

EL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Por DR. ROBERTO MAINIERI CAROPRESO

Psicólogo Clínico – Panamá, Rep. de Panamá

1. Antecedentes y consideraciones generales

Las terapias son una consecuencia lógica de los modelos psicológicos. Si el modelo conductista veía a la conducta como una reacción a estímulos externos, es lógico suponer que de acuerdo con esta óptica, el tratamiento para la conducta disfuncional sería la manipulación de los estímulos “causantes” de dichas conductas. De igual manera, si el modelo psicoanalítico ve a la conducta disfuncional como producto de problemas de la infancia no resueltos, la posición terapéutica lógica es reproducir en terapia dicha situación mediante la transferencia para dar una nueva oportunidad de solución al conflicto.

Hemos visto en la sección anterior que según la psicología cognitiva y el constructivismo, la conducta es una reacción a la representación de la realidad conceptuada y contenida en los esquemas mentales. En otras palabras, no reaccionamos a la realidad exterior, sino a la realidad subjetiva creada por los procesos cognitivos. Es obvio suponer que dentro de esta concepción, los trastornos son vistos como una representación errónea de realidad, y las consecuentes reacciones conductuales a estas representaciones: *La depresión no psicótica se da cuando el estado de ánimo de una persona resulta perturbado al procesar la realidad, de manera sistemática, basado en una representación de carga negativa respecto de sí mismo, del entorno y/o del futuro; la ansiedad se da cuando el estado tensional de una persona se altera debido a una representación amenazante o peligrosa de ciertos elementos de la realidad. La naturaleza del objeto en cuestión representado, así como la extensión del fenómeno son elementos que definen la forma peculiar de la perturbación.* (Fernández-Álvarez, 2005).

Tal como sucede con muchos conocimientos llamados “modernos”, esta concepción de los trastornos psicológicos había ya sido enunciado. En este sentido, los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva pueden rastrearse en la filosofía estoica (350 A.C al 180 D.C) y la filosofía religiosa oriental budista y taoísta.

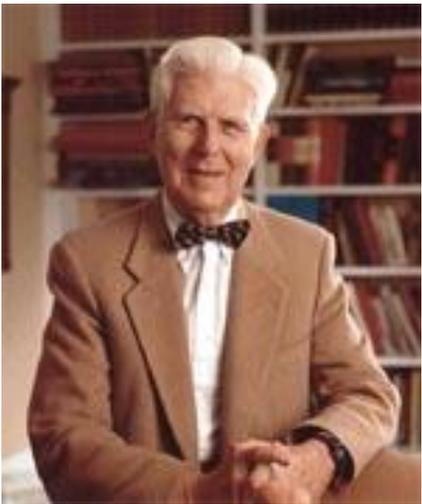
La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodominio. Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y en la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón). Quizás fue Epicteto (100 D.C.) quién más desarrolló la idea de cómo se producían las pasiones y de cómo se podían dominar. En su obra Enchiridion afirma que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos. Por lo tanto, opiniones más correctas podían reemplazar a las más incorrectas y producir así un cambio emocional - básicamente la misma idea que reproduce A. Ellis veintidós siglos después (Ruiz y Cano, 1992).

En Oriente, Gautama (Buda) allá por el 566 A.C. proclamaba los principios de su religión atea: el dominio del sufrimiento físico y emocional a través del dominio de las pasiones humanas, que lleva a un estado de insensibilidad e indeterminación total, el Nirvana (desnudez, extinción). El budismo afirma que la realidad es construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que pueden ser pasionales y generar sufrimiento (Ruiz y Cano, 1992).

Tal como ya se ha planteado en este trabajo, modernamente la terapia cognitiva - conductual surge como derivado natural de los hallazgos de la ciencia cognitiva, y en especial, de la psicología cognitiva, dado que muy pronto los investigadores clínicos ven la aplicabilidad de estos principios a la psicoterapia. Los primeros en utilizar este concepto (básicamente que los pensamientos son un factor importante en la génesis de las emociones y las conductas) en forma sistemática para el tratamiento de los trastornos psicológicos fueron Albert Ellis y Aaron Beck, ambos en forma

independiente, aunque ambos se disputan la autoría del modelo y la supremacía del uno sobre el otro. Albert Ellis llamó a su modelo psicoterapéutico “Terapia Racional Emotiva Conductual” (TREC) y Aarón Beck llamó al suyo Terapia Cognitiva.

Cuadro No. 3
Comparación de los modelos TREC y CT

<p style="text-align: center;">Albert Ellis</p>  <p style="text-align: center;">Terapia Racional Emotiva Conductual</p>	<p style="text-align: center;">Aarón Beck</p>  <p style="text-align: center;">Terapia Cognitiva</p>
A → B → C	S → AT → R
"A" (por "Activating Event ") Acontecimiento activador, suceso o situación.	"S" el estímulo o situación
"B" (por "Belief System") Sistema de creencias. Puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.	"AT" pensamientos automáticos: el sistema y procesamiento cognitivo
"C" (por "Consequence") Consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (<i>emociones</i>), cognitivo (<i>pensamientos</i>) o conductual (<i>acciones</i>).	"R" la respuesta o reacción

Inspirados tanto en la psicología cognitiva como en los modelos de Ellis y Beck, han surgido muchas otras variantes o modelos, los cuales guardan una estructura básica similar, conocidos en su conjunto como *Modelo de Terapia Cognitivo - conductual*. Algunas de éstas son (Fernández-Álvarez, 2005):

- Terapia Racional Emotiva Conductual (Albert Ellis 1955)
- Terapia Cognitiva (Aaron Beck 1962)
- Terapia Cognitivo-analítica
- Terapia Cognitivo - narrativa
- Terapia Cognitivo - pos racionalista

- Terapia Cognitivo - social
- Terapia Centrada en Esquemas (Young)
- Terapia Constructivista - Relacional
- Terapia Lingüística de Evaluación
- Terapia Resolución de Problemas
- Terapia dialéctica

La terapia cognitiva- conductual reconoce el valor del énfasis de la terapia conductista en el método científico, en la investigación empírica y en las evidencias verificables, tomando estos elementos de ella. Se mantuvieron sesiones estructuradas (sobre todo en el modelo de Beck), el establecer metas de tratamiento a corto plazo y la asignación de tareas graduadas. Igualmente continúa dándoles importancia a los factores de mantenimiento actuales, más que asumir causas del pasado.

Los procesos mentales que hemos descrito y que llevan a constructos inapropiados sobre la vida y sobre si mismo tornándose en generadores de sufrimiento y de trastornos, son usualmente ignorados por las personas. La terapia cognitiva conductual lleva al cliente a una actividad metacognitiva¹, que se constituye en el factor terapéutico determinantes. Durante el proceso psicoterapéutico, el clientes construye representaciones de los estados mentales basados en el entendimiento del terapeuta y por la ayuda que este le brinda, lo que utiliza para comprender y gestionar sus propios trastornos (Memerari, 2002). Una vez conciente de los pensamientos que causan su sufrimiento, el método disuasivo por excelencia para lograr modificaciones en la forma de pensar del paciente en el modelo cognitivo conductual es la DISONANCIA COGNOSCITIVA, la cual consiste en que el cliente haga o se plantee algo que sea inconsistente con sus creencias y de esta forma induzca a la disonancia. Según Féstinger (Ellis y Grieger, 1990), las personas tienden ajustar sus creencias evaluativas para acomodarlas a lo que han hecho o a lo que han aprendido, o a ambas.

La terapia cognitiva ha ido creciendo desde que se dieron las primeras publicaciones de Ellis y Beck, para convertirse en uno de los más destacados métodos psicoterapéuticos del mundo occidental. Se han desarrollado modelos cognitivos para un amplio número de desórdenes que han recibido gran respaldo de la investigación desde la década del sesenta hasta la fecha, destacándose especialmente los resultados en el tratamiento de trastornos como la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico, las fobias, las disfunciones sexuales, los conflictos de pareja, las adicciones, la ira, la violencia y muchos otros. El resultado de las investigaciones han ido demostrado repetidamente su efectividad tal como se refleja en un análisis de los estudios realizados utilizando los criterios de la APA para "Tratamientos empíricamente validados", los que indican que los tratamientos cognitivos conductuales y los tratamientos conductuales dominan esta lista, especialmente en trastornos de ansiedad (DeRubeis y Crits-Christoph, 1998).

Este trabajo, tanto en la parte teórica como en la aplicación terapéutica, se basa principalmente en los modelos de Ellis y Beck, integrando conceptos de ambos, por lo que a continuación se explican los principales planteamientos de ambas corrientes.

2. El modelo de Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis

2.1. Los hechos históricos (basado en los escritos de Ruiz y Cano, 1992)

Albert Ellis recibió su título de psicólogo en 1934 en el City College de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de "Master" y en 1947 el de Doctor, estos dos últimos en la Universidad de Columbia. Inicia su labor clínica en consultas privadas, tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Al poco tiempo se interesa por el psicoanálisis, por lo que

¹ Metacognición es un término utilizado por Flavell para designar la cognición de la cognición; o sea, pensar o reflexionar sobre nuestro pensamientos y nuestro modo típico de razonar.

inicia estudios en esta disciplina, pasando 3 años de análisis personal. En esta época ocupó varios cargos como psicólogo clínico en un centro de salud mental, psicólogo jefe del Centro de Diagnóstico del Departamento de Instituciones y Agencias de Nueva York, profesor de las Universidades de Rutgers y Nueva York. La mayor parte de su vida la dedicó a la práctica privada de la psicoterapia.

Su práctica privada fue inicialmente psicoanalítica, con énfasis en la teoría de Karen Horney. Revisando los resultados de su trabajo y el del resto de sus colegas psicoanalíticos, no estuvo satisfecho con estos. Sus puntos de cuestionamiento a esta teoría se centraban en el porcentaje de éxito en la terapia, en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. Para ello acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque "neofreudiano", y obtuvo un mejor porcentaje de mejoría en sus pacientes y con menos tiempo y menos entrevistas. Pero aún así, observó que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta ("Inshigts") sin que la modificasen necesariamente. En este punto empezó a buscar métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. Sus resultados mejoraron aún más, pero no estaba todavía satisfecho del todo. Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C (ver explicación más adelante) para la terapia, en el que exponía que los trastornos emocionales se derivaban de un continuo "autodoctrinamiento" en demandas irracionales o absolutistas. La terapia tenía así como fin, no sólo tomar conciencia de este autodoctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales preferenciales (no-demandantes o no-absolutistas) y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

Entre 1950 y 1965 publica una serie de obras sobre la sexualidad, como **Sexo sin culpa**, 1958; **Arte y Técnica del Amor**, 1960, y **La enciclopedia de la conducta sexual**, 1961, que le hicieron ocupar un lugar relevante en este campo. En 1962 publica su primera obra importante en el campo de la psicoterapia: **Razón y Emoción en Psicoterapia**, en la cual expone su modelo de la terapia racional-emotiva. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras.

2.2. Los conceptos básicos del modelo

En la "terapia racional emotiva conductual" (TREC), los trastornos son vistos como un problemas en el sistema de creencias (la "B" de su modelo, el cual se explica más adelante), por lo que inicialmente se le llamó Terapia Racional (TR), lo que subrayaba la intención de producir un cambio filosófico del cliente mediante la confrontación socrática. Sin embargo, este nombre fue confundido por muchos con el "Racionalismo" del siglo XVIII, siendo la TREC realmente opuesta a la misma. La TREC contiene elementos altamente evocativos emocionalmente, así como componentes conductuales (orientada a la acción, asignación de tareas terapéuticas, desensibilización en vivo y entrenamiento en habilidades), por lo que Ellis decidió cambiar el nombre de su modelo a Terapia Racional Emotivo Conductual - TREC. El nuevo nombre dado al modelo reconoce el énfasis en los pensamientos racionales, incluye sus objetivos terapéuticos dirigidos a minimizar los disturbios emocionales y las conductas autoderrotistas, capacitándoles para vivir una existencia más plena y placentera (Ellis y Bernard, 1985).

El modelo de la TREC, se conoce como el modelo ABC. En este modelo las "A" son los acontecimientos de la vida; las "B" son las creencias ("belief" en inglés), pensamientos, conocimiento, valores, experiencias que se tenga respecto a "A"; y "C" son las conductas y emociones que sabotean los objetivos del sujeto, le dificultan desempeñarse eficientemente y le causan incomodidades y sufrimientos. La cognición B, o sea distorsiones en el procesamiento de información, son las que conllevan a las reacciones "C". Es fácil concluir que el modelo cognitivo conductual aplica su esfuerzo de tratamiento a "B" o sistema de creencias. Al igual que la TREC, los más de cien "modelos" de terapia cognitiva conductual creados por diversos autores, todos siguen el modelo básico planteado por Ellis (véase diagrama No. 5).

Diagrama No. 5
Esquema básico de la TREC

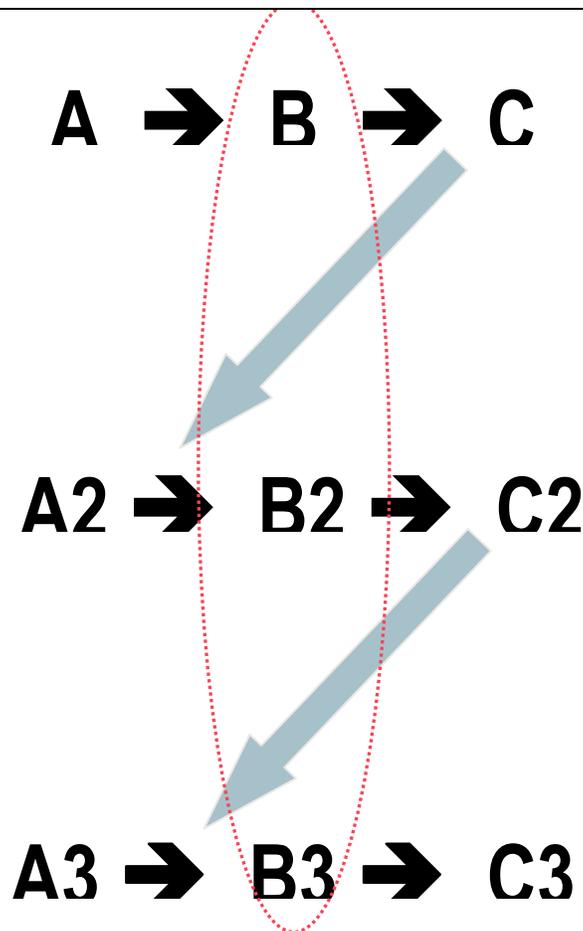


Esta relación ABC no es evidente a la mayoría de las personas, quienes mantienen que sus dificultades emocionales o sus trastornos del comportamiento (punto "C" o "consecuencias") se derivan de los acontecimientos de su vida (punto "A" o "acontecimiento"): *"Estoy triste y deprimido porque me botaron de mi empleo"*, lo que expresa la sensación de que es por este acontecimiento "A" que abandona ciertas actividades por falta de interés, como encerrarse en casa, no salir a buscar otro empleo, etc (punto "C"). Sin embargo no es ese acontecimiento el que determina, al menos directamente, tal estado emocional, sino más bien el significado que otorga a tal evento, representado por lo que esa persona se dice para sus adentros en sus pensamientos ("B").

Este autodiálogo interno refleja la importancia que otorga a ese acontecimiento. A su vez, el autodiálogo interno representa sus actitudes o creencias personales (punto "B"). En el ejemplo anterior, la persona, tras haber sido botada de su empleo (punto A) puede mantener las creencias y conclusiones siguientes: "Debo tener mi empleo, o sino, es terrible y casi no puedo vivir sin él" "Mi vida sin mi empleo no tiene sentido", "No podré soportarlo", "Esto no debería haberme ocurrido" (punto B), llevándole a sentirse emocionalmente trastornado (punto C). Cuando las actitudes personales son absolutistas, catastrofistas y generalizadoras conforman un tipo de creencias llamadas por Ellis "irracionales". Esas creencias predisponen a la persona al trastorno emocional. El objetivo de la terapia sería hacer que la persona sea consciente de esas creencias y proporcionar vías para su modificación (Ruiz,2001).

Siguiendo el ejemplo anterior sería diferente la reacción de una persona que tenga un pensamiento "B" sobre el acontecimiento "A" como el que sigue: "Ciertamente me gustaría conservar mi empleo, y es desafortunado o indeseable perderlo, pero no es el fin del mundo. Seguro encontraré otro igual o mejor"; o aquel que piense: "No me importa realmente si conservo

Diagrama No. 6
Esquema del ABC primario y secundario



o pierdo el empleo”. El tomar conciencia de cómo actúa esta “ABC” en nosotros es un primer paso que nos da la posibilidad de tomar control de nuestras vidas mediante un cambio de filosofía (B). Esto implica descubrir las “B” y luego modificarlas.

El esquema básico “ABC” puede complicarse, dado que “C” puede convertirse en un acontecimiento secundario “A2”, sobre el cual se pueden tener pensamientos secundarios “B2” y consecuencias secundarias “C3” (Obst, 2005). Por ejemplo, ante el hecho (A) de tener que dictar una conferencia, pienso (B) “Sería horrible equivocarme, quedaría en ridículo, pensarán que soy un idiota”, teniendo la consecuencia emocional (C) de producir ansiedad. La ansiedad se convierte a su vez en un acontecimiento secundario (A2) sobre los cuales tengo pensamientos (B2), como “Yo soy un profesional y no debería estar ansioso, es terrible que yo a estas alturas sienta ansiedad, verdaderamente que no valgo nada”. Estos pensamientos pueden tener una consecuencia emocional (C2) de tristeza o depresión. La cadena secundaria puede producir otra terciaria y así sucesivamente (véase Diagrama No. 6). Ellis (1980) opina que esto se basa en la inclinación humana a pensar sobre sus pensamientos (metacognición).

Los pensamientos o creencias “B” no son simples conjeturas producto de ejercicios intelectuales temporáneos a un acontecimiento “A”, sino que están enraizados en experiencias, muchas veces muy tempranas, con componentes innatamente predispuestos y otros aprendidos o adquiridos (Ellis 1981). En el aspecto de “experiencias tempranas”, el modelo comparte con la visión de Freud, de que el origen de los trastornos (el origen de los pensamientos “B”) puede estar en momentos muy tempranos, posiblemente en las relaciones con los cuidadores primarios. Sin embargo el modelo pone mayor énfasis en el que piense el cliente aquí y ahora, sin descuidar del todo la posible génesis histórica del problema, incluso reconociendo que en algunos casos es importante que el sujeto comprenda cómo se gestó su particular manera de entender el mundo, a sí mismo y a los demás. Los pensamientos “B” están en diferentes grados de profundidad, desde superficiales y fáciles de reconocer, a profundos y que necesiten un trabajo laborioso para reconocerlos. El terapeuta requiere de entrenamiento y práctica para desarrollar la destreza necesaria que le permita ayudar a su cliente a identificar estos pensamientos. El definir los pensamientos que conforman la dinámica cognitiva del sujeto, es la verdadera fase diagnóstica. El diagnóstico basado en clasificaciones como la del DSM, usualmente corresponde a la C del modelo de Ellis (las conductas y emociones que definen un trastorno), y es incluida para poder tener una plataforma previa respecto a qué estructura cognitiva o tipos de pensamientos puedan ser los que están presentes en sujetos cuyo trastorno haya sido clasificado en una categoría diagnóstica dada.

En la definición de un trastorno, las emociones inapropiadas causantes de molestias egodistónicas y conductas tanto egodistónicas como egosintónicas, tienen una especial relevancia. Aunque la TREC pone como causa de las emociones y conductas inapropiadas a los pensamientos irracionales, la modificación de estos pensamientos tiene el objetivo de producir un efecto emocional y conductual. La TREC y la terapia cognitiva en general, incluye el convencer al cliente a confrontar, en vez de no evitar, aquellas situaciones que producen emociones displacenteras, muchas veces en forma de tareas que implican experimentar que sucede en algunas situaciones emocionalmente cargadas. La sola experimentación en este sentido puede traer cambios cognitivos importantes sobre una situación dada que antes se pensaba como “intolerable”, pero que después de repetidas experiencias se puede llegar a pensar como “molesta, pero tolerable”. Una nueva corriente de terapia cognitiva, la terapia cognitiva dialéctica, pone especial énfasis a la mera experimentación y observación de las emociones como forma de producir cambios cognitivos (Marra, 2005).

Las emociones pueden ser negativas o positivas, en cuanto estas produzcan placer o displacer respectivamente. Ellis y Bernard (1985) señalan que tanto las emociones positivas como las negativas, así como las conductas, pueden ser apropiadas como inapropiadas. La TREC define como emociones negativas apropiadas, aquellas que tienden a ocurrir cuando los deseos y preferencias humanas son impedidos o frustrados, y ayudan a las personas a minimizar o eliminar esos impedimentos y frustraciones. Las emociones negativas apropiadas incluyen pesadumbre, arrepentimiento, disgusto, frustración y desagrado. Las emociones positivas apropiadas son el

resultado de lograr objetivos o ideales particulares y cuando las preferencias y deseos humanos son satisfechos. Estas emociones incluyen amor, alegría, placer y curiosidad; las cuales actúan a favor de la longevidad y a una sensación de satisfacción. Las emociones negativas inapropiadas son definidas por la TREC, como aquellas emociones, tales como depresión, ansiedad, desesperación y minusvalía, que tienden a empeorar las situaciones de desagrado y frustración, en vez de ayudar a sobreponerse a estas. Las emociones positivas inapropiadas, como la grandiosidad, hostilidad y paranoia, son aquellas que temporalmente tienden a hacer que las personas se sientan bien o superiores a otros, pero que tarde o temprano llevan a resultados infortunados y a una mayor frustración (peleas, mal juicio en asumir riesgos, homicidios, guerras y encarcelación). Las conductas inapropiadas o auto-derrotistas que suelen acompañar a las emociones inapropiadas, son definidas por la TREC como acciones que interfieren seriamente e innecesariamente con la vida y la felicidad, y más específicamente, con los objetivos individuales a corto y a largo plazo. Estos actos pueden ser rígidamente compulsivos, adictivos y estereotipados, y actúan en contra de los intereses del individuo y de la sociedad; o pueden ser actos severos de evitación, fóbicos, y de procrastinación, que tienden ser dañinos tanto para el individuo como para la sociedad. Por otro lado, la conducta apropiada es aquella que tiende a maximizar la posibilidad de supervivencia y felicidad.

La TREC incluye una perspectiva humanista que comparte con otras corrientes, viendo a las personas como holistas, orientadas hacia una meta, que tienen importancia por el hecho de ser humanos y estar vivos, y que merecen una aceptación incondicional.

2.3. Tipos de pensamientos irracionales

Con fundamento en lo dicho sobre los “*pensamientos irracionales*” podemos concluir que son cualquier pensamiento, que conduce a consecuencias (emoción o comportamiento) contraproducentes y autodestructivas que se interfiere de forma importante a la supervivencia y felicidad del organismo. Las ideas irracionales consisten principalmente en pensamientos que incluyen un “debería” o “tengo que” (o exigencias absolutistas); y, en segundo lugar, conclusiones irracionales e ilógicas (o inferencias) sacadas de datos limitados: si me pasó esto, significa que...” De estas dos grandes categorías, las exigencias absolutistas son las más importantes para Ellis, dado que se refieren a un nivel más general, mientras las inferencias se refieren a circunstancias específicas.

Ellis (1990) identifica dos formas fundamentales de ansiedad: **la ansiedad perturbadora** y **la ansiedad del yo**. La primera se debe a cuando las personas sienten que su comodidad está amenazada, piensan que deben conseguir lo que quieren y que es catastrófico no conseguir lo que supuestamente deben. Por otro lado, la ansiedad del yo es un sentimiento dramático e intenso que usualmente se acompaña de depresión, vergüenza, culpa y sentimiento de incapacidad, que ocurre cuando su valía personal está amenazada, cuando tienen la creencia que deben o tienen que hacer bien las cosas, que tienen que tener la aprobación de los demás.

La TREC, al igual que las otras tendencias cognositivistas, propone rebatir y modificar los pensamientos disfuncionales, pero su propuesta alega que va hacia un cambio filosófico que implica potencialmente un cambio duradero. Considera que las otras propuestas cognitivas pueden incluir opcionalmente este cambio de filosofía, pero su propuesta incluye tal cambio como uno de los objetivos principales (Ellis, 1990).

En su libro “*Reason and Emotion in Psychotherapy*” Albert Ellis (1980) lista las siguientes creencias irracionales, aunque indica que no es una lista definitiva, sino una de las posibles aproximaciones clasificatorias:

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, caso contrario, uno es una persona inadecuada o inservible.
3. Las personas *deben absolutamente* actuar honradamente y consideradamente y, si no lo hacen, son unos villanos condenables. La persona **es** sus actos malos.
4. Es tremendo y horrible cuando las cosas no son exactamente como uno desearía ardientemente que fueran (las cosas deben ser como yo deseo).
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 constante 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 y es más fácil evitarlas.
8. Uno debe ser completamente dependiente de los otros y necesitarlos, y uno no puede conducir su propia vida.
9. *Nuestra historia pasada es un importante total determinante de nuestra conducta actual y, si algo ha afectado alguna vez fuertemente nuestra vida, deberá tener indefinidamente similar efecto - un estímulo que me afectó una vez, con toda seguridad tendrá igual efecto si ocurre en el futuro.*
10. Las perturbaciones de las otras personas son horribles y uno debe sentirse sumamente alterado por ellas.
11. Invariablemente debe existir una correcta, precisa y perfecta solución para los problemas humanos y es tremendo si no se puede encontrar.

Posteriormente, Ellis añade otras creencias irracionales a la lista (Ellis 1981 y 1990):

1. Para lograr mis metas debo estar motivado día a día.
2. Nunca debo ser lastimado. Para que yo actúe debo tener la absoluta certeza de que no me lastimarán.
3. Jamás podré amar y ser feliz con otra persona que no sea mi amada. Debo ser correspondido en el amor de la manera en que yo quiero; sino, soy una persona indigna e inadecuada, no puedo aguantarlo, la vida no tiene valor, es preferible estar muerto.
4. Los hijos son lo que los padres hagan con ellos. Si mis hijos actúan mal o tienen algún fracaso, es porque fui mal padre. El fracaso es mío, no sirvo, soy malo. Lo que he hecho o dejado de hacer les afectará toda la vida irremediablemente. Tenía que haber sido mejor padre.
5. La gente debe tratarme justamente y darme lo que necesite.
6. La gente tiene que cumplir mis expectativas o sino es terrible
7. La vida tiene que tener pocos problemas o dificultades importantes.
8. Necesito la gratificación inmediata y tengo que sentirme desgraciado cuando no lo consigo.

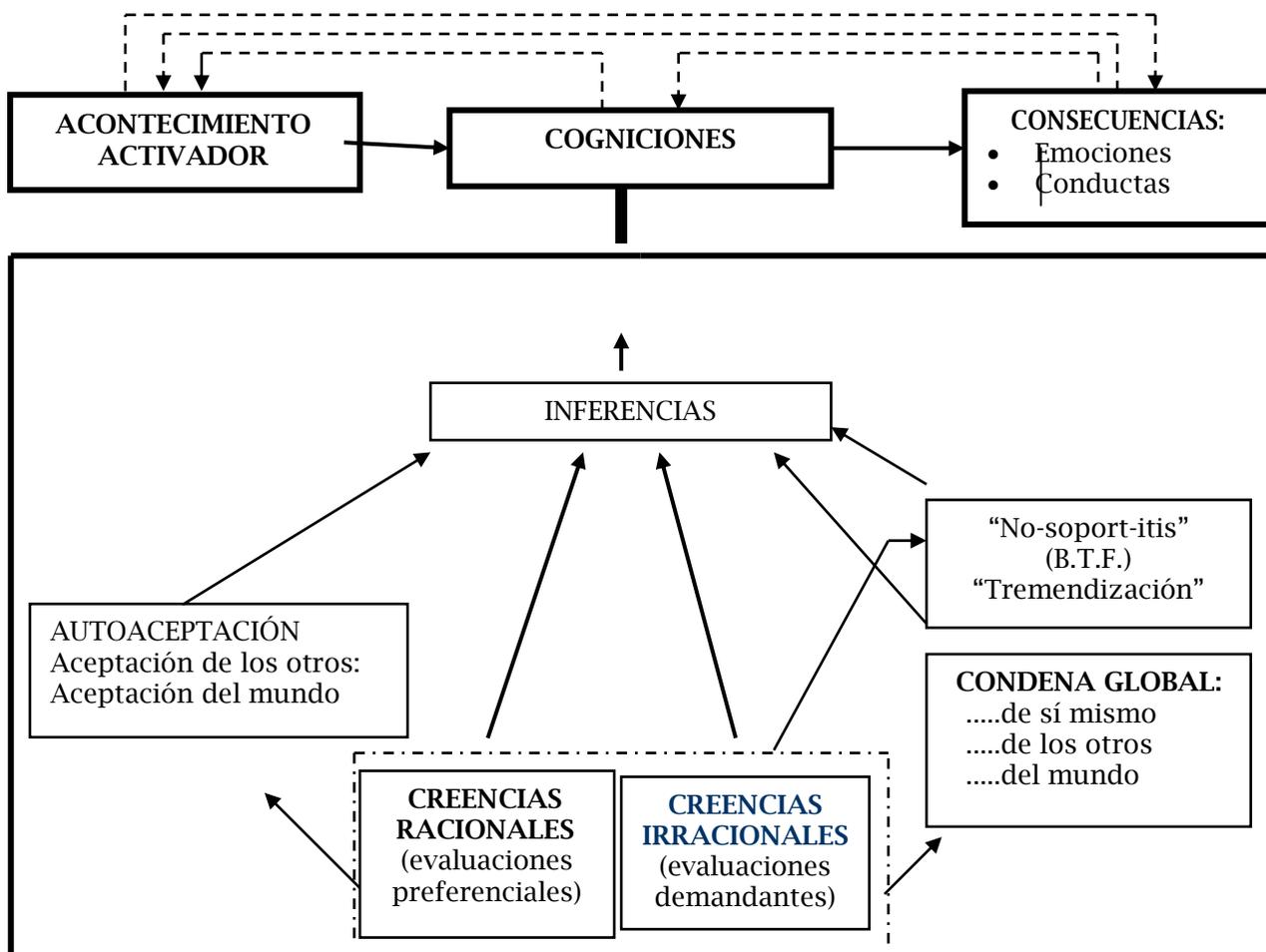
En una segunda elaboración de estas creencias, Ellis observa que las demandas absolutistas (los “tengo” y los “debo”) pueden agruparse en tres clases:

- 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...”).

Según Ellis (1980), las creencias irracionales nucleares o exigencias absolutistas (necesidad perturbadora o exigencia de que alguien o algo debería, sería necesario o tiene que ser diferente de lo que en realidad es) traen aparejadas reacciones que incluyen las inferencias erróneas como las postuladas por Beck (véase explicación de creencias erróneas en la explicación que sigue sobre el modelo de Beck). Estas inferencias pueden ser de los siguientes tipos:

1. La **“tremendización”** o **“catastrofismo”**. Exageración del daño o significado del hecho. Sentirse horrible o catastrófico: es horrendo, terrible, horroroso, el hecho de que es de esa manera;
2. La **“no-soportitis”** (*can't-stand-it-itis*) o **“baja tolerancia a la frustración”** (BTF). No poder soportar algo: no pude sufrir, soportar o tolerar a esta persona o cosa y por eso concluye que no debería haber sido como es. Ellis plantea que la frustración o molestia normal, soportable y pasajera respecto a no obtener lo que uno quisiera o al obtener lo que no se quisiera, se convierte en una baja tolerancia a la frustración cuando en ves de desear, se exige o demanda en forma absoluta que las cosas sean de una manera y no de otra.

Diagrama No. 7
Interacción del los componentes del modelo ABC



3. La “**condena global**” o “**evaluaciones del Yo y de los Otros**”. Pensamientos sobre uno mismo, de otras personas o del mundo y de la vida en general. Condena y autocondena: él u otra persona ha cometido errores horribles, o los siguen cometiendo, y porque él o ellas no deben actuar tal como lo hacen, él o ellas no valen para nada bueno en la vida, merecen reprobación y pueden ser legítimamente catalogadas como canallas, podridos o despreciables.

Ejemplos:

- Sobre uno mismo: “Soy un inservible”
 - Sobre los otros: “Es una detestable persona (y merece ser castigado o morir)”.
 - Sobre el mundo: “El mundo es una porquería”.
4. Generalizaciones sobre el futuro (Ellis, 1992): Si no consiguen lo que demandan, los perfeccionistas pueden llegar a la conclusión de que “*A partir de ahora, siempre voy a fracasar*”, “*Nunca voy a ser capaz de ganar la aprobación de los demás y ser digno del amor de otros*”. Este tipo de inferencias causa ansiedad y depresión.

La TREC sostiene que la “tremendización”, la “no-soportitis” y la “condena global” (que implican usualmente inferencias) son procesos irracionales secundarios, en tanto derivados de la filosofía de los “debe” (demandas absolutistas), los cuales son considerados procesos primarios” (Ellis, 1980).

Ellis considera **más eficaz, profundo y de mayor alcance** (“elegante”) un cambio que modifique una demanda absolutista, antes que una inferencia errónea. Por tal motivo señala la conveniencia de intentarlo en primer lugar, siempre que sea posible, quedando como segunda alternativa (si no fuera posible la primera) la modificación de las inferencias erróneas.

Lo anterior se sustenta con el siguiente ejemplo: Supongamos que un cliente ha interpretado una acción de su pareja como señal de que lo está engañando, lo que está generando en él una reacción de ira, furia o agresión. Si modificáramos primero su demanda absolutista de “No debo ser engañado, y si sucede es horrible e invivable” - reemplazándola por un deseo (sería bueno o deseable no ser engañado), la ira cedería lugar a la decepción o a un enojo apropiado, que le permitiría tomar decisiones apropiadas y, además, le serviría para encarar casos futuros similares. Luego, podría verificar si su inferencia es verdadera o errónea, para tener una mejor percepción de los hechos y poder actuar apropiadamente. En cambio, si primero tratamos de demostrarle que su inferencia es errónea, hay tres posibilidades:

1. Si es errónea y logramos que se de cuenta de ello, ya será imposible trabajar sobre su filosofía demandante irracional, que seguirá intacta y capaz de alterarlo en otra ocasión.
2. Si la inferencia es acertada (por ej., si la persona en verdad está siendo engañada) y lo comprueba, este paso (el trabajar el pensamiento como una inferencia errónea) habrá sido por lo menos inútil, sino contraproducente.
3. Si la inferencia resulta acertada (la persona está siendo engañada), aunque no logre comprobarlo, y logramos convencerlo de que su inferencia es falsa, lo habremos engañado y posiblemente, cuando lo descubra, las consecuencias serán peores.

La misma consecuencia (C) puede convertirse en un “A2” (A: voy a decir un discurso B: debo desempeñarme bien o sino será algo catastrófico C: ansiedad; A2: ansiedad B2: yo no debo estar ansioso y el estarlo me hace un ser inútil C2: baja autoestima, depresión. En el ejemplo, B2 incluye una inferencia: “El estar ansioso me hace un ser inútil”. En muchas reacciones de tipo

fisiológico (C), usualmente los acontecimientos (A) causan directamente reacciones en las que no hay una mediación significativa de "B", como en las reacciones al dolor.

Por último es importante señalar que hay una compleja interacción entre los componentes A, B y C del modelo. Tal como fue explicado en párrafos anteriores, las consecuencias C influirán sobre las creencias B, ya sea confirmándolas o contradiciéndolas (produciendo una disonancia cognitiva). Las "C", o sea nuestras reacciones conductuales y/o emocionales, influirán en que ocurran nuevos acontecimientos (A), por las reacciones que nuestras conductas causen en los demás y en si mismo.

2.4. Abordaje terapéutico

Una vez hecho un diagnóstico (definidos los pensamientos disfuncionales), el tratamiento implica un doble abordaje: cognitivo y conductual. La parte cognitiva incluye diálogos, preferiblemente al estilo socrático, que permite al cliente ver su distorsión cognitiva, para luego trabajar en la búsqueda de un pensamiento alternativo más útil. En el cuadro No. 4 se indican las diferentes formas de discusión y los diferentes estilos con que se pueden abordar cada una de estas formas, dando 15 maneras posibles de rebatir los pensamientos irracionales (Obst, 2002b).

Cuadro No. 4
Combinación de formas y estilos de discusión de las creencias irracionales

FORMAS DE DISCUSIÓN			
ESTILOS DEL TERAPEUTA	Pragmática o funcional (¿sirve?)	Empírica (¿coincide con los hechos?)	Lógica (¿se deduce de algo?)
Socrático (preguntando)	1	2	3
Didáctico (explicando, informando)	4	5	6
Autorrevelador (ejemplos propios)	7	8	9
Humorístico	10	11	12
Metafórico	13	14	15

Cada una de estas 15 maneras puede darse a 4 niveles, aumentando el número a 60 maneras de rebatir las ideas irracionales:

1er nivel: concreto (¿porqué debería tu esposa llevarte el desayuno este domingo?)

2do nivel: más general en el tiempo (¿porqué debería tu esposa llevarte el desayuno los días que tu así lo quieras?)

3er nivel: más general en cuanto a las personas (¿porqué deberían las personas hacer lo que a ti te gusta?)

4to nivel: más general en cuanto al mundo (¿porqué el mundo debe ser como a ti te gusta?)

La T.R.E.C. utiliza ampliamente la imaginación para reproducir imaginariamente las situaciones gatillos ("A") y provocar las emociones displacenteras evocando los pensamientos irracionales que las producen; para luego modificar estas emociones por otras más funcionales mediante la práctica de pensamientos alternos más consonos con la realidad.

Con tareas en casa se le ejercita en la utilización del nuevo pensamiento. Con tareas conductuales se les guía a practicar las nuevas conductas apropiadas a su nueva cognición, entendiendo que los viejos conceptos y conductas, ya formados en hábitos, requieren de un trabajo tenaz tanto del terapeuta como de su cliente.

La resolución de problemas, sesiones de terapia "in vivo" (en situaciones reales), el sentido de humor, entrenamiento en asertividad, tareas cognitivas, tareas conductuales, psicodrama, biblioterapia e hipnoterapia son algunas de las técnicas complementarias utilizadas por la TREC.

3. El modelo de Terapia Cognitiva de Aaron Beck

3.1. Los hechos históricos (basado en los escritos de Ruiz y Cano, 1992)

Alrededor del año 1956, Aaron Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista. Su interés estaba centrado en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una "hostilidad dirigida contra sí mismo", tal como lo indican las teorías freudianas. Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis, lo que le llevó a cuestionarse sobre la teoría psicoanalítica de la depresión y sobre el psicoanálisis en general. Los datos obtenidos apuntaban más bien a contenidos temáticos que indicaban que los pacientes depresivos "seleccionaban" focalmente su percepción de sus problemas en aspectos muy negativos. Esto unido a los largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual, y con escasos resultados para tan alto costo, le hicieron abandonar el campo del psicoanálisis. Su interés se centró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia.

En 1967 publicó "La depresión" que puede considerarse su primera obra en la que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia, con la que alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico. En esta obra no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de estructurar un caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento. La obra referida llega así a convertirse en una especie de manual de terapia cognitiva. En 1976 publica **La terapia cognitiva y los trastornos emocionales**, donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales. Más adelante amplía su modelo a los trastornos por ansiedad publicando obras como **Desórdenes por ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva**. Beck y otros seguidores han seguido extendiendo el modelo a otros desórdenes, como por ejemplo esquizofrenia, Perris, 1988; obsesión-compulsión, Salkovskis, 1988; trastornos de la personalidad, Freeman, 1988; trastornos alimentarios, McPherson, 1988; trastornos de pareja, Beck, 1988; etc.

3.2. Los conceptos básicos del modelo

El modelo de terapia cognitiva de Beck mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales, maneras que conforman distorsiones cognitivas. Contradice la posición conductista que se niega a investigar los pensamientos declarando que "a pesar que los auto-reportes de experiencias privadas no son verificables por otro observador, esta información introspectiva provee una rica fuente de hipótesis demostrables" (Beck (Beck, Rush, Sahw y Emery, 2002); con lo cual estaba expresando la preocupación de un número creciente de clínicos frustrados por la indiferencia que los conductistas prestaban a una valiosa fuente de datos y entendimiento que brindan los procesos cognitivos. Las "distorsiones cognitivas" se producen por una dinámica cognitiva que se da a tres niveles: creencias nucleares, creencias intermedias, y pensamientos automáticos:

3.2.1. Las creencias centrales o nucleares

Son "significados personales" tácitos o inconscientes sobre el mundo, los demás y el sí mismo. Estas creencias son aprendidas a menudo en las experiencias de la vida infantil basadas en la interacción con el mundo y otras personas, en un intento de organizar internamente las experiencias. Estos significados personales conforman un segundo sistema cognitivo de tipo emocional ajeno al sistema racional de pensamiento. Una persona podría tener la creencia central de "ser incompetente". Esta creencia central podría estar activa casi todo el tiempo, activarse bajo ciertas circunstancias, o sólo en estados depresivos. En tales casos, la persona tiende a enfocarse selectivamente en información o conclusiones que confirman su creencia, descartando o no valorando información contraria a esta. De esta forma mantiene su creencia a pesar de ser inexacta y disfuncional. Las creencias centrales representan el nivel más fundamental de creencias, son generales, rígidas e implican una sobregeneralización (J. Beck, 1995).

3.2.2. Creencias intermedias

Estas creencias centrales generan **creencias intermedias** en forma de actitudes, reglas y asunciones: Actitud: "Es terrible ser incompetente"; Regla: "Yo debo trabajar tan duro como pueda todo el tiempo; Asunción: "Si trabajo tan duro como pueda, yo podré hacer algunas cosas que otros pueden hacer fácilmente" (J. Beck, 1995). Las creencias centrales y las intermedias conforman esquemas que afectan las percepciones y conceptualizaciones que se hagan respecto a eventos cotidianos o vitales.

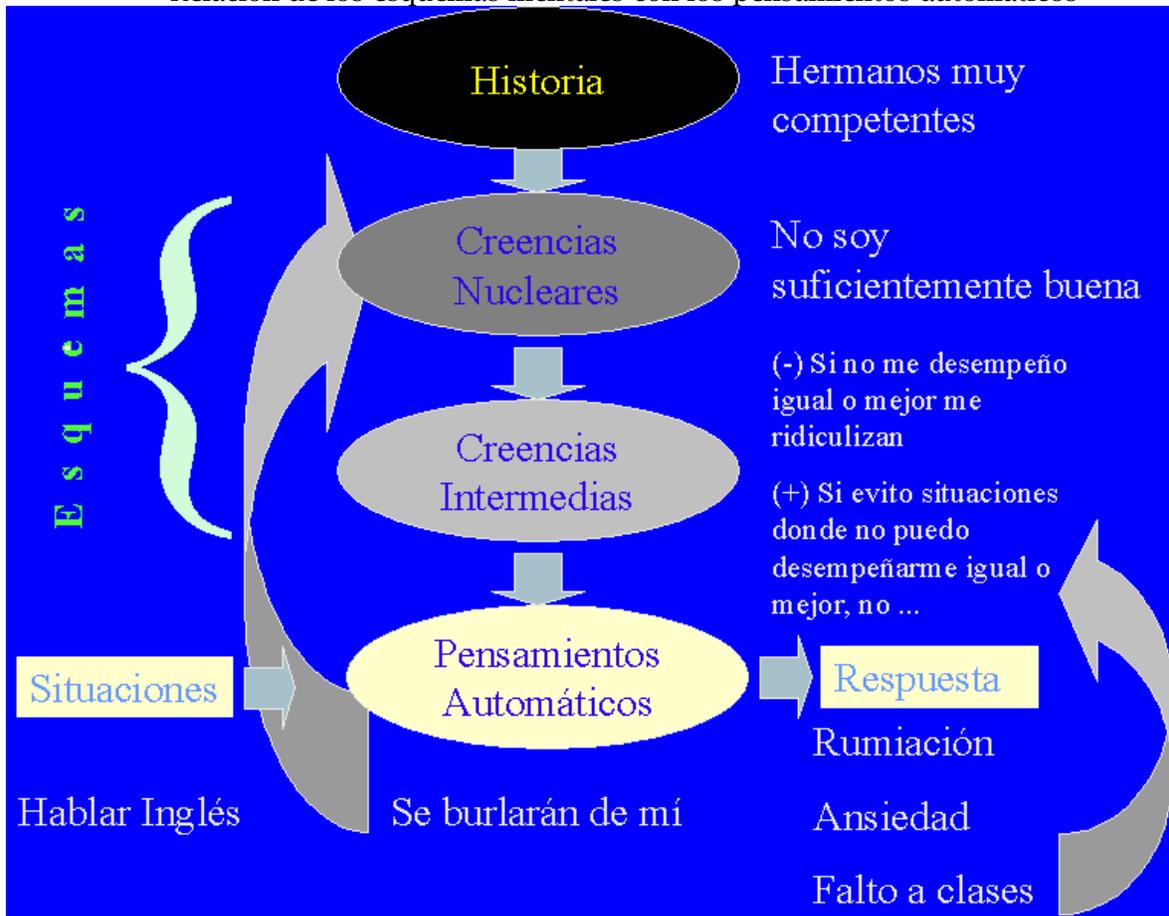
3.2.3. Pensamientos automáticos

Cuando por distintos eventos vitales se activan esos esquemas (creencias centrales e intermedias) que permanecían latentes o dormidos, irrumpen en la conciencia e interrumpen el pensamiento racional en forma de "distorsiones cognitivas" a través de "**pensamientos automáticos**" (contenidos de pensamiento involuntarios, taquigráficos que emergen muy rápidamente). Esos pensamientos automáticos son pensamientos sobre los acontecimientos actuales y son ajenos al análisis racional, reflejando las distorsiones del pensamiento, guiadas por los significados inconscientes (Ruiz 2001).

Los pensamientos automáticos constituyen las palabras o imágenes que pasan por la mente de la persona, expresándose principalmente en inferencias que actúan sobre el tipo de reacción emocional, conductual y fisiológica que se tendrá en situaciones actuales específicas, y pueden ser considerados como el nivel más superficial de cognición: "*Esta lectura es difícil, por lo que no la entenderé nunca. No entiendo porque por ser tonto*", luego me siento triste, abandono la tarea, me siento con una pesadez estomacal. Siendo los pensamientos automáticos lo que está visible en la conducta del individuo, y más accesible a su conciencia, el proceso terapéutico se dirige primeramente a identificarlos, evaluarlos, rebatirlos, y modificarlos por nuevos pensamientos. Eventualmente se guía al sujeto a identificar y modificar los pensamientos intermedios y pensamientos centrales (J. Beck, 1995).

En el diagrama No. 8, se ilustra con un caso real tratado por mí, la dinámica cognitiva de la cliente. Se inicia con su historia temprana en la que los hermanos eran muy competentes, al extremo que la hicieron desarrollar la creencia nuclear "no soy suficientemente buena". Esto le hizo desarrollar a su vez creencias intermedias en forma de reglas, una positiva y otra negativa: La negativa (actitud) - "Si no me desempeño igual o mejor me ridiculizan"; y la positiva (regla y asunción) - "Si evito situaciones donde no puedo desempeñarme igual o mejor que lo demás, no se burlaran de mí" que le permitieron lidiar con este tipo de situaciones.

Diagrama No. 8
Relación de los esquemas mentales con los pensamientos automáticos



Las creencias nucleares y las reglas intermedias conforman los esquemas almacenados en la memoria, los cuales se activan ante situaciones específicas relacionadas a los contenidos de estos esquemas. De esa forma, al tener que presentar una charla en una clase de inglés donde percibe a sus compañeros como "más competentes", surge el pensamiento automático en forma de inferencia: "Si me equivoco se burlarán de mí". Al preguntarle a un paciente el porqué de su inferencia automática, con diferentes grados de dificultad usualmente llegan a contestar con su creencia nuclear. En este caso ante la pregunta ¿por qué se burlaran de ti? La contestación sería: "porque no soy suficientemente buena", lo que corresponde a la creencia nuclear. Usualmente, algún componente de la respuesta o conducta va a obedecer la regla positiva derivada de los creencias intermedias: "falto a clases porque así evito presentar una charla en inglés frente a compañeros que son mejores que yo, de manera que no se burlen de mí"

3.3. Tipos de pensamientos automáticos (J. Beck, 1995)

Los pensamientos automáticos se expresan en diferentes tipos de inferencias:

- Todo o nada (pensamiento dicotómico): "Si no tengo un éxito completo, soy un fracaso."
- Catastrofización (adivinando el futuro): "No será aceptado en ese grupo."
- Descalificar o descartar los positivo: "Me fue bien en el examen, fue por pura suerte."
- Razonamiento emotivo: creer que algo es cierto dado que "siento" (realmente creo) que es así, a pesar de las evidencias en contra.: "Hago todo bien, pero siento que soy un fracaso."
- Etiquetamiento (propio y a otros): "Fracasé en la prueba, luego soy un perdedor."

- Magnificar / Minimizar: Al evaluarse a sí mismo, a otros, y a situaciones, magnifica lo negativo o minimiza lo positivo: el haber obtenido una evaluación mediocre prueba lo inadecuado que soy. El haber ganado algunas notas altas no me hace inteligente.
- Filtro mental (o abstracción selectiva): atención a detalles negativos en vez de ver la totalidad. “Dado que gané algunas bajas notas en mis evaluaciones [aunque también incluían muchas notas altas], estoy haciendo un trabajo mediocre.”
- Lectura de la mente: Creer saber lo que los otros piensan, no viendo otras posibilidades igualmente factibles: “Él está pensando que no sé nada de este proyecto.”
- Sobregeneralizaciones: Saltar a conclusiones negativas que caen muy fuera del contexto de la situación actual: “Dado que no me sentí cómodo en esa reunión, significa que yo carezco de lo esencial para hacer amistades”.
- Personalizaciones: Creencia de que otros se comportan negativamente por Ud., sin considerar otras explicaciones más plausibles por su comportamiento: “El plomero fue seco conmigo porque algo debo haber hecho que le molestó.”
- Afirmaciones con “tengo” y “debo” (imperativas). Ideas precisas y fijas de cómo Ud. y otros deben comportarse acompañadas de una sobreestimación de lo malo que es que estas expectativas no se cumplan. “Es terrible que haya cometido un error. Yo siempre debo hacer lo mejor.”
- Visión de túnel: Ver sólo el aspecto negativo de un situación: “El maestro de mi hijo no puede hacer nada bien. Es crítico y poco sensitivo. Es un mal maestro.”

3.4. Abordaje terapéutico

Una vez identificados los pensamientos automáticos y pensamientos nucleares, se procede a enfrentar al cliente a sus propios pensamientos con preguntas como las siguientes: *¿Cuál es la evidencia a favor, y en contra de esta idea?, ¿Hay alguna otra explicación diferente a la que Ud. le da a este asunto?, ¿Qué es lo peor que puede pasar?, ¿Podría resistirlo?, ¿Qué es lo mejor que pueda pasar?, ¿Qué es lo más probable y realista que pase?, ¿Cuál es el efecto de pensar así?, ¿Cuál sería el efecto de pensar diferente?, ¿Qué puede hacer al respecto?, ¿Qué le diría a un amigo en la misma situación que Ud.?* (J. Beck, 1995). Este tipo de preguntas no dan la solución, pero guían al cliente a hacer descubrimientos importantes para causar una disonancia cognitiva, técnica que se conoce como “descubrimientos guiados”. La intención es que el cliente vea sus creencias no como hechos, sino hipótesis sujetas al método científico de la comprobación de hipótesis. Se les insta a buscar evidencias a favor y en contra de estas hipótesis (Greenberger y Padesky, 1995).

Una vez descubierto lo ilógico de su pensamiento, se invita al cliente a buscar pensamientos alternativos y a escribirlos en “tarjetas de afrontamiento”, especialmente aquellos que parecen tener un efecto positivo en sus emociones. Estas tarjetas pueden ser leídas todos los días como tarea y utilizadas en los momentos en que los pensamientos disfuncionales o las emociones producidas por estos intenten aparecer. Estos ejercicios son complementados con experimentos conductuales diseñados para poner a prueba los pensamientos del cliente en su vida real.

El mantener un inventario de actividades, el identificar pensamientos disfuncionales en inventarios de pensamientos automáticos, el entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en toma de decisiones, experimentos conductuales, técnicas de distracción y reenfoque, técnicas de relajación, exposición sistemática, psicodrama o juego de roles, imaginaria, tareas y desensibilización sistemática son otras de las muchas actividades terapéuticas utilizadas en la terapia cognitiva.

Otras características que identifican este modelo terapéutico, es la cuidadosa conceptualización del caso y la planificación del tratamiento (Ledley, Marx y Heimberg, 2005). En la fase de conceptualización, el clínico reúne toda la información recogida durante las sesiones iniciales y desarrolla una hipótesis de trabajo sobre como el problema particular del cliente puede ser comprendido en términos del modelo de terapia cognitiva (TC). La conceptualización del caso lleva en forma natural a evolucionar un plan de tratamiento. Tanto la conceptualización como el

plan de tratamiento pueden variar al irse conociendo nuevos aspectos de la problemática del cliente.

4. Similitudes y diferencias entre la TREC y la TC

En esta última parte de esta sección, se resumen los aspectos similares y diferentes más relevantes de los planteamientos de Ellis y Beck que hemos revisado. Este resumen está basado en los trabajos de Ruiz y Cano (1992):

4.1. Semejanzas

- 1- Relación entre situación - pensamiento - emoción / conducta. (modelo ABC de Ellis y S-AT-R de Beck).
- 2- Papel central de las cogniciones en los trastornos psicológicos y como objetivo primordial terapéutico para lograr cambios en la conducta y emociones.
- 3- Relevancia de un enfoque de aprendizaje y autoayuda en el que el paciente aprende habilidades cognitivas-conductuales para manejar sus dificultades. La idea es que aprenda el modelo, de forma que le sirva para abordar sus problemas presentes y futuros una vez terminada la terapia.
- 4- Relevancia de las tareas intersesiones. La terapia es de día a día, y el paciente o cliente es responsable de su recuperación a través de las tareas.
- 5- Relevancia de la relación terapéutica y del papel de las cogniciones en ella. El terapeuta tiene un papel activo de guiar al cliente o paciente a hacer los descubrimientos necesarios para encontrar sus errores cognitivos y buscar las alternativas más sanas y realistas.

4.2. Diferencias

Las diferencias entre ambos modelos se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 5
Diferencias entre el modelo de Ellis y de Beck

R.E.T (ELLIS)	C.T (BECK)
1. Las creencias nucleares se convierten rápidamente en el blanco terapéutico. Se da énfasis a las demandas absolutistas, las cuales son consideradas nucleares.	1. Las creencias nucleares se trabajan como último blanco terapéutico tras el manejo de las distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos. Se da énfasis a las inferencias erróneas.
2. Se utiliza, sobre todo, el método del debate racional para contrastar la validez de las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales).	2. Se utiliza sobre todo, el método de verificación de hipótesis, basado en la evidencia real, para contrastar las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales).
3. La tendencia innata a la irracionalidad y la baja tolerancia a la frustración aconsejan centrarse rápidamente en las creencias disfuncionales.	3. La dificultad para detectar las creencias disfuncionales reales del paciente, y no las inducidas por el terapeuta, aconsejan un método inicial centrado en las distorsiones cognitivas, para reunir datos sobre ellas.
4. Énfasis filosófico y humanista, junto con el científico	4. Énfasis científico, aunque no antihumanista

5. Relevancia de la autoaceptación frente a la autovaloración.	5. Autoevaluación realista frente a la distorsionada.
6. Conceptos de "ansiedad del yo" y "ansiedad perturbadora".	6. Conceptos de "Supuestos primarios" o nucleares y "Supuestos secundarios" o derivados (pensamientos automáticos).
7. Concepto de "síntoma secundario" o "perturbación por la perturbación primaria" (B secundarias, terciarias, etc.).	7. Carece de ese concepto o similar.
8. Diferencia entre emociones apropiadas e inapropiadas.	8. Trabaja las emociones perturbadoras para el sujeto y su base cognitiva.

4.3. Posición conciliatoria e integración

Hay autores que piensan que las diferencias son insignificantes y que no se deben tomar como dos modelos. En un congreso mundial de terapia cognitiva y estructuralismo celebrado en Gotenburg (Suecia), tuve la oportunidad de conocer al Dr. Arthur Freeman (Freeman, 2005), quien inició sus estudios de psicoterapia con Albert Ellis en Nueva York, y luego, por motivo de cambio de residencia a Filadelfia, continuó sus estudios con Aaron Beck por recomendación del propio Ellis. Dada esta situación tan especial, le hice la pregunta de que en su opinión ¿cuál era la diferencia entre ambos modelos?, a lo que me contestó que para él "ninguna que los hiciera dos modelos diferentes".

Como posición conciliatoria, se han propuesto ideas que hacen de las pocas diferencias complementos útiles, más alternativas a escoger. Por ejemplo, respecto a las preferencias de Ellis de trabajar con las demandas absolutistas, y la de Beck de trabajar con las inferencias, el Dr. Julio Obst Camerini plantea las siguientes alternativas (2002)

- Trabajando primero las creencias irracionales (demandas) por considerarlas más generales (las personas deben ser amables conmigo) y después las inferencias por ser éstas más relacionadas a situaciones particulares ("No me contestó el saludo" por lo que "debe ser que está disgustado conmigo", o "Lo que pasa es que es un maleducado").
- Podría considerarse el opuesto a lo anterior: trabajar las inferencias primero, si éstas son pensamientos nucleares ("Si me equivoco, se burlarán de mí porque no soy suficientemente bueno"); y después las demandas, por considerarlas secundarias a las inferencias ("Exijo hacer todo bien siempre", siendo esta demanda producto de su creencia de que si hace mal las cosas, confirma que "no es suficientemente bueno")
- Utilizar preferiblemente el trabajo con las inferencias en el tratamiento de la depresión, por considerar que este trastorno representa el principal problema; y trabajar preferiblemente con las demandas absolutistas en el manejo de la ira y en los trastornos de ansiedad.

El Dr. Julio Obst Camerini (2007), propone otra posición conciliatoria entre la preferencia de Beck por discutir las inferencias y la de Ellis por las demandas absolutistas, de la siguiente forma:

- Toda demanda implica una inferencia, la cual puede encontrarse preguntando "¿Y si no ocurre lo que demanda, entonces qué? o ¿Y qué si no? Con esto se pretende alentar al cliente a decir qué significado tiene para él su demanda. Por ejemplo, ante la demanda "Las personas deben pensar bien de mí", la pregunta "¿Y qué si no? podría dar como respuesta algo como "Bueno, si no piensan bien de mí es porque soy un inútil".
- Una inferencia como la del ejemplo anterior tiene que ver con los pensamientos nucleares. Cuando este sea el caso sería preferible poder rebatirla por ser más profunda que la demanda.

- En caso de que una inferencia sea cierta, la discusión de la demanda ocupa entonces una primera importancia, dado que en todo caso la propuesta terapéutica sería que la persona modifique su actitud demandante por una actitud preferencial, que admita la posibilidad o el hecho de que su demanda no se dé.

5. Terapia Centrada en Esquemas (Young y colaboradores, 2003)

Recientemente ha surgido una corriente cognitiva-conductual que se centra en los esquemas y que integra principios de otras corrientes, en especial de las “relaciones objetales”, pero bajo un punto de vista cognitivo. Sus explicaciones profundizan sobre lo que son los esquemas y sus orígenes, por lo que se ha añadido este acápite en este capítulo. Los esquemas, según Young, son formas de ver al mundo adquiridos usualmente por experiencias tempranas (necesidades emocionales centrales no satisfechas) y que se manifiestan en patrones de conducta de afrontamiento desadaptativas, producto de la forma natural y única de ver ciertos acontecimientos. Esta condición es egosintónica, y el tratamiento primero intenta convertirla en egodistónica, para posteriormente poderla modificar. Los esquemas varían en la cantidad de situaciones en que afectan y entre más temprano han sido adquiridos (niñez temprana en relación con el choque entre el temperamento innato del sujeto y el ambiente propiciado por los cuidadores primarios), son más inadaptativos. Recordemos que la dinámica familiar del infante es prácticamente la totalidad de su mundo. Los esquemas adquiridos posteriormente en la niñez más tardía o adolescencia, como aislamiento social, no suelen ser tan poderosos como los primeros.