

Bibliografía -

UNIDAD FALTANTE DE

INTRO.

CON ANTO

I

# EL MODELO COGNITIVO

## 1.1 - INTRODUCCIÓN

El modelo conocido como "cognitivo" o "cognitivo-conductual" en psicoterapia se funda en la investigación científica sobre el funcionamiento del cerebro y en los resultados obtenidos por los diferentes recursos y técnicas en el abordaje de los trastornos psicológicos. Su principal fortaleza está en la investigación y su respaldo en los resultados de las experiencias científicamente desarrolladas y comprobadas.

Sin embargo, la tarea de los psicoterapeutas y consejeros psicológicos frecuentemente va más allá de los trastornos especificados por la DSM-IV, y se dirige a resolver conflictos de pareja, insatisfacciones personales, crisis vitales, problemas de educación y problemas relacionados con la cultura, las costumbres, las creencias, los mitos y otras áreas de la vida individual y social.

Además de los trastornos de angustia (popularizados irreversiblemente por nuestra sociedad como "ataques de pánico"), las agorafobias o los trastornos obsesivos compulsivos, llegan a consulta los que hablan de "falta de realización", de "no encontrar su camino", de que "a esta edad deberían de estar casados", de "necesidad de crecer", de "no soportar la soledad" y otros temas vitales. Estos son problemas que escapan claramente a una definición de psicopatología para entrar en un terreno más filosófico y de origen cultural, por lo que el encuadre filosófico de los abordajes mantiene su importancia en el momento de ayudar a los consultantes a enfrentarlos.

Si bien algunos trastornos tienen una clara causa orgánica o fisiológica, también es cierto que gran cantidad de ellos, así como también los problemas que hemos enunciado antes, tienen una causa predominantemente cognitiva, cultural, ideológica, educativa o filosófica. Con esto quiero decir que en estos casos la causa del trastorno se centra en la forma de pensar del paciente sobre el problema, sobre sí mismo, sobre el mundo o sobre la vida.

El movimiento cognitivo en el campo de la psicología y más específicamente en el de la psicoterapia se inicia en la década de los años '50 con un concepto clave: Lo que perturba a las personas no son simplemente los hechos, sino sus pensamientos acerca de los hechos. La tarea de algunos puede ser modifi-

car los hechos, si fuera posible, pero la tarea del psicólogo es modificar lo que la persona piensa sobre los hechos.

Teniendo en cuenta todo lo dicho, es evidente que un buen psicoterapeuta no solo requiere del conocimiento científico sino de una visión filosófica apropiada para enfrentar muchos de los problemas presentados por sus pacientes.

Aunque el campo de la psicoterapia y la consultoría es totalmente interdisciplinario y transdisciplinario, por lo que una sola mirada resulta insuficiente, resulta útil diferenciar las intervenciones médicas de las psicológicas. Si las diferenciamos, vemos que la tarea del psicoterapeuta o del consultor se centra en la forma de pensar del paciente sobre su situación, sobre sí mismo, sobre los demás, sobre el mundo o sobre la vida, como causantes de sus perturbaciones emotivas y conductas disfuncionales, mientras que la tarea del médico se centra en los factores biológicos y fisiológicos que causan esas emociones y conductas.

Con esto pretendemos situar la tarea del psicólogo mucho más dentro del campo de la educación y de la guía para un reaprendizaje de lo que se muestra actualmente distintivo para el paciente, que de otras áreas como la de la medicina.

Es con este concepto que rescatamos tanto las investigaciones, recursos y técnicas que surgen de la escuela fundada por el Dr. Aaron T. Beck como los conceptos filosóficos y educativos que han surgido del modelo del Dr. Albert Ellis, quien suma además el mérito de ser el iniciador de esta corriente en 1956. Ambas escuelas han hecho valiosos e imprescindibles aportes a las psicoterapias que se extienden a los comienzos del siglo XXI.

Tampoco sería justo olvidar que seguimos aprendiendo y progresando en la comprensión y resolución de trastornos, porque ningún paradigma ni conocimiento son definitivos. Por eso el modelo cognitivo sigue abierto a los nuevos aportes que surgen, como la terapia de los esquemas de Jeffrey Young o todos los conceptos del constructivismo, la narrativa, las terapias centradas en las emociones y todas las propuestas conocidas como postracionalistas.

Continuando con nuestra reflexión, tampoco sería sensato dejar de lado múltiples recursos, técnicas y estrategias que han surgido de otras corrientes y han demostrado fehacientemente su eficacia en la práctica. Desde ese punto de vista, ya hemos incorporado los poderosos principios y técnicas psicoterapéuticas del psicodrama de Jacobo Levi Moreno (Obst Camerini, 2000), así como muchos conceptos y recursos de la Terapia Gestalt, sin olvidar los aportes de Carl Rogers, entre otras corrientes de importante influencia en este campo.

Finalmente, la visión de un buen psicoterapeuta o consejero, no podría ignorar el paradigma y los recursos del modelo sistémico, desarrollado en Palo Alto por el Mental Research Institute, imprescindible como alternativa para la com-

prensión y el abordaje de muchos casos.

Lo interesante de todo esto es que esta integración se puede realizar con base del modelo cognitivo conductual, porque podemos realizarla desarrollando y perfeccionándolo con los nuevos ángulos de vista, estrategias y técnicas.

Entonces, vale preguntarnos nuevamente en que consiste este modelo. El modelo cognitivo conductual en psicoterapia, en sus juicios posiblemente se pudo sintetizar en un concepto básico: el concepto de la mediación cognitiva.

Este concepto afirmaba que la respuesta (emotiva o conductual) ante los estímulos no dependía exclusivamente del estímulo, sino en gran parte de la evaluación de ese estímulo, de lo que la persona pensaba acerca del mismo.

Dicho con un breve ejemplo: Las personas no se deprimen porque su pareja ya no los ama o porque no han aprobado un examen, sino por lo que se dicen a sí mismo sobre eso, por lo que piensan sobre esa situación y sobre sí mismos en relación a sus objetivos o deseos.

Esto ha sido investigado, analizado y explicado por muchos estudiosos del tema, entre los que podemos citar a Richard Lazarus (1991), que ha denominado a ese procesamiento cognitivo "appraisal", que podemos traducir por evaluación o apreciación, y lo ha desarrollado en base a 6 ejes o componentes. Estos seis ejes permitirían determinar, según Lazarus, la respuesta emotiva de una persona ante una situación o estímulo.

Puede verse que la evaluación es una relación entre dos elementos: el acontecimiento y los objetivos de la persona. Esta evaluación, por sus aspectos netamente subjetivos, está influida por los sistemas de creencias, normas, actitudes, inferencias, supuestos, etc. de la persona. Por lo tanto, en su visión original, el modelo postulaba que es la estructura cognitiva la que finalmente determina las respuestas ante las situaciones. La concepción constructivista actualmente nos permite asignarle también carácter subjetivo al acontecimiento, como "construido" por las cogniciones.

Nuevos aportes de la ciencia actualmente permiten reconocer otras alternativas que demuestran que algunas veces la emoción se dispara antes del procesamiento cognitivo, como veremos en el próximo capítulo, aunque a nuestro criterio esto no modifica el abordaje terapéutico original sino que lo perfecciona.

Del concepto original se derivan los principios fundamentales del modelo, en cuanto a su estrategia:

Si las causas de los trastornos y problemas son las cogniciones, es necesario:

- 1º) **Conocerlas.** O sea: hacer el **diagnóstico cognitivo.**
- 2º) **Lograr que se modifiquen.** O sea: lograr el **cambio cognitivo.**

Dejamos, sin embargo, abierta la evaluación de los recursos más apropiados para lograr ese cambio, ya que la mera discusión o el análisis racional de los

pensamientos, no es necesariamente el recurso más eficaz y puede ser reemplazado por otros más eficaces de carácter experiencial y emotivo, como ya proponían otras corrientes del siglo XX y propician nuevamente las corrientes más modernas.

En conclusión: El modelo cognitivo conductual consiste simplemente en los conceptos que hemos mencionado y no sería sensato, por lo tanto, reducirlo a determinadas técnicas o recursos, que se encuentran en constante revisión, desarrollo y perfeccionamiento.

## 1.2 - LOS FUNDADORES

### ALBERT ELLIS (1913/2007)

*La Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C.)*

Esta corriente fue iniciada por **Albert Ellis** en 1955 con el nombre de "*Rational Therapy*", luego reemplazado por el de "*Rational-Emotive Therapy*" (Terapia Racional-Emotiva), y finalmente, a partir de 1994, denominada "*Rational Emotive Behavior Therapy*" o **REBT** que traducimos como "**Terapia Racional Emotiva Conductual**" o **TREC**.

La sede central de esta escuela es el "**Albert Ellis Institute**" y se encuentra en Manhattan, **New York, USA**.

### EL ABC DE LA TEORÍA

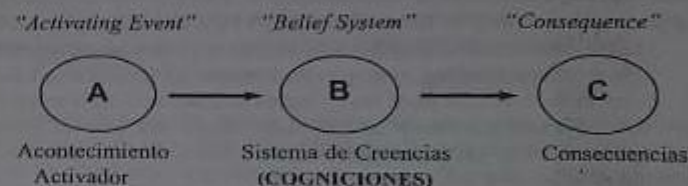
Ellis consideraba que el núcleo de su teoría estaba representado por una frase sencilla atribuida al filósofo griego Epicteto: "*Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos*".

Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B".

"**A**" (por "**Activating Event**") representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, recuerdo, fantasía, sensación física, emoción, etc.).

"**B**" (por "**Belief System**") representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

"**C**" (por "**Consequence**") representa la consecuencia o reacción en ocasión de la situación "**A**". Las "**C**" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).



En un análisis más profundo, también se explica que las relaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales como en el esquema anterior, pero que éste es el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos. Una visión más completa de estas relaciones puede encontrarse, por ejemplo, en la nueva edición de *Reason and Emotion in Psychotherapy* (Ellis, 1994, p.20-25 y capítulo 3) donde se reconoce una múltiple interacción e influencias entre las "**C**", las "**B**" y las "**A**", tomando las más actuales teorías sobre las emociones, la visión "constructivista" del conocimiento y otros temas.

Por ejemplo, uno de los puntos que esgrime Ellis (1994) para presentarse como acorde con la visión de la corriente constructivista es la visión de "**A**" ("acontecimiento") como lo percibido por la persona, condicionado por sus metas "**G**" ("goals") y, en cierta manera, "creado" por sus inferencias y supuestos, elementos estos pertenecientes al sistema cognitivo ("**B**").

### LAS CONSECUENCIAS ("**C**")

Con respecto a las "**C**", la TREC distingue entre las "apropiadas" ("funcionales" o "no perturbadas") y las "inapropiadas" ("disfuncionales" o "auto-saboteadoras").

La calificación dependerá principalmente de que estas consecuencias sean acordes a la situación con referencia a la cual se generan y que favorezcan, si fuera posible, la resolución del problema o el logro de los deseos y objetivos de la persona (o, al menos, no sean contraproducentes).

### EL CAMBIO

Julio Obes

LA TERAPIA COGNITIVA

Para la TREC podemos cambiar pues no somos esclavos de nuestras tendencias ni determinados a pensar irracionalmente. Para lograrlo necesitamos haber incorporado **tres insights fundamentales** (Dryden & DiGiuseppe, 1990):

- Los acontecimientos (pasados o presentes) no causan las emociones o conductas disfuncionales, sino nuestro sistema de creencias (atribuciones, demandas, concepto de sí, etc.). Independientemente de la manera en que nos hayamos perturbado en el pasado, ahora nos estamos perturbando principalmente porque seguimos adoctrinándonos con nuestros pensamientos o creencias.
- No importa cuán convencidos estemos de nuestro conocimiento y atribuciones, siempre es posible cambiar. Podemos cambiar nuestros pensamientos y por lo tanto cambiar nuestras reacciones emotivas y conductuales.
- A la larga, nosotros podemos superar nuestras perturbaciones, pero trabajando duro y reiteradamente, a veces con sufrimiento, para modificar nuestros pensamientos y creencias con sus consecuencias.

### AARON T. BECK (1921/...) *La Terapia Cognitiva*

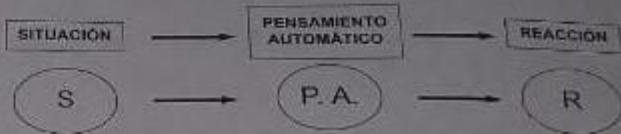
Aaron T. Beck inicia el desarrollo de la que denominó "*Cognitive Therapy*" a principios de la década de los sesenta en la Universidad de Pennsylvania, como una psicoterapia breve y orientada al presente (Beck, A., 1963) (Beck, A., 1964) (Beck, J., 1995).

La sede central de esta corriente, que durante muchos años fue el Center for Cognitive Therapy en la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia, actualmente es el "Beck Institute for Cognitive Therapy and Research" situado en Bala Cynwyd (zona suburbana de Philadelphia, en el estado de Pennsylvania), fundado en 1994 por Aaron T. Beck, su actual presidente, y dirigido por su hija, Judith S. Beck.

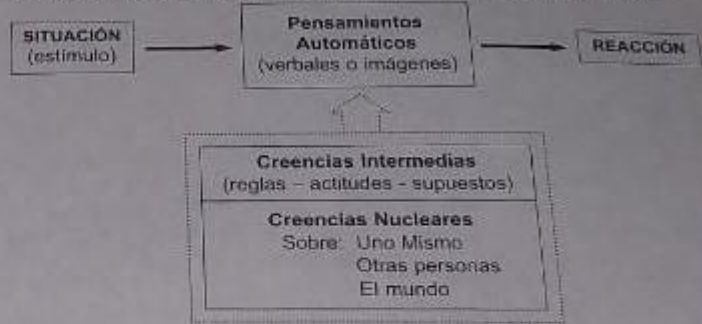
### EL ESQUEMA BÁSICO

"La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una

persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964). Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre, una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación." (Beck, J., 1995, p. 14).  
"La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan" (Dattilio & Paducsky, 1990, p. 6).  
El esquema básico del paradigma puede representarse así:



En una presentación más amplia vemos que los pensamientos automáticos surgen de un sistema cognitivo integrado por creencias intermedias y creencias nucleares.



Las *situaciones* pueden ser: (a) un acontecimiento externo, (b) una fantasía o imagen, o (c) una sensación o una perturbación física.

Los *pensamientos automáticos* son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma *verbal* ("lo que me estoy diciendo a mí mismo") y/o *visual* (imágenes).

Los pensamientos son ideas que son tomadas por el cerebro y son percibidos de manera consciente o inconsciente por las personas.

Los pensamientos automáticos surgen de las *creencias*. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

Las creencias más centrales o *creencias nucleares*, son cogniciones que las personas frecuentemente no expresan ni aún para sí mismas y no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones fundamentales y profundas que las personas hacen de *sí mismas*, de las *otras personas* y de su *mundo*.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos (palabras e imágenes) que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas *creencias intermedias*, de las cuales surgen los pensamientos automáticos, y que son influidas y condicionadas por las nucleares. Estas creencias intermedias están constituidas por: *reglas (normas), actitudes y supuestos*.

Finalmente, las *respuestas (o reacciones)* pueden ser: *Emotivas, Conductuales o Fisiológicas*.

#### PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVA (Judith Beck, 1995)

- 1) La terapia cognitiva se basa en una formulación permanentemente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos.
- 2) La terapia cognitiva requiere una sólida alianza terapéutica.
- 3) La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.
- 4) La terapia cognitiva se orienta hacia metas y se centra en los problemas.
- 5) La terapia cognitiva inicialmente enfatiza el presente.
- 6) La terapia cognitiva es educativa, apunta a enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta y enfatiza la prevención de la recaída.
- 7) La terapia cognitiva apunta a ser de tiempo limitado.
- 8) Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.
- 9) La terapia cognitiva le enseña a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.
- 10) La terapia cognitiva usa una diversidad de técnicas para cambiar los pensamientos, el estado de ánimo y las conductas.

#### LOS RECURSOS TERAPÉUTICOS

La Terapia Cognitiva usa una amplia e irrestricta variedad de recursos, tanto cognitivos como emotivos y conductuales.

Estos recursos se desarrollan en la sesión y también en el tiempo entre sesiones. Esto último, denominado "*tareas de auto ayuda*", resulta de primordial importancia para el éxito del proceso terapéutico porque para este modelo no es suficiente con lo que se hace dentro de las sesiones y requiere para el cambio una práctica diaria a realizar por el paciente entre sesiones.

#### 1.3 - LOS APORTES POST-RACIONALISTAS

Podemos destacar tres aportes fundamentales que surgen y se incorporan a la corriente conocida como post-racionalista en las terapias cognitivas: La relación entre cognición y emoción, el paradigma constructivista y la mente narrativa. Algunas terapias post-modernas derivadas de estos conceptos se explican en el capítulo 9.

##### A) LA RELACIÓN COGNICIÓN-EMOCIÓN

Un concepto interesante ha sido mostrar como en ciertos casos una correcta descripción del proceso implicaría una inversión de la secuencia:

**Estímulo → cognición → emoción**  
para ser mejor entendido como:

**Estímulo → emoción → cognición.**

En realidad esta última alternativa podría completarse mejor como:

**estímulo → emoción(1) → cognición → emoción(2)**

Esta visión más compleja de la relación entre las emociones y las cogniciones, la desarrollaremos en el capítulo siguiente, dedicado a las emociones, y nos permitirá incorporar el resultado de las últimas investigaciones para comprender mejor los modelos y abordajes actuales.

##### B) EL PARADIGMA CONSTRUCTIVISTA

Otro concepto importante que ha modificado a la visión original de las terapias cognitivas ha sido el constructivismo.

En filosofía de la ciencia (epistemología) se denomina constructivismo a una corriente de pensamiento surgida a mediados del siglo XX, de la mano de investigadores de disciplinas muy diversas (filósofos, psicólogos, físicos, matemáticos, biólogos, etc.).

Para el constructivismo la realidad es "construida" por cada persona.

Podemos decir que el constructivismo abarca diversas teorías y versiones que básicamente convergen en estos conceptos:

Los humanos nos somos receptores pasivos, a través de los sentidos, de una

realidad objetiva, externa, a la cual podemos copiar, o conocer por medio de la razón, sino que somos constructores de "realidades". No somos receptores pasivos de las experiencias, sino constructores activos de ellas, seleccionando, organizando, estructurando y atribuyendo significados.

Existen diversas tendencias dentro del constructivismo. Por ejemplo:

- 1) Los constructivistas radicales rechazan el concepto de que las personas construyen copias de la realidad externa, y sostienen que la "realidad" surge de las estructuras perceptuales y cognitivas del conocedor. O sea, la realidad está producida por la capacidad del sistema cognitivo para trazar distinciones.
- 2) Un constructivismo **eficiente** interpreta al conocimiento como un proceso activo en el cual se seleccionan e interpretan los inputs ambientales como información significativa. El sistema cognitivo identificaría la información potencialmente útil y la transformaría en esquemas o patrones cognitivamente significativos aptos para elegir las respuestas adecuadas.
- 3) Una epistemología constructivista social presta atención a la forma en que el lenguaje y otros aspectos culturales y procesos sociales influyen en las construcciones. Fundamentalmente destacan el concepto de que las construcciones personales están limitadas por el medio social, o sea, el lenguaje compartido y los sistemas de significado que persisten y evolucionan a través del tiempo.

Según Mahoney (2003), los 5 temas básicos del constructivismo son:

- 1) La experiencia humana supone una actividad continua.
- 2) La mayor parte de la actividad humana está dedicada a los procesos de ordenamiento, a las pautas de organización de la experiencia, y estos procesos son principalmente emocionales, tácitos y categoriales (dependen de los contrastes) y representan el aspecto central de la creación de significados.
- 3) La organización de la actividad personal es fundamentalmente autorreferente o recursiva, al hacer del cuerpo la piedra angular de la experiencia y al estimular el sentido fenomenológico de sí mismo o identidad personal.
- 4) La capacidad de autoorganización y creación de significados está fuertemente influida por los procesos socio-simbólicos; las personas existen dentro de redes vivas de relaciones, muchas de las cuales están mediadas por el lenguaje y por sistemas simbólicos.
- 5) Cada vida humana refleja los principios de la dialéctica dinámica del desarrollo: El complejo flujo que se da entre las tensiones esenciales (contrastes) se refleja en los patrones y ciclos de experiencia que pueden conducir a

episodios de desorden (desorganización) y, bajo algunas circunstancias, a la reorganización (transformación) de pautas nucleares de actividad, incluyendo la creación de significado y la relación con uno mismo y con los demás.

Finalmente: "...una perspectiva constructivista de la experiencia humana es aquella que enfatiza la acción creadora de significado a través del desarrollo de uno mismo en sus relaciones con los demás." (Mahoney, 2003, p.28)

Algunos, como Mahoney, Miller y Arciero (1995), consideraban que los elementos comunes que caracterizan a la metateoría constructiva son:

- **La naturaleza proactiva de los procesos cognitivos**  
El conocimiento es activo, anticipatorio y constructor. Los humanos son co-creadores de las "realidades" a las que responden. Hayek (1952) decía que "...gran parte de lo que creemos conocer sobre el mundo exterior es, en realidad, conocimiento sobre nosotros mismos." (p.6)  
Las actividades del cerebro ponen en acción mecanismos de feed-forward que influyen proactivamente en los patrones de percepción y acción.
- **La estructura nuclear de la organización psicológica**  
Los humanos están organizados en una estructura nuclear-periférica, de tal manera que los procesos nucleares limitan los detalles que puedan surgir del nivel periférico y le dan protección contra el cuestionamiento o el cambio. Las estructuras profundas están compuestas por reglas de ordenación abstractas, procesos tácitos e inconscientes, que imponen límites a cualquier expresión de la estructura superficial. Esta estructura profunda es difícilmente accesible y más difícilmente modificable.
- **La característica del desarrollo psicológico que tiende a auto-organizarse.**  
Los sistemas humanos se auto-organizan de modo de proteger y perpetuar sus integridades. Si las perturbaciones ocasionadas por cambios externos o internos sobrepasa las capacidades de asimilación del sistema, éste entra en ciclos de desorganización que pueden contribuir a reorganizaciones estructurales profundas. Esto le permite al sistema acomodar nuevamente las situaciones perturbadoras y avanzar hacia un nivel más alto y más complejo de auto-organización. De esta forma se va estructurando en la persona su sentido de identidad con el sentido de continuidad histórica, cuya accesibilidad permite una continua auto-percepción y auto-evaluación apropiada para enfrentar nuevas situaciones. Sin este mantenimiento de la identidad las personas no podrían funcionar apropiadamente. Esto fue definido por Maturana y Varela (1980) como autopoiesis. Un sistema autopoietico es aquel cuya organización propia (definida por una red de relaciones) es una invariante fundamental.

### C) LA MENTE NARRATIVA

Otro aporte ha sido señalar que la narrativa o la historia es un principio organizador del conocimiento y la acción humana. O sea, las narrativas ofrecen un contexto o parámetro para las construcciones y las descripciones que hacen las personas de las experiencias.

Por ejemplo, según Bruner (1986) hay dos modalidades de pensamiento o de construcción. Las dos son complementarias pero irreductibles entre sí y cada una brinda modos característicos de ordenar la experiencia y de construir la realidad. Estas modalidades son:

- **Paradigmática** (o lógica-científica).

Se ocupa de las causas generales y de su determinación. Su lenguaje está regulado por los requisitos de coherencia y no contradicción. Numerosos mecanismos se han desarrollado para que cumpla su función, como la lógica, la matemática y las ciencias.

Su aplicación da como resultado una teoría sólida, un análisis preciso, una prueba lógica, argumentaciones firmes y descubrimientos empíricos guiados por una hipótesis razonada.

- **Narrativa**

Es una forma por la cual las experiencias del pasado y las del presente, junto a las que la persona cree que sucederán en el futuro, son conectadas en forma secuencial, como un relato. Este relato es percibido como la propia historia, el relato de sí mismo, y les otorga a las personas un sentido de continuidad y de significado para sus vidas. Estas historias personales forman una matriz de conceptos a través de los cuales los seres humanos comprenden sus vidas y el mundo en que se desenvuelven y le dan sentido a sus experiencias.

El concepto de mente narrativa permitió el desarrollo de la corriente narrativa dentro de las terapias cognitivas, que explicamos en el capítulo 9<sup>o</sup>.

### 1.4 - PENSAMIENTOS, EMOCIONES Y CONDUCTAS

Algunos podrían suponer, en base a su denominación, que este modelo responde a una visión "racionalista" o "descalificadora" de las emociones. No es así.

Las emociones son necesarias y cumplen tres importantes funciones en las personas:

En primer lugar, las emociones nos informan de diversos desequilibrios en nuestra vida. Así como el hambre nos informa de nuestra necesidad de alimento o el cansancio de nuestra necesidad de reposo, el miedo nos informa de que

algo amenaza nuestra vida, salud o bienestar. La tristeza nos informa de alguna pérdida o carencia. El enojo nos informa de que algún obstáculo se interpone o alguna situación frustra nuestros objetivos, expectativas o derechos.

En segundo lugar, las emociones generan la motivación y el impulso necesarios para actuar superando las situaciones negativas o los desequilibrios detectados. Por ejemplo, sin el miedo no evitaríamos los peligros y sin el enojo no enfrentáramos los obstáculos ni pondríamos los límites a quienes quisieran perjudicarnos.

El hecho de que a algunas emociones las denominemos "negativas" por ser desagradables, no indica que no cumplan su función, sino que por el contrario, su carácter desagradable es el que genera el impulso a suprimirlas o evitarlas produciendo las correspondientes conductas funcionales.

En tercer lugar, las emociones son medios de comunicación para informarnos a los que nos rodean sobre nosotros y nuestros deseos o intenciones. Como ejemplo, el enojo de los padres indica al niño que debe corregir una conducta o la tristeza de un niño advierte a sus padres de un dolor o necesidad inapetible.

Como ya dijimos, ante cada situación reaccionamos con emociones y conductas que dependen de nuestra evaluación de ella, o sea, de nuestras cogniciones.

Por ejemplo, cuando nos reprobaban en un examen, podemos reaccionar con tristeza (emoción) y encerrarnos en nuestra cuarto para seguir estudiando (conducta). También podemos reaccionar con enojo (emoción) y discutir con el examinador (conducta). O también podemos reaccionar con depresión (emoción) y abandonar los estudios (conducta). Las distintas reacciones dependen de lo que hayamos pensado sobre ese acontecimiento. La primera reacción (tristeza y seguir estudiando) posiblemente surgiría si pensamos que la causa era nuestro poco conocimiento y que debemos estudiar más. La segunda reacción (enojo y discusión) podría darse si pensamos que el profesor ha sido injusto o que desea perjudicarnos. La tercera reacción (depresión y dejar los estudios) suele ocurrir cuando pensamos que la causa del fracaso es nuestra total incapacidad, que eso es catastrófico y que nada más podemos esperar.

Ahora también podemos advertir que las distintas reacciones posibles ante determinadas situaciones, probablemente tendrían distintas y muy diferentes consecuencias.

En el ejemplo anterior, la primera reacción posiblemente habría sido la más apropiada para alcanzar nuestro objetivo de aprobar el examen, ya que nos llevaría a estudiar más y estar mejor preparados.

La segunda, al enfrentarnos con el examinador, posiblemente nos llevaría a mayores dificultades hasta impedirnos totalmente lograr nuestros objetivos.

La tercera, al conducirnos a la desesperanza y la renuncia, tampoco nos permitirá lograr nuestro objetivo.

O sea que algunas reacciones son más apropiadas o funcionales para lograr nuestras metas mientras que otras no nos sirven o nos alejan de nuestras metas. A las primeras las llamamos **funcionales o apropiadas** y a las segundas **disfuncionales, inapropiadas o "autosaboteadoras"**.

Aunque la funcionalidad o disfuncionalidad depende de los objetivos en cada situación particular, podemos generalizar algunos criterios. Así, por ejemplo, podemos decir que la *tristeza* es *funcional* porque nos permite reconocer nuestras carencias o pérdidas y nos impulsa a cubrirlas y superarlas, pero la *depresión* es *disfuncional* ya que nos paraliza, nos lleva a aislarnos y nos impide toda solución.

De igual manera podemos ver que el *temor* suele ser *funcional*, porque nos impulsa a ser precavidos y protegemos de los peligros, pero el *pánico* suele ser *disfuncional* porque habitualmente nos paraliza y no nos permite actuar apropiadamente para enfrentar los peligros.

Un tercer ejemplo puede ser el **disgusto o enojo**, que puede ser *funcional* si nos impulsa a defender nuestros derechos o enfrentar los obstáculos en contraposición a la *ira* o enojo exacerbado, que suele ser *disfuncional* porque suele llevarnos a conductas descontroladas que pueden empeorar las situaciones.

Como podemos ver, no debemos confundir el concepto de emociones **funcionales o disfuncionales** con el concepto de emociones *agradables*, que habitualmente se denominan "**positivas**" y emociones *desagradables* o "**negativas**". Esto es importante ya que, como hemos visto, algunas emociones desagradables o "negativas", como la tristeza o el enojo, no son disfuncionales sino todo lo contrario.

Tampoco podemos relacionar necesariamente la disfuncionalidad con la mayor intensidad, ya que algunas emociones "fuertes" pueden ser apropiadas o funcionales y otras "débiles" pueden, aún así, ser disfuncionales. El criterio será siempre su relación con el logro de las metas de la persona. Si no perjudican el logro de las metas, o si ayudan a alcanzarlas, son funcionales, pero si alejan de las metas, si aumentan la dificultad o impiden alcanzarlas, son disfuncionales.

Teniendo en cuenta todo lo que hemos explicado en este capítulo, también puede concluirse que la ausencia de emociones, la indiferencia o la permanente represión de emociones, son habitualmente respuestas inapropiadas o disfuncionales. Por lo tanto, nuestra meta terapéutica no podría ser la supresión de las emociones, sino el desarrollo de las más apropiadas o funcionales.

En cuanto a las conductas, también pueden ser funcionales o disfuncionales, siguiendo igual criterio, y habitualmente van junto con emociones de igual categoría.

También, para una mejor calificación de las conductas en relación a las metas, es conveniente distinguir entre objetivos a corto plazo y objetivos a largo plazo.

Hay conductas que logran metas a corto plazo pero son contraproducentes o negativas a largo plazo. Por ejemplo, quedarse a dormir una hora más de mañana, logra mayor descanso o placer en forma inmediata, pero puede hacernos perder un empleo y los ingresos necesarios para el bienestar a largo plazo. De igual forma, el fumar puede lograr una sensación placentera en forma inmediata pero finalmente dañar nuestra salud y bienestar en el largo plazo.

Finalmente, es importante no confundir pensamientos con emociones. Las emociones y las sensaciones siempre se pueden expresar con una única palabra (tristeza, ira, miedo, dolor, cansancio, etc.). En cambio, cuando usamos el "que" para mencionarlas introducimos un verbo y habitualmente estamos expresando pensamientos. Por ejemplo: "Siento que me estás mintiendo", "siento que voy a perder", "siento que no quieres hacerlo", son pensamientos.

En cuanto a las sensaciones físicas y los síntomas, como el dolor, el mareo, el sueño, la taquicardia, el frío, la tensión, etc. según el contexto pueden ser tomados como estímulos integrantes de una situación o como parte de una reacción o respuesta. Por ejemplo: Cuando una situación nos parece peligrosa y experimentamos taquicardia, ésta es parte de nuestra reacción de miedo. En cambio, cuando experimentamos la taquicardia y pensamos que podemos morirnos y en consecuencia nos asustamos (emoción) y llamamos al médico (conducta), esta taquicardia es el acontecimiento o situación que generó nuestros pensamientos y nuestra reacción de miedo.



## 2

## LAS EMOCIONES

## 2.1 - INTRODUCCIÓN

Las emociones son fundamentales en las psicoterapias, tanto por su imprescindible función adaptativa como por ser un motivo frecuente para acudir a terapia cuando resultan disfuncionales y un indicador del éxito de la misma cuando logramos modificarlas, junto con las conductas.

Tanto el modelo cognitivo-relacional-motivacional (Lazarus, 1991) como el experiencial (Greenberg y Safran, 1987) coinciden en que las emociones tienen tres objetivos fundamentales:

- **Informar a la persona** sobre su situación en relación a sus necesidades, deseos u objetivos.
- **Impulsar conductas adaptativas**, es decir acordes a la situación para alcanzar sus necesidades, deseos u objetivos.
- **Informar a otros** de sus necesidades, deseos u objetivos y estimular las respuestas deseadas.

Safran (1998) considera que las emociones funcionan como disposiciones para la acción. Diferentes clases de acciones son inherentes a diferentes emociones. El enojo, por ejemplo, si es llevado a la acción, producirá una conducta agresiva o de autodefensa. El miedo, si es llevado a la acción, producirá una conducta de autodefensa en forma de huida. La tristeza puede llevar a la acción de búsqueda de vínculos.

Otro concepto es el significado. De acuerdo a este concepto, los objetos del mundo tienen un significado específico para los seres humanos y a este significado se llega a través de lo que dichos objetos le proporcionan a la persona, o expresado de otra manera, a su valor funcional. Una superficie plana provee una superficie para caminar. Un objeto pequeño y duro es en potencia un objeto para ser arrojado. De esta forma percibimos objetos y hechos en relación a su utilidad, y es importante recordar que para Gibson (1979) el percibir y el conocer son sinónimos.

El sumar las emociones al análisis ecológico de Gibson agrega otra dimensión a la ecuación. Conocemos a los objetos no sólo por lo que ellos nos pro-

porcionan sino también por la forma en que hacen impacto en nosotros como organismos biológicos.

Una clasificación frecuente de las emociones ha sido como "positivas" y "negativas".

La clasificación de negativas ha tenido varios criterios:

- Por el sentimiento subjetivo de displeacer que producen.
- Por sus causas ambientales negativas o causas orgánicas negativas.
- Por sus consecuencias interpersonales desadaptativas.
- Por sus consecuencias físicas insalubres (daño a la salud)

En el modelo terapéutico cognitivo-conductual (Beck) y el R.E.C. (Ellis) preferimos reservar las denominaciones "negativa" y "positiva" para la opción (a) porque también es como suele considerarla el paciente y la visión popular.

La opción (c) resulta ser la más importante para la psicoterapia y la (d) para la salud en general, por lo que elegimos para la opción (c) denominarlas "adaptativas" y "desadaptativas" que podrían también conocerse como "funcionales" y "disfuncionales" y para la opción (d) denominarlas "sanas" o "patógenas".

Lo importante aquí es comprender que aquellas emociones que el paciente y el común de las personas pueden llamar "negativas" por ser displacenteras, no son necesariamente disfuncionales, desadaptativas o patógenas.

Esto hace que el concepto de funcional o disfuncional sea relacional, ya que depende de la situación en que se produce, y sea motivacional, pues depende de las metas u objetivos a considerar. Por ejemplo la ira puede ser funcional en situaciones en que permite poner límites o generar los resultados esperados y puede ser disfuncional en situaciones en que genera resultados adversos u opuestos a lo deseado.

El concepto de saludables o patógenas, también tiene consideraciones relativas a su intensidad, a su duración y a su eficacia, ya que una cierta ansiedad oportuna puede generar conductas apropiadas y una activación física saludable, pero un elevado monto de ansiedad, sostenida a lo largo del tiempo, finalmente genera agotamiento y daño a la salud.

Otra clasificación interesante para la terapia ha sido propuesta por el modelo desarrollado por corrientes experienciales (Greenberg, L. & Safran, J., 1987) (Greenberg, L. & Pavio, S., 1997). Esta clasificación las divide en "primarias", "secundarias" e "instrumentales".

Esta clasificación no se basa en conceptos orgánicos ni fisiológicos sino en aspectos considerados útiles para la práctica psicoterapéutica.

La "primarias" son las que responden directamente a situaciones perturbadoras en forma inmediata y no se sostienen en el tiempo. Son respuestas adaptativas simples, como la tristeza ante la falta o la pérdida, el temor ante el peli-

gro agitado o lo inseguro o lo desconocido, la ira ante el obstáculo o la vulneración de derechos propios.

Las "secundarias" son emociones que surgen sobre las primarias. Frecuentemente son formas de afrontamiento aprendidas ante las primarias o ante situaciones vitales, como por ejemplo: la ansiedad ante la ansiedad o la depresión ante la ira no permitida. Por sus características resultan disfuncionales.

Las "instrumentales" son también aprendidas y se instalan en tanto permiten obtener ganancia secundaria, ya sea por lograr determinadas respuestas o conductas en otras personas o por lograr determinadas sensaciones o efectos en la misma persona.

## 2.2 - MODELO COGNITIVO-MOTIVACIONAL-RELACIONAL. Según Richard Lazarus (1991)

Richard Lazarus propone lo que define como una teoría cognitiva, relacional y motivacional de las emociones. Básicamente considera que las cogniciones no son suficientes para definir una emoción ya que se requiere también definir la situación interpersonal y de relación de la persona con sus metas u objetivos.

Denomina "motivación" a lo que la persona desea, lo que quisiera lograr o lo que considera que necesita. Incluye diversas "metas" u objetivos que se pueden presentar como una "jerarquía de objetivos" de cada persona. Estas metas definen lo que es importante para la persona, determinan que considere a una situación como beneficiosa o dañina y guían sus decisiones.

Las emociones reflejan como percibimos que es nuestra situación en relación a nuestros esfuerzos por lograr nuestras metas. Por lo tanto, para comprender las emociones necesitamos conocer lo que cada persona desea, cuales son sus metas, y la forma en que evalúa cada situación y se evalúa a sí mismo en relación al logro de esas metas.

Esto supone un procesamiento de la información que entendemos como procesamiento cognitivo, sin que esto signifique necesariamente un razonamiento o un pensamiento consciente, al menos en lo inmediato, pues este proceso suele ser automático y no consciente.

Este modelo considera que hay 5 variables no directamente observables que son importantes en una emoción:

- Las tendencias a una determinada acción. No siempre concretada o visible.
- La experiencia personal, afecto o sentimiento. Solo accesible a través del relato auto-descriptivo.

- La **relación** entre la persona y su situación, con respecto a sus metas. Lo que implica conocer su jerarquía de objetivos y sus creencias sobre sí mismo, su entorno y la relación. Estas son variables constructivas. El modelo reconoce el carácter constructor de la "realidad", del concepto de sí y de la situación, propio de cada persona.
- Los procesos de **afrontamiento**, implícitos o actuados, que se relacionan con la evaluación y que frecuentemente se citan como "estrategias" cuando se les asigna una clara intencionalidad.
- Los procesos de **evaluación** (en inglés: *appraisal*). Son el constructo central del modelo cognitivo-relacional-motivacional y solo se pueden determinar por inferencia.

#### VAMOS A DESCRIBIR EL CONCEPTO DE EVALUACIÓN (*APPRAISAL*)

La evaluación consiste en establecer la relación entre la situación o el entorno y las metas personales. No es un proceso necesariamente consciente, sino habitualmente inconsciente y automático. No consta de pasos o etapas secuenciales pero podemos analizarlo y describirlo como integrado por un proceso de evaluación primario y un proceso de evaluación secundario, integrados cada uno por tres componentes. (Ver cuadro: 2.1)

La **evaluación primaria** se refiere a la forma en que afecta la situación a las metas de la persona. Está integrada por tres consideraciones: la relevancia, la congruencia y la clase de implicación del Yo.

La **relevancia** o no relevancia se refiere a si la situación tiene relación o influye de alguna manera sobre el logro de una meta o si no lo hace.

La **congruencia** o incongruencia se refiere a si la situación es favorable para el logro de esa meta o si es desfavorable para ello, si es beneficiosa o si es un obstáculo.

La **clase de implicación del Yo** se refiere a qué aspectos afecta de la identidad de la persona. Si afecta: la autoestima, la estima social, los valores morales, el yo ideal, las creencias, las metas vitales, otras personas y su bienestar. Por ejemplo: si la persona considera que hizo algo que afecta sus valores morales sentirá culpa, pero si piensa que hizo algo que afecta su yo ideal sentirá vergüenza.

En consecuencia es importante destacar que: 1º) En todo encuentro entre una persona y su entorno son fundamentales siempre los **intereses personales** (deseos, metas, expectativas) de la persona. 2º) En todas las emociones siempre está implicada la **identidad del yo**, aunque de distintas maneras.

La **evaluación secundaria** se refiere a las posibilidades de afrontamiento,

los recursos disponibles y las expectativas hacia el futuro. Por la función adaptativa de las emociones, esta evaluación es imprescindible. Está integrada por tres consideraciones: atribución causal (culpa o mérito), capacidad de afrontamiento y expectativas del futuro.

La **atribución causal** se refiere a quién se considera que es el causante, de quién es la culpa de un resultado perjudicial o de quién es el mérito por un resultado beneficioso. Por ejemplo, si se considera que el causante de un daño es uno mismo, se podría generar culpa, y si el mérito de una conducta exitosa se atribuye a uno mismo, la emoción resultante podría ser orgullo.

La **capacidad de afrontamiento**. Se refiere a las competencias que la persona cree tener para afrontar la situación, de las posibilidades que cree tener de resolver los inconvenientes o manejarse exitosamente con ellos, de superar los obstáculos o de no superarlos.

La **expectativa de futuro**. Se refiere a cómo cree la persona que será el futuro, a lo que cree que sucederá o que no sucederá.

#### MÁS CONCEPTOS

Lazarus define dos tipos de actividades cognitivas: el conocimiento y la evaluación.

El **conocimiento** es la simple comprensión de como son las cosas, y como funcionan. Un conocimiento general es como creemos que somos y como es el mundo. Un conocimiento situacional es lo que creemos que está sucediendo en un determinado momento. Estos conocimientos podemos considerarlos acertados o erróneos, desde un enfoque realista, o podemos considerarlos funcionales o disfuncionales, según un enfoque más pragmático o adaptativo. Además este conocimiento puede ser adquirido mediante un aprendizaje consciente o inconsciente. Finalmente, podemos ser o no ser conscientes de este conocimiento.

La **evaluación** consiste en determinar la relación que tiene con nuestro bienestar lo que pensamos que está sucediendo.

El simple conocimiento, sin implicaciones personales, es frío o sin emoción, pero cuando afecta nuestro bienestar personal es caliente o emotivo. La evaluación le otorga significado personal a los hechos. Ese significado puede surgir de contestar preguntas como: ¿En que me afecta eso? ¿Tiene que ver conmigo? ¿Qué dice de mí? ¿Requiere alguna acción mía? Etc.

También es importante entender que la evaluación en primera instancia es instantánea y no es consciente, lo cual explica la discusión que existe actualmente sobre la existencia de un procesamiento cognitivo entre el estímulo y la respuesta emotiva. Como actualmente reconocemos la existencia de un apren-

dizaje y conocimiento no conscientes; consideramos a la evaluación, aunque automática y no consciente, una actividad cognitiva y mediadora entre los estímulos y la respuesta emotiva.

La evaluación es un proceso complejo que depende de las estructuras cognitivas del conocimiento y de las metas consideradas. Pero, en cada persona, las metas, la jerarquía de objetivos, el concepto de sí, la concepción del mundo, las normas, las creencias y los supuestos son frutos del aprendizaje, el cual a su vez es dependiente del medio ambiente, la cultura y las experiencias vividas, o sea, de su historia personal.

Esto les da a la evaluación un carácter totalmente complejo, personal, histórico, cultural y, por lo tanto, también **constructivista**.

#### Cuadro 2.1

##### LA EVALUACIÓN ES UN PROCESO COGNITIVO COMPLEJO

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Evaluación primaria:</b>   | Relevancia o irrelevancia para la persona.<br>Congruencia o incongruencia con las metas.<br>Clase de implicación del YO. |
| <b>Evaluación secundaria:</b> | Atribución (de quién es culpa o mérito).<br>Capacidad de afrontamiento.<br>Expectativas del futuro.                      |

### 2.3 - EL MODELO EXPERIENCIAL

Según Greenberg, L. y Safran, J. (1987) y Safran, J. (1998)

Los autores entienden que hay dos perspectivas cognitivas metateóricas diferentes: la metapsicología del procesamiento de la información y la metapsicología ecológica.

Aunque la metateoría más frecuentemente usada en las terapias cognitivas es la del procesamiento de la información, la que más seriamente se le opone actualmente es la ecológica.

La metateoría ecológica enfoca la interacción entre la persona y el ambiente en que se desenvuelve. Los seres humanos son entonces considerados como

#### LA TERAPIA COGNITIVA

organismos que viven y se desenvuelven dentro del contexto de medios específicos adaptándose a través de un proceso evolutivo a su nicho ambiental. La perspectiva es, por consiguiente, una perspectiva **funcional**. Su interés es el de comprender el significado adaptativo de varios aspectos del funcionamiento humano dentro del contexto del medio en el cual se han desarrollado. De esta manera se da por sentado de que no hay forma de comenzar a entender el funcionamiento psicológico humano sin una comprensión detallada del medio en el cual dicho funcionamiento tiene lugar. El énfasis recae entonces mucho más sobre la interacción entre los individuos y su medio que sobre los procesos de transformación de la información que hipotéticamente tienen lugar adentro de la cabeza de dicho individuo.

Además, este modelo enfatiza la total interdependencia de emoción, cognición y comportamiento, como aspectos complementarios del funcionamiento humano. La cognición, la emoción y la conducta se consideran fusionadas.

Estiman, por lo tanto, que la tradición del procesamiento de la información no es adecuada para establecer una metateoría completa debido a (1<sup>o</sup>) su incapacidad para tener en cuenta el rol fundamental que juegan la motivación, la emoción y la percepción en el funcionamiento humano, (2<sup>o</sup>) su tendencia a considerar a la percepción de manera muy limitada, (3<sup>o</sup>) la ausencia de una perspectiva biológico/evolutiva y, en última instancia, funcional, y (4<sup>o</sup>) la incapacidad de reconocer que la costumbre de entender algunos aspectos del funcionamiento humano ignorando otros produce una distorsión en la comprensión del fenómeno que nos ocupa.

Para comprender este fenómeno los autores plantean **3 conceptos**: La retroalimentación sistémica circular, la adaptabilidad ecológica y la síntesis jerárquica.

#### RETROALIMENTACIÓN SISTÉMICA CIRCULAR

El modelo de retroalimentación sistémica circular enfatiza la interdependencia y reciprocidad entre los integrantes del sistema, donde, por ejemplo, la experiencia emotiva varía según el estímulo y la percepción del estímulo varía según la experiencia emotiva. La cognición varía según la emoción y la emoción varía según la cognición.

#### ADAPTABILIDAD ECOLÓGICA

Las emociones son una forma de información sobre el sí mismo en interacción con el ambiente. Las emociones, conductas y cogniciones pueden ser vis-

tes como aspectos complementarios de un organismo que se ha adaptado a su nicho ecológico a través de un proceso evolutivo. El nicho ecológico al cual se han adaptado los seres humanos es interpersonal. Por lo tanto una teoría de las emociones debe aclarar su rol en la transmisión de una retroalimentación sistémica y relevante para una acción adaptativa en un contexto interpersonal.

#### SÍNTESIS JERÁRQUICA

La emoción puede considerarse una forma de conocimiento tácito en el cual varios elementos subsidiarios son sintetizados en un todo de nivel superior. Estos elementos subsidiarios incluyen variables cognitivas, conductuales y fisiológicas.

Integrando el estímulo con relevantes recuerdos, imágenes, y conductas autonómicas y motrices expresivas, éste adquiere significado. Este tipo de conocimiento tiene una cualidad especial: es de naturaleza motivacional, o sea que tiene en sí acciones inherentes.

La experiencia emotiva se genera a través de un proceso en que elementos componentes de un menor nivel son sintetizados en una experiencia de nivel superior, como ejemplificamos a continuación.

#### EL MODELO DE PROCESAMIENTO PERCEPTIVO-MOTRIZ (LEVENTHAL, 1984)

El modelo experiencial, también se puede comprender desde el modelo de procesamiento perceptivo-motriz propuesto por Leventhal, que postula dos instancias operacionales, la instancia perceptiva-motriz y la instancia de planificación-acción.

Según este modelo la emoción no sería producto de un proceso consciente de inferencia sino de uno sintético y pre-atencional. Los componentes que son sintetizados, la situación y la reacción motriz, no están representados en la conciencia separadamente, sino sólo su síntesis.

En este proceso hay tres mecanismos operando: **El procesamiento motriz expresivo, el procesamiento esquemático y el procesamiento conceptual.**

#### EL PROCESAMIENTO MOTRIZ EXPRESIVO

Es un sistema interno innato que no depende del aprendizaje y responde a las experiencias emotivas básicas. Este sistema está situado en un nivel nervioso central y brinda la estructura básica para las experiencias emotivas nucleares y para las conductas motrices asociadas.

#### EL PROCESAMIENTO ESQUEMÁTICO

Es un mecanismo que brinda una representación específica de cada experiencia emotiva ocurrida en el pasado y los rasgos perceptuales clave que provocaron esas experiencias. Estas estructuras vinculan los estímulos provocados por las experiencias emotivas mediante **un aprendizaje emotivo que produce reacciones emotivas automáticas.**

Según Leventhal las experiencias o reacciones emotivas que están representadas esquemáticamente están codificadas en 3 niveles: expresivo motriz, autonómico y subjetivo.

La codificación a nivel subjetivo es concreta y de naturaleza icónica. En este nivel las imágenes son muy importantes. La representación esquemática de las experiencias emotivas incluye también las respuestas de afrontamiento instrumental.

El procesamiento esquemático vincula conductas motrices específicas con una gran variedad de estímulos provocadores dentro de la dimensión concreto-abstracto y tanto externos como internos.

Según Leventhal (1984) los esquemas emotivos tienen una cantidad de funciones importantes, como, por ejemplo:

- Permitir a la persona una evaluación perceptiva-emotiva rápida de su entorno que le permita iniciar respuestas adaptativas.
- Actuar como filtro que enfoque la atención en los aspectos importantes de su entorno.

Uniendo las emociones nucleares y los estados expresivos motrices asociados, cuando responden a estímulos que requieren más de una respuesta emotiva simple, pueden codificar nuevos estados emotivos más complejos que formarán parte del repertorio de la persona.

Finalmente son importantes para establecer relaciones objetales estables que aseguren que la persona interactuará con su mundo en una forma coherente.

#### EL PROCESAMIENTO CONCEPTUAL

Es el responsable del procesamiento secuencial volitivo. Es un sistema más elevado que contiene las abstracciones de experiencias más concretas. Este sistema puede actuar sobre los niveles inferiores y tiene importancia en el análisis de las experiencias concretas y para deducir las causas, dirigir voluntariamente la atención a determinadas experiencias en la memoria, anticipar el futuro, etc. También este sistema genera las actitudes y es el empleado para controlar las experiencias emotivas. Este control lo ejerce controlando la conducta expresiva

y devolviendo imágenes concretas. Aquí es donde vuelve a tener lugar la cognición como reguladora de las respuestas emotivas y conductuales.

### LA HIPÓTESIS DE LA DOBLE VÍA O DEL "FEED-FORWARD"

Según esta teoría cuando aparece un estímulo provocador de una emoción la información neuronal sobre las conductas motrices relevantes para las emociones es enviada por dos caminos: Un camino lleva directamente al mecanismo neuronal y muscular que controla las expresiones faciales. El otro camino lleva a un comparador o punto de control en el sistema motriz volitivo.

### 2.4 - OTROS DESARROLLOS RECIENTES:

Algunos desarrollos teóricos y empíricos en el campo de la teoría del procesamiento de la información cognitiva son de utilidad para incorporar las emociones en una concepción más integral del funcionamiento humano y la psicoterapia. Estos tres desarrollos son: la teoría del procesamiento inconsciente de la información, los modelos asociativos de redes y los modelos de esquemas.

#### PROCESAMIENTO INCONSCIENTE DE LA INFORMACIÓN

Un desarrollo importante en el campo del procesamiento de la información cognitiva que consideramos esencial para comprender los procesos emocionales en el funcionamiento humano es la investigación y la teoría sobre el procesamiento inconsciente de la información. Es interesante tener en cuenta que aquellas teorías sobre el funcionamiento psicológico que originalmente se desarrollaron para explicar una variedad de fenómenos clínicos se basaban en gran medida en el concepto de motivación inconsciente y en la influencia que tiene sobre la conducta el procesamiento de la información que tiene lugar fuera de la conciencia. No es para sorprenderse que las teorías que se desarrollaron originalmente para explicar complejos fenómenos clínicos se basaran en formulaciones del inconsciente, dado que aparentemente muchas conductas eran "anormales" vistas desde la óptica de una perspectiva racional.

Como los procesos inconscientes por definición no son directamente observables y por lo tanto no pueden ser objeto de la investigación empírica, el proceso inconsciente fue uno de los últimos en ganar legitimidad como campo de investigación. Sin embargo, como investigadores y teóricos más recientes han

comenzado a reconocer, es imposible tener una teoría aceptable del procesamiento consciente de la información sin tener una teoría del procesamiento inconsciente de la información.

Con el advenimiento de la tradición conductista en la psicología experimental, las teorías basadas en los procesos inconscientes cayeron en desgracia. Por eso no debe sorprendernos el hecho de que cuando la conciencia volvió a ser un legítimo campo de investigación, la última área en ganar un legítimo status fue la del inconsciente, pero ahora es parte imprescindible de la psicología.

#### MODELOS ASOCIATIVOS EN RED

Las teorías sobre redes semánticas son en esencia un desarrollo del modelo asociacionista básico que es el resultado de intentar la realización de tales modelos en la computadora. No hay nada nuevo en aseverar que las palabras y los conceptos varían de acuerdo a la forma en que se relacionan unos con otros. Lo que diferencia a la teoría de las redes semánticas de las teorías de la simple asociación, sin embargo, es la capacidad de la primera para superar un simple modelo de asociación de palabras y llegar a ser un modelo de significados.

Se han desarrollado varias teorías de redes semánticas pero en general todas comparten ciertas características: Ofrecen un modelo de organización de la información en la memoria que considera que hay diferentes clases de información guardada en la misma y hay diferentes clases de asociaciones entre las informaciones guardadas en la misma. Todas las teorías de las redes semánticas pueden realizar predicciones acerca de la velocidad con que la activación de un elemento en la red semántica producirá la activación de otros elementos en la red, siendo este concepto del "extendido" de la activación de redes semánticas un concepto básico compartido.

Bower (1981) ha ampliado este concepto. En su modelo las emociones están representadas como unidades específicas en la memoria que juntan en sí muchos aspectos diferentes de la emoción. Las emociones, entonces, juegan un papel organizativo importante en la memoria. Los aspectos que se juntan alrededor de las unidades de la emoción son las reacciones autonómicas, los roles, las conductas expresivas y las descripciones de las situaciones evocativas estándar que conducen a dicha emoción. Según Bower, cada unidad de emoción está también ligada a proposiciones que describen hechos de nuestra vida durante los cuales surgió dicha emoción.

Cada una de estas unidades de emoción puede activarse al activar cualquiera de las unidades en la memoria conectadas a ella. Por ejemplo, la activación de un

recuerdo específico asociado con una emoción específica puede activar dicha emoción. De la misma manera la activación de una conducta expresiva específica ligada a cierta unidad de emoción puede activar dicha emoción. La activación de cualquier unidad específica en la memoria ligada a una unidad específica de emoción puede no necesariamente activar esa específica unidad de emoción, pero puede elevar el umbral de esa unidad en particular, y de esta manera esta unidad será más fácilmente activada por otra unidad en la memoria que esté asociada con ella.

Cuando un individuo recibe o genera información internamente, si esta asociada con un componente secundario, se aumenta la probabilidad de que otros componentes asociados se activen.

#### MODELOS DE ESQUEMA

Aunque las definiciones específicas de los constructos de esquema varían de un teórico a otro, en general hay consenso en considerar a los esquemas como estructuras cognitivas en la memoria que organizan la información traída de la experiencia previa y guían tanto el procesamiento de la nueva información como el retorno de la información guardada. Como se continúa acumulando evidencia acerca del rol central del procesamiento inconsciente en el funcionamiento humano, muchos investigadores se están dirigiendo al concepto del procesamiento de esquemas en un intento de clarificar la manera en que tiene lugar la codificación automática de la información fundamental.

Leventhal (1984) empleó los constructos de esquemas como una forma de entender la relación entre la emoción y otros procesos cognitivos. Según su hipótesis, las experiencias emocionales están incluidas en la memoria en estructuras esquemáticas compuestas de un número de componentes constitutivos, que se combinan en un todo para crear la experiencia de la emoción. Estos elementos esquemáticos constitutivos incluyen recuerdos de hechos específicos asociados con una experiencia emocional específica, patrones autonómicos asociados con estas experiencias de emociones específicas e imágenes y conductas motoras expresivas asociadas con emociones específicas.

#### INTEGRACIÓN Y CONCLUSIONES IMPORTANTES

Parecería ser que los constructos de esquemas y la red de constructos asociados tienen muchas similitudes. Específicamente, ambos sostienen que:

- + Distintos hechos o características asociados temporalmente, semánticamente o conceptualmente, se encuentran ligados en la memoria de una forma u otra.

- + La información puede estar codificada y asociada en la memoria en un nivel anterior al de la atención, fuera de la conciencia.
- + La activación de una unidad en la memoria puede llevar a la activación de unidades asociadas en la misma y que dicha activación puede tener lugar en un nivel inconsciente, previo a la atención.

#### 2.5 - RESUMEN Y CONCLUSIONES

- La emoción es **DISPOSICIÓN** para la acción

Las emociones funcionan como disposiciones para la acción. Diferentes clases de acciones son inherentes a diferentes emociones. El enojo, por ejemplo, si es llevado a la acción, producirá una conducta agresiva o de defensa. El miedo, si es llevado a la acción, producirá una conducta de autodefensa en forma de huida. La tristeza puede llevar a la acción de buscar vínculos. Las conductas de esta última índole juegan un rol preponderante en lo referente a la supervivencia de la especie. El amor puede llevar al establecimiento de vínculos estables y a la procreación.

Por lo tanto, los procesos emocionales juegan un rol adaptativo en el funcionamiento humano. Esto no significa que una determinada emoción sea necesariamente adaptativa en un contexto específico, sino más bien que, en general, los procesos emocionales juegan un rol adaptativo en el funcionamiento humano.

- La emoción genera significado

El concepto de funcionalidad de Gibson (1979) es de utilidad aquí para clarificar las relaciones entre emoción, percepción y significado.

Los objetos del mundo tienen un significado específico para los seres humanos y a este significado se llega a través de lo que dichos objetos le proporcionan a la persona, o expresado de otra manera, a su valor funcional. Una superficie plana provee una superficie para caminar. Un objeto pequeño y duro es en potencia un objeto para ser arrojado. De esta forma percibimos objetos y hechos en relación a su utilidad.

*"Conocemos a los objetos no sólo por lo que ellos nos proporcionan sino también por la forma en que hacen impacto en nosotros en tanto somos organismos biológicos. Llegamos a esta última observación a partir de ver las tendencias de acción que diferentes objetos nos sugieren. Como sostienen los teóricos de orientación ecológica, el significado está implícito en el acto de percibir. Este significado surge de percibir no sólo objetos y hechos, sino lo que estos objetos*

*y hechos nos significan a nosotros en nuestra calidad de organismos biológicos. El significado de un objeto o un hecho, para nosotros, como organismos biológicos, es esencialmente la disposición a la acción que evoca en nosotros dicho objeto o hecho. Esta es, a la vez, la raíz de la experiencia emocional.*" (Gibson, 1979)

#### • Visión integrada del proceso emocional

- 1) La estructura básica de la experiencia emotiva es producida por un programa neuronal central, que no es aprendido sino innato.
- 2) Como respuesta a situaciones o estímulos, tanto externos como internos este programa genera impulsos nerviosos que activan conductas motrices expresivas y llevan a la experiencia subjetiva de una emoción.
- 3) Las conductas expresivas motrices y psicológicas se pueden interpretar como tendencias de acción en el mundo.
- 4) Estas disposiciones o tendencias pueden concretarse o no en acciones orientadas a fines específicos, dependiendo de las decisiones tomadas en un nivel de procesamiento superior. Por lo tanto una persona puede elaborar sus tendencias emotivas en forma adaptada y funcional, o no adaptada y disfuncional. Esto depende de su forma de evaluar la situación, fruto del aprendizaje, pues se basa en sus experiencias, supuestos y creencias. Este proceso fue denominado por Arnold (1960) re-evaluación ("*re-appraisal*").
- 5) Los elementos integrantes de un esquema emotivo son el acontecimiento activador, la experiencia emotiva subjetiva, las imágenes asociadas y las conductas motrices expresivas y reacciones autonómicas asociadas.
- 6) La activación de un elemento integrante de un esquema emotivo activa a los otros. Esto es empleado en técnicas corporales, activando todos los componentes de una emoción a partir de producir sensaciones físicas.
- 7) Las representaciones internas de los vínculos primarios (padre, madre o equivalentes) y las experiencias relacionadas son internalizadas a muy temprana edad y juegan un rol importante en la formación de los autoesquemas. Dada la importancia de las experiencias relacionadas con el apego y la separación, y las tendencias o necesidades humanas innatas de contacto y exploración (separación), estas juegan un importante rol en el sistema emotivo.

#### • SINTETIZANDO:

- 1) La emoción, la cognición y la conducta están fusionadas.
- 2) El sistema cognitivo-afectivo se adapta al nicho ecológico.
- 3) La emoción tiene una función adaptativa.

- 4) La experiencia emocional involucra la síntesis de la información proveniente tanto del exterior como del interior del organismo.
- 5) La experiencia consciente de la emoción es por lo tanto el producto de la síntesis de sus componentes secundarios que se encuentran en un nivel previo al de la atención.
- 6) La experiencia emocional nos informa acerca de lo que significan los acontecimientos para nosotros como organismos biológicos.
- 7) La emoción es una forma de significado tácito.

#### • CONCLUSIONES:

Uno de los puntos ha sido la comparación entre dos perspectivas metateóricas o epistemológicas diferentes: la perspectiva del procesamiento de la información y la perspectiva ecológica o experiencial. Llegamos a la conclusión de que ambas perspectivas pueden contribuir a nuestra comprensión de los procesos involucrados y que ninguna de ellas es adecuada para todos nuestros propósitos. Sugerimos por lo tanto una complementación entre ambas. Esto nos permitirá seleccionar distintas vías de intervención aumentando la diversidad y eficacia de los recursos disponibles.

Nuestros supuestos más importantes son: (a) La experiencia emocional juega un rol adaptativo en el funcionamiento humano. (b) Las emociones pueden considerarse como un tipo de significado tácito que otorga al individuo información acerca del impacto de los eventos sobre él como organismo biológico.

Una conclusión destacable es que la emoción es una función imprescindible que combina procesos sensorio-motores primitivos con procesos esquemáticos y conceptuales de nivel superior, para sentir, pensar y actuar en forma integrada. Los problemas se generan cuando estos componentes no son congruentes.

Otra conclusión importante es que el hecho de facilitar la experiencia emocional en la terapia y trabajar con las "cogniciones en caliente" puede ser de utilidad fundamental debido a las razones mencionadas.

La inclusión de ejercicios de imaginación, experiencias in vivo de diversa índole, ciertas técnicas corporales y el psicodrama, entre otros recursos, se muestran eficaces y convenientes, desde la teoría y desde la experiencia práctica.

Sin embargo es importante no generalizar ni dogmatizar sobre los fenómenos afectivos en la psicoterapia. Diferentes procesos afectivos serán terapéuticos de acuerdo a los contextos en que se desarrollen y según los objetivos propuestos. Por ejemplo, puede suceder que las intervenciones diseñadas para



intensificar experiencias afectivas con el propósito de acceder a cogniciones relacionadas con un estado de ánimo, sean más importantes con clientes que ejercen un control desmedido sobre sus emociones que con clientes que ejercen poco control sobre las mismas. Así mismo, posiblemente algunos pacientes puedan estar mejor predispuestos y ser mejor reforzados para el cambio desde el razonamiento mientras que otros puedan serlo desde las experiencias emotivas.

## 2.6 - APOORTE DEL MODELO CENTRADO EN LAS EMOCIONES

Este modelo, desarrollado por Leslie Greenberg y otros, rescata muchos conceptos y abordajes desarrollados inicialmente por la denominada Terapia Gestalt de Fritz Perls y otros. Entre ellos, creemos importante rescatar la siguiente clasificación de las emociones.

### → LAS EMOCIONES PRIMARIAS:

Son respuestas adaptativas a situaciones específicas. También suelen describirse como sentimientos auténticos. Suelen durar poco pues son respuestas adaptadas para enfrentar situaciones específicas. En las terapias suelen durar pocos minutos. Las personas habitualmente las sienten como movilizadoras y a veces como inevitables (imposible evitar sentirlas).

Tres emociones primarias suelen ser las que habitualmente abordamos en terapia: ira, miedo y tristeza.

- Experimentar la **ira** suele ser una experiencia fortalecedora. Frecuentemente la ira es suprimida generando tristeza, desesperanza o depresión. El motivo para suprimir la ira en algunas personas se debe al temor a causar daño o perder el control y en otras se debe haber aprendido en la infancia que no es correcto sentir ira o que es peligroso hacerlo.
- La **tristeza**, cuando es emoción primaria, es muy nuclear y frecuentemente se refiere a soledad, a pérdidas de relaciones afectivamente importantes, o a una separación. El temor a expresar la tristeza o a las consecuencias de experimentar tristeza suele dificultar el contacto con uno mismo. Su expresión y aceptación es tranquilizadora y permite la adaptación y aceptación de la realidad.
- El **miedo** primario se refiere a lo desconocido o a ser dañado. La experiencia del miedo permite a la persona conocer lo que teme y aprender a evitar lo temido, cuando es posible, y a tolerar las inseguridades normales e inevitables.

### → LAS EMOCIONES SECUNDARIAS O REACTIVAS

Surgen como reacción ante una emoción primaria o un pensamiento. Son aprendidas y son disfuncionales. Son estrategias defensivas de afrontamiento de emociones primarias. Por lo tanto es conveniente evitarlas o atravesarlas hasta llegar a las primarias. Sería un error tratarlas como a las primarias, tratar de contactarse con ellas, aceptarlas o intensificarlas.

### → LAS EMOCIONES INSTRUMENTALES

Son patrones de conducta emotiva que la persona ha aprendido a usar para influenciar o manipular a otras personas. Se aprendieron como recursos eficaces para lograr ciertas cosas. En este caso la persona debe darse cuenta de la función que tuvieron y de su disfuncionalidad en el presente para poder comenzar a ensayar nuevas formas de alcanzar sus objetivos o a reformularlos.

## 2.7 - CONSECUENCIAS PARA LA TERAPIA

Un principio central del punto de vista presentado más arriba es que las emociones primarias generan una información importante acerca del significado que los hechos tienen para nosotros como organismos biológicos y motivan conductas de una manera potencialmente adaptativa. Es importante reconocer que el afecto es **información**.

La consecuencia aquí es que los individuos que por cualquier razón no puedan hacer uso completo de esta información o no tengan acceso completo a la misma, funcionarán de manera inferior a la óptima.

Por otra parte, uno no puede fácilmente acceder a esquemas emocionales subyacentes simplemente hablando con los clientes acerca de su experiencia. Es más efectivo a menudo dar instrucciones al cliente para que imagine a cierta persona o a cierta situación y luego darle instrucciones para que preste atención a sus respuestas emocionales a tal imagen. Una tarea importante, por lo tanto, para la síntesis del nuevo afecto es la de traer a la conciencia el procesamiento automático por medio de la evocación de esquemas anteriormente inaccesibles y prestando atención a conductas expresivo-inhíbitas previamente no aceptadas.

Resalta predominantemente el rol del emocionamiento en terapia cognitiva. (2<sup>o</sup>) Acceder a, y modificar, los procesos cognitivos no adaptativos. (2<sup>o</sup>) Refutar los pensamientos y creencias no adaptativas.

Con respecto al segundo procedimiento, existen diferentes formas de refutar los pensamientos y creencias no adaptativas. Beck sugiere que los clientes

aprendan a refutar sus pensamientos automáticos examinando sus creencias distorsionadas desde un punto de vista lógico, y examinando cuidadosamente la evidencia relacionada con esos pensamientos. Otros terapeutas cognitivo-conductuales, como Meichenbaum, sugieren que los pensamientos no adaptativos pueden ser refutados usando autoafirmaciones positivas o pensamientos para el manejo de situaciones (*coping thoughts*).

Pero los pensamientos no adaptativos también pueden ser refutados con efectividad al confrontarlos con la experiencia afectiva contraria. El desafío procesos cognitivos no adaptativos por medio de información afectiva generada internamente puede ser particularmente efectivo en situaciones donde el cliente responde a intervenciones lógicas o de comprobación de la realidad con afirmaciones tales como "yo sé que no es lógico pero eso es lo que yo siento" o "yo sé que no hay evidencia de que estoy fracasando pero eso es lo que yo siento".

Otra implicancia terapéutica importante de las consideraciones teóricas que hemos desarrollado es que las actividades tendenciosas o no adaptativas del procesamiento de la información son más accesibles cuando el cliente se encuentra en un estado afectivo problemático. Los pensamientos automáticos más importantes son de más fácil acceso en terapia cuando el cliente está experimentando el estado emocional asociado.

Puede ser importante trabajar con los clientes mientras están en estado de excitación afectiva, no sólo porque en estos estados se puede acceder más fácilmente a las cogniciones correspondientes, sino también porque será más fácil reestructurar esos mismos esquemas afectivos. Una vez que se activa el esquema, es posible someterlo a un procesamiento mayor en forma consciente y reestructurarlo a través de este proceso.

*"Nuestro problema no es producir diferentes pensamientos sino producir emociones en la sesión, y con esta calidad de activación emocional nueva podemos llegar a desencadenar un cambio en el cliente en su manera de sentirse y de relacionarse consigo mismo"* (Guidano, V., 1999)

Una variedad de procedimientos que van desde el uso de ejercicios de imaginación, el psicodrama, y los experimentos en "en vivo", así como el trabajo con cualquier pensamiento o sentimiento que surja en el contexto real de la relación entre cliente y terapeuta, puede ser de utilidad para acceder a las emociones y los pensamientos automáticos relacionados con ellas.

Por lo tanto:

- 1) Es importante emplear recursos comprobados como eficaces para generar las vivencias que despiertan las emociones.
- 2) El criterio de seguir una agenda en una sesión no debe prevalecer sobre el de aprovechar una emoción vivida cuando surja.

## LAS COGNICIONES

### 3.1 - GUÍA PARA LLEGAR A LAS COGNICIONES:

Resulta importante que el terapeuta tenga una idea aproximada sobre las cogniciones que puede encontrar ante una determinada emoción, así como un criterio sólido para determinar la coherencia o no coherencia entre la emoción analizada y los pensamientos mencionados por el paciente. Ante una determinada emoción, las cogniciones que se relacionan con ella tienen ciertas características. Para determinados trastornos, las cogniciones que los sustentan tienen determinadas características.

Las cogniciones características de cada trastorno serán desarrolladas en los capítulos dedicados al tratamiento de cada uno de ellos en nuestro próximo libro, pero es importante que ya comprendamos cuales son las cogniciones esperables para las principales emociones. Esto nos servirá como guía orientadora de las preguntas a realizar al paciente y como verificación de la corrección de la información recabada.

Veamos algunos casos:

#### ANSIEDAD

**Ansiedad**, como explicaremos en los capítulos destinados a los trastornos, es una denominación dentro de la psicología para ciertas formas de manifestación del **MIEDO**, como también lo son el **temor**, la **angustia** y el **pánico**.

Esto se refiere al uso específico y correcto en psicología de estos términos, ya que el uso popular de ellos actualmente suele ser diferente. Por ejemplo, es común que el paciente use el término ansiedad, o "estar ansioso" para referirse a un estado de nerviosismo, impaciencia o deseo de algún suceso. En cambio, cuando el paciente menciona sentir angustia habitualmente se refiere a una emoción traducible como tristeza, pena, desconsuelo, etc.

En las manifestaciones de miedo y en todas sus formas (temor, ansiedad, angustia, etc.) existen los siguientes elementos presentes:

- **La persona percibe un peligro o cree en la existencia de un peligro.**  
Esto no implica que esa percepción sea consciente o que la persona pueda relacionar sus síntomas con esta emoción.

Además, ese peligro puede ser de distintas clases:

- Puede ser físico, como el dolor, la enfermedad o la muerte.
- Puede ser económico, como la pérdida de un empleo, de ahorros o de bienes materiales de cualquier índole.
- Puede ser afectivo, como la pérdida de una relación de pareja, la separación de un ser querido, la muerte de alguna persona significativa, etc.
- Puede ser simbólico, como la pérdida de prestigio, buen nombre, status, felicidad, etc.

• **Lo peligroso es algo que puede suceder en el futuro.**

Es evidente que cuando hablamos de peligro es de algo que puede suceder, y no de algo que ya ha sucedido. Lo ya sucedido puede ser bueno o malo, y puede suponer nuevos sucesos posibles o consecuencias negativas, en cuyo caso el temor es a las consecuencias que pueden suceder en el futuro. Aún el temor a una enfermedad, aunque pudiera ya tenerse en el presente, es temor a lo que podría suceder por causa de ella o a recibir una información que aún no se ha recibido.

• **Esto implica incertidumbre.**

Lo ya mencionado implica falta de certeza de que eso temido ocurra. El miedo se refiere a algo que podría ocurrir o no ocurrir. Si no hubiera incertidumbre sino certeza de ese hecho, como un despido seguro o una muerte segura, la emoción sería tristeza o decepción, quedando solamente el posible miedo referido a lo que implicaría eso, a las posibles consecuencias, a la posibilidad de soportarlo, etc. O sea, el miedo sería a algo indeseado, funesto o perjudicial, todavía incierto, que podría suceder.

• **La persona se percibe como carente de soluciones o capacidad para evitar o para enfrentar exitosamente ese peligro.**

Esta característica ha sido propuesta por Beck al definir los componentes cognitivos de la ansiedad, resaltando que sin este requisito, los peligros solo implicarían estar preparado para enfrentarlos, estar precavido, pero ya sin miedo.

La conclusión de lo anterior es que ante el miedo, ansiedad o angustia, las cogniciones se refieren al peligro, a la situación futura posible no deseada o perjudicial en cualquier sentido del término, que cumple con las características mencionadas.

renciar con diferentes nombres según ese grado. Además, en cada país ciertas formas de ira pueden expresarse con otras palabras, como "branca" en Argentina, o como "coraje" en México, para citar algunos casos.

Para esta emoción, siempre existe algo que ha sucedido o está sucediendo, que alguien el mismo sujeto ha hecho o está haciendo, que no es lo que hubiera deseado, que no es correcto, que es injusto, o simplemente equivocado.

Además, puede ser que el acontecimiento sea del pasado o que esté sucediendo en el presente, pero el paciente piensa que "no debería de haber sucedido" o "no debería de estar sucediendo".

Por lo tanto el terapeuta que desea conocer las cogniciones de un paciente con esta emoción, necesita finalmente saber qué es lo que sucedió o está sucediendo que "no debería de haber sucedido" o "no debería de estar sucediendo".

Por supuesto que el nivel de malestar alcanzado y las consecuencias del mismo dependerán de la importancia asignada por el paciente a ese hecho. También, como propuso Ellis, serán distintas las consecuencias para quienes:

- Solo califiquen el acontecimiento como equivocado, injusto o perjudicial, sabiéndose capaces de vivir con eso, de soportarlo y adaptarse eficazmente a esa realidad, si ya no se pudiera evitar ni modificar. Esta sería, según Ellis, una reacción "racional", o funcional.
- Sean intolerantes al mismo, se perciban como incapaces de soportarlo o adaptarse, aún cuando ya sea tarde para evitarlo o imposible modificarlo. Esta sería una reacción "irracional", "demandante" o disfuncional, según Ellis.

**CULPA**

La culpa puede comprenderse como la ira o enojo contra sí mismo, por lo cual podemos encontrar los mismos pensamientos que explicamos para esas emociones. Los "debería" y "no debería" en este caso están dirigidos hacia uno mismo.

Pero, además, la culpa supone otra cognición, que es la "auto-condena", consistente en verse a sí mismo en forma negativa, como falto de valor, indigno, incapaz o dañino, según el caso.

Ellis propone que la persona reaccione calificando solamente la conducta, sin calificarse negativamente a sí mismo. O sea, la alternativa sería, por ejemplo, no pensar que uno es una mala persona o un incapaz, sino que uno ha realizado una acción incorrecta o equivocada.

A esta opción más saludable, la TREC ha propuesto designarla con el término "arrepentimiento" (*regret*) en vez de "culpa" (*guilt*).

## TRISTEZA

La tristeza, al igual que otras emociones similares, como la desilusión, y otras más graves, como la depresión, tiene como base la pérdida de algo importante o significativo. Lo perdido puede ser:

- Un ser querido, como padres, hermanos, pareja, hijos, compañeros, amigos, etc.
- Un bien material, como dinero, propiedades, empleo, etc.
- Otros valores, como: proyectos, esperanzas, prestigio, autoestima, etc.

La **tristeza** suele ser una emoción funcional cuando no viene condicionada por otras cogniciones disfuncionales que se le sumen, tales como:

- La creencia de que no hay nada bueno o compensatorio esperable en el futuro y la creencia de que no hay ninguna otra cosa que valga la pena en el mundo excepto lo perdido. En este caso se transforma en **DEPRESIÓN**.
- La creencia de que la pérdida se debe a que uno mismo ha hecho algo incorrecto o "que no debía hacer", y por esto uno es una persona indigna o no querible. En este caso se genera **CULPA**.

La suma de las tres creencias mencionadas anteriormente, (haber perdido algo importante, que nada más hay ni habrá en el futuro que lo compense y ser el responsable de ello) genera depresión con culpa.

## 3.2 - LOS CONTENIDOS COGNITIVOS

Al hacer el diagnóstico cognitivo del paciente es muy importante reconocer y diferenciar claramente a cuál de los tipos que enunciaremos pertenece cada pensamiento encontrado, ya que de ello dependerá la elección de aquellos con los que vamos a comenzar, así como el tipo de abordaje apropiado para modificarlos.

Uniendo las propuestas de Albert Ellis y Aaron Beck, para un correcto diagnóstico y un apropiado abordaje de las cogniciones, podemos reconocer las siguientes clases de cogniciones:

### → SUPUESTOS O INFERENCIAS

Los que Beck ha denominado "supuestos" (*assumptions*) y Ellis ha denominado "inferencias" (*inferences*) son afirmaciones, tales como: "Mi tía me odia" "No lograré aprobar el examen" "No me ha llamado porque no me ama".

Expresan un hecho, supuesto o inferido por el sujeto, que puede ser cierto o falso, comprobable o no comprobable, posible o imposible, etc.

Resumiendo, estas afirmaciones pueden:

- 1) **Coincidir con la realidad observable** o comprobable.  
Por ej.: "Mi pareja ya no me ama." Si esto resulta ser cierto.
- 2) **No coincidir con la realidad observable** o comprobable.  
Por ej.: "Mi pareja ya no me ama." Si esto resulta **NO** ser cierto.
- 3) **No existir actualmente elementos** o formas de comprobar su coincidencia con la realidad. Por ej.: "Nunca voy a ser amado." Por ser imposible de saberlo.

Obviamente, los primeros debemos aceptarlos para adaptarnos a la realidad y tener emociones y conductas funcionales.

Los segundos deben rechazarse por generar respuestas no acordes a la realidad y, por lo tanto, ser disfuncionales.

Finalmente, los terceros deben rechazarse cuando son causa de emociones o conductas disfuncionales, ya que no tenemos fundamentos para darlos por ciertos y no nos beneficia el hacerlo.

Además, existen algunos tipos de supuestos que merecen ser reconocidos:

#### • SUPUESTOS EN FORMA DE REQUISITOS

Cuando el paciente usa expresiones con las palabras "debo" o "deber", o con la palabra "necesito", si expresan un **requisito para algo** y no son demandas ni normas, los consideramos "supuestos en forma de requisitos". Por ejemplo: "Para no tener sueño debes dormir más". "Necesito más tiempo para terminar esta tarea." "Debo comer menos para lograr adelgazar".

#### • SUPUESTOS DE LA FORMA "SI... ENTONCES"

Son supuestos que expresan una consecuencia basada una situación o circunstancia antecedente. Por ejemplo:

"Si me doy a conocer, se reírán de mí." "Si no estoy alerta pueden dañarme." "Si no hago lo que desea no me amará".

Detectar esos dos tipos de supuestos particulares es muy útil para profundizar en el conocimiento de las cogniciones del paciente, para comprender mejor el motivo de sus demandas y, a veces, para llegar a sus creencias nucleares.

### → DESEOS

Como deseos interpretamos la expresión de lo que se quiere, lo que se considera mejor para uno, o lo que **no** se quiere. Por ejemplo:

"Deseo que seas mi pareja". "Quiero aprobar mis exámenes".  
"Odio levantarme temprano".

Los deseos son saludables y generan la energía para emprender diversas actividades y darle sentido y orientación a la vida. Algunos, sin embargo pue-

2) El criterio de seguir una agenda en una sesión es aprovechar una emoción vivida cuando surja.

des ser disfuncionales si las consecuencias de cumplirlos se perciben como perjudiciales para la persona o contrarias a sus objetivos. Pero todos los deseos, funcionales o disfuncionales, a veces se logran cumplir y otras veces resultan imposibles de cumplir por diversos motivos, a veces no modificables. Para que los deseos no se transformen en "demandas" es necesario que, aun los más funcionales o importantes, incluyan la capacidad de tolerar que no se cumplan y de adaptarse a esa alternativa, si no tuviera remedio.

Sin embargo, la expresión verbal de un deseo es un supuesto, ya que es una afirmación que podría ser verdadera o falsa. Por eso, en primer lugar podemos evaluar lo expresado por el paciente como un supuesto y, si consideramos que es cierto, aceptarlo como deseo.

→ **NORMAS**

Las normas definen lo que está "bien" y lo que está "mal". Expresan reglas, y en consecuencia califican las conductas. Por ejemplo:

- "No debes robar"
- "No debes mentir"
- "Debes obedecer a tus padres"

Todos los seres humanos tienen normas y éstas son importantes para organizar las conductas. Pero inevitablemente algunas personas, algunas veces, no actuarán de acuerdo a las normas.

Para que las normas no se transformen en "demandas" es necesario que la persona esté dispuesta a soportar que algunas veces no se cumplan y a no tener posibilidad de modificarlo. La imposibilidad de modificarlo, a veces surge de que es un hecho ya consumado y no reparable, o de que es un hecho sobre el cual no se tiene poder pues no depende de uno.

→ **DEMANDAS**

Ellis descubrió que, habitualmente, los pacientes se perturbaban por tener pensamientos que se basaban en una actitud demandante. Esa actitud se evidenciaba cuando, debajo de otros pensamientos, aparecía alguno que expresaba una demanda o exigencia absolutista, rígida e intolerante. Estas demandas, que hoy podemos encontrar en cualquier persona y especialmente en nosotros mismos, cada vez que nos perturbamos, pueden estar dirigidas hacia el mundo, hacia otras personas o hacia nosotros.

Generalmente, estas demandas están expresadas por frases tales como: "yo debería..." "yo necesito..." "él tiene que..." "él no debe..." y por algunos derivados tales como: "no soporto que...", "es inadmisible que..." u otras expresiones que llevan al extremo de insostenible o catastrófico que las cosas no sean como se pretende que sean.

Ellis incluyó a las demandas dentro de su lista de "creencias irracionales" y brindó una muestra de las más frecuentemente encontradas en sus pacientes. También consideró que eran derivados de estas demandas a expresiones que denominó: "no-expropiación" o baja tolerancia a la frustración (BTF) y "tremendización" o exageración de las consecuencias de situaciones no deseadas.

En resumen: Las demandas son exigencias que "tremendizan" los acontecimientos que no concuerdan con lo considerado correcto o esperado, y "no soportan" que no sea así.

Se pueden reconocer por su carácter de intransigentes ante la realidad y por sus inevitables consecuencias, las emociones y conductas disfuncionales, que permiten diferenciarlas de las simples normas y de los deseos.

Pueden expresarse con palabras como:

- "Deben reconocer mis méritos"
- "A esta edad debería estar casado"
- "Necesito que mi madre me comprenda"
- "Necesito tener pareja"

Es importante entender que estas expresiones con "necesito" son en realidad supuestos, ya que afirman que existe una necesidad, y por lo tanto pueden discutirse como tales, demostrando su realidad o falsedad. Sin embargo, también podemos interpretarlas o "traducirlas" como demandas de la forma: "mi madre debe comprenderme" y "yo debería tener pareja" respectivamente, para ser debatidos como demandas.

Inclusive a veces las demandas se manifiestan con expresiones tales como: "No comprendo como puede ser que me haya mentado..." que se puede "traducir" como: "Él no debería de haberme mentado"

Sin embargo es importante enfatizar que lo fundamental para definir una demanda como "demanda" no son las palabras con las que el paciente describe su pensamiento, sino las características comprobables del mismo y las consecuencias emotivas y conductuales que genera.

→ **DIFERENCIAR DEMANDAS DE DESEOS**

Debemos recordar que, más allá de las palabras que supongan para expresar estos pensamientos, lo importante es la actitud. Por eso es importante entender el siguiente: No es lo mismo demandar que algo sea de una manera que simplemente desear que las cosas siempre sean de esa manera.

No es lo mismo desear que se le permita salir del país a una emigrante religiosa o de cualquier otra condición, que pretender que se le permita a todas las personas actuar de esa manera. En el primer caso, el tiempo que se le permite salir del país y perseverancia para esperar los días permitidos, es parte de la vida.

tamente siempre se cumplan y "no soportar" que esto no suceda.

Dicho en otras palabras. Las personas tenemos metas, objetivos, principios, normas, deseos y expectativas. Es bueno tenerlos y es bueno luchar para lograrlos. Pero debemos aceptar que no siempre será posible cumplirlos, que la realidad a veces no coincide con nuestros deseos, ya sean estos justos o injustos, razonables o no.

Es sano no olvidar que el mundo no puede estar hecho según nuestros deseos. También es conveniente recordar que las normas fueron hechas para luchar contra ciertas tendencias naturales que, inevitablemente, siguen y seguirán apareciendo y generando conductas indeseables. En definitiva, es importante reconocer que los seres humanos somos simplemente humanos y, por lo tanto, fallibles.

Los creyentes, pueden tener presente que el mismo Dios, creador de las leyes, siendo omnipotente no hizo que todos las cumplieran, sino que otorgó la libertad y permitió que a veces no se cumplan.

Aceptar la realidad es el primero y único paso posible para tratar de modificarla (si fuera posible) o adaptarnos a ella (si no fuera posible modificarla). La intolerancia a la frustración (la que Ellis denominara: "no-soport-itis") no cambia la realidad. En cambio, esta actitud nos perturba y nos conduce a conductas contraproducentes y auto-saboteadoras que no resuelven las cosas y que a veces las empeoran. Esta actitud habitualmente nos genera más sufrimientos de los necesarios y, a veces, nos enferma.

Estas actitudes demandantes e intolerantes a veces contienen la soberbia de la omnipotencia al pretender que el mundo sea acorde a nuestros principios o deseos. ¿Y cual es la alternativa? Una actitud "preferencial", consistente en desear y luchar para lograr nuestros deseos, pero aceptando que algunos (o muchos) pueden no cumplirse, y adaptándonos a la realidad que no podemos modificar. Como alguna vez habremos escuchado decir, es bueno tener fuerza y perseverancia para cambiar lo que podemos cambiar, serenidad y tolerancia para aceptar lo que no podemos cambiar y sabiduría para distinguir cual es cual.

En la práctica resulta conveniente modificar las frases demandantes que nos perturbaban, cambiando el: "Yo debería" por el "Sería mejor y voy a hacer todo lo posible para... xxx... pero, si no lo logro, no será el fin del mundo y lo puedo volverlo a intentar lo, si no puedo modificarlo, puedo vivir con esto".

En vez de decir: "Necesito xxx" podemos decir: "Me gustaría mucho (o es muy importante para mí) xxx pero si no lo tengo (o si no lo logro) puedo adaptarme y puedo vivir sin esto".

En vez de pensar: "El debe (tiene que) xxx" podemos pensar: "Sería mejor que el xxx, pero si no es así, no es el fin del mundo, puedo aceptar la realidad y actuar en consecuencia (de la manera más adecuada y conveniente para mí)".

Sorprendentemente, el cambio de pensamiento nos hará sentir mejor y menos perturbados. El nuevo sentimiento será más funcional y nos permitirá buscar e implementar conductas más útiles para enfrentar las situaciones. En conclusión, lograremos las conductas y emociones que habíamos denominado "funcionales" en el capítulo anterior, por servir mejor a nuestros objetivos.

Veamos algunos ejemplos:

Supongamos que hemos confiado en una persona y la hemos ayudado reiteradamente, pero finalmente ella nos perjudica intencionalmente e injustamente.

¿Que pasaría si pensáramos: "Ella debería de haber actuado distinto. Esto no debió absolutamente suceder. Es terrible. No puedo soportar esto. Es una mala persona que merece lo peor."<sup>1</sup>

Seguramente nos enfureceríamos, tal vez generaríamos una pelea y finalmente nos sentiríamos muy mal y perjudicaríamos nuestra salud. Pero, lo más importante es que de esta forma no habríamos logrado cambiar nada de la situación.

En cambio, que pasaría si pensásemos: "Lo correcto hubiera sido que ella no procediera así. No me gusta la manera en que ella se comportó. Si es posible, voy a tratar de modificar esto, pero, si ya no se pudiera modificar, puedo soportarlo y no perjudicar mi salud ni otros momentos. Esto es malo, pero no es horrible."<sup>2</sup>

Pensando así, estaríamos menos enojados, estaríamos adecuadamente disgustados, ni furiosos ni indiferentes. Un enojo apropiado nos impulsaría a buscar los remedios o a evitar que nos vuelva a suceder, pero no nos impediría disfrutar los momentos buenos ni afectaría nuestra salud. Además, evitar el acceso de furia también evitaría que hagamos cosas inapropiadas, con consecuencias indeseadas o contraproducentes.

Otro ejemplo:

Supongamos que debo rendir un examen dentro de pocos días y me estoy diciendo:

"Es absolutamente necesario que apruebe. Sería horrible, una catástrofe sin remedio, no aprobar. Si no apruebo, absolutamente no podré soportarlo."

Como consecuencia de este pensamiento generaré tanta ansiedad y miedo que no podré concentrarme en el estudio y no podré recordar nada durante el examen. El resultado será peor de lo esperado.

¿Que pasaría si, en cambio, me dijera: "Deseo aprobar, ya que es muy conveniente, y voy a hacer todo lo posible para lograrlo, pero si no lo logro, no será el fin del mundo, simplemente deberé emplear más tiempo y esfuerzo. Aunque no me guste reprobar, no es catastrófico y puedo soportarlo."<sup>3</sup>

La consecuencia sería que rendiría mi examen con mayor tranquilidad, lo cual me permitiría recordar más y razonar con mayor claridad, lo que finalmente haría mucho más probable que aprobara el examen.

**DIFERENCIAR DEMANDAS DE NORMAS**

Las normas expresan lo que es correcto y lo que no lo es. Permiten calificar las conductas. Por lo tanto podemos entender que implican un deseo de la sociedad y suelen ser el deseo de la persona que las cita. Desde este punto de vista son funcionales.

Pero si una persona, al pretender que siempre se cumplan las normas, al "no soportar" que a veces no se cumplan, las transformará en demandas y en pensamientos disfuncionales, generará consecuencias emotivas y/o conductuales disfuncionales.

Es importante comprender que el cumplimiento de normas es un objetivo perfectamente saludable, pero pretender que siempre se cumplan es poco realista, ya que éstas habitualmente suponen intentar frenar tendencias que están en la naturaleza humana.

Las normas son recomendaciones que las personas a veces cumplen y a veces no cumplen. La intolerancia a adaptarse a la realidad, a vivir en un mundo donde a veces las normas no se cumplen, resulta irracional y disfuncional.

Ejemplo:

• **Demanda:** "Si yo lo he ayudado, es insuportable, absolutamente intolerable, que él no me haya ayudado, y eso lo transforma en una mala persona."

• **Norma:** "Si yo lo he ayudado, lo justo sería que él me ayudara a mí. Por lo tanto su conducta ha sido injusta, pero puedo vivir con esto"

La terapia no tiene motivos para discutir normas ni es su función hacerlo. Solamente aborda las actitudes demandantes, la intolerancia y la no aceptación de la realidad, como disfuncionales y causantes de perturbaciones. Sin embargo, a veces puede ser conveniente analizar y discutir interpretaciones personales y distorsiones de normas, realizadas por el paciente, que le resultan disfuncionales y se reflejan las reales de su religión.

Ejemplo:

• **Distorsión distorsionada:** "Tras haberme ayudado a salir de un estado de ansiedad que me atormenta..."

• **Distorsión exagerada:** "Cada vez que me ayuda a salir de un estado de ansiedad..."

**LAS NECESIDADES**

Las necesidades son requisitos reales, sin los cuales no se puede vivir. Por ejemplo: Comida para poder vivir o aire para respirar.

Si el paciente expresa con el término "necesito" algo que no es necesario para vivir o no es requisito definido para algo, se trata de un supuesto erróneo, pero también podemos interpretarlo como expresión de una demanda.

Por ejemplo, la expresión: "Necesito que me quieran", es una forma de expresar la demanda: "Ellos deberían quererme" y "No puedo soportar que no me quieran". Y la expresión: "Necesito aprobar" es una forma de expresar "Yo debería aprobar" y "No puedo soportar no aprobar".

Otras veces las expresiones con el término "necesito" pueden ser simplemente requisitos, si expresan para qué se necesitan esas cosas. Por ejemplo, la segunda mencionada, si hubiera sido: "necesito aprobar mi examen para obtener la beca", simplemente indicaría que el requisito para obtener la beca es haber aprobado el examen.

**IMÁGENES**

Como lo indica el nombre, son imágenes que se muestran en la mente y pueden ser de las siguientes clases: **Metáforas, predicciones o recuerdos.**

Una **metáfora** puede ser que el paciente se vea: "muy pequeño, enano ante un profesor gigante" o "hundándose lentamente en un pantano" o "en un laberinto del cual no encuentra ninguna salida".

Para transformarlas en expresiones verbales de pensamientos que nos resulten útiles tratamos de entender lo que simbolizan, como considerarse poco capaz, pensar que está empeorando su situación o no saber como resolver su problema, respectivamente, en los ejemplos anteriores.

Una **predicción** perturbadora generalmente le muestra al paciente escenas futuras temidas o situaciones en que fracasa o algo indeseable le sucede. Para transformarlas en expresiones verbales de pensamientos podemos transformarlas en frases tales como: "tengo miedo de que..." o "creo que voy a..."

Los **recuerdos** son imágenes del pasado que invaden la mente. En general necesitamos averiguar el motivo de estas intrusiones, como por ejemplo: culpa, temor de que se repita, etc. Luego podemos debatir los supuestos generadores de esas emociones.

**OTRAS EXPRESIONES**

A veces se expresan y a veces están implícitas pero se pueden deducir:

**Tremendizaciones:** "Sería horrible equivocarme", "Sería horrible que me rechacen".

**"No-sopart-túis":** "No podría soportar quedarme solo", "No podría soportar otro fracaso".

Este último término, propuesto por Albert Ellis, tiene finalidades didácticas para el paciente, y pretende referirse a la forma en que éste habitualmente expresa su baja tolerancia a la frustración (B.T.F.).

Siendo también supuestos, son afirmaciones cuya realidad o falsedad puede discutirse.

En general, podemos esperar que estas dos expresiones acompañen a las demandas. En otros casos, su expresión puede permitirnos inferir la demanda implícita de la que son derivadas.

#### → CREENCIAS NUCLEARES

El que propone este término es Beck. Son supuestos que pueden definirse como: "lo que pienso sobre mí, sobre los otros, sobre el mundo, o sobre mi relación con los otros o con el mundo". Su carácter nuclear está determinado por su influencia central que condiciona, limita y determina a los otros supuestos. Por su centralidad, las nuevas apreciaciones deben acomodarse a estos esquemas previos de la realidad.

En general se puede llegar a estas creencias buscando los conceptos subyacentes a los supuestos expresados por el paciente que aparecen como reiterados en diferentes situaciones. Se muestran como una manera general de percibir los acontecimientos y forzar las interpretaciones de tal forma de confirmarlos o no contradecirlos.

Jeffrey Young confirma su importancia especialmente en los que denomina: "esquemas tempranos inadaptados" determinantes de los trastornos de personalidad y de las "resistencias" a la terapia. (Ver capítulo 57).

Según el modelo de Beck, ampliado en los últimos años por Judith Beck (2005), cuando las creencias nucleares referidas hacia uno mismo son "negativas", aunque pueden ser expresadas con muy diversas palabras, pertenecen a alguno de los tres tipos siguientes:

- Ser incapaz o ignorante, Ser débil, inferior, fracasado. (*helpless*)
- No ser querido, no ser atractivo; no ser divertido. (*loveless*)
- No ser digno, no ser valioso, carecer de méritos. (*worthless*)

### 3.3 - CONSECUENCIAS DE LA CLASIFICACIÓN

Como mínimo, por las consecuencias en la terapia, es fundamental diferen-

ciar los siguientes cuatro tipos y sus abordajes: (1) Supuestos o inferencias, (2) normas, (3) deseos y (4) demandas.

#### 1. SUPUESTOS O INFERENCIAS

Los supuestos (Beck) o inferencias (Ellis) pueden discutirse en cuanto a su validez, empleando los diversos recursos desarrollados en los libros de Aaron Beck y de Judith Beck, que presentamos en los capítulos 4 y 7. Las demandas se discuten de forma muy distinta a los supuestos ya que no son verdaderas ni falsas sino filosóficamente inútiles, implican la no aceptación de la realidad y carecen de fundamentos. Pero cuando los supuestos causantes del malestar son ciertos solo podemos enfrentarnos a las demandas de que no lo sean.

#### 2. NORMAS

Cuando una norma no está fundada o surge de una interpretación errónea, se discute la norma, pero respetando el marco de creencias del paciente. Por ejemplo, si el pensamiento es: "debo estudiar la carrera que desean mis padres, y debo cumplir sus expectativas" discutiremos esta misma norma, por no estar fundada en ningún mandamiento religioso o por ser una interpretación errónea o subjetiva de ellos.

Pero si la norma es correcta, solo se puede discutir la demanda o exigencia de que siempre se cumpla. O sea, discutimos la intolerancia a la realidad. Por ejemplo, si el pensamiento es: "El no debería de haber mentado" aceptamos la norma y lo que discutimos es la demanda.

#### 3. DESEOS

Los deseos, en primer lugar, no se modifican por simple decisión de nosotros. Pero, a veces algunos deseos particulares surgen de otros más profundos y se derivan de aquellos por supuestos del tipo "si-entonces".

Por ejemplo, podemos desear que alguien nos diga como se siente debido al supuesto "si no nos dice como se siente significa que no confía en nosotros" y luego: "si no confía en nosotros significa que no nos ama". Entonces, lo que deseamos en realidad, es que nos ame. El deseo de ser amado no resulta disfuncional, pero puede ser disfuncional el desear que nos diga como se siente. (Esto último lo podemos modificar simplemente demostrando la falsedad de los supuestos. Por ejemplo, en este caso, si el paciente comprende que decirle como



se siente, no significa que no los ame, ya que hay otras explicaciones posibles, desaparece ese deseo.

Si en vez de deseos, fueran demandas, esta vinculación también sería muy importante para comprenderlas y decidir cómo vamos a actuar. En este caso tendríamos dos alternativas: (a) Discutir la demanda más profunda. (b) Discutir los supuestos, logrando eliminar las demandas más superficiales, pero dejando sin discutir la demanda más profunda.

#### 4. DEMANDAS

Las demandas no son "verdaderas" ni "falsas" sino simplemente irracionales y disfuncionales, y se abordan desde esa irracionalidad y disfuncionalidad. Tanto los deseos como las normas pueden aparecer elevados por el paciente al nivel de demandas, bloqueando su capacidad de adaptación a la realidad y generando conductas y emociones disfuncionales. Para Ellis las demandas son el centro de todos los trastornos.

Para un buen diagnóstico es muy importante que, cuando escuchemos una demanda, le preguntemos al paciente (y/o nos preguntemos) el por qué de ella. Un buen diagnóstico requiere conocer el motivo de esa demanda. Una forma práctica de averiguarlo, ya mencionada, es buscar el supuesto "si... entonces" que nos lleve a otra demanda más profunda. Una forma de lograrlo es preguntarle al paciente (y/o preguntarnos a nosotros mismos), qué significaría que no se cumpliera esa demanda.

Por ejemplo, si la demanda del paciente fuera: "Debo absolutamente aprobar todos mis exámenes con un diez", podríamos preguntarle (o preguntarnos): "Y si no aprueba con un diez... ¿que sucedería? o ¿qué significaría?"

La respuesta del paciente podría ser: "Habría defraudado las esperanzas de mis padres". Y si le preguntásemos qué significaría que eso sucediera, tal vez nos contestaría: "Si los defraudara... los haría sufrir" y finalmente: "Si los hiciera sufrir sería un mal hijo". Con este procedimiento ya logramos entender la verdadera y profunda demanda: "Debo cumplir las expectativas de mis padres". Obviamente esta última es la demanda que nos interesa discutir y una manera posible es discutiendo la validez de esos supuestos.

Por ejemplo, podemos refutar que no cumplir las expectativas de sus padres signifique ser un mal hijo. También podríamos debatir si no aprobar todos los exámenes con diez implicaría hacer sufrir a los padres.

El abordaje para discutir las demandas propuesto por Albert Ellis, especialmente para las más profundas, es de tipo filosófico y lo explicaremos más adelante, en el capítulo 4. En la mayoría de los casos, Ellis prioriza la discusión de

las demandas, usando el procedimiento que explicaremos, y deja en segundo lugar la discusión de los supuestos.

Desde otro punto de vista, Beck no incluye el concepto de demandas y solo menciona como una forma de *distorsión cognitiva* ciertos pensamientos con la palabra "debe". (Ver capítulo 7).

### 3.4 - AVERIGUANDO LAS COGNICIONES

#### LAS CADENAS COGNITIVAS

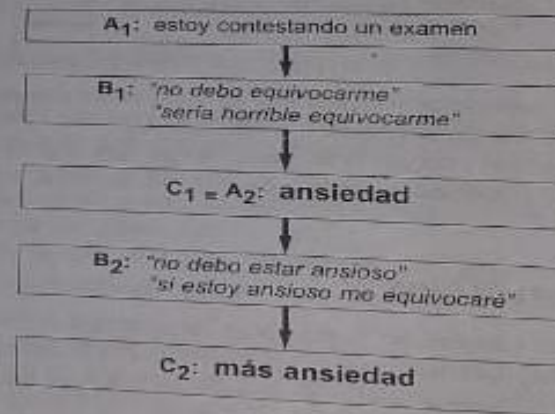
Muchas veces, para comprender un caso, necesitamos representarlo como una cadena. Por lo tanto necesitamos tener claro este concepto.

La cadena surge cuando ante una situación (A) mediante una cognición (B) respondemos con una reacción (C) emocional o conductual, pero esta reacción (C) también es una nueva situación (A<sub>2</sub>), sobre la que podemos tener una cognición (B<sub>2</sub>) y generar una reacción (C<sub>2</sub>). Dicho en otros términos, C<sub>2</sub> es la reacción que generamos sobre la reacción C (que es también una situación)

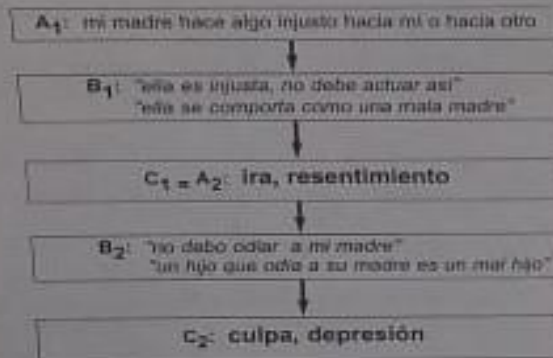
Frecuentemente, para comprender bien un problema necesitamos representar gráficamente una "cadena", donde una "C" es también una nueva "A" y genera otra "C" que denominamos secundaria.

Veamos la representación gráfica de dos ejemplos:

Primer ejemplo:

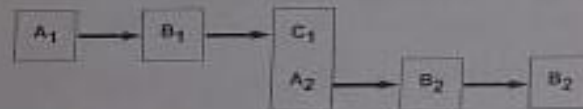


## Segundo ejemplo:



En los dos ejemplos, a la primera secuencia la denominamos "primaria" y a la segunda la denominamos "secundaria".

El siguiente esquema resume el concepto de cadena:



Es importante recordar que en estos casos siempre la respuesta  $C_1$  es al mismo tiempo la situación o estímulo  $A_2$ .

También será útil tener presente que esta cadena puede tener más "eslabones", representados como primarios, secundarios, terciarios, etc.

## LAS SITUACIONES

Para conocer las cogniciones necesitamos definir las situaciones en que se generan. Las "situaciones" o "estímulos" (S) definidas por Beck, fueron denominadas "acontecimientos activadores" (A) por Ellis.

Pueden ser:

- Un acontecimiento externo.
  - acciones de otros.
  - palabras de otros.
  - emociones de otros.
  - eventos y acontecimientos naturales.
- Una emoción (propia)
- Una conducta (propia).
- Una sensación corporal.
- Un síntoma.
- Un recuerdo (imagen)

Sin embargo, una visión constructivista, siempre nos dejará dudas respecto a la posibilidad de diferenciar un "sucesamiento" de una "cognición", lo que requeriría más análisis sobre este punto, que no creemos oportuno ni útil hacerlo aquí.

## CONFLICTO TEMPORAL DE CONSECUENCIAS

A veces el paciente parece ser contradictorio, pues afirma desear una cosa y hacer lo opuesto. Esto suele suceder con las adicciones y también con quienes enfrentan la obesidad, entre otros casos.

Ellis ha descrito en estos casos a las cogniciones como un conflicto entre el hedonismo a corto plazo versus el hedonismo a largo plazo. Beck lo ha descrito con el título de conflicto temporal de consecuencias. Pero el esquema es el mismo en las dos propuestas.

Cuando la conducta se decide en función de sus consecuencias, frecuentemente podemos encontrar una disyuntiva entre las previstas a corto plazo (o inmediatas) y las previstas a largo plazo (demoradas), que resultan ser opuestas. En estos casos las personas deben elegir entre los beneficios inmediatos a expensas de los costos a largo plazo versus los beneficios a largo plazo a costa del malestar o renuncia de beneficios en el presente.

Este tema se desarrollará más en el abordaje de la obesidad y de las adicciones en el próximo libro, avocado a las aplicaciones de la terapia cognitiva.

Un esquema sobre esta disyuntiva, tomando como ejemplo la conducta del obeso ante la comida, se muestra en la siguiente figura:

### CONFLICTO TEMPORAL DE CONSECUENCIAS

Hedonismo a CORTO PLAZO ← versus → Hedonismo a LARGO PLAZO

Comer el pastel

AHORA (+)

Me dará placer

Calmará mi ansiedad

A LARGO PLAZO (-)

Aumentará mi sobrepeso

Mayores riesgos de enfermedad

Limitará más mis actividades

No comer el pastel

AHORA (-)

Me priva de un placer

Aumenta mi ansiedad

A LARGO PLAZO (+)

Eliminará o evitará mi sobrepeso

Mejorará o mantendrá mi salud

Me permitirá más actividades

### LOS RECURSOS

Hay muchas formas de averiguar las cogniciones. Las más frecuentes son:

- El registro por parte del paciente en un formulario, o en un cuaderno *ad hoc*, de sus pensamientos en el momento en que experimenta la emoción. Este método fue propuesto por Beck y lo explicamos en 4.4 (*Las Tarjetas de Autoayuda*).
- Revivir en la sesión por medio de la imaginación o de una dramatización la situación perturbadora o el momento perturbador y expresar verbalmente los pensamientos que se está teniendo durante esta experiencia.
- Un interrogatorio o estimulación mediante frases abiertas y/o preguntas al paciente por parte del terapeuta durante la sesión. Este recurso se ejemplifica mejor más adelante.
- Deducir los pensamientos de los relatos del paciente y de sus conductas dentro y fuera de la sesión.

Un buen diagnóstico cognitivo requiere recordar siempre que los supuestos o inferencias disfuncionales son la causa de las emociones y conductas disfuncionales. Pero, cuando son erróneos o arbitrarios, **el motivo** de estos supuestos o inferencias es alguna **creencia nuclear**. Por lo tanto ante cualquier dificultad u obstáculo en el proceso de cambio será importante determinar las creencias nucleares que obstaculizan el esperado proceso o la relación del paciente con su terapia.

Las creencias nucleares se originan en las experiencias infantiles. Son inadecuadas porque se activan ante situaciones que difieren de aquellas primitivas en las cuales fueron útiles y porque se resisten a modificarse. Esto ha sido explicado en forma muy completa por la teoría de Young sobre los esquemas tempranos inadecuados y sus orígenes (Ver el capítulo 8 de este libro).

También hay que recordar que las cogniciones se encadenan formando una red o estructura que necesitamos investigar hasta llegar a una representación realmente eficaz, que seguramente tendrá demandas y supuestos de distintas clases y niveles que finalmente nos llevarán a definir las creencias nucleares que podrán explicar el sentido de las estrategias conductuales del paciente. También es necesario tener presente que las situaciones activadoras pueden ser tanto acontecimientos externos como imágenes, emociones, conductas, sensaciones físicas, etc.

Finalmente no hay que olvidar que las cadenas cognitivas que estudiamos son en muchos casos la forma apropiada para comprender y abordar un problema.

→ POR LO TANTO, PARA UN BUEN DIAGNÓSTICO, ES IMPORTANTE QUE

- Determine qué situaciones gatillan las cogniciones y respuestas disfuncionales.
- Defina las estrategias conductuales dominantes, determinando a que supuestos o creencias nucleares responden. Recuerde que tienen la finalidad de proteger al paciente o ayudarlo a enfrentar las consecuencias o situaciones esperadas por sus creencias nucleares o esquemas que son activados en determinadas circunstancias.
- Investigue activamente las creencias nucleares que subyacen a los supuestos disfuncionales, actitudes, demandas y distorsiones cognitivas de su paciente.
- Use frecuentemente la pregunta "¿por qué?", tanto sobre demandas como sobre supuestos, tanto en voz alta hacia el paciente como reflexionando hacia sí mismo. Pregúntele (o simplemente pregúntese): "¿para lograr o para evitar qué?", "¿qué pasaría si no es así?"

- Construya y actualice permanentemente el diagnóstico cognitivo de su paciente, recordando la importancia de apuntar siempre a la modificación de las creencias nucleares disfuncionales o esquemas tempranos inadaptados (capítulo 8) que generan las cogniciones y respuestas disfuncionales que desea abordar en la terapia.
- Identifique cuando el trastorno requiere ser descrito en una cadena de primarias, secundarias, terciarias, etc. para comprenderlo

#### → ALGUNAS FORMAS DE DIALOGO PARA INVESTIGAR LAS COGNICIONES EN LA SESIÓN

##### Simples:

Preguntar: "¿Qué estaba pensando en ese momento?" "¿Qué significado tiene para Ud. esa situación?" "¿Qué recordó en ese momento?"

##### Inductivas (I):

Luego de conocer la emoción o la conducta, proponer frases a completar:  
"Estaba ansioso por temor a que..." "Se enojó contra (¿quién?)... porque (é/ella): no debería... (¿qué?)". "Estaba triste pensando que ya no..." "No habló, porque si hablaba... ¿qué podría haber pasado si hablaba?"

##### Inductivas (II):

Sugerir inicios de frases, secuenciando a las anteriores:

Paciente: "Ella se enojó". Terapeuta: "Y cuando ella se enoja..."

Paciente: "Cuando se enoja me grita". Terapeuta: "Y cuando me grita..."

Paciente: "Me siento maltratado". Terap: "Y cuando me siento maltratado..."

##### Dar ejemplos:

"Cualquiera en esta situación hubiera pensado: "xxxx"... ¿Y Ud.?"

##### Ajustar lo escuchado:

"Ud. me dijo que "xxxx" ¿Sería algo así como que "yyyy"?"

##### Dar opciones:

"¿Cuál podría haber sido su pensamiento: Sería "xxxxx" o tal vez "yyyy"?"

##### • Transformar reglas o demandas en supuestos condicionales:

"Porque, si eso sucediera, significaría que..." "Y si esto sucediera... ¿cuál sería la consecuencia?"

• Preguntar por imágenes y luego intentar "traducirlas" a una frase. Consulte y corrobore con su paciente la verbalización de la imagen. "¿Diría que no sabe qué camino tomar ante esta situación?" "¿Diría que se siente desprotegido o expuesto a las críticas?" "¿Se sintió inferior?"

El siguiente es un recurso muy frecuente e importante para una clara concepción del problema.

#### → PEDIR UNA ACLARACIÓN

Para cogniciones expresadas en forma general, vaga o imprecisa es necesario pedir aclaración. Veamos dos ejemplos ilustrativos:

Paciente: "Soy muy nervioso"

Terapeuta: "¿Qué cosas le pasan que le hacen definirse como nervioso? ¿Podría mencionarme algún ejemplo y describirme lo que siente o hace?"

Paciente: "No enfrento las situaciones"

Terapeuta: "¿Podría relatarme un ejemplo de una situación que no ha enfrentado?"

Paciente: "Mi madre no me comprende"

Terapeuta: "¿Podría mencionarme algún ejemplo de algo que su mamá no le ha comprendido? ¿Podría ejemplificarme alguna situación en la cual su mamá no lo comprendió?"

Paciente: "Quiero ser más activo"

Terapeuta: "¿Podría darme algunos ejemplos de cosas tendría que hacer para poder considerarse más activo? ¿qué situaciones puede ejemplificarme en las que no fue activo y qué es lo que debiera de haber hecho para poder considerarse activo?"

Paciente: "QUIERO SER MÁS SEGURO"

Terapeuta: "¿Podría darme un ejemplo de una situación que la que no fue seguro?"

Paciente: "La semana pasada cuando mi madre me dijo que debía quedarme más tiempo, no le discutí"

Terapeuta: "¿Qué cree que debería de haber hecho?"

Paciente: "Haberle dicho que no puedo"

Terapeuta: "¿Que cree que hubiera pasado si Ud. le decía que no puede?"

Paciente: "Se hubiera disgustado conmigo"

Terapeuta: "Y si se disgustaba con Ud. qué consecuencia cree que hubiera tenido?"

Paciente: "No sé... Creo que me trataría más friamente. Me haría sentir mal."

Terapeuta: "Y Ud. se sentiría mal porque estaría pensando... ¿qué cosa?"

Paciente: "Mmm... Creo que... como un reproche... Que soy un mal hijo"

Terapeuta: "¿Qué regla habría infringido para pensar que sería un mal hijo?"

Paciente: "Mmm... Ella hizo mucho por mí... Un buen hijo no debería causarle malestar... Creo que siento que debo cumplir sus expectativas y no hacer nada que le disguste..."

**Cuando el paciente no manifiesta sus cogniciones. Tenga presente que puede ser que, por ejemplo:**

- Su estrategia sea evitar los pensamientos que lo perturban ("no pensar").
- Tenga dificultad para comprender este modelo y lo que interesa determinar.
- Tenga vergüenza o temor de expresar sus pensamientos, por lo que supone que pensará o le dirá el terapeuta.
- Confunda sentimientos con pensamientos.

**Formas de abordar los obstáculos para expresar los pensamientos.**

- Si suponemos que es el temor a revivir emociones:
  - Brindando más contención.
  - Abordando progresivamente.
- Si suponemos que es temor a la reacción del terapeuta:
  - Afianzando la alianza terapéutica.
  - Mostrando empatía ante posibles pensamientos.
  - Si fuera posible, con auto-revelación.
  - Indagando sus supuestos temores.
- Si creemos que hay dificultades de comprensión o de vocabulario:
  - Ayudando con opciones: Por ejemplo: "¿Podría ser que cuando sucedió xxx, Ud. se sintiera yyyy, pensando que zzzzz?"

**Tenga presente que hay diversos "lugares" donde se pueden detectar los pensamientos:**

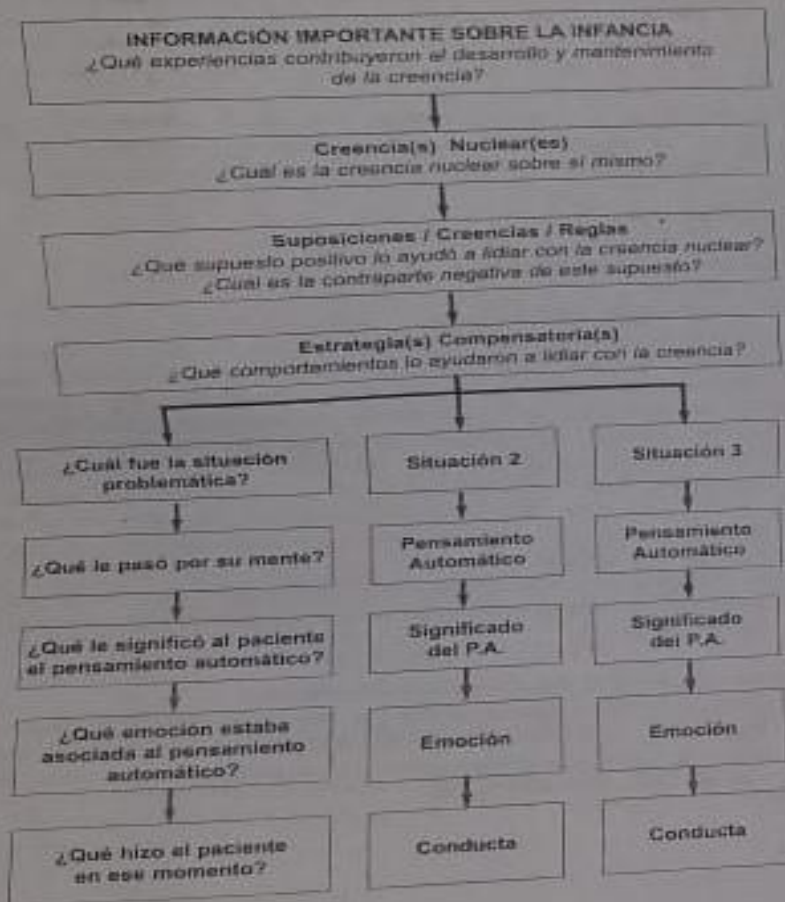
- A veces están en el discurso del paciente, en sus relatos, sus descripciones o sus explicaciones. Por ejemplo: "Me he equivocado como siempre, porque soy torpe" "El año pasado mi pareja me dejó solo"
- A veces el paciente los menciona como "sentimientos" "Me siento totalmente inútil" "Me siento desamparado"
- A veces se pueden deducir a partir de las conductas del paciente (sus estrategias). Por ejemplo: No preguntar jamás cuando no ha entendido algo en una clase o una reunión.
- A veces se pueden deducir a partir de sus síntomas o sus emociones. Por ejemplo: Miedo, taquicardia y mareos cuando habla con alguien de mayor autoridad. Otro ejemplo: Ataque de ira cuando alguien lo hace esperar en una cita.

#### MÁS RECURSOS

Otros recursos posibles para conocer las cogniciones pueden ser:

- **Ejercicios de imaginación** (revivir la situación).  
Consiste en solicitar al paciente que cierre los ojos y reviva mentalmente la situación perturbadora como si estuviera sucediendo en ese momento, hasta lograr sentir nuevamente la misma emoción. Cuando el paciente realmente siente esa emoción se le pide que exprese sus pensamientos. Para lograrlo, conviene emplear las ya mencionadas "técnicas inductivas I y II". Este recurso de imaginación tiene la virtud de lograr que el paciente exprese lo que piensa cuando lo está pensando, que es cuando está experimentando la emoción. De esta manera evitamos la dificultad de expresar pensamientos que ya no parecen lógicos ni aceptables cuando la persona ya no está experimentando la emoción.  
Es importante, por lo tanto, mantener durante la investigación de los pensamientos "la vivencia" o el estado emotivo del momento en que se experimentó la emoción.
- **Psicodrama de la situación usando el soliloquio.**  
Como un buen psicodrama implica una vivencia profunda de la situación representada, resulta ser un recurso aún más poderoso que una simple imaginación. Sus características y aplicaciones se explican en el capítulo 5 de este libro, destinado a esa praxis.

Fig. 3.2  
CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA (Judith Beck, 1995)



- **Deducir las creencias de la conducta y la historia del paciente.**  
La conducta del paciente y su historia pueden mostrar sus creencias si atendemos a las interpretaciones que hace de los eventos, a los principios en base a cuales toma decisiones, etc.
- **Uso del Diagrama de Conceptualización Cognitiva.** (ver fig. 3.2)  
Este diagrama, tomado de Judith Beck (1995) es un recurso para comprender y representar la estructura cognitiva ligada a determinados problemas y creencias del paciente.

#### DOS RECOMENDACIONES

- **Evite explicaciones teóricas innecesarias**  
Si el paciente no es un teórico ni está especialmente interesado en explicaciones teóricas, no se sentirá cómodo con ellas. Por lo tanto es importante limitarse solamente a las explicaciones que requiera el mismo paciente, a las que sean necesarias para el proceso, a las que sean requisito para la alianza terapéutica y la colaboración del paciente.  
Pero también hay algunos pacientes que se sienten mejor cuando reciben explicaciones teóricas, logrando así más confianza en el terapeuta y en el modelo de terapia. En este caso, las explicaciones deben darse en una forma que resulte fácil de comprender, de acuerdo a la capacidad e interés del paciente.
- **Use el lenguaje del paciente**  
Si el paciente menciona su emoción como "angustia" y Ud. comprende que se refiere a tristeza, no es conveniente que lo corrija, y es necesario que Ud. use ese mismo término al hablarle.  
Usar términos distintos a los del paciente puede causarle la impresión de que Ud.: (a) no lo ha comprendido, (b) no recuerda lo que le dijo, o (c) no está de acuerdo con él o no cree lo que le dijo.  
Por lo tanto, solamente le advertiremos sobre el término más apropiado cuando sea imprescindible para evitar confusiones que podrían afectar al proceso terapéutico como, por ejemplo: llamar sentimientos a los pensamientos.

- Moreno, J.L. (1959a) *Psychodrama. Second Volume*. Beacon, NY (1975): Beacon House.
- Moreno, J.L. (1959b) *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama*. México (1966): Fondo de Cultura Económica.
- Moreno, J.L. (1964) *Introduction to the Third Edition*. En: Moreno, J. L. (1946).
- Moreno, J.L. (1969) *Psychodrama. Third Volume*. Beacon, NY (1975): Beacon House.
- Moreno, Z.T. (1994) *Foreword* En: Holmes, P., Karp, M. & Watson, M. (eds.) (1994) *Psychodrama since Moreno. Innovations in Theory and Practice*. New York: Routledge.
- Moreno, Z.T. (1965) - *Psychodramatic Rules, Techniques and Adjunctive Methods*. En: *Group Psychotherapy, Vol. XVIII, n° 1-2*. Reproducido en: Moreno, J.L. (1969) *Psychodrama. Third Volume*. Beacon, NY (1975): Beacon House.
- Moreno, Z.T. (1968) *The Seminal Mind of J.L. Moreno and His Influence Upon the Present Generation*. En: *International Journal of Sociometry and Society, Vol V, No. 3-4*. Reproducido en: Moreno, J.L. (1969) *Psychodrama. Third Volume*. Beacon, NY (1975): Beacon House.
- Moreno, Z.T. (1998) - *Preface*. En: Karp, M., Holmes, P. & Tavon, K.B. (eds.) (1998) *The Handbook of Psychodrama*. London: Routledge.
- Nardi, Thomas (1979) *El Uso del Psicodrama en la R.E.T.* En: Ellis, Albert & Grieger, Russell. *Manual de Terapia Racional-Emotiva. Vol.2*. Bilbao (1990): Editorial Desclee de Brouwer.
- Pickering, K. (1997) *Drama Improvised. A Source Book for Teachers and Therapists*. New York: Theatre Arts Books.
- Safran, J. (1998) *Widening the Scope of Cognitive Therapy. The Therapeutic Relationship, Emotion, and the Process of Change*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Safran, J. & Segal, Z. (1990) *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Northvale, NJ (1996): Jason Aronson Inc.
- Walen, S., Di Giuseppe, R. & Dryden, W. (1980 - 1992). *A Practitioners Guide to Rational Emotive Therapy*. New York: Oxford University Press.
- White, M. & Epstein, D. (1990) *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Barcelona (1993): Paidós.
- Yalom, I. (1975) *Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo*. México (1986): Fondo de Cultura Económica.

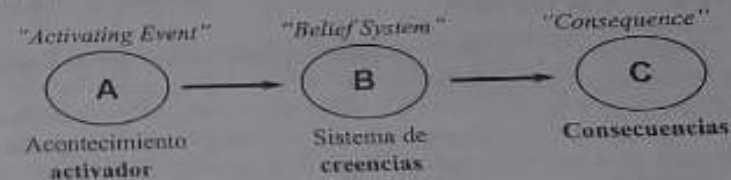
## 6

## LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL DE ALBERT ELLIS

### 6.1 - CONCEPTOS GENERALES DE LA T.R.E.C.

Esta corriente es iniciada por Albert Ellis en 1956 con el nombre de "Rational Therapy" luego reemplazado por el de "Rational-Emotive Therapy" o "R.E.T." y finalmente, a partir de 1994, denominada "Rational Emotive Behavior Therapy" o "R.E.B.T." que traducimos como Terapia Racional Emotiva Conductual o "T.R.E.C."

Ellis consideraba que el núcleo de su teoría estaba representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epicteto: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Sintéticamente y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B".



"A" (por "Activating Event") representa el acontecimiento activador; situación o estímulo. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (recuerdo, imagen, sensación, emoción, etc.).

"B" (por "Belief System") representaba originalmente al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo (pensamientos, imágenes, supuestos, inferencias, normas, objetivos, filosofía de vida, etc.)

"C" (por "Consequence") representa la reacción en ocasión de la situación "A". Puede ser de tipo emotivo (emociones) o conductual (acciones). Aunque

las conductas pueden verse como consecuencia de las emociones, en este modelo simplificado tomamos a cualquiera de las dos como "C".

En un análisis más profundo, también se explica que las relaciones no son ni exclusivas ni unidireccionales como en el esquema anterior, pero que éste es el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos. Una visión más completa de estas relaciones puede encontrarse, por ejemplo, en la nueva edición de *Reason and Emotion in Psychotherapy* (Ellis, 1994) donde se reconoce una múltiple interacción e influencias entre las "C", las "B" y las "A", considerando las actuales teorías sobre las emociones y el paradigma constructivista, entre otros temas.

Así, por ejemplo, la concepción de "A" ("acontecimiento") como lo percibido por la persona, condicionado por sus metas "G" ("goals") y "creado" por sus creencias y supuestos, pertenecientes al sistema cognitivo ("B"), es uno de los puntos que ha esgrimido Ellis (1994) para presentarse acorde con la visión de la corriente constructivista, en disidencia con la opinión de los que lo consideraban empirista y racionalista.

Resumiendo, podemos afirmar que la TREC insiste en que las causas más importantes (aunque no las únicas) de los trastornos son las creencias irracionales y disfuncionales sobre los mismos, que se describen más adelante, y que a esto es razonable sumarle también la subjetiva "construcción" de dichos acontecimientos, como resultado de cada estructura cognitiva.

### LAS CONSECUENCIAS ("C")

Con respecto a las "C", la TREC distingue entre las "apropiadas" o "funcionales" y las "inapropiadas", "disfuncionales" o "auto-saboteadoras".

Esto se basa en que hay reacciones que no nos sirven o que nos alejan de nuestras metas, por lo que reconocemos que algunas reacciones son más apropiadas o funcionales que otras para lograr nuestras metas. A las primeras las llamamos funcionales o apropiadas y a las segundas disfuncionales, inadecuadas o "auto-saboteadoras".

La calificación dependerá principalmente de dos consideraciones:

(1) Que favorezcan, si fuera posible, o, al menos, que no sean adversas a:

- Preservar la vida
- Preservar la salud
- Evitar el sufrimiento
- La resolución del problema, si lo hubiera
- El logro de las metas u objetivos de la persona

(B) Que la intensidad sea acorde a la situación a la que se refieren.

Dicho en otras palabras, las emociones y conductas inapropiadas se caracterizan por:

- Causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.
- Llevar a comportamientos "auto-saboteadores" (contrarios a los propios intereses u objetivos).
- Dificultar o impedir la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.
- Estar asociadas a "creencias irracionales". Concepto fundamental de esta teoría que se describe más adelante.

### LAS COGNICIONES ("B")

Con respecto a "B", para una mejor comprensión de sus conceptos, Ellis y Dryden (1987) definen las siguientes clases de cogniciones:

- Observaciones no evaluativas** que se limitan a lo observado. Por ej.: "El hombre está caminando".
- Inferencias no evaluativas** que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados o erróneos. Por ej.: "El hombre que está caminando intenta llegar a la oficina y está apurado."
- Evaluaciones preferenciales**. Por ej.: "Me gusta dormir la siesta" "Descoaprobar el examen".
- Evaluaciones demandantes** o "deboaperturbadoras": Por ej.: "Necesito absolutamente dormir la siesta". "Debo absolutamente aprobar el examen".

Adviértase que las evaluaciones demandantes se caracterizan por su rigidez e intolerancia a la frustración, mientras que las preferenciales expresan simples deseos o preferencias.

Las evaluaciones serán denominadas por Ellis: "creencias" y calificadas de "irracionales" las demandantes y de "racionales" las preferenciales.

Dentro de este modelo es importante diferenciar las inferencias de las creencias, ya que las inferencias pueden ser acertadas (ajustadas a la realidad) o erróneas mientras que las creencias solo pueden ser "racionales" o "irracionales".

Una creencia irracional se caracteriza por:

- Ser lógicamente inconsistente. Partir de premisas falsas o resultar de formas incorrectas de razonamiento.
- Ser inconsistente con la realidad. No ser concordante con los hechos. No coincidir con lo observable.



- 3) Ser dogmática, absolutista, expresando exigencias en vez de preferencias o deseos. Aparecer con el empleo de términos como: "necesito", "debo", "debe", "no puedo", etc. en lugar de "deseo", "prefiero", "es mejor", "no me gusta", "es peor", etc.
- 4) Conducir a emociones y conductas inapropiadas o "auto-saboteadoras".
- 5) No ayudar o impedir el logro de los objetivos de la persona.
- 6) Estar dirigidas hacia uno mismo, hacia los otros o hacia el mundo o la vida en general. Por ejemplo: "Yo debo ser exitoso", "Tú debes escucharme", "La vida debe ser fácil".

Estos conceptos, actualmente aparecen sustituidos por un concepto más moderno. Contrariamente a la orientación más racionalista y empirista, característica de la época de su inicio, este modelo desde la década de los '80 define la racionalidad de la siguiente forma:

*"Aceptando que las personas tienden a dirigirse hacia sus metas, se denomina racional en la teoría de la TRE a lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, en tanto que "irracional" es lo que se lo impide. (Dryden 1984). Por lo tanto, la racionalidad no puede definirse en forma absoluta, sino que es relativa por naturaleza." (Ellis & Dryden, 1987)*

### LAS CREENCIAS IRRACIONALES

Lo advertido por Ellis fue que las personas se mostraban convencidas, sin lugar a dudas, de ciertas cosas que afirmaban vehementemente, sin tener bases lógicas o empíricas que las avalasen y resultando finalmente ser éstas las causas de sus trastornos.

Como ejemplo de estos pensamientos disfuncionales habituales, encontrados en sus pacientes, Ellis enunciaba en 1975 una lista de ellos y los denominaba "creencias irracionales" (Ellis & Harper, 1975).

Una lista de 13 creencias irracionales fué presentada algunos años después por Walen, DiGiuseppe y Dryden (1980-1992).

Últimamente, en su nueva edición revisada y actualizada de "Reason and Emotion in Psychotherapy", Albert Ellis (1994) enuncia las siguientes 11 creencias irracionales:

- 1) Los humanos adultos tienen una imperiosa necesidad de ser amados o aprobados por toda otra persona significativa en su comunidad.
- 2) Uno debe absolutamente ser competente, adecuado y exitoso en todas las cosas importantes o, en caso contrario, uno es una persona inadecuada o inservible.
- 3) Las personas deben absolutamente actuar honradamente y considerada-

mente y, si no lo hacen, son unos villanos condenables. La gente "es" sus actos malos.

- 4) Es tremendo y horrible cuando las cosas no son exactamente como uno desearía ardientemente que fueran.
- 5) Las perturbaciones emocionales son causadas externamente y las personas tienen poca o ninguna capacidad para aumentar o disminuir sus sentimientos y conductas disfuncionales.
- 6) Si algo es o puede ser peligroso o temible uno debe estar constantemente y extremadamente preocupado por ello y seguir haciendo hincapié en la posibilidad de que ocurra.
- 7) Uno no puede enfrentar las responsabilidades y dificultades de la vida: Es más fácil evitarlas.
- 8) Uno debe ser completamente dependiente de los otros y necesitarlos. Fundamentalmente, uno no puede conducir su propia vida.
- 9) Nuestra historia pasada es un importante y total determinante de nuestra conducta actual. Si algo ha afectado alguna vez fuertemente nuestra vida, deberá tener indefinidamente similar efecto.
- 10) Las perturbaciones de las otras personas son horribles y uno debe sentirse sumamente alterado por ellas.
- 11) Invariablemente existe una correcta, precisa y perfecta solución para los problemas humanos y es tremendo si no se puede encontrar.

### LAS DEMANDAS

Ellis descubrió que, habitualmente, los pacientes se perturbaban por tener pensamientos que se basaban en una actitud demandante. Esa actitud se evidenciaba cuando, debajo de otros pensamientos, apatecía alguno que expresaba una demanda o exigencia absolutista, rígida e intolerante. Estas demandas, que hoy podemos encontrar en cualquier persona, y también en nosotros cada vez que nos perturbamos, pueden estar dirigidas hacia el mundo, hacia otras personas o hacia nosotros mismos.

Como puede observarse, muchas de las creencias irracionales enunciadas son demandas, pero otras son simples supuestos o inferencias. A pesar de esto, en el Albert Ellis Institute frecuentemente se han tomado como sinónimos "creencias irracionales" y "demandas".

En una segunda elaboración de su teoría, Ellis simplifica la presentación de las demandas y las agrupa en tres clases:

- a) Demandas sobre uno mismo ("yo debo..." o "yo necesito...").
- b) Demandas sobre los otros ("él debe..." o "tú debes...").

c) Demandas sobre el mundo ("el mundo debe..." o "la vida debe...").

Así mismo, es frecuente reconocer a dos demandas como "nucleares", por ser las que están "debajo" de todas las otras, y por considerarse que son los verdaderos motivos que generan las otras demandas como derivadas. Por ejemplo, el que demanda aprobar un examen, posiblemente lo que demanda es ser querido o valorado, ya que supone que esa es la forma de lograrlo.

Las dos demandas propuestas como nucleares son:

- Ser querido o valorado por las personas significativas.
- No sufrir (dolores, incomodidades, etc.)

Esto nos lleva a otro concepto de Ellis, las 2 perturbaciones, que explicamos a continuación y que parece derivarse de la definición de estas demandas.

### PERTURBACIÓN (ANSIEDAD) DEL YO Y PERTURBACIÓN (ANSIEDAD) POR EL MALESTAR

Presentadas como "ego disturbance" y "discomfort disturbance" por Ellis & Dryden, (1987) e igualmente denominadas por Dryden (1995), podríamos traducirlas como "perturbación por el yo" y "perturbación por el malestar".

También presentadas como "ego anxiety" y "discomfort anxiety" por Ellis (1979-1980) e igualmente denominadas por Walen, DiGiuseppe & Dryden (1990) fueron traducidas en la edición de Desclée de Brouwer como "ansiedad del yo" y "ansiedad perturbadora". En otro texto (Lega, Caballo y Ellis, 1997) encontramos a la segunda traducida como "ansiedad situacional".

Ellis (1979-1980) define a la perturbación por el malestar como: "...la tensión emocional que tiene lugar cuando las personas piensan que: (1) su comodidad o su vida están amenazados, (2) deben o tienen que conseguir lo que quieren (y no deben tener lo que no quieren), y (3) es horroroso o catastrófico (más que simplemente incómodo y desventajoso) cuando no consiguen lo que supuestamente necesitan conseguir."

A continuación, en el mismo texto define a la perturbación por el yo como: "...la tensión emocional que tiene lugar cuando la gente piensa que: (1) su valía personal está amenazada, (2) deben o "necesitan" hacer bien las cosas y/o ser aprobados por los demás y (3) es horroroso o catastrófico cuando no hacen bien las cosas y/o no son aprobados por los demás (como supuestamente deberían o tendrían que serlo)."

Ampliando y profundizando los conceptos (Dryden, 1995) podemos decir lo siguiente:

Se consideran "perturbaciones por el yo" a los problemas psicológicos que,

en última instancia, se refieren a la forma en que la persona se ve a sí misma. En otras palabras, esta perturbación aparece cuando una persona hace una evaluación global negativa de sí misma. Estas auto-evaluaciones negativas pueden ser hechas en diferentes áreas y generar distintos trastornos o consecuencias. Por ejemplo:

- a) Si una persona se considera inútil o no querible es previsible que experimente una depresión.
- b) Si una persona se considera mala o indigna es previsible que experimente culpa.
- c) Si una persona se considera defectuosa, ridícula o débil es previsible que experimente vergüenza.

Se consideran "perturbaciones por el malestar" a los problemas psicológicos que, en última instancia, se relacionan con la sensación de malestar de la persona. El concepto de "malestar" aquí cubre un vasto rango de ítems pudiendo relacionarse con privación, frustración, pérdida, lesión, dolor, enfermedad, sufrimiento, etc.

Esta perturbación acontece sostenida por una baja tolerancia a la frustración (ITF) y puede darse en distintas áreas y generar distintos trastornos. Por ej.: (a) Si una persona cree que no puede soportar ser reprimida o frustrada puede experimentar ira. (b) Si una persona cree que no puede soportar una pérdida acontecida puede generar una depresión. (c) Si una persona cree que no podría soportar una pérdida futura puede generar celos enfermizos. (d) Si una persona cree que no podría soportar el riesgo de un posible acontecimiento futuro desagradable, doloroso o perjudicial para su integridad física, su salud o su vida, puede experimentar ansiedad. (e) Si una persona cree que no puede soportar sentir ansiedad puede sentir más ansiedad (ansiedad por la ansiedad).

También cabe puntualizar que las dos perturbaciones pueden darse simultáneamente e interrelacionarse y deben ser tratadas ambas en el proceso terapéutico, pero, según Ellis (1979-1980), una a la vez.

### ORIGEN DE LAS CREENCIAS

Aunque la TREC (Ellis, 1994) reconoce la importante influencia cultural y parental en la transmisión de los valores, metas y normas de conducta que "dan letra" a las creencias, también le asigna importancia a lo que imagina como una "tendencia natural e innata" de los seres humanos a ser altamente influenciados por las mismas y a transformarlas "creativamente" en demandas rígidas y absolutistas con los derivados que se mencionan en el próximo punto: baja tolerancia a la frustración, tremendización y condena global.

"...Ud. frecuentemente acepta el absolutismo y la "deboperturbación" ("mistrubation") de sus educadores y su cultura, principalmente porque esa es la forma en que frecuentemente piensa, biológica y naturalmente." (Ellis, 1994).

"Si, las personas aprenden sus valores, metas y normas de conducta en gran parte de sus padres, primeros pares y cultura. Algunas veces, aprenden a castigarse a sí mismas debido a que sus padres y maestros las denigraron y, en parte, aprenden la baja tolerancia a la frustración debido a que sus padres y otras personas fueron condescendientes con ellas y las han echado a perder. Sin embargo, lo que es más importante, ellas han nacido ampliamente crédulas y educables y, por consiguiente, son altamente influenciables desde el comienzo. Es más, casi todos los humanos toman sus preferencias y normas sociales recibidas socialmente y construyen absolutistas y no realistas "debo", "tengo", "necesito" y sus demandas acerca de esas metas. Ellos, por lo tanto, decididamente se perturban a sí mismos y también se perturban acerca de sus perturbaciones. Sus peores neurosis son, en consecuencia, tanto condicionadas externamente como enseñadas a sí mismos. Ellos las construyen por encima y mucho más allá de sus condicionamientos perturbados." (Ellis, 1994).

## LOS DERIVADOS

Según Ellis, las demandas absolutistas traen aparejadas:

- 1) La "tremendización" o exageración del daño o significado del hecho.
- 2) La "no-soport-itis" (*I-cant-stand-it-itis*) o baja tolerancia a la frustración.
- 3) La "condena global" de uno mismo, de otras personas o del mundo.

Ejemplos de condenas globales:

- Sobre uno mismo: "Soy un inservible".
- Sobre los otros: "Es una persona detestable. Merece ser castigado o morir".
- Sobre el mundo: "El mundo es una porquería".

"Aunque la TREC sostiene que la "tremendización", la "no-soport-itis" y la "condena global" son procesos irracionales secundarios, en tanto derivados de la filosofía de los "debe", a veces estos procesos pueden ser primarios (Ellis, 1984). Por ejemplo, Wessler (1984) ha argumentado que es más probable que sean primarios y que los "debo" sean derivados de ellos. Sea como fuere es obvio reconocer que tanto la filosofía demandante, por un lado, como la "tremendización", la "no-soport-itis" y la "condena global", por el otro, son procesos interdependientes que frecuentemente pueden ser vistos como distintas caras de una misma moneda." (Ellis & Dryden, 1987).

Dryden & DiGiuseppe (1990) y DiGiuseppe (1991) plantean la conveniencia de actuar independientemente sobre todas estas cogniciones, además de

sobre las demandas, en vez de asumir como cierta la hipótesis de que la modificación de ésta últimas se extiende a sus derivadas.

"Las implicaciones prácticas de la multiplicidad de procesos irracionales fueron expresadas por Dryden y DiGiuseppe (1990). Ellos señalaron que, si el modelo de Ellis es correcto, los clientes tienen habitualmente más de una creencia irracional asociada con un acontecimiento activador por cada episodio emotivo, o sea, una creencia demandante nuclear y uno o más pensamientos irracionales derivados. Los terapeutas no pueden asumir la demanda absolutista de Ralph sobre la conducta de su esposa, no hay motivos para suponer que ha cambiado su baja tolerancia a la frustración sobre dicha conducta. Dryden y DiGiuseppe han propuesto que es mejor refutar todos los pensamientos irracionales que sostiene el cliente." (DiGiuseppe, 1991).

"Aunque la nueva teoría de Ellis de que la filosofía demandante es la creencia irracional nuclear está aún pendiente de ser confirmada, la recomendación de Dryden y DiGiuseppe (1990) sigue siendo sensata, ya sea que se confirme o no la jerarquía que plantea Ellis." (DiGiuseppe, 1991).

## VISIÓN CONSTRUCTIVISTA DE LA TREC

El modelo ABC se completa con la consideración de las metas "G" ("goals"). La "G" incluye los propósitos, valores y deseos que pueden ser tanto propensiones biológicas como aprendidas o transformadas en habituales por la práctica. Estas metas pueden tanto ser saludables como no serlo. Estas "G" interactúan con, influyen sobre, y en cierta forma crean distintas "A", "B" y "C".

Las metas, intenciones y valores forman parte de, y determinan, el sistema de creencias ("B"). Obviamente el sistema de creencias y las inferencias ("B") determinan en parte las consecuencias emocionales y conductuales ("C"). También las emociones, estados de ánimo y conductas ("C") influyen en (y pueden modificar) la composición de "B". Finalmente, tanto "C" como "B" influyen en la conformación del acontecimiento "A" (entendido como lo percibido por la persona).

Lo que queremos destacar es que se considera como "A" al acontecimiento tal como es percibido subjetivamente por la persona y, por lo tanto, determinado no sólo por los hechos sino por el sistema biológico perceptor, asociador y organizador condicionado por los conocimientos y esquemas mentales previos. Esto implica la inevitable influencia sobre "A" de las metas "G" y del sistema de creencias "B" así como del estado emotivo "C".

Llegando aún más lejos, dice Ellis (1994):  
 "Desde un punto de vista constructivista, que la TREC acepta, aún la "realidad externa" es considerablemente representada e interpretada por los humanos auto-organizadores y puede no existir por sí misma."  
 "Como señalaban Jean Piaget y George Kelly, la gente no adopta pasivamente las reglas familiares y culturales, sino que las construye, incluyendo importantes variantes, y creando por su cuenta reglas e ideas."

En otro lugar (Ellis, Sichel, Yeager, DiMattia & DiGiuseppe, 1989) leemos:  
 "Guidano ubica a la TREC en el campo empírico asociacionista y afirma que ésta considera a la realidad como "singular, estática y exterior a todos los humanos" (1988, p.326), y sostiene que en la terapia constructivista los supuestos básicos del cliente que sustentan su manera de percibir la realidad "se consideran necesidades de modificación, no por ser irracionales sino por ser una forma de solución que ya no sirve." Guidano presenta erróneamente a la TREC, porque como Ellis dijo claramente, "la TREC no postula un criterio absoluto o invariable de racionalidad" y "los terapeutas de la TREC no eligen los valores, metas y propósitos de los clientes ni les enseñan cuáles deberían ser sus intenciones y propósitos (Ellis & Whiteley, 1979, p.40). La TREC define la percepción de la gente de la realidad como "irracional" solamente cuando crea o construye pensamientos, sentimientos o conductas que frecuentemente derrotan o sabotean sus propios intereses, valores y metas personales. Para la TREC, "irracional" fundamentalmente significa auto-saboteador y "racional" significa productor de las mejores soluciones..."

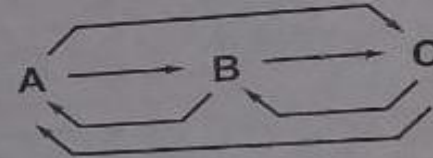
Estos conceptos fueron también confirmados por DiGiuseppe (1991):  
 "Las personas no pueden evitar crear teorías sobre el mundo, sobre sus relaciones interpersonales y sobre sí mismos. Esas teorías, esquemas o paradigmas pueden guiar a la persona a afrontar adecuadamente su entorno o pueden llevarla a un deficiente afrontamiento y una psicopatología."

**VISIÓN MÁS COMPLEJA DEL MODELO**

En este modelo las relaciones son más complejas que en el original ABC. Si tenemos en cuenta la concepción de Ellis, acorde con el modelo ecológico de las emociones (cap.2 de este libro), sobre la posible acción directa de las "A" para generar las "C" (que luego serían sostenidas por las "B"), llegamos a una concepción del modelo ABC como multidireccional y de acciones recíprocas.

"La teoría de la TRE sostiene que los pensamientos, los sentimientos y las conductas son totalmente interactivos y cada uno de esos procesos continuamente afecta e influye sobre los otros dos..." "La mayoría de los psicólogos actualmente acepta que el pensamiento interactúa con los estados emotivos e intensifica notablemente los sentimientos." (Ellis, Sichel, Yeager, DiMattia & DiGiuseppe, 1989).

Este modelo de interacciones podría representarse así:

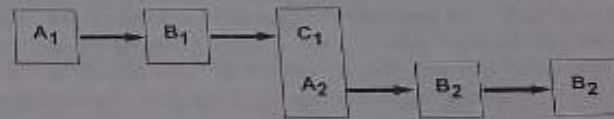


Así podemos decir que, por ejemplo:

La acción de "C" sobre "B" se puede observar cuando un estado de ánimo o estado emotivo influye en la selección de pensamientos. Por ejemplo, en la depresión ese estado de ánimo selecciona supuestos negativos hacia el futuro y activa creencias nucleares negativas sobre sí mismo.

La acción de "B" sobre "A" se puede comprender al reconocer el poder selector y estructurante de los estímulos que tiene la mente, de tal manera que podemos decir que "construimos" las realidades. En cierta forma las "A" son propias de la construcción mental de cada persona y este es un punto aceptado actualmente por la TREC como ya demostramos en los párrafos anteriores.

La acción de "C" sobre "A" se advierte, por ejemplo, al desarrollar las cadenas donde cada "C" es al mismo tiempo una nueva "A" sobre la cual reaccionamos con unas nuevas "B" y "C".



**EL "ABC" AMPLIADO**

Otro desarrollo propuesto por la TREC es extender el modelo a la secuencia **A → B → C → D → E → F → G**.

Aquí "D" es la discusión de las creencias ("dispute"), "E" es el nuevo pen-

sentimiento eficaz ("effective belief") "F" es el nuevo sentimiento o emoción, ("feeling") y "G" es la meta ("goal")

La consideración de la impotencia de las "G" (metas) en la determinación de las "B" y de las "A", sumada a la definición de las "C" como funcionales o disfuncionales de acuerdo a su aptitud para lograr las metas personales y también la definición de creencias irracionales por sus consecuencias contrarias al logro de los objetivos de las personas, así como la definición de lo "racional" como "lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos", evidencian el enfoque pragmático de la teoría de la TREC, adecuado para el desarrollo de un modelo eficaz y actualizado de psicoterapia.

#### AUTOACEPTACIÓN (VS. AUTOESTIMA)

Con respecto al concepto de autoestima, Ellis considera que implica una autoevaluación o "puntuación" en una escala de valores que se origina a partir de: (1) nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales y (2) las opiniones, reales o supuestas, de otras personas (en especial las significativas) sobre nosotros.

Esto resulta ser una fuente de trastornos, ya que puede conducir tanto a una sobrevaloración insostenible como a una desvalorización peligrosa ante fracasos o rechazos. Además, es un concepto irracional, por cuanto:

- 1°) Nadie tiene éxito en todo ni fracasa en todo y es imposible asignar un valor "general" a una persona como tal.
- 2°) Lo que en un momento se hace mal, puede en el futuro hacerse bien y viceversa, por lo que no se pueden asignar valores permanentes que caractericen a una persona.

3°) Lo apropiado es calificar a las acciones y no a las personas. (Para los más religiosos cabe recordar la frase: "Dios condena al pecado pero no al pecador").

4°) La opinión de otros no puede modificar lo que realmente somos.

Como alternativa, Ellis propone el concepto de "autoaceptación" consistente en algo que podríamos llamar "el amor incondicional a nosotros mismos". Se trata de querernos y valorarnos por el hecho de existir, sin calificarnos en ninguna escala de valores (Boyd y Grieger, 1982) (Ellis, 1973) (Ellis, 1994). Esta filosofía de vida se propone como más saludable por su estabilidad, ya que no encierra los riesgos ni la irracionalidad de la otra.

#### HEDONISMO A LARGO PLAZO (VS. CORTO PLAZO)

A veces, las personas buscan el placer o evitar el sufrimiento inmediato ("hedonismo a corto plazo"), aún a costa de previsibles consecuencias displa-

centeras o dolorosas. Otras veces, las personas, están permanentemente sacrificando o posponiendo placeres y viviendo sin disfrutar, con el objetivo de alcanzar un futuro bienestar ("hedonismo a largo plazo"), que reiteradamente se impone e impide disfrutar en el presente.

Beck presenta este fenómeno como "Conflicto temporal de consecuencias" (ver capítulo 7 de este libro) y un gráfico con un ejemplo de este concepto ya ha sido presentado en el capítulo 3° de este libro.

La TREC plantea que la gente que no está perturbada ni persigue exclusivamente y compulsivamente la satisfacción inmediata a costa de futuros males o daños ni tiene incapacidad de disfrutar del presente en una obsesiva ansiedad por asegurar objetivos perpetuamente futuros.

La solución que Ellis denomina "hedonismo responsable" es: (1) No sacrificar el mañana (el bienestar futuro) por placeres inmediatos y momentáneos. (2) Ocuparse también de lograr el bienestar presente, al igual que el futuro, ya que nadie vive eternamente ni sabe cuánto vivirá.

#### NUEVOS CONCEPTOS INTEGRADORES

El concepto de "creencias nucleares" que propone Beck (cap.7) y de los "esquemas tempranos" en los trastornos de personalidad desarrollado en la Terapia de los Esquemas de Jeffrey Young (cap.8), también se menciona dentro de la TREC, como podemos ver en algunos textos:

"Las creencias irracionales son de dos clases: las evaluaciones de los acontecimientos o inferencias y los paradigmas nucleares o esquemas a través de los cuales el cliente construye el mundo." (DiGiuseppe, 1991).

"Las inferencias o pensamientos automáticos que uno experimenta se limitan a los que son concordantes con los esquemas subyacentes o con la visión que uno tiene del mundo. Kuhn (1970) planteó que la gente sólo hace las inferencias que está preparada para hacer a partir de su paradigma. De igual manera, las evaluaciones que uno hace están derivadas lógicamente del mismo esquema o visión del mundo: las creencias irracionales nucleares." (DiGiuseppe, 1991).

El concepto constructivista del conocimiento se encuentran en la TREC de Albert Ellis a partir de la década de los '80. Dentro del constructivismo, la posición de Ellis no es "radical", sino "crítica", y sostiene un enfoque pragmático, ya que:

"La TREC está de acuerdo con los post-modernistas en que no existe un punto de vista objetivo desde el cual juzgar si algo es una verdad absoluta. Pero también está de acuerdo con Richard Rort y Carl Bereiter en que, aunque

*todas las teorías, e inclusive los "hechos", son construcciones humanas, podemos temporalmente aceptar que, con objetivos prácticos, un conocimiento es posiblemente "mejor" que otro.*" (Ellis, 1994).

### ENCUADRE FILOSÓFICO HUMANISTA

Albert Ellis define su enfoque como humanista científico. (Ellis, 1972) (Ellis, 1973) (Ellis & Bernard, 1985) (Ellis & Dryden, 1987) (Ellis, 1994) (Dryden & DiGiuseppe, 1990, Apéndice escrito por Ellis).

Ellis también define su orientación como:

- No acorde con el estoicismo, pese a haber hecho de una frase de Epicteto el paradigma de su teoría. (Ellis, 1994).
- Hedonista con reservas ya que considera importante tanto lo inmediato como los logros o metas a largo plazo, y a esto lo denomina "hedonismo responsable". (Ellis & Dryden, 1987).
- No adscripta a la filosofía racionalista ni de tendencia intelectualista, dada la importancia de las emociones y la variedad de recursos adoptados para el cambio, cognitivos, emotivos y conductuales. (Ellis, 1994).

La orientación **humanista** de la TREC., al igual que la de las otras terapias de orientación cognitiva, es defendida por Ellis con muchos y diversos argumentos, entre los cuales podemos destacar:

- El reconocimiento y aceptación de las personas como humanos fallibles (ni sobrehumanos, todopoderosos, ni "subhumanos", miserables).
- La ubicación del hombre en el centro de su universo, es decir como el principal responsable de alterarse o no, sin ignorar las limitaciones y condicionamientos biológicos, ambientales y circunstanciales.

## 6.2 - LA PRÁCTICA DE LA T.R.E.C.

### A) FORMAS DE AVERIGUAR LAS CREENCIAS

La TREC. propone varias formas de averiguar las creencias. Por ejemplo:

#### 1) DARSE CUENTA INDUCIDO:

*El terapeuta refuta las inferencias y en el debate el cliente empieza a descubrir las creencias subyacentes y termina por expresarlas.*

#### 2) INTERPRETACIÓN POR INDUCCIÓN:

### LA TERAPIA COGNITIVA

- El terapeuta agrupa las inferencias, saca conclusiones y propone las creencias ("¿Ud. diría que...?")
- ENCADENAMIENTO DE INFERENCIAS:**  
Con frases como: "Si fuera verdad su inferencia... ¿qué significaría eso?" "¿Y entonces?...". "Y eso significaría que..." etc.
  - EVALUACIÓN GUIADA POR HIPÓTESIS:**  
Cuando el cliente se está esforzando y no logra expresar su creencia, el terapeuta genera su hipótesis y le pregunta: "¿es posible que...?" (con humildad, con duda).
  - EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS Y DECISIONES**  
Las conductas y decisiones tomadas por el paciente durante su vida también pueden permitirnos inferir sus creencias.

### (B) LAS FORMAS DE DISCUSIÓN TEÓRICA DE LAS DEMANDAS

Ellis propone refutar las demandas con tres tipos de argumento:

- LÓGICAMENTE:** Buscando la coherencia lógica o deductiva de lo aseverado (o su falta de lógica o coherencia).
  - EMPIRICAMENTE:** Buscando la verificación en los hechos, en la realidad, de que sucede lo enunciado (o que en realidad las cosas no suceden o no son siempre así).
  - PRAGMÁTICAMENTE:** Comprobando si la ley o el pensamiento (creencia) sostenido sirve o es útil para encarar las situaciones o resolverlas satisfactoriamente, o si, por el contrario, es inútil o, inclusive, contraproducente y es causante del trastorno o "empeoramiento". Aquí cabe preguntarse sobre las consecuencias de esta creencia o forma de pensar.
- Estos conceptos y sus prácticas ya han sido desarrollados en el capítulo 4 de este libro.

### (C) LOS ESTILOS DEL TERAPEUTA (en la discusión teórica)

El terapeuta puede desarrollar sus argumentos en diversos estilos:

- Estilo SOCRÁTICO:** Lleva a las conclusiones a través de preguntas orientadas.
- Estilo DIDÁCTICO:** Brinda información, explicaciones, etc.
- Estilo HUMORÍSTICO:** Muestra la evidencia a través de lo cómico o lo absurdo de una creencia. Esto es apropiado exclusivamente si el paciente tiene sentido del humor, si hay un buen vínculo exclusivamente y si la comicidad está claramente dirigida a la idea y de ninguna manera al cliente.
- Estilo AUTOREVELACIÓN:** Ilustra argumentos con ejemplos de su propia

- experiencia. La autorrevelación debe ser realizada cuando sea evidente que aportará ayuda al proceso terapéutico del paciente, pero obviamente sería inapropiada si respondiera a necesidades o impulsos del terapeuta.
- 5) **Estilo METAFÓRICO:** Ilustra conceptos con metáforas referidas a temas que resultan familiares al cliente. Una metáfora es apropiada solamente si permite la comprensión de un concepto más rápidamente y claramente que otras formas de explicarlo.

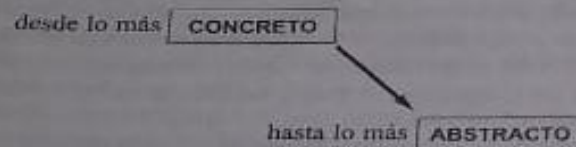
### LA ESTRATEGIA

Ante un problema se puede actuar con distintos objetivos:

- 1) **Modificar el hecho "A".** Esto es resolver el problema práctico, pero a veces no se puede.
- 2) **Corregir la inferencia.** Esto es posible si es errónea, pero no si es correcta.
- 3) **Modificar la demanda.** Esto es reemplazarla por un deseo.

Ellis considera que es conveniente comenzar por la tercera estrategia, luego la segunda y finalmente la primera. O por lo menos, trabajar con dos niveles simultáneamente pero cuidar de no invertir el citado orden.

Al abordar las creencias también es importante observar que pueden expresarse en diferentes niveles de abstracción y recordar que es conveniente discutir las en más de un nivel, o en todos los niveles posibles:



#### Ejemplo de niveles:

Desde el nivel más **CONCRETO** hasta el más **ABSTRACTO**

- Mi esposa *debió* hacerme la cena
- Mi esposa *debe* hacer las cosas que yo deseo
- Las personas queridas *deben* hacer lo que yo deseo
- Todas las personas *deben* comportarse como yo deseo
- El mundo *debe* ser como yo deseo.

### EL EJERCICIO DE "IMAGINACIÓN RACIONAL-EMOTIVA"

Ellis sugiere hacer este ejercicio luego de haber discutido y convencido al paciente de modificar su pensamiento disfuncional. Se lo puede considerar como una prueba o ensayo de enfrentar con la nueva forma de pensar a las situaciones que antes lo perturbaban.

Consiste en hacer en primer lugar que el cliente imagine vividamente la situación en que experimentaba la perturbación, hasta desarrollar la misma emoción. Luego, se le pide que siga vivenciando la situación, pero modificando su sentimiento hasta llegar a uno más moderado o funcional. Una vez alcanzado, se le hace salir de la experiencia, y se le pide explicar qué hizo para lograrlo y en qué porcentaje logró reducir su perturbación.

El principal objetivo de estos ejercicios en el modelo desarrollado por Ellis es permitir al cliente sentirse en la situación en que antes se alteraba y practicar una nueva forma de pensar y reaccionar ante ella. Estos ensayos están destinados a entrenarlo y facilitar el logro de una nueva conducta y emoción ante futuras situaciones reales.

Algunos profesionales hemos empleado este tipo de ejercicios de imaginación con otros objetivos posibles, como obtener información de los pensamientos del paciente en esas situaciones y también para que el cliente descubra que:

- 1) Para modificar sus sentimientos (C) tuvo que modificar lo que pensaba (B) sobre el acontecimiento (A).
- 2) Tiene capacidad para realizar por sí mismo ese cambio de pensamientos y lograr evitar perturbarse.

### LOS PASOS DE UN PROCESO TERAPÉUTICO

Especialmente en las prácticas de entrenamiento, Ellis recomienda no olvidar los pasos sucesivos que debe tener el proceso. Son los siguientes:

- 1) Establecer el vínculo
- 2) Definir el (los) problema(s) y acordar el (los) objetivo(s).
- 3) Elegir por cuál problema empezar.
- 4) Determinar y evaluar "A" y "C".
- 5) Explicar la relación A-B-C.
- 6) Evaluar si hay "C" secundarias.
- 7) Determinar las "B".
- 8) Mostrar la relación entre las "B" y "C" halladas.
- 9) Refutar las "B" irracionales.
- 10) Refutar la auto-condena y las condenas globales (si hubieran).

- 11) Proponer la "E" (el pensamiento "eficaz" o creencia racional).
- 12) Hacer un ejercicio de "imaginación racional emotiva"
- 13) Enfatizar la importancia y necesidad del "trabajo" (tareas de auto-ayuda).
- 14) Acordar las tareas de autoayuda a realizar.
- 15) Analizar y prevenir posibles inconvenientes y resistencias en las tareas.
- 16) Solicitar "feed-back" y conclusiones.

### LA T.R.E.C. DE GRUPO

Según Ellis, la Terapia Racional Emotiva Conductual con grupos puede abarcar las siguientes variantes:

#### a) Terapia de Grupo:

Con grupos de 8 a 17 integrantes, sobre la base de una sesión semanal de aproximadamente 2 1/2 hs. c/u.

#### b) Encuentro Prolongado o Maratón:

Una sesión prolongada o intensiva de unas 14 hs. con 10 a 16 participantes.

#### c) Demostración de terapia con un voluntario y un público desde veinte hasta más de cien personas.

Luego de que el terapeuta hubo hablado con el voluntario durante una media hora los integrantes del público también pueden expresar sus sentimientos o sugerencias.

#### d) Terapia de pareja y terapia de familia.

Los principales objetivos para los participantes de una terapia de grupo son, según Ellis y Dryden (1987):

- Entender el origen de sus problemas emotivos y conductuales y usar esta comprensión para vencer sus síntomas actuales y funcionar mejor en sus cuestiones intrapersonales e interpersonales.
- Entender las dificultades de otros miembros del grupo y poder brindarles alguna ayuda.
- Minimizar su propia perturbabilidad básica (y la de otros), de tal manera que, por el resto de sus vidas, tiendan a sentir emociones apropiadas antes que inapropiadas y a perturbarse menos de lo que lo hacían al unirse al grupo.
- Lograr, no sólo un cambio en la conducta, sino también un importante cambio filosófico, incluyendo el aceptar (no necesariamente gustar) de la realidad desagradable, terminar con los pensamientos mágicos y auto-saboteadores, dejar de considerar los infortunios y frustraciones de la vida como horribles y catastróficos, hacerse totalmente responsables de sus dificultades emotivas y terminar con todas las formas de autocalificación y, en cambio, aprender a aceptarse plenamente a sí mismos y a los demás como seres

humanos altamente falibles y especialmente propensos a cometer errores. La técnica básica de estas terapias consiste en que cada miembro del grupo presente sus problemas actuales que desea enfrentar. Luego, el terapeuta encara el proceso habitual de terapia, desde la determinación de las creencias y su refutación hasta la asignación de tareas, pasando por todas las técnicas que resulten convenientes, pero, de acuerdo a lo aprendido, otros integrantes del grupo pueden colaborar con sus ideas y sugerencias.

Es tarea del coordinador, además, el procurar que las actividades no se desvíen del proceso terapéutico, evitando la desorganización o el descontrol, impidiendo que algunos monopolicen el tiempo, corrigiendo errores y tratando que todos, también los más reservados, habien y puedan exteriorizar sus sentimientos y problemas.

El Encuentro Prolongado Racional-Emotivo o "maratón" se caracteriza por su extensión de 10, 12 o 14 horas en un solo día. En él se emplean preguntas y técnicas que impulsan a una rápida apertura y manifestación de los problemas y dificultades de los participantes. En algunos temas, luego de ciertas preguntas y propuestas generales, se empieza por trabajar con los voluntarios, para animar con el ejemplo a los otros.

Ellis (1977) considera que la terapia con grupos tiene las siguientes ventajas:

- 1) Varios miembros de un grupo son más eficaces para hacerle ver a un cliente sus actitudes que sólo un terapeuta.
- 2) En un grupo se crean a veces condiciones más favorables para cuestionar distorsiones cognitivas o creencias irracionales y, cuando varios dicen lo mismo desde diferentes puntos de vista, le producen mayor impacto al cliente.
- 3) El método activo del terapeuta se refuerza con las sugerencias, comentarios e hipótesis de los integrantes del grupo, basadas en sus diversas experiencias personales.
- 4) Las asignaciones de las tareas de auto-ayuda son más eficaces porque pueden estimular más al cliente cuando le son presentadas en grupo.
- 5) Ciertos recursos, como el entrenamiento en asertividad, correr riesgos, los "role playing" y el ensayo de conductas en general, son más eficaces si se practican en un grupo, donde los otros integrantes pueden representar a las personas en general con las cuales tendrá lugar la aplicación de lo que se está ensayando.
- 6) El grupo es un laboratorio (o microcosmos) donde se pueden observar directamente las conductas habituales de los clientes (mejor que en sus informes, intermediados por sus cogniciones) y se puede trabajar "en vivo" con ellas y las creencias que las sustentan.
- 7) Cuando algunos participantes leen los informes de las tareas realizadas, los



otros pueden aprender consecuencias y argumentos eficaces que pueden servirles para sus propios problemas. Además, al escuchar los problemas de los otros y lo que hacen para superarlos, muchos se sienten más animados a trabajar.

- 8) En el grupo los clientes ven que no son los únicos con sus problemas y aprenden a no autocondenarse.
- 9) Los integrantes reciben una valiosa devolución ("feedback") de los otros que les permite darse cuenta cómo son vistos por otras personas, o, los efectos de sus conductas sobre las demás personas.
- 10) Cuando un cliente se equivoca al abordar los problemas de otro integrante, es corregido por el terapeuta y puede aprender sobre ello.
- 11) Al observar el progreso de los otros integrantes puede ver que el tratamiento es eficaz, que hay cosas concretas que ayudan, que él también puede cambiar y que la terapia no es un método mágico, sino que consiste en trabajar duro.
- 12) A nivel práctico, a los clientes se les ofrece una gama más amplia de soluciones (provenientes de varios de los 8 a 10 integrantes) que las que podría obtener de un terapeuta único.
- 13) El revelar sus problemas íntimos ante un grupo puede ser en sí mismo terapéutico, especialmente cuando son tímidos o inhibidos o esperan que hacerlo será catastrófico o humillante.
- 14) Dado el carácter didáctico de esta terapia, se mejora el aprovechamiento del tiempo y la eficacia cuando la enseñanza se hace en un grupo donde se fomentan las preguntas, discusiones y acciones.
- 15) Debido a la mayor duración de las sesiones de grupo con respecto a las individuales, tienden a ser más eficaces.
- 16) Puede ser especialmente útil para personas más rígidas, herméticas o con dificultad para abandonar hábitos perturbados de conducta. La aceptación recibida de sus problemas en el grupo, donde les siguen demostrando que pueden cambiar y que los van a ayudar a lograrlo, puede darles mayores fuerzas para intentar las nuevas conductas.

Luego de señalar estas ventajas, Ellis (1977) señala también algunas desventajas. En líneas generales éstas se refieren a conductas erróneas, malos consejos, exceso de opiniones y otros posibles resultados de la participación de los integrantes del grupo en la detección de pensamientos y creencias, la refutación o corrección de las mismas, la propuesta de tareas de auto-ayuda y la sugerencia de soluciones prácticas.

De acuerdo a nuestra experiencia personal con grupos y a las recomendaciones de muchos terapeutas de grupo, compartimos el convencimiento de la exis-

tencia de las citadas desventajas y le sumamos una más: La intervención de los otros integrantes del grupo como una especie de "colaboradores del terapeuta" debería ser cuidadosamente determinada en su forma y oportunidad y, por lo tanto, prudentemente limitada. Creemos que en ciertas formas y oportunidades esas intervenciones podrían ser contrarias a principios importantes de algunas corrientes psicoterapéuticas y también del psicodrama. Esto requeriría un análisis más completo del tema, que descartamos porque no corresponde al objetivo de este texto.

### 6.3 - REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO 6

- Boyd, J. & Grieger, R. (1982) *Problemas de Autoaceptación*. En: *Manual de Terapia Racional Emotiva, Volumen 2*. Bilbao (1990): Editorial Desclee de Brouwer.
- DiGiuseppe, R. (1991). *Comprehensive Cognitive Disputing in RET*. En: Bernard, M. (ed.) *Using Rational-Emotive Therapy Effectively, A Practitioners Guide* New York: Plenum Press.
- Dryden, W. (1984) *Rational-Emotive Therapy: Fundamentals and Innovations*. Beckenham, Kent: Croom Helm. Citado en: Ellis & Dryden (1987). *The Practice of Rational Emotive Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Dryden, W. (1995) *Brief Rational Emotive Behaviour Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Dryden, W. & Di Giuseppe, R. (1990). *A Primer on Rational Emotive Therapy*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Ellis, A. (1972). *Humanism and Psychotherapy: A Revolutionary Approach*. En: "The Humanist". Revisado y publicado como panfleto en: (1991) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic Psychotherapy: The Rational-Emotive Approach*. New York: The Julian Press, Inc.
- Ellis, A. (1977) *La Terapia Racional-Emotiva en grupo*. En: Ellis, A. & Grieger, R. (ed.) *Manual de Terapia Racional-Emotiva*, Bilbao (1981): Editorial Desclee de Brouwer.
- Ellis, A. (1979/80) *Ansiedad Perturbadora: Un Nuevo Constructo Cognitivo-Conductual*. En: *Manual de Terapia Racional-Emotiva, Volumen 2*. Bilbao (1990): Editorial Desclee de Brouwer.
- Ellis, A. (1984) *The Essence of RET-1984*. En: *Journal of Rational-Emotive Therapy* 2(1), 19-25.

- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy. Revised and Updated*. New York: Carol Publishing Group.
- Ellis, A. & Bernard, M. (1985). *¿Qué es la Terapia Racional-Emotiva (RET)?*. En: *Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao (1990): Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. & Dryden, W. (1987). *Práctica de la Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao (1989): Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. & Harper, R. (1975) *A New Guide to Rational Living*. No. Hollywood, CA: Melvin Powers.
- Ellis, A., Sichel, J., Yeager, R., Di Mattha, D. & Di Giuseppe, R. (1989) *Rational Emotive Couples Therapy*. New York: Pergamon Press.
- Ellis, A. & Witheley, J. (1979) *Theoretical and Empirical Foundations of Rational Emotive Therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997) *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Mahoney, M.(ed)(1995) *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Teoría investigación y práctica*. Bilbao, 1997: Desclée de Brouwer.
- Walen, S., Di Giuseppe, R. & Dryden, W. (1980 - 1992). *A Practitioners Guide to Rational Emotive Therapy*. New York: Oxford University Press.
- Wessler, R.L. (1984) *Alternative Conceptions of Rational Emotive Therapy*. En: Reda, M. y Mahoney, M. (1984) *Cognitive Psychotherapies: Recent Developments*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Yankura, J. & Dryden, W. (1994) . *Albert Ellis* . London: Sage Publications.

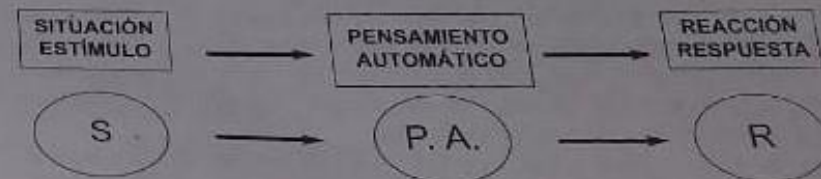
## LA TERAPIA COGNITIVA DE AARON BECK

### 7.1 - LA TEORÍA DE LA TERAPIA COGNITIVA

#### EL MODELO

"La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964). ... Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre, una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación." (Beck, J., 1995).

"La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan." (Dattilio & Padesky, 1990)



Las **situaciones o estímulos** pueden ser externos o internos. Los internos pueden ser sensaciones, síntomas o imágenes (recuerdos).

Las **reacciones o respuestas** pueden ser: **Emotivas, Conductuales o Fisiológicas**.

Los **pensamientos automáticos** son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino

... bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma *verbal* ("lo que me estoy diciendo a mí mismo") o *visual* (imágenes). Los pensamientos automáticos surgen de las *creencias* y son aplicaciones de éstas a lo percibido, o son directamente algunas de éstas.

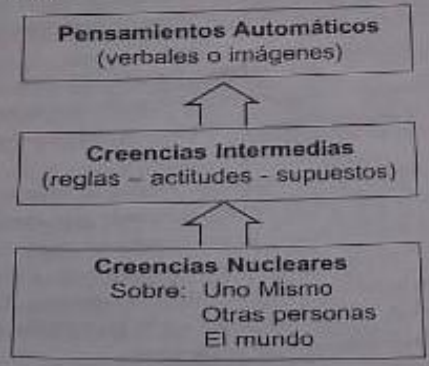
Las *creencias* son ideas que son tomadas por la persona como *verdades absolutas*, aunque no surjan siempre de la lógica o la comprobación.

Las denominadas *creencias intermedias* están constituidas por: *normas, actitudes y supuestos*.

También existen las creencias más profundas que las personas frecuentemente no expresan ni aún a sí mismas, pues frecuentemente no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias, que denominamos *nucleares*, fueron desarrolladas desde la infancia en base a las experiencias de vida, y consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones fundamentales y profundas que las personas sostienen sin dudar ni analizar. Incluyen interpretaciones o concepciones de *sí mismo*, de las *otras personas*, de su *mundo* y de las *relaciones* entre ellos.

Las *creencias nucleares* representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles.

Las denominadas *creencias intermedias*, están en un nivel menos profundo. De ellas surgen los pensamientos automáticos y ellas son a su vez condicionadas por las nucleares.



**LAS DISTORSIONES COGNITIVAS**

Los pacientes tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar que no suelen deberse a incapacidades intelectuales sino a la necesidad de pre-

servación de la coherencia de todo el sistema cognitivo entre sí y fundamentalmente con sus creencias nucleares. En consecuencia, en los pacientes que padecen un trastorno psicológico se observa un desvío sistemático en la forma de procesar el conocimiento.

Ciertas formas no válidas de pensamiento frecuentemente halladas en los pacientes han sido mencionadas en la literatura de esta corriente con el nombre de distorsiones cognitivas (Beck, A., 1976) (Dattilio & Padesky, 1990) (Beck, J., 1995) y son las siguientes:

- 1) Pensamiento "de todo o nada" ("pensamiento dicotómico", o "pensamiento en blanco y negro").
- 2) Adivinación del futuro (o "catastrofización").
- 3) Descalificar o descartar lo positivo.
- 4) Inferencia arbitraria.
- 5) Presentación emotiva ("siento que...").
- 6) Razonamiento emotivo (pensamientos influidos por los estados emotivos).
- 7) Lenguaje con "lo siento".
- 8) Explicaciones tendenciosas.
- 9) Rotulación ("etiquetar").
- 10) Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo.
- 11) Filtro mental ("abstracción selectiva").
- 12) Lectura de la mente.
- 13) Generalización (o "sobregeneralización").
- 14) Personalización.
- 15) Visión en túnel.
- 16) Expresiones con "debe" o "debería".

Es necesario recordar que Ellis desarrolla el tema de las expresiones con "debe" diferenciando las normas (frecuentemente no discutibles) de las demandas (siempre irracionales). A esto nosotros podemos agregar otros usos en español de este término sin ninguno de los significados anteriores, como los requisitos (ver: 3.2), por lo que consideramos que no es conveniente incluir este último ítem como distorsión.

**LA DISFUNCIONALIDAD**

Se consideran *disfuncionales* (Beck, J., 1995) a los pensamientos que:

- 1) Distorsionan la realidad.
- 2) Son causa de perturbación emocional.
- 3) Interfieren con la capacidad del paciente para lograr sus metas o son ineficaces o contraproducentes para lograrlas.

Vemos entonces que los pensamientos se pueden evaluar en función de dos conceptos: su *validez* (ajuste a la realidad) y/o sus consecuencias o *utilidad* (concepción pragmática). O sea, los pensamientos pueden ser disfuncionales por uno o más de los siguientes criterios:

- No coinciden con los hechos observables.
- Aunque se ajustan a la realidad en la observación, incluyen conclusiones erróneas.
- Generan consecuencias que dificultan o impiden el logro de los objetivos de la persona.

Para lograr una eficaz alianza terapéutica y la cooperación del paciente será siempre fundamental enfatizar el último de estos criterios y ser prudentes en el señalamiento de los dos primeros, eligiendo una reflexión compartida sobre ese aspecto, ya que no podemos sentirnos "dueños de la realidad" ni parecer descalificadores de la inteligencia del paciente.

#### CONCEPTOS TEÓRICOS: ESQUEMAS, PRAGMATISMO Y CONSTRUCTIVISMO.

El importante trabajo de investigación sobre la terapia cognitiva de los trastornos de personalidad publicado en 1990, aunque en vías de mayor investigación según sus autores, significó también el desarrollo de un marco teórico donde se definieron conceptos fundamentales como las estrategias y los esquemas junto con otros que, en los años siguientes, definieron la orientación pragmática y constructivista del modelo en la actualidad. A continuación vamos a resumir algunos de esos conceptos:

#### LAS ESTRATEGIAS

Las estrategias son formas de conducta programada destinadas a servir a metas biológicas. Son conductas estereotipadas altamente pautadas favorables a la supervivencia individual y la reproducción. Aunque los organismos no se percatan de la meta final de estas estrategias, son conscientes de los estados subjetivos que reflejan su modo de operación (hambre, miedo, excitación sexual) así como de las recompensas y castigos que acompañan su satisfacción o no-satisfacción.

En los seres humanos el término estrategias puede aplicarse tanto a conductas adaptadas como inadaptadas y éstas surgen del aprendizaje o son modificadas por él.

#### LOS ESQUEMAS

Para Beck, Freeman y otros (1990) la integración de los datos sensoriales brutos y la adscripción de significado es función de un orden superior de estructuración conformado por esquemas; estos esquemas operan sobre los datos brutos en un contexto específico integrándolos en configuraciones significativas.

En resumen: Los esquemas son estructuras cognitivas que integran y adscriben significado a los datos sensoriales percibidos. El contenido de estos esquemas puede referirse a las relaciones interpersonales o a categorías impersonales (objetos inanimados, que pueden ser concretos o abstractos).

En la visión de los autores, los esquemas tienen cualidades estructurales adicionales como la amplitud, la flexibilidad y la densidad. También pueden describirse por su valencia o grado de energía o activación (desde latente hasta hiperactivo) en un determinado momento.

**Según Beck, Freeman y otros (1990):**

*Los sistemas de estructuras entrelazadas (esquemas) son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual.*

*La manera en que la gente procesa la información sobre sí mismos y sobre los otros está influida por sus creencias y por otros componentes de su organización cognitiva.*

*Si bien fenómenos como los pensamientos, los sentimientos y los deseos se limitan a destellar brevemente en nuestra conciencia, las estructuras subyacentes responsables de esas experiencias subjetivas son relativamente estables y persistentes.*

*Los sentimientos y conductas disfuncionales (según la terapia cognitiva) se deben en gran medida a la función de ciertos esquemas que tienden a producir juicios sistemáticamente tendenciosos y la concomitante sistemática tendencia a realizar errores cognitivos ante cierto tipo de situaciones. La premisa básica del modelo de la terapia cognitiva es que la principal causa de los afectos y las conductas disfuncionales de los adultos reside en la distorsión atributiva y no en la distorsión de las motivaciones o las respuestas...*

*(El término "esquema" ha sido utilizado en el campo de la psicología... para denominar a las estructuras que integran y dan significado a los acontecimientos... El concepto de "esquemas" es similar a la formulación de "constructos personales" de George Kelly (1955). En el campo de la psicopatología el término "esquema" ha sido aplicado a estructuras con un contenido idiosincrásico altamente personalizado que se activan durante los trastornos tales como*

la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico y las obsesiones y se hacen dominantes. Cuando se hacen hipervalentes, esos esquemas idiosincrásicos desplazan y probablemente inhiben a otros esquemas que podrían ser más adaptados o apropiados ante una determinada situación. En consecuencia introducen una tendenciosidad sistemática en el procesamiento de la información...

Los sentimientos y la conducta disfuncionales (de acuerdo a la teoría de la terapia cognitiva) se deben en gran medida a la función de ciertos esquemas que tienden a producir juicios sistemáticamente tendenciosos y una constante tendencia correlativa a cometer errores cognitivos en ciertos tipos de situaciones."

El cambio de esquema es sumamente importante, pero los esquemas son difíciles de modificar. Están firmemente fijados por elementos conductuales, cognitivos y afectivos. El abordaje terapéutico debe adoptar un enfoque tripartito. Un abordaje estrictamente cognitivo e intentar discutir con los pacientes sus distorsiones no dará resultado. Hacer que los pacientes exterioricen emotivamente en la sesión sus fantasías o recuerdos tampoco será eficaz por sí mismo. Es esencial un programa terapéutico que apunte a las tres áreas.

#### Según Alford, B. y Beck, A.(1997):

En la teoría de la terapia cognitiva, la naturaleza y función del procesamiento de la información (i.e., la atribución de significado) constituye la clave para comprender la conducta inadaptada y el proceso terapéutico positivo. La teoría cognitiva delinea específicamente la naturaleza de conceptos que, cuando son activados en determinadas situaciones, son inadaptados o disfuncionales. Esas conceptualizaciones idiosincrásicas pueden ser consideradas como teorías personales informales. La conceptualización cognitiva de psicoterapia ofrece una estrategia para corregir tales conceptos. Por consiguiente, la trama teórica de la terapia cognitiva constituye una teoría de teorías, o sea una teoría formal de los efectos de las teorías personales (informales o construcciones de la realidad). En este aspecto, la teoría cognitiva clínica coincide en parte con la teoría de los constructos personales de George Kelly (Kelly, 1955).

En resumen, la teoría cognitiva considera que la personalidad está fundada en la operación coordinada de sistemas complejos que han sido seleccionados o adaptados para asegurar la supervivencia biológica. Estos diversos sistemas muestran continuidad a través del tiempo y de las situaciones, y han sido descritos en textos de psicología como numerosos "rasgos" o "trastornos". En un nivel más abstracto estas consecuentes acciones coordinadas son controladas por procesos o estructuras, determinados genéticamente y ambientalmente, denominados "esquemas".

## PRAGMATISMO

### Según Alford, B. y Beck, A.(1997):

Los esquemas se desarrollaron para facilitar la adaptación de la persona al entorno y, en este sentido, están estructurados teleonómicamente. Por lo tanto, un estado psicológico (constituido por la activación de los sistemas) no es ni adaptado ni inadaptado por sí mismo, sino sólo dentro de, o en relación con, el contexto más amplio del entorno social y físico en que reside la persona.

Los esquemas son esencialmente "estructuras de significado" tanto conscientes como inconscientes, sirven para funciones de supervivencia. Para ser eficaz, el procesamiento de los esquemas debe adaptarse a las demandas sociales y ambientales inmediatas a través de sistemas de coordinación y operación adaptables.

Por cuanto los significados son construidos por las personas y no son componentes directos de la realidad, son relativamente acertados o erróneos en relación con un determinado contexto y a las metas de la persona.

## EL ORIGEN DE LOS ESQUEMAS

### Según Beck, Freeman y otros (1990):

Con independencia del origen último de los prototipos genéticamente determinados de la conducta humana, hay pruebas firmes de que ciertos tipos de temperamentos y pautas conductuales relativamente estables ya están presentes desde el nacimiento (Kagan, 1989). Lo mejor es considerar esas características innatas como "tendencias" que la experiencia puede acentuar o atenuar. Además entre las pautas innatas del individuo y las pautas de otras personas significativas puede establecerse un ciclo continuo de refuerzo recíproco.

Un paciente predispuesto por naturaleza a reaccionar en exceso a los rechazos más comunes de la niñez, puede desarrollar una autoimagen negativa ("No merezco ser amado"). Esa imagen queda reforzada si el rechazo es muy fuerte o reiterado o se produce en un momento de particular vulnerabilidad. Con la repetición la creencia se estructura.

En definitiva, los autores atribuyen un origen mixto (genético-cultural) a los esquemas y consideran lo genético como "tendencias innatas" sobre las cuales incidirán las experiencias vitales (circunstancias e influencias del entorno).

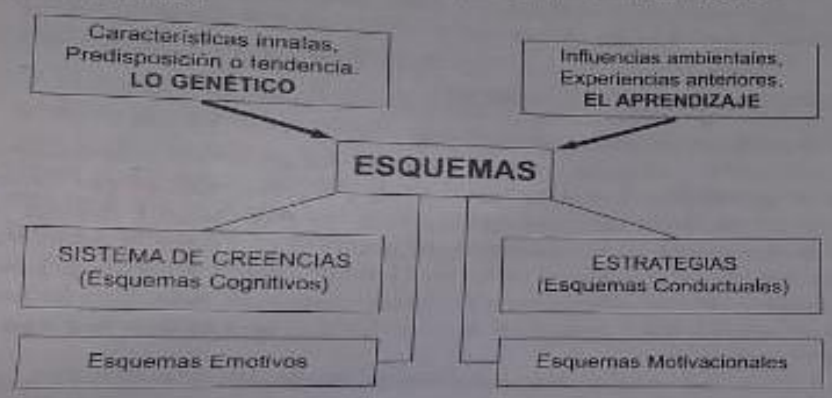
### CUALIDADES Y CLASIFICACIÓN DE LOS ESQUEMAS

Según Beck, Freeman y otros (1990):

Los esquemas (reglas específicas que gobiernan el procesamiento de la información y la conducta) pueden clasificarse en una variedad de categorías útiles, tales como esquemas personales, familiares, culturales, religiosos, de sexo u ocupacionales.

Entre las dimensiones esenciales a usar por el terapeuta para conceptualizar los problemas del paciente y desarrollar una estrategia de tratamiento está la situación de cada esquema en particular en el continuo que va de lo activo (hipervalente o valente) a lo inactivo (en reposo o latente) y en el continuo que va de lo impermeable a lo modificable.

El origen y la clasificación de los esquemas, pueden resumirse en el siguiente gráfico:



### CONSTRUCTIVISMO

El enfoque **constructivista** adoptado por este modelo no es el "radical", que postula la inexistencia de una única realidad y que las realidades son totalmente construidas por cada persona (subjetivas), sino el "moderado", que plantea la acción combinada de los estímulos externos (objetivos) más los esquemas personales (subjetivos) en la configuración del mundo percibido. Podríamos decir que, aunque acepta una realidad, reconoce que cada persona la percibe en forma

diferente y esto la hace inalcanzable en sentido absoluto, pero puede ser socialmente acordada, y culturalmente definida.

"La teoría cognitiva no sugiere que el aparato cognitivo sea capaz de captar (o "representar") directamente la realidad. Los fenómenos internos y externos actuando sobre el sistema nervioso humano interactúan con ese sistema. Por lo tanto, la experiencia consciente humana no construye unilateralmente al mundo (como pueden sugerir los constructivistas sociales radicales) sino que este resulta de la interacción con el mundo o el entorno." (Alford, B. y Beck, A., 1997).

### LOS DIEZ AXIOMAS

En la década del '90 encontramos definiciones teóricas tales como los "diez axiomas que constituyen la expresión formal de la teoría cognitiva actual" (Alford, B. y Beck, A., 1997). Estos axiomas, que resumen conceptos fundamentales del modelo, son:

- 1) La vía central hacia el funcionamiento psicológico o la adaptación está constituida por las estructuras cognitivas generadoras de significado denominadas "esquemas". Significado se refiere a la interpretación de la persona de un determinado contexto y de la relación de ese contexto consigo misma.
- 2) La función de la "atribución de significado" (tanto en un nivel automático como deliberativo) es controlar los diversos sistemas psicológicos (p.e. conductual, emocional, atencional y de memoria). Por consiguiente, el significado activa las estrategias de adaptación.
- 3) Las influencias entre los sistemas cognitivos y otros sistemas son recíprocas.
- 4) Cada categoría de significado tiene implicaciones que se traducen en pautas específicas de emoción, atención, memoria y conducta. Esto se denomina "especificidad del contenido cognitivo".
- 5) Como los significados son construidos por las personas, en vez de existir componentes preexistentes de la realidad, ellos son correctos o incorrectos en relación con un determinado contexto u objetivo.
- 6) Los individuos están predispuestos a construcciones cognitivas erróneas (o distorsiones cognitivas) específicas. Esas predisposiciones a determinadas distorsiones se denominan "**vulnerabilidades cognitivas**".
- 7) La psicopatología es el resultado de significados inadaptados construidos en relación a uno mismo, el contexto ambiental (experiencia) y el futuro (metas) que, en conjunto, se denominan "**triada cognitiva**". Cada síndrome clínico tiene significados inadaptados característicos asociados con los com-

ponentes de la triada cognitiva. En la depresión los tres componentes son interpretados negativamente. En la ansiedad el sí mismo es visto como incapaz (por recursos insuficientes), el contexto es considerado peligroso y el futuro se muestra inseguro. En la ira y en los trastornos paranoides el sí mismo es visto como maltratado o abusado por los otros y el mundo es visto como injusto o contrario a los propios intereses. Así se relaciona la especificidad del contenido cognitivo con la triada cognitiva.

- 8) Hay dos niveles de significado: (a) el significado público u objetivo del acontecimiento, que puede tener pocas implicaciones significativas para el individuo y (b) el significado personal o privado. El significado personal, a diferencia del público, incluye implicaciones, significados o generalizaciones deducidos de la ocurrencia del acontecimiento (Beck, 1976).
- 9) Hay tres niveles de cognición: (a) el nivel pre-consciente, no intencional, automático; (b) el nivel consciente; y (c) el nivel metacognitivo, que incluye respuestas "realistas" o "racionales" (adaptadas). Todos estos sirven para funciones útiles, pero los niveles conscientes y metacognitivo son de primordial interés para el mejoramiento clínico en psicoterapia.
- 10) Los esquemas se desarrollaron para facilitar la adaptación de la persona al entorno y, en este sentido, están estructurados teleológicamente. Por lo tanto, un estado psicológico (constituido por la activación de los sistemas) no es ni adaptado ni inadaptado por sí mismo, sino sólo dentro de, o en relación con, el contexto más amplio del entorno social y físico en que reside la persona.

#### EL CONFLICTO TEMPORAL DE CONSECUENCIAS (LARGO PLAZO VS. CORTO PLAZO)

La teoría cognitiva de la terapia y la psicopatología incluye tanto la *causa eficaz* (acontecimiento previo) como la *causa final* (propósito, consecuencias) en sus análisis. (Alford, B. & Beck, A., 1997).

Cuando la conducta se presenta como elegida en función de sus consecuencias cognitivamente previstas ("causa final"), frecuentemente podemos encontrar una disyuntiva entre las consecuencias previstas a corto plazo (o inmediatas) y las opuestas previstas a largo plazo (mediatas o demoradas). Este dilema analizado ya con ratas por Mowrer y Ullman (1945), mencionado como la "paradoja neurótica" por Goldfried y Davidson (1976) en referencia a las conductas que tienen una consecuencia inmediata positiva pero a largo plazo negativa, como el caso, entre otros, de las conductas adictivas (alcoholismo, drogadependencia, obesidad, etc.) es tomado por la terapia cognitiva con la denominación de "conflicto temporal de consecuencias".

Este concepto fue presentado por Albert Ellis como el conflicto entre el "hedonismo a corto plazo versus hedonismo a largo plazo", que ya explicamos en los capítulos 3 y 6, y representamos gráficamente en el cap.3.

Basándose en los estudios realizados por Shybut (1968) y Mischel (1961, 1974), Alford & Beck (1997) destacan la mayor probabilidad de trastornos en las personas guiadas preponderantemente por las consecuencias inmediatas y, en cambio, el mayor nivel de adaptación, inteligencia, responsabilidad social, resistencia a las tentaciones y orientación hacia logros en las personas con preferencia por las consecuencias positivas a largo plazo. Además, basándose en otros estudios, destacan la importancia de la mediación cognitiva en forma de auto-instrucciones para lograr desarrollar y/o sostener conductas orientadas a logros a largo plazo y para enfrentar diversos problemas, tales como la ira, las adicciones y la obesidad, entre otros.

#### LOS 3 NIVELES DEL SISTEMA COGNITIVO

Como se expresó en el axioma noveno propuesto por Alford y Beck (1997) la terapia cognitiva considera que existen tres niveles en el sistema cognitivo:

- 1) El automático, involuntario o preconscious.
- 2) El consciente.
- 3) El metacognitivo.

Esta clasificación implica la concepción de una organización jerárquica de las estructuras donde unas son más primitivas, relacionadas con mecanismos automáticos de supervivencia, y otras sucesivamente superiores resultan capaces de modificar o controlar las respuestas de las primeras.

El sistema automático, que Alford y Beck (1997) consideran coincidente con el "experiential system" descrito por Epstein (1994) se encarga de los procesamientos rápidos destinados a consecuencias de breve plazo y se desarrolla pasiva y no conscientemente. También lo denominan "preconscious".

El sistema consciente incluye los procesos más lentos de elaboración, es de carácter analítico y capaz de dominar o modificar al más primitivo o "automático".

El sistema metacognitivo opera reflexivamente, "pensando acerca del pensamiento". Este sistema se ha desarrollado para dominar (o desactivar) los pensamientos primarios, los afectos o los impulsos. Es el responsable de instalar y alcanzar las metas a largo plazo a pesar de los malestares a corto plazo (ver "conflicto temporal de consecuencias"). Es también el responsable de la evaluación de alternativas y la toma de decisiones. Este sistema elige, evalúa y controla el subsecuente desarrollo de esquemas para encarar situaciones, tareas o problemas particulares.

Es justamente al sistema metacognitivo al que puede recurrir una persona (y su terapeuta) para modificar sus distorsiones cognitivas o pensamientos disfuncionales.

Considerando a las personas como potenciales agentes libres, Alford y Beck (1997, p. 40) postulan: "Por cuanto las causas de una acción libre pueden frecuentemente ser identificadas, una persona puede llegar a conocer las causas de una conducta que puede ser incongruente con determinadas metas; entonces puede optar por modificar esa conducta para hacerla congruente con esas metas (valores)."

### LA TRIADA COGNITIVA

Con respecto a la depresión, la terapia cognitiva describía (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) los siguientes tres patrones de pensamiento, que denominó "triada cognitiva", como las causas de los otros signos y síntomas del síndrome depresivo:

- Visión negativa de sí mismo.
- Tendencia a interpretar negativamente las experiencias que transita.
- Visión negativa (pesimista) del futuro.

Más recientemente Alford & Beck (1997), como vimos en el séptimo axioma, definen a la "triada cognitiva" como los significados o interpretaciones inadaptados o disfuncionales que la persona hace de:

- Sí mismo.
- Su entorno contextual o sus experiencias.
- Su futuro (metas).

### ORIGEN DE LOS PENSAMIENTOS Y LAS DISTORSIONES

En principio la terapia cognitiva tiene una visión integrada del origen o causa de los esquemas y respuestas inadaptados. Las causas genéticas y orgánicas se suman a las experiencias vividas, el entorno y el aprendizaje social.

Además, esta teoría reconoce en las personas la predisposición a determinadas formas de distorsión cognitiva, que denomina "vulnerabilidad cognitiva", que a su vez las predisponen a determinados síndromes. (Ver en este capítulo el sexto axioma).

### ENCUADRE FILOSÓFICO

En general, resulta muy difícil encontrar comentarios sobre aspectos filosóficos en la literatura de Aaron T. Beck sobre este modelo. En cambio, es Ellis quien lo incluye en la filosofía humanista, junto con él mismo, con Carl Rogers y con Fritz Perls. Si tomamos como humanismo lo propuesto por Ellis (ver el capítulo anterior) dada la gran coincidencia teórica de ambas corrientes sería menos difícil aceptar esta inclusión.

Con un claro enfoque positivista y empirista inicial, también evidente en Ellis en sus primeros tiempos, esta visión se modifica en las últimas décadas al adscribir a la corriente constructivista, también compartida por Ellis en esos años. Aquí podemos recordar que no se adopta un constructivismo "radical", que niega la existencia de una realidad, sino uno "moderado", que no niega la posibilidad de una realidad externa y existente pero que acepta que cada persona hace una diferente y subjetiva interpretación o construcción de la misma. Serán los "esquemas" los encargados de integrar los estímulos brutos recibidos y atribuirles un significado, configurando o "construyendo" la realidad subjetiva o "mundo" de cada persona.

En cuanto al enfoque racionalista que algunos le han atribuido al modelo, no es realmente tal, ya que, aunque haya hecho hincapié en corregir los errores de razonamiento ("distorsiones cognitivas"), también ha destacado como racionales o saludables a las cogniciones que son capaces de lograr emociones y conductas más adaptadas o eficaces para el logro de los objetivos de cada persona (vida, salud, placer, éxito u otros). Esto la da una orientación decididamente funcionalista o pragmática. También es importante recordar que este modelo, al igual que el de Ellis, acepta la influencia recíproca de emociones, conductas y pensamientos.

Según Dattilio y Padesky (1990, capítulo 1), entre las influencias filosóficas y teóricas, se destacan tres: (a) la fenomenología, en cuanto a que la visión de sí mismo y del mundo son fundamentales para determinar la conducta de las personas, (b) la teoría estructural, en cuanto a la estructuración jerárquica de los procesos cognitivos y la división entre procesos primarios y secundarios, y (c) la psicología cognitiva, al destacar la importancia de la cognición en el proceso de información y la modificación de la conducta.

Además podemos reconocer la influencia directa de la corriente conductual y la teoría del aprendizaje social: "Muchos conductistas contemporáneos han tenido también un impacto en el crecimiento y desarrollo de la Terapia Cognitiva. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977), que implica la



concepción de nuevos patrones de aprendizaje (aprendizaje por observación), ha contribuido al modelo cognitivo y sirve como guía de acción en el modelado participante. Esta teoría animó y promovió el cambio hacia el campo cognitivo de la Terapia Conductual. El primer trabajo de Mahoney (1974) sobre el control cognitivo de la conducta y el trabajo de Meichenbaum (1977) sobre el cambio cognitivo conductual han sido también una importante contribución teórica." (Dattilio & Padesky, 1990).

## 7.2 - PRÁCTICA DE LA TERAPIA COGNITIVA

### CONCEPTOS BÁSICOS

"La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, el problema del dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por la forma en que él estructura el mundo (Beck, A., 1976)." (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

"Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar, cotejar con la realidad y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales (esquemas) que subyacen a esas cogniciones." (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

"En líneas generales, la teoría cognitiva estipula que la mejoría sintomática en un trastorno psicológico se logra a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y que una mejoría duradera (reducción de recaídas) se logra mediante la modificación de las creencias inadecuadas." (Alford & Beck, 1997).

Según Dattilio y Padesky (1990) el terapeuta trabaja y espera lograr el cambio en tres niveles: (a) el superficial, consistente en los "pensamientos automáticos", (b) el intermedio, consistente en los "supuestos subyacentes" (integrados por "reglas condicionales" y "creencias transituacionales") y (c) el profundo o nuclear, consistente en los "esquemas".

Cabe resaltar, también, que esta terapia, pese a la procedencia del campo médico de su iniciador, por sus conceptos teóricos y su estilo tiende a ubicarse en el modelo educativo, donde prevalece la idea de aprendizaje de nuevas formas de conocimiento que permitan adquirir nuevas conductas, más apropiadas o útiles para lograr las metas personales. Como tal, sus recursos se inspiran y fundamentan principalmente en las teorías del aprendizaje.

Nuestra opinión sostiene el carácter transdisciplinario de la psicología y la psicoterapia. Esto significa que no se pueden comprender desde una sola de estas disciplinas, pues requieren de ambas.

Finalmente, creemos importante destacar que este modelo de psicoterapia emplea un estilo activo directivo.

### PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVA (Beck, J., 1995, capítulo 1)

- La terapia cognitiva se basa en una formulación permanentemente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos.
- La terapia cognitiva requiere una sólida alianza terapéutica.
- La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.
- La terapia cognitiva se orienta hacia metas y se centra en los problemas.
- La terapia cognitiva inicialmente enfatiza el presente.
- La terapia cognitiva es educativa, apunta a enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta y enfatiza la prevención de la recaída.
- La terapia cognitiva apunta a ser de tiempo limitado.
- Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.
- La terapia cognitiva le enseña a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.
- La terapia cognitiva usa una diversidad de técnicas para cambiar los pensamientos, el estado de ánimo y las conductas.

### LA ESTRATEGIA

La estrategia propuesta por Aaron Beck desde el comienzo, reiterada en casi toda la literatura sobre esta corriente y ratificada por Judith Beck (1995) puede resumirse en los siguientes conceptos:

En un nivel amplio el terapeuta apunta a facilitar la remisión de los síntomas y prevenir la recaída mediante la modificación de sus pensamientos y creencias disfuncionales.

La secuencia temporal del proceso se desarrolla en las siguientes tres etapas. (Beck, J., 1995):

#### 1) Principio

- Desarrollar una firme alianza terapéutica.
- Identificar y especificar los objetivos.
- Resolver los problemas.
- Enseñar el modelo cognitivo.

- Lograr la activación del paciente (si está deprimido o desanimado).
- Instruirlo acerca de su trastorno.
- Enseñarle a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos automáticos.
- Socializarlo sobre las tareas de autoayuda, la programación de las sesiones y el "feed-back" al terapeuta y enseñarle las estrategias para enfrentar sus problemas.

### 2) Medio

- Continuar trabajando en los anteriores puntos.
- Identificar, evaluar y modificar las creencias.
- Utilizar tanto técnicas racionales como emocionales y conductuales.
- Enseñarle habilidades prácticas para alcanzar sus objetivos.

### 3) Final

- Preparar para la finalización.
- Elaborar recursos para prevenir la recaída.

Es importante destacar aquí, por ser motivo de debate con la postura de Albert Ellis, la secuencia "de lo superficial a lo profundo" elegida por Beck, consistente en ocuparse primero de los pensamientos automáticos pasando después a las creencias intermedias para finalmente llegar "si es posible" a las creencias nucleares. Este estilo se basa en la mayor dificultad atribuida a la modificación de estas últimas, que se aminoraría después de haber logrado los primeros objetivos.

"Debido a que los pensamientos automáticos son más flexibles y examinables, el terapeuta empieza con ellos en las primeras etapas de la terapia."

"Cuando el cliente ya puede identificar y examinar los pensamientos automáticos sin esfuerzo, el terapeuta le ayuda a identificar los supuestos subyacentes." "El proceso de identificación de los pensamientos automáticos de cada persona es la avenida del terapeuta hacia el descubrimiento de las creencias subyacentes..." (Dattilio & Padesky, 1990).

En realidad, la postura de Ellis de abordar primero las demandas, consideradas más profundas, antes de las inferencias, no es opuesta a estos conceptos, ya que solo se refiere a los casos en que eso resulta necesario por los motivos que ya explicamos. (Ver: 4.3)

## LAS TAREAS DE AUTO-AYUDA

Este tema es común a las dos corrientes, la de Beck y la de Ellis, y se ha desarrollado en el capítulo 4 de este libro. (Ver: 4.4)

## 7.3 - REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO 7

- Alford, B. & Beck, A. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1964). *Thinking and Depression: 2, Theory and Therapy*. En: *Archives of General Psychiatry*, 1964, 10, 561-571.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Freeman, A. y otros. (1990) *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona (1995): Editorial Paidós.
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao (1983): Desclee de Brouwer.
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona (2000): Gedisa.
- Dattilio, F. & Padesky, C. (1990). *Cognitive Therapy with Couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Ellis, A. (1962) *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao (1980): Editorial Desclee de Brouwer.
- Goldfried, M.R. & Davison, G.C. (1976) *Clinical Behavior Therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Kelly, G. (1955) *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Mischel, W. (1961) *Preferences for Delayed Reinforcement and Social Responsibility*. En: *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 1-7. Citado en: Alford & Beck (1997).
- Mowrer, O. & Ullman, A. (1945). *Time as a Determinant in Integrative Learning*. En: *Psychological Review*, 52, 61 - 90. Citado en: Alford, B. & Beck, A. (1997).
- Safran, J. (1998) *Widening the Scope of Cognitive Therapy. The Therapeutic Relationship, Emotion, and the Process of Change*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Shybut, J. (1968) *Delay of Gratification and Severity of Psychological Disturbance among Hospitalized Psychiatric Inpatients*. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 462-468. Citado en: Alford & Beck (1997).
- Weishaar, M. (1993). *Aaron T. Beck*. London: SAGE Publications