolor innecesario, pero aceptando que no es conveniente sacrificar la gratificación futura por las gratificaciones o malestar inmediatos.

No-utopismo: Las personas sanas aceptan que nunca van a conseguir todo lo que desean, ni van a poder reducir o evitar totalmente todo dolor. Asumen objetivos realistas en la búsqueda de placer, felicidad o perfección, así como en relación a la desaparición de la ansiedad, depresión, autoderrotas y hostilidad.

Autorresponsabilidad por el propio malestar emocional: Los individuos sanos aceptan la responsabilidad de su

existencia y no culpan (totalmente) a los demás o a las condiciones sociales por sus pensamientos, sentimientos y conductas autoderrotistas.

2.1.2. La teoría A-B-C

La TREC es conocida sobre todo por su teoría del ABC del pensamiento irracional y perturbación emocional. El propio **Ellis** reconoce la larga tradición filosófica que existe detrás de esta teoría y cita a pensadores asiáticos como Confucio y Buddha, así como a los filósofos estoicos tales como Epícteto. Baste decir que la cita de éste último recoge la idea esencial del ABC: "Las personas son perturbadas, no tanto por las cosas, cuanto por la visión que tienen de ellas" **(PIR 06, 255)**.

Ellis (1990) encontró que los individuos que realizaban demandas o exigencias de carácter absoluto sobre sí mismos, los otros y el mundo generan tensión emocional, que da lugar a dos tipos de perturbaciones:

– **Ansiedad del yo:** malestar emocional acompañado con frecuencia de sentimientos de vergüenza, culpa, depresión o incapacidad. Aparece cuando las personas: sienten que su valía personal está amenazada, deben necesariamente ser aprobados por los demás y sienten que es terrible no hacer bien las cosas y no ser aceptados por los demás como ellos creen que deberían serlo. Supone un autodesprecio por no cumplir con las exigencias que tiene sobre ella misma, los otros y el mundo. Está asociado al perfeccionismo o "miedo al fracaso". La alternativa racional es la autoaceptación y concederse que se puede fallar. (Ruíz, Díaz, Villalobos 2017) **(PIR,15, 110)**.

– **Ansiedad perturbadora:** Surge cuando las personas consideran que su bienestar se encuentra amenazado, que deben de conseguir lo que desean y no deben padecer por lo que no desean y cuando sienten que es horrible no conseguir aquello que ellos creen que deben de tener. Está relacionada con la baja tolerancia a la frustración, ya que la persona establece una serie de normas dogmáticas sobre las condiciones de bienestar que debería tener. (Ruíz, Díaz, Villalobos, 2017).

El nombre de ABC proviene de los elementos de la teoría y de sus denominaciones en inglés **(PIR 03, 257; PIR 17, 170)**:

A (*Activating Event*): Acontecimiento activador.
B (*Belief*): Creencia.
C (*Consecuences*): Consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas.
D: Debate de las creencias irracionales.
E: Nuevas creencias racionales en sustitución de las irracionales.
F: Consecuencias afectivas, cognitivas y conductuales de las nuevas creencias.

Las personas por lo general luchan por alcanzar sus metas en un determinado ambiente y tropiezan con una serie de acontecimientos activadores y experiencias (As) que tienden a ayudarles a alcanzarlas o, por el contrario, dificultan su consecución. En las primeras versiones de la TREC, las (As) eran conceptualizadas como hechos externos (acontecimientos de la vida cotidiana), pero actualmente se acepta que pueden ser también pensamientos, sentimientos o conductas relacionadas con dichos acontecimientos e incluso recuerdos o pensamientos de experiencias pasadas.

Ellis plantea que existe una predisposición a responder a estas (As) de manera ineficaz y por tanto, bloquear el logro de las metas personales. Esta predisposición tendría sus raíces en:

– Predisposiciones biológicas o genéticas.
– Antecedentes constitucionales.
– Aprendizajes interpersonales y sociales previos.
– Patrones de hábitos adquiridos.

Este manejo ineficaz de las (As) tiene que ver con las (Bs) o creencias que los seres humanos mantienen acerca de las mismas. Son también estas creencias las que ejercen una fuerte influencia sobre las consecuencias (Cs) cognitivas, emocionales y conductuales y, sobre todo, sobre las perturbaciones emocionales. Aparentemente, los acontecimientos activadores (As) causan directamente las (Cs), pero esto raramente es así, sino que las (Bs) actúan casi siempre como mediadores importantes entre los (As) y las (Cs).

Es obvio que es fácil conectar esta teoría con los elementos principales de la TREC que expusimos anteriormente. Los pensamientos racionales acerca de los acontecimientos activadores conducirán a sentimientos positivos o negativos adecuados, mientras que los pensamientos o creencias irracionales causarán sentimientos positivos o negativos inadecuados, así como conductas inadecuadas o autoderrotistas.

El término **creencia** en la TREC es muy amplio, en principio es conceptuado como una construcción hipotética que abarcaría tres clases de fenómenos cognitivos:

– Pensamientos creados por el sujeto y de los que es consciente en un momento determinado.

© CEDE – www.pir.es

– Pensamientos de los que el sujeto no tiene una conciencia inmediata.
– Creencias abstractas que el individuo puede mantener en general.

El último punto hace referencia a aquellas creencias que tienen las personas y que no se suelen articular oralmente, y que constituyen un marco de referencia desde el cual se elaboran y se llega a conclusiones acerca de lo que les rodea, lo que les está ocurriendo a ellos mismos, a los demás y al mundo en general. Nótese la semejanza de éste concepto con el de Esquema de la Terapia Cognitiva de Beck.

Existen varios listados de tipos de creencias irracionales elaborados por A. Ellis (llegó a identificar más de 200 siendo 11 las más significativas o relevantes), si bien todas se pueden agrupar en **tres tipos de demandas o exigencias**, con sus múltiples derivaciones:

1) Exigencias sobre sí mismo: "**Tengo que actuar** bien, funcionar perfectamente y ganar reconocimiento o de lo contrario seré inútil". Lo que causa frecuentemente sentimientos de no valer para nada, de depresión, ansiedad, culpa o vergüenza.

2) Exigencias sobre los otros: "Los demás **deben** tratarme bien, con consideración y amabilidad; si no lo hacen deberían ser castigados por ello". Lo que genera sentimientos de ira o conductas pasivo-agresivas.

3) Exigencias sobre las condiciones o lo que debemos tener en nuestra vida: "Las condiciones de mi vida **tienen que** ser muy buenas, cómodas o fáciles y sin dolor ni sufrimiento". Lo que produce como resultado sentimientos de lástima por uno mismo o problemas de autodisciplina.

Ellis defiende que de estas creencias irracionales se derivan tres formas comunes de **pensamiento** que conducen a perturbaciones psicológicas:

– **Catastrofismo, tremendismo o dramatización:** la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento: "Es tremendo, terrible u horrible que no esté haciendo lo que debo", "*Como mañana no me salga bien la entrevista será horrible, yo me muero*".

– Baja tolerancia a la frustración o "No poder soportarlo": tendencia a exagerar lo insoportable de una situación. "No lo puedo soportar, no puedo resistir las cosas que me están pasando y que no debieran ocurrir", "*no voy a la fiesta porque me da miedo que me rechacen, es durísimo, yo soy muy sensible y no podría soportarlo*".

– Depreciación, inutilidad o condena global: tendencia a condenarse o condenar a los seres humanos o a la vida en general. "*Soy una persona que no vale nada si no puedo hacerlo bien y ganar todo el reconocimiento que debo*", "*Se me ha quemado la comida. Soy una inútil, todo lo hago mal*", "*Se ha hecho mal la factura, es un incompetente total*".

También plantea que fruto de las creencias irracionales se producen distorsiones en el procesamiento de la información, tales como la **sobregeneralización, pensamiento polarizado, saltar a las conclusiones, etc.**

No hay que confundir las creencias que se manejan en la TREC con las interpretaciones, expectativas e inferencias de la realidad. Éstas pueden ser erróneas o acertadas, y por tanto se pueden someter a contrastación empírica (es lo que hace Beck en terapia cognitiva cuando pide evidencias al paciente), pero no son las responsables directas de las perturbaciones emocionales. Por ejemplo, supongamos que un paciente nos comunica que está hundido emocionalmente porque el día antes se cruzó con un antiguo compañero de clase que no le devolvió el saludo, y en el registro ha anotado: "no me saluda porque doy asco a la gente". Independientemente de que esta interpretación sea cierta o falsa (su compañero podría ir pensando en las musarañas y no verle), es insuficiente, de acuerdo con la TREC, para hundirle emocionalmente. Es la valoración de esa interpretación la responsable de su estado de ánimo depresivo, dicha valoración o creencia bien pudiera ser: "Necesito que los demás me quieran para sentirme a gusto conmigo mismo, es terrible e insoportable que alguien pueda pensar que soy asqueroso, no puedo tener respeto por mí si alguien de mi entorno piensa que soy detestable". Las creencias son por tanto las **valoraciones** y **evaluaciones** que las personas hacen de sus interpretaciones, expectativas e inferencias de la realidad; evaluaciones y valoraciones que en el caso de las creencias irracionales son absolutas y rígidas.

Un ejemplo de que los acontecimientos activadores (As), las Creencias (Bs) y las Consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales (Cs) interactúan es que a menudo las perturbaciones emocionales (Cs) creadas por las creencias irracionales acerca de los (As), se convierten a su vez en acontecimientos activadores capaces de generar una perturbación emocional secundaria; es el caso de los que se deprimen por estar deprimidos o se ponen más ansiosos por estar ansiosos. Las responsables de esta

perturbación secundaria serían creencias irracionales del tipo: "es terrible que esté tan deprimido", "sólo un estúpido puede ponerse tan nervioso como yo lo hago", etc.

2.1.3. Procedimiento terapéutico

El **estilo del terapeuta** se caracteriza por seguir el Diálogo Socrático aceptando incondicionalmente a sus clientes como personas **falibles,** intentar ser genuino en la terapia (abierto y facilitando información personal si el cliente los demanda), empático, activo y directivo (para discutir las ideas irracionales), activo verbalmente y, a la vez, facilitando que el paciente se exprese; el terapeuta es didáctico, actúa como un modelo racional de sentir y comportarse, usa el sentido del humor para combatir las exageraciones de las ideas irracionales de los clientes. Pero estas características deben de manejarse en función de las características de los pacientes, ya que se puede correr el riego de reforzar la necesidad de amor y aprobación que tienen los clientes y reforzar la baja tolerancia a la frustración de sus clientes. Así se debería evitar un estilo demasiado emotivo y amigable con los clientes histéricos, un estilo intelectual con los obsesivos-compulsivos, un estilo directivo con los que temen ser autónomos y un estilo demasiado activo con los clientes pasivos **(PIR 03, 256; PIR 07, 106)**.

Ellis y sus colaboradores resaltan las siguientes características respecto al estilo terapéutico:

– Ser activo y directivo: especialmente con pacientes que muestran una gran resistencia o que tienen un alto grado de trastorno emocional **(PIR 18, 137)**.
– Ser verbalmente muy activo y promover, al mismo tiempo, la participación del cliente.
– Ser didáctico.
– Saber promover cambios en la filosofía de vida.
– No fomentar la catarsis, puesto que considera que sus efectos terapéuticos son muy limitados **(PIR 13, 125)**.
– Ser flexibles: pueden admitirse variaciones en el estilo terapéutico que tengan en cuenta las características del cliente, del terapeuta y de la interacción de ambos.

En cuanto a la relación con el cliente, se asume la mayor parte de los principios básicos señalados por Rogers (1957): aceptación incondicional, empatía, respeto y autenticidad. A las cuales también se añade la posibilidad de mostrar un estilo terapéutico informal, salvo en los casos en los que no se considere pertinente.

Fases del proceso

1) **Evaluación psicopatológica**.
2) **Evaluación Racional-Emotiva:** Evaluación de los problemas y explicación del esquema A-B-C al cliente.
3) **Insight Racional-Emotivo:** Detección de las ideas irracionales y darse cuenta de su papel en los trastornos emocionales y conductuales.
4) **Aprender una base de conocimiento racional:** Debate de las creencias irracionales y cambio por creencias racionales.
5) **Aprender una nueva filosofía de vida:** Consecución de un nuevo efecto o filosofía de vida.

Ellis clasifica los problemas en externos (dependen de situaciones ambientales, considerados acontecimientos activadores (–A–) e internos (síntomas que presenta el cliente –C–). Primero se trabajará sobre los problemas secundarios (problemas generados ante la percepción de los síntomas) para luego centrarse en los primarios, trabajándose sobre (B) creencias irracionales que los mantienen, e igualmente con los primarios una vez trabajados aquellos. Cuando los problemas emotivo-conductuales estén resueltos, se centrará la terapia en los problemas ambientales (A).

Métodos cognitivos:

– **Discusión y debate de creencias.** Uno de los métodos principales de la TREC consiste en la **técnica del debate racional-emotivo**. Esta técnica pretende que el propio paciente primero identifique, a partir de la observación de sus sentimientos y conductas inadecuadas (Cs), las creencias irracionales (BsIr) que está poniendo en juego ante los acontecimientos activadores (As) y que son responsables de las perturbaciones emocionales y conductuales; en segundo lugar, el paciente debate activa y racionalmente dichas creencias, demostrándose a sí mismo por qué son ilógicas y poco realistas; en tercer lugar, sustituye dichas creencias irracionales (BsIr) por otras racionales (BsRs). Por último, toma conciencia de los sentimientos y conductas adecuadas que surgen gracias a la adopción de creencias racionales.

En el aprendizaje de este proceso el terapeuta analiza los problemas presentados por el paciente a la luz del esquema ABC, persiguiendo el insight de éste acerca de las creencias irracionales y racionales que mantiene, así como del papel de las primeras en sus perturbaciones. Posteriormente, el terapeuta ataca mediante el debate dichas creencias, mostrándole al paciente cómo hacerlo. El proceso de aprendizaje puede definirse como un modelado combinado con ensayos de conducta (se le pide al paciente que haga aquello que teme o que suscita las ideas irracionales para que aprenda a atacarlas y cambiarlas).

© CEDE – www.pir.es

Para conseguir la refutación de las ideas irracionales se entrena al paciente en la detección de las mismas, en su discriminación (creencias irracionales vs racionales) y en el debate. El terapeuta utiliza diferentes tipos de argumentos, de tipo lógico, empírico y/o pragmático, para que el paciente tome conciencia de la irracionalidad de sus creencias.

En la aplicación de estas estrategias de reestructuración el terapeuta puede optar por utilizar un enfoque didáctico o uno socrático. En el **enfoque didáctico** el terapeuta enseña directamente al paciente las alternativas racionales a sus creencias irracionales. Cuando el terapeuta sigue un **enfoque socrático** va guiando al paciente a través de diversas preguntas de tal modo que sea el propio paciente quien descubra las alternativas racionales.

En la técnica del debate racional-emotivo se suele emplear el autorregistro, donde el paciente, entre consulta y consulta, registra las emociones y conductas inadecuadas, así como el acontecimiento activador, para a continuación identificar las creencias irracionales que están en juego y debatirlas activamente, con objeto de cambiarlas por otras más racionales (adecuadas). En la siguiente consulta el autorregistro sirve para profundizar y supervisar el desarrollo de la terapia.

Existen muchos modelos diferentes, el que reproducimos aquí contiene una lista de las principales ideas irracionales, para ayudar al paciente a identificar qué tipo de creencias están detrás de sus alteraciones emocionales y conductuales.

– **Entrenamiento en autoinstrucciones.** Consiste en ir generando a lo largo de las sesiones una serie de autoverbalizaciones que el cliente deberá aprender y utilizar ante determinados acontecimientos. Por ejemplo: “he cometido un error, no es tan horrible”. Se considera que esta estrategia es especialmente útil para aquellas personas que tienen dificultades intelectuales o les resulta muy complicado desmontar sus creencias irracionales por procedimientos de discusión y debate **(PIR 13, 124)**.

– **Distracción cognitiva e imaginación.** La TREC entrena a los clientes durante las sesiones a utilizar distintos procedimientos de distracción cognitiva para que puedan utilizarlos y practicarlos posteriormente en las tareas para casa. Entre estos procedimientos destaca la relajación progresiva de Jacobson y distintas estrategias de distracción mediante la imaginación. Aunque la relajación progresiva se considera un procedimiento más conductual dirigido al componente psicofisiológico, en este caso se utiliza como mecanismo de distracción de la sintomatología intensa que presenta el individuo. Este tipo de técnicas sólo se utilizan en situaciones muy concretas, fundamentalmente ante situaciones de muy alta intensidad emocional o para facilitar el afrontamiento inicial, y siempre de forma temporal puesto que en la TREC lo que se pretende es que la persona aprenda a darse cuenta de que puede enfrentarse a situaciones amenazantes, incrementando así su tolerancia a la frustración.

Formulario de autoayuda de la TREC

(A) ACONTECIMIENTOS ACTIVADORES: situaciones, pensamientos o sentimientos que tienen lugar justo antes de sentirme emocionalmente alterado o de actuar de modo que frustro mis metas:		
(C) CONSECUENCIA O AFECCIÓN: sentimiento alterado o conductas que frustra mis metas, que yo género y que me gustaría cambiar:		
(B) CREENCIAS IRRACIONALES que me llevan a C. Rodee con un círculo aquellos pensamientos que suele usted decirse ante A y que causan C.	**(D) DEBATE** de cada creencia irracional rodeada con un círculo. *Ejemplos:* ¿Por qué DEBO hacerlo muy bien? ¿Dónde está escrito que soy una MALA PERSONA? ¿Qué evidencias hay para que yo TENGA QUE ser aprobado o aceptado?	**(E) CREENCIAS RACIONALES EFICACES** que sustituyen a las creencias irracionales. *Ejemplos:* PREFERIRÍA hacerlo muy bien, pero no TENGO POR QUÉ hacerlo así. Soy una PERSONA que lo ha hecho mal, no una MALA PERSONA. No hay evidencias que indiquen que yo TENGA QUE ser aceptado, aunque me GUSTARÍA serlo.
TENGO QUE hacerlo bien o muy bien		
Soy una MALA o INÚTIL, cuando me dejo llevar por la debilidad o por mi estupidez		
DEBERÍA ser aprobado o aceptado por las personas importantes para mí		
NECESITO que me ame alguien que me importa mucho a mí		
Si me rechazan, seré una PERSONA MALA, DETESTABLE		
La gente DEBERÍA tratarme justamente y darme lo que NECESITO		
La gente DEBERÍA cumplir con mis expectativas, si no sería TERRIBLE		
La gente que se comporta de forma inmoral no se merece nada, son PERSONAS DESPRECIABLES		
NO PUEDO SOPORTAR que las cosas vayan mal o las personas difíciles		
Mi vida DEBE tener pocos líos o problemas importantes		
Es TERRIBLE u HORRIBLE que las cosas importantes no vayan como yo quiero		
NO PUEDO SOPORTAR que la vida sea tan injusta		
NECESITO bastante gratificación inmediata y si no la consigo, TENGO QUE sentirme desdichado		
Otras creencias irracionales: – – –		
(F) SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS que experimento después de llegar a mis CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS		

Además del debate racional emotivo, Ellis utiliza otros métodos para lograr el cambio terapéutico, aunque siempre con la misma finalidad: lograr la superación y sustitución de las filosofías irracionales del paciente. Estos métodos pueden clasificarse en dos grandes apartados según su énfasis en la emoción (emotivos) o en la realización de conductas (conductuales):

Métodos emotivos:

Imaginación racional emotiva: Este método fue ideado por uno de los colaboradores de la TRE, M. C. Maultsby. La técnica consiste en pedir al paciente que imagine intensamente estar viviendo un Acontecimiento (A) que habitualmente le trastorne (C). Cuando el paciente está sin-

© CEDE – www.pir.es

tiendo (C) las emociones inadecuadas (ira, depresión, ansiedad, etc.) se le pide que intente, mientras sigue imaginando el acontecimiento activador (A), cambiar este tipo de emociones por otras más apropiadas (enfado, tristeza, frustración, etc.). En la base de esta técnica se encuentra el supuesto de que si el paciente logra cambiar las emociones inadecuadas por otras más adecuadas, se deberá a que está cambiando algunas de las creencias irracionales acerca de (A) que le causaban (C).

Habitualmente se estructura la técnica estableciendo períodos de práctica diaria y distintas situaciones activadoras. El objetivo final es que cuando el paciente se encuentre en la vida diaria con los acontecimientos (A) imaginados, logre experimentar automáticamente emociones adecuadas en lugar de inadecuadas, al haber cambiado algunas de las filosofías irracionales.

Proyección en el tiempo: Se trata de una técnica en imaginación en la cual le pedimos al paciente que se imagine una situación valorada como catastrófica por él. De esta forma el cliente cambia sus creencias irracionales al ver que la vida continúa después de un suceso tan horrible.

Autoaceptación incondicional: En la TRE se insiste en que las personas pueden, y es conveniente para su salud, aceptarse a sí mismas de manera incondicional independientemente de que su comportamiento sea estúpido o inmoral. Se hace énfasis en la condena o rectificación de los comportamientos/creencias, pero no se comete el error de evaluar a la persona por sus actos.

El terapeuta anima al paciente, especialmente cuando haya actuado de manera alocada, a decirse a sí mismo autoinstrucciones del tipo: "¡Yo soy yo!, ¡Yo no soy solamente mis actos! ¡Tengo perfecto derecho a ser yo mismo, no importa los imperfectos que puedan ser algunos de mis actos! ¡No estoy aquí para probarme a mí mismo, sino para ser yo mismo y disfrutar de mi persona!".

Con esta técnica se pretende evitar las perturbaciones secundarias: aquellas perturbaciones que surgen por autocondenarse al percibirse actuando de manera ansiosa, deprimida, etc.

Ejercicios para vencer la vergüenza: Estos ejercicios pretenden ayudar a los pacientes a vencer emociones del tipo de la vergüenza, ansiedad social, culpa, sentimientos de inferioridad o de ridículo, etc. De acuerdo con la TRE este tipo de sentimientos no dependen del tipo de conducta que se ponga en marcha, sino que son creados por la persona al insistir (decirse a sí misma) continuamente que todo lo tiene que hacer absolutamente bien, que no tiene derecho a actuar mal, y que se es un idiota si se actúa de determinadas maneras.

Los ejercicios para vencer la vergüenza pretenden activar ese tipo de creencias para poder debatirlas (D) activamente y sustituirlas por creencias más racionales y adaptativas.

Habitualmente el terapeuta pide al paciente que piense en un acto que considere vergonzoso, humillante, embarazoso y que no le ocasione problemas "reales". Esta conducta puede ser "útil": expresar desaprobación hacia el comportamiento de un amigo, pedir silencio a los que molestan durante la proyección de una película, expresar sentimientos positivos a alguien que nos gusta, etc. También son apropiados actos sin utilidad práctica, como entrar en una farmacia y pedir preservativos de talla XXL delante de más gente a la farmacéutica, salir a la calle vestido con una prenda chillona y llamativa, etc.

El terapeuta pretende que el paciente cambie sus sentimientos de vergüenza identificando los pensamientos que se dice a sí mismo cuando experimenta estos sentimientos (p. ej.: "¡Qué perfecto idiota estás siendo por hacer una cosa así!"), por otros más racionales como: "Bien, claramente estoy haciendo una cosa incorrecta en público, pero eso no me convierte en un loco o en una persona despreciable", o "Yo sé por qué estoy andando por la calle con una nariz de payaso" (por ejemplo) "estoy haciendo un ejercicio para vencer la vergüenza, que me hará mucho bien. Y si los demás no se dan cuenta de esto y piensan que soy una persona totalmente loca, están en su derecho. Estoy de acuerdo con ellos en que estoy haciendo una cosa ridícula. Pero esa cosa no me convierte en una persona ridícula como ellos erróneamente piensan".

Ejercicios de toma de riesgos calculados: El ejercicio consiste en pedirle al paciente que realice alguna acción que evita hacer por el temor a las consecuencias anticipadas.

Ejercicios de autorrevelación: El terapeuta anima al paciente, en sesiones de grupo o bien fuera del grupo, a que cuente algunos de los "secretos" que siempre ha guardado y que le atemoriza contar por miedo a la desaprobación o rechazo de los demás. Naturalmente, se elige como confidentes a personas sin influencia sobre el paciente y que no puedan dañar la vida del mismo de un modo directo (jefes, compañeros de trabajo, etc.). El objetivo es de nuevo identificar las creencias irracionales que están detrás del temor a la desaprobación de los demás.

Dramatización: Este ejercicio es similar a las técnicas habituales de role-playing. En sesiones de grupo o individuales, se representa la situación temida, de manera que al tiempo que se perfeccionan habilidades se pueden descubrir ideas irracionales y discutirlas activamente.

Autoafirmaciones violentas y dramáticas: En la TRE se anima al paciente a que combata la tendencia a dirigirse mensajes irracionales, con la construcción de mensajes racionales enérgicos, a modo de autoinstrucciones personales y directas que pueda usar en todo momento cuando se sienta atemorizado, ansioso o deprimido.

Evidentemente esto no sirve si el paciente no ha logrado el insight sobre la irracionalidad de sus creencias y sobre el papel de éstas en su trastorno y la necesidad de sustituirlas. No hay que confundir la TRE con las escuelas de psicoterapia que enfatizan el uso del "pensamiento positivo" como método de cambio.

Inversión del rol racional: Se pretende que el paciente desarrolle argumentos para vencer su "sí mismo" más irracional. Una forma de hacerlo es mediante un role-playing en el cual el paciente represente los argumentos que utilizaría el terapeuta para convencerle de la irracionalidad de sus ideas mientras que el terapeuta representa al paciente sosteniendo las creencias irracionales.

Métodos humorísticos: Por ejemplo a través de la utilización de canciones racionales humorísticas. Se pide al paciente que en caso de sentirse mal se cante la canción con el objetivo de poder distanciarse y reírse de la situación, recordando que son esas ideas irracionales las que están en la base de su malestar.

Métodos conductuales:

Ejercicios de desensibilización y de inundación: Siguiendo las normas de estas técnicas, aunque enfatizando el aspecto cognitivo, se anima a los pacientes a enfrentarse a aquellas situaciones temidas. Estos ejercicios se llevan a cabo mediante el formato de "tareas para casa".

Técnicas de autocontrol: Desde la TREC se emplean también procedimientos como el autorrefuerzo y el autocastigo para lograr la ejecución de las tareas y el cambio de hábitos.

Control de estímulos: En el tratamiento de trastornos como obesidad, insomnio, dificultades sexuales, etc.

Antiprocrastinación: Fomentar el cumplimiento de las tareas lo antes posible para no evitar la incomodidad ("no dejar para mañana lo que se pueda hacer hoy").

Entrenamiento en habilidades: Mediante ejercicios de role-playing se pretende mejorar las habilidades de afrontamiento del paciente, al tiempo que identificar y combatir las cogniciones responsables de sus inhibiciones y emociones inadecuadas.

PRINCIPALES TÉCNICAS DE LA TREC		
Métodos cognitivos	**Métodos emotivos**	**Métodos conductuales**
Debate racional-emotivo	Imaginación racional emotiva	Ejercicios de desensibilización y de inundación
Entrenamiento en autoinstrucciones	Proyección en el tiempo	Técnicas de autocontrol
Distracción cognitiva e imaginación	Autoaceptación incondicional	Control de estímulos
	Ejercicios para vencer la vergüenza	Antiprocrastinación
	Ejercicios de toma de riesgos calculados	Entrenamiento en habilidades
	Ejercicios de autorrevelación	Inversión del rol racional
	Dramatización	
	Autoafirmaciones violentas y dramáticas	
	Métodos humorísticos	

Algunas variaciones destacables:

– Grupos de TREC sólo para mujeres: en donde se identifican y cambian pensamientos autodevaluadores inherente a los mensajes de socialización femenina, y la toma de responsabilidad por el bienestar propio. La problemática más común gira en torno a la creencia de que las mujeres son débiles y sin mucha valía, y la baja tolerancia a la frustración en situaciones de angustia.

– Maratones racional-emotivos: en donde se trata de proporcionar un máximo de experiencia en grupos de encuentro en un contexto de terapia de grupo orientada a la acción.

Actualmente la TREC incorpora básicamente toda la gama de técnicas conductuales del grupo de terapias cognitivo-conductuales. La diferencia básica y esencial con el resto de las terapias de corte cognitivo es su énfasis filosófico, la

© CEDE – www.pir.es

insistencia en la modificación de las filosofías básicas de la vida, a las que responsabiliza de los trastornos emocionales.

En todos los libros de A. Ellis (gran parte traducidos al castellano) es fácil encontrar ejemplos del estilo de su terapia debido al énfasis didáctico de toda su obra y a la frecuencia con que transcribe fragmentos de las consultas con sus pacientes. Aquí vamos a recoger, para terminar este tema, un fragmento de una entrevista del libro "La felicidad personal al alcance de la mano", Ellis y Becker (1989), que nos servirá de ejemplo del modo de operar de la TRE. La paciente de la entrevista presenta un problema de fobia social generalizada:

Terapeuta	Suponga que va usted a una fiesta...
Cliente	Si no conozco a ninguno de los presentes me pongo muy nerviosa y me inquieto.
T	Porque, "¿Si digo algo mal...?".
C	Pensarán que soy una estúpida.
T	Bien, suponga que lo hacen.
C	Bien, no quiero que piensen eso.
T	Bien, esto es indeseable, ¿pero realmente le iba a destruir?
C	Tal vez.
T	¿De qué modo? Suponga que va a esa fiesta, y que dice algo mal, y que toda la gente dijera "¡Qué chica más idiota!" Ahora, ¿cómo le puede "destruir" eso?
C	Porque quiero causar una buena impresión.
T	Estupendo. Usted sigue creyendo: "Tengo que causar una buena impresión".
C	Porque quiero que la gente piense muy bien de mí.
T	Quiere decir: "Lo necesito". Vea, no está siendo honrada consigo misma. No está reconociendo que no tiene apetencias por la aprobación. Si, por ejemplo, quiere un helado de cucurucho, eso es una apetencia; y si no lo consigue dice: "¡Qué rabia! Me voy a quedar sin él". Pero su búsqueda de la aprobación es una necesidad apremiante. Está diciéndose falsamente "Quiero" cuando realmente lo que quiere decir es "Necesito". Ahora, a menos que vea que ha hecho de esto una necesidad apremiante y lo vuelva a convertir en un simple deseo, continuará estando inquieta.

2.1.4. Evidencia empírica de la TREC

Hay un número importante de estudios que apoyan la eficacia y efectividad de la TREC tanto individual como grupal, para prácticamente cualquier tipo de problema emocional o conductual (de pareja, sexuales, de ansiedad, toxicomanías, duelos, afrontamiento de enfermedades, promoción de hábitos saludables, ámbito deportivo y educativo, relaciones laborales, etc.) sin embargo, un número importante de estos estudios se consideran poco generalizables a poblaciones clínicas y a pacientes con características diversas.

Los sujetos que responderían mejor a la terapia (Ellis, 1983) serían aquellos altos en inteligencia, que valoren los procedimientos del método científico y cognitivamente complejos. No se beneficiarán sujetos que muestren grandiosidad, ira frecuente y grave, con baja tolerancia a la frustración y que sean aversivos para las otras personas, y los que tengan trastornos de personalidad.

Un estudio metaanalítico sobre 28 estudios (Engels, Garnefski y Diekstra, 1993) encontró que la TREC era superior al placebo o al no tratamiento, pero igual de efectiva que los tratamientos combinados y la desensibilización sistemática. Otros estudios han mostrado que la TREC es igualmente eficaz comparada con la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico en el caso de la depresión (David, Lupu, Cosman y Schentagotai, 2009). Varios ensayos clínicos han encontrado que la TREC tiene una eficacia similar a los tratamientos conductuales en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo (Emmelkamp y Beens, 1991) o la ansiedad social (DiGiuseppe et al., 1990). Sin embargo en la agorafobia, la TREC parece ser menos efectiva que la exposición in vivo (Emmelkamp et al., 1988).

A pesar de los resultados positivos, son necesarios más estudios bien controlados en poblaciones clínicas reales y que avalen el supuesto básico de que el cambio emocional es debido fundamentalmente al debate y modificación de creencias irracionales.

2.2. TERAPIAS DERIVADAS DE LA TREC

2.2.1. Terapia de conducta racional de Maultsby

Se basa en los desarrollos de la medicina familiar y la psiquiatría, la neuropsicología de Luria, la teoría operante de Skinner y las técnicas de psicoterapia racional emotiva de Ellis (aunque no se centra en la filosofía de vida). Evita el eclecticismo técnico basándose en técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje psicosomático de la TCR.

Conceptualiza los problemas según el modelo ABC sobre las experiencias de vida (para Ellis era modelo ABC sobre las emociones).

A → percepciones.
B → pensamientos evaluadores sobre sus percepciones.
C-1 → emociones desencadenadas y mantenidas por B.
C-2 → conductas físicas desencadenadas y mantenidas por B.

Tras la entrevista se presentan al paciente sus esquemas ABC, se le muestran las cinco reglas de la conducta racional y se le plantea la realización del autoanálisis racional (siendo el procedimiento principal) y una vez realizado ha de emplear diariamente las imágenes racional-emotivas (técnica basada en que neurológicamente las imágenes producen el mismo aprendizaje rápido que las experiencias de la vida).

2.2.2. Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried

Trata de enseñar a los clientes las habilidades de afrontamiento y manejo de situaciones problemáticas que les permitan adoptar perspectivas más razonables sobre los acontecimientos perturbadores. Es un intento de conseguir una mayor especificación del procedimiento de la TREC y adecuarla a un procedimiento de autocontrol. El proceso se divide en cuatro fases:

1. Información general sobre el papel que tienen las cogniciones en la actividad emocional.
2. Reconocimiento de la irracionalidad de ciertas creencias.
3. La identificación de la automanifestaciones no realistas que están determinando las emociones desadaptativas del cliente.
4. Ayudar a los clientes a modificar sus creencias no realistas.

En la práctica, se ha utilizado sobre todo como procedimiento para hacer frente a problemas de ansiedad (ej. ansiedad interpersonal, a hablar en público, a los exámenes o evaluaciones, etc.).

2.3. LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK

2.3.1. Introducción

La terapia cognitiva desarrollada por Beck, cuyo punto de partida "oficial" podemos situar en 1976 con su obra "Cognitive Therapy and the Emotional Disorders", comparte algunos elementos comunes con la Terapia racional emotiva de Ellis. Como este último, Beck evolucionó desde el método psicoanalítico hacia posturas cognitivo-conductuales, motivado por la insatisfacción que las explicaciones psicoanalíticas ofrecían del trastorno depresivo. Beck no encontró en el discurso de los pacientes depresivos la tesis psicoanalítica de una agresión introyectada o vuelta contra sí mismo, como causante del trastorno. En su lugar planteó la existencia en estos sujetos de un procesamiento distorsionado de la realidad, responsable de una visión negativa sobre sí mismo, el mundo y el futuro, a consecuencia de la cual se derivaría un estado de ánimo depresivo secundario o reactivo a esta visión.

Si estos dos aspectos constituyen puntos comunes con Ellis, hay que destacar la existencia en Beck de aspectos distintivos, como serían:

– Un análisis más detallado de los estilos cognitivos distorsionados y de los errores cognitivos o distorsiones más típicos.

– Un mayor énfasis en el contraste empírico (ej. pruebas de realidad) frente al debate dialéctico o racional (elemento principal de la TREC).

– Una mayor estructuración de la terapia, tanto en lo que se refiere a la distribución en sesiones, como a la planificación de cada una de las sesiones.

Es preciso poner de relieve que la terapia cognitiva de Beck es uno de los procedimientos psicoterapéuticos en el tratamiento de la depresión de eficacia probada y con un elevado potencial de prevención de recaídas.

La terapia cognitiva (TC) que se desarrolló en torno a los estudios de Beck acerca de la depresión y el modelo explicativo de la misma, se ha ido generalizando a otros trastornos, llegando a constituirse en un modelo general de la psicopatología, cuyo objetivo es ayudar al paciente a que elabore un conjunto de supuestos básicos más realistas, que le permitan hacer inferencias y evaluaciones de los sucesos vitales más adecuados a sus objetivos **(PIR 04, 248; PIR 06, 251)**.

La evidencia de esta expansión de la TC la encontramos en los trabajos de Beck, que en los últimos años se han ido ampliando a otros campos:

– Terapia de pareja.
– Abordaje del suicidio.
– Terapia de los trastornos de la personalidad.

© CEDE – www.pir.es

– Terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad.
– Terapia cognitiva para la esquizofrenia.

No obstante, en este tema nos centraremos, con un objetivo didáctico, en la TC de la depresión, por constituir la investigación en este trastorno la base teórica de la TC.

2.3.2. Fundamentos teóricos

La teoría cognitiva de Beck se integra dentro de un conjunto de teorías basadas en el paradigma del procesamiento de la información; estas teorías utilizan conceptos derivados de la psicología experimental como elementos centrales en la explicación de trastornos como la depresión.

La metáfora que descansa debajo de estas teorías es la del hombre como procesador de información. Éste se halla en un entorno sujeto a cambios que demanda capacidades adaptativas, donde el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información.

La información construida por el individuo va a experimentar transformaciones cognitivas y afectará tanto a las respuestas emocionales como conductuales. Se habla entonces de una interdependencia entre cognición, emoción y conducta.

La teoría de Beck, si bien surgió de su experiencia clínica, ha ido acogiendo los supuestos y la metodología del paradigma del procesamiento de la información, incorporando términos como "esquemas", "pensamientos automáticos", "distorsiones cognitivas", etc.

El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual, perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o *esquemas cognitivos* **(PIR 17, 128)**.

Esquemas Cognitivos

Los esquemas cognitivos son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales (Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986). Contienen conjuntos de *creencias nucleares* relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo y su interacción con los demás. Los esquemas están organizados según sus funciones. Por ejemplo, *los esquemas cognitivos* tienen que ver con la abstracción, la interpretación y el recuerdo; los *esquemas afectivos* son responsables de la generalización de los sentimientos, los *esquemas motivacionales* se relacionan con los deseos, los *esquemas instrumentales* preparan para la acción y los esquemas de control están involucrados en la autoobservación y la inhibición de las acciones. En general, en Terapia Cognitiva (TC) se utilizan con frecuencia indistintamente los términos "*esquema cognitivo*" y "*creencias nucleares*". Sin embargo, hay que tener en cuenta que las creencias nucleares constituyen el sustrato más profundo de los esquemas, pero los esquemas incluyen además otras creencias con distintos niveles de profundidad y especificidad. Las creencias nucleares son concepciones de uno mismo y del mundo globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo. Las creencias intermedias son actitudes, reglas y supuestos que suelen poder formularse en términos proposicionales del tipo: "*Si….entonces*" y en cuyo desarrollo juegan un papel importante las creencias nucleares. Los supuestos y creencias pueden hacer referencia a conceptos más generales o más específicos **(PIR 15, 117)**.

Procesos Cognitivos

Los procesos cognitivos son las reglas transformacionales a través de las cuales los individuos seleccionan del medio la información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada. Cuando los individuos se enfrentan a una situación estimular determinada, no analizan toda la información disponible, sino que atienden a indicios que ya están contenidos –o son congruentes– con la información de esquemas cognitivos preexistentes. A los sesgos negativos que cometen las personas con problemas emocionales, Beck (1970) los denomina "***distorsiones cognitivas***".

Productos Cognitivos

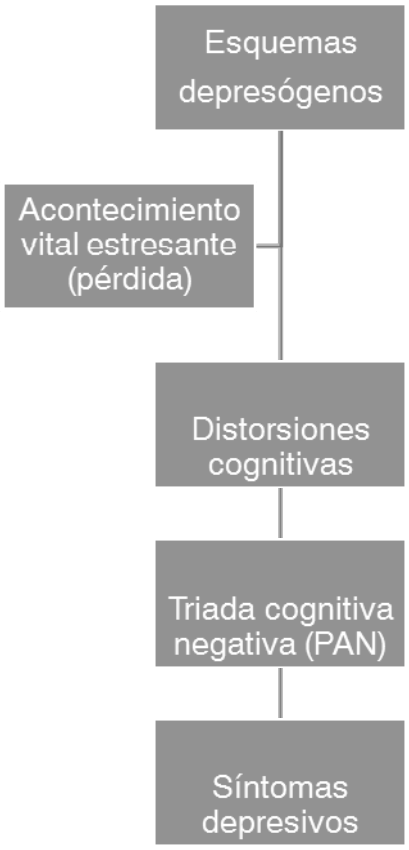
Los productos cognitivos hacen referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos. Es a esos productos cognitivos a los que Beck (1970) denomina "***pensamientos automáticos***" **(PIR 14, 133)**.

El punto de partida de la teoría de Beck es la existencia en los trastornos depresivos de una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. En la mayoría de los individuos, la aparición de estresores en forma de pérdidas o fracasos, conduce a estados de abatimiento

y tristeza. Sucede que en las personas con trastornos depresivos aparece un sesgo o distorsión en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Se impone una valoración excesiva de estos acontecimientos, desarrollándose la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del mundo, el yo y el futuro.

Este procesamiento cognitivo distorsionado conduce al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que se aprecian en los trastornos depresivos. Sin embargo, para Beck, la depresión puede ser el resultado de muchos otros factores, pudiendo estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos.

En el modelo de depresión de Beck, el procesamiento distorsionado de la información aparece en la depresión como un factor próximo (aunque no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los síntomas depresivos. Precisamente por esta articulación de causas próximas y distales, este tipo de modelos recibe el nombre de teorías de "diátesis-estrés".



Entre todas las causas distantes que pueden conducir a un procesamiento distorsionado, la teoría cognitiva de Beck defiende que en muchos casos de depresión no endógena la etiología se relaciona con la interacción de tres factores:

– Presencia de actitudes o creencias disfuncionales acerca del significado de determinado tipo de experiencias que a menudo reflejan pérdida, deprivación, inutilidad o derrota (Beck, 1967).

– Una excesiva valoración de la importancia de estas experiencias que resulta de la estructura de la personalidad del sujeto.

– La existencia de un estresor específico en relación a los dos factores anteriores, esto es, un suceso considerado importante y que incide sobre las actitudes disfuncionales del sujeto.

Para Beck estas actitudes disfuncionales se almacenan en la memoria del individuo a modo de "esquemas" o estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior. Estos esquemas van a guiar la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información de la realidad. Aquello que sucede de acuerdo a los esquemas es elaborado y codificado, mientras que todo lo que no sea consistente con los mismos es ignorado y olvidado. Esta simplificación en el procesamiento implica una distorsión de la información que finalmente llega al sujeto. Todos los humanos funcionamos con esquemas, pero, en el caso de los depresivos, la simplificación que imponen sus esquemas depresógenos conlleva un procesamiento desadaptativo de la información y consecuentemente, una interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad **(PIR 00, 183; PIR 06, 252)**.

Los esquemas depresógenos muestran además otras características que los diferencian de los esquemas de los sujetos normales **(PIR 02, 247)**:

– Contienen reglas, creencias o actitudes estables acerca de sí mismo y el mundo poco realistas.
– Establecen contingencias inflexibles para la determinación de la autovalía.
– Generalmente están conectados con experiencias tempranas en la infancia.
– Mantienen una estructura rígida, impermeable y concreta.

La Escala de Actitudes Disfuncionales de Weisman (1979), adaptada al castellano por Gurpegui, Ring y Vázquez, presenta muchos ejemplos de esas actitudes, a saber:

© CEDE – www.pir.es

– Si no hago las cosas bien, la gente no me respetará.
– Si no puedo hacer una cosa bien, es mejor no hacerla.
– Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás opinen de mí.
– Estar aislado de los demás termina por llevar a la infelicidad.

Es la activación de estos esquemas la responsable del procesamiento distorsionado de la información. Pero para que se produzca dicha activación, es necesaria la aparición de un suceso estresante, que sea similar a los que originaron la formación de los esquemas durante el proceso de socialización. En la teoría de Beck, los esquemas depresógenos, que pueden permanecer latentes muchos años, constituyen el factor de vulnerabilidad cognitiva o diátesis para la depresión.

Los esquemas tienen cualidades estructurales como son la amplitud (pueden ser reducidos y discretos, o amplios en su marco de aplicación), la flexibilidad o rigidez (capacidad para la modificación), la densidad (influencia relativa en la organización cognitiva) y la valencia (grado en el cual está activado un esquema). Beck y Freeman (1995) asocian esta última cualidad con una diferencia entre los trastornos del eje I y los trastornos del eje II, dado que en los trastornos de personalidad, los esquemas disfuncionales tendrían una activación hipervalente (permanentemente activados, independientemente de factores ambientales de interés).

Por otro lado, existirían dos dimensiones básicas en el contenido de los esquemas depresógenos: sociotropía y autonomía.

Los esquemas sociotrópicos incluirían actitudes y creencias que otorgan excesiva importancia a las relaciones interpersonales y una alta dependencia social en cuanto a la determinación de la propia valía. Sujetos con estos esquemas serían más proclives a experimentar un episodio depresivo ante acontecimientos como la ruptura de pareja, la pérdida de un familiar, el rechazo social, etc.

Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. Estos esquemas facilitan un episodio depresivo ante estresores como un fracaso laboral, la pérdida de una meta, etc.

Esta distinción recuerda a la desarrollada por las modernas teorías psicoanalíticas, entre depresiones anaclíticas o dependientes y depresiones dominadas por las metas o autocríticas.

En resumen, los esquemas, una vez activados, actúan como filtros de percepción e interpretación de la realidad. El influjo de estos esquemas se aprecia en los errores sistemáticos que cometen los depresivos a la hora de procesar la información.

Distorsiones cognitivas
(PIR 00, 171; PIR 03, 255; PIR 05, 222; PIR 06, 133, 254; PIR 07, 108; PIR 09, 107; PIR 10, 146; PIR 12, 189; PIR 16, 157; PIR 17, 131)

ERRORES COGNITIVOS	EXPLICACIÓN
INFERENCIA ARBITRARIA/ SALTAR A LAS CONLUSIONES	Conclusión a la que se llega sin evidencia o incluso con evidencia contraria. “No encuentro trabajo porque soy un desastre”. “Un paciente con crisis de pánico en numerosas ocasiones pensaba: me va a dar un ataque al corazón. Esto lo pensaba cada vez que notaba cualquier sensación anómala. En realidad esas sensaciones eran taquicardias, sensaciones de ahogo, dolores en el pecho y en el brazo, etc…; o lo que es lo mismo, sintomatología típicamente producida por la ansiedad, como así se lo habían asegurado en varias ocasiones en el servicio de urgencias de su hospital”.
ADIVINACIÓN DE FUTURO/ ERROR DEL ADIVINO	Anticipación sin evidencia de algún acontecimiento futuro. “Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal” “un estudiante que padecía fobia social, momentos antes de exponer un trabajo ante sus compañeros pensó: no les va a gustar cómo he enfocado el tema, sin embargo, era imposible que supiese si les iba a gustar o no esa exposición a sus compañeros, pues era su primera intervención desde que había comenzado el curso.
LECTURA DE MENTE	Conclusión sin evidencia suficiente sobre lo que piensa nuestro interlocutor “Sé que mi padre en el fondo, piensa que soy un inútil” “cuando estaba exponiendo un trabajo ante sus compañeros un ejecutivo observó que algunos hablaban entre ellos y pensó: no les gusta como he enfocado el tema. En realidad esos compañeros estaban planeando salir a cenar con sus esposas”.

ERRORES COGNITIVOS	EXPLICACIÓN
ABSTRACCIÓN SELECTIVA	Valoración de un hecho o experiencia a partir de un sólo elemento. "Soy un desastre, he perdido el paraguas" "una estudiante deprimida oyó cómo ridiculizaban a unos compañeros de clase y se sintió abatida mientras pensaba: la raza humana es perversa… en realidad era la primera vez que veía ridiculizar a alguien en clase a lo largo de varios años".
GENERALIZACIÓN EXCESIVA	Conclusión extraída de uno o más hechos aislados y que es utilizada como regla general para situaciones relacionadas y no relacionadas. "Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien", "una esposa le dijo a su marido: nunca puedo contar contigo para cenar. En realidad, ese marido hacía meses que no llegaba tarde a cenar".
MAGNIFICACIÓN Y MINIMIZACIÓN	Se incrementa la magnitud de los sucesos negativos y se minimiza la de los positivos. Magnificación: "Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar", "un alumno tras haber sacado una mala nota en el examen se dijo a sí mismo: ya no podré aprobar este curso". Minimización: "Me han llamado los amigos cinco veces pero podrían haberme llamado más", "un marido en terapia de pareja le llevó una rosa a su esposa tras el trabajo, en un intento de cumplir con las tareas para casa asignadas por el terapeuta. Ella pensó: lo hace solo por quedar bien. El ya no me quiere. El marido le regaló la rosa porque le recordaba lo bien que se habían llevado durante el noviazgo.
PERSONALIZACIÓN	Atribución personal de sucesos externos sin base suficiente. "María y Juan se están riendo, seguro que es de mí", "un paciente con depresión que participaba en la primera sesión de un grupo terapéutico se sintió abatido. Mientras hablaba observó signos de que dejaban de prestarle atención y pensó: se están aburriendo porque soy un pesado. No tuvo en cuenta que las personas pueden encontrarse cansadas por motivos diversos y que, cuando eso ocurre, pueden prestar menos atención a los demás independientemente de lo interesantes que puedan sr lo contertulios".
PENSAMIENTO ABSOLUTISTA O DICOTÓMICO	Clasificar el mundo y lo que sucede en términos de "blanco o negro", "malo o bueno", adscribiéndose las categorías negativas en la descripción de sí mismo. "O saco un 10 en el examen o soy un fracasado". "juan era un estudiante de último año de psicología, había sacado una mala nota en un examen, y se sorprendió diciéndose a sí mismo: soy tonto. Había descartado que estaba en el último año de una carrera universitaria que exige un nivel intelectual".
EVALUACIONES INCORRECTAS	Evaluaciones desajustadas a la realidad en relación a situaciones de peligro, daño, etc.
ACTITUDES DISFUNCIONALES	Creencias sobre los prerrequisitos para una verdadera felicidad (Placer vs dolor).
DESCALIFICACIÓN DE LO POSITIVO	Rechazo o descalificación de las experiencias, rasgos o atributos positivos. "Me salió bien la cena pero fue por chiripa".
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	Guiar las creencias sobre la realidad en función de las emociones negativas sentidas. "Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar", el hecho de sentir que uno es mala persona sería suficiente para concluir que uno es mala persona. En realidad podemos sentir que somos malas personas en muchas circunstancias y por muchos motivos, pero hacen falta evidencias objetivas para calificarnos de esa manera; no basta el sentimiento.
ENUNCIADOS DEBO	Aplicar de forma rígida las reglas sobre nuestras obligaciones y las de los demás. "Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome".
ETIQUETADO	Utilización de etiquetas para describir las conductas. "*Soy un fracasado*".
CULPABILIZACIÓN INAPROPIADA	Valoración a posteriori de un acontecimiento para establecer lo que uno debería haber hecho.
CATASTROFISMO	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir. "*Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible*".

© CEDE – www.pir.es

ERRORES COGNITIVOS	EXPLICACIÓN
COMPARACIÓN	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás. "*Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero*".
CONSTRUIR LA VALÍA PERSONAL EN BASE A OPINIONES EXTERNAS	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros. "*Mi novio me dice que soy una inculta, seguro que tiene razón*".
PERFECCIONISMO	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso. "*Las cosas hay que hacerlas perfectas, si no es mejor no hacerlas*".

Las operaciones cognitivas a que conducen los esquemas depresógenos, terminan por cristalizar en el tipo de cogniciones que es conocido como la tríada cognitiva negativa. Estas cogniciones tienen correlatos directamente observables por el sujeto, y aparecen principalmente de dos maneras: pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos. Estos últimos son ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada, que no son fácilmente controlables y parecen plausibles al individuo en el momento de su ocurrencia. Ambos tipos de cogniciones constituyen el diálogo interno del sujeto, son relativamente accesibles a la conciencia y son dañinos psicológicamente, puesto que interfieren tanto con las actividades que el sujeto realiza en ese momento como, evidentemente, con su estado de ánimo.

En la medida que estas cogniciones son productos de los esquemas activados, giran en torno a los temas de pérdida, fallo, rechazo, incompetencia y desesperanza ("soy un inútil", "no puedo hacer nada", "no valgo para nada", etc.), configurando la tríada cognitiva negativa. Es este elemento el **factor causal más próximo** de la depresión. Esta tríada se define por **(PIR 17, 165)**:

Visión negativa de sí mismo: el sujeto se ve como alguien inútil, sin valor, indeseable y culpable de todas las circunstancias negativas que le rodean.

Visión negativa del mundo: el entorno se percibe pleno de demandas excesivas e insuperables, y se considera que el mundo está desprovisto de interés y gratificaciones.

Visión negativa del futuro: el sujeto considera que ninguno de los aspectos negativos del presente va a cambiar, al contrario, anticipa que es posible que empeore. El resultado es la desesperanza, siendo éste el factor más predictivo del suicidio.

El conjunto de los elementos que configuran el modelo de depresión de Beck no hay que entenderlos como factores aislados, sino que habitualmente se forman espirales o círculos viciosos, donde los pensamientos automáticos, producto del procesamiento distorsionado, sirven para confirmar y reafirmar a su vez los esquemas depresógenos, responsables de la distorsión cognitiva. La terapia cognitiva de Beck, que examinaremos a continuación, pretende romper este círculo vicioso.

Modelo cognitivo de los trastornos de personalidad

Beck, Freeman *et al.* (1990) utilizan la teoría de la evolución y el modelo de procesamiento de la información para explicar los trastornos de personalidad. Se postula que los patrones prototípicos de la personalidad podrían ser considerados como estrategias filogenéticas encaminadas a asegurar la supervivencia y la reproducción de la especie. Los trastornos de la personalidad serían expresiones exageradas de aquellas estrategias primigenias. La secuencia psicológica progresa de la evolución al arousal motivacional y afectivo, y finalmente a la selección e implementación de estrategias relevantes. Cada trastorno de personalidad se caracteriza por un conjunto de creencias, actitudes, afectos y estrategias que forman un perfil cognitivo. Las estructuras básicas (esquemas) son las unidades fundamentales de la personalidad.

En los trastornos de personalidad, los esquemas desadaptativos se activan a través de muchas situaciones, tienen cualidades compulsivas y son difíciles de controlar y modificar. Las conductas y actitudes disfuncionales de las personas con trastornos de personalidad son inflexibles, imperativas, presentan una generalización excesiva y son resistentes al cambio.

El tratamiento de los trastornos de personalidad desde la Terapia Cognitiva es similar al de los problemas afectivos y los trastornos de ansiedad en cuanto a técnicas y procedi-

mientos de intervención, sin embargo, presenta algunas diferencias. En principio, se requiere mucho más tiempo y esfuerzo para modificar los esquemas y pensamientos disfuncionales.

Trastornos de personalidad, creencias nucleares y supuestos básicos.

TRASTORNO	CONCEPCIÓN DE SÍ MISMO	PRINCIPALES CREENCIAS
POR EVITACIÓN	**Vulnerable al desprestigio Socialmente inepto Incompetente**	*Es terrible ser rechazado, humillado Si la gente supiera como soy de verdad, me rechazaría No tolero los pensamientos desagradables*
POR DEPENDENCIA	**Necesitado Débil y Desvalido Incompetente**	*Necesito a la gente para sobrevivir, para ser feliz*
PASIVO AGRESIVO	**Autosuficiente Vulnerable al control Vulnerable a las interferencias**	*Las cosas deben hacerse a mi manera Ser controlado por otros es intolerable Los otros interfieren en mi libertad de acción*
OBSESIVO COMPULSIVO	**Responsable Rinde cuentas Fastidioso Competente**	*Yo sé lo que es mejor Los detalles son fundamentales La gente debería trabajar mejor, esforzarse más*
PARANOIDE	**Justo Inocente Noble Vulnerable**	*Las intenciones son sospechosas No hay que confiar Hay que mantenerse en guardia*
ANTISOCIAL	**Solitario Autónomo Fuerte**	*Tengo derecho a violar las reglas Los otros son tontos Los otros son explotadores*
NARCISISTA	**Especial Superior Por encima de reglas y normas**	*Puesto que soy especial, merezco reglas especiales Soy mejor que los otros Estoy por encima de las reglas*
HISTRIÓNICO	**Encantador Impresionante**	*La gente está para servirme y admirarme No tienen derecho a negarme lo que me merezco Soy mejor que los otros*
ESQUIZOIDE	**Autosuficiente Solitario**	*Los otros no me compensan Las relaciones son desastrosas, indeseables*

(Beck, Freeman et al., 1995) basado en Ruiz, Díaz y Villalobos (2017).

2.3.3. Procedimientos

Al igual que la TREC, la TC incorpora varias técnicas emocionales y conductuales, cuando es adecuado, como la inundación, el modelado, la representación de papeles (directa e inversa), el ensayo conductual, la monitorización estructurada y las tareas graduadas para hacer en casa.

Cada etapa de la intervención está basada en la idea de que los pacientes deben descubrir más formas constructivas de interpretar por sí mismos los acontecimientos. En general, el propio Beck considera que una intervención basada en la TC de alrededor de quince sesiones, durante un período de tres meses, es suficiente para producir un cambio fundamental.

En casos de depresión grave puede suceder que la intervención inicial deba ser más conductual o medicamentosa que cognitiva. Es necesario aliviar ligeramente el estado depresivo para que el paciente pueda ser más accesible. Una vez que se puede ver un poco de luz al final del túnel, aumenta la motivación para hacer un esfuerzo terapéutico y pueden introducirse estrategias cognitivas.

PRINCIPALES TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

2.3.4. Técnicas conductuales

En la TC de Beck este tipo de técnicas ocupa un lugar importante; como ya hemos comentado, los individuos muy deprimidos, al inicio de la terapia, pueden considerarse a sí mismos como inadecuados, incapaces de llevar a cabo hasta las labores más elementales. Esto les sitúa en un estado de pasividad y falta de motivación que impide mejorar y progresar en la terapia **(PIR 07, 236; PIR 09, 140; PIR 18, 180)**.

Estas técnicas permiten que el paciente inicie acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, modificar actitudes poco adecuadas y obtener sentimientos de bienestar.

© CEDE – www.pir.es

Asignación de tareas graduadas

Mediante la técnica de asignación de tareas graduadas el terapeuta pretende disminuir el estado de pasividad en que se encuentra el paciente; por otro lado, es una buena forma de poner de relieve los principales pensamientos automáticos de aquél, responsables, generalmente, de la pasividad inicial del paciente en las primeras fases de la terapia **(PIR 00, 169)**.

El fundamento de la técnica es asignar al paciente la realización de determinadas tareas; esta asignación debe hacerse cumpliendo determinados **requisitos** que son los que van a garantizar la eficacia de la técnica:

– Las tareas asignadas deben ser sencillas y han de dividirse en subtareas, comenzando por las más fáciles.

– Las tareas deben prepararse para que supongan un desafío hacia las creencias del paciente sobre su incompetencia personal; de esta manera los resultados de las mismas pueden emplearse en la reestructuración cognitiva.

– Antes de llevar a cabo las tareas, paciente y terapeuta trazan un plan previo, examinando los pasos que exige la ejecución de las mismas.

– Es preciso utilizar registros de expectativas de dificultad y de eficacia y grados reales de dificultad y eficacia (ver técnicas cognitivas). Esto permitirá desconfirmar creencias previas que bloqueaban al sujeto.

– La tarea asignada debe tener una alta probabilidad de éxito, de este modo se posibilitará la motivación en tareas futuras y permitirá al terapeuta reestructurar ideas acerca de la valía y capacidad personal.

– La programación de tareas en la consulta debe aprovecharse para que salgan a la luz las creencias o expectativas negativas del paciente. Esto permitirá una evaluación de los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas más comunes del paciente.

Las tareas graduadas deben extraerse de la vida cotidiana del paciente; son válidas acciones sencillas como llamar por teléfono, arreglarse, preparar una comida sencilla, etc. Es muy importante garantizar el éxito de estas tareas para romper la inhibición del paciente y ganar de él la suficiente motivación como para implicarse en actividades terapéuticas más cognitivas. Beck subraya que una importante fuente de error en la aplicación de la técnica es que el terapeuta no comente en profundidad con el paciente sus evaluaciones, es decir, lo que piensa sobre la calidad de su ejecución en las tareas, siendo crucial que el paciente lo exprese y el terapeuta pueda ofrecerle respuestas racionales **(PIR 12, 141)**.

Programación de actividades

Terapeuta y paciente elaboran sobre un registro o agenda una programación completa (sin que sea asfixiante) de las actividades del paciente en los días siguientes a la entrevista. Si es necesario, en esta programación por escrito, se han de incluir tiempos estimados, horarios, actividades alternativas, etc.

Esta técnica es útil en el inicio de la terapia, aunque requiere del paciente un nivel de activación ligeramente superior al de la anterior técnica. El objetivo sigue siendo el mismo, romper la inhibición del paciente e identificar aquellos pensamientos que están interfiriendo en la ejecución de tareas.

Un beneficio adicional de esta técnica es controlar/evitar la tendencia a las rumiaciones, frecuente en los episodios depresivos. Las rumiaciones son más frecuentes en momentos de inactividad. En algunos casos, sólo es necesario hacer una programación selectiva de actividades en aquellos momentos o días en los que sea más probable que el paciente se entregue a la pasividad o a las rumiaciones.

Programación de actividades placenteras

Como su propio nombre indica esta técnica consiste en asignar o prescribir al paciente aquellas actividades que le resulten más gratificantes. El objetivo es disminuir la incapacidad para sentir placer o anhedonia del paciente. Éste suele comentar que ya no disfruta con nada y que no se le ocurre qué podría hacerle sentirse bien. El terapeuta indica que el objetivo no es disfrutar al máximo, sino que aliviar o disminuir parcialmente el grado de tristeza ya puede considerarse un éxito.

Algunas estrategias en el empleo de esta técnica serían:

– Plantear la tarea como un experimento, donde el sujeto va controlando su estado de ánimo durante todo el tiempo que dura la actividad.

– Emplear alguna escala de actividades gratificantes como el Cuestionario de refuerzos de Lewinshon.

– Frecuentemente, es útil recurrir a listados de actividades que eran consideradas placenteras antes de que el sujeto comenzara con la depresión.

– Realizar registros de expectativas de placer y grado de placer real.

– Controlar la influencia negativa de las profecías autocumplidas (puede suceder que la anticipación de fracaso por parte del paciente conduzca a que éste no ponga en práctica conductas útiles, siendo el causante del propio fracaso en la actividad).

Técnica de dominio y placer

Esta técnica acompaña a las anteriores, en el sentido de que al paciente se le pide que todas las actividades que realice, las tase de acuerdo a dos criterios que obligatoriamente deben ser distintos:

Grado de placer: obtenido en las actividades gratificantes (0-5).

Grado de dominio: de todas aquellas tareas que inicialmente podían parecer difíciles o en las que se ha superado un sentimiento de inercia o indecisión.

Los registros de placer y dominio permiten al terapeuta trabajar sobre las expectativas negativas del paciente, las cuales pueden verse desconfirmadas por el placer y dominio subjetivos registrados tras la ejecución de las tareas.

Práctica cognitiva

En consulta el terapeuta invita al paciente a imaginar que realiza todos los pasos de una tarea, con dos objetivos principales:

– Identificar posibles dificultades en la ejecución de la misma, adelantando posibles soluciones.
– Detectar pensamientos automáticos negativos que interfieren con las tareas.

En resumen, las tareas conductuales de la Terapia cognitiva de Beck cumplen dos objetivos fundamentales:

1. Intervenir sobre la pasividad inicial del paciente (sobre todo en estados depresivos muy graves), redundando en:

– Un aumento de la motivación por continuar en la terapia.

– Un incremento en el estado de ánimo, al proporcionar una fuente de reforzadores.

2. Evaluar los pensamientos automáticos negativos y las distorsiones que los mantienen, al tiempo que los resultados de las actividades programadas pueden utilizarse para desafiarlos.

Role-playing

En la aplicación de esta técnica se presta una especial atención a los pensamientos automáticos de los pacientes. El *role-playing* se suele llevar a cabo durante las sesiones, mediante ensayo de conducta o modelado con el terapeuta. Se trata de realizar con esta técnica experimentos en los que comprobar o refutar las hipótesis planteadas en relación a sus creencias ante una acción o interacción determinada.

Técnicas de afrontamiento:

– *Técnicas de control de estímulos:* Se utilizan, por ejemplo, para aliviar las dificultades de sueño que suelen presentarse en los trastornos de ansiedad y depresión. Incluye reducir los estímulos que interfieren en el sueño e incrementar los que lo inducen.

– *Relajación como estrategia de coping.* Es decir, utilizar la relajación para reducir la ansiedad que interfiere en una situación particular.

– *Exposición graduada* a las situaciones temidas o evitadas, fundamentalmente en pacientes con problemas de ansiedad. La exposición se puede realizar mediante Desensibilización Sistemática en imaginación o exposición in vivo, estableciéndose previamente la jerarquía de situaciones según el nivel de dificultad.

– *Control de la respiración o técnicas de hiperventilación*. Se utilizan especialmente en el trastorno de pánico o ante síntomas somáticos amenazantes como ocurre en los problemas de agorafobia. Se utilizan también cuando la relajación resulta difícil de aplicar.

– *Entrenamiento asertivo:* que permita poner en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente en situaciones o ante personas que producen ansiedad. Incluye ser capaz de decir “no”, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda.

© CEDE – www.pir.es

2.3.5. Técnicas cognitivas

La TC pretende que el paciente:

– Identifique los pensamientos automáticos negativos que influyen directamente sobre el estado de ánimo depresivo.

– Tome conciencia o insight de cómo se produce esta influencia.

– Identifique las distorsiones cognitivas que están detrás de los pensamientos automáticos.

– Aprenda a debatir y cambiar estos pensamientos por evaluaciones más flexibles y objetivas sobre sí mismo y la realidad.

– Conozca los esquemas disfuncionales que están en la base del procesamiento distorsionado.

– Finalmente, modifique estos esquemas, en el sentido de disminuir su rigidez así como las condiciones tan estrictas que imponen al paciente y a su entorno.

– Aprenda estrategias de prevención de recaídas.

En la consecución de estos objetivos la TC emplea una serie de técnicas "cognitivas"; en este tema vamos a centrarnos en las más habituales:

Reatribución

El objetivo de esta técnica es disminuir la culpabilidad sentida por los pacientes analizando los distintos factores que han podido contribuir al suceso concreto **(PIR 05, 164)**.

Está encaminada a modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de *locus de control* (interno/externo), *estabilidad* (estable/inestable) y *especificidad* (global/específico). En general, las personas depresivas suelen hacer atribuciones internas, estables y globales a la hora de explicar sus errores o fracasos, y externas, inestables y específicas para sus éxitos.

Registro de pensamientos automáticos

En las primeras sesiones se entrena a los pacientes para se den cuenta, capturen e interrumpan los pensamientos automáticos **(PIR 08, 142)**.

Técnica de las tres columnas

El objetivo fundamental de esta técnica es entrenar al paciente en "atrapar" las distorsiones que comete con frecuencia. Se trabaja mediante un registro diario que es entregado al paciente entre sesión y sesión. Existen muchos formatos de registros de "tres columnas".

PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS	PENSAMIENTO NEGATIVO	DISTORSIÓN COGNITIVA
Mis ideas pueden ser más o menos acertadas y no solamente perfectas o tontas. Puede que lo que haya dicho no interese a los demás en ese momento y eso no significa que diga tonterías.	"En la reunión nadie me ha escuchado, sólo digo tonterías".	**Pensamiento dicotómico:** sólo puedo decir genialidades o tonterías. **Inferencia arbitraria:** no me han escuchado, luego sólo digo tonterías.

El registro de tres columnas es utilizado en la terapia como una herramienta para la reestructuración cognitiva. El terapeuta puede hacer revivir al paciente situaciones complicadas entre las sesiones, ayudarle a reestructurar los pensamientos y atribuciones y potenciar el ejercicio de estas habilidades entre consultas **(PIR 07, 235)**.

Son posibles varios formatos de registro; en las primeras consultas se emplean formatos muy sencillos, donde sólo se le pide al paciente que anote la situación, la emoción y los pensamientos que tenía en ese momento. A medida que se van adquiriendo habilidades, se van incluyendo más columnas hasta llegar a formatos tan elaborados como el siguiente:

EMOCIÓN	SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADOS
¿Qué sentía? Intensidad (0-100) Ansiedad (70%)	¿Qué estaba haciendo o pensando? Estoy en la calle y veo a un perro y se pone a ladrar	¿Cuáles eran mis pensamientos? Grado de creencia (0-100) Ladra porque se ha enfadado y me quiere morder	¿Qué respuesta racional puedo ofrecer? Grado de creencia en la respuesta racional (0-100) Que un perro ladre no necesariamente significa que esté enfadado y quiera morder (60%)	Grado de creencia en los pensamientos racionales (0-100) Emoción actual Respuesta conductual Credibilidad de que el perro ladra porque me quiere morder (30%) Grado de ansiedad (20%)

En este registro se pide al paciente que evalúe los resultados de la reestructuración, anotando el grado de creencia del pensamiento racional, la nueva emoción y el grado de creencia del antiguo pensamiento automático.

Técnica de las cuatro preguntas. Descubrimiento guiado

Para llegar al modelo de registro presentado en el anterior apartado, es necesario que el terapeuta modele las habilidades de identificación y reestructuración cognitiva del paciente. Para ello, Beck suele emplear un método inductivo, utilizando preguntas y pruebas de realidad. Este método puede apreciarse en la técnica de las cuatro preguntas:

1) Diferencia entre pensamiento y realidad:¿En qué medida tu pensamiento refleja la misma realidad? (0-100).

2) ¿Cuál es la evidencia de esta creencia o pensamiento?: Definición de los términos de la creencia. Análisis de las consecuencias de las pruebas de realidad (si se han llevado a cabo). Pertinente cuando se está cuestionando y debatiendo el carácter disfuncional de los pensamientos y distorsiones cognitivas

3) ¿Hay alguna explicación alternativa? Tiende a formularse cuando ya se ha aprendido a identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos atribucionales en los que se basan los pensamientos automáticos ante situaciones concretas y lo que se pretende es que el paciente aprenda a realizar interpretaciones alternativas

4) ¿Hay algún elemento de realidad en la creencia o pensamiento?

Es posible que en un pensamiento automático aluda a elementos reales (supongamos un problema económico con un elemento de realidad, por ejemplo: una situación de paro laboral); el terapeuta debe explorar con el paciente las consecuencias o implicaciones realistas de esos elementos:

– Buscando la evidencia de que ocurran las consecuencias negativas que se anticipan ("¡Me moriré de hambre!", "¡No podré pagar el alquiler y me veré en la calle!"). Se evalúa la probabilidad de que ocurran en una escala de 0 a 100. Se analiza si se pueden impedir de alguna manera.

– ¿Qué podría hacer si finalmente sucede aquello que se teme?, ¿hay o quedan otras cosas importantes en su vida?, ¿puede paliar su posible impacto negativo de alguna manera?

Pruebas de realidad

En la TC se otorga un peso importante al contraste empírico como método de cambio de cogniciones. En ocasiones es más útil plantear al paciente un "experimento" para probar la validez de una creencia que discutir o debatir lógicamente ese pensamiento en la consulta.

En definitiva, una prueba de realidad es un experimento donde:

1) Se define el pensamiento negativo como una hipótesis, la cual se va a someter a experimentación, mediante el contraste con los hechos. Previamente es importante trabajar para que el paciente no elabore el experimento con la intencionalidad de probar obligatoriamente su hipótesis (profecía autocumplida).

2) Paciente y terapeuta diseñan una serie de actividades que sirven para confirmar o desconfirmar la hipótesis-pensamiento negativo.

3) Se realiza la actividad o experimento (entre consultas).

4) Se recoge la información del experimento y se procede a evaluar si es compatible con la hipótesis o bien la desconfirma.

5) Finalmente, si se ha desconfirmado, se reelabora la creencia de manera compatible con el experimento.

Una prueba de realidad puede ser un ejercicio de **asignación de tareas graduadas**, un análisis de los hechos sucedidos desde la última consulta, el diseño de una **tarea específica** o la realización de una **encuesta** **(PIR 18, 193)**.

Registros de expectativas

Las pruebas de realidad pueden ir acompañadas de los registros de expectativas de ejecución o dificultad. Esto registros persiguen objetivos similares a los referidos, en el sentido de que sirven para recoger información que cuestione la validez de los pensamientos negativos.

En estos registros se sigue la siguiente pauta:

• Al paciente se le pide que evalúe antes de llevar a cabo una tarea, el grado de expectativa de eficacia que estima en la realización de la misma, así como el nivel de dificultad, en una escala de 0-10.

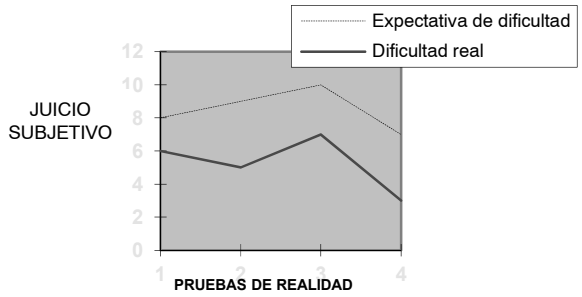
• Se realiza la tarea acordada.

© CEDE – www.pir.es

• Tras la realización de la tarea, se le pide que estime el grado de eficacia autopercibida en la ejecución real, así como la dificultad real que ha encontrado en su ejecución.

• Se contrastan los valores esperados con los hallados.

5. Es posible trasladar a un gráfico los dos grados (pre y post). Esto permite un registro acumulativo de las diferencias entre las expectativas y los valores encontrados a posteriori a lo largo de las diferentes pruebas de realidad que se abordan en la terapia:



6. Finalmente, estos gráficos pueden ser empleados en la terapia para que el paciente saque conclusiones acerca de la fiabilidad de sus expectativas. ¿En qué medida puede fiarse de sus expectativas para decidir si afrontar una tarea, si generalmente son excesivas en relación a las percepciones durante la realización de la misma?

Técnica de *conceptualización alternativa*:

Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento, y encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean. Mediante esta técnica se pretende contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones *únicas* y la dificultad de encontrar solución a los problemas.

Técnicas basadas en la imaginación:

Hay un porcentaje importante de personas a las que les resulta mucho más fácil detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar. Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) recogen algunas de las principales técnicas cognitivas basadas en la imaginación que se utilizan en Terapia Cognitiva:

– Parada de imágenes. Se pide al paciente que cuando comience una fantasía, recuerdo o imagen que le provoque malestar emocional, dé un golpe fuerte o diga "alto" para interrumpir el curso de la imaginación. Después puede intentar imaginar alguna escena o fantasía agradable para evitar la aparición de las imágenes desagradables.

– Repetición continuada. Cuando el paciente informa de grandes dificultades para interrumpir el curso de una fantasía o imaginación, se recomienda que rememore y repita incesantemente la escena o fantasía que provoca malestar hasta que se reduzca la sintomatología emocional.

– Proyección temporal. Consiste en pedir a la persona que cuando le venga una imagen con alto contenido emocional, intente imaginar la escena como si ocurriese en un momento temporal distinto: una semana después, un mes, un año, pretendiendo que la distancia le permita alcanzar cierta objetividad.

– Imaginar metáforas. Puede ayudar al paciente a representarse mentalmente visiones alternativas de una situación.

– Parada de imagen catastrofista. Se pide al paciente que, ante la representación mental de escenas o imágenes catastrofistas, intente incluir en la escena o fantasía, los datos positivos, agradables o neutros que ha omitido, con el fin de que la fantasía se acerque más a la realidad, al considerar también otros datos objetivos.

– Imaginación inducida. Se trata de que el paciente intente transformar una imaginación negativa en otra más neutra o positiva, con la intención que vaya experimentando mayor control de su imaginación y pueda fantasear con situaciones o conductas más adaptativas.

– Repetición de metas. Para incrementar la autoeficacia percibida, se pide al paciente que repita en su imaginación las conductas y acciones deseadas, incluyendo las autoinstrucciones positivas que le puedan facilitar su ejecución.

– Imaginación positiva. Se sugiere al paciente que genere fantasías o imágenes positivas que le permitan reducir el tiempo dedicado a las negativas. Este tipo de fantasías positivas le pueden ser útiles como técnicas distractivas cuando el malestar emocional se incremente.

– Imaginación como estrategia de coping. Se entrena al paciente para que utilice la imaginación como estrategia de afrontamiento al visualizarse a sí mismo haciendo frente a distintas situaciones o visualizando cómo lo harían otras personas (modelado encubierto). Deberá ir cambiando la situación de menos a más amenazante y entrenándose mentalmente en distintos posibles finales.

2.3.6. Técnicas emotivas

Se utilizan inicialmente por el terapeuta durante las sesiones, y en ellas se entrena al paciente para que las use en su medio natural cuando sienta que la emoción es demasiado elevada y necesite controlarla. Beck menciona algunas de las que pueden ser útiles con pacientes depresivos.

Inducción de autocompasión

Se utiliza excepcionalmente con algunas personas cuando no pueden llorar y necesitan hacerlo.

Inducción de cólera controlada

Se trata de señalar aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida, personas o situaciones.

Distracción externa

Ver la T.V., llamar por teléfono, leer un libro, etc., son formas de distracción que sirve para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad.

Hablar de forma limitada de los sentimientos

Otro procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza es procurar no estar hablando permanentemente de sus sentimientos con las personas de su alrededor, puesto que la expresión continua del malestar hace que el sentimiento se mantenga y se intensifique el recuerdo que provoca la expresión verbal constante.

Evitar verbalizaciones internas catastrofistas o de incapacidad del tipo "n*o puedo soportar tanto sufrimiento*".

Ayuda a aliviar el sentimiento de tristeza, dado que estas verbalizaciones incrementan la percepción de incapacidad y catastrofismo.

Análisis de responsabilidad

Para reducir los sentimientos de culpa, frecuentes en los pacientes depresivos, es conveniente analizar con todo detalle las razones que se da el paciente para sentirse responsable de la conducta de otros. También se deben analizar los patrones arbitrarios e idiosincrásicos que le hacen sentir que hace las cosas mal o que le llevan a considerarse culpable por determinados pensamientos y deseos.

Técnicas para identificar y modificar esquemas cognitivos y supuestos básicos subyacentes

La identificación y modificación de creencias y esquemas no parte de la comprobación de si los pensamientos automáticos asociados están basados en distorsiones cognitivas o sesgos negativos. Independientemente de si el contenido de un pensamiento automático es verdadero o falso, el objetivo es identificar qué creencias nucleares o supuestos básicos se activan ante las situaciones conflictivas que generan malestar.

Dobson y Dobson (2009) señalan algunos requisitos importantes para iniciar el cambio de los esquemas cognitivos subyacentes del cliente: a) que se haya reducido notablemente el malestar emocional, las conductas disfuncionales y los pensamientos negativos; b) que sus creencias disfuncionales supongan un riesgo para posibles recaídas; c) que tenga la capacidad de establecer un debate más abstracto; d) que no tenga riesgo de un trastorno psicótico; e) que conozca y esté dispuesto a llevar a cabo un tratamiento de mayor duración con resultados a más largo plazo.

Técnicas para obtener e identificar ciencias

Búsqueda de reglas de inferencia del tipo "*si A... entonces B*"

Una de los procedimientos más utilizados es detectar en las opiniones y explicaciones del cliente expresiones del tipo: "*Si...entonces*". En muchas ocasiones estas creencias no son explícitas y es el terapeuta el que ha de facilitar que afloren formulando la primera parte de la regla. Por ejemplo: "*Si quedas con una chica, entonces…*".

Detectar los *debería* y *tendría*

El valor desadaptativo de los imperativos categóricos formulados en términos de "debería" y "tendría" ha sido subrayado por Ellis y su modificación es uno de los objeticos centrales de la TREC. El uso frecuente de palabras como *debería* o *tendría* en las valoraciones de la propia conducta o la de los demás son indicios de la utilización de reglas que asumen que las personas han de ser infalibles consigo mismos, con los otros o con el cumplimiento de las reglas o normas establecidas

Detectar temas comunes en los pensamientos automáticos ante distintas situaciones

Durante el proceso de identificación y modificación de pensamientos automáticos pueden surgir patrones simila-

© CEDE – www.pir.es

res de pensamientos, emociones o conductas ante distintas situaciones.

Utilizar la técnica de la flecha descendente

Es una de las técnicas más específicas para detectar las creencias nucleares. El objetivo es ir ahondando mediante una serie de preguntas encadenadas hasta llegar a las creencias disfuncionales o esquemas más profundos del paciente **(PIR 14, 136; PIR 17, 115)**.

Plantear situaciones hipotéticas

Cuando se sospecha que puede haber esquemas negativos asociados a determinadas situaciones que no se presentan habitualmente puede ser útil trabajar con este tipo de situaciones planteadas hipotéticamente y analizar cómo cree el cliente que respondería. A partir de ahí se podrían ir analizando con los procedimientos anteriores los supuestos básicos asociados a dichas situaciones.

Perspectiva histórica

Analizar desde cuándo se tienen los pensamientos automáticos puede llevar a revisar al periodo evolutivo en el que comenzaron a manifestarse. Indagar las experiencias que se han tenido a lo largo de la vida y la influencia de personas significativas pueden llevar a detectar reglas, creencias y esquemas disfuncionales que siguen actuando y sirviendo de base a los pensamientos negativos, conductas desadaptadas y malestar emocional.

Técnicas emotivas

Se trata de promover y rememorar situaciones asociadas a un alto contenido emocional porque estas situaciones, más allá del pensamiento negativo verbalizado, suelen esconder una creencia básica disfuncional.

Evaluación mediante cuestionarios

Existen numerosos cuestionarios que recogen creencias, reglas o supuestos básicos que tienen que ver básicamente en su mayoría con la forma de pensar sobre uno mismo, el mundo o las relaciones interpersonales. La Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Wissman y Beck (1980), el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ), entre otros, son algunos cuyos ítems indicaran la existencia de diferentes esquemas o creencias disfuncionales.

Técnicas para el cambio de creencias nucleares y supuestos básicos

Algunas de las técnicas dirigidas a favorecer el cambio de creencias recogidas por Dobson y Dobson (2009) son las siguientes:

Reconocimiento de un continuo

Consiste en ir mostrando al cliente cómo los esquemas disfuncionales se pueden organizar en un continuo que va desde un patrón de pensamiento o rasgos muy categoriales (dependiente), pasando por conjuntos de creencias intermedias ("*soy incapaz de conseguir las cosas sin ayuda*"; "*no tengo criterio para elegir lo correcto*", etc.) hasta llegar a creencias específicas ("si voy al cine solo, me perderé").

Registro de datos positivos y recoger evidencia de los nuevos y viejos esquemas

Definir un esquema positivo alternativo que permita ir evaluando la evidencia que apoya sus componentes cognitivos, emocionales y conductuales. Por ejemplo, si el esquema antiguo se formula en términos de "*soy incapaz de conseguir nada por mí mismo*", cambiarlo implicaría sustituirlo por: "*soy capaz de conseguir la mayoría de las cosas por mí mismo*". A partir de esta formulación se trataría de registrar los datos positivos que proporcionan apoyo empírico a dicha creencia ("*he ido al banco solo*", "*he comprado un pantalón que me gusta sin ayuda*") con el fin de ir consolidando el esquema positivo e ir eliminando el negativo.

Establecer el criterio de lo que se considera cambio de creencia

Establecer pautas objetivas que sirvan de indicios para determinar si se está produciendo el cambio de una creencia negativa hacia otra más positiva.

***Role-playing*:**

Otra estrategia especialmente útil para cambiar creencias disfuncionales es practicar conductas y establecer debates con el terapeuta que permitan incrementar la competencia y habilidad para abordar situaciones.

Ensayo de conducta

Los esquemas tienen un fuerte apoyo en la experiencia, por lo que es fundamental realizar tareas conductuales que permitan poner a prueba algunos de los aspectos en los

que se sustenta, bien el esquema negativo o bien el positivo que se desea instaurar.

Actuar "*como si*"

Puede considerarse como una extensión del ensayo de conducta. Consiste en actuar *como si* el nuevo esquema estuviera ya consolidado.

Confrontar con el pasado datos de las nuevas y antiguas creencias

La búsqueda de información sobre la evidencia que apoya las creencias es especialmente útil cuando aparecen emociones intensas o patrones de pensamiento que rememoran experiencias o sentimientos del pasado. El análisis comparativo del valor adaptativo de estas creencias en el contexto social, personal y emocional en que se formaron y del valor que tienen en la actualidad, puede favorecer notablemente el cambio. Asimismo, realizar un análisis retrospectivo de la vida del cliente puede ayudar también a encontrar evidencia que apoye la nueva creencia nuclear que se pretende instaurar. Beck (1995) sugiere que esta técnica sea utilizada cuando el cliente haya comenzado a hacer progresos en el fortalecimiento de nuevas creencias más adaptativas.

Promover una nueva imagen

Imaginarse a sí mismo, cómo sería y cómo le gustaría que cambiara su vida en distintas áreas son técnicas que ayudan a promover el cambio hacia esquemas más adaptativos y a consolidar los avances que se van produciendo.

Solicitar apoyo social y consenso

Una forma adicional de conseguir el cambio de esquemas disfuncionales y sustituirlos por otros más adaptativos es revelar a las personas del entorno las creencias o reglas disfuncionales y debatir con ellas las ventajas y desventajas de mantener dichas creencias, así como buscar argumentos que resalten la necesidad del cambio.

Análisis de ventajas e inconvenientes del cambio de esquemas

Es conveniente debatir con el cliente que el cambio de esquemas puede conllevar ventajas e inconvenientes.

Proyección en el tiempo

Consiste en imaginarse en un futuro más o menos cercano en el que ya se haya consolidado la nueva creencia pensando, sintiendo y actuando de la manera deseada.

Biblioterapia

Sugerir lecturas que puedan ayudar a entender mejor las diferencias entre creencias adaptativas y desadaptativas, así como las ventajas e inconvenientes, para conocer y debatir otros puntos de vista sobre el mundo y otras reglas sociales y personales por las que regirse.

PRINCIPALES TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK

Técnicas conductuales	Técnicas cognitivas	Técnicas emotivas	Técnicas para identificar creencias	Técnicas de cambio de creencias
Asignación de tareas graduadas	Reatribución	Inducción de autocompasión	Búsqueda de reglas de inferencia "si…entonces"	Reconocimiento de un continuo
Programación de actividades	Registro de pensamientos automáticos	Inducción de cólera controlada	Detectar los debería y tendría	Registro de datos positivos
Programación de actividades placenteras	Técnica de las tres columnas	Distracción externa	Detectar temas comunes en los pensamientos automáticos	Establecer el criterio de cambio
Programación de actividades de dominio y placer	Técnica de las cuatro preguntas	Hablar de forma limitada de los sentimientos	Flecha descendente	Role-playing
Ensayo cognitivo	Pruebas de realidad	Evitar verbalizaciones internas catastrofistas	Plantear situaciones hipotéticas	Ensayo de conducta
Role-playing	Registro de expectativas	Análisis de responsabilidad	Perspectiva histórica	Actuar como si

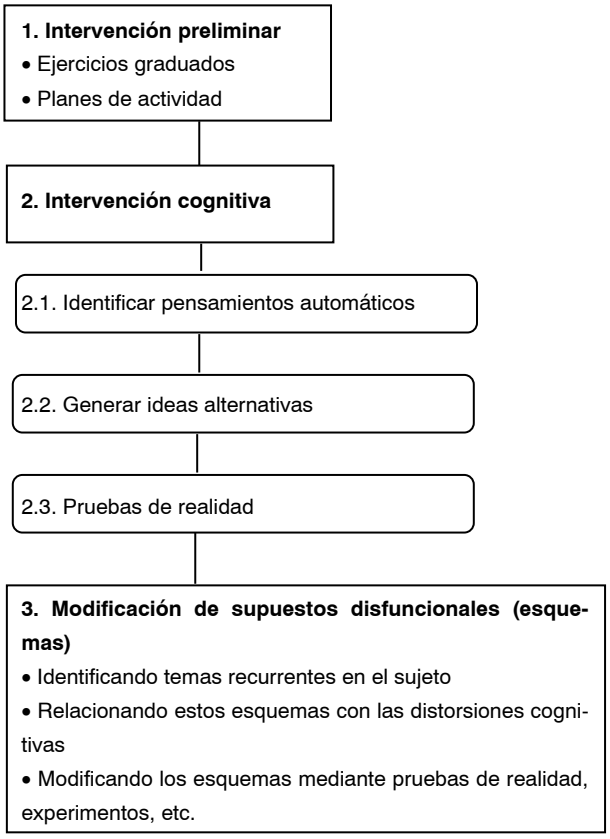
© CEDE – www.pir.es

PRINCIPALES TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK				
Técnicas conductuales	**Técnicas cognitivas**	**Técnicas emotivas**	**Técnicas para identificar creencias**	**Técnicas de cambio de creencias**
Técnicas de afrontamiento: – Control de estímulos – Relajación – Exposición – Control de la respiración – Entrenamiento asertivo	Técnicas basadas en la imaginación: – Parada de imágenes – Repetición continuada – Proyección temporal – Imaginar metáforas – Parada de imagen catastrofista – Imaginación inducida – Repetición de metas – Imaginación positiva – Imaginación como estrategia de coping		Técnicas emotivas	Confrontar con el pasado
	Técnica de Conceptualización alternativa		Evaluación mediante cuestionarios	Promover una nueva imagen
				Solicitar apoyo social y consenso
				Análisis de ventajas e inconvenientes del cambio de esquema
				Proyección en el tiempo
				Biblioterapia

2.3.7. Estructura de la terapia cognitiva

Hasta ahora hemos expuesto las principales herramientas que se vienen empleando en la TC de la depresión de Beck. Estas estrategias son extensibles a las demás patologías, puesto que la finalidad es la misma, esto es, modificar los supuestos disfuncionales que están en la base de la psicopatología.

Con objeto de apreciar cómo se conjugan las anteriores técnicas en un proceso secuencial, podemos prestar atención al siguiente gráfico, donde se resumen las principales fases de la TC:



Al principio de este tema señalábamos cómo uno de los rasgos distintivos de la TC de Beck era precisamente su mayor sistematización. Entre las consecuencias positivas de esta estructuración y definición de fases y elementos destaca una mayor facilidad para su aprendizaje, así como su potencial de contrastación empírica.

Esta sistematización se pone de relieve si prestamos atención a la división en sesiones que el propio Beck propone en su obra "Terapia cognitiva de la depresión" (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Este plan de tratamiento pretende ser una guía de los requisitos mínimos de una terapia cognitiva:

A. Evaluación preliminar:

a) **Evaluación clínica completa:** Estado mental, Historia de la enfermedad actual, Historia anterior.
b) **Trastornos afectivos y esquizofrenia** (SADS: Spitzer y Endicott).
c) **Diagnóstico** según el Research Diagnostic Criteria y los criterios de Feighner.
d) **Escalas clínicas:** Hamilton Scale for Depression (Escala de Depresión de Hamilton); Hamilton Scale for Anxiety (Escala de ansiedad de Hamilton); Scale for Suicide Intentionality (SSI: Escala de Intencionalidad Suicida).
e) **Tests psicométricos:** Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota); Spielberger State-Trait Anxiety Scale (Escala de Ansiedad Estado-Ansiedad Rasgo de Spielberger); Sympton Checklist-90 (Hopkins: Lista de Síntomas de Hopkins); Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck).
f) **Escalas especiales:** Test de autoconcepto; Dysfunctional Attitude Scale (Escala de Actitudes Disfuncionales); Hopelessness Scale (Escala de Desesperanza); Picture Order Test (Test de Ordenación de Dibujos); Story Completion Test (Test de Completamiento de Historias).

B. Asignación del paciente a un terapeuta.

C. Primera entrevista terapéutica

En los tres días siguientes a la evaluación.

D. Frecuencia y duración de las sesiones y duración del tratamiento

Máximo de 20 sesiones a lo largo de un período de 12 semanas.

Duración de cada sesión: 50 minutos.

Frecuencia: Dos sesiones semanales hasta que el paciente esté preparado para una sesión semanal.

Programa de tratamiento para el paciente medio: 15 sesiones, distribuidas del siguiente modo:

- Semanas 1, 2 y 3 : 2 sesiones semanales.
- Semanas 4-12 : Una sesión semanal.

Primera sesión

1. Establecer rapport.
2. Investigar las expectativas hacia la terapia.
3. Elicitar las posibles actitudes negativas hacia sí mismo, la terapia y el terapeuta.
4. Concretar los problemas más urgentes y accesibles (por ejemplo: desesperanza –es un importante predictor del suicidio–, ideas de suicidio, mal funcionamiento general, disforia grave).
5. Explicar las estrategias cognitivo-conductuales, haciendo hincapié en el fundamento teórico de las tareas conductuales y de la asignación de tareas para casa.
6. Cuestionario para registrar las actividades para la siguiente sesión.
7. Proporcionar al paciente el manual "Coping with Depression" (Cómo hacer frente a la depresión: es un

© CEDE – www.pir.es

folleto, muy breve, donde se explica al paciente en un lenguaje comprensible los fundamentos de la terapia cognitiva y el papel causal-mantenedor de los distintos elementos: pensamientos automáticos, distorsiones, actitudes disfuncionales).
8. Investigar las reacciones ante la sesión.

Segunda sesión

1. Investigar los efectos de la primera sesión.
2. Revisar el registro de las actividades asignadas.
3. Revisar los efectos producidos por la lectura del manual.
4. Comentar los problemas y progresos desde la sesión anterior.
5. Programar actividades para la siguiente sesión.
6. Comentar las evaluaciones de "Dominio" y "Placer" en el registro de las actividades (opcional).
7. Preparar la agenda y concretar el/los problema (s) a discutir (el concepto de agenda en Beck alude a una actividad que tiene lugar al principio de cada sesión entre terapeuta y paciente, consistente en que ambos elaboran un guión de los puntos más importantes que deben ser tratados en la sesión).
8. Investigar las reacciones ante la sesión.

Tercera sesión

1. Preparar la agenda.
2. Investigar los efectos de la sesión anterior.
3. Revisar las actividades realizadas.
4. Discutir las reacciones ante la sesión anterior.
5. Discutir los pensamientos automáticos negativos (opcional).
6. Demostrar la forma de utilización del contador de pulsera para registrar los pensamientos automáticos negativos (opcional).
7. Preparar y asignar tareas.
8. Feedback sobre la sesión.
9. Pedir al paciente que redacte una breve autobiografía para la siguiente sesión.

Cuarta sesión

1. Seguir el mismo formato general que en la tercera sesión.
2. Instrucciones adicionales para identificar los pensamientos automáticos negativos.
3. Explicar cómo los pensamientos automáticos constituyen distorsiones de la realidad y están relacionados con otros síntomas de la depresión.
4. Elicitar pensamientos automáticos negativos, especialmente los relacionados con las tareas asignadas para casa.

Quinta sesión

1. Seguir el mismo formato general que en la sesión anterior.
2. Revisar el registro de actividades, con especial énfasis en las evaluaciones de dominio y placer.
3. Revisar y discutir los pensamientos automáticos negativos.
4. Enseñar al paciente modos de evaluar y corregir las distorsiones cognitivas.
5. Explicar la forma de empleo del Registro Diario de Pensamientos Distorsionados; explicar las columnas 4, 5 y 6 (Desde la Respuesta o alternativa Racional en adelante).
6. Emplear el contador de pulsera para registrar y llevar un control de los pensamientos automáticos.

Sesiones sexta, séptima y octava

1. Seguir el mismo formato general que en las sesiones anteriores.
2. Continuar modificando el mismo formato general que en las sesiones anteriores.
3. Continuar identificando pensamientos automáticos negativos.
4. Mostrar y proponer respuestas racionales a los pensamientos automáticos.
5. Asignar tareas para casa.
6. Discutir el concepto de supuesto básico (actitud o esquema disfuncional).

Sesiones novena a duodécima

1. Delegar en el paciente una mayor responsabilidad en el establecimiento de la agenda.
2. Incrementar su responsabilidad en relación con las tareas para la casa (el paciente propone y diseña las tareas, actuando el terapeuta como un supervisor).
3. Identificar y discutir los supuestos básicos. Probar su validez (experimentos, pruebas de realidad, encuestas, etc.).

Sesiones finales (decimotercera a decimoquinta o vigésima)

1. Preparar al paciente para el término de la terapia.
2. Fomentar la continuación de las tareas para casa y la práctica de las distintas estrategias después de haber finalizado la terapia; enfatizar el hecho de que ésta constituye un proceso de aprendizaje que continúa a lo largo de toda la vida del individuo.
3. Identificar aquellos problemas que se anticipen y desarrollar y practicar estrategias para hacerlos frente (prevenir recaídas, identificando posibles estresores futuros y formas de afrontamiento).

2.3.8. Aplicaciones y evidencia empírica

La TC se ha mostrado más eficaz que el tratamiento placebo o la ausencia de tratamiento en depresión unipolar, ansiedad y depresión infantil y varios trastornos específicos de ansiedad (ej. trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social, y trastorno obsesivo-compulsivo). En general, puede decirse que alrededor del 70% de los pacientes mejoran y el 50% se recuperan. Los datos más frecuentes de recaídas en seguimiento a medio plazo oscilan entre 15-30%.

Respecto a la terapia cognitiva vs. otras intervenciones los resultados no son concluyentes. Entre otras razones porque muchos estudios no diferencian entre terapia cognitiva y terapia cognitivo-conductual.

Cuando se compara con tratamiento farmacológico la TC para la depresión y los trastornos de ansiedad muestra resultados similares a corto plazo. En el seguimiento a un año la tasa de recaída es menor (la mitad más o menos) en la TC. La TC combinada con tratamiento farmacológico ofrece resultados prometedores en el trastorno de tipo bipolar y en la esquizofrenia.

Por último, la TC también se muestra efectiva en combinación con el tratamiento médico correspondiente en diversos problemas de salud (ej. hipertensión, cáncer, dolor, colon irritable, síndrome premenstrual, artritis reumatoide, etc.).

2.4. ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

Técnica cognitiva de cambio de comportamiento en la que se modifican las autoverbalizaciones que un sujeto realiza ante cualquier tarea o problema. Meichenbaum (1977) incluye en este programa instrucciones que uno se da sobre qué hacer, instrucciones de autorrefuerzo e instrucciones de afrontamiento ante el fracaso (autocorrección). El objetivo es que introduzca un cambio en las verbalizaciones y luego un cambio en su comportamiento manifiesto. Meichenbaum se basa en los trabajos de Luria y Vygotski sobre el lenguaje como regulador de la conducta. Las verbalizaciones en la realización de una tarea se hacen más evidentes en niños más pequeños o cuando la tarea es más difícil. Esta técnica ha sido empleada en el tratamiento de la hiperactividad infantil. El procedimiento de entrenamiento es el siguiente **(PIR 02, 246; PIR 04, 122; PIR 18, 194)**:

(1) **Modelado cognitivo:** el terapeuta actúa como modelo realizando una tarea con autoverbalizaciones en voz alta.
(2) **Guía externa en voz alta:** el paciente lleva a cabo la misma tarea bajo las instrucciones del terapeuta.
(3) **Autoinstrucciones en voz alta:** el paciente lleva a cabo la tarea mientras se dirige a sí mismo en voz alta.
(4) **Autoinstrucciones enmascaradas:** el paciente lleva a cabo la tarea de nuevo, mientras cuchichea las instrucciones para sí mismo.
(5) **Autoinstrucciones encubiertas:** el paciente guía su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas, mientras va desarrollando la tarea **(PIR 13, 112)**.

Los contenidos de las autoinstrucciones tratan de:

1) Definir el problema.
2) Guiar la respuesta.
3) Dar autorrefuerzo.
4) Fomentar la autocorrección.

El entrenamiento en autoinstrucciones se puede adaptar a diferentes problemas y catacterísticas de los pacientes. Empleándose sobre todo en:

– Problemas secundarios a la impulsividad (ej. niños hiperactivos).
– Problemas secundarios a autoinstrucciones negativas o interfirientes con la ejecución de alguna tarea (ej. problemas de ansiedad).

También se han empleado en: problemas de autocontrol, control de ira, dificultades de aprendizaje, etc.

3. LOS MODELOS COGNITIVO-COMPORTAMENTALES

Los modelos cognitivo-conductuales se caracterizan por estar desarrollados por teóricos del enfoque conductual, por considerar el pensamiento como autoenunciados encubiertos (conductas privadas) que puede verse influido por las mismas leyes del condicionamiento que influyen en otras conductas manifiestas. Son terapias altamente estructuradas, de carácter didáctico, cuya tarea consiste en desarrollar estrategias para enseñar habilidades cognitivas específicas.

Mahoney y Arnkoff (1978) señalan a **Bandura** como iniciador de la tendencia cognitiva en el enfoque conductual al aceptar un determinismo recíproco entre organismo y su entorno y postular procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico. **Mahoney** (1974) y **Meichenbaum** (1969) otorgan un papel esencial al autocontrol y éste último afirma que las respuestas de miedo o cólera pueden concebirse como una interacción entre una elevada activación fisiológica y pensamientos que interpretan la situación

© CEDE – www.pir.es

como peligrosa. **Lazarus** (1971) postula la importancia de los componentes cognitivos e imaginativos en esta forma de tratamiento y diferencia dos formas de afrontar el estrés: un afrontamiento centrado en el problema y otro afrontamiento centrado en la emoción. Nezu y Nezu desarrollan el entrenamiento en solución de problemas.

3.1. ENTRENAMIENTO EN CONTROL DE LA ANSIEDAD

Suinn y Richardson (1971) desarrollaron el entrenamiento en control de la ansiedad como una terapia conductual para el tratamiento de los trastornos generalizados de ansiedad. En el entrenamiento en control de la ansiedad no es necesario que los pacientes identifiquen las causas o estímulos que precipitan su ansiedad. La misma experiencia de ansiedad se emplea para entrenar al paciente a reconocer su presencia. Se enseña al paciente a prestar atención a los síntomas que reflejan la presencia de ansiedad. Las sesiones continúan luego entrenando al paciente en la iniciación de respuestas de relajación (a través de algún método o a través de la imaginación) cuando se percibe la activación de la ansiedad.

El entrenamiento en control de la ansiedad utiliza profusamente la imaginación, bien para activar la ansiedad, bien para mejorar la relajación. En el primer caso se pide al paciente que recuerde un acontecimiento en el que experimentó moderados o elevados niveles de ansiedad. Por medio de la imaginación el paciente recuerda el acontecimiento, volviendo a experimentar ansiedad. En términos de la relajación, el paciente identifica un acontecimiento que conlleva estar relajado. Las cinco sesiones son las siguientes **(PIR 07, 234)**:

Sesión 1: implica cuatro pasos: explicación razonada, desarrollo de una escena en relajación, entrenamiento en relajación muscular progresiva (método) y la asignación de tareas para casa.

Sesión 2: identificación de una escena de ansiedad, la relajación, la ansiedad (escena) seguida por la relajación (escena y método) y las tareas para casa. Se selecciona una escena que implique un nivel moderado de ansiedad.

Sesión 3: en esta sesión el paciente comienza relajándose por sí solo recurriendo a los recursos aprendidos. Posteriormente se activa la ansiedad a través de la escena ansiógena hasta lograr un nivel de ansiedad moderado pidiéndole que preste atención a la sintomatología ansiosa. Más tarde el terapeuta pide al paciente que vuelva a la relajación. El ciclo activación de ansiedad-atención a la ansiedad-vuelta a la relajación e repite de tres a cinco veces. La sesión finaliza mandando tareas para casa que consoliden lo aprendido en sesión.

Sesión 4: en esta sesión se trata de localizar una escena ansiógena que genere una ansiedad de 9 sobre 10, la cual se alternará con la escena ansiógena de 6. Aquí el paciente tiene una mayor autonomía, ya que decidirá cuándo comenzar con la relajación una vez activada la ansiedad a través de las escenas. Se continúan con las tareas para casa añadiendo que realice un chequeo rutinario de las señales de aviso de ansiedad y que ponga en marcha estrategias de afrontamiento de ser necesario.

Sesión 5: una vez que el paciente ha comenzado a dominar la técnica, es conveniente que asuma todo el control y sea él quien marque las pautas del desarrollo de la sesión. La participación del terapeuta se limita a indicar la activación de la escena ansiógena. En caso de ser necesario el formato de esta sesión se repite hasta que el paciente adquiera el control de la técnica.

3.2. INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Desarrollada por **Meichenbaum** (1977). Se trata de dotar a los clientes de diversas estrategias y habilidades (conductuales, cognitivas y psicofisiológicas) que les permitan hacer frente a las situaciones futuras que supongan estrés **(PIR 04, 252; PIR 05, 142; PIR 06, 249)**:

Bases teóricas de la Inoculación de Estrés

– Modelo de afrontamiento de Murphy (1962): establece tres fases para el afrontamiento de situaciones estresantes: preparación, afrontamiento en sí mismo y afrontamiento de las consecuencias derivadas de los pasos anteriores.

– Modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984): diferencia una fase de evaluación (compuesta por la valoración primaria, referida al estímulo, y la valoración secundaria, referida a los recursos de afrontamiento) y una fase de afrontamiento.

– Determinismo recíproco de Bandura (1977): postula la interacción recíproca entre las variables del organismo y las situacionales.

Fases de la Inoculación de Estrés

Fase educativa o reconceptualización, se le proporciona al sujeto un marco conceptual que le permita comprender cómo puede afectarle el estrés y cómo puede hacerle frente utilizando una serie de estrategias comportamenta-

les y cognitivas. Un intento por sistematizar esta fase se expone en el Modelo explicativo de Jaremko, 1979. Este modelo plantea que la situación aversiva desencadena una activación fisiológica que hace que el sujeto interprete como amenazante la situación, lo cual, a su vez, favorece la aparición de verbalizaciones negativas sobre su capacidad de afrontamiento dando lugar de nuevo al incremento en las reacciones psicofisiológicas (**PIR 03, 258; PIR 09, 106**).

Fase de ensayo o adquisición de habilidades, se le enseña y entrena en la utilización de las habilidades y estrategias de afrontamiento del estrés.

En la fase de ensayo o adquisición de habilidades se recurre a diferentes técnicas de intervención cognitivas, emocionales o conductuales, que en cualquier caso deben adecuarse a cada individuo o grupo, en función de las características específicas de la situación y del problema de estrés que se pretende prevenir o eliminar.

Meichenbaum y Cameron, han clasificado las principales técnicas a entrenar durante la fase de adquisición de habilidades en:

– Estrategias cognitivas: reestructuración cognitiva, solución de problemas y entrenamiento en autorrefuerzo.

– Estrategias de control de la activación fisiológica: diferentes técnicas de relajación.

– Estrategias conductuales: exposición en imaginación, modelado, exposición graduada, técnicas operantes y entrenamiento en habilidades sociales.

– Estrategias de afrontamiento paliativo: suponen habilidades destinadas a mejorar los repertorios conductuales implicados en el afrontamiento de problemas crónicos y situaciones de difícil modificación. Para este fin puede utilizarse cualquiera de las estrategias anteriores y, además, se incluyen de forma más específica: cambiar de perspectiva en relación con el problema, el contacto con personas en situación similar, la desviación de la atención, el apoyo social y la expresión emocional (**PIR 13, 163**).

Fase de aplicación y consolidación: se da al sujeto la oportunidad de poner en práctica las habilidades entrenadas en situaciones reales de estrés, a través de técnicas de modelado y ensayos conductuales (**PIR 06, 248**).

3.3. ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

De las terapias de solución de problemas, la que más aceptación tiene es la de **D'Zurilla,** denominada "*Terapia de solución de problemas sociales*" (D'Zurilla y Nezu, 1982). La solución de problemas (SP) es una técnica dirigida a entrenar a las personas en la resolución de problemas para mejorar su competencia social.

La solución de problemas sociales se define como un proceso cognitivo-conductual auto-dirigido mediante el que un individuo intenta identificar soluciones efectivas para problemas específicos (actividad consciente y racional que exige esfuerzo). El objetivo es mejorar una situación problemática o reducir el estado emocional negativo generado por la situación. Es un metaproceso de comprensión que trata con todo tipo de problemas: impersonales, intrapersonales, o interpersonales.

Para D'Zurilla los cuatro hechos que considera que han tenido influencia para el surgimiento de esta técnica han sido el interés por la creatividad, el rechazo del modelo médico frente al modelo de competencia social, el desarrollo de la aproximación cognitivo-conductual y el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman.

Este modelo establece que los resultados del proceso de solución de problemas están determinados por dos procesos parcialmente independientes: la **orientación al problema** y las **habilidades de solución de problemas** (también llamadas estilos de solución de problemas).

A medida que van estudiando su trabajo con el modelo, así como van integrando éste con los resultados de los subsiguientes análisis con su *Inventario de Solución de Problemas Sociales (ISPS*), van dando lugar a un modelo de solución de problemas sociales revisado.

Este modelo comprende dos dimensiones diferentes, pero relacionadas, de orientación al problema (positiva y negativa) y tres dimensiones que corresponden a tres estilos de solución de problemas (racional, impulsivo y evitativo). Por lo tanto, el modelo de solución de problemas revisado tiene cinco dimensiones implicadas en la consecución de una solución eficaz o ineficaz que se podrían desglosar de la siguiente manera:

– **La orientación al problema**

La orientación al problema es un proceso metacognitivo con una función motivacional (creencias y actitudes hacia el problema). La orientación al problema implica la puesta

© CEDE – www.pir.es

en marcha de un conjunto relativamente estable de esquemas cognitivo-emocionales.

- La positiva: consiste en un sistema de creencias constructivo y optimista que caracteriza los problemas como retos (expectativas positivas de resultados).

- La negativa: Caracteriza los problemas como amenazas para el bienestar social (baja auto-eficacia, bajas expectativas positivas de resultados). Sobre reacciona a ellos emocionalmente (baja tolerancia a la frustración o a la incertidumbre).

– **Estilo de solución del problema** **(PIR 20, 149)**

El estilo de solución de problemas (positivo o negativo) se refiere al tipo de actividades cognitivo-conductuales que un individuo pone en marcha en su intento de afrontar los problemas de la vida.

- El estilo impulsivo y descuidado se caracteriza por la toma rápida de decisiones, sin un análisis adecuado, o por intentos inconclusos de solución del problema.

- El estilo evitativo se caracteriza por el aplazamiento de la toma de decisiones y/o la dependencia de otras personas a la hora de abordarlos (se incrementan los problemas y su complejidad).

- El estilo racional es el que el modelo considera como positivo, ya que conduce a la adaptación.

3.3.1. Etapas

El proceso de **D'Zurilla y Godfried** (1971) consta de cinco etapas **(PIR 03, 259)**:

1. **Orientación general hacia el problema.** Se pretende que el sujeto acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de modo eficaz, reconozca las situaciones problemáticas cuando ocurren e inhiba la tendencia a responder de manera impulsiva o a no responder. Las variables más importantes son: la percepción del problema (reconocimiento y etiquetación del mismo), la atribución del problema, la valoración del problema (el significado para el bienestar social y personal), el control personal y el compromiso tiempo/esfuerzo **(PIR 00, 176; PIR 04, 125; PIR 17, 160)**.

2. **Definición y formulación.** En esta fase se obtiene información relevante sobre el problema, se clarifica la naturaleza del problema, se establece una meta realista de solución de problema y se reevalúa la importancia del problema para el bienestar personal y social.

3. **Generación de alternativas.** El propósito de esta fase es tener tantas soluciones alternativas como sea posible. Para ello se utilizan tres principios, derivados del método de la tormenta de ideas de **Osborn** y de la producción divergente de **Guilford**: el principio de cantidad (cuantas más soluciones alternativas se produzcan, más calidad de ideas estarán disponibles y con más probabilidad se encontrará la mejor solución); el principio de aplazamiento del juicio (una persona generará mejores soluciones si no tiene que evaluarlas en ese mismo momento) y el principio de variedad (cuanto mayor es el rango o variedad de ideas de solución, más ideas de buena calidad serán descubiertas) **(PIR 02, 245; PIR 03, 260; PIR 05, 165; PIR 06, 247; PIR 09, 103; PIR 10, 143; PIR 12, 183; PIR 13, 113; PIR 14, 145; PIR 15, 111)**.

4. **Toma de decisiones.** En esta fase se anticipan las consecuencias de las distintas alternativas de solución, se evalúan los resultados y se prepara un plan para la solución **(PIR 18, 199)**.

5. **Verificación.** Las tareas de esta fase serían: realización de la conducta de solución, autoobservación de la conducta y/o del resultado, autoevaluación, autorreforzamiento, investigar el proceso y hacer los cambios necesarios. La ejecución de la solución es parte del proceso de verificación.

Por solución de problemas, estos autores entienden un proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo o un grupo, identifica o descubre medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentra en la vida de cada día. Es un proceso de aprendizaje social, una técnica de automanejo y una estrategia general de afrontamiento. Junto a la solución del problema se encuentran la ejecución o puesta en práctica de la solución y la competencia social (habilidades sociales, competencias conductuales y conductas de afrontamiento).

3.3.2. Niveles de ejecución

Se distinguen tres diferentes niveles de ejecución de SP:

Cogniciones de orientación al problema: es el nivel más general y se trata de un grupo de variables cognitivas que tienden a tener efectos generalizados o inespecíficos. Es decir de aplicación a todo tipo de problemas. No incluyen las habilidades o capacidades específicas necesarias para solucionar un problema concreto. Pueden ser descritas

como variables metacognitivas de orden superior, que definen una orientación general del individuo hacia los problemas de la vida. Dentro de ellas estarían: la percepción del problema, las atribuciones causales, la valoración del problema, creencias sobre el control personal y valores respecto al compromiso de tiempo y esfuerzo para solucionar problemas independientemente.

Habilidades de SP específicas: están en un nivel intermedio de especificidad. Son una secuencia de tareas específicas dirigidas a una meta que deberán realizarse para resolver un problema particular. Incluyen las tareas de definir y formular un problema, generar una lista de soluciones alternativas, tomar una decisión, implementar la solución y evaluar el resultado.

Habilidades de SP básicas: es el nivel más específico. Incluyen habilidades cognitivas como la sensibilidad hacia los problemas (habilidad para reconocer que un problema existe), el pensamiento alternativo, el pensamiento medios-fines (habilidad para especificar qué medios se precisan para llegar a una meta), anticipar consecuencias o el pensamiento consecuencial y la toma de perspectiva (habilidad para percibir una situación desde la perspectiva de otra persona).

Las respuestas emocionales pueden facilitar o inhibir la ejecución de la SP, dependiendo de variables como la cualidad subjetiva o valor de la respuesta emocional, la intensidad de la activación emocional y la duración del estrés emocional. Pueden jugar un papel importante en el reconocimiento del problema, el marco de la meta de SP, la evaluación de solución de alternativas y la evaluación de la ejecución de la solución.

3.3.3. Variaciones

Terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure)

Es un procedimiento flexible aplicable a niños pequeños. También se ha utilizado en población adulta con objetivos de prevención, entrenando la resolución de problemas cotidianos (no necesariamente psicopatológicos).

El principio de este procedimiento es que hay que enseñar no qué pensar, sino cómo. Hay que promover que la persona adquiera un estilo de pensamiento que le guíe a la hora de resolver sus problemas diarios. La población a la que se puede entrenar en esta técnica va desde niños de preescolar y primaria, pasando por adolescentes, adultos y ancianos.

En cuanto a la solución de problemas en niños preescolares, Spivack y Shure (1974) desarrollaron un programa de entrenamiento en la escuela a través de juegos y diálogos, llegando a la conclusión de que existían un conjunto de habilidades de SP interpersonales de tipo cognitivo que mediaban el ajuste social y que eran independientes del CI inicial del niño.

Estudiaron las diferentes habilidades que miden el ajuste social:

– El pensamiento de soluciones alternativas. Generar soluciones alternativas a los problemas interpersonales. Significativa en todas las edades.

– El pensamiento consecuencial. Saber valorar las consecuencias de cada una de las alternativas. Este tipo de pensamiento empieza a ser relevante para el ajuste en la adolescencia.

– El pensamiento causal o medio-fin. Habilidad para determinar los medios adecuados para conseguir las metas. Emerge como significativo para el ajuste a partir de los ocho-diez años y continúa hasta la adolescencia.

Más tarde surgen otras habilidades como:

– Sensibilidad cognitiva de la existencia de un problema como interpersonal.
– Toma de perspectiva interpersonal.
– Pensamiento causal social. ¿Por qué ha sucedido esto? Capacidad para relacionar dos eventos en el tiempo **(PIR 04, 124; PIR 06, 246)**.

Ciencia Personal de Mahoney (1974)

Es considerada por su autor como una terapia cognitiva de aprendizaje. Consiste en la aplicación de las habilidades de solución de problemas a los problemas íntimos y personales, siendo el terapeuta un consejero o entrenador. Se consideran los problemas personales como una consecuencia de las crisis de la vida y/o de las deficiencias en el desarrollo o en la utilización de las habilidades de afrontamiento. La terapia se concibe como un proceso de aprendizaje que enseña a los pacientes a enfocar sus problemas como científicos personales. Hay una serie de componentes básicos inspirados en la palabra SCIENCE **(PIR 06, 245; PIR 09, 104)**:

S – especificar el área problema (*specify*)
C – recoger información (*collect*)
I – identificar causas, patrones o fuentes (*identify*)

© CEDE – www.pir.es

E – examinar opciones para dar una solución (*examine*)
N – delimitar y experimentar (*narrow*)
C – comparar datos (*compare*)
E – ampliar, revisar y reemplazar (*extend*)

4. TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES (TCC) APLICADAS A TRASTORNOS ESPECÍFICOS

4.1. TCC PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Los dos focos principales de tratamiento para el TAG son las preocupaciones excesivas e incontrolables y la sobreactivación acompañante (tensión y ansiedad). Los tratamientos más estudiados son los siguientes:

• **La TCC del grupo de Borkovec** (2006). Incluye: entrenamiento para darse cuenta de los estímulos internos y eventos externos que producen ansiedad, relajación, reestructuración cognitiva, exposición graduada, estrategias de control de estímulos (posponer las preocupaciones). Más tarde incorporan: minimizar las expectativas y predicciones negativas focalizando la atención en el momento presente y vivir de acuerdo con los propios valores.

• **La TCC de Barlow** (2006). Incluye: entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, exposición a la preocupación, prevención de conductas de seguridad, organización del tiempo/resolución de problemas y descontinuación de la medicación.

• **La TCC del grupo de Dugas** (2007). Comprende 6 módulos: psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones, reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual, reevaluación de la utilidad de la preocupación, entrenamiento en solución de problemas, exposición en imaginación y prevención de recaídas.

Recientemente han aparecido nuevas propuestas de tratamiento para el Trastorno de Ansiedad Generalizada debido a la limitada eficacia encontrada entre los tratamientos cognitivo-conductuales tradicionales, entre las que se encuentran:

– La terapia Integradora de Newman y cols. (2004). Amplían la TCC con técnicas interpersonales y experienciales dirigidas a alterar las pautas problemáticas de relacionarse y superar la evitación experiencial. Entre sus metas se encuentra el generar conductas interpersonales más eficaces para satisfacer las propias necesidades.

– Terapia metacognitiva de Wells (2009). Centrada en el cuestionamiento de la metapreocupación en lugar de emplear estrategias cognitivas para abordar el contenido de la preocupación en sí misma. El abordaje terapéutico se centra entonces en dos tipos de creencias: las creencias negativas sobre las preocupaciones (por ejemplo, la incontrolabilidad) y las creencias positivas disfuncionales sobre su utilidad (por ejemplo, que preocuparse ayuda a afrontar las cosas y que mejora los resultados) **(PIR 13, 156)**.

– Terapia de regulación de las emociones de Mennin (2004). Conjuga la TCC con técnicas experienciales y de aprendizaje de habilidades de regulación emocional.

– Terapia conductual basada en la aceptación de Roemer y Orsillo (2007). Integra la aproximación de conciencia plena y la aceptación de las propias experiencias internas con la TCC.

4.2. TCC PARA LA FOBIA SOCIAL (FS)

Los tratamientos empíricamente validados se centran en estrategias de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales (EHS), relajación y exposición.

• **TCC en grupo de Heimberg y cols.** (1998). Reestructuración cognitiva, tareas conductuales en grupo y de exposición a situaciones cotidianas reales.

• **TCC comprensiva de Davidson y cols.** (2004). Añade a los anteriores componentes de EHS.

• A diferencia de los anteriores **Clark y cols**. (1995) propusieron un **Protocolo de Tratamiento Individual** más centrado en aspectos cognitivos (ej. interpretación de situaciones sociales, la actuación social y el riesgo social, expectativas, foco de atención, etc.).

4.3. TCC PARA EL TRASTORNO DE PÁNICO Y AGORAFOBIA

Los tratamientos cognitivo-conductuales para el trastorno de angustia y agorafobia son altamente efectivos: entre el 80% y el 100% de los pacientes estarán libres de pánico al finalizar el tratamiento y mantendrán las ganancias en dos años (Craske y Barlow, 2008). No obstante, todavía quedan por resolver algunos aspectos: la sintomatología residual (en al menos 50% de pacientes tratados) y adaptar los tratamientos a pacientes resistentes. Los protocolos de intervención con mayor evidencia empírica son la **Terapia Cognitiva para el Trastorno de angustia de Clark** (1989)

y el **Tratamiento para el control del Pánico de Barlow** (1988) (ver Manual CEDE Psicología Clínica).

4.4. TCC PARA EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

Las terapias cognitivo-conductuales se dirigen a modificar el significado de las obsesiones, la responsabilidad o la fusión pensamiento-acción, y con frecuencia se utilizan en combinación con las técnicas de exposición con prevención de respuesta (EPR). En general, no aportan mayor eficacia a la EPR, por lo que al tratarse de un tratamiento más complejo, la EPR es más eficiente.

4.5. TCC PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Se dirige modificar el significado que tiene el trauma para el paciente, la sensación de peligro actual, desconfianza hacia los otros y evaluaciones negativas de uno mismo. Dentro de este marco se encuentra la **Terapia de procesamiento cognitivo de Resick y Schnicke** (1993), que consta de dos componentes: terapia cognitiva y elementos de exposición. Estudios de eficacia diferencial reflejan que el componente activo es el cognitivo.

4.6. TCC PARA TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

El programa de **TCC de Fairburn y cols.** (1993) tanto para pacientes con bulimia nerviosa como para trastorno por atracón y su revisión más actual, denominada **TCC Reforzada** (Fairburn y cols. 2008), es el tratamiento más estudiado y considerado más eficaz.

En el tratamiento de la anorexia, los estudios muestran resultados confusos y contradictorios, pero sí se pone de manifiesto su capacidad para reducir el riesgo de recaídas después de haberse conseguido la recuperación del peso.

Destacan las siguientes estrategias y terapéuticas: procedimientos de carácter conductual (p. ej.: manejo de contingencias, exposición, etc.) y cognitivos, dirigidos a intervenir sobre la naturaleza egosintónica de los síntomas, creencias específicas en relación a la comida, el peso y la imagen corporal, la interacción entre elementos psicológicos y fisiológicos y el déficit de autoconcepto. También abordan de forma específica la motivación al cambio.

4.7. TCC PARA LA ESQUIZOFRENIA

La TCC se considera el tratamiento psicológico de elección para la sintomatología positiva. Parte de los supuestos de que se puede someter a “pruebas de realidad” las creencias delirantes, y de que existe una influencia mutua entre pensamientos y emoción (por un lado, la forma de dar sentido a las experiencias anómalas, por ejemplo voces, es el principal factor causal del malestar emocional; por otro, las emociones, principalmente depresión y ansiedad, están claramente implicadas en las recaídas). El núcleo de la TCC es la normalización, comprensión y verificación de las creencias y percepciones. En el trabajo con los delirios se examinan los detalles históricos que condujeron al primer episodio psicótico y se identifica cómo los pensamientos delirantes pueden estar ligados a sucesos desencadenantes. El trabajo con alucinaciones está orientado a reinterpretar el significado y origen de las alucinaciones (ej. origen interno vs. externo), y se han propuesto distintas estrategias de afrontamiento: de distracción, de reducción de la ansiedad y, sobre todo, de focalización.

Las intervenciones familiares psicoeducativas también han demostrado ser eficaces e incluyen los siguientes ingredientes: compromiso de la familia en el proceso de tratamiento, educación sobre la esquizofrenia, entrenamiento en comunicación, entrenamiento en solución de problemas e intervención en crisis. Eficaces en la reducción de recaídas y otros índices (carga familiar, emoción expresada, cumplimiento terapéutico, adaptación social, etc.)

4.8. INTERVENCIONES PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL

Las estrategias de regulación emocional se han incorporado a buena parte de los programas de intervención cognitivo conductuales sobre todo para el abordaje de problemas que implican una activación emocional muy intensa (p. ej.: conductas autolesivas, adicciones, depresión, ansiedad, trastornos de alimentación, agresiones y problemas familiares). Los datos de eficacia se han obtenido básicamente en torno a la Terapia Conductual Dialéctica.

Gross (1998) define el concepto de regulación emocional como un proceso por el cual los individuos influyen en sus emociones, en cuándo las tienen y cómo las experimentan y expresan. Las intervenciones en regulación emocional están por tanto dirigidas a proveer al sujeto de la capacidad para experimentar, influenciar, controlar o expresar emociones de tal manera que faciliten la conducta dirigida a objetivos en su medio y no la interfieran.

© CEDE – www.pir.es

Por contra, la desregulación emocional se produce cuando una persona es incapaz de aceptar o cambiar diferentes componentes del proceso emocional o experimenta un nivel de intensidad desmedido que interfiere con su autocontrol.

Se han propuesto dos acercamientos diferentes a la hora de abordar el proceso de desregulación emocional: estrategias de aceptación y estrategias de cambio, dentro de las que se encuentran las siguientes técnicas:

a) Estrategias de aceptación:
- Educación emocional.
- Discriminación emocional.
- Etiquetación emocional.
- Expresión emocional ajustada **(PIR 13, 109)**.
- Incremento de la tolerancia a los estados emocionales.
- Mindfulness.
- Normalización y validación de la experiencia emocional.

b) Estrategias de cambio:
- Exposición con prevención de respuesta.
- Disminución de la vulnerabilidad a la desregulación.
- Estrategias de control estimular.
- Distracción y desactivación fisiológica.
- Activación conductual.
- Incremento de las habilidades sociales.
- Resolución de problemas.

5. LOS MODELOS INTERMEDIOS

Entre los modelos clásicos de terapia cognitiva (cognitivo-comportamental y de reestructuración cognitiva) y los modelos constructivistas, se pueden clasificar una serie de modelos que se encuentran a medio camino entre el paradigma racionalista y el postracionalista. Algunos de estos modelos "intermedios" evolucionan desde los modelos racionalistas y mantienen algunos conceptos y técnicas que denotan su cercanía. Por ejemplo, siguen haciendo referencia al concepto de esquema y hacen uso de las técnicas conductuales o de reestructuración cognitiva para promover el cambio terapéutico. Sin embargo, estos modelos en ocasiones se centran en el afecto frente a la cognición o bien promueven un tipo de relación terapéutica más intensa. También consideran que juega un papel muy importante el procesamiento no consciente o tácito de la información y le conceden un espacio en la evaluación y tratamiento al desarrollo histórico-biográfico del paciente. Por ello, se considera que en cierto modo estos modelos se alejan del paradigma racionalista y se aproximan al constructivismo. Isabel Caro (2011) incluye dentro de los modelos "intermedios" en psicoterapias cognitivas a las siguientes formas de psicoterapia:

- Terapia Cognitivo-Analítica de Ryle.
- Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler.
- Terapia Centrada en los Esquemas de Young.
- Terapia Lingüística de Evaluación de Caro.
- Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Segal et al.).

5.1. LA TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

La terapia centrada en esquemas de Young (1994) se nutre de la terapia cognitiva de Beck, ampliándola. Fue desarrollada para trabajar con trastornos de la personalidad y progresivamente se ha ido ampliando a otras problemáticas. Los clientes con trastornos de personalidad no alcanzan los requerimientos básicos del modelo cognitivo tradicional:

- Tienen dificultades para reconocer emociones y cogniciones.
- Pueden no articular sus problemas de forma centrada.
- Pueden no asumir las tareas para casa.
- Pueden resistirse a una relación terapéutica colaboradora.
- Pueden tener dificultades para modificar creencias rígidas.

5.1.1. Desarrollo teórico

La terapia centrada en esquemas modifica el modelo de Beck y propone un mayor énfasis en la relación terapéutica, en el funcionamiento interpersonal y en las emociones, y presta una mayor atención a los acontecimientos de la primera infancia **(PIR 08, 148)**.

Young (1994) propone que las personas construimos determinados esquemas desadaptativos tempranos, que se desarrollan de forma prematura en la infancia por la acumulación de interacciones negativas con personas significativas, y que se extienden a lo largo de nuestra vida de forma crónica (a no ser que sean tratados). Son multifacéticos con componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y conductuales. Son temas amplios concernientes al sí mismo y a las relaciones con los demás y llevan a emociones intensas y disfuncionales, conductas autodestructivas, experiencias interpersonales negativas o perjudicar a los demás. Interrumpen la habilidad de los individuos para lograr sus necesidades básicas (autodeterminación, independencia, relación interpersonal, validación, espontaneidad, límites realistas). Se mantienen rígidamente siendo difíciles de cambiar, ya que abarcan el núcleo individual del sentido del sí mismo, perpetuándose mediante patrones autodestructivos y no siendo susceptibles de cambio mediante las estrategias cognitivo-conductuales tradicionales. Están fuera de la conciencia, aunque las personas pueden ser entrenadas para identificarlos **(PIR 12, 176)**.

Young ha identificado 18 esquemas desadaptativos tempranos que se agrupan en cinco dimensiones, las cuales reflejan necesidades críticas de adaptación de los niños y de su funcionamiento interpersonal con los adultos.

1. **Desconexión/rechazo.** Individuos que fueron criados en entornos que carecían de alimento, afecto, aceptación y estabilidad. De adultos asumen que no encontrarán sus deseos de amor, aceptación, seguridad y empatía.

   - **Abandono/inestabilidad.** Creencia de que la capacidad de los demás para darnos apoyo será poco fiable o estable.

   - **Desconfianza/abuso.** Expectativa de que el individuo será herido o los demás se aprovecharán de él.

   - **Pérdida emocional.** Creencia en que no lograremos nuestras necesidades de apoyo emocional. Alimentación, empatía y protección constituyen las tres formas de pérdida.

   - **Imperfección/vergüenza.** Recoge la visión del sí mismo como antipático e indeseable socialmente.

© CEDE – www.pir.es

– **Aislamiento social/alienación.** Creencia en que uno no es parte del grupo o comunidad, que uno está solo y es diferente de los otros.

2. **Perjuicio en autonomía y desempeño.** Refleja ambientes de la infancia complicados y sobreprotectores que impiden al niño ser independiente y llegar a alcanzar algo fuera de la familia. De adultos son individuos dependientes de los demás y no creen que tengan habilidades adecuadas de afrontamiento.

– **Dependencia/incompetencia.** Creencia en que el individuo es incompetente y está desamparado, necesitando de los demás para funcionar.

– **Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad.** Esperan tener experiencias negativas que no controlarán, crisis médicas, emocionales o naturales.

– **Inmaduro/complicación.** En individuos que se relacionan demasiado con personas significativas, al coste de su propio desarrollo.

– **Fracaso.** Visión de que ha fracasado en el pasado y seguirá haciéndolo en el futuro, debido a la ausencia de inteligencia, talento, etc.

3. **Límites inadecuados.** Individuos criados por padres permisivos o demasiado indulgentes, que pueden haber aprendido un sentimiento de superioridad. De adultos pueden carecer de autodisciplina y tener un sentimiento de autoridad. Pueden ser insensibles a las necesidades y deseos de los demás.

– **Derecho/grandiosidad.** Creencia de que el individuo es superior a los demás. Pueden ser extremadamente competitivos o dominantes.
– **Autocontrol insuficiente/autodisciplina.** En individuos que no demuestran autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar las emociones.

4. **Tendencia hacia el otro.** Fomentada por experiencias tempranas en las que las necesidades del niño son secundarias a las necesidades de los demás. De adulto se interesa por el bienestar de los demás y por ganar su aprobación, abandonando sus propias necesidades.

– **Subyugación.** Abandono del control debido a sentimientos externos de coerción, esperando que los demás sean agresivos, revanchistas o que les abandonen si expresan sus sentimientos.

– **Autosacrificio.** Individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que puedan ahorrar dolor a los demás.

– **Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento.** Centrarse en ganar la aceptación de los demás, a costa del desarrollo de nuestra propia identidad.

5. **Sobrevigilancia e inhibición.** Niños criados en el perfeccionismo, en una familia rígida. De adultos se muestran demasiado controlados, con reglas extremadamente elevadas, inhibiendo su sentido de satisfacción y espontaneidad.

– **Negatividad/vulnerabilidad al error.** Refleja el prestar atención a los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada irá bien para ellos. Pesimismo omnipresente, tristeza y preocupación.

– **Control excesivo/inhibición emocional.** Individuos que evitan la espontaneidad para mantener un sentido de previsibilidad y controlabilidad en sus vidas o evitar la vergüenza.

– **Reglas implacables/hipercríticas.** Creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica.

– **Condena.** Creencia en que los individuos deberían ser fuertemente castigados por sus errores. No toleran sus propios errores ni los ajenos.

Los esquemas se asocian a tres procesos que perfilan, a su vez, determinados estilos de afrontamiento:

– ***Mantenimiento de esquemas:*** mantiene pensamientos, creencias y comportamientos de tal forma que perpetúa el esquema.

– ***Evitación del esquema:*** evita cogniciones, afectos o conductas para no activar el esquema.

– ***Compensación del esquema:*** cuando la persona compensa en exceso el afecto desagradable asociado al esquema activado. Por ejemplo, fanfarronear bajo un sentimiento de inferioridad.

Las personas se comportan de una determinada manera en función de los esquemas disfuncionales tempranos y el estilo de afrontamiento que desarrollen. En los trastornos de personalidad se observan diferentes estados de humor o ego cambiantes. Estos "**Modos de esquemas**" hacen referencia a partes del sí mismo (pensamientos, emocio-

nes y conductas relacionadas) que no han sido integrados con consistencia en una personalidad estable. Los modos específicos son particularmente relevantes para cualquier trastorno de personalidad. Así, los narcisistas experimentan tres modos primarios: el modo niño solitario, el sí mismo engrandecedor y el sí mismo tranquilizador independiente. Los modos son temporales y activados por algún tipo de estresor. Se puede cambiar de modo rápidamente o predominar uno de ellos.

5.1.2. Tratamiento

1ª Fase: Evaluación y educación

Se trata de identificar y activar los esquemas desadaptativos tempranos relevantes para el cliente y educarle sobre su papel mantenedor en patrones de vida desadaptativos. Estrategias a seguir:

– Revisión de vida donde se identifican patrones de funcionamiento y se relacionan los problemas presentes con su origen histórico.

– Adiestrar a los clientes sobre sus esquemas (lectura del libro de autoayuda "Reinventando tu vida").

– Examinar sus respuestas a una variedad amplia de inventarios de esquemas: Cuestionario de Esquemas de Young y Brown (1994); Inventario de evitación de Young-Rygh (1994); Inventario de Compensación de Young (1995) para evaluar el estilo de afrontamiento y el Inventario Multimodal de Historia de Vida de Lazarus (1991).

– Activar esquemas mediante técnicas experienciales, tales como imaginación. Se describen escenas y se establecen diálogos con los personajes, prestando atención a sus pensamientos y afectos **(PIR 19, 183)**.

– Discutir los patrones conducidos por esquemas en la relación terapéutica.

– Descubrir modos de esquemas disfuncionales, de larga duración, estilos de afrontamiento y otras conductas desadaptativas que interfieren con la satisfacción en las relaciones y profesiones.

Tras los cuestionarios y los ejercicios de imaginación, el terapeuta desarrolla una conceptualización del cliente incluyendo esquemas y estilos de afrontamiento, que es presentada al cliente para su armonización y focalización de la terapia en los esquemas y estilos de afrontamiento desadaptativos.

2ª Fase: Estrategias de cambio

Estrategias cognitivas: para demostrar lógica y racionalmente que las creencias no tienen sentido a nivel empírico: a) buscar evidencia empírica que contradiga sus esquemas, b) generar respuestas alternativas a pensamientos negativos y sistemas de creencias, c) reestructuración de las situaciones del pasado y reatribución de los comportamientos negativos de sus padres a otras causas, d) desarrollo de tarjetas de aviso de los esquemas que son elaboradas por cliente y terapeuta para ser leídas en el momento en que los esquemas disfuncionales se activen y e) diálogo de esquemas, en donde el cliente desarrolla una "voz saludable" en contra de la "voz del esquema".

Técnicas experienciales: se trata de provocar el lado emocional del cliente en sincronía con los cambios intelectuales facilitados por las estrategias cognitivas **(PIR 20, 145)**.

Mediante ejercicios de imaginación, juego de roles, aireación del afecto (prescripción de emociones apropiadas, estructuradas y contenidas), escritura de cartas (por ejemplo: escribir cartas a personas significativas para el sujeto en las que se expresen los sentimientos negativos que finalmente no suelen ser enviadas) y trabajo del niño interior (recrear escenas dolorosas de la niñez y alterarla corrigiendola para facilitar el cambio de esquemas) comienzan a sentir que lo que se dicen cognitivamente es realmente verdadero, para posteriormente, experienciar sus relaciones de forma diferente.

Atención a la relación terapéutica: la relación terapéutica puede utilizarse de dos maneras para producir un cambio en el esquema (Gluhoski y Young, 1997):

– Para realizar una Recrianza limitada. El terapeuta se comporta como un "padre", dirigiéndose al paciente desde otra perspectiva totalmente diferente a viejas pautas de comportamiento que tienen que ver con el tipo de relación que tuvo el paciente con sus figuras significativas.

– Para corregir esquemas que surgen en la interacción interpersonal.

Ruptura de patrones de conducta: se identifican patrones y se acuerdan tareas conductuales para romperlos, generalmente mediante la asignación de una lista jerárquica de tareas.

© CEDE – www.pir.es

5.2. TERAPIA DE VALORACIÓN COGNITIVA DE WESSLER Y WESSLER

Se configura sobre el aprendizaje social y la teoría interpersonal (Andrews, 1991), y sus procedimientos incluyen elementos de la terapia centrada en el cliente y la terapia de la Gestalt junto con la terapia racional emotiva. La teoría de Millon (1996) sobre personalidad influye notablemente en cómo conceptualiza los trastornos de personalidad.

Para este modelo las cogniciones y las valoraciones de sí mismo, de otras personas y de las situaciones son aspectos cruciales de las emociones y de las acciones. Trata de integrar aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, los cuales concibe como interdependientes. La TVC integra procesos cognitivos, afectivos e interpersonales en un enfoque que está limitado a determinados trastornos de personalidad.

Las personas nos regimos gobernados por unas *reglas personales de vida*, que aplicamos a situaciones específicas según las entendamos. Pueden ser explícitas o implícitas. Las reglas implícitas se infieren de las observaciones de conducta, observando que la persona se comporta "como si" estuviera guiada por una determinada regla. Estas reglas representan al mismo tiempo la versión idiosincrásica de una persona sobre las relaciones entre lo cognitivo y lo social (reglas naturales o inferenciales), y sus principios morales y éticos (reglas morales o preceptivas).

La autoestima, la culpa, etc. provienen de la consistencia de la actuación o no o del cumplimiento o no de las reglas.

Estas reglas actúan de tres maneras: a) como mediadores cognitivos de la experiencia afectiva, b) como componentes de un sistema interactivo de cognición, afecto e interacción, c) como algoritmo no consciente (vía almacenada para el procesamiento automático de la información social) para las respuestas basadas en valores.

Las reglas personales de vida pertenecen a un aspecto importante de la personalidad: los mapas cognitivos que explican la consistencia de la conducta o el afecto a través de las situaciones, siendo estructuras fundamentales que definen a la persona y su integridad como individuo.

Las cogniciones en este modelo tienen una función adicional a la de mediación de los procesos emocionales, y es el justificar la experiencia de los sentimientos, producir determinados sentimientos o apoyar las conductas defensivas. A este tipo de cogniciones se denominan cogniciones justificadoras.

Otro concepto a tener en cuenta es el de afecto personotípico, que hace referencia a la forma en que una persona experimenta unos sentimientos más frecuentemente que otros y que tiene su origen en las primeras etapas de la socialización. La persona perseguirá estados afectivos familiares, a menudo sin conocimiento consciente, de modo que buscará la seguridad de las experiencias familiares y los afectos que conllevan esas experiencias, en vez de simplemente de buscar el placer y evitar el dolor.

La hipótesis de la autoconfirmación afirma que la gente interactúa según patrones que extraen respuestas predecibles de las otras personas y que producen sentimientos familiares en el actor. Por ejemplo, si la ira es un afecto personotípico, el sujeto puede iniciar "provocaciones" en el otro, cuyo resultado será obtener respuestas que le harán sentirse enfadado.

El modelo también postula la existencia de un punto fijo emocional que actúa regulando las experiencias afectivas, de modo que cuando éstas se desvían de un cierto rango empieza a tener lugar un proceso de autorregulación que produce el efecto de retornar los sentimientos de la persona a aquellos que le son más familiares.

Las maniobras de seguridad son acciones que construyen la realidad de una manera tal que los resultados producen sentimientos de seguridad en la persona. Por otro lado estarían las cogniciones justificadas. Éstas serían pensamientos que tratarían de racionalizar el afecto personotípico con la finalidad de que la persona regrese a su punto fijo emocional.

No hay una separación entre evaluación e intervención, confundiéndose a menudo una con otra. El terapeuta se muestra cercano siendo la autorrevelación y el modelado factores que alientan la honestidad emocional de la conducta diaria del paciente. El terapeuta mediante un interrogatorio sobre las reglas personales y las cogniciones justificadoras del paciente trata de reconstruir su historia personal y le pide que actúe "como si" ya hubiese conseguido los cambios que busca, de modo que se pueda crear la disonancia cognitiva que lleva al cambio. De esta forma se ayuda al paciente a reconocer los patrones disfuncionales y se fomenta sus intentos de cambio mediante, por ejemplo, la escritura de un diario. Las cogniciones justificadoras se examinan instando a que sean abandonadas. Por otro lado, se pide que, una vez identificadas las maniobras de búsqueda de seguridad se haga lo opuesto al patrón habitual. Al final de cada sesión el terapeuta le da una nota al paciente donde le indica: a) aspectos más principales discutidos en la sesión a modo de resumen, b) patrones de

pensamientos, sentimientos y acciones identificados durante la sesión, c) tareas para casa que se opongan a los patrones. En todo proceso de cambio se dan retrocesos que son interpretados desde este modelo como intentos inconscientes de restaurar el punto fijo emocional.

5.3. LA TERAPIA LINGÜÍSTICA DE EVALUACIÓN

La terapia diseñada por I.Caro se basa en la teoría de la semántica general (**Korzybski**, 1933). El procedimiento clínico está diseñado para que el paciente de forma progresiva vaya practicando los elementos terapéuticos, viendo cómo puede resolver situaciones/problema cambiando el uso que hace del lenguaje. Para la semántica general la vida tiene lugar en los niveles no verbales, por lo que se entrena a las personas a entrar en contacto con lo no verbal con métodos de visualización, relajación, trabajo corporal, etc. Pero, al mismo tiempo, se enseña a los pacientes a verbalizar mejor, ajustando la estructura de lo que dicen a la estructura de lo que experimentan.

5.3.1. Conceptos

Entiende la evaluación como un proceso clínico, en donde se trabaja con las evaluaciones verbales para afectar a las no verbales, entendiendo que estamos separando cosas que son inseparables cuando se experimentan.

La ***orientación intensional***: se manifiesta en lo que el paciente siente, se dice y nos comunica. Hay tres tendencias básicas que representan cómo aportamos significados, cómo conocemos a través del lenguaje:

– Identificar o convertir las palabras en hechos, por ejemplo a través del verbo "ser", soy un fracasado. Se confunden las palabras con los "hechos".

– Anticipar o seguir un orden equivocado de evaluación, es decir, anteponer palabras a hechos. Por ejemplo hacer inferencias, anticipar, etc. "no quiero salir de excursión con mi familia, pues vamos a tener un accidente".

– Intensionalización, incluye a los otros dos y es cuando utilizamos el lenguaje sin matices, de manera absolutista: "todo lo que he hecho lo he hecho mal". El sujeto se guía por las palabras y no por los hechos.

La ***orientación extensional***: tenemos una actitud extensional cuando no identificamos, no anticipamos y hacemos extensionalizaciones, es decir, entramos en contacto con los hechos de forma continua. El terapeuta ha de hacer que el paciente desarrolle una actitud diferente que le ayude a diferenciar entre palabras y hechos. El objetivo de la terapia es el desarrollo de una orientación extensional.

5.3.2. Estrategias de intervención

Se trata de una terapia breve (entre 8-10 y 20-25 sesiones de 45-60 minutos, una vez a la semana).

Se utilizan diversas estrategias para conseguir desarrollar una orientación extensional en el paciente:

– **Órdenes de abstracción:** razonamiento inductivo mediante el cual se intenta que el paciente llegue a conclusiones más ajustadas

– **Dispositivos extensionales:** técnicas que hacen los enunciados más extensionales mediante la utilización de índices, fechas, plurales, condicionales, conciencia de proyección, cuantificación y definición de la acción.

– **Debate semántico general:** lograr que el paciente acepte los hechos y los diferencie de las palabras que hablan de los hechos.

– **Trabajo lingüístico con las evaluaciones:** conceptualización de los problemas teniendo en cuenta el uso que se hace del lenguaje, de forma que el paciente tome conciencia de qué tipo de evaluaciones realiza más frecuentemente y consiga realizar evaluaciones de tipo extensional.

6. LOS MODELOS CONSTRUCTIVISTAS

Evolución histórica de los modelos

El constructivismo tiene antecendentes que se pueden remontar a Giambattista Vico, Inmanuel Kant y Hans Vaihinger que enfatizaron el carácter proactivo, moldeador y ficticio del ser humano y su papel a la hora de configurar realidades a las que respondemos (Mahoney,1995). Otras fuentes dentro de la psicología son Bartlett, Korzybski, Weiner y Piaget que atrajeron la atención sobre los procesos constructivos, semánticos de la memoria, el lenguaje y la cognición. A mediados de siglo empezó a emerger una psicoterapia constructivista de la que fue precursor Kelly, con su teoría sobre los constructos personales.

Se considera a **Kelly** (1955) el primer teórico que presenta una teoría de la personalidad y un enfoque de la clínica y de la terapia que se puede considerar cognitivo. Para Kelly, la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo; este autor basa su teoría en la sistematización de las estructuras de signifi-

© CEDE – www.pir.es

cado del individuo y su práctica clínica es la comprensión de esas estructuras en los propios términos del sujeto, consistiendo el cambio psicológico en una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al sí mismo y al mundo **(PIR 01, 220)**.

En los años ochenta, surgen autores como **Guidano** y **Liotti** (1983) y el giro conceptual tomado por **Mahoney** en los que la **orientación constructivista**, apoyada en la **epistemología evolucionista** toma un papel relevante.

No es fácil definir este modelo, ya que como señalan diversos autores se trataría más que de una técnica de terapia, de un contexto filosófico producto de un zeigesist dentro del cual se hace terapia.

Mahoney (1995) citado en I. Caro (1997) señala que el constructivismo acoge a una gran familia de teorías o terapias de las que destacan una serie de principios:

– Los seres humanos son participantes proactivos (y no pasivos de forma reactiva) en su propia experiencia. El conocimiento humano es interpersonal, evolutivo y proactivo.

– La casi totalidad de procesos de orden que organizan la vida humana opera a niveles tácitos de conciencia.

– La experiencia humana y el desarrollo psicológico personal reflejan la operación continua de los procesos individualizados, autoorganizadores que tienden a favorecer el mantenimiento de los patrones experienciales. Como expresa Guidano (1991) los sistemas humanos son sistemas caracterizados por un desarrollo autoorganizativo, que busca proteger y mantener la coherencia y la integridad interna.

– Estos modelos asumen parte de los presupuestos del construccionismo social y, sobre todo, aquel en el que se afirma la constitución social de los sistemas de creencias y de lo que podemos llamar nuestras realidades. Emplaza al sí mismo en un contexto social, conocemos el mundo y a nosotros mismos en un marco de relaciones, en un marco interpersonal, siempre en conexión con nuestra relación con los otros.

– Mantienen que no se puede afirmar la validez del conocimiento sino su viabilidad.

La perspectiva constructivista ha definido el tipo de relación terapéutica como de "de experto a experto", ya que considera la psicoterapia como un proceso de colaboración entre el terapeuta como experto en procesos de cambio y el consultante como experto en su propia vida. Este enfoque da una importancia central a la comprensión y estudio sistemático de la visión del consultante sobre el problema, sobre sí mismo y de los demás implicados **(PIR 14, 146)**.

6.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Métodos estructurales

Pretenden establecer la estructura implícita u organizativa del sistema de creencias de un individuo.

Escalamiento: Introducida por Hinkle (1965), discípulo de G. Kelly, consiste en una entrevista estructurada simple que pretende examinar los constructos supraordinales o las implicaciones de orden superior de aquellos constructos personales importantes que el sujeto utiliza para construir el mundo.

Escalamiento dialéctico: Cuando el sujeto se encuentra incapaz de encontrar algún valor preferencial, resulta útil este procedimiento. Consiste en un conjunto de implicaciones supraordenadas en que los constructos contrapuestos se unen en un orden de síntesis o integración superior.

Estas dos técnicas son especialmente efectivas cuando se trata de aclarar valores del individuo o en casos de toma de decisiones.

Sentido hacia abajo: Las técnicas de escalamiento establecen relaciones siguiendo el sentido de lo específico a lo general o abstracto. Esta técnica se utiliza para establecer las relaciones de cadenas implícitas en una situación dada. Una vez detectados los pensamientos automáticos, extrayendo creencias y conclusiones asociadas a los mismos, se pregunta la repercusión de ellos para él, tratando de establecer los nexos existentes entre las premisas iniciales y las conclusiones finales. Es útil en la exploración de reacciones emocionales sobrevaloradas. En este grupo de técnicas se encuadra la flecha descendente.

Técnica de rejilla: Consiste en la elaboración de un conjunto de representaciones de las relaciones existentes entre el conjunto de cosas que la persona construye (elementos) y el conjunto de formas de construcción de dicha persona (los constructos). Útil en los casos en los que el sujeto muestra una especial dificultad con la ambigüedad. Su limitación se encuentra en lo poco que nos dice del proceso actual de construcción.

Métodos orientados hacia el proceso

Se centran en el proceso, flujo y cambio de las construcciones a través del tiempo.

Autocaracterización: Técnica procedente de la terapia de rol fijo de Kelly (1955) en la que se emplean significados narrativos con fines terapéuticos. Supone plantear al individuo que describa su carácter en tercera persona. Útil en las primeras sesiones de terapia y con personas que muestran problemas conflictivos con otras personas.

Fluir de conciencia: Desarrollada por Mahoney (1991) es similar a la asociación libre (Freud) o la cadena de asociaciones (Kelly) aunque con más permisividad hacia el individuo, al considerar que las defensas poseen un papel de defensa más que de ocultación o engaño. Se refiere a la asociación que realizan los sujetos sobre sus pensamientos, sensaciones, imágenes, memorias y sentimientos. El terapeuta evita interpretar o desafiar al sujeto sobre los aspectos que éste mencione.

Zigzagueo sistémico: Utilizada para evaluar y clarificar la posición de cada uno de los miembros de un sistema relevante, que se define como la posición integrada que cada persona toma en el nivel de construcción y acción. Es decir, por una parte, lo que uno piensa sobre sí mismo, en relación al resto de miembros del grupo, así como lo que cada uno piensa que los demás piensan de él; por otra parte, los comportamientos conectados, directamente con dichas construcciones y que hacen que los individuos confirmen sus hipótesis acerca de uno mismo y de los otros miembros.

6.2. TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES DE G. KELLY

Las personas funcionamos como científicos tratando de formular teorías (sistema de constructos) que nos permiten organizar, predecir y negociar nuestra vinculación experiencial con el mundo. Esta terapia pone énfasis en la estructura de los sistemas de creencias y en su naturaleza radicalmente social. Postula que el acto de conocimiento elemental es formular una distinción que puntúa el flujo de experiencia distinguiendo acontecimientos de acuerdo con contrastes que son significativos para el observador. De esta forma se va construyendo, a medida que la persona madura, constructos bipolares a modo de discriminaciones sentidas (no se puede separar cognición y emoción) que conforman el sistema de significados personales, que gobiernan los procesos psicológicos. El terapeuta ha de validar el sistema de creencias del sujeto para que encuentre una base segura desde la cual explorar y revisar su sistema de construcción.

Los procesos de construcción y reconstrucción de este sistema se desarrollan en la interacción social por lo que el terapeuta recoge información del ambiente social en el que la persona se mueve, y entrevista a quien crea oportuno.

Este sistema de constructos personales está ordenado jerárquicamente (ver apuntes de Personalidad y Diferencial) y constituye una red de implicaciones cuya estructura y contenido pueden ser evaluados clínicamente mediante una variedad de índices fiables de la técnica de rejilla. Los problemas psicológicos provienen de una perturbación significativa en este mundo constructivo del cliente.

Por lo tanto, la terapia supone una delicada negociación y renegociación de significados personales e interpersonales.

***Técnica del rol fijo**:*

La técnica se desarrolla en cuatro pasos **(PIR 07, 103; PIR 10, 147; PIR 15, 108)**:

– El paciente escribe una definición de sí mismo en tercera persona (autocaracterización).
– Terapeuta y paciente reescriben el rol de modo que permita la exploración de nuevos esquemas alternativos.
– El paciente ejecuta el nuevo rol en su vida cotidiana, se comporta como si realmente fuese así. Se realiza durante unas dos semanas.
– Se trabaja desde la nueva perspectiva para reestructurar los constructos y esquemas.

Se han señalado diversos criterios para aplicar la técnica del rol fijo:

- **Fase de autocaracterización:**
  – Indicada en sujetos con conflictos interpersonales.
  – Al inicio de un tratamiento como técnica de evaluación.

- **Rol fijo:**
  – Cuando existe tiempo limitado.
  – El cliente está “empachado” por haber utilizado previamente otros acercamientos terapéuticos.
  – Al final de un tratamiento para romper la sobreintelectualización.
  – Al inicio de un tratamiento para promover una construcción alternativa.

© CEDE – www.pir.es

6.3. TERAPIA COGNITIVO NARRATIVA

La terapia cognitivo-narrativa (**Gonçalves)** tiene como objetivo llevar al paciente a construir, en el curso de su interacción con el terapeuta y con su comunidad conversacional, una realidad múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significación. Se intenta que el cliente construya un discurso narrativo rico en términos de multiplicidad, complejidad y coherencia, adaptado a las exigencias impuestas por una sociedad que es esencialmente multivocal, multicultural y multifrénica (Gonçalves, 1997). El trastorno psicológico está provocado por esta incapacidad de dar cuenta de la diversidad y potencialidad de la experiencia a través de la organización de un discurso narrativo que sea, simultáneamente, diverso, complejo y coherente.

Los sentimientos de desánimo y singularidad que experimentan los clientes vienen dados porque:

(1) Asume la existencia de una realidad externa e interna absolutas e insustituibles.
(2) Asume la responsabilidad de constructor único de esa realidad.

En lugar de:

(1) Ver la realidad como un proceso de negociación entre múltiples posibilidades y la multiplicidad de sus propias experiencias.

(2) Ver la realidad como un proceso de negociación interpersonal de múltiples posibilidades, disponibles por la variedad de una matriz social.

La psicoterapia cognitivo-narrativa trata de facilitar la construcción narrativa, que proporcione al cliente una elaboración múltiple de contenidos, procesualmente más compleja y estructuralmente más coherente, en un contexto de elaboración discursiva y conversacional con el terapeuta o con otros elementos significativos de la comunidad lingüística del cliente.

La actitud narrativa se divide en cinco elementos esenciales. Se trabaja en dos difrecciones:

Nivel sincrónico: se trabajan las actitudes narrativas en el contexto de cada una de las experiencias singulares y diarias del paciente.

Nivel diacrónico: el terapeuta y el cliente aplican estas actitudes a los temas centrales de sus historias de vida.

Recuerdo: Capacidad para anotar circunstancias episódicas de la vida, que permitan una mayor estructuración y diferenciación de las narrativas de vida del sujeto. El sujeto lleva a cabo un diario de experiencias actuales (narrativas diarias) y otro de sus recuerdos biográficos, uno por año de vida.

Objetivación: Capacidad para explorar las múltiples sensorialidades de la experiencia, lo que favorece una narrativa más compleja y diversificada. Se revisan los recuerdos anteriores intentando apreciarlos sensorialmente, lo cual facilita una reactivación vivencial. En esta fase el sujeto es orientado a escoger un recuerdo biográfico significativo, "la narrativa prototipo".

Subjetivación: Capacidad para diversificar la experiencia emocional y cognitiva enriqueciendo así la experiencia interna del cliente. En la primera fase de la subjetivación, el sujeto aprende a apreciar las emociones relacionadas con sus recuerdos. En la segunda fase, se centra en la recuperación de las cogniciones automáticas relacionadas con los recuerdos.

Metaforización: Capacidad para construir significados múltiples de la experiencia. Se instruye al cliente en el uso de metáforas, el sujeto elige una que represente su funcionamiento en las diversas narrativas recorridas.

Proyección: Capacidad de intencionalizar las experiencias del futuro. Se seleccionan metáforas alternativas a la narrativa prototipo de modo que permita un nuevo proceso de objetivación y subjetivación de sus narrativas y favorezca la proyección de futuro.

6.4. TERAPIA COGNITIVO ESTRUCTURAL (GUIDANO Y LIOTTI)

6.4.1. Desarrollo teórico

Estos autores consideran el conocimiento como un proceso de interacción continua entre el organismo cognoscente y la realidad, situándose en un realismo crítico, desde el cual consideran el logro del conocimiento completo y absoluto como un *desideratum* hacia el cual tendemos sin posibilidad de alcanzarlo nunca. El orden y regularidad de nuestra experiencia fenoménica son el producto de una mente humana activa y constructiva y no un mero reflejo de la realidad del mundo externo (teorías motoras de la mente, Weiner, 1977). Afirman que el ser humano aprende a reconocerse a sí mismo progresivamente y va unificando todo ese conocimiento en una identidad personal (sí-mismo) que se va a convertir en el centro de la realidad.

Se establece una interacción dinámica entre el "sí-mismo" y el mundo.

Para estos autores la calidad de los patrones de apego entre el niño y las personas encargadas de su cuidado que se establezca en la infancia resultará fundamental para un desarrollo emocional y cognitivo sano. Postulan una serie de estadios por los que el niño ha de pasar en su proceso de construcción del sí mismo y el mundo en base a estas relaciones de apego: 1) infancia y edad preescolar ($2^{1/2}$-5 años), 2) niñez (6-12 años), adolescencia y juventud (12-18 años).

Entienden el sistema cognitivo humano como una teoría científica capaz de proporcionar una descripción del mundo. De hecho este sistema de conocimiento humano es incapaz de distinguir entre acontecimientos externos y sus representaciones internas, necesitando formar "modelos de realidad", siendo la única posibilidad de establecer una relación con el mundo externo.

Realizan una distinción entre conocimiento tácito y conocimiento explícito. Postulan la existencia de un **núcleo metafísico** entendido como un conjunto de supuestos básicos o grupos de reglas profundas que representan marcos de referencia generales capaces de organizar toda la información que llega del exterior, y que es capaz de elaborar de forma progresiva nuevos marcos de referencia (reglas tácitas más abstractas) para la construcción de nuevos modelos de la realidad. En el **nivel explícito**, los modelos de representación se conforman cada vez y en cada momento, y dan una imagen incompleta y limitada del sí mismo y del mundo, estando, por un lado, derivados de las estructuras de conocimiento tácito y, por otro, en función de las necesidades o acontecimientos que la persona esté experimentando en ese momento.

La identidad personal es el resultado de una relación continua entre el conocimiento tácito y la concepción consciente que la persona tiene del sí-mismo y del mundo. Es el marco de referencia que la persona utiliza para evaluarse a sí misma en relación con los acontecimientos externos. La autoestima dependería de la congruencia existente entre las creencias sobre el valor de uno mismo y las distintas valoraciones sobre su conducta y emociones. Además, las estructuras de identidad regulan la construcción de modelos de realidad en función de dos tipos de reglas: 1) reglas que coordinan la asimilación de la experiencia, 2) reglas que coordinan los procedimientos de solución de problemas.

A lo largo del desarrollo una persona irá cambiando la organización específica de los procesos de conocimiento personales que van emergiendo. Lo más característico de esta organización cognitiva personal es su evolución temporal y su plasticidad. En la evolución natural del conocimiento se produce un equilibrio dinámico a lo largo del ciclo vital, bajo el cual se encuentra un proceso de autoorganización disipativo (desarrollo espontáneo de niveles de orden progresivamente más elevados dentro del sistema, logrados a partir de la obtención de un punto crítico de equilibrio).

Existen unos procesos de mantenimiento de la organización cognitiva que se explican por la tendencia a buscar evidencia confirmatoria en relación a la actitud hacia uno mismo y la actitud hacia la realidad. Los cambios se deben a la percepción de discrepancias que no encajan en el sistema y se conceptualizan como:

a) Reestructuración de la actitud del paciente hacia sí mismo, como resultado de la reconstrucción de conjuntos de reglas profundas que surgen del autoconocimiento tácito (cambio profundo).

b) Reestructuración que sólo implica la modificación de la actitud del paciente hacia la realidad y que ocurre constantemente (cambio superficial).

c) Paso de un metanivel más elevado de representación del conocimiento (cambio progresivo).

d) Estancamiento o fracaso de ese proceso (cambio regresivo).

6.4.2. La intervención

Lo que va a diferenciar a este modelo constructivista de los modelos cognitivos tradicionales es que no va a proporcionar al paciente un mayor grado de autocontrol, dándole más armas y estrategias de afrontamiento para que intente recuperar ese equilibrio perdido, sino que, se centra en ver de qué modo es posible ayudar al paciente para que asimile los desequilibrios que se han producido a lo largo de todo su proceso de desarrollo personal y que han frustrado sus intentos por alcanzar niveles de conocimiento y autoconciencia más elevados. Por ello, habría que ver qué tipo de estadios de desarrollo han dado lugar a esa organización cognitiva personal y de qué modo esta organización cognitiva personal determina la forma que adquiere la experiencia momento a momento.

La evaluación se estructura en tres niveles:

1) Análisis funcional típico, para que el paciente empiece a pensar en términos de antecedentes y consecuencias.

© CEDE – www.pir.es

2) Análisis cognitivo-funcional, para hacer más consciente al paciente de los pensamientos que generalmente preceden, acompañan o siguen a las conductas problema.

3) Análisis de desarrollo.

La terapia intentará fomentar cambios superficiales y posteriormente, según los deseos del paciente, podrá pasarse a niveles más profundos. Un cambio superficial supone intervenir sobre la actitud hacia la realidad, sin revisar la identidad personal. En un cambio profundo hay una reorganización de la actitud hacia uno mismo, lo que supondrá posibles modificaciones de la identidad personal. Utilizan ***técnicas cognitivo-conductuales*** y ***técnicas cognitivas*** para fomentar cambios superficiales, *técnicas que cuestionan las teorías que mantienen los pacientes* como las de ***reestructuración cognitiva*** una vez que se ha finalizado el análisis del desarrollo, ***técnicas semánticas*** para ayudar al paciente a utilizar adecuadamente los verbos (ser, deber, poder, etc.) junto a una serie de pronombres (yo, tú, ellos, etc.), ***el cuestionamiento de las teorías de la identidad personal***…

Para estos autores es más importante el momento en que se utiliza una técnica (timing) que la técnica en sí. Pudiéndose utilizar cualquier tipo de procedimiento que ayude a descubrir las reglas tácitas mientras se modifican las estructuras superficiales.

6.5. TERAPIA COGNITIVA POST-RACIONALISTA

V. **Guidano** desarrolla un proceso terapéutico a través del cual entrena al cliente a que utilice el método de la autoobservación para que discrimine entre la experiencia inmediata y las reflexiones cognitivas y evaluaciones post hoc, así como para que establezca un patrón de comunicación consistente y coherente entre el *"Yo que experiencia"* y el "*Mí que evalúa"*. Mediante la técnica del moviola (metáfora cinematográfica para estructurar el proceso de observación del sí mismo) se entrena al cliente a dividir una experiencia particular en una secuencia de escenas (visión panorámica), enriqueciendo los detalles de cada escena con aspectos sensoriales y emocionales (reducción) y, finalmente, reinsertar la escena, ya enriquecida, en la secuencia de la historia (amplificación). Cuando el cliente se ve a sí mismo, tanto desde un punto de vista subjetivo como objetivo, empieza a construir nuevas abstracciones sobre el sí mismo **(PIR 20, 150)**.

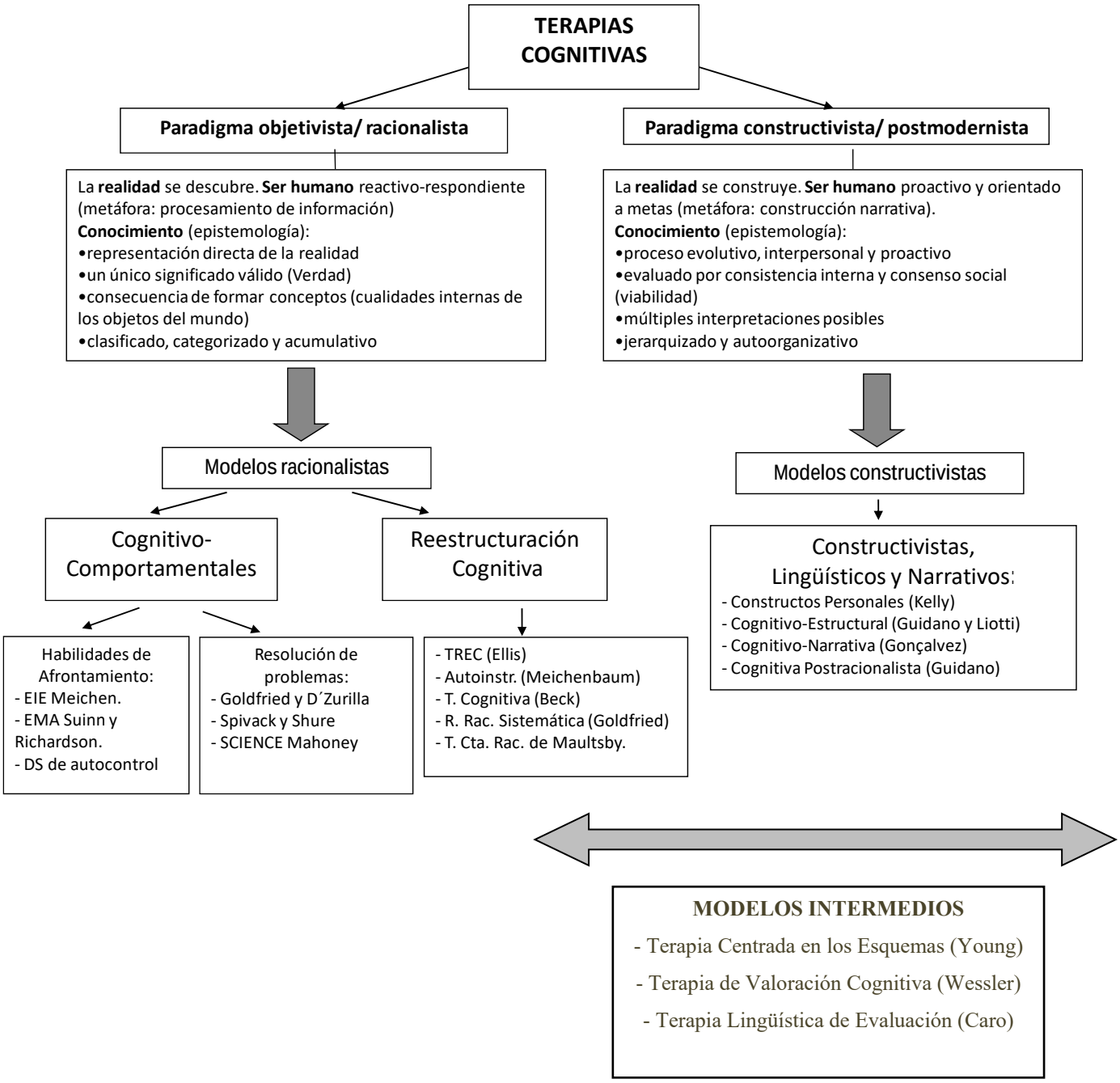
El proceso de autoobservación se desarrolla a través de tres fases:

1) Enfoque y reordenamiento de la experiencia emocional continua.

2) Reconstrucción del estilo afectivo del cliente.

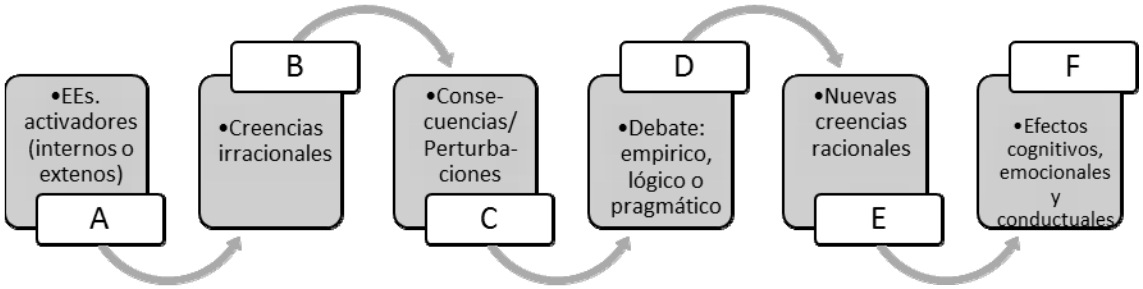
3) Llevando a cabo el análisis evolutivo a través de cuatro períodos de vida: infancia, niñez, primera adolescencia y pubertad, adolescencia tardía y juventud.

ESQUEMA DE CONTENIDOS

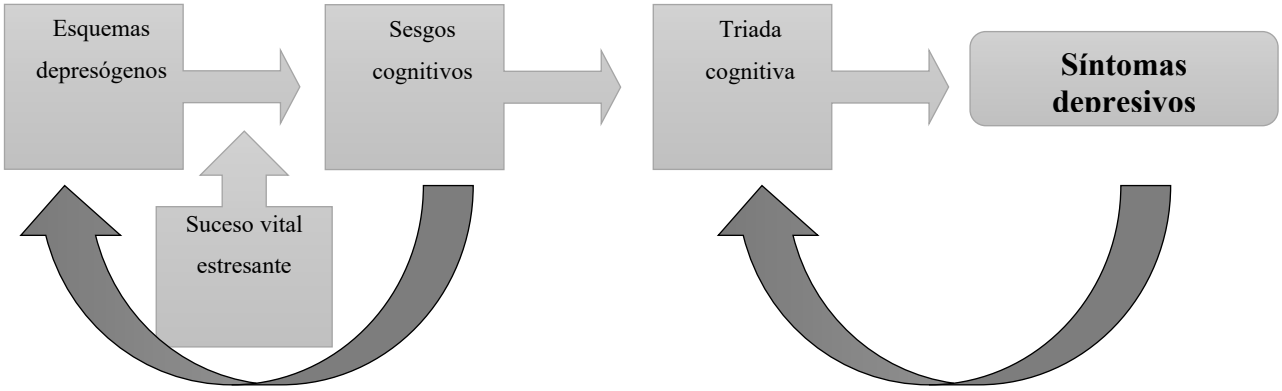


© CEDE – www.pir.es

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC) DE ELLIS



TERAPIA COGNITIVA DE BECK



TREC (Ellis)	TC (Beck)
– Las creencias disfuncionales como blanco terapéutico desde el inicio.	**– Las creencias disfuncionales se trabajan tras el manejo de los PANs y las distorsiones cognitivas.**
– Se utiliza, fundamentalmente, el debate racional para contrastar la validez de las creencias disfuncionales.	**– Se utilizan sobretodo el método de verificación de hipótesis para contrastar las creencias disfuncionales.**
– Énfasis filosófico y humanista junto con el científico.	**– Énfasis científico aunque no "antihumanista".**
– Relevancia de autoaceptación frente a la autovaloración.	**– Autoobservación realista frente a la distorsionada.**
– Menos estudios sobre eficacia.	**– Multitud de estudios sobre eficacia.**