

MANUAL DE PSICOTERAPIA COGNITIVA

**Juan José Ruiz Sánchez
y
Justo José Cano Sánchez**

INDICE

Introducción

.....
7

PARTE I: TEORÍA Y FUNDAMENTOS

.....
9

1. Antecedentes históricos

.....
11

2. Los fundadores de la psicoterapia cognitiva: Ellis y Beck

.....
27

3. Elementos teóricos centrales. El análisis de la estructura de significado

.....
63

4. Psicoterapia cognitiva y otras orientaciones psicoterapéuticas. Semejanzas y diferencias.

.....
75

PARTE II: EL PROCESO TERAPÉUTICO

.....
81

5. Procesos de cambio y estabilidad

.....
83

6. Fases generales del proceso terapéutico

.....
92

PARTE III: LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

.....
137

7. Elementos básicos de la relación terapéutica

.....
139

8. La relación terapéutica como vía de cambio cognitivo

.....
170

9. Modificaciones técnicas del planteamiento terapéutico

.....
176

PARTE IV: APLICACIONES
CLÍNICAS. ELEMENTOS BÁSICOS

.....
203

10. Tratamiento de la depresión no
psicótica

.....
205

11. Tratamiento del duelo patológico

.....
228

12. Tratamiento de los trastornos de
ansiedad

.....
236

13. Trastornos histéricos: Neurosis
histéricas

.....
319

14. Trastorno hipocondríaco: Neurosis
hipocondríaca

.....
343

15. Tratamiento de los trastornos
psicosomáticos. Marco general

.....
351

16. Tratamiento de las disfunciones sexuales

.....
367

17. Terapia de pareja

.....
382

18. Trastornos de la personalidad

.....
396

19. Tratamiento de la esquizofrenia

.....
411

20. Tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa

.....
424

21. Tratamiento de los trastornos infanto-juveniles. Marco general

.....
436

PARTE V: OTROS ASPECTOS

.....
449

22. Orientaciones teóricas en la psicoterapia cognitiva

.....
451

23. Psicofármacos y psicoterapia
cognitiva

.....
462

24. Concepciones erróneas sobre la
psicoterapia cognitiva

.....
471

BIBLOGRAFIA

.....
477

Anexo

.....
493

INTRODUCCION

Esta obra fue concebida originalmente a partir de un curso de introducción a la psicoterapia cognitiva dirigido a psicólogos y psiquiatras que se desarrolló en 1992. Como en su concepción original, se destaca la división de la obra en cinco partes: (1) teoría y fundamentos, (2) el proceso terapéutico, (3) la relación terapéutica, (4) aplicaciones clínicas y (5) otros aspectos.

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

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

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

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

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

La obra esta concebida como un manual para psicólogos clínicos y psiquiatras interesados en el enfoque cognitivo de la psicoterapia.

PARTE I: TEORÍA Y FUNDAMENTOS

1. Antecedentes históricos

ORÍGENES FILOSÓFICOS

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

La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón). Quizás fue Epicteto quién más desarrolló la idea de como se producían las pasiones y de como se podían dominar. En su obra "Enchiridon" 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 veintiún siglos después).

En Oriente Gautama (Buda) allá por el 566 a.C proclamaba sus principios de su religión atea: el dominio del sufrimiento físico y emocional a través del dominio de las pasiones humanas, que lleva a un estado

de insensibilidad e indeterminación total, el Nirvana (desnudez, extinción). El budismo afirma que la realidad es construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que pueden ser pasionales y generar sufrimiento.

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

En los siglos XVIII y XIX dentro de la corriente idealista alemana, autores que resaltan el papel de la cognición (significados, pensamientos..) son principalmente Kant (1724-1804) y Vaihinger (1853-1933). Kant en su "Crítica de la razón pura" (1781) describe la naturaleza del conocimiento no como mero derivado de una capacidad innata humana (idea defendida por los racionalistas como Descartes), ni como simple producto de las asociaciones sensoriales (como defendían los empiristas ingleses). Él reúne los dos aspectos anteriores en una nueva síntesis que intenta resolver los problemas creados a la explicación de la génesis del conocimiento. Él argumenta que el conocimiento, por lo tanto los significados personales de la experiencia humana, son construidos por la mente humana. Según Walsh (1968), Kant introduce el concepto de esquema cognitivo: una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente

impone a la experiencia. Incluso el filósofo alemán, llega a describir la enfermedad mental como el resultado de no adecuar el "sentido privado", de los significados racionales compartidos socialmente. Sin embargo será el neokantiano H. Vaihinger quien más desarrolle la idea de la realidad construida por los esquemas. Para este autor la conducta está guiada por metas y guiones ficticios (construcciones simbólicas personales), que tienen por finalidad asegurar la vida humana. Todas estas ideas tendrán una influencia decisiva sobre Alfred Adler, y a través de este sobre la futura y posterior psicoterapia cognitiva.

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

Desde el ámbito de la lingüística, a finales de los años sesenta, Noam Chomsky le da un giro radical a la lingüística dominada en su época por planteamientos

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

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

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

constructivista de la psicoterapia cognitiva (ver capítulo 22).

ORÍGENES PSICOLÓGICOS

A. Psicoanálisis:

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

Siguiendo la tradición psicoanalítica, los autores que más han influido en la corriente cognitiva han sido los

provenientes del "neopsicoanálisis o psicoanálisis cultural, sobre todo K. Horney y Sullivan. La psicoanalista K. Horney habla de la "Tiranía de los deberías" o exigencias culturales y familiares internalizadas en las estructuras superyoicas, que juegan un papel relevante en las neurosis (A. Ellis retoma de Horney este punto al hablar de "Creencias Irracionales"). Para Horney (1950), esas exigencias tendrán un carácter defensivo ante la angustia básica generada por un conflicto entre los deseos inconscientes insatisfechos del niño y el temor a ser rechazado y abandonado. Esos "Deberías" tendrían como función encaminar los esfuerzos del individuo a lograr una seguridad (neurótica, falsa) a costa de sus deseos. Sullivan (1953) desarrolla el concepto de "distorsión paratáctica" como un patrón interpersonal de relación con otros, que engloba pensamientos y emociones inadecuadas, derivadas de experiencias tempranas disfuncionales con los progenitores y otras figuras relevantes.

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

B. Psicología individual:

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

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

- 1- Toda conducta tiene un propósito:

(S)----->(O)----->(R)
Situación Creencia/Meta Conducta

- 2- La conducta está regida por un patrón supraordenado de organización de la experiencia constituido en la infancia: el estilo de vida.

- 3- La conducta es el resultado de nuestras percepciones subjetivas.

- 4- La psicología adleriana es una psicología cognitiva: relevancia de los significados, propósitos, creencias y metas personales.

- 5- La persona es un organismo unificado cuya experiencia y conducta está organizada por metas. Se propone el "holismo" como expresión de que toda

conducta está interrelacionada entre si (de aquí el término de psicología "individual" del latín "individuum": individual e indivisible).

6- Las metas de la conducta proporcionan su significado.

7- La psicopatología supone un modo asocial, inconsciente y egocéntrico de perseguir las metas personales.

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

C. Fenomenología y Logoterapia:

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

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

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

D. Psicología soviética:

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

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

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

E. Psicología del aprendizaje y terapia de conducta:

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

objecciones a las limitaciones del paradigma conductista tradicional:

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

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

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

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

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

2.1. Existencia de una preparación biológica en determinadas especies para adquirir determinados miedos y no otros. (Seligman, 1971).

2.2. Diferencias en la capacidad, tipo y fenómenos de aprendizaje según diferencias individuales de personalidad. (Eysenck, 1960 y Gray, 1964).

2.3. Existencia de conductas no aprendidas, propias de la especie (K. Lorenz, Herrnstein...).

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

3.1 El fenómeno de condicionamiento semántico: Estímulos no asociados originalmente al estímulo incondicionado, pero relacionados simbólicamente con el estímulo condicionado producen respuestas condicionadas de alta intensidad (p.e E.C = Vaca, E.I = Shock, R.C = Ansiedad electrodermal... nuevo E. = Buey).

3.2. Aprendizaje por modelado (Bandura, 1976): A través de la observación perceptual o información verbal se pueden adquirir nuevas conductas sin esfuerzo directo.

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

4.1. Insuficiencia de los métodos de condicionamiento para modificar trastornos cognitivos.

4.2. La terapia trata con frecuencia de corregir conceptos erróneos de los pacientes, y la metodología operante ha prestado insuficientes estrategias para abordar este problema.

4.3. Uso forzado y reduccionista de los procesos superiores a términos de estímulo-respuestas-consecuencias.

F. Teoría de la personalidad de G.Kelly.

Se puede considerar a G. Kelly como un teórico y clínico muy adelantado a su época. Cuando en los años 50 y 60 las teorías predominantes en el terreno de la personalidad era la "teoría de los rasgos" o la "teoría del aprendizaje", este autor, prácticamente en una posición marginal de la psicología, generó una teoría cognitiva del funcionamiento personal. En sus obras "La Teoría de los constructos personales" (1955) y "Teoría de la personalidad" (1966), expone que los humanos miran al mundo y a ellos mismos, a través de pautas o categorías cognitivas, "los constructos personales". Estos constructos se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y actuar en el mundo. La terapia consiste en una revisión de los constructos empleados por el paciente que se han convertido en disfuncionales y en ayudarlo a formular nuevos constructos más funcionales.

G. Psicología cognitiva:

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

En la tradición experimentalista destaca, especialmente, el inglés F.C. Bartlett. En su obra "Recordando" de 1932, desarrolla una explicación

constructivista de la memoria, concepción que se anticipó casi cuarenta años a las teorías de los esquemas cognitivos actuales. Las investigaciones de Bartlett le llevaron a que rechazara el concepto de memoria como depósito o "almacén" y subrayara el concepto de memoria como "construcción". La construcción implicaba que la memoria utiliza esquemas para observar y clasificar la información, por lo tanto como un proceso activo de reinterpretación. La sucesiva reorganización de la experiencia en esquemas permite el desarrollo de la memoria y los eventos recordados que son reconstruidos de manera diferente en función de la ampliación de los esquemas.

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

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

como un constructor activo de su experiencia, un "procesador activo de la información" (Neisser, 1967).

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

1- La conducta humana está mediada por el procesamiento de información del sistema cognitivo humano.

2- Se distingue entre procesos (operaciones mentales implicadas en el funcionamiento cognitivo) y estructuras (características permanentes del sistema cognitivo).

3- Se proponen cuatro categorías generales de procesos cognitivos: atención (selectividad asimilativa de los estímulos), codificación (representación simbólica de la información), almacenamiento (retención de la información y recuperación (utilización de la información almacenada).

4- Se destacan tres estructuras cognitivas: Receptor sensorial (recibe la información interna y externa), una memoria a corto plazo (que ofrece una retención a corto plazo de la información seleccionada) y una memoria a largo plazo (que ofrece una retención permanente de la información).

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

LA EMERGENCIA DE UN PARADIGMA INTEGRADOR

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

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

A) En la orientación psicoanalítica:

1- Olvido teórico del factor evolutivo filogenético de las especies. La teoría Freudiana partiendo de Darwin, reduce la explicación de la conducta a mecanismos excesivamente precognitivos. (Peterfreund, 1971).

2- Uso de un lenguaje antropomórfico y "homuncular" de la metapsicología: "Ello, Ego, Superego..." (Peterfreund, 1971).

3- Rechazo, a veces visceral, de una aproximación científica, confundiendo la ciencia con una definición empirista de la misma, como base del rechazo. (Peterfreund, 1971).

4- Eficacia comparativamente superior de terapias dinámicas breves frente al psicoanálisis tradicional; violando el principio del análisis prolongado (Malan, 1963, 1976).

5- Aceptación general de las observaciones clínicas de la obra freudiana, pero rechazando su interpretación metapsicológica y proponiendo como alternativa un modelo más cognitivo para interpretar estos datos (p.e. Peterfreund, 1971; Erdelyi, 1974 y Arieti, 1985).

B) En la orientación conductista:

1- Modificación de la explicación unidireccional, ambientalista de la conducta, por una explicación bidireccional, donde el sujeto coparticipa en producir su conducta. (Bandura, 1982).

2- Olvido, igual que en el psicoanálisis, el factor filogenético-evolutivo y diferencias de especies.

3- Eficacia diferenciada de las técnicas conductistas solo en algunos trastornos (p.e fobias, compulsiones...) y no en la generalidad de ellos como se proponía en una visión excesivamente optimista de este modelo. (Frank, 1985).

4- Incorporación progresiva al modelo conductista ambientalista de factores mediacionales de tipo biológico (p.e Eysenck, 1982) y cognitivas (Mahoney, 1974 y Bandura, 1982).

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

1- Los conceptos cognitivos explican fenómenos clínicos divergentes, desde la interpretación hasta el condicionamiento, permitiendo salvar las diferencias entre los límites teóricos.

2- Entre los mecanismos comunes a todas las psicoterapias que explican el cambio destacan los relacionales, y como a través de una nueva relación con el terapeuta se facilita la modificación cognitiva: activación de expectativas de cambio, modificación de creencias disfuncionales y desarrollo de habilidades cognitivas-conductuales.

3- La psicología cognitiva, a diferencia del psicoanálisis, el conductismo y la psicología humanista, no está unida a una epistemología estrecha de la conducta humana. Tiene un inmenso valor heurístico para llenar los vacíos teóricos y paradigmáticos.

4- Los elementos relacionales, inconscientes y de aprendizaje tienen perfecta cabida en el modelo cognitivo de manera integrada y coherente.

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

1- Una teoría evolucionista del aprendizaje y la organización de la experiencia subjetiva, coherente con el desarrollo filogenético y ontogénico del sistema nervioso humano.

2- Una teoría contrastable y verificable científicamente.

3- Un marco de confluencia de distintas orientaciones de la psicoterapia que explican el cambio y la estabilidad de la conducta en base a procesos cognitivos

2. Los fundadores de la psicoterapia cognitiva: Ellis y Beck

LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS:

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

Su práctica privada fue inicialmente psicoanalítica, con énfasis en la teoría de Karen Horney. Revisando los resultados de su trabajo, estimó que el 50% de sus pacientes mejoraban y el 70% de los pacientes neuróticos (cifras similares al resto de los psicoanalistas). Pero Ellis no estaba satisfecho con estas cifras ni con la teoría psicoanalítica que

fundamentaba su trabajo. Sus puntos de cuestionamiento a esta teoría se centraban en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. Para ello acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque "neofreudiano", obteniendo un 63% de mejoría en sus pacientes y un 70% en sus pacientes neuróticos. Todo esto se había conseguido con menos tiempo y menos entrevistas. Pero aún así, observó que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta ("Insights") sin que la modificasen necesariamente. En este punto empezó a buscar métodos más 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 para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "autodocctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este autodocctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

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

obras, que tenían como eje central convertirse en "métodos de autoayuda".

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

1- PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS

A- METAS Y RACIONALIDAD:

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

a- Supervivencia.

b- La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes submetas:

- Aprobación o afecto.

- Éxito y Competencia personal en diversos asuntos.

- Bienestar físico, emocional o social.

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

B- COGNICIÓN Y PROCESOS PSICOLÓGICOS:

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

Pensamiento

Afecto Conducta

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

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

C-ÉNFASIS HUMANISTA-FILOSÓFICO DEL MODELO:

- a- Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.
- b- Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

2- EL MODELO A-B-C DEL FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO

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

A: Llamémosle acontecimientos. C: Llamémosle consecuencias

De modo que podíamos representarlo:

A-----C	
(Acontecimiento)	(Consecuencia)
Temporales:	Emocionales (p.e "ansiedad", "depresión")
- Actuales (p.e "despido laboral")	Conductuales (p.e "evitación social", "llanto")
- Pasados o históricos	Cognitivos (p.e

(p.e "niñez sin afecto")

"obsesiones",
"autocríticas")

Espaciales:

-Externos (p.e "rechazo amoroso")

-Interno (p.e "recuerdos negativos")

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

A-----	B-----	-----C
(Acontecimiento)	("Belief": Creencia sobre A)	(Consecuencias)
.Temporales:	.CREENCIAS	.Emocionales
Pasados/Actuales	-Racionales	.Conductuales
.Espaciales	-Irracionales	.Cognitivas
Externos/Internos	.Distorsiones cognitivas o inferencias situacionales derivadas de las creencias	

En resumen, no son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: p.e "terremoto", "dolor extremo") los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos.

El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular.

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

3- LA NATURALEZA DE LA SALUD Y LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

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

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

- a- Referente a la meta de Aprobación/Afecto:
"Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".
- b- Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal:

"Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".

c- Referente a la meta de Bienestar:

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

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

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

a- Referente al valor aversivo de la situación: TREMENDISMO.

"Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece".

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

"No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca".

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

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

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

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

EMOCIONES	-VERSUS-	EMOCIONES
INAPROPIADAS		APROPIADAS

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

-VERSUS-

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

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

-VERSUS-

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

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

-VERSUS-

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

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

-VERSUS-

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

Las principales **CREENCIAS RACIONALES PRIMARIAS** serían:

a- Referentes a la Aprobación/Afecto:

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

b- Referentes al Éxito/Competencia o Habilidad personal:

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

c- Referente al Bienestar:

"Me gustaría conseguir fácilmente lo que deseo".

Las principales **CREENCIAS RACIONALES SECUNDARIAS** serían:

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

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

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

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

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

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

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

4- ADQUISICIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.

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

a- Tendencia innata de los humanos a la irracionalidad:

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

b- Historia de aprendizaje:

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

También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo

ante determinados objetivos, pero debido a su tendencia innata puede convertirlas en creencias irracionales o exigencias.

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

a- Baja tolerancia a la frustración: La persona, siguiendo sus exigencias de bienestar, practica un hedonismo a corto plazo ("Tengo que estar bien ya!") que le hacen no esforzarse por cambiar ("Debería ser más fácil").

b- Mecanismos de defensa psicológicos: Derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.

c- Síntomas secundarios: Derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consisten en "ESTAR PERTURBADOS POR LA PERTURBACIÓN" (p.e ansiedad por estar ansioso: "Estoy ansioso y no debería estarlo").

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

5- TEORÍA DEL CAMBIO TERAPÉUTICO:

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

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

a- Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (p.e facilitar a un fóbico social un ambiente con personas no rechazantes y reforzantes de la conducta pro-social). Sería un cambio en el punto A del modelo A-B-C.

b- Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (p.e en el mismo fóbico medicar su ansiedad, enseñarle relajación para manejar su ansiedad, autorreforzarse positivamente sus logros sociales y exponerse gradualmente a las situaciones evitadas. Sería un cambio en el punto C del modelo A-B-C.

c- En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional. Aquí se distinguirían a su vez dos focos:

c.1. Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas (p.e "Me voy a poner muy nervioso y no voy a poder quedarme en la situación")

c.2. Creencias irracionales (p.e. "Necesito tener el afecto de la gente importante para mi... y no soporto que me rechacen").

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

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

Por otro lado existen diferentes niveles en cuanto a la "profundidad" y generabilidad del cambio. Estos niveles serían:

- INSHIGT N° 1: Que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (Irracional) y no directamente de A.

- INSHIGT N° 2: Que el sujeto tome conciencia de como él mismo por autodoctrinación o autorrefuerzo mantiene la creencia irracional.

- INSHIGT N° 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias irracionales mediante taras inter sesiones de tipo conductual, cognitivo y emocional.

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

6- PRINCIPALES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN LA R.E.T.

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

A- TÉCNICAS COGNITIVAS:

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

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

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

4- Tareas cognitivas para casa: Se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación (p.e el DIBS), Cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de

casetes sobre temas generales de RET y biblioterapia RET.

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

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

7- *Técnicas de imaginación:* Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:

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

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

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

B- TÉCNICAS EMOTIVAS:

1- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.

2- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descenderse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3- Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

4- Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc... para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

5- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

6- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería")

7- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).

8- Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.

9- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

C-TÉCNICAS CONDUCTUALES:

1- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.

2- Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.

3- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.

4- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.

5- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

Sobre 1956, A. Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista. Su interés estaba centrado por entonces en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una "hostilidad vuelta contra si mismo" en los pacientes depresivos tal como se seguía de las formulaciones freudianas. Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis. Esto le llevó a cuestionarse la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente toda la estructura del psicoanálisis. Los datos obtenidos apuntaban más bien a que los pacientes depresivos "seleccionaban" focalmente su visión de sus problemas presentándolos como 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. Varios años después publica "La terapia cognitiva y los trastornos emocionales" (1976) donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales. Pero es su obra "Terapia cognitiva de la depresión" (1979) 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. Más actualmente el propio Beck ha desarrollado su modelo a los trastornos por ansiedad (p.e "Desordenes por ansiedad y fobias:

una perspectiva cognitiva (C.T) a otros desordenes diversos, como por ejemplo: esquizofrenia (Perris, 1988), obsesión-compulsión (Salkovskis, 1988), trastornos de la personalidad (Freeman, 1988), trastornos alimenticios (McPherson, 1988), trastornos de pareja (Beck, 1988)...etc.

3. ELEMENTOS TEÓRICOS CENTRALES. EL ANÁLISIS DE LAS ESTRUCTURAS DE SIGNIFICADO

1- PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS

A-ESTRUCTURA DE SIGNIFICADO Y PSICOPATOLOGÍA:

La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de ESQUEMA COGNITIVO y en el ámbito clínico el de SUPUESTOS PERSONALES (Beck, 1979).

Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990). Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma ideosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

B-COGNICIÓN:

Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar (Beck, 1981):

b.1.UN SISTEMA COGNITIVO MADURO-Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de constratación de hipótesis o verificación.

b.2. UN SISTEMA COGNITIVO PRIMITIVO-Hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de Supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

C-DISTORSIÓN COGNITIVA Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

c.1. INFERENCIA ARBITRARIA: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

c.2. **ABSTRACCIÓN SELECTIVA:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

c.3. **SOBREGENERALIZACIÓN:** Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre si.

c.4. **MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN:** Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

c.5. **PERSONALIZACIÓN:** Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.

c.6. **PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN:** Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados (p.e Mckay, 1981). Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Solo la organización cognitiva es ideosincrática y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y Supuestos personales.

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay, 1981):

1-Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.

2-Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.

3-Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.

4-Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.

5-Suelen conllevar una VISIÓN DE TÚNEL: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:

5. a. Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.

5. b. Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.

5. c. La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros...etc...

Una representación gráfica del modelo podría quedar de la siguiente manera:

(1) FACTORES BIOLÓGICOS

(2) HISTORIA DE APRENDIZAJE Y ESTRUCTURA DE SIGNIFICADOS

- Sistema Primitivo (Supuestos personales)
- Sistema evolucionado o maduro

EVENTOS ACTUALES ACTIVADORES DE LA ESTRUCTURA DE SIGNIFICADO

(3) DISTORSIONES COGNITIVAS

(4) CÍRCULOS VICIOSOS INTERACTIVOS

(5) Pensamiento-Afecto-Conducta

2- CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

A- El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".

B- Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. Tipos comunes (p.e "creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones", "aplicar el rechazo a situaciones personales", etc.); (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (p.e. "sobregeneralización", "polarización", etc.); y (3) En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.

C- Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación

permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

En resumen (Beck, 1979), el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos-afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (p.e empleados en palabras "clave" o expresiones del paciente), como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del Supuesto Personal).

3- APLICACIONES PRÁCTICAS

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la C.T "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían VULNERABLE al sujeto.

Los pasos anteriores tienen su puesta en práctica en distintos aspectos:

A- LA RELACIÓN TERAPEÚTICA:

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las

cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar el como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). (Beck, 1979).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así los fenómenos de "Resistencia", "Transferencia" y "Contratransferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas y Supuestos personales y de otros factores (p.e falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento, etc.) (Beck, 1979).

B- ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO:

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionado.

C- TÉCNICAS DE TRATAMIENTO:

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias

correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

c.1. Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez.

c.2. Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Conviene señalar que la C.T, en principio, es "eclectica" en cuanto a las técnicas empleadas. Lo relevante es revisar y contrastar la validez, a modo de hipótesis, de las distorsiones y supuestos personales, EL PROCESO que conlleva tal revisión.

A continuación presentamos algunas técnicas empleadas con frecuencia en la C.T.

TÉCNICAS COGNITIVAS:

1- DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes)

donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

2-CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

3- BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

4- CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

5- REATRIBUCIÓN: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

6- DESCENTRAMIENTO: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de

información proveniente de otros (p.e diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

7- DESCATASTROFIZACIÓN: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8- USO DE IMÁGENES: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

9- MANEJO DE SUPUESTOS PERSONALES:

(1) Uso de preguntas:

- Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.
- Preguntar por la evidencia para mantenerla.

(2) Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.

(3) Diseñar un experimento para comprobar la validez de la sunción.

A continuación se presentan algunos ejemplos del MÉTODO DE LAS PREGUNTAS, en algunas de las técnicas cognitivas:

1. COMPRENSIÓN DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

- "¿Qué quiere decir con...?"
- "¿Por qué razón piensa o cree eso?"

- "¿Por qué es tan importante eso que piensa para Ud.?"

2. CUESTIONAMIENTO DE EVIDENCIAS:

- "¿Qué pruebas tiene para creer eso?"

3. REATRIBUCIÓN:

- "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?"
- "¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera...?"

4. EXAMEN DE OPCIONES ALTERNATIVAS DE INTERPRETACIÓN:

"¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?"

"¿Son posibles otras interpretaciones?"

"¿Qué otras cosas pensó ante ese suceso? Veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias."

5. EXAMEN DE CONSECUENCIAS ANTICIPADAS:

- "¿A qué le lleva pensar eso?"
- "¿Le es de alguna utilidad?"

6. COMPROBAR LOS EFECTOS:

- "Si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible?"
- "¿Se podría hacer algo si ocurriese?"

7. EXAMEN DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS:

- "¿Qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?"

8. ESCALAR UN PROBLEMA:

- "¿Podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?"
- Hacer jerarquías

9. CAMBIO DE IMÁGENES:

- "¿Podríamos afrontar esa situación preparándose con la imaginación como paso previo al real?"
- Técnicas de inoculación al estrés.

10. ETIQUETAR LA DISTORSIÓN COGNITIVA:

- "De los errores cognitivos vistos, ¿qué tipo de error sería este?"
- "¿Qué alternativas podríamos encontrar a ese error?"

11. ASOCIACIÓN GUIADA PARA ENCONTRAR SIGNIFICADOS ASOCIADOS ENTRE SI:

- "¿Y si eso fuera así, entonces que significaría para Ud.?"

12. DISTRACCIÓN COGNITIVA:

- "¿Podríamos probar algún método para desviar su atención?"
- Uso de relajación, imágenes incompatibles, recuerdos positivos, etc.

13. AUTOINSTRUCCIONES:

- "¿Podríamos probar a cambiar su diálogo interno?"
- Uso de autoinstrucciones.

14. VALORAR LAS PROBABILIDADES DE OCURRENCIA DE UN EVENTO TEMIDO:

- "¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso?"
- "Otras veces lo pensó, ¿y qué ocurrió en realidad?"

15. PREVENCIÓN COGNITIVA:

- "¿Podríamos comprobar qué sucede en realidad si Ud. no actúa como piensa que debería, y ver así, si eso es tan grave como cree?"

16. ROL PLAYING:

- "¿Podemos representar esa escena y ver que pasos podría seguir, a modo de guía mental?"

17. USO DE EXPERIMENTOS PERSONALES:

- ¿Podríamos comprobar esa idea, ideando una prueba a modo de experimento?
- Uso de técnicas conductuales

18. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

- "Podríamos pensar en varias alternativas a ese problema, valorar cual podría ser más ventajosa, ponerla en práctica y comprobar sus resultados?"

TÉCNICAS CONDUCTUALES

1- PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES INCOMPATIBLES: Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (p.e actividad gimnástica en lugar de rumiar)

2- ESCALA DE DOMINIO/PLACER: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (p.e utilizando escalas de 0-5). Esta

información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

3- ASIGNACIÓN DE TAREAS GRADUADAS:

Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

4- ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.

5- ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN: Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.

6- ENSAYO CONDUCTUAL Y ROL PLAYING: Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

7- EXPOSICIÓN EN VIVO: El paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que desconfirma sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

Deseamos presentar también un listado basado en la recopilación de McKay, Davis y Fannig (1985) de distorsiones cognitivas y su manejo:

1- FILTRAJE/ABSTRACCIÓN SELECTIVA ("No lo soporto", "Horroroso")

A. ¿Qué ha ocurrido otras veces? ¿Realmente fue tan malo?

B. ¿Se puede hacer algo si volviera a ocurrir?

2- POLARIZACIÓN ("Bueno-Malo", "Blanco-Negro")

A- ¿Entre esos dos extremos, podrían existir puntos intermedios?

B- ¿Hasta qué punto o porcentaje eso es así?

C- ¿Con qué criterios o reglas está midiendo esto?

3- SOBREGENERALIZACIÓN ("Todo, ninguno, siempre, nunca...")

A- ¿Cuántas veces ha sucedido eso realmente?

B- ¿Qué pruebas tiene para sacar esas conclusiones?

C- ¿Donde está la prueba de que las cosas sean siempre así?

4- INFERENCIA ARBITRARIA O INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO ("ME PARECE...")

A- ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

B- ¿Podríamos comprobar si eso es cierto?

5- VISIÓN CATASTRÓFICA ("¿Y si ocurriera...?")

A- Otras veces lo ha pensado, ¿y qué ocurrió en realidad?

B- ¿Qué posibilidades hay de que ocurra?

6- PERSONALIZACIÓN ("Se refieren a mi", "Compararse con otros")

A- ¿Qué consecuencias tiene compararse cuando sale perdiendo? ¿Le ayuda en algo?

B- ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

C- ¿Qué criterios está usando? ¿Es razonable?

D- ¿Podríamos comprobar si eso es así?

7- FALACIA DE CONTROL ("No puedo hacer nada con esto", "Toda la responsabilidad es mía")

A- ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

B- ¿Pueden haber otros factores que hayan influido en eso?

8- FALACIA DE JUSTICIA ("Él/Ella es injusto/a")

A- ¿Qué pruebas tiene para mantener ese criterio?

B- ¿Tiene derecho esa persona a tener un punto de vista diferente al suyo?

C- ¿En realidad usted no está tan solo deseando que las cosas sean de otra manera?

9- FALACIA DE CAMBIO ("Si esa persona o situación cambiara, entonces yo entonces podría...")

A- ¿Qué pruebas tiene para mantener que el cambio dependa de eso?

B- Aunque eso no cambiase, ¿se podría hacer algo?

10- RAZONAMIENTO EMOCIONAL ("Si me siento mal eso quiere decir que soy un neurótico")

A- ¿Qué pensó para sentirse así? ¿Pudo sentirse así a consecuencia de esa interpretación errónea?

B- ¿Sentirse así de qué modo prueba de que usted sea un X?

11- ETIQUETACIÓN ("Soy/Es un X, y tan solo un X")

A- ¿Esa calificación prueba totalmente lo que es Ud. o esa persona?

B- ¿Está utilizando esa etiqueta para calificar una conducta? ¿Una conducta describe totalmente a una persona?

- C- ¿Pueden haber otros aspectos o conductas de esa persona que no puedan ser calificados con esa etiqueta?

12- CULPABILIDAD ("Por mi culpa", "Por su culpa")

A- ¿Qué pruebas tiene?

B- ¿Pudieron haber otros factores que intervinieran en ese suceso?

C- Sentirse y creerse culpable, ¿qué cambia de ese asunto?

13- DEBERÍAS ("Yo debo, no debo, Él/Ellos deben...")

A- ¿Qué pruebas tiene para mantener que eso tenga que ser así necesariamente?

B- ¿Realmente es tan grave que eso no sea como debe? ¿Podíamos comprobarlo?

C- ¿Está usted quizás confundiendo sus deseos con sus exigencias? Esa exigencia, ¿cómo le está perjudicando?

14- FALACIA DE RAZÓN ("Tengo la razón y no me la dan")

A- Dígame, para Ud. ¿qué es tener la razón? ¿Y ese criterio es razonable?

B- ¿Puede tener los otros puntos de vista diferentes? ¿Los está escuchando?

15- FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA ("Aunque ahora sufra, el día de mañana todo se solucionará y yo tendré mi recompensa")

A- ¿Qué pruebas tiene para pensar que la situación no pueda ser modificada ya? ¿Qué podría hacer ya?

B- ¿Pensar eso puede ser de ayuda o tan solo un consuelo pasajero?

4- EL PROCESO TERAPÉUTICO

Como hemos apuntado anteriormente, lo relevante de la C.T es el proceso terapéutico (este punto se desarrolla en el **capítulo 5** y **capítulo 6**). En general el proceso de la C.T tiene tres frases:

- a. Conceptualización de los problemas.
- b. Generar alternativas cognitivas-conductuales.
- c. Generalización de resultados y prevención de recaídas.

También los mismos principios de la C.T son aplicados a los obstáculos surgidos en la terapia (serán tratados de modo más extenso en el **capítulo 7**).

De modo resumido podemos agrupar estos obstáculos de la siguiente manera:

- a- Derivados de la relación:
 - a.1. Problemas transferenciales y contratransferenciales.
 - a.2. Adecuación del estilo terapéutico al tipo de paciente.

b- Derivados de las tareas para casa intersesiones:

- b.1. Problemas de comprensión de la tarea.
- b.2. Aplicación errónea en la tarea.
- b.3. Expectativas y evaluaciones erróneas sobre las tareas.

c- Derivados de la evaluación de los progresos terapéuticos:

- c.1. Criterios de evolución irrealistas.
- c.2. Falta de acuerdo sobre objetivos de intervención.

En el siguiente cuadro resumimos este punto, siguiendo los planteamientos de Ellis (1990) y Beck (1979).

(A) SEMEJANZAS:

- 1- Relación entre pensamiento-afecto-conducta.
- 2- Papel central de las cogniciones en los trastornos psicológicos y como objetivo último del cambio terapéutico.
- 3- Relevancia de un enfoque de aprendizaje y autoayuda donde el paciente aprende habilidades cognitivas-conductuales para manejar sus dificultades.
- 4- Relevancia de las tareas intersesiones.
- 5- Relevancia de la relación terapéutica y del papel de las cogniciones en ella.

(B) DIFERENCIAS:

R.E.T (ELLIS)	C.T (BECK)
1.Las creencias disfuncionales se convierten rápidamente en el blanco terapéutico	1. Las creencias disfuncionales se trabajan como último blanco terapéutico tras el manejo de las distorsiones cognitivas
2. Se utiliza, sobretodo ,el método del debate racional para contrastar la validez de las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales)	2. Se utiliza sobretodo, el método de verificación de hipótesis, en base a 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 en 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 ego" y "ansiedad perturbadora"	6. Conceptos de "Supuestos primarios" y "Supuestos secundarios" o derivados
7. Concepto de "síntoma secundario" o "perturbación por la perturbación primaria"	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

3. ELEMENTOS TEÓRICOS CENTRALES. EL ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE SIGNIFICADO

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

LA CAUSALIDAD CIRCULAR

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

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

Este era capaz de "abstraer reglas de relación de contingencias" más allá de las relaciones inmediata

reales. Se comienza así a hablar de "determinismo recíproco" (Bandura, 1976). Los factores personales internos y la conducta se determinan recíprocamente. Dentro de los factores personales, el papel de las representaciones cognitivas de las contingencias es un elemento clave.

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

PENSAMIENTO

AFECTO

CONDUCTA

VULNERABILIDAD PERSONAL Y ESQUEMAS O SUPUESTOS PERSONALES

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

La teoría de la psicopatología o el trastorno emocional cognitiva mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas (Beck, 1967, 1976). Esas

estructuras organizadas de la experiencia conforman los ESQUEMAS O SUPUESTOS PERSONALES. Estos se refieren a creencias básicas que predisponen al individuo a una vulnerabilidad psicopatológica. Estas creencias conforman una especie de "reglas abstractas" que guían la conducta del individuo.

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

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

EXPERIENCIAS INFANTO JUVENILES (1)	SUPUESTOS PERSONALES (2)
.P.e "Rechazo de acercamientos afectivos"	(VULNERABILIDAD PERSONAL) .P.e "Nunca conseguiré afecto de la gente que me importa. Si mi vida carece de afecto no vale la pena vivirla"

EXPERIENCIAS ACTUALES ACTIVADORA (3)	TRASTORNO EMOCIONAL (4)
	Depresión
	Ideas suicidas
	Autorrechazo
	Evitación social

EL CONCEPTO DE ESTRUCTURA DE SIGNIFICADO

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

su experiencia del mundo y de si mismas: "Las estructuras de significado".

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

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

A- En cierto modo, como localizadas en el cerebro.

B- Resultantes del desarrollo biogenético y del aprendizaje.

C- Constituida por los significados de la experiencia organizada del mundo y de si mismo; por lo que son específicos e ideosincráticos (personales, propios de cada cual).

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

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

LAS TRES DIMENSIONES DEL SIGNIFICADO

Dentro de la psicoterapia cognitiva existe en la actualidad un intenso debate entre los llamados planteamientos cognitivos "racionalistas" y los planteamientos "constructivistas" (Mahoney, 1988). Las diferencias fundamentales entre ambos enfoques se

refieren al rol jugado por las evidencias reales de las interpretaciones personales (posibles en los enfoque racionalistas, en los que Mahoney incluiría la R.E.T y la C.T, e imposible en el enfoque constructivista) y el rol de las cogniciones (central en el enfoque racionalista y periférico al "ciclo de experiencia", en el constructivista). Un examen detenido de las versiones y variaciones actuales de ambos enfoques, sin embargo, nos presenta un panorama más convergente que divergente, y pocas veces tan "polarizante y dicotómico" como presenta Mahoney.

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

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

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

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

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

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

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

B- DIMENSIÓN DE INTENCIÓN: Se refiere a los contenidos de las estructuras de significado. En la literatura psicológica se le ha denominado de varias maneras: Tolman (1932) habla de "mapas cognitivos", Sokolov (1958) de "modelos", Chomsky (1980) de "Representaciones mentales" y Beck (1976) de "Reglas o Asunciones". Incluso desde el conductismo (p.e Skinner, 1974) se le ha llamado "relación de contingencias". En general con esta dimensión nos referimos a las creencias o reglas sobre como están relacionados los hechos (Un planteamiento conductista reciente que abunda en este hecho es la formulación de "Conductas regidas por las reglas". Skinner, 1974).

En esta dimensión las disfunciones vendrían generadas, sobretodo, por premisas o creencias erróneas, inflexibles o extremas. Beck (1976) ofrece el siguiente ejemplo:

Premisa mayor: "Sin amor no valgo nada" (Asunción básica)

Premisa menor: "Raymond no me quiere" (Evento valorado)

Conclusión: "Yo no valgo nada" (Conclusión depresógena)

C- DIMENSIÓN DE VALOR: Hace referencia al significado afectivo. Englobaría a las "actitudes", "sentimientos", y "motivación" ante la experiencia. Freud (1900) les denomina "catéxia", Lewin (1951) les llama "valencia" y Skinner (1953) "reforzamiento". Se refiere a la dirección y fuerza de la conducta, a las preferencias, necesidades y deseos del individuo. Va interrelacionada con las dimensiones extensionales/intencionales del significado. Beck (1976) argumenta que la naturaleza de la respuesta emocional de la persona depende del "investimento" de valor de los acontecimientos, de su conexión a su significado personal. De modo general:

c.1. Las respuestas afectivas depresivas se relacionan con valoraciones de pérdida ("de refuerzo", "de objetos").

c.2. Las respuestas afectivas ansiosas con valoraciones de amenaza ("a los estímulos condicionales", a los impulsos sexuales/agresivos"...).

c.3. Las respuestas afectivas de ira con valoraciones de injusticia...etc...

REPRESENTACIONES DIAGRAMÁTICAS DEL SISTEMA COGNITIVO HUMANO

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

1- EL MODELO COGNITIVO DEL PROCESAMIENTO CONTROLADO Y EL

PROCESAMIENTO AUTOMÁTICO DE LA INFORMACIÓN (Shiffrin y Schneider, 1977).

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

a- Procesamiento automático de la información: Se caracteriza por

- a.1. Es paralelo (opera sobre varios canales simultáneos de información)
- a.2. Es muy rápido (milisegundos).
- a.3. Requiere un bajo esfuerzo atencional (no consciente).

b- Procesamiento controlado de la información: Se caracteriza por

- b.1. Opera en serie (solo atiende un canal de información a la vez).
- b.2. Es lento en sus operaciones.
- b.3. Requiere un alto esfuerzo atencional (consciente).

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

Podemos adaptar este modelo al marco de la psicoterapia cognitiva. Por un lado podemos mantener que LA MEMORIA A LARGO PLAZO contendría los ESQUEMAS COGNITIVOS que pueden ser activados por determinados acontecimientos y mediante un

procesamiento automático de la información producir un estado mental, este ya más consciente, en la MEMORIA A CORTO PLAZO (Fig.3)

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

(Fig.3)

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

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

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

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

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

contienen un grupo de reglas implícitas de significado (Memoria semántica).
b.3. Procesos fisiológicos.

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

1º Síntesis de una experiencia emocional adaptativa:

Se trataría de hacer consciente las reglas semánticas tácitas y los esquemas emocionales también tácitos, y desconfirmarlos mediante nuevas experiencias correctoras; o actuando sobre los procesos fisiológicos a su base (p.e intervenciones cognitivas, psicodinámicas y psicofarmacológicas).

2º Deshabitución de hábitos emocionales alterados:

A nivel consciente se trabaja con el esquema emocional activo (p.e psicoterapias cognitivas y conductuales).

3º Modificación del aprendizaje dependiente de estado:

Se trata de evocar el estado en que se adquirió el habito emocional alterado (p.e catarsis, exposición, hipnosis...etc.).

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

ESTIMULO ----- ESQUEMA EMOCIONAL ACTIVO

.Pensamientos, emociones y conductas conscientes

PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN

RESPUESTA

(Fig.4)

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

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

ACONTECIMIENTOS ACTUALES "Activación" ACTIVADORES (3)	DISTORSIONES COGNITIVAS (4)
--	--------------------------------

CÍRCULOS VICIOSOS
 PENSAMIENTO/AFECTO/CONDUCTA (5)

4. Psicoterapia cognitiva y otras orientaciones psicoterapéuticas.

DIMENSION	PSICOANALÍTICA	HUMANISTA	CONDUCTUAL	SISTÉMICA	COGNITIVA
1. SELECCIÓN DE PACIENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Foco conflictivo - Fuerza del yo - Características clínicas - Conductas desorganizadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas defensivas - Integración y congruencia del self 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de conducta abierta y encubierta - Déficits y excesos conductuales 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la demanda - Disfunción familiar en la estructura, función o desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Distorsiones cognitivas y supuestos disfuncionales a la base del trastorno - Características clínicas
2. NUMERO MEDIO DE SESIONES	- 5/20	- Indefinida	- Indefinida	- 5/10	- 10/20 - 2 o más años en trastornos más graves
3. RELACIÓN TERAPÉUTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Alianza terapéutica - Centrada en el foco - Triangulo del conflicto y la transferencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatía - Congruencia - Consideración positiva incondicional 	<ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo social - Habilidades para reforzar - Rol educativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento de una distancia objetiva - Transacciones familiares - Empirismo colaborativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatía, aceptación y congruencia - Distorsiones cognitivas y esquemas en la relación
4. ESTRUCTURA DE LA SESIÓN	- Centrada en el	- Reformulación	- Aprendizaje de	- Aprendizaje de	- Modificación de distorsiones y

Sem ejan as y difer encia s

	<p>"insight"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consciente/incons. - Pasado/presente - Transferencias 	<p>y exploración de las vivencias con fines de congruencia</p>	<p>habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de tareas - Análisis de transacciones - Reformulaciones y prescripciones conductuales 	<p>habilidades</p>	<p>creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de tareas
<p>5. INTERPRETACIÓN / HIPÓTESIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relación transf./contratransf. - Resistencias - Conexión síntoma/defensa / impulso inconsciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Congruencia/Incongruencia experiencial 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis funcional: antecedentes-conductas-consecuencias 	<ul style="list-style-type: none"> - Reformulación de las transacciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis funcional :situación-cognición- conducta - Relación distorsiones y supuestos personales
<p>6. TRABAJO CON LAS RESISTENCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Señalamiento/Interpr. - Derivada del conflicto y transf./contratransf. 	<ul style="list-style-type: none"> - Defensa del falso self - Exploración 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para elicitarse de conducta de colaboradora - Discrepancias 	<ul style="list-style-type: none"> - Homeostasis del sistema - Reformulación 	<ul style="list-style-type: none"> - Derivada de las distorsiones y significados personales - Cuestionamiento

			de refuerzos		cognitivo
7.TAREAS INTERSESIONES	- Ausentes en general	- Ausentes en general	- Asignación para desarrollar habilidades	- Asignación para modificar transacciones	- Asignación para modificar significados
8.TERMINACIÓN	- Resolución del conflicto derivado de la separación	- Mayor simbolización y congruencia	- Autocontrol y manejo conductual	- Reestructuración de transacciones	- Modificación de significados disfuncionales - Autocontrol emocional
9. OBRAS/EJEMPLOS	BRAIER: PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA. ED. NUEVA VISIÓN	C.ROGERS: LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE. ED.PAIDÓS	CARROBLES: ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. UNED	MINUCHIN: FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR. ED. GEDISA	A. T .BECK: TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN. ED. DDB

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

a) Selección de pacientes: Con la psicoterapia psicoanalítica, el partir del ámbito clínico; con la terapia de conducta el centrarse inicialmente en las conductas-problemas.

b) Número de sesiones: Terapia breve, en general, junto a las terapias aquí expuestas.

c) Relación terapéutica: Relevancia de los factores de empatía, aceptación y congruencia (Humanista) y habilidades del terapeuta (conductual).

d) Estructura de la sesión: Relevancia del aprendizaje de habilidades y tareas intersesiones (conductual, sistémica).

e) Hipótesis: Relevancia del análisis funcional (conductual).

f) Resistencias: Elicitación de una conducta colaboradora (conductual).

g) Tareas intersesiones: Asignación (conductual, sistemática).

h) Terminación: Autocontrol y desarrollo de habilidades (conductual).

Parte II:

EL PROCESO TERAPÉUTICO

5. Procesos de cambio y estabilidad

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

EL PROCESO CONFIRMATORIO DE LOS ESQUEMAS COGNITIVOS TÁCITOS:

Se parte de la concepción de la mente como un sistema que genera o construye significados de su experiencia a través de reglas de abstracción. Esas reglas de abstracción generan a su vez una serie de patrones clasificatorios de las experiencias. Es decir, el sistema mental (cognitivo) tiende a la búsqueda del orden, a clasificar y dar significado a la experiencia. Esto supone un sesgo "continuo" a la búsqueda de ciertas conclusiones; una forma de repetir el mismo esquema de conocimiento o significado a pesar de la variabilidad de la experiencia (Mahoney, 1982, 1985). Se supone que este proceso es tácito o inconsciente, y supone una búsqueda del "orden y la coherencia" entre lo conocido y la nueva experiencia. Esto se llevaría a cabo mediante un mecanismo de retroalimentación positiva ("feedforward") donde continuamente el esquema cognitivo selecciona la información para confirmar los patrones de clasificación previos. Nuestra

mente tendría una tendencia natural a "proyectar" lo conocido sobre la nueva experiencia.

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

NIVEL TÁCITO---- --EXPERIENCIA
"Búsqueda de coherencia" (Proceso de orden)

SISTEMA
COGNITIVO :

NIVEL EXPLICITO-- --EXPERIENCIA
"Percepción de las discrepancias" (Proceso de contraste)

(Fig.6)

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

LOS PROCESOS DE ASIMILACIÓN Y ACOMODACIÓN

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

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

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

(Fig.7)

ESTIMULO-----ESQUEMAS-----EVENTOS
COGNITIVOS

I----- COMPORTAMIENTO
MOTOR, VERBAL Y EMOCIONAL

El organismo trata la información (estímulos) en función de los esquemas. Los esquemas son inconscientes, situados en la memoria a largo plazo, y

funcionan automáticamente. Contienen conocimiento adquirido sobre el mundo organizado en constelaciones de información. Pueden ser activados por emociones que son análogas a las que en su momento organizaron tales constelaciones o patrones. También, regulan, igualmente los comportamientos los conforman (asimilación de la realidad al esquema) o lo modifican (acomodación del esquema a la realidad).

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

DISONANCIA ENTRE LA MEMORIA SEMÁNTICA Y LA MEMORIA EPISÓDICA

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

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

Sobretudo, las experiencias tempranas con el adulto van a jugar un rol relevante en la formación de las

primeras estructuras cognitivas (patológicas o sanas). Esas estructuras cognitivas tempranas contendrían el **MODELO DE FUNCIONAMIENTO NUCLEAR DEL INDIVIDUO** (Estructuras básicas de significado), el nivel tácito del sistema cognitivo referido por otros autores (p.e Mahóney, 1982, 1985, y Guidano y Liotti, 1985). El modelo de funcionamiento asegura el desarrollo y funcionamiento básico de cuatro operaciones:

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

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

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

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

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

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

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

MEMORIA SEMÁNTICA	MEMORIA EPISÓDICA
----------------------	----------------------

Descripción de los eventos de si mismo y de otros.	Recuerdos experienciales, (a menudo procesados de manera inconsciente
--	---

EXPERIENCIAS NEGATIVAS CON LAS FIGURAS DE APEGO

(1) Aquellas que los padres no desean que el niño conozca (p.e actividad sexual parental).

(2) Aquellas con la que los padres han amenazado al niño, de modo que pensar en ellas se hace desagradable (p.e amenazas de abandono o rechazo por conductas agresivas o independientes)

(3) Aquellas con la que los padres inducen vergüenza o culpa si el niño la experimenta (p.e actividad sexual, actividad exploratoria)

APLICACIÓN AUTOMÁTICA E INCONSCIENTE A DIVERSAS SITUACIONES (DISOCIACIÓN TRANSFERIDA A NIVEL INTRA / INTERPERSONAL(4)

VULNERABILIDAD PSICOPATOLÓGICA (5)

(Fig.8)

LOS INTERVALOS DE RECAÍDA COMO INDICADORES DEL PROCESO TERAPÉUTICO

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

1- Los círculos interactivos pensamiento-afecto-conducta.

2- Distorsiones cognitivas o errores de procesamiento de la información.

3- Esquemas, Asunciones o Supuestos personales.

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

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

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

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

3º FASE DE ESPERANZA Y ESFUERZO CONSTRUCTIVO: En ella se establece el empirismo

colaborativo y las tareas para casa. El paciente aporta datos (p.e autorregistros), el terapeuta sugiere intervenciones, el paciente las desarrolla y se revisan sus resultados. En esta fase los desequilibrios son frecuentes, especialmente mientras más se trabaja cerca y con los Supuestos personales.

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

6. FASES GENERALES DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Dedicaremos este capítulo al proceso terapéutico. Con ello nos referimos a como desarrollar la psicoterapia cognitiva para la consecución de sus objetivos. Como modelo general escogeremos la C.T de Beck (1976) por contar esta modalidad de terapia cognitiva con un respaldo científico y metodológico lo bastante suficiente y relevante para servir de modelo general. Para ello vamos a seguir la forma de proceder descrita por Beck (1976), Meichenbaum (1988) y A. Maldonado (1990). En el **capítulo 8** y **capítulo 9** describiremos otras alternativas.

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

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

. Finalidad: Entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta.

-Medios:

a) Redefinir el problema presente: En términos de relación pensamiento- afecto-conducta (P-A-C).

b) Reconceptualizar el proceso de intervención:

- Modificar los círculos viciosos P-A-C que mantienen el problema.

- Hacer el sujeto menos vulnerable a ciertas situaciones y disminuir las recaídas.

c) Recogida de datos y autoobservación:

- Conceptualizar los problemas cognitivamente.
- Definir etapas y objetivos graduales de intervención.
- Elegir un problema para la autoobservación: explicar al sujeto los autorregistros.

2. Segunda etapa: generar alternativas.

- Finalidad: Ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores y problemáticos.

-Medios:

a) Cambio de conductas manifiestas: técnicas conductuales y cognitivas.

b) Cambio de la actividad autorreguladora (pensamientos y emociones): técnicas conductuales y cognitivas.

c) Cambio de estructuras cognitivas o creencias tácitas sobre el si mismo y el mundo: técnicas conductuales y cognitivas.

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

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

-Medios:

a) Atribuir los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. (Atribución interna de los cambios).

b) Identificar con antelación situaciones de alto riesgo futuro y desarrollar habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual.

PRIMERA FASE: EVALUACIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN TERAPEÚTICA

1- OBJETIVOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN:

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

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

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

1º Determinar las áreas problemáticas del sujeto en términos de componentes conductuales (Conductuales, Emocionales, Cognitivos, Motivaciones y Físicos). Ello supone traducir las expresiones de malestar "sintomática" a términos conductuales. Esto se ha denominado en el campo de la modificación de conducta con el término de "Análisis topográfico" (p.e Paterson, 1967).

2º Determinar qué áreas relacionales afectan y se ven afectadas por los "síntomas" del sujeto, y el como están afectadas. Esto se suele hacer mediante el llamado "Análisis funcional conductual" (p.e. A. Godoy, 1991).

3º Recogida de datos sobre la Historia del problema (Desarrollo, Factores precipitantes, tratamientos

anteriores) y otros datos sociofamiliares (antecedentes familiares...).

4º Conceptualización cognitiva de los problemas. Este punto es propio de la C.T, ya que los tres anteriores son similares a los realizados en otras orientaciones conductuales. Los problemas se agrupan y clasifican en categorías "inferenciales" cognitivas; fundamentalmente en términos de hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos personales.

2- MÉTODOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN:

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

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

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

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

2. ENUMERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS:
Nivel cognitivo

- Nivel afectivo
- Nivel conductual
- Nivel motivacional
- Nivel físico
- Datos objetivos (p.e B.D.I)

- Diagnóstico (p.e DSM-IV/CIE-10)

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

4. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL Y EPISODIOS PREVIOS:

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

5. OTROS PROBLEMAS (Trabajo, matrimonio...)

6. HISTORIA FAMILIAR:

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

7. HISTORIA PERSONAL:

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

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

(FIGURA 11) (Adaptación Ruiz.1990)

Nuevo estado emocional intensidad (0-0)	Cambio de conducta	Cambio de pensamiento automático.	Conducta y resultado	Pensamiento automático. grado de creencia (0-10)	Estado emocional. intensidad (0-10)	Situación y acontec- imiento

Los cuestionarios utilizados en la C.T van dirigidos a recoger información de los círculos interactivos o viciosos entre pensamientos- afectos y conductas, la intensidad de estos componentes y las distorsiones y supuestos cognitivos subyacentes. A nivel conductual se utilizan escalas como las de evaluación de la asertividad, habilidades sociales o autonomía personal, según el caso. A nivel emocional se utilizan escalas para la medición de estados emocionales (como el inventario de depresión de Beck, la escala de ansiedad de Zung, etc.). A nivel cognitivo son frecuentes los inventarios de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y Supuestos o creencias. Datos al respecto pueden consultarse de manera sobrada en las obras de R. Fernández Ballesteros (1987). Nosotros vamos a referir algunas escalas o cuestionarios cognitivos generales usados con frecuencia.

(1) Cuestionario de creencias irracionales de Ellis (adaptación de Davis, Mackay y Eshelman, 1982). Consiste en 100 ítems que formulan creencias racionales e irracionales, organizadas al azar y que el sujeto puntúa en función del grado de acuerdo con los mismos. El clínico puntúa las agrupaciones en las 10

creencias irracionales prototípicas referidas por Ellis (1962), detectando las más relevantes.

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

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

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

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

3- EL FORMATO DE CONCEPTUALIZACIÓN DE BECK:

Una vez evaluados los problemas, el clínico cognitivo puede agruparlos en una especie de taxonomía cognitiva, que le va a permitir diseñar intervenciones precisas. Beck, utiliza en la C.T el

siguiente formato de conceptualización de los problemas: (Fig.12)

-CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS (Fig.12)-

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

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

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

4. EXPECTATIVAS IRREALISTAS: Se refiere a las predicciones erróneas o inadecuadas que mantiene el sujeto sobre lo que puede esperar de los demás, el terapeuta o la terapia.

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

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

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

personal.

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

4- LA PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES:

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

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

- NOTAS TERAPÉUTICAS - (Fig.13)

PACIENTE:

FECHA:

SESIÓN N°

Datos objetivos (BDI, EAZ, etc.):

Plan para esta sesión:

Agenda:

Sumario narrativo (Continuar por detrás si es necesario):

Tareas para casa:

Otros datos (Medicación, contactos telefónicos, contactos colaterales, etc.):

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

- ESTRUCTURA TÍPICA DE UNA SESIÓN C.T

- (Fig.14)

I. Fase inicial:

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

II. Fase de desarrollo:

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

III. Fase terminal:

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

respecto.

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

Nº1:

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

Nº2:

- 1- A través de la hoja de autoobservación introducir la diferencia entre pensamiento y realidad: pruebas de realidad.
- 2- Explicación de la focalización gradual de los problemas.

3- Tareas para casa: Añadir en el autorregistro "Correcto-Incorrecto para el pensamiento automático y tarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

Nº3:

1- Analizar con el paciente los problemas entre sesiones y programar con él la agenda. Focalización en 2 problemas por sesión como máximo.

2- Pedir evidencias para pensamientos automáticos analizados.

3- Revisión de tarea conductual. Feedback y ensayo conductual. Relación de la tarea conductual con la modificación de los pensamientos automáticos.

4- Tareas para casa: Añadir a las pruebas de realidad para los pensamientos automáticos "Correcto-Incorrectos, ahora o siempre" y nuevas tareas conductuales graduadas. Feedback resumen de la sesión.

Nº4

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

2- Introducir la "técnica de la doble columna" en el autorregistro (alternativas a los pensamientos automáticos). Se escogen 2 pensamientos automáticos de los registrados por el paciente (preferentemente los dos aparentemente más fáciles de modificar inicialmente).

3- Revisión de tarea conductual. Relación con

la modificación de los pensamientos automáticos.

4- Tareas para casa: Doble columna y nueva tarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

Nº5, 6 Y 7: Similar a la Nº4.

Nº8, 9 Y 10:

1- Análisis de los Supuestos personales.

2- Tareas para casa: "Experimentos personales" para comprobar el grado de realidad de los supuestos personales. Tareas cognitivas conductuales. Revisión y feedback.

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

5- SOCIALIZACIÓN TERAPEÚTICA:

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

1- Explicar la relación pensamiento-afecto-conducta. Pedir feedback de comprensión.

2- Utilizar una secuencia personal del paciente de pensamiento/afecto/conducta de una situación anterior vivida con malestar por el paciente. Utilizarla para apoyar la relación pensamiento-afecto- conducta y como primera hipótesis sobre distorsiones cognitivas y

supuestos asociados (significados personales). Pedir feedback de comprensión.

3- Explicar la hoja de autorregistro: A partir de la situación actual de consulta se le pide al paciente que genere sus pensamientos-afectos- conductas presentes, "aquí y ahora". Esta información suele ser relevante como "información transferencial".

4- Explicar el proceso terapéutico: Afrontamiento o aprendizaje de resolución de problemas. Explicar el proceso normal de las "fluctuaciones" o recaídas y el progreso terapéutico como un aumento de los intervalos de recaída. Pedir feedback de comprensión.

5- Explicar tareas para casa: Focalizar un problema y registrar su presentación con la hoja de autorregistro. Incluir un ejemplo.

6- Finalizar la sesión: Opiniones, Dudas. Comprensión. Pedir al paciente que resuma la sesión. Feedback.

6- PROBLEMAS FRECUENTES DURANTE LA PRIMERA SESIÓN. MANEJO:

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

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

2º El paciente dice no poder identificar los pensamientos automáticos porque está muy trastornado ("Estoy muy mal y ahora no puedo pensar en nada") El

terapeuta puede utilizar la distracción cognitiva (p.e relajación, concentrarse en un estímulo de la habitación durante un rato, etc.) y cuando el paciente esté más calmado pedirle de nuevo esa información.

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

a- Cuestionar: "¿Por qué se va a poner peor? Antes no los recogía y ¿no le daba vueltas?"

b- Cuestionar: "Puede que ocurra lo que usted dice. ¿Podemos comprobar si usted es un paciente de los que al hacer esta tarea empeora o no lo hace?"

c- Indicar: "Podría usted recoger sus pensamientos 1 o 2 veces al día y el resto cuando le asalte alguno usar alguna técnica de distracción (p.e relajación, parada y alternativas de pensamientos, etc.)".

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

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

1- ESTRATEGIAS COGNITIVAS:

a- Métodos que utiliza el repertorio cognitivo del paciente:

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

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

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

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

4- Uso de situaciones personales induciendo verbalmente o por escrito un listado de pensamientos diferentes a los mantenidos por el sujeto ante esa

situación; y preguntando por sus efectos posibles, emocionales y conductuales.

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

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

Se usan tanto situaciones personales como imaginarias.

- 1- Presentamos al sujeto una lista de pensamientos típicos en esas situaciones (p.e "depresivas, ansiógenas..."). Le pedimos al paciente que elija en esas situaciones imaginarias los pensamientos más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales, y le preguntamos por qué ha seleccionado esos y no otros.
- 2- Sobre el autorregistro del sujeto intentamos ir elicitando una lista de pensamientos a la misma situación, y entre ellos le pedimos al sujeto que seleccione los más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales, y le preguntamos por qué eligió esos y no otros.

Después de usar estas estrategias, y si la selección ha sido realmente adaptativa lo contrastamos con su pensamiento automático original y sus consecuencias emocionales y conductuales. Esto nos será de gran

ayuda para programar las tareas para casa (A. Maldonado, 1990).

a.3 *Generar pensamientos y conductas alternativas* (ver **capítulo 2** referente a la C.T y capítulos de aplicaciones clínicas).

b- Métodos centrados en las preguntas empíricas:

b.1. Petición de pruebas para mantener los pensamientos automáticos o supuestos personales (P.e "¿Qué pruebas tiene para creer que...? ¿Hay alguna prueba de lo contrario?")

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

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

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

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

2- ESTRATEGIAS CONDUCTUALES:

Se utilizan las estrategias conductuales que se han mostrado efectivas para cada tipo de trastorno (p.e exposición en las fobias) y como vía de contraste de hipótesis de pensamientos automáticos y supuestos personales (experimentos personales). Ver **capítulo 2** al respecto.

3- ESTRATEGIAS COGNITIVO CONDUCTUALES GRUPALES:

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

- PSICOTERAPIA COGNITIVA GRUPAL (Fig.16) -

1. ESPECIFICIDAD DE LOS GRUPOS:

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

2. NIVELES DE TRABAJO EN EL GRUPO:

Existen dos niveles de trabajo:

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

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

cognitivo-conductual.

3. ESTRUCTURA TÍPICA DE LA SESIÓN COGNITIVA-GRUPAL:

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

- Técnicas cognitivas.
- Técnicas conductuales.

2ª Fase: Revisión de las tareas para casa:

- Trabajo por Rondas.
- Trabajo individual.

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

- Tareas individuales.
- Tareas grupales (comunes).

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

1- PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA TERMINACIÓN DE LA TERAPIA:

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

A- La preocupación del paciente respecto a no estar "completamente curado". El terapeuta puede utilizar en este caso varias estrategias:

a.1. Explicar que la salud mental no es un constructo dicotómico sino un continuo integrado de varios puntos. Después demuestra con los datos de la evolución del paciente como este ha avanzado dentro de ese continuo.

a.2. Mostrar al paciente que el objetivo de la terapia es aprender a resolver más eficazmente los problemas y no curarle, ni reestructurar la personalidad, ni evitar todos los problemas vitales posibles. A continuación mostrar al paciente sus progresos al respecto.

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

b.1. Devolver al paciente que ello es posible, pero que puede ser una oportunidad para aplicar lo aprendido.

b.2. Trabajar con el paciente, con antelación en base a las distorsiones cognitivas y supuestos personales que tipo de situaciones podrían hacerle recaer y ensayar cognitivamente (mentalmente) que estrategias podría usar para su afrontamiento.

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

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

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

igualmente se le da la posibilidad de volver cuando desee.

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

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

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

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

2- PREVENCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO:

El terapeuta con el paciente pueden detectar situaciones predecibles y próximas o ensayar posibles

situaciones de riesgo potencial (p.e utilizando el rol-playing) relacionadas con los factores de vulnerabilidad personal trabajados (distorsiones y supuestos) y practicar con el paciente alternativas cognitivas-conductuales. También estas sesiones pueden ser grabadas en casetes o apuntes para su recuerdo (p.e Ellis, 1990). Igualmente un seguimiento posterapeutico gradual puede servir al mismo fin (por ejemplo, a los 3 meses de la terminación, a los 6 meses y 1 año).

Dedicaremos este capítulo al proceso terapéutico. Con ello nos referimos a como desarrollar la psicoterapia cognitiva para la consecución de sus objetivos. Como modelo general escogeremos la C.T de Beck (1976) por contar esta modalidad de terapia cognitiva con un respaldo científico y metodológico lo bastante suficiente y relevante para servir de modelo general. Para ello vamos a seguir la forma de proceder descrita por Beck (1976), Meichenbaum (1988) y A. Maldonado (1990). En el **capítulo 8** y **capítulo 9** describiremos otras alternativas.

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

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

- Finalidad: Entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta.

- Medios:

- a) Redefinir el problema presente: En términos de relación pensamiento- afecto-conducta (P-A-C).

- b) Reconceptualizar el proceso de intervención:

- Modificar los círculos viciosos P-A-C que mantienen el problema.

- Hacer el sujeto menos vulnerable a ciertas situaciones y disminuir las recaídas.

c) Recogida de datos y autoobservación:

- Conceptualizar los problemas cognitivamente.
- Definir etapas y objetivos graduales de intervención.
- Elegir un problema para la autoobservación: explicar al sujeto los autorregistros.

2. Segunda etapa: generar alternativas.

- Finalidad: Ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores y problemáticos.

- Medios:

a) Cambio de conductas manifiestas: técnicas conductuales y cognitivas.

b) Cambio de la actividad autorreguladora (pensamientos y emociones): técnicas conductuales y cognitivas.

c) Cambio de estructuras cognitivas o creencias tácitas sobre el si mismo y el mundo: técnicas conductuales y cognitivas.

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

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

- Medios:

a) Atribuir los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. (Atribución interna de los cambios).

- b) Identificar con antelación situaciones de alto riesgo futuro y desarrollar habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual.

PRIMERA FASE: EVALUACIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN TERAPEÚTICA

1- OBJETIVOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN:

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

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

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

1º Determinar las áreas problemáticas del sujeto en términos de componentes conductuales (Conductuales, Emocionales, Cognitivos, Motivaciones y Físicos). Ello supone traducir las expresiones de malestar "sintomática" a términos conductuales. Esto se ha denominado en el campo de la modificación de conducta con el término de "Análisis topográfico" (p.e Paterson, 1967).

2º Determinar qué áreas relacionales afectan y se ven afectadas por los "síntomas" del sujeto, y el como están

afectadas. Esto se suele hacer mediante el llamado "Análisis funcional conductual" (p.e. A. Godoy, 1991).

3º Recogida de datos sobre la Historia del problema (Desarrollo, Factores precipitantes, tratamientos anteriores) y otros datos sociofamiliares (antecedentes familiares...).

4º Conceptualización cognitiva de los problemas. Este punto es propio de la C.T, ya que los tres anteriores son similares a los realizados en otras orientaciones conductuales. Los problemas se agrupan y clasifican en categorías "inferenciales" cognitivas; fundamentalmente en términos de hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos personales.

2- MÉTODOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN:

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

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

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

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

2. ENUMERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS:

- Nivel cognitivo
- Nivel afectivo

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

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

4. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL Y EPISODIOS PREVIOS:

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

5. OTROS PROBLEMAS (Trabajo, matrimonio...)

6. HISTORIA FAMILIAR:

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

7. HISTORIA PERSONAL:

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

En cuanto a los autorregistros, estos deben ser adaptados al nivel de comprensión del paciente y su nivel evolutivo (p.e niños). Aquí presentamos una

adaptación del autorregistro formulado por Beck (1976) (Fig.11). También es frecuente que los clínicos adapten los autorregistros al tipo de problema tratado (p.e obsesiones, fobias, etc.).

(FIGURA 11) (Adaptación Ruiz.1990)

Nuevo estado emocional. intensidad (0-10)	
Cambio de conducta	
Cambio de pensamiento automático. grado de	
Conducta y resultado	
Pensamiento automático. grado de	
Estado emocional. intensidad (0-10)	
Situación y acontecimiento	

Los cuestionarios utilizados en la C.T van dirigidos a recoger información de los círculos interactivos o viciosos entre pensamientos- afectos y conductas, la intensidad de estos componentes y las distorsiones y supuestos cognitivos subyacentes. A nivel conductual se utilizan escalas como las de evaluación de la asertividad, habilidades sociales o autonomía personal, según el caso. A nivel emocional se utilizan escalas para la medición de estados emocionales (como el inventario de depresión de Beck, la escala de ansiedad de Zung, etc.). A nivel cognitivo son frecuentes los inventarios de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y Supuestos o creencias. Datos al respecto pueden consultarse de manera sobrada en las obras de R. Fernández Ballesteros (1987). Nosotros vamos a referir algunas escalas o cuestionarios cognitivos generales usados con frecuencia.

(1) Cuestionario de creencias irracionales de Ellis (adaptación de Davis, Mackay y Eshelman, 1982). Consiste en 100 ítems que formulan creencias racionales e irracionales, organizadas al azar y que el sujeto puntúa en función del grado de acuerdo con los mismos. El clínico puntúa las agrupaciones en las 10 creencias irracionales prototípicas referidas por Ellis (1962), detectando las más relevantes.

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

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

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

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

3- EL FORMATO DE CONCEPTUALIZACIÓN DE BECK:

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

-CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS (Fig.12)-

1. EVALUACIONES INADECUADAS DE LOS HECHOS:

Se refiere al tipo de distorsiones cognitivas que aparecen en el sujeto-problema en cuestión.

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

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

4. EXPECTATIVAS IRREALISTAS: Se refiere a las predicciones erróneas o inadecuadas que mantiene el sujeto sobre lo que puede esperar de los demás, el terapeuta o la terapia.

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

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

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

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

4- LA PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES:

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

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

- NOTAS TERAPÉUTICAS - (Fig.13)

PACIENTE:

FECHA:

SESIÓN N°

Datos objetivos (BDI, EAZ, etc...):

Plan para esta sesión:

Agenda:

Sumario narrativo (Continuar por detrás si es necesario):

Tareas para casa:

Otros datos (Medicación, contactos telefónicos, contactos colaterales, etc.):

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

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

I. Fase inicial:

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

II. Fase de desarrollo:

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

III. Fase terminal:

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

- PROGRAMACIÓN POR SESIONES EN LA C.T

- (Fig.15)

Nº1:

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

Nº2:

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

Nº3:

- 1- Analizar con el paciente los problemas entre sesiones y programar con él la agenda. Focalización en 2 problemas por sesión como máximo.
- 2- Pedir evidencias para pensamientos

automáticos analizados.

3- Revisión de tarea conductual. Feedback y ensayo conductual. Relación de la tarea conductual con la modificación de los pensamientos automáticos.

4- Tareas para casa: Añadir a las pruebas de realidad para los pensamientos automáticos "Correcto-Incorrectos, ahora o siempre" y nuevas tareas conductuales graduadas. Feedback resumen de la sesión.

Nº4

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

2- Introducir la "técnica de la doble columna" en el autorregistro (alternativas a los pensamientos automáticos). Se escogen 2 pensamientos automáticos de los registrados por el paciente (preferentemente los dos aparentemente más fáciles de modificar inicialmente).

3- Revisión de tarea conductual. Relación con la modificación de los pensamientos automáticos.

4- Tareas para casa: Doble columna y nueva tarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

Nº5, 6 Y 7: Similar a la Nº4.

Nº8, 9 Y 10:

1- Análisis de los Supuestos personales.

2- Tareas para casa: "Experimentos personales" para comprobar el grado de

realidad de los supuestos personales. Tareas cognitivas conductuales. Revisión y feedback.

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

5- SOCIALIZACIÓN TERAPEÚTICA:

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

- 1- Explicar la relación pensamiento-afecto-conducta. Pedir feedback de comprensión.
- 2- Utilizar una secuencia personal del paciente de pensamiento/afecto/conducta de una situación anterior vivida con malestar por el paciente. Utilizarla para apoyar la relación pensamiento-afecto- conducta y como primera hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos asociados (significados personales). Pedir feedback de comprensión.
- 3- Explicar la hoja de autorregistro: A partir de la situación actual de consulta se le pide al paciente que genere sus pensamientos-afectos- conductas presentes, "aquí y ahora". Esta información suele ser relevante como "información transferencial".

4- Explicar el proceso terapéutico: Afrontamiento o aprendizaje de resolución de problemas. Explicar el proceso normal de las "fluctuaciones" o recaídas y el progreso terapéutico como un aumento de los intervalos de recaída. Pedir feedback de comprensión.

5- Explicar tareas para casa: Focalizar un problema y registrar su presentación con la hoja de autorregistro. Incluir un ejemplo.

6- Finalizar la sesión: Opiniones, Dudas. Comprensión. Pedir al paciente que resuma la sesión. Feedback.

6- PROBLEMAS FRECUENTES DURANTE LA PRIMERA SESIÓN. MANEJO:

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

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

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

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

a- Cuestionar: "¿Por qué se va a poner peor? Antes no los recogía y ¿no le daba vueltas?"

b- Cuestionar: "Puede que ocurra lo que usted dice. ¿Podemos comprobar si usted es un paciente de los que al hacer esta tarea empeora o no lo hace?"

c- Indicar: "Podría usted recoger sus pensamientos 1 o 2 veces al día y el resto cuando le asalte alguno usar alguna técnica de distracción (p.e relajación, parada y alternativas de pensamientos, etc.)."

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

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

1- ESTRATEGIAS COGNITIVAS:

a- Métodos que utiliza el repertorio cognitivo del paciente:

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

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

después por las consecuencias emocionales y conductuales de cada interpretación.

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

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

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

Después de usar una o varias de estas estrategias el terapeuta puede referirle al paciente como conclusión: "Lo que quiero que vea es lo siguiente: La situación es exactamente la misma, pero cuando te vienen los pensamientos X, tu te sientes X y actúas de la forma X; y cuando te vienen los pensamientos Y, piensas de la forma Y, tu te sientes Y actúas de la forma Y. La diferencia está en el pensamiento, la situación, la

realidad sigue siendo la misma. Además el tipo de pensamiento que viene a la cabeza condiciona tanto la forma en que tu te sientes y actúas, en uno y otro caso" (A. Maldonado, 1990).

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

Se usan tanto situaciones personales como imaginarias.

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

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

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

a.3 Generar pensamientos y conductas alternativas (ver **capítulo 2** referente a la C.T y capítulos de aplicaciones clínicas).

b- Métodos centrados en las preguntas empíricas:

b.1. Petición de pruebas para mantener los pensamientos automáticos o supuestos personales (P.e "¿Qué pruebas tiene para creer que...? ¿Hay alguna prueba de lo contrario?")

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

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

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

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

2- ESTRATEGIAS CONDUCTUALES:

Se utilizan las estrategias conductuales que se han mostrado efectivas para cada tipo de trastorno (p.e exposición en las fobias) y como vía de contraste de hipótesis de pensamientos automáticos y supuestos personales (experimentos personales). Ver **capítulo 2** al respecto.

3- ESTRATEGIAS COGNITIVO - CONDUCTUALES GRUPALES:

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

- PSICOTERAPIA COGNITIVA GRUPAL (Fig.16) -

1. ESPECIFICIDAD DE LOS GRUPOS:

a- Grupos de psicopatología homogénea, preferentemente, ya que se trata de modificar distorsiones y supuestos cognitivos similares.

b- Formados por un grupo de 5 a 10 sujetos, siendo 9 lo ideal.

c- Suelen tener un periodo de 15 sesiones como mínimo.

d- La duración media de las sesiones suele ser de 2 horas.

e- Sesiones semanales.

2. NIVELES DE TRABAJO EN EL GRUPO:

Existen dos niveles de trabajo:

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

a. 2. Trabajo de rondas: Se revisan progresos, autorregistros individuales, tareas para casa. Para la ronda, se le piden a los pacientes que seleccionen 1 o 2 situaciones para analizar su afrontamiento cognitivo-conductual.

3. ESTRUCTURA TÍPICA DE LA SESIÓN COGNITIVA-GRUPAL:

1ª Fase: Introducción de elementos conceptuales y

prácticos de la terapia, de modo progresivo:

- Técnicas cognitivas.
- Técnicas conductuales.

2ª Fase: Revisión de las tareas para casa:

- Trabajo por Rondas.
- Trabajo individual.

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

- Tareas individuales.
- Tareas grupales (comunes).

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

1- PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA TERMINACIÓN DE LA TERAPIA:

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

A- La preocupación del paciente respecto a no estar "completamente curado". El terapeuta puede utilizar en este caso varias estrategias:

a.1. Explicar que la salud mental no es un constructo dicotómico sino un continuo integrado de varios

puntos. Después demuestra con los datos de la evolución del paciente como este ha avanzado dentro de ese continuo.

a.2. Mostrar al paciente que el objetivo de la terapia es aprender a resolver más eficazmente los problemas y no curarle, ni reestructurar la personalidad, ni evitar todos los problemas vitales posibles. A continuación mostrar al paciente sus progresos al respecto.

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

b.1. Devolver al paciente que ello es posible, pero que puede ser una oportunidad para aplicar lo aprendido.

b.2. Trabajar con el paciente, con antelación en base a las distorsiones cognitivas y supuestos personales que tipo de situaciones podrían hacerle recaer y ensayar cognitivamente (mentalmente) que estrategias podría usar para su afrontamiento.

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

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

c.2. Mejoría rápida de los síntomas. Es frecuente que muchos pacientes al dejar de experimentar el malestar de sus síntomas ya no se vean motivados para continuar la terapia. El terapeuta puede aquí desaconsejar la terminación al no haberse aun trabajado los factores

predisponentes, incluso anticipar la posibilidad de una recaída próxima (para ganar así fiabilidad si sucede). Si el paciente decide, a pesar de lo anterior, abandonar, igualmente se le da la posibilidad de volver cuando desee.

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

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

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

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

2- PREVENCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO:

El terapeuta con el paciente pueden detectar situaciones predecibles y próximas o ensayar posibles situaciones de riesgo potencial (p.e utilizando el rol-playing) relacionadas con los factores de vulnerabilidad personal trabajados (distorsiones y supuestos) y practicar con el paciente alternativas cognitivas-conductuales. También estas sesiones pueden ser grabadas en casetes o apuntes para su recuerdo (p.e Ellis, 1990). Igualmente un seguimiento posterapeutico gradual puede servir al mismo fin (por ejemplo, a los 3 meses de la terminación, a los 6 meses y 1 año).

PARTE III:
LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

7. ELEMENTOS BÁSICOS DE LA RELACIÓN TERAPEÚTICA

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

1- CARACTERÍSTICAS DESEABLES DEL TERAPEUTA:

En la C.T (Beck, 1979) se consideran como necesarias, pero no suficientes, que el terapeuta posea tres competencias relacionales (Rogers, 1951): Aceptación, Empatía y Autenticidad. Por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática. Interés que no debe de ser demasiado efusivo ni proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto. Para detectar esas percepciones es útil utilizar preguntas de feedback dirigidas al paciente, y utilizar sus respuestas para modular las expresiones de aceptación (p.e "¿Qué piensas y sientes sobre mi forma de relacionarme contigo?... ¿Qué piensas que siento sobre ti?"). La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitiva y afectivamente el mundo como lo hace este. El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los

eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por el feedback del paciente (p.e, "Cuando usted se encuentra en una reunión y nadie le dirige la palabra parece pensar que nadie se interesa realmente por usted y entonces comienza a sentirse muy triste y solitario, le gustaría que alguien tomara la iniciativa, pero nadie parece hacerlo...¿podría ocurrir así?"). Incluso el terapeuta empático puede evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales (p.e resistencias) si tiene la habilidad de tener empatía hacia estos problemas.

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

La R.E.T (Ellis, 1989) comparte, en general, los principios antes expuestos con respecto a la C.T. Además puntualiza otra serie de factores. Señala la conveniencia de no mostrar una excesiva cordialidad hacia el paciente; ya que aunque esto podría hacerle mejorar a corto plazo, reforzaría sus creencias irracionales de aprobación, dependencia y baja tolerancia a la frustración. Otro factor es que los terapeutas es deseable que tengan una inclinación personal de tipo filosófica y cognitiva para aplicar esta

terapia de manera más congruente. Se apunta también a que el terapeuta sea capaz de manejar, si aparecen (cosa frecuente) sus creencias irracionales de aprobación, éxito y autovaloraciones respecto a las manifestaciones del paciente y la evolución de este. El humor es otra característica deseable; ya que puede suponer un recurso antidogmático importante ante la excesiva "seriedad" dada a veces a la visión de los problemas y la terapia. Y como última habilidad se apunta la flexibilidad con la propia terapia, adecuándola al caso concreto; y no siempre "teniendo que" desarrollarla de forma directiva y con el mismo "manual".

2- LA INTERACCIÓN TERAPEÚTICA:

La psicoterapia cognitiva considera que hay 3 factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica iniciada (Beck, 1979):

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

B) El rapport: Se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia; que las contraste con el paciente si le parecen si le parece poco razonable o inadecuadas (p.e

"¿Cree usted que su hijo estará dispuesto a colaborar conmigo en la terapia si usted le amenaza con lo que podría perder si no viene?"). También el terapeuta se pone en la misma "onda" del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del feedback). El explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo (p.e Fisch y cols. 1984).

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

Se explican al paciente las tareas a desarrollar (p.e mediante modelado directo o cognitivo), se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso. En la fase de socialización terapéutica se inicia esta actividad (ver **capítulo 6**).

3- LA COLABORACIÓN TERAPEÚTICA:

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

LA COLABORACIÓN TERAPEÚTICA (Fig.17)	
TRABAJO DEL PACIENTE	TRABAJO DEL TERAPEUTA

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

4- REACCIONES DE TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA:

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

La C.T y la R.E.T (Beck, 1979; Ellis, 1989) consideran que estos problemas derivan igualmente de cogniciones disfuncionales, y que normalmente aparecen en relación a la aplicación de las tareas para casa y a la evaluación de los progresos terapéuticos. Ambas terapias consideran que la transferencia deriva de una percepción errónea o irracional del paciente sobre el terapeuta y lo que puede esperar de este, y que le lleva a experimentar una serie de sentimientos (positivos o negativos) y a manifestar una serie de conductas (p.e resistencias) que impiden el desarrollo adecuado de la terapia. La contratransferencia derivaría igualmente de la percepción errónea del paciente por parte del terapeuta por parte del terapeuta y lo que puede esperar de este, y que le llevaría a experimentar sentimientos (positivos o negativos) hacia este, de modo que su conducta resultaría improductiva para la labor terapéutica. Ambas terapias no conceden un status especial a estos fenómenos (p.e en divergencia con la terapia psicoanalítica cognitiva que defiende Bowlby de la que hablaremos en el capítulo 8). El tratamiento de estas dificultades es similar al que tienen otras distorsiones y creencias disfuncionales. Sin embargo, tanto Ellis (1990) como Beck (1979, 1982) han dedicado una especial atención a estos temas refiriendo una serie de cogniciones disfuncionales que contribuyen a estos problemas y como manejarlas.

5- RESISTENCIA AL CAMBIO TERAPÉUTICO:

Para la psicoterapia cognitiva "la resistencia" viene definida por la conducta del paciente (y del terapeuta) que es anti terapéutica para el logro de los objetivos de

modificación cognitiva. La causa de la resistencia se encuentra en actitudes y conductas por parte del paciente y del terapeuta que no facilitan la colaboración terapéutica (Ellis, 1983; Beck, 1979).

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

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

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

A) Estrategia de modificación: Consiste en detectar las cogniciones y conductas inadecuadas a su base y ofrecer alternativas para su modificación (el enfoque de la R.E.T y la C.T).

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

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

ACTITUDES Y CONDUCTAS INADECUADAS DE LOS PACIENTES, MANEJO COGNITIVO

A) EJEMPLOS DE RAYMY) (1975):

1. EL CONCEPTO ERRÓNEO DE SER UNA PERSONA ESPECIAL (NARCISISTA):

- Manejo:

- a) Evitar la confrontación directa del concepto.
- b) Iniciar su revisión solo cuando se han podido recoger una serie de incidentes de rechazo.
- c) "Jugar doblemente" diciéndole al paciente aclaraciones del tipo: "Por supuesto tú no eres responsable de haber adquirido tal concepto erróneo...Tu no te has mimado a ti mismo, sino que han sido otras personas quien te han mimado".

2. EL CONCEPTO ERRÓNEO DE LA

INCAPACIDAD ("COMPLEJO DE INFERIORIDAD"):

- Manejo:

a) Aclararle al paciente que este concepto se alimenta de dos fuentes: falta de habilidades personales reales y aversión fóbica-evitativa (miedo) a afrontar ciertas tareas.

b) Clarificar con el paciente cuales son sus déficits y aversiones, y trabajar con ellos.

c) Tener en cuenta que el paciente confunde el "No puedo" con el "No quiero" (aversivo).

B) EJEMPLOS DE BECK (1979): (Adaptados de la depresión neurótica)

1. "LA TERAPIA COGNITIVA SE BASA EN LA UTILIZACIÓN DEL PENSAMIENTO POSITIVO":

- Manejo:

a) Los pensamientos positivos no son necesariamente válidos o correctos. Una persona puede engañarse a si misma durante un tiempo con tales pensamientos, pero se desilusionará cuando compruebe que no son reales.

b) La terapia cognitiva se basa en el uso del poder del pensamiento "realista", en el uso de habilidades para corregir las distorsiones cognitivas; sobretodo mediante la comprobación empírica de estas distorsiones.

2. "YO NO ESTOY DEPRIMIDO (O ANSIOSO, IRRITADO...ETC) PORQUE DISTORSIONE LA REALIDAD, SINO PORQUE LAS COSAS VAN REALMENTE MAL. CUALQUIERA SE SENTIRÍA ASÍ EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS"

- Manejo:

a) El terapeuta expone que no sabe ciertamente si las cosas son tan malas como el paciente las pinta, pero

que quiere conocer antes los hechos para tomar una postura.

b) El terapeuta ayuda a distinguir los problemas reales de los pseudo problemas; y en ambos ayuda a manejar pensamientos catastrofistas y acciones de afrontamiento (p.e enviar a una mujer que había recibido malos tratos a una Asociación de defensa de mujeres maltratadas).

c) Mostrar también que gente distinta responde de modo distinto ante situaciones similares.

3. "SE QUE ME INTERPRETO LAS COSAS EN SENTIDO NEGATIVO, PERO NO PUEDO CAMBIAR MI PERSONALIDAD"

- Manejo:

a) En primer lugar el terapeuta pregunta al paciente por qué cree que no puede cambiar.

b) En general, el terapeuta expone al paciente que no es necesario (o ni siquiera posible) cambiar toda su personalidad, sino solo algunos de sus modos de pensar y actuar habituales.

c) A continuación el terapeuta puede preguntar si el paciente ha cambiado creencias y acciones en el pasado (p.e algo que decían sus padres, maestros...etc), llevar o confeccionar una lista de conductas modificadas en su pasado, o de acciones difíciles superadas.

4. "CREO LO QUE USTED ME DICE EN EL PLANO INTELECTUAL, PERO NO EN EL EMOCIONAL":

- Manejo:

a) Informar de la confusión emoción-pensamiento en el lenguaje.

b) Tener en cuenta que el paciente puede mantener dos posturas ante un tema. El paciente puede entender lo

que le dice el terapeuta pero no lo cree (y por ello no modifica su emoción al respecto).

c) Trabajar la modificación de creencias o supuestos personales.

5. "NO PUEDO MANEJAR MIS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS CUANDO ESTOY ALTERADO":

- Manejo:

a) Decirle que espere a estar menos alterado y entonces trabaje la modificación de P.A. o...

b) Utilice técnicas de distracción (p.e relajación, desviar la atención, etc.) y cuando esté más tranquilo modifique sus P.A...o

c) Decirle que con la práctica logrará mayor habilidad, e incluso programar tareas de dificultad creciente.

6. "YA QUE NO ME GUSTA PENSAR EN MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y LOS TENGO, ES PORQUE QUIERO ESTAR ASÍ O SOY ASÍ":

- Manejo:

a) Mostrar que los P.A son automáticos e involuntarios y no, producidos voluntariamente.

b) Mostrar al paciente las desventajas de los P.A y si desea tenerlos.

c) Diferenciar entre hábitos y personalidad.

7. "QUIERO UNA GARANTÍA DE QUE ESTA TERAPIA CURARÁ MI TRASTORNO":

- Manejo:

a) Informar al paciente que vivimos en un mundo problemático y que no existen garantías absolutas para ninguna empresa.

b) Sin embargo, comentarle que para obtener resultados buenos el paciente tiene que esforzarse y trabajar en las tareas que se le asignan.

c) Si el paciente mantiene la creencia de que él no tiene que hacer ningún trabajo y que es el terapeuta quien debe de sacarle de su estado; el terapeuta puede preguntar al paciente si en su pasado superó problemas de este modo, que tipos de problemas y con qué resultados; y además si eso le devolvió al paciente la confianza en sus recursos personales.

8. "LA TERAPIA COGNITIVA SE OCUPA DE PROBLEMAS SUPERFICIALES Y NO DE LOS SERIOS PROBLEMAS QUE ME HACEN SENTIR ASÍ":

- Manejo:

a) Reconsiderar las expectativas terapéuticas del paciente.

b) Cualquier tema que sea importante para el paciente es objeto de discusión (P.e los sueños, los temas existenciales, las experiencias infantiles...etc.).

c) El terapeuta en esos temas, igualmente trabajará con las distorsiones cognitivas.

9. "SI LAS DISTORSIONES COGNITIVAS NEGATIVAS ME HACEN SENTIR MAL, ¿LAS DISTORSIONES COGNITIVAS POSITIVAS ME HARÍAN SENTIR BIEN?":

- Manejo:

a) El terapeuta puede decir que en la manía están presentes las distorsiones cognitivas positivas.

b) Se trata de tener un desarrollo del pensamiento realista y empírico.

10. "LLEVO VINIENDO CUATRO SEMANAS A TERAPIA Y NO HE MEJORADO":

- Manejo:

a) Contrastar con el paciente si sus expectativas son realistas.

b) Informarle del curso en zigzag de la evolución y las recaídas.

11. "NO PUEDE TRATAR MI TRASTORNO SIN VER TAMBIÉN A LA PERSONA X. ELLA ES LA CAUSA DE MI TRASTORNO":

- Manejo:

a) El terapeuta muestra que las emociones extremas dependen de los P.A y S.P más que de los eventos externos.

b) Pero puede ser útil entrevistarse con esa persona para incluirla como colaboradora en la terapia o sugerirle un marco terapéutico más amplio (pareja, familia); en este último caso si esta no accede, le dice a la persona que ha pedido ayuda que el problema se puede trabajar, aun así.

12. "SOY más INTELIGENTE QUE USTED, ¿COMO VA A PODER AYUDARME?":

- Manejo:

a) El terapeuta puede decirle a este paciente, que es posible que en muchas áreas sea más brillante que el, pero que el está especializado en el área terapéutica.

b) Además si este paciente inicia un debate intelectual, el terapeuta puede cortarlo preguntándole directamente: ¿Esta actividad intelectualizante le ha servido alguna vez para resolver sus problemas emocionales?

13. "LA TERAPIA COGNITIVA NO DARÁ RESULTADO PUES MI TRASTORNO TIENE UNA BASE BIOLÓGICA":

- Manejo:

a) Contrastar al paciente con fracasos farmacológicos anteriores. (Lógicamente estamos hablando de casos donde los fármacos no ocupan una posición preponderante o exclusiva).

b) Informar al paciente de la idea trasnochada de separar mente y cuerpo; y que la terapia produce un cambio bioquímico.

14. "TENGO QUE AFIRMAR MI INDEPENDENCIA NO PERMITIENDO QUE EL TERAPEUTA HAGA SURGIR LO MEJOR DE MI":

- Manejo:

a) Este paciente suele negarse a realizar las tareas para casa o discute frecuentemente con el terapeuta.

b) El terapeuta dice al paciente: "Yo no puedo obligarle a creer o a hacer algo. Usted es el último responsable en colaborar o no conmigo. Yo puedo ayudarle a modificar algunas de sus creencias y conductas, desarrollando otras más adaptativas, pero no puedo obligarle a realizar este trabajo".

c) Además al terapeuta con este paciente le pide con frecuencia sugerencias, opiniones, etc.

d) También puede exponer las desventajas de decir "no" a todo.

c) EJEMPLOS DE BECK (1988): (Adaptados de la terapia de parejas)

1. OPINIONES DERROTISTAS ("MI CÓNYUGE ES INCAPAZ DE CAMBIAR", NADA PUEDE MEJORAR NUESTRA RELACIÓN"...ETC):

- Manejo:

a) Informar al paciente que si él efectúa algunos cambios puede promover cambios en el otro. Se puede comenzar redefiniendo los problemas específicos,

seleccionando los más susceptibles de cambio y generando alternativas.

b) Las opiniones derrotistas se ponen a prueba en general, seleccionando problemas específicos susceptibles de cambio y generando alternativas.

c) La táctica general es dividir la "gran montaña de problemas" en problemas específicos abordables; y poniendo los abordajes a prueba como argumento empírico contra la desesperanza.

2. OPINIONES DE AUTOJUSTIFICACIÓN ("ES NORMAL COMPORTARSE COMO YO", "CUALQUIERA EN MI LUGAR HARÍA LO MISMO", Etc.):

- Manejo:

a) ¿El hecho de que su cónyuge reaccione igual es una razón válida para usted en el sentido de si cambia algo?

b) Alguien debe tomar la iniciativa del cambio, y bien podría ser usted.

3. ARGUMENTOS DE RECIPROCIDAD ("NO HARÉ NADA A MENOS QUE LO HAGA TAMBIÉN MI CÓNYUGE", "NO ES JUSTO QUE YO HAGA TODO EL TRABAJO"):

- Manejo:

a) Usted está aquí y el/ella no. Bien podría iniciar usted el cambio.

b) No es necesario la necesario la presencia del cónyuge para iniciar el cambio.

c) Si usted mantiene esa idea de la equidad a toda costa, ¿qué beneficios le encontrará de cara a su relación?

4. ARGUMENTO DE QUE EL PROBLEMA ES EL CÓNYUGE ("MI CÓNYUGE ES IMPOSIBLE,

ESTÁ ENFERMO, LOCO...", "LA CULPA ES SUYA"):

- Manejo:

a) Pedir pruebas para comprobar el grado de veracidad de esas opiniones.

b) Explicar que podría ser una buena solución entrenarse en ignorar, al menos inicialmente, la irracionalidad del cónyuge y centrarse en lo que podría hacerse para reducir el conflicto.

c) Informar de que en las luchas encarnizadas ninguno quiere ceder, creyendo que al hacerlo el otro gana ventaja. Mostrar la falacia de tal argumento, redefiniendo esa debilidad como una actitud fuerte basada en la habilidad.

- MÉTODOS DE LA T.R.E PARA VENCER LA RESISTENCIA - (Ellis, 1983)

1. DEFINICIÓN DE RESISTENCIA: La conducta del cliente que el terapeuta califica de antiterapéutica. (Y la del terapeuta).

2. LA CAUSA DE LA RESISTENCIA: En gran parte se debe a las cogniciones y creencias explícitas o implícitas del cliente. (Y del terapeuta).

3. CREENCIAS IRRACIONALES COMUNES A LA RESISTENCIA:

1- "Debo cambiarme perfectamente, y soy un paciente incompetente e incurable sino lo hago así".

2- "El terapeuta (y otros) deben ayudarme a cambiar, y si "no lo hace son personas despreciables".

3- "El cambio de mi mismo debe ocurrir rápida y fácilmente, y es horrible e insoportable si no ocurre así"

Nota: Lo mismo respecto al terapeuta.

4. FORMAS COMUNES DE RESISTENCIA:

1) *RESISTENCIA SALUDABLE*: Cuando los terapeutas mantienen atribuciones y hacen interpretaciones erróneas de la conducta de sus clientes que estos no comparten (P.e Edipo, gestalt incompleta...), la resistencia es ¡La del terapeuta!

2) *RESISTENCIA POR UN MAL EMPAREJAMIENTO PACIENTE-TERAPEUTA*:

- Se les asigna un terapeuta que no les gusta por diversas razones (ideas políticas, edad, masculinidad, feminidad, etc.). El terapeuta puede trabajar con los prejuicios antiterapéuticos y o (a menudo, acertadamente) concluir la relación.

3) *RESISTENCIAS POR PERTURBACIONES TRANSFERENCIALES*:

- Se buscarán las creencias irracionales subyacentes y se debatirán (P.e "Mi terapeuta debe de responderme como lo hacía mi padre; de lo contrario no podré seguir la terapia").

4) *RESISTENCIAS POR LA CONTRATRANSFERENCIA DEL TERAPEUTA*:

- Los terapeutas pueden encontrar clientes que no sean de su agrado por diversas razones y condenarles intolerantemente por ello. Es aconsejable entonces que detecten sus propias creencias irracionales y las debatan (P.e "Este cliente actúa tan agresivamente como mi padre lo hizo conmigo, ¡No debería actuar así, y ¡es una persona horrible por actuar así!").

5) *RESISTENCIAS DEBIDAS A LAS ACTITUDES MORALISTAS- CONDENATORIAS DE LOS TERAPEUTAS*:

- Muchos terapeutas condenan a los clientes y así mismos por diversas conductas, bloqueando la relación (P.e "Mi cliente debería trabajar en terapia y no lo

hace...Fanfarrón!; "Hoy me he enfadado con el cliente y no debí hacerlo, ¡Soy un pedazo de neuroticazo!).

6) RESISTENCIAS RELACIONADAS A PROBLEMAS DE AMOR- ODIO ENTRE CLIENTE Y TERAPEUTA

- Algunas veces terapeutas y clientes demoran la terminación de las terapias (o la aceleran) debido al surgimiento de experiencias afectivas intensas de uno hacia el otro (que pueden estar basadas en datos reales como el atractivo físico y no necesariamente en restos de experiencias infantiles).

Un cliente/terapeuta puede fomentar así la resistencia para asegurar que la terapia continúe indefinidamente (consciente o inconscientemente).

7) RESISTENCIA POR MIEDO A REVELARSE:

- Algunos pacientes experimentan a veces deseos o sentimientos ¡demasiados conscientes para ellos! y temen revelarlo a sus terapeutas por vergüenza y/o temor al rechazo (P.e "Debo de evitar que el terapeuta se entere de que tengo deseos sexuales por mi madre, pues si lo hago me rechazará y eso sería horrible").

8) RESISTENCIA PROCEDENTE DE LA BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN:

- Algunos pacientes desean evitar la ansiedad perturbadora producida por el esfuerzo terapéutico para quedarse con sus beneficios inmediatos (P.e "No puedo soportar que el cambio sea tan costoso e incómodo, las cosas deberían ser más fáciles.

9) RESISTENCIA DE LA GANANCIA SECUNDARIA:

- Algunos pacientes obtienen ventajas de sus síntomas (p.e evitar acudir a un trabajo desagradable por una parálisis hística). Esas ganancias secundarias son estimuladas por creencias irracionales, más o menos conscientes como "Ya que el trabajo es malo, debo de

evitarlo a toda costa y decirlo directamente pues sería horrible que se enteraran de mi opinión").

10) RESISTENCIA PROVENIENTE DE SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA:

- Algunos pacientes se resisten al trabajo terapéutico porque creen que no tienen esperanza en cambiar y están desesperados por ello. Tan pronto como retroceden o recaen, aunque sea un poco (proceso común en toda terapia) concluyen en sus creencias irracionales y se desesperan (P.e "Este retroceso prueba que no tengo esperanzas, y que nunca venceré mi depresión, ¡Esto no debió de ocurrir, soy un depresivo, podría suicidarme!").

11) RESISTENCIA MOTIVADA POR EL AUTOCASTIGO:

- Algunos pacientes se culpan de experimentar ciertos sentimientos o realizar ciertas conductas y ¡expían! su culpa mediante sus síntomas (P.e "Odio a mi hermana, eso es terrible, merezco sufrir y tener esta depresión por ello").

12) RESISTENCIA MOTIVADA POR EL MIEDO AL CAMBIO O AL FRACASO:

- Algunos pacientes tienen una exagerada necesidad irracional de seguridad y certeza y prefieren los límites impuestos por el campo de acción de sus síntomas a experimentar una incomodidad mayor ante el cambio. Otros prefieren estar protegidos contra posibles trabajos (P.e un problema de timidez, donde la evitación social previene del fracaso en una relación afectiva íntima).

13) RESISTENCIA MOTIVADA POR OPOSICIONISMO Y REBELIÓN:

- Algunos pacientes se oponen o rebelan contra su terapeuta porque perciben sus acciones como una intromisión en una intromisión en su libertad.

Mantienen Creencias Irracionales como: "Tengo que evitar que el terapeuta (y otros) me digan lo que tengo que hacer, pues me controlarían y podrían suceder cosas horribles (como humillaciones o engaños)".

14) RESISTENCIA POR EXPECTATIVAS TERAPÉUTICAS ERRÓNEAS O DISTINTAS A LA TERAPIA:

- Algunos pacientes no revelan sus expectativas de tratamiento verdaderas hasta avanzado el tratamiento, o algunos terapeutas no la detectan previamente produciéndose resistencias en la terapia: P.e un paciente que desea ser ayudado exclusivamente por medicación, ya que no cree o no quiere tratamiento psicológico.

MÉTODOS PARA DEBATIR LAS CREENCIAS IRRACIONALES QUE SUBYACEN A LA RESISTENCIA:

- 2- Detectar el a-b-c de la resistencia (evaluación).
- 3- Debatir las b.i.
- 4- Usar autoafirmaciones racionales.
- 5- Técnicas de referencia.
- 6- Autodebate.
- 7- Proselitismo tre.
- 8- Distracción cognitiva.
- 9- uso del humor.
- 10- Intención paradójica.
- 11- Sugestión e hipnosis.
- 12- Filosofía del esfuerzo.
- 13- Trabajar expectativas.

- 14- Distinguir insights.
- 15- Biblioterapia.
- 16- Ire.
- 17- Modelado.
- 18- Playback.

ACTITUDES Y CONDUCTAS INADECUADAS DEL TERAPEUTA EN LA PSICOTERAPIA COGNITIVA

(BECK, 1979; ELLIS, 1987) (Adaptación: Ruiz, 1991).

A) CONSIDERACIONES SEGÚN BECK (1979):

1. Minusvalorar la relación terapéutica:

- a. La expresión y discusión de las reacciones emocionales.
- b. No respetar el estilo comunicativo del paciente.
- c. No obtener feedback sobre las hipótesis cognitivas del paciente.
- d. No tener en cuenta posibles reacciones emocionales de tipo transferencial y contratransferencial y su base cognitiva.

2. Mostrarse excesivamente tecnicista y precavido:

- a. Creer que la terapia consiste en la utilización exclusiva de un abanico de técnicas, ignorando el proceso terapéutico.
- b. Mostrarse excesivamente cauteloso para no cometer errores.

3. Mostrarse excesivamente reduccionista y simplista:

- a) Creer que la terapia consiste tan solo en la detección y modificación de pensamientos

automáticos; ignorando la detección y modificación de supuestos o creencias personales y de estrategias conductuales asociadas.

b) Aplicar la terapia como un libro de recetas sin considerar la ideosincracia y particularidad del paciente.

4. Mostrarse demasiado didáctico e interpretativo:

a) Comunicarle al paciente sus errores cognitivos; sin apenas utilizar las preguntas empíricas.

b) Interpretar los problemas del paciente sin que este aun maneje mínimamente los procedimientos cognitivos y conductuales.

5. Reaccionar negativamente ante los pacientes:

a) No tener en cuenta que el proceso terapéutico es muchas veces una tarea dura y pesada.

b) No tener en cuenta el papel negativo de las interpretaciones peyorativas sobre la conducta del paciente.

c) Interpretar las resistencias terapéuticas del paciente en términos motivacionales (P.e "Usted no quiere..."), sin detectar su conexión en las distorsiones cognitivas y proponer alternativas de modificación (P.e "Parece que usted cree por lo que dice, que si yo le sugiero una alternativa, y no soluciona usted mismo el problema, eso demostraría que usted es inútil; ¿es así?... ¿que pruebas y en que se basa usted para mantener esa idea o creencia?").

6. Aceptar al insight intelectual como signo de progreso:

a) Aceptar del paciente su afirmación de que él comprende lo que le decimos sin verificar su efecto real aplicado por el paciente en su trabajo terapéutico (P.e "Si ya se que mis problemas provienen de mi creencia de que necesito del apoyo de otros para afrontar mis tareas"...y el terapeuta junto con el paciente no diseñan "experimentos" para poner esta creencia o supuesto a prueba).

b) Confundir erróneamente sentimientos con pensamientos (P.e "Me siento fracasado" en vez de: "Me creo un fracasado y me siento por ello deprimido"). Este error de los pacientes y terapeutas es también extensible a teorías psicológicas globales.

7. No tener en cuenta ciertos factores que pueden maximizar el efecto terapéutico de la terapia cognitiva:

a) Importancia del empirismo colaborativo: Trabajar con el paciente en la detección y generación de alternativas a sus problemas.

b) Importancia de las recaídas como oportunidad para detectar pensamientos automáticos, supuestos personales y estrategias conductuales relevantes.

c) Dar importancia a que el paciente explore y descubra alternativas a sus significados personales de eventos relevantes, como por ejemplo la terminación de la terapia, la proximidad de su fin.

d) Importancia de la detección de distorsiones cognitivas y el aprendizaje de alternativas en estados de perturbación

emocional; más que en periodos asintomáticos.

8- Minusvalorar los procedimientos conductuales como procedimientos de modificación cognitiva:

- a) A través de ellos se pueden proporcionar "experiencias correctoras o experimentos personales para modificar las cogniciones disfuncionales.
- b) Utilizar las técnicas conductuales como vías de modificación cognitiva a través del entrenamiento en competencias o experiencias que proporcionan evidencia de modificación cognitiva.

11. Actitud inadecuada de estereotipar al paciente, convirtiendo sus "rasgos personales en explicación de toda su conducta:

- a) Tener en cuenta que el paciente presenta problemas, pero no es en si el problema.
- b) Inadecuación de utilizar el rasgo sin detectar su base cognitiva-afectiva- conductual, que ofrezca posibilidades de cambio.

12. Actitud pesimista ante el paciente:

- a) A menudo, algunos pacientes tienen una larga historia de fracaso terapéutico y es difícil trabajar con ellos. Quizás en estos casos sea deseable rebajar el nivel, al menos inicialmente de las metas terapéuticas.
- b) Es preferible en caso de no cambio, a veces remitir al paciente a otro terapeuta, otro tipo de intervención (a veces otro tipo de terapia) o pedir asesoramiento de un experto en nuestra orientación. Es decir explorar otras opciones no nos cierra las alternativas.

- c) A veces también es útil utilizar otras técnicas de otras psicoterapias (aunque sean explicadas cognitivamente). Un ejemplo es el uso frecuente en terapia cognitiva de técnicas estratégicas, hipnosuggestivas, etc....(P.e ver Lazarus: "Terapia Multimodal")

13. Detectar y hacer frente a las propias distorsiones cognitivas. Son frecuentes las siguientes:

- a) "Si el paciente no mejora es porque soy un mal terapeuta".
- b) "Yo he hecho mucho por el paciente y no me lo agradece".
- c) "Este paciente es un X (Rasgo o etiqueta peyorativa) y no debe actuar así conmigo".
- d) "Yo soy el último responsable de la conducta del paciente".

14. Mantener una baja tolerancia a la frustración:

Ellis, desarrolla mucho este punto).

- a) Por mantener creencias inflexibles sobre el desarrollo sin dificultades de ellos como terapeutas, la terapia o los pacientes.
- b) Por guiarse inflexiblemente por creencias o supuestos en la línea de "éxito y fracaso".

15. Mantener una actitud no orientada a resolver problemas:

- a) Es deseable especificar los problemas y que el paciente los verifique como tales.
- b) Adaptar las soluciones alternativas al paciente, sus características y recursos, de modo flexible.

- c) Poner a prueba las alternativas y si no funcionan buscar otras.

16. Desatender las preocupaciones de los pacientes en relación a la terminación de la terapia. Por ejemplo:

- a) "No estoy totalmente curado y aun necesito ayuda".
- b) Cuando termine la terapia volveré a tener estos problemas, y yo necesito una garantía de que no reaparecerán".
- c) Tener en cuenta de que a veces una recaída hacia el final de la terapia puede deberse a que el paciente esta poniendo a prueba sus habilidades cognitivas, como "prueba de realidad".
- d) Utilizar con el paciente el que él resuma la terapia y sus progresos y que problemas anticipa para programar su prevención.
- e) Programar, si es necesario sesiones de apoyo y seguimiento.

17. No explorar los deseos de terminación prematura de la terapia:

- a) Una mejoría rápida e inesperada de los síntomas: Se desaconseja poner un fin prematuro a la terapia, sin haber modificado los supuestos personales que hacen vulnerable a esa persona.
- b) Reacciones negativas hacia el terapeuta por el paciente: Si es posible se clarifican las emociones y cogniciones asociadas a esas reacciones y/o se avisa al paciente de que será bien recibido, si más adelante desea volver a terapia.

- c) Ausencia de mejoría significativa o recaídas durante el tratamiento: Se trabaja el manejo de las situaciones de mayor riesgo y la prevención-manejo de recaídas.

18. Recaídas después del tratamiento:

- a) Poner en práctica lo aprendido como una oportunidad para ello. El terapeuta aconseja esto, antes que una vuelta inmediata a la terapia.
- b) Programar sesiones de seguimiento.

B) CONSIDERACIONES SEGÚN ELLIS (1987):

1) Falta de habilidades del terapeuta para:

- 1.1. Inducir a los clientes la terapia correctamente.
- 1.2. Corregir expectativas terapéuticas irreales, como p.e "El terapeuta me resolverá mis problemas".
- 1.3. Errores en la evaluación, y trabajar problemas inexistentes.
- 1.4. Fallar en demostrar la base cognitiva de los problemas.
- 1.5. Fallar en demostrar la base de los problemas en las creencias irracionales (o supuestos o esquemas) y centrarse demasiado en los pensamientos automáticos.
- 1.6. Quedarse en el nº1 de insight y no trabajar el cambio con tareas para casa y su revisión.
- 1.7. No diferenciar problemas primarios y secundarios.
- 1.8. Saltar en la misma sesión de la refutación de la perturbación por incomodidad (baja tolerancia a la frustración) a la refutación de perturbaciones del yo (necesidad de aprobación y/o competencia p.e).
- 1.9. Trabajar en un nivel o estadio para el que el paciente no tiene aun habilidad.

2) Creencias irracionales del terapeuta:

- 2.1. "Tengo que tener éxito con todos mis pacientes todo el tiempo".
- 2.2. "Tengo que ser un terapeuta sobresaliente, mejor

que otros".

2.3. "Tengo que ser muy respetado y querido por todos mis clientes".

2.4. "Los clientes tienen que trabajar lo mismo que lo hago yo en la terapia".

2.5. "La terapia tiene que servirme a mí también mientras dure para resolver mis problemas o para divertirme".

PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES DEL TERAPEUTA

A. Acerca de sí mismo

1. No progreso. Yo no puedo ayudar al paciente. No soy lo bastante habilidoso.

2. Estoy dejando que el paciente empeore; el paciente no recibe por lo que está pagando.

3. No avanzamos con la rapidez suficiente. Debo de estar haciendo algo mal. El paciente debería estar mejor después de estas 12 semanas. No lo lograré.

4. Se que he dado con el problema. Tendré que comenzar de nuevo. Estaba huyendo por un callejón sin salida.

5. El paciente está progresando, pero no a causa de las técnicas cognitivas. El paciente simplemente está respondiendo al apoyo. No está captando el análisis de los pensamientos.

6. El paciente recaerá tan pronto como termine la terapia. Realmente no he alcanzado la raíz de este problema y no seré capaz de hacerlo.

7. Otros terapeutas serían más exitosos y más rápidos. Ellos no tienen fallos.

8. El paciente ya no estaría deprimido o ansioso si yo fuera más competente.

9. Tengo que usar las técnicas repetidamente. No estoy teniendo éxito.

10. No estoy teniendo éxito. Va demasiado despacio.

11. (Cuando el paciente me critica o actúa airadamente): No debo de estar manejando la relación correctamente.

12. No tengo nada que ofrecer.

B. Acerca del paciente.

1. La terapia cognitiva no es apropiada para este paciente. Los problemas del paciente están demasiado instaurados profundamente, son demasiados severos, demasiado crónicos.

2. Este paciente se me está resistiendo. No quiere mejorar. No quiere hacer lo que yo le digo a el/ella.

3. Lo que el paciente teme p.e perder el trabajo, etc., es realmente algo temible y él/ella no serán capaz de soportarlo si sucede.

4. No me gusta el paciente.

5. El paciente tiene demasiados problemas que mejorar.

6. El paciente es (esquizofrénico, sociópata, trastorno del carácter, etc.) y por consiguiente no podrá ser ayudado.

7. El paciente tiene demasiados problemas para un enfoque centrado en el síntoma.

8. El paciente está demasiado enfermo, los problemas son reales y terribles. El paciente es resistente.

C. Acerca de la terapia cognitiva

1. La terapia cognitiva no es suficientemente efectiva, no funciona en realidad.

2. Esto es una terapia simplemente de apoyo.

3. La terapia cognitiva solo trabaja problemas superficiales y no profundos.

D. Soluciones

1. No atribuir la responsabilidad bien al paciente, bien al terapeuta.

Recuerde que la terapia es un puzzle de factores, y usted debe de mantenerse en búsqueda de soluciones. Intente una nueva aproximación o enfoque.

2. No coloque semana a semana las expectativas o metas de progreso. Espere semanas buenas y semanas malas. No conceptualice los cambios en forma lineal, sino en forma escalonada o en zigzag. Coloque un punto de vista y evaluación a largo plazo (p.e diez semanas).

3. Pida consejo a otros terapeutas expertos o colegas.

4. No conceptualice 12 semanas (veinte sesiones) como el plazo de solución final o la "cura". Todo el mundo tiene muchos supuestos disfuncionales que pueden ponerse en marcha, conforme cambien los acontecimientos. Las recaídas representan la formación de nuevas cogniciones o bien la activación de supuestos sumergidos. La terapia cognitiva no puede prevenir este proceso hasta ahora: No podemos deshacer o trabajar cogniciones hasta que los eventos las hayan activado.

5. Cuando todo ha fallado y todas las sugerencias disponibles han sido seguidas intente técnicas de otras terapias. Puede mandar el paciente a otro terapeuta. La terapia cognitiva no es una panacea. La falta de éxito no es una desgracia.

6. No existe una cosa como "profundamente instaurado". Rechace otros esquemas temporalmente. Emplea una formulación de supuestos de una forma más persuasivas. Sea flexible, acepte el estilo del paciente.

PROBLEMAS Y SOLUCIONES CON LAS TAREAS PARA CASA (BECK, 1979)

1. EL PACIENTE DICE QUE NO SABE LLEVAR UN REGISTRO ESCRITO:

- El terapeuta comprueba si el paciente ha realizado alguna vez registros para actividades cotidianas (lista de compras, preparativos, etc.), y si es así presenta las similitudes.
- Presentar el registro como una habilidad a aprender y su utilidad para el tratamiento.

2. EL PACIENTE DICE QUE SUS PROBLEMAS SON MUY COMPLICADOS Y LAS TAREAS NO LE SERÁN DE AYUDA:

- Explicar que incluso las tareas más complicadas (llegar al espacio, escribir un libro, etc. se componen de pasos sencillos.
- Realizar un balance de ventajas e inconvenientes de pensar que sus problemas no se resolverán con tareas para casa.
- Cuestionarle: "¿Es positivo creer, que incluso antes de intentarlo, las tareas no le ayudarán?"

3. EL PACIENTE DICE QUE NO HACE LAS TAREAS PARA CASA PORQUE NO LE HAN AYUDADO EN OCASIONES ANTERIORES:

- Informar que existen diversas formas de tareas para casa.
- Comprobar a través del informe el grado real de ayuda recibida.
- Comprobar expectativas del paciente: "¿Espera un cambio rápido, fácil y sin dificultades?"

4. EL PACIENTE QUE NO HACE LAS TAREAS PORQUE AFIRMA QUE LE SON ASIGNADAS DE

MODO AUTORITARIO O PERCIBE ERRÓNEAMENTE QUE ES ASÍ:

- Trabajar la relación terapéutica: si el terapeuta lo hace así, revisar su actitud y conducta, y cambiar a rol más colaborador.
- Si es una distorsión del paciente: Presentar las tareas según el modelo de consumidor: el paciente desea unos objetivos, el terapeuta conoce los medios. El paciente es libre de aceptar los métodos, como de comprar o no un producto en el mercado.
- Comprobar con el paciente que entiende el por "autoritario" y la evidencia para ello.

5. EL PACIENTE SE AVERGÜENZA DE LA CALIDAD BAJA DE SU REGISTRO:

- Idea al problema nº1.
- El terapeuta explica que no importa la forma sino su propósito.
- Explicar las ventajas de asumir el riesgo de enfrentarse a la vergüenza.
- Pedir al paciente que lea sus registros si no desea mostrarlos.

6. EL PACIENTE DICE QUE HA OLVIDADO HACER LAS TAREAS:

- No especular sobre "el motivo inconsciente del olvido".
- Considerar al paciente "inocente" mientras no se demuestre lo contrario.
- Introducir métodos o señales de recuerdo para las tareas.

7. EL PACIENTE DICE QUE NO HA TENIDO TIEMPO PARA REALIZAR LAS TAREAS:

- Discutir con el paciente las prioridades en sus actividades y la posición de la terapia.

8. LA RELACIÓN TERAPEÚTICA COMO VÍA DE CAMBIO COGNITIVO

En el **capítulo 2** y **capítulo 6** presentamos los procedimientos terapéuticos más clásicos de la psicoterapia cognitiva (la R.E.T y la C.T). Consideramos que la C.T (Beck, 1967, 1976, 1979, 1982, 1985) es la terapia cognitiva con un fundamento empírico y teórico mejor desarrollado. Sin embargo, pensamos que el conocimiento de otras terapias cognitivas puede ayudar al clínico práctico a desarrollar sus habilidades y conocimientos. En esta línea consideramos el interés que puede tener el manejo de la relación terapéutica como vía de cambio cognitivo (junto y/o aparte de las tareas de revisión cognitiva para casa). En concreto, compartimos la relevancia que puede tener para la psicoterapia cognitiva los siguientes factores (y que no han sido incluidos suficientemente en la R.E.T y C.T):

- 1- Las cogniciones tienen historias. Se generan en un contexto experimental y evolutivo (Saranson, 1979; Wessler, 1986; Bowlby, 1971, 1973, 1980).
- 2- Tienen fuerzas y grados de accesibilidad variables (Saranson, 1979; Arieti, 1978). Tienen dificultades distintas para hacerse conscientes.
- 3- Las cogniciones pueden interactuar entre si, siendo a veces conflictivas entre ellas. (Saranson, 1979; Wessler, 1986).
- 4- La relación entre las cogniciones y los vínculos afectivos (Bowlby, 1971, 1973, 1979, 1980).

1. EL CONCEPTO DE COGNICIÓN INTERPERSONAL

Tradicionalmente se ha asumido en psicoterapia que la relación paciente/terapeuta proporcionaba una "experiencia emocional correctiva" (Alexander y French, 1965). La psicoterapia resultaría un proceso de reeducación emocional que facilitaría la adaptación a la realidad. Para ello tendría que detectar los patrones de relación del paciente y ofrecer un contexto de modificación. Esta visión de la psicoterapia ha sido mantenida fundamentalmente por los clínicos psicodinámicos (Freud, 1917; Malan, 1983). Solo recientemente en la modificación de conducta se ha prestado una atención suficiente a este punto, y fundamentalmente por los terapeutas cognitivos constructivistas (Guidano y Liotti, 1983; Mahoney, 1988) han elaborado teorías referente al desarrollo, estabilidad y cambio de las estructuras cognitivas y su conexión evolutiva con los vínculos afectivos tempranos, como contexto de formación. A pesar de ello, ni los clínicos cognitivos "tradicionales" (Ellis, Beck) ni los constructivistas han empleado de modo sistemático y consciente la relación terapéutica como vía de cambio cognitivo en sí misma.

Los clínicos de orientación psicodinámica-cognitiva (Arieti, 1978; Bowlby, 1979; Watchel, 1977) han resaltado la relación entre la cognición y los vínculos afectivos relacionales. En concreto, Watchel (1977, 1988, 1991) ha desarrollado un modelo que intenta integrar la terapia psicodinámica y la conductual que contiene una serie de conceptos que relaciona aspectos cognitivos y relacionales.

Destacamos los siguientes:

1- Selectividad interpersonal: Seleccionamos aquella gente con la que interactuamos y evitamos a aquella que pueda modificar nuestros hábitos y patrones

personales. También hacemos que los demás se comporten con nosotros de una manera determinada, siendo su conducta complementaria a la nuestra. Esta actividad está regida por esquemas cognitivos personales.

2- Papel de las experiencias tempranas: Las experiencias tempranas son importantes para la formación de los esquemas cognitivos, sobretodo cuando son reforzadas por experiencias posteriores, produciendo sesgos en el desarrollo.

3- Cambio: Las posibilidades de cambio dependen en gran parte del contexto social y relacional del individuo; ya que las nuevas situaciones de la vida ofrecen la oportunidad de modificar los sesgos del desarrollo, de revisar los esquemas cognitivos.

Basándonos en los conceptos anteriores definimos la cognición interpersonal como el conjunto organizado de significados personales (a menudo tácitos) y evaluaciones cognitivas que se han desarrollado fundamentalmente en las relaciones del niño con sus padres y otros significativos, y que contiene los patrones de pensamiento-afecto y conducta que el individuo despliega en situaciones interpersonales o sociales. Esos patrones, a nivel cognitivo se relacionan con atribuciones, expectativas y evaluaciones respecto a si mismo y otros en situaciones interpersonales. Las interacciones con otras personas suelen derivar de los esquemas cognitivos tempranos. Aunque el individuo aprende habilidades sociales a lo largo de todo su desarrollo, tiende a "repetir" un esquema previo de relación más primitivo, sobretodo en situaciones que suscitan una fuerte respuesta emocional.

En cierto modo la cognición interpersonal sería paralela a los conceptos de significado personal, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos (Beck, 1979) en situaciones de relación con otros.

2. LA TEORÍA DEL APEGO Y LOS VÍNCULOS AFECTIVOS

En el **capítulo 5** expusimos brevemente la teoría del apego de Bowlby (1979). Aquí volvemos a mencionarla en relación al cambio cognitivo en función de la cognición interpersonal. La teoría del apego puede proporcionar una guía de intervención psicoterapéutica. Bowlby (1979) describe el proceso de exploración que llevaría a una intervención terapéutica: (Fig.20).

- EVALUACIÓN DE LOS VÍNCULOS AFECTIVOS- (Fig.20)

1. Considerar el patrón de comportamiento de apoyo del paciente a partir de:

- Lo que refiere de como se relaciona con otros y consigo mismo.
- Como se relaciona con el terapeuta.

2. Recoger su historia personal, sobretodo lo referente a separaciones y encuentros con otros (por eventos sociales, educativos, enfermedades, fallecimientos, etc.) y como el paciente reaccionó a ellos.

3. Prestar especial atención a las discrepancias entre la descripción de los hechos y las personas (respecto a eventos pasados) y sus recuerdos de esos eventos; como guía de hipótesis de disociación cognitiva.

3. EL USO TERAPÉUTICO DE LA COGNICIÓN INTERPERSONAL

Mantenemos que nuestra definición de cognición interpersonal encaja perfectamente con la teoría del apego. Recabamos la propuesta psicoterapéutica definida por Bowlby (1979) y la representamos

utilizando unos gráficos o triángulos similares a los de Malan (1983) para explicar su psicoterapia breve dinámica. (Fig.21 y 22). Para explicar el proceso de la psicoterapia basada en la teoría del apego nos valdremos igualmente de los conceptos de la C.T (Beck, 1979).

- EL PROCESO PSICOTERAPEÚTICOS - (Fig.21)

(1) PROPORCIONAR AL PACIENTE UNA BASE SEGURA: FOMENTAR LA CONFIANZA.

1º Evaluación-diagnóstico.

2º Facilitar una buena relación terapéutica.

3º Socializar al paciente en la terapia.

(2) AYUDAR AL PACIENTE A HACER AUTOEXPLORACIONES: TRANSFERENCIA SOBRE OTROS.

1º Detección de círculos interactivos de pensamientos-afectos-conductas en situaciones sociales actuales.

2º Hipótesis sobre Supuestos personales.

3º Detectar papeles o roles interpersonales derivados de los supuestos personales (p.e "controlador", "evitativo", etc.).

4º Alternativas a pensamientos-afectos-conductas y supuestos personales a la base de las relaciones interpersonales problemáticas.

(3) AYUDAR AL PACIENTE A TOMAR CONCIENCIA DE COMO CONSTRUYE LA RELACIÓN TERAPEÚTICA: TRANSFERENCIA TERAPEÚTICA.

1º Detectar pensamientos-afectos-conductas implicados en la relación terapéuticas y Supuestos personales a la base.

2º Alternativas a pensamientos-afectos-conductas y supuestos personales disfuncionales a la base de problemas de la relación con el terapeuta.

(4) AYUDAR AL PACIENTE A TOMAR CONCIENCIA DE LA RELACIÓN ENTRE SUS RESPUESTAS A LAS SITUACIONES INTERPERSONALES, TERAPÉUTICAS Y LAS RELACIONES TEMPRANAS CON SUS FIGURAS DE APEGO.

1º Pedir al paciente que describa las relaciones actuales y pasadas con las figuras familiares más relevantes, sobretudo en el periodo de la infancia y adolescencia.

2º Seguir el mismo patrón pero ahora relacionado con recuerdos ("imágenes") de esas relaciones.

3º Confrontar al paciente con incongruencias entre los informes descriptivos y de recuerdos.

4º Sugerir al paciente hipótesis sobre esas incongruencias y pedirle que siga evocando más recuerdos (p.e mediante el "flujo de conciencia", una especie de asociación libre sobre un tema prefijado; o mediante el uso de evocación de imágenes, etc.).

5º Lograr evocaciones que reúnan una mayor congruencia entre lo descrito y lo recordado.

6º Con el paciente, comentar las implicaciones de esa nueva congruencia de significados sobre la evaluación de si mismo, los otros y su conducta interpersonal.

-LOS TRIÁNGULOS TERAPÉUTICOS-

Triángulo cognitivo		Triángulo de las relaciones	
(1) P-A-C/ Situación actual		(1) Si mismo/Otros	
(2) Distorsiones	(3) Disociación de significados	(2)	(3) Figura de apego

Cognitivas	personales en la memoria a largo plazo	Terapeuta	
------------	--	-----------	--

9. MODIFICACIONES TÉCNICAS DE PLANTEAMIENTO TERAPÉUTICO

En el campo de la modificación de conducta ha sido habitual que el análisis funcional guiara la selección de la estrategia de tratamiento y las técnicas de intervención. También se ha utilizado otros procedimientos como la estrategia de la conducta clave y la estrategia diagnóstica (Nelson, 1984; Nelson y Hayes, 1986). Básicamente el análisis funcional lleva a buscar procedimientos que modifiquen las variables antecedentes estimulares y las variables contingentes de refuerzo. Ello llevaría a buscar estrategias y técnicas de modificación de dichas variables (normalmente aquellas que se han mostrado efectivas en estudios de investigación). La estrategia de la conducta clave supone partir de la interrelación entre pensamiento-afecto-conducta en todo tipo de problemas. Más que centrarse en la relación estímulo-respuesta o respuesta-estímulo (análisis funcional) se centra en la relación respuesta-respuesta. La selección de esta estrategia (la preferida por los terapeutas cognitivos) conlleva comenzar con uno de los puntos de interacción (pensamiento, afecto o conducta) en función de la facilidad de modificación o el peso en el trastorno específico. El enfoque diagnóstico (o prescriptivo) conlleva seleccionar el tipo de intervención en función del tratamiento encontrado más efectivo para ese trastorno (p.e exposición para las fobias, terapia cognitiva para la depresión reactiva, etc.).

A. Godoy (1991) Señala una cuarta estrategia: la estrategia de la guía teórica. Esta supone abordar un trastorno en función del planteamiento etiológico del

terapeuta (p.e habilidades para obtener refuerzos en la depresión, según la teoría de Lewinsohn, 1974; o modificación cognitiva según la teoría de Beck, 1979). La conclusión general de estas cuatro estrategias de selección del tipo de intervención (A. Godoy, 1991) es que en algunos casos será mejor emplear una estrategia y en otros, otras. Se propone por ejemplo que en los trastornos de etiología biológica (o con sospechas de tenerla) se utilice una estrategia diagnóstica. La estrategia de análisis funcional más adecuada a trastornos muy dependientes del ambiente externo y la estrategia de la conducta clave en trastornos con más peso de factores personales. También se añade el escoger tratamientos suficientemente eficaces para cada tipo de trastorno según los datos de investigación al respecto.

Desde la psicoterapia cognitiva se puede asumir todo el planteamiento anterior, con la lógica derivación teórica que las cuatro estrategias propuestas son vías de modificación cognitiva, al menos potencialmente. Sin embargo, la psicoterapia cognitiva supone prestar una especial atención a las características sociales y personales de cada paciente. En función de esas características el planteamiento general (p.e R.E.T o T.C) deberá ser modificado. Pero la realidad es otra. Apenas hay una literatura cognitiva integrada que estudie la adecuación del tratamiento a cada persona concreta y al ámbito organizacional de intervención (p.e un servicio público sanitario). Solo hay alguna literatura dispersa en este caso y a ella nos referiremos.

1. DIMENSIONES DE SELECCIÓN DE INTERVENCIONES COGNITIVAS

1- RASGOS DE PERSONALIDAD DEL PACIENTE:

Refiriéndose al tratamiento de la depresión, Beck (1983) habla de variaciones técnicas en el

procedimiento de la C.T en función de dos características de personalidad de los pacientes: antonimia y dependencia social. Las personas con una alta autonomía personal se caracterizan por conductas dirigidas a preservar su independencia, movilidad y derechos personales. Tienen sus propios baremos para valorar sus logros y recompensas y suelen ser pocos susceptibles a consejos de otros. Parecen ser vulnerables a situaciones que restrinjan o interfieran su autodeterminación y conductas orientadas a la acción. Por otro lado las personas con una alta dependencia social suelen estar interesadas en buscar relaciones íntimas con otros y estimulación social. Parecen vulnerables a situaciones que interrumpan o amenacen su apoyo social. Estas dimensiones o rasgos de la personalidad se referían a estructuras cognitivas y conductuales relativamente estables. En el tratamiento de la depresión (y otros trastornos) el tener en cuenta estos rasgos llevaría al terapeuta a comenzar sus intervenciones de modo diferente. Con los sujetos con alta puntuación en autonomía sería más aconsejable comenzar con tareas conductuales graduales para aumentar su percepción de autodomínio.

También el terapeuta debe de dar un alto grado de participación a estos pacientes en tareas como la preparación de las agendas de la sesión, selección de tareas, etc. Igualmente es conveniente ir especificando con ellos las metas de cada paso del proceso terapéutico. Las tareas de introspección (p.e registro de pensamientos automáticos) es conveniente que sean (postergadas.99) hasta que el sujeto incremente su autoestima, y solo ser utilizada en etapas posteriores. Con los pacientes con alta puntuación en dependencia social parece más aconsejable más aconsejable que el terapeuta mantenga con ellos una relación sencilla y abierta (cercana a la amistad) más que una de tipo técnico y profesional. Suele ser útil comenzar con

tareas introspectivas y dejar para un paso posterior las actividades conductuales dirigidas a incrementar su propia seguridad y no dependencia excesiva de la aceptabilidad social.

Desde otro punto de vista las teorías psicobiológicas de la personalidad (Eysenk, 1970; Gray, 1973; Cloniger, 1987) suponen distintas sensibilidades de reactividad personal a los eventos. En el manejo de la ansiedad, Eysenck (1978) manifiesta que en los pacientes extrovertidos fue la terapia centrada en el cliente de Rogers la más efectiva, mientras que con pacientes introvertidos lo fue la R.E.T de Ellis. Eysenck relaciona esta diferencia con la teoría de Gray (1973) argumentando que los extrovertidos son más susceptibles al premio (y por lo tanto a las técnicas de empatía, aceptación y consideración positiva de Rogers) y los introvertidos al castigo (y por lo tanto al debate y a la crítica de sus creencias irracionales de la R.E.T). Esto podría ser reformulado desde un punto de vista cognitivo donde los pacientes extrovertidos parecen valorar más la relación social (más reforzante) y los introvertidos las tareas "intelectuales de introspección". Podría entonces sugerirse utilizar la C.T de Beck, o la terapia de valoración cognitiva de Wessler con pacientes extrovertidos, al ser terapias más colaborativas; y la R.E.T de Ellis con pacientes introvertidos, al ser más directiva que la C.T o la terapia de Wessler.

Por su parte Ellis (1989), Dryden (1990) y otros, hablan de tener en cuenta en la R.E.T el estilo terapéutico. Aconsejan (1) evitar un estilo de interacción demasiado emotivo y amigable con pacientes histéricos, (2) evitar un estilo demasiado intelectual con pacientes obsesivos-compulsivos y (3) evitar un estilo demasiado directivo con pacientes que temen ser autónomos. Igualmente se interesan por detectar ciertas preferencias de los pacientes (laborales,

hobbys, héroes admirados...etc.) para adecuar su lenguaje a esos "repertorios de refuerzo" de sus pacientes.

2- CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS DE LOS PACIENTES:

Joyce-Moniz (1985) ha criticado a las intervenciones cognitivas por centrarse excesivamente en los contenidos cognitivos para sus intervenciones. Ese énfasis, en su opinión, ha rigidificado las intervenciones al no tener en cuenta características estructurales de la cognición (como el nivel de desarrollo evolutivo del razonamiento en un individuo dado). Esto ha hecho, que salvo excepciones puntuales y muy generales de la terapia infantil, se trabaje con los pacientes sin tener en cuenta p.e su capacidad de razonamiento. Este autor propone evaluar esas capacidades cognitivas (p.e con la metodología piagetiana) y adecuar las intervenciones a esos niveles de desarrollo alcanzado, en vez de estandarizar mecánicamente las intervenciones. El mismo investigó y demostró que los pacientes que más beneficio obtenían de las terapias estándar R.E.T o C.T eran aquellos que más altos niveles de razonamiento formal habían alcanzado (Joyce-Moniz, 1979, 1980).

En la misma línea piagetiana, Ivey (1986) ha propuesto que la terapia implica (1) Identificar el estadio cognitivo-evolutivo en que se encuentra el paciente, (2) Facilitar el acoplamiento de las intervenciones terapéuticas al nivel de desarrollo del paciente y (3) Utilizar para cada estadio de desarrollo la técnica más apropiada. Lo mismo apunta Ivey para la selección del tipo de relación con el paciente. Con respecto a las técnicas aconseja: utilizar técnicas de estructuración ambiental (bioenergética, relajación, masaje, etc.) con personas con problemas en su funcionamiento senso-motor (problemas con la

sensibilidad física (problemas con la sensibilidad física y sentimientos); técnicas de tipo conductual (entrenamiento asertivo, control de estímulos y refuerzos) con personas con problemas en sus operaciones concretas (p.e hábitos indeseados en relación a estímulos ambientales); técnicas introspectivas (cognitivas, humanistas, dinámicas) con problemas en las operaciones formales egocentrismo e inflexibilidad interpretativa) y técnicas dialécticas (terapia familiar terapias feministas, psicoanálisis lacaniano) para individuos con problemas en su razonamiento dialéctico (contradicciones, paradojas, etc).

3- CLASE SOCIAL:

La congruencia entre las expectativas del terapeuta y del paciente se desarrolla en función de los valores asumidos por cada uno de ellos. A través de los valores se establece una vinculación entre clase social y pronóstico de la psicoterapia (Roji Menchaca, 1987). Los valores de la clase media, que suele asumir el terapeuta, y los de la clase trabajadora son divergentes, y producen diferencias entre las expectativas terapéuticas y dificultades en la relación y resultados de la terapia. El terapeuta debe de conocer estas diferencias para adecuar sus intervenciones y no detectar patología donde solo hay diferencias de valores (Pope, 1979) (Fig.22).

VALORES DE LA CLASE MEDIA	VALORES DE LA CLASE TRABAJADORA
1. Autoconfianza: las oportunidades de progreso dependen del logro personal	1. Solidaridad grupal en el progreso: mediante el logro personal no es posible

<p>2. Demora de la gratificación inmediata, en favor del logro o satisfacción futuros. El ahorro y la inversión son métodos que favorecen la seguridad en el futuro</p>	<p>2. Rechazo en la demora en la gratificación, ya que los ingresos son demasiado bajos para ahorrar y asegurar el futuro</p>
<p>3. Distribución responsable del tiempo como parte de la demora de la gratificación inmediata</p>	<p>3. La distribución responsable del tiempo, igual que el ahorro está fuera de lugar</p>
<p>4. Inhibición y control de la agresividad inmediata. Este tipo de control es congruente con la demora de la gratificación y la orientación al futuro</p>	<p>4. Indulgencia ante la agresividad. Esta es una forma de ampliar el control social., especialmente durante la adolescencia. La impulsividad es congruente con el rechazo de la demora de la gratificación y la orientación al presente</p>
<p>5. Énfasis desde los primeros momentos de la vida en la comunicación verbal como medio de afirmar las diferencias con los otros. Esto es consistente con el control de los impulsos</p>	<p>5. Preferencia por la acción y los impulsos más que por la comunicación</p>
<p>6. Elección de la introspección como mejor medio para manejar los problemas</p>	<p>6. Énfasis en el manejo de las dificultades a través de las acciones sobre el ambiente porque los</p>

que son percibidos como básicamente internos	problemas externos son relativamente más intensos que los conflictos internos
--	---

Lo anterior lleva a pensar que la psicoterapia, en general, está imbuida de los valores de la clase media, de los valores del liberalismo político y económico. Tener en cuenta este factor, puede hacer reflexionar al terapeuta sobre los valores que explícitamente puede defender en la terapia, e intentar ser más neutral al respecto (p.e Wessler, 1986). Es más, Pope (1979) aconseja que el terapeuta se acomode al código de su cliente (que en la atención pública suele ser inmensamente el de la clase trabajadora mayoritariamente) utilizando:

- 1- Empleo temprano del encuadre terapéutico insistiendo en la importancia de la comunicación verbal (socialización en la terapia cognitiva).
- 2- Ajustar la intervención verbal del terapeuta al nivel y estilo del paciente.
- 3- Usar procedimientos activos en vez de pasivos: hablando directamente, específica y concreta (en la terapia cognitiva, usando tareas para casa específicas más que solo introspección).
- 4- Uso de preentrevistas para despejar expectativas y seleccionar tratamientos más cercanos a los valores del paciente.
- 5- Uso del modelado para introducir las tareas terapéuticas, de modo frecuente.
- 6- Uso de paraprofesionales para aumentar la posibilidad de intervención efectiva, por la cercanía al paciente en sus valores.

Nosotros mantenemos que para los pacientes "menos sofisticados" y que podrían cuadrar con la clasificación de Pope, una terapia cognitiva adecuada puede ser la Terapia de Evaluación cognitiva de Wessler (1986, 1989) al reunir muchas de las características mencionadas sobre los valores de la clase trabajadora (preferencia por la acción como medio de cambio y no critica a priori de la expresión emocional como irracional, p.e la agresividad; así como contextualización y relativización de los valores en función de la situación social).

4- OTRAS CARACTERÍSTICAS:

Un factor importante para el tratamiento psicoterapéutico es la motivación para el tratamiento. Desde el punto de vista cognitivo la motivación responde a las creencias del paciente sobre lo que le sucede y sus expectativas de lo que le podría venir bien para ello (p.e Meichenbaum y Turk, 1988). En el proceso de evaluación es relevante recoger tanto las atribuciones del paciente sobre lo que él considera problemático y sus expectativas de tratamiento (lo que busca para resolver sus problemas).

Esto hace que el terapeuta valore las posibilidades de modificación de esas atribuciones y expectativas, si las considera inadecuadas o derive al paciente a otro terapeuta o institución si la demanda es distinta a tratamiento psicológico. Consideramos que no siempre es adecuado intentar de "convencer" al paciente de que lo suyo es un problema psicológico y que por lo tanto necesita tratamiento psicológico. En nuestra experiencia en un servicio público sanitario (S.A.S) es frecuente que los pacientes nos sean derivados por el médico de cabecera y que muchos de ellos vengán a terapia por indicación más que por percepción personal de un problema psicológico-social que necesita ser

modificado. En este caso como sugiere Pope (1976) el uso de preentrevistas puede ser adecuado.

Analizar las condiciones de la derivación (p.e "¿Quién le ha movido a venir?, ¿Por qué ahora?...etc") en estas preentrevistas puede entonces ser un paso previo y necesario a iniciar la posible psicoterapia cognitiva. Otros autores (p.e A. Lazarus, 1983) habla de "Entrevistas de inducción de rol" donde se le explica y modela al paciente en lo que consistiría su papel en la terapia y el del terapeuta (proceso similar al de la socialización terapéutica de la C.T de Beck, pero en una etapa evaluativa previa) y decidir si el paciente desea o no comenzar la labor psicoterapéutica. El paciente que acude a terapia diciendo que el viene a "curarse" suele entrar en la categoría (aunque no siempre) del paciente pasivo, poco colaborador y con una perspectiva de resolución psicofarmacológica. No es extraño que este tipo de pacientes tenga frecuentes recaídas y que trabajar con el resulte en extremo difícil (Lazarus, 1983).

En este último caso consideramos que la intervención de paraprofesionales, la intervención sobre el entorno del paciente (p.e otros familiares más implicados) o las intervenciones paradójicas (p.e Fisch y Cols. 1984) podría ser lo más indicado. Otras opciones con estos pacientes puede ser el atender parcialmente sus demandas iniciales (p.e medicación) y posteriormente cuestionar sus atribuciones y expectativas erróneas sobre su enfermedad y tratamiento; aunque nosotros pensamos que las variables de clase social y nivel cultural pueden (y lo hacen a menudo) que el paciente diverja de la "idiosincracia psicoterapéutica".

Otro factor que solo señalamos es que la psicoterapia cognitiva con niños se suele desarrollar como terapia familiar (aunque no siempre, ni

exclusivamente). Los defensores de la terapia R.E.T (p.e Hauck, 1981) mantienen que es más efectivo trabajar con los padres fundamentalmente.

Ellos argumentan que trabajar a solas con el niño a menudo parte de una concepción errónea de considerar el trastorno emocional infantil como una enfermedad psíquica del niño. Consideran más útil y correcto trabajar con las conductas y creencias irracionales de los padres que a menudo mantienen estos problemas.

Un último factor que consideramos es el de la severidad psicopatológica. Perris (1988) considera que a mayor severidad psicopatológica (mayor deterioro del funcionamiento personal crónico) más adecuado es darle un mayor peso a las habilidades conductuales sobre las puramente cognitivas (p.e psicóticos crónicos defectuales).

2. LA TERAPIA COGNITIVA DE WESSLER COMO MARCO GENERAL PARA CLIENTES MENOS SOFISTICADOS

Wessler (1986, 1989, 1990 y 1991) desarrolló una forma de psicoterapia cognitiva que pretende cubrir las limitaciones de la R.E.T y la C.T; sus fuentes. Esta forma de terapia cognitiva se propone para el tratamiento de los trastornos por ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad; y para otros trastornos en combinación con otras técnicas conductuales. Nosotros vamos a mantener la hipótesis que esta forma de terapia cognitiva puede ser una de las más adecuadas para trabajar en un medio público con pacientes de un nivel cultural no superior a los estudios primarios y con escasa cultura psicológica. Hacemos esta inferencia

apoyados en nuestra experiencia y en su bajo nivel de exigencias de "conocimientos psicológicos" para sus clientes potenciales. Somos conscientes de la conjetura formulada (que podría mostrarse errónea) pero a falta de estudios que demuestren la superioridad de un tipo de terapia cognitiva sobre otra (salvo en ciertas categorías diagnósticas, p.e depresión) escogemos esta posibilidad. Ahora pasamos a formular sus principales bases:

1- DESARROLLO HISTÓRICO:

La terapia de evaluación cognitiva (C.E.T) deriva tanto de la R.E.T (Ellis, 1962), como de la C.T (1979). Pretende modificar las limitaciones de estas terapias cognitivas. Con respecto a la R.E.T, se debe tener las siguientes limitaciones:

A) No diferencia entre cogniciones descriptivas (observaciones) y evaluativas (valoraciones con implicación emocional). Ellis (1989) asume posteriormente esta diferencia.

B) Las creencias irracionales (imperativas, "deberías") no siempre generan trastorno emocional. No hay evidencia suficiente de que siempre lo hagan.

C) Rechazo del dogmatismo anti-religioso de Ellis. Se trabaja con los valores religiosos del paciente y no contra ellos.

D) No tiene en cuenta la historia evolutiva personal como vía de autoconocimiento, cambio y comprensión del desarrollo de las creencias disfuncionales del paciente.

E) Utilización de métodos más colaborativos y no tan confrontativos y "discutidor" como en la R.E.T; y que pueden

deteriorar la relación terapéutica con algunos pacientes.

La C.E.T (Wessler, 1986, 1989) se suele asemejar más a la C.T (Beck, 1979), pero también detecta una serie de limitaciones y diferencias con este modelo:

A) A la triada cognitiva de Beck (1979) sobre contenidos cognitivos referentes al si mismo, mundo y futuro, se añaden las cogniciones sobre eventos pasados. Muchos de los esfuerzos de la C.E.T están dirigidos a comprender y modificar las visiones de los pacientes sobre su historia personal pasada.

B) La C.E.T se centra rápidamente en la modificación de las reglas personales de vida (supuestos personales en la C.T). El nivel de los pensamientos automáticos solo se utiliza para acceder a esas reglas y no se trabaja su modificación previa.

C) Igual que la R.E.T, poca atención a la historia evolutiva personal.

D) No utilización de los autorregistros típicos de la T.C.

2- PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS:

A) Reglas personales de vida: Las personas tienen guías personales para evaluarse a si mismo, a los otros, los eventos presentes, pasados, expectativas futuras y guías para la acción. Las reglas personales a menudo son "inconscientes". No son racionales ni irracionales sino que generan problemas cuando se aplican con rigidez o a contextos no útiles. A menudo pueden entrar en conflicto entre si, generando trastorno emocional.

B) Historia evolutiva fenomenológica: Es crucial para evaluar las reglas personales pues proporcionan autocomprensión y facilita tanto la relación terapéutica como la modificabilidad de las reglas. A menudo estas reglas derivan de personas significativas que modelaron

y orientaron la conducta del niño y que ahora se han hecho rígidas.

C) Énfasis holístico: Importa no solo modificar cogniciones disfuncionales, sino que el paciente tenga una visión más global y autocomprensiva de la continuidad pasado-presente y previsiones futuras en cuanto a sus reglas personales.

D) Factores bioquímicos: Los factores biológicos son el sustrato de las reglas personales. Cuando se detectan alteraciones bioquímicas o se sospecha que un trastorno puede tener un fuerte componente biológico, el uso de medicación y otras medidas biológicas son necesarias. El diagnóstico es una herramienta importante en esta labor.

E) Modelo psicológico: Se acepta el modelo del episodio emocional de Plutchik (1885) que distingue los siguientes componentes del episodio emocional:

Estímulo interno o externo -----> Cognición
(descriptivas, inferenciales, evaluativas)
-----> Emoción -----> Activación
fisiológica -----> Impulsos para la acción
-----> Conducta manifiesta ----->
Efectos de la acción.

Este modelo permitiría conceptualizar los problemas del paciente en uno o en varios eslabones de la cadena emocional y servir para guía de la intervención terapéutica.

3- EVALUACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS:

Wessler (1986, 1989, 1990, 1991) utiliza con frecuencia los métodos de evaluación de la terapia multimodal (p.e Historia multimodal de vida y los perfiles B.A.S.I.C.Co.S de Lazarus, 1983). Pero la evaluación tiene una orientación cognitiva; pues se trata de detectar las reglas personales subyacentes.

Para lograr la evaluación multimodal, Wessler (1986) traduce sus componentes a los del modelo del "episodio emocional". El formato de evaluación quedaría:

NIVEL BIOLÓGICO (B): Activación fisiológica.

NIVEL AFECTIVO (A): Estado emocional.

NIVEL SENSORIAL (S): Estímulos internos y externos.

NIVEL IMAGINATIVO: Historia evolutiva fenomenológica.

NIVEL COGNITIVO: Cogniciones problemáticas y Reglas personales.

NIVEL CONDUCTUAL: Conducta.

NIVEL INTERPERSONAL: Consecuencias sociales.

Igualmente el formato de conceptualización de los problemas podría quedar según nuestra opinión, de la siguiente manera:

1. EMOCIONES PROBLEMÁTICAS:

2. CONDUCTAS Y CONSECUENCIAS PROBLEMÁTICAS:

3. PENSAMIENTOS PROBLEMÁTICOS:

4. REGLAS PERSONALES DE VIDA:

5. HISTORIA EVOLUTIVA FENOMENOLÓGICA:

Hay que anotar que Wessler (1986) da mucha importancia a la "expresión de emociones" y las reglas que la controlan, en la evaluación y en los objetivos terapéuticos. Generalmente, el cambio requiere una cierta activación emocional, y cuando esta no aparece puede estar "inhibida" por determinadas reglas personales.

4- OBJETIVOS DE LA TERAPIA:

(1) Definir y clarificar los objetivos del paciente. Cuestionarlos si parecen irrealistas, y negociar nuevos objetivos en este caso.

(2) Modificación de síntomas objetivos, a partir de la evaluación multimodal.

(3) Consciencia y modificación de las Reglas personales de vida.

(4) Autocomprensión evolutiva de la formación de las reglas personales.

La C.E.T no suele emplear los autorregistros para recabar datos sobre cogniciones específicas (pensamientos automáticos) sino que al seleccionar con el paciente una determinada área problemática, permite al paciente, en la sesión, hablar de sus preocupaciones actuales respecto a ese área, y mediante la escucha cognitiva y preguntas específicas inferir las reglas personales y su contexto evolutivo.

La estructura típica de una sesión C.E.T nos puede aclarar mejor la forma de operar de estos terapeutas (Fig. 23)

- ESTRUCTURA DE LA SESIÓN C.E.T (Fig.23) -

FASE INICIAL:

- Evaluación multimodal: modelo del episodio emocional.
- Conceptualización de los problemas.
- Negociación de objetivos terapéuticos.

FASE MEDIA:

- 1) El terapeuta pide al paciente que hable sobre sus "preocupaciones" del problema seleccionado.
- 2) El terapeuta pregunta sobre las emociones

detectadas para hayar las cogniciones implicadas y los significados o reglas personales asociados (desde el principio se centra en las Reglas personales, más que en los pensamientos automáticos situacionales: aunque cuenta con estos para llegar hasta ellas).

3) El terapeuta pregunta para cuestionar las reglas personales. Se trata de flexibilizarlas más que de modificarlas radicalmente (eso se ve como muy difícil).

4) El terapeuta utiliza preguntas para detectar la historia personal en que se desarrollaron tales reglas, y así intentar aumentar la autocomprensión de su desarrollo para facilitar su modificación.

FASE FINAL:

1) El terapeuta y el paciente negocian un "experimento personal" para revisar la regla personal.

2) Utilizan el formato de resolución de problemas: varias alternativas. Se escoge una y se comprueba.

3) Revisión de la tarea. Feedback sobre el proceso.

5- TÉCNICAS DE TRATAMIENTO más IMPORTANTES:

La C.E.T (Wessler, 1989) no suele utilizar de modo prefijado determinadas técnicas y prefiere como la terapia multimodal (Lazarus, 1983) utilizar métodos prácticos sin importarle su origen teórico (eclecticismo técnico). También parte de diseñar experimentos conductuales como vía más importante (autodemostrativa para el paciente) de cambio de las reglas personales. Esos experimentos personales requieren de la "creatividad" del terapeuta pues son

específicos para cada paciente; aunque en general se conciben como métodos de exposición y contraste de hipótesis en situaciones determinadas (confirmación o desconfirmación de expectativas predictivas derivadas de las reglas personales). Sin embargo, Wessler (1989) menciona una serie de técnicas frecuentemente utilizadas por los terapeutas C.E.T:

A) TÉCNICAS COGNITIVAS:

1- PONER EN PALABRAS LA REGLA PERSONAL DE VIDA (R.P.V):

Se trata de formularle al paciente una expresión verbal de como podría ser su regla inconsciente. A veces basta con esto para advertir su inflexibilidad y generar así el primer paso para su modificación.

2- USO DE PREGUNTAS: Se suele pedir la evidencia para mantener una regla, pero más que para contrastar su irracionalidad (R.E.T), o su falta de evidencia real (C.T) se hace en sentido de comprobar si funciona como predice ("¿Dónde está la evidencia de que esa regla funcione como dice?").

3- RASTREAR LA HISTORIA FENOMENOLÓGICA DE LA R.P.V: Se suele preguntar al paciente: "¿De dónde sacaste esa regla? (¿de qué experiencias?)"...e iniciar así la formulación vivida por el paciente de su historia evolutiva. Eso suele producir un cierto distanciamiento de la regla al darse cuenta de que pudo asumirla de otros cuando era niño o joven y aun su capacidad de razonamiento y pensamiento crítico no se encontraba desarrollado.

4- SEÑALAR Y CONFRONTAR LAS R.P.V DISCREPANTES Y CONFLICTIVAS: Los valores de las personas raramente están organizados de forma coherente y no discrepante. La persona ha podido ser socializada por instancias con valores diferentes a lo largo de su desarrollo; y en determinadas ocasiones

estos valores puede entrar en conflicto (p.e valores de rendimiento y dedicación laboral respecto a valores de cuidado familiar). El terapeuta insta al paciente a comprobar como chocan sus reglas y a modificarlas o a dar prioridades

5- USO DE ANÉCDOTAS, PARÁBOLAS, HUMOR Y DISCUSIÓN DE TEMAS EXISTENCIALES: El terapeuta puede usar fuentes de modelado vicario para expresar ejemplos de R.P.V y su modificación. También puede discutir con el paciente temas religiosos o existenciales en relación a las R.P.V.

6- PROTECCIÓN EN EL TIEMPO: A menudo es útil que el paciente se imagine realizando una tarea difícil en el futuro o el pasado para así lograr inicialmente un modelado de como hacerla y disminuir su dificultad percibida con antelación.

7- TOMA DE DECISIONES Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Se suele emplear para buscar diferentes métodos de comprobación de la R.T.V, elegir uno y ponerlo en práctica; y posteriormente comprobar sus efectos y si es necesario reformular otra alternativa.

8- USO DEL FEEDBACK: Se utiliza para dar información de los progresos terapéuticos, discrepancias y manejo de la relación terapéutica (p.e el terapeuta pregunta al paciente: ¿Cómo ve mi actitud hacia usted?, ¿Como cree que yo me siento con usted?, ¿Qué cree que pienso sobre usted?).

9- ESCUCHA COGNITIVA: El terapeuta trata de detectar los significados asociados a las expresiones verbales del paciente, tanto por el uso frecuente de determinadas palabras, énfasis o cambios de entonación, etc, como por el uso de preguntas (p.e ¿Y eso qué significa para usted?).

B) TÉCNICAS CONDUCTUALES:

1- USO DE TÉCNICAS CONDUCTISTAS: Se emplea métodos de exposición, relajación, entrenamiento asertivo... etc., para trastornos muy definidos (p.e fóbias, obsesiones, etc.); pero en general y salvo firme evidencia de efectividad de un método determinado en un trastorno, no se suelen emplear técnicas prefijadas.

2- USO DE EXPERIMENTOS PERSONALES Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Se considera como el medio más potente de modificación de las R.P.V; pues los medios verbales-cognitivos preparan el "insight" previo, pero por si solos son menos eficaces que los conductuales. Se negocia con el paciente diferentes estrategias de revisión de la R.P.V; se elige un medio, se pone en práctica, se revisan los resultados, y si no son satisfactorios se vuelve a revisar todo el proceso. Se considera a estas tareas como "experiencias emocionales correctoras"; las más potentes para la C.E.T.

6- LA RELACIÓN TERAPEÚTICA:

La C.E.T (Wessler, 1986, 1989, 1990, 1991) utiliza profusamente el principio de aceptación con respecto al paciente (R.E.T y C.T) y utiliza continuamente el feedback para verificar la marcha de la relación (ver técnicas cognitivas) como hace Beck (1979) en la C.T. Igualmente utiliza el empleo de la empatía cognitiva y afectiva, añadiendo a veces "predicciones" del terapeuta sobre como podía reaccionar el paciente a determinadas situaciones (en función de su conocimiento sobre las R.P.V). A veces el terapeuta utiliza la autorrevelación para tener una imagen más humana ante el paciente. Esto no lo hace revelando sus dificultades más íntimas, pero si relatando dificultades o situaciones similares vividas a las del paciente (normalmente la autorrevelación moderada y en fases más avanzadas de la terapia). Igualmente el terapeuta trata de adaptar su estilo al del paciente siendo más

activo con pacientes que piden consejo u orientación (si se considera la demanda oportuna), o más pasivo y con rol de escucha si el paciente tiene una visión más tradicional de la psicoterapia.

7- OBSTÁCULOS FRECUENTES EN EL PROGRESO DEL PACIENTE:

Suelen derivar de dos fuentes principales: el miedo al cambio de las R.P.V debido al "hábito" de manejar el mundo con ellas y el miedo a lo desconocido si no se usan; y en segundo lugar por la baja tolerancia a la frustración (Ellis, 1962) que supone tolerar el malestar de su modificación y la comodidad de seguir con ellas.

El terapeuta para manejar estos obstáculos utiliza habitualmente alguno o varios de los siguientes métodos: persuasión verbal (p.e ¿Puedes ver qué resultados obtendrás si/ o si no/cambias?, ¿Tendría sentido para ti utilizar algo nuevo?), reducción de opciones (enfoque de "No tienes elección. Haz esto o sufre"), preparación o ensayo cognitivo-conductual (p.e proyección en el tiempo, modelado...) y adecuación del estilo al paciente concreto.

3. LA TERAPIA FAMILIAR RACIONAL EMOTIVA COMO MARCO GENERAL PARA CLIENTES INFANTO-JUVENILES

La terapia familiar racional emotiva (R.E.T.F) ha sido propuesta por Huber y Baruth (1991) como marco integrador entre las terapias cognitivas y sistémicas. Han basado esa integración partiendo de la concepción de que toda demanda de asistencia es en realidad una demanda familiar. El sistema familiar mediante su demanda pretendería restablecer un equilibrio amenazado. Por otro lado suponen que el cambio, todo cambio de un sistema humano, es fundamentalmente cognitivo. Los intentos de solución de lo problemas por

el sistema familiar están mantenidos por reglas o creencias familiares compartidas, y son estas reglas quienes tienen que ser modificadas para no seguir manteniendo las mismas soluciones productoras del problema.

Nosotros preferimos partir de la realidad clínica: actualmente no se ha demostrado la superioridad de la terapia familiar sobre la terapia individual como forma de tratamiento, salvo en el tratamiento de la población infanto-juvenil (p.e Hauck, 1981). Ellis (1987) presenta una versión de terapia familiar, basada en la R.E.T, aunque no integradora con el enfoque sistémico, que el defiende como más efectiva con clientes difíciles (C.D). Estos C.D entrarían en la categoría de deficiencia mental u orgánica, borderline y psicosis. Y especialmente recomienda el uso de la R.E.T familiar en el tratamiento de la población infanto/juvenil. La R.E.T familiar (Ellis, 1987) enseña a os miembros de la familia el como ellos han podido contribuir al mantenimiento del problema (aunque no a su causa inicial) y como aprender a resolverlos o a mejorar la relación con los C.D.

A continuación presentamos un esquema del enfoque de la R.E.T.F de Huber y Baruth (1991) que consideramos más avanzado que el esquema de tratamiento propuesto por Ellis (1987), aunque basado en aquel. (Fig.24)

EL MODELO TERAPÉUTICO DE LA TERAPIA FAMILIAR RACIONAL EMOTIVA (T.F.R.E) DE HUBER Y BARUTH (1991) (Fig.24)

1º Integra el enfoque sistémico de terapia familiar con el cognitivo de la Terapia Racional emotiva.

2º Este modelo-enfoque se centra en el cambio de actitudes y creencias de los miembros de la familia. Ayuda a los miembros de la familia a descubrir y cambiar las "Reglas" familiares que están en el núcleo de las familias con disfunciones.

3º ABC de la terapia familiar racional-emotiva:

- Cuando los miembros de una familia están envueltos en interacciones de problema-solución infructuosas, están experimentando emociones y/o comportamientos desequilibrados. Es el punto "C" del modelo ABC: La solución fracasada.
- El problema que se pretende resolver conformaría el punto "A" del modelo ABC.
- Para cambiar la complementariedad problemas-soluciones fracasadas (Conexión A-C) hay que enfrentarse al marco cognitivo que le da sentido. Este es el punto "B" del modelo ABC: La creencia o regla familiar.

4º La TFRE aboga por una intervención terapéutica que intente cambiar B a fin de romper la pauta lógica que conecta el problema (A) y la solución fracasada (c).

5º Cuando esa pauta se ha roto, la relación problema-solución se desconecta, con el efecto práctico de eliminar el problema (y la solución).

6º La TFRE sostiene que cuando no se busca el cambio de B, las consecuencias de los intentos de

solución (C) retroalimentan el problema (A) de forma que se amplifica la desviación. Las interacciones problemas-solución del tipo "más de lo mismo, pero peor".

7º El concepto clave del cambio es "Lo nuevo significativo", que supone introducir flexibilidad en las reglas familiares (creencias más racionales), de modo que cambien dos complementariedades recurrentes: problemas-intentos erróneos de solución (A-C) y reglas familiares inflexibles o irracionales acerca del problema en (A), es decir (B).

- EL PROCESO DE LA R.E.T.F (T.F.R.E) -

FASE 1ª: IDENTIFICAR Y ACLARAR A:

1) Interacciones que conforman el problema:

- ¿Qué problemas le traen aquí hoy?
- ¿Por qué han buscado tratamiento ahora?
- ¿En qué sentido es X (lo descrito como problema) para ustedes?
- ¿Como reaccionan ustedes hacia el (paciente identificado) cuando actúa de esa forma?

2) Objetivos terapéuticos:

- ¿Cuáles serían sus objetivos respecto a ese problema?
- ¿Cómo le gustaría que fueran las cosas? (Definición).
- ¿De esos objetivos cuales serían los prioritarios o principales (Prioridades).

- ¿Cómo podrían reconocer, darse cuenta, que nos estamos acercando a ese objetivo principal? (Hitos).

FASE 2ª: ESTABLECER LA CONEXIÓN A-C:

- ¿Qué han intentado hacer para solucionar ese problema y alcanzar su objetivo? (Intentos de solución).
- ¿Cómo se sienten ustedes cuando han intentado solucionarlo así? (Consecuencias emocionales)

FASE 3ª IDENTIFICAR B:

- ¿Qué piensan ustedes que es "absolutamente necesario" que ocurra respecto a su situación-problema?
- ¿Qué piensan ustedes que es "horrible, desastroso o catastrófico" de su situación-problema?
- ¿Qué piensan ustedes que es "intolerable e imposible de soportar" de su situación-problema?
- ¿Qué tipo de "persona piensan ustedes que son "ustedes mismos o los otros en esta situación-problema?

FASE 4ª DEBATE D:

1) Uso de preguntas:

A- Buscar evidencias-Consistencia lógica-Claridad semántica.

- ¿Dónde está la prueba de...?
- ¿De dónde se sigue que.....?
- ¿Es eso motivo para.....?

B- Descatastroficar consecuencias anticipadas:

- ¿Qué es lo que esperáis que ocurra que sea tan terrible que ninguno de vosotros pueda soportar?

- ¿Podría explicar por qué sería eso lo peor que podría ocurrir jamás?

C- Valorar el valor hedonístico de las creencias irracionales:

- ¿Mientras ustedes crean eso como van a conseguir su objetivo?
- ¿Vale la pena mantener su conducta ante ese problema solo por que crean eso?

2) Uso de métodos didácticos:

A- Explicar las diferencias y consecuencias de seguir una creencia racional o irracional.

B- Uso de analogías y relatos para debatir las creencias irracionales.

C- Uso de historias de otras familias o experiencias personales del terapeuta para debatir las creencias irracionales.

3) Uso de la exageración de creencias irracionales:
Exagerar la formulación de la creencia irracional, preguntar por sus consecuencias y compararlas con sus desventajas respecto a una formulación de creencia racional.

4) Uso del modelo vicario:

A- Presentar o pedir a la familia que identifique, a otras familias que han pasado por acontecimientos (A) similares y no han respondido de modo trastornante y preguntarle por sus posibles creencias (Más útil ante A universales).

B- Uso de grupos de autoayuda como contraste de creencias.

FASE 5ª: EJECUCIÓN DE LA PERSPECTIVA ("LO NUEVO SIGNIFICATIVO") RACIONAL E:

1º Generar soluciones alternativas desde la perspectiva racional.

2º Valorar las consecuencias probables de cada alternativa propuesta.

3º Priorizar y seleccionar una alternativa.

4º Especificar los medios y fines para su ejecución.

5º Especificar su ejecución y ejecutarla ("Tareas para casa").

FASE 6ª: FEEDBACK DE LA EJECUCIÓN F:

1º Verificar los efectos y dificultades para la ejecución.

2º Comprobar si los resultados se adecuan a los hitos. Si es así terminar la terapia y si no es así recomenzar proceso A-B-C-D-E-F.

FORMATO TÍPICO PARA LA EVALUACIÓN EN TFRE:

- Nombre del paciente identificado y miembros de la familia (holon significativo o comprometido)
- Fecha.
- Datos del proceso:

A:

A-C:

B:

D:

E:

F:

FORMATO TÍPICO DE LA AGENDA DE LAS SESIONES:

1) Fase del proceso en curso: Especificar A/A-C/B/D/E/F

2) Resumen de la sesión.

PARTE IV:
APLICACIONES CLÍNICAS:
ELEMENTOS BÁSICOS

10. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN NO PSICÓTICA

La psicoterapia cognitiva que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión es la Terapia cognitiva (C.T) de A.T. Beck (1979). Se ha mostrado eficaz en el tratamiento de las depresiones unipolares no psicóticas, sobretudo la depresión neurótica o distimia. En las depresiones unipolares psicóticas y depresiones bipolares su empleo puede estar indicado junto a la medicación pertinente.

Blackburn y Cottraux (1988) han resumido una serie de estudios comparativos entre la C.T y los antidepresivos en el tratamiento de la depresión no psicótica. Las conclusiones generales demuestran la superioridad de la C.T sobre los antidepresivos. La combinación de C.T y antidepresivos no parece ser superior al empleo de C.T sola.

1. PAUTAS DIAGNOSTICAS DE LA DISTIMIA POR EL DSM-IV

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, durante al menos 2 años

B. Presencia, mientras está deprimido, de al menos dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1- Baja autoestima
- 2- Apetito escaso o excesivo
- 3- Insomnio o hipersomnia

- 4- Escasa concentración o dificultad para tomar decisiones
- 5- Fatiga o poca energía
- 6- Sentimientos de pesimismo, desesperación o desesperanza
- C. Durante un periodo de 2 años de la perturbación, nunca estuvo sin los síntomas de A y B durante más de 2 meses seguidos
- D. Sin un episodio depresivo mayor durante los primeros dos años del trastorno
- E. Nunca ha sufrido un episodio maniaco, mixto, hipomaniaco; ni cumple los criterios para la ciclotimia
- F. No ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico crónico
- G. No se debe a los efectos directos de una sustancia psicoactiva o enfermedad médica
- H. Los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento Social, laboral o en otras áreas importantes.

2. EL MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN: EL MODELO DE A.T. BECK (1979)

Básicamente el modelo formulado por Beck (1979) parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (p.e pérdidas). Los significados personales (Supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (p.e amor, aprobación, competencia personal, etc) y a su relación con ellas

(autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de si mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva). Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (p.e evitación, descenso de la actividad...), siendo el resultado de esta interacción el "cuadro depresivo" (Fig.25).

MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN (FIG.25)

HISTORIA PERSONAL Y FACTORES
BIOGENÉTICOS (1)---ESQUEMA COGNITIVO
TÁCITO (2)

- Supuesto Personal

(P.e : "Para ser feliz necesito del afecto de un hombre")

EVENTO ACTUAL ACTIVADOR (3)
-----DISTORSIONES COGNITIVAS Y
PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (4)

(P.e : "Ruptura de la relación de pareja") . "Sin el yo no valgo nada" (Sobregeneralización)

- "Mi vida no merece la pena" (Abstracción selectiva)
- "Soy una fracasada" (Polarización)
- "No soy lo suficientemente mujer para tener un

hombre" (Personalización)

CIRCULO INTERACTIVO RESULTANTE (5)
Pensamientos (p.e autocríticas)--Afectos(p.e depresión e irritabilidad)-Conductas (p.e llanto y descenso de la actividad social)

Beck (1979) identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

1. Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.

2. Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación ("visión túnel") y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.

3. Sobregeneralización: Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre sí.

4. Maximización y minimización: Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.

5. Personalización: Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes al mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.

6. Pensamiento dicotómico o polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (p.e "incapaz frente a capaz").

Igualmente, Beck (1976) ha especificado alguno de los Supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la depresión:

1. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.
5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
6. Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí.

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

La C.T (Beck, 1979) distingue tres objetivos generales en el tratamiento del síndrome depresivo:

1º Modificación de los síntomas objetivos. Consiste en tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el síndrome. En función de la urgencia y acceso de modificación inicial, el terapeuta inicia su abordaje.

2º Detección y modificación de los pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas.

3º Identificación de los Supuestos personales, y modificación de los mismos.

En resumen, los objetivos de tratamiento van dirigidos a la modificación del estado depresivo, desde

los factores más sintomáticos (interrelaciones entre cogniciones-afectos-conductas) a los factores "subyacentes" de tipo cognitivo (distorsiones y supuestos personales).

Exponemos brevemente, y de modo esquemático, el abordaje de algunos síntomas objetivos:

1. Síntomas afectivos:

a) Tristeza: Hacer sentir autocompasión al paciente (animarle a expresar sus emociones, relatarle historias similares a la suya) cuando tiene dificultad para expresar sus emociones; utilizar la inducción de cólera con límites temporales; uso de técnicas distractoras (p.e atención a estímulos externos, uso de imágenes o recuerdos positivos); utilización prudente del humor; limitar la expresión de disforia (p.e agradeciendo la preocupación de otros pero que está intentando no hablar de sus problemas, quejarse o llorar solo en intervalos programados) y construir un piso bajo la tristeza (autoinstrucciones asertivas de afrontamiento, programar actividades incompatibles en esos momentos, búsqueda alternativa de soluciones, autoaceptación de la tristeza y descatastrofizar consecuencias de estar triste).

b) Periodos de llanto incontrolable: Entrenamiento en distracción, autoinstrucciones asertivas y fijación de límites temporales con autorrefuerzo.

c) Sentimientos de culpa: Preguntar al paciente por qué es responsable, examinar criterios para su culpa y búsqueda de otros factores ajenos al paciente que explicaran ese hecho (reatribución). También puede ser útil cuestionar por la utilidad, ventajas y desventajas de la culpa.

d) Sentimientos de vergüenza: Uso de una política abierta (¿Existen cosas de las que se avergonzara en el pasado y ahora no?, ¿Existen cosas de las que otra

persona se avergüenza y usted no? (o al contrario). ¿De qué depende? Usar ventajas-inconvenientes y reconocimiento asertivo de errores, en vez de ocultarlos.

e) Sentimientos de cólera: relajación muscular (p.e mandíbula, puños y abdomen), inoculación al estrés (uso combinado de autoinstrucciones de autocontrol, relajación y uso de alternativas), empatizar con el ofensor (p.e decirle: "Veo que estás en desacuerdo conmigo, me gustaría escuchar tu punto de vista") y rol-playing para considerar el punto de vista ajeno (se representa la escena de ofensa y se hace adoptar al paciente el papel del ofensor).

f) Sentimientos de ansiedad: Jerarquizar situaciones por grados de ansiedad inducida, para facilitar su afrontamiento gradual; uso de actividad física incompatible (p.e botar una pelota, correr, etc); entrenamiento en distracción; descatastrofizar los eventos anticipados y temidos (p.e valorando su probabilidad real y sus consecuencias anticipadas y su manejo); uso de la relajación y entrenamiento asertivo (en el caso de ansiedad social)

2. Síntomas cognitivos:

a) Indecisión: Valorar ventajas e inconvenientes de las posibles alternativas; abordar el tema de que a veces las elecciones no son erróneas, sino solo distintas, y que no existe la certeza absoluta; comprobar si el paciente estructura la situación sin que perciba ganancias en sus decisiones y delectar si hay sentimientos de culpa asociados a las opciones.

b) Percibir los problemas como abrumadores e insuperables: Jerarquizar o graduar los problemas y focalizar el afrontamiento de uno en uno y listar los problemas y establecer prioridades.

c) *Autocrítica*: Comprobar la evidencia para la autocrítica; ponerse en el lugar del paciente (p.e "Suponga que yo hubiese cometido esos errores, ¿me despreciaría ud. por ello?); ventajas e inconvenientes; rol playing (p.e el terapeuta adopta el papel de alguien que desea aprender una habilidad que posee el paciente; el paciente le va instruyendo, el terapeuta se muestra autocrítico y pide la opinión del paciente al respecto).

d) *Polarización ("Todo-Nada")*: Buscar los aspectos positivos de los hechos percibidos como totalmente negativos; buscar grados entre los extremos y diferenciar el fracaso en un aspecto del fracaso como persona global.

e) *Problemas de memoria y concentración*: Ejecución gradual de tareas que proporcionen éxito; uso de reglas mnemotécnicas, buscar criterios para valorar los errores y su base real

f) *Ideación suicida*: Identificar el problema que se pretende resolver mediante el suicidio; Contrato temporal para averiguar motivos; Listado con razones para vivir-morir y búsqueda de evidencias; Resolución de problemas; Inoculación al estrés; Anticipar posibilidad o recaídas y plantearlas como oportunidad para la revisión cognitiva.

3. Síntomas conductuales:

a) *Pasividad, evitación e inercia*: programación de actividades graduales; detectar los pensamientos subyacentes a la pasividad, evitación e inercia y comprobar su grado de realidad.

b) *Dificultades para el manejo social*: uso de tareas graduales de dificultad; ensayo y modelado conductual y entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.

c) *Necesidades reales (laborales, económicas...)*: Diferenciar problemas reales de distorsiones (en el caso de que parezca un problema no real) y resolución de

problemas en el caso de que sea un problema real (p.e búsqueda de alternativas).

4. Síntomas fisiológicos:

a) *Alteraciones del sueño*: informar sobre ritmos del sueño (p.e cambios con la edad); relajación; control de estímulos y hábitos de sueño; uso de rutinas predormiciales y control de estimulantes.

b) *Alteraciones sexuales y del apetito*: Uso de los focos graduales de estimulación sensorial; técnicas de Master y Jonshon para problemas específicos; dietas, ejercicio físico; técnicas de autocontrol.

5. Contexto social de los síntomas (familia, pareja, etc.)

a) Intervenciones familiares de apoyo.

b) Intervenciones de pareja de apoyo.

El contar con este repertorio de técnicas prescriptivas permite al terapeuta un primer abordaje de los problemas; que puede ser motivante para que el paciente trabaje posteriormente los niveles cognitivos, o que puede ser la única elección que tenga el terapeuta si el paciente tiene dificultades para trabajar con las distorsiones y significados personales (p.e uso de autorregistros). En el apartado de técnicas terapéuticas abordaremos algunas de las técnicas más específicas para abordar el nivel de los pensamientos automáticos y de los significados personales.

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

La evaluación de la depresión conlleva la realización de una historia clínica general, el análisis funcional-cognitivo y la evaluación diagnóstica correspondientes (p.e criterios DSM-III-R). Aquí nos vamos a remitir a los cuestionarios más utilizados en la evaluación de la depresión por los terapeutas cognitivos. La finalidad de estos cuestionarios es

recoger información de los síntomas (p.e intensidad, frecuencia), distorsiones cognitivas y supuestos personales, que permitan al terapeuta elaborar una hipótesis general del caso. Los cuestionarios más usados son:

1) Inventario para la valoración de la depresión

(B.D.I): Es un inventario de 21 ítems referente a distintos síntomas depresivos (con relevancia de los cognitivos) que el terapeuta (forma heteroaplicada) o el paciente (forma autoaplicada) evalúan. La puntuación global permite al terapeuta estimar la intensidad de la depresión; y el análisis de los ítems, detectar los síntomas más frecuentes o formular hipótesis sobre su base cognitiva. Este inventario se suele usar al inicio de cada sesión para conocer la evolución de la intensidad del trastorno. (BDI: Inventario de depresión de Beck, Beck, 1978).

2) Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck (1978):

Consta de 35 ítems que representan 7 creencias disfuncionales. El sujeto valora el grado de acuerdo con los ítems. Da una idea de cuales creencias o supuestos pueden ser predominantes en el sujeto.

3) Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974):

Consta de 20 ítems. El sujeto valora si aplicados a él son verdaderos o falsos. Permite evaluar el grado de desesperanza, es decir la actitud del sujeto hacia las expectativas futuras; uno de los tres componentes de la triada cognitiva.

4) Escala de pensamientos suicidas (Beck, 1978):

Consta de 23 ítems que permiten al terapeuta valorar la actitud suicida del paciente.

5. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN:

El curso típico de la C.T en el tratamiento de la depresión ha sido descrito por Beck (1979). En el hipotético caso de que el tratamiento durara 10

sesiones, la secuencia podría ser la siguiente: (Ver **tema 6**).

- SESIÓN N°1 A N°2:

- Socialización terapéutica: Que el paciente entienda la relación entre pensamiento (evaluaciones negativas)-conducta (bajo nivel de actividad)- estado emocional (depresión).

- Que el paciente aprenda a utilizar la hoja de autoobservación.

- Evaluar el nivel de actividad: autorregistro de actividades diarias en una semana, anotando cada hora la actividad realizada y el grado de dominio (o dificultad) y agrado (p.e utilizando una escala de 0-5 para dominio y agrado).

- Explicar el proceso de la terapia y el rol de las recaídas.

- SESIÓN N°3 A N°7:

- Utilización de técnicas cognitivas y conductuales para el manejo del nivel de actividad, estado emocional depresivo y pensamientos automáticos asociados.

- Técnicas cognitivas basadas en la búsqueda de evidencias para los pensamientos automáticos.

- Técnicas conductuales basadas en la programación gradual de actividades como vía de cambio de los pensamientos automáticos.

- SESIÓN N°8 A N°10:

- Análisis de los Supuestos personales.

- Tareas conductuales como "experimentos personales" para comprobar la validez de los supuestos personales.

- SEGUIMIENTO:

- Sesión n°11 (p.e mensual).

- Sesión nº12 (p.e trimestral).
- Sesión nº13 (p.e semestral o anual).

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

6. A TÉCNICAS CONDUCTUALES:

Beck (1979, 1985) indica que en las primeras fases de la terapia cognitiva y, en especial con los pacientes más deprimidos, suele ser necesario que se establezca el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. El bajo nivel de actividad se relaciona con la autovaloración del paciente ("Inútil", "Incapaz...") y con el estado de ánimo depresivo. Las técnicas conductuales utilizadas en la C.T tienen una doble finalidad: (1º) Producir un incremento en el nivel de actividad, modificando la apatía, pasividad y falta de gratificación del paciente y (2º) facilitar la evaluación empírica de sus pensamientos automáticos y significados asociados (incompetencia, inutilidad, incontrolabilidad). Las principales técnicas conductuales utilizadas en el abordaje de la depresión son:

1- ASIGNACIÓN GRADUAL DE TAREAS: El terapeuta contrarresta la creencia del paciente sobregeneralizada de incapacidad poniéndola a prueba ("¿Podríamos comprobar tu creencia de que eres incapaz de...?". Para ello, con el paciente, se establecen objetivos-tareas graduales, adecuandolas al nivel de funcionamiento del paciente e incrementando de modo creciente su dificultad, a medida que progresa con ellas. Esto permite al paciente aumentar sus expectativas de autoeficacia (Bandura, 1976).

2- ENSAYO COGNITIVO: A veces, el paciente necesita como paso previo a la realización de una tarea, el ser capaz de verse afrontándolas. Se puede ensayar con el paciente, imaginativamente, los pasos implicados en una tarea. Eso puede permitir al paciente

descatastrofizar o desdramatizar tareas percibidas como muy dificultosas.

3- PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS:

El terapeuta y el paciente programan tareas diarias que pueden posibilitar el aumento de gratificaciones (refuerzos) para el paciente; o como tareas distractoras de momentos de malestar (p.e ejerciendo un control de estímulos predecibles y negativos).

4- TÉCNICA DEL DOMINIO Y AGRADO:

El paciente valora el dominio logrado en las actividades programadas, así como el placer logrado con su realización (p.e escalas de 0-5). Esto puede permitir al terapeuta reprogramar actividades con el paciente, de modo que aumente su dominio o agrado, o corregir distorsiones cognitivas a la base (p.e maximización de tareas no dominadas o desagradables y minimización de tareas agradables y dominadas).

5- EJECUCIÓN DE ROLES: Mediante el modelado y la inversión de papeles, el terapeuta puede generar puntos de vista alternativos a las cogniciones disfuncionales y habilidades de resolución de problemas.

6- ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Algunos pacientes depresivos, debido a sus creencias disfuncionales, suelen inhibir sus conductas de defensa de sus derechos personales o sus expresiones de deseos y opiniones personales. El terapeuta puede presentar esos "derechos", pedir la opinión del paciente sobre si los lleva a cabo, valorar las ventajas de hacerlo, y el modo de llevarlo a cabo.

6. B. TÉCNICAS COGNITIVAS:

Las técnicas cognitivas tienen por finalidad (Beck, 1979, 1985): (1) Elicitar los pensamientos automáticos que expresan las distorsiones cognitivas, (2) Comprobar el grado de validez de los pensamientos

automáticos, (3) Identificación del los supuestos personales y (4) Comprobar la validez de los supuestos personales. (Ver **capítulo 6**)

1- RECOGIDA DE LOS PENSAMIENTOS

AUTOMÁTICOS: El terapeuta explica al paciente el autorregistro (normalmente se compone de tres partes: situación-pensamiento-estado emocional; a veces se añade también el elemento conductual cuando este componente es relevante). También explica la relación pensamiento-afecto-conducta y la importancia de detectar los pensamientos automáticos. Indica al paciente hacerlo en lo momentos de perturbación emocional, y muestra como hacerlo (**capítulo 6** de esta obra). (Fig.26)

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES (FIG.26)	
SITUACIÓN	-----> "Mi marido llegó a casa y no me besó"
EMOCIÓN	-----> Tristeza
PENSAMIENTO	-----> "No le importo nada"
CONDUCTA	-----> "Llorar, callarme y ponerme más triste"
CONSECUENCIAS	----->

2- TÉCNICA DE LA TRIPLE COLUMNA: Sobre el autorregistro el paciente aprende a cuestionarse la evidencia que tiene para mantener un determinado pensamiento automático y a generar interpretaciones más realistas o útiles. Para ello se suele llevar un autorregistro con tres columnas: en la primera anota la situación desencadenante del sentimiento desagradable, en la segunda los pensamientos automáticos relacionados con esa situación y esas emociones negativas, y en la tercera pensamientos alternativos tras

valorar las evidencias para los pensamientos automáticos anteriores. Fig.27)

REGISTRO DE LA TRIPLE COLUMNA (FIG.27)

SITUACIÓN -----> "Mi marido llegó a casa y no me besó"

EMOCIÓN -----> Tristeza

PENSAMIENTO INICIAL -----> "No le importo nada"

MODIFICACIÓN PENSAMIENTO -----> "No tengo pruebas de que no le importe, ha tenido atenciones..."

CONDUCTA - CONSECUENCIAS -----> "Conversar con él"

3- IDENTIFICACIÓN DE LOS SUPUESTOS

PERSONALES: Durante la entrevista con el paciente o la revisión de los autorregistros el terapeuta puede elaborar hipótesis acerca de los Supuestos personales subyacentes al trastorno. Los medios más frecuentemente usados son el escuchar como el paciente justifica su creencia en un determinado pensamientos automático (p.e "¿Por qué razón cree eso?") o escuchando su respuesta a la importancia dada a un hecho (p.e "¿Por qué es eso tan importante para usted?). Aplicándolo a los ejemplos de la fig. 27 y 28, podría ser:

(Terapeuta): "¿Por qué razón cree (o pensó) que no le importa usted nada (al no besarla al llegar)?".

(Paciente): "Si él me quisiera de verdad estaría más pendiente de mí".

(Terapeuta) "¿Por qué le importó, de esa manera, el que no la besara al llegar".

(Paciente). "Yo necesito, para estar feliz, que tengan muestras de cariño conmigo".

4- COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS SUPUESTOS PERSONALES: El terapeuta diseña con el paciente tareas conductuales, a modo de "experimentos personales, dirigidas a comprobar el grado de validez de los supuestos personales. Por ejemplo, con la paciente referida en el apartado anterior se podría comprobar si ella puede ser feliz (habiendo definido lo más claramente posible "su felicidad"), con actividades ajenas a las muestras afectivas que puede recibir de otros. Otras maneras de manejar este supuesto sería el listar sus ventajas e inconvenientes y tomar decisiones en función de ese listado, o comprobar si las muestras de desacuerdo de otros producen necesariamente la infelicidad, etc.

7.CASO CLÍNICO (Terapeuta: Juan José Ruiz Sánchez, 1989)

- Se presenta el caso de una adolescente con una distimia de intensidad moderada, tratada con psicoterapia cognitiva (C.T, Beck, 1979).

7.1. HISTORIA CLÍNICA:

1) Datos de identificación:

. Chica de 17 años. Soltera. Estudiante de C.O.U. Residente en Úbeda (Jaén)

. Derivada por el médico de cabecera al Equipo de Salud Mental de Úbeda.

2) Motivo de consulta:

Está triste, no deja de llorar. No quiere salir de la casa. El año pasado hizo un tratamiento para la obesidad. Desde entonces come muy poco. Al principio perdió 12 Kg, pero ahora los ha recuperado y no los pierde (65 kilos). No tiene trastornos menstruales. Le pide a la familia que no la dejen sola porque tiene

"malos pensamientos". LLeva así unos 20 días; aunque la tristeza la tiene desde el año pasado a raíz de no conseguir perder peso. La tristeza actual la relaciona con haber suspendido una asignatura.

3) Sintomatología:

- Cognitiva:

- Pensamientos sobre la muerte ("Es mejor morir"). No son intensos, ni van acompañados de una clara intención suicida.
- Autocríticas: "Me veo gorda", "Estoy muy mal", "Soy una inútil".

- Afectiva:

- Tristeza.
- Irritabilidad.
- Llanto.

- Motivacional:

- Pérdida de interés por actividades cotidianas (sociales, comunicación con su familia, relaciones sociales).

- Fisiológica:

- Obesidad moderada.
- Pérdida de apetito.

- Conductual:

- Evitación de situaciones sociales (relaciones con amistades).

4) Historia del problema y tratamientos anteriores:

- Se encuentra triste a raíz de su fracaso para adelgazar desde el año pasado.
- Este episodio a raíz de sus notas malas en los estudios.

- Ha tomado un psicofármaco durante dos meses (Tofranil 25: 0-0-1) sin que le haya sido de ayuda. El tratamiento fué prescrito por un psiquiatra del ESMD.

5) Historia personal y familiar:

- Buena relación con su hermano (14 a. Ha terminado 8º de EGB).

- Su madre tratada de "depresiones en la primavera, hace 10 años por un psiquiatra. La madre refiere que "todo lo que tiene es que quiere adelgazar", la paciente responde que eso es cierto, pero no es eso tan solo.

- Añade la paciente que con su madre nunca se ha entendido bien. Con su padre disiente en el tema del tabaco. "Siempre ha intentado hacer lo que ellos querían, pero nunca he estado cerca (confianza) y no me importaba".

- No novio. Ha estado saliendo con varios, pero nunca ha durado la relación: "Al principio te gusta mucho y cuando lo consigues, lo ves igual que tú, y ya no me interesa". Ella cortó la última relación, de acuerdo con su pareja.

- Tengo ganas de llorar todo el día, o sino me acuesto y es peor"... "He llegado a un punto que no me importaba nada, ni ropa, ni estudios".

- Así desde que acabó el curso (el verano pasado igual). "Cuando estoy entretenida me siento bien ". "Pienso en que no he hecho nada, que no sirvo para nada...lo que hago bien es porque lo sé hacer y no tiene importancia"...

"Importante sería hacer algo que te hiciera sentir orgullosa".

- Se ve gorda y rellenita, sin sentirse a gusto con su cuerpo. La madre hace régimen para adelgazar con el mismo endocrino.

- Su padre le dice que lo que tiene "son tonterías" y su madre le anima para que salga, aunque ella no tiene ganas.

6) Cuestionarios:

- BDI=24 puntos. Depresión moderada.

- Registro de opiniones (Mckay y cols., 1981): Puntúa más alto en la idea de "Tengo que tener la aprobación de la gente importante para mí".

7) Diagnóstico:

- Distimia.

7.2. ANÁLISIS FUNCIONAL-COGNITIVO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

SITUACIONES-----SUPUESTOS PERSONALES

- Fracaso en la dieta "Tengo que hacer las cosas que me propongo bien para considerarme útil"

- Fracaso en los estudios

- Relaciones sociales "Soy una inútil y un fracaso como persona, porque lo que hago no me sale bien"

"La gente se da cuenta de lo inútil que soy y me rechazará"

DISTORSIONES COGNITIVAS Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

- -"No hago nada bien" (Sobregeneralización)
- "No adelgazar y haber suspendido, demuestra lo inútil que soy" (Abstracción selectiva)
- "Soy una inútil" (Polarización/Etiquetación)

- "La gente se da cuenta de lo inútil que soy" (Personalización)
- "Lo que hago bien es porque lo sé hacer y no tiene importancia" (Maximización-Minimización)
- "Mis amigos me van a rechazar" (Inferencia arbitraria)

CÍRCULO INTERACTIVO RESULTANTE

PENSAMIENTOS (Ver anteriores)----**ESTADO EMOCIONAL—CONDUCTAS**

- Tristeza
- Evitación de las relaciones sociales
- Irritabilidad .Poca comunicación con su familia
- Llanto
- Pérdida de interés (estudio, relaciones...)

CONSECUENCIAS

- .Críticas del padre ("Son tonterías")
- Se siente incomprendida
- La madre le anima a salir, pero no tiene ganas.
- Se siente incapaz
- Autocríticas.
- Incapacidad

7.3. PROCESO DE INTERVENCIÓN:

- Sesiones de evaluación: 2
- Historia clínica.

- Cuestionarios. EDI=24 puntos.
- Análisis funcional/cognitivo.
- Conceptualización de los problemas:
- Reglas rígidas de valoración-autovaloración de sus rendimientos (control de peso, estudios, relaciones sociales).
- Depresión y evitación social.
- Sesiones de intervención: 7

SESIÓN N°1:

- BDI=17 puntos.
- Se representa la conceptualización de los problemas.
- Socialización terapéutica: Se explica la relación pensamiento-afecto- conducta y la finalidad de la terapia cognitiva.
- Explicación de autorregistro: forma de proceder.
- Tarea para casa: Autorregistro focalizado en los períodos de "tristeza".

SESIÓN N°2:

- BDI=19 puntos.
- Análisis de autorregistro: Etiquetación-polarización ("Soy inútil y tonta") y Sobregeneralización ("No puedo hacer nada bien").
- Explicación del cuestionario de pensamientos automáticos. Feedback de comprensión. Se aplica al autorregistro. (Tar.casa)

SESIÓN N°3

- BDI=19 puntos.

- Análisis de autorregistro: Sobregeneralizaciones ("No sirvo para nada", "Nada me sale bien", "Mi madre siempre está igual").
- Idem tarea para casa.

SESIÓN N°4

- BDI=20 puntos.
- Análisis de autorregistro: sobregeneralizaciones (idem a anteriores) y abstracción selectiva / polarización ("Suspender demostraría lo inútil que soy"). Cuestionario-evidencias.
- Otros problemas: No conseguir adelgazar demuestra lo inútil que es. Suspender también (próximo examen). Cuestionamiento.
- Idem tarea para casa.

SESIÓN N°5

- No acude a la cita. Coincidió con el examen.

SESIÓN N°6

- BDI=18 puntos.
- Análisis de autorregistros y evidencias (idem a anteriores).
- Otros temas: No ha aprobado las matemáticas; cree que "No vale para los estudios ni para nada". Reconoce que no tiene pruebas para esa conclusión; y si en cambio evidencias en contra (se le da bien otras asignaturas, trabajar en casa, cuando se muestra afectuosa con su familia..etc).
- Otros temas: No ha aprobado las matemáticas; cree que "No vale para los estudios ni para nada". Reconoce que no tiene pruebas para esa

conclusión; y si en cambio evidencias en contra (se le da bien otras asignaturas, trabajar en casa, cuando se muestra afectuosa con su familia, etc).

- Introduzco el concepto de Regla personal (Supuesto personal) y la hipótesis de cual podría mantener ella (ver conceptualización y análisis funcional). Ella afirma de que "Hay que tener un barómetro para valorar si lo que haces lo haces bien o mal". Analizamos ese barómetro (regla, supuesto); sus ventajas, inconvenientes y evidencias. Ella concluye: "Suspender indicaría que tendría que repetir y no irme a Granada como quiero a estudiar en la universidad, y eso sería desagradable, pero eso no demostraría que yo sería una inútil. A la misma conclusión llega respecto al control de peso.

. Tarea para casa:

- Seguir cuestionamiento de pensamientos automáticos y regla asociada.
- Introduzco tareas conductuales:
 - Iniciar ejercicios (apuntarse a un gimnasio)
 - Reiniciar salidas con conocidos (p.e dos veces en semana al menos una hora cada salida), para comprobar dominio-agrado y reunir evidencias sobre sus expectativas de rechazo.

SESIÓN N°7:

- BDI=9 puntos.
- Evolución favorable. Ella desconfirma las expectativas de rechazo (se queda con los amigos a pesar de pensar que le van a rechazar, cosa que no sucede). Además abordamos el tema "como si hubiese sido

rechazada o criticada"; diferencia ser rechazada de ser inútil.

- Experimento personal: ¿Podemos comprobar qué cosas valoran tus amigos como amistad: aspecto físico u otras características? Preguntarles a varios amigos que piensan de su aspecto y sus notas.

SESIÓN N°8:

- BDI=2 puntos.
- En pérdida de apetito y peso (para ella positivo).
- Resultados del experimento: "A ellos no les importa mi aspecto físico para ser mis amigos, me han dicho que eso es cuestión mía". Ellos tienen más en cuenta otros aspectos (lealtad, sinceridad, etc.).
- Anticipamos posibles situaciones de riesgo (volver a suspender, a ganar peso, etc.). Ella diferencia fracasar en estos aspectos de su valor personal.
Pide el alta. Alta.

11. TRATAMIENTO DEL DUELO PATOLÓGICO

1. PAUTAS DIAGNÓSTICAS DEL DUELO PATOLÓGICO

La descripción más precisa de lo que constituye una definición de duelo, se encuentra en la obra de S.Freud (1917) llamada "Duelo y melancolía".

Aunque nosotros no compartimos su interpretación del duelo, si creemos que su descripción clínica es muy precisa. Freud, destaca como las características propias del duelo:

A. Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, el ideal, etc).

B. El duelo es un afecto normal paralelo a la melancolía (depresión); excepto en una característica: en el duelo no está afectado el "amor propio" (autoestima).

C. Conlleva la convicción del sujeto de ser castigado por una culpa cometida por el.

Sin embargo, lo anterior constituiría las características de un duelo normal. El duelo patológico, además, tendría las siguientes características:

D. Estado de estrés y depresión que persiste tras un año de la pérdida (la mayoría de las veces referidas a un ser querido). Tras un año de la pérdida el sujeto manifestaría (Ramsay, 1977):

- Estado de ánimo depresivo.

- Recuerdos intrusivos referentes a las circunstancias de la pérdida, o sueños recurrentes respecto a la persona perdida.
- Reacciones de estrés (insomnio, ansiedad, etc).

2. EL MODELO COGNITIVO DEL DUELO PATOLÓGICO: EL MODELO DE BOWLBY (1980)

El modelo de Bowlby (1980) referente al duelo patológico consta de tres grupos de variables esenciales: (1) Características personales de la persona que sufrió la pérdida, (2) Experiencias infantiles de la persona que sufrió la pérdida y (3) Procesamiento cognitivo de la pérdida ("Elaboración del duelo"). Con respecto a las características personales, Bowlby destaca que hay tres grupos de personas vulnerables a desarrollar duelos patológicos: Aquellas que establecen relaciones afectivas cargadas de ansiedad y ambivalencia (apego ansioso); aquellas que establecen sus relaciones afectivas a través de cuidar compulsivamente a otros; y aquellas que afirman de modo compulsivo, su autosuficiencia e independencia respecto a los vínculos afectivos. Estos tres grupos de personas ante la pérdida del ser querido reaccionan con culpa y autocríticas por el suceso; reacción prolongada que produciría el duelo patológico. Estas personas desarrollaron en su infancia una peculiar manera de vincularse a sus cuidadores, debido a determinadas experiencias. Así, las personas con un apego ansioso tuvieron experiencias con sus padres (o sustitutos) donde estos le amenazaban con el abandono o suicidio, o bien con amenazas más sutiles como la retirada de afecto si no cumplían sus exigencias, o bien le referían lo detestable que era el sujeto para sus padres y lo que les hacía sufrir. En cambio las personas predispuestas a

prodigar cuidados compulsivos, tuvieron experiencias por parte de sus padres en el sentido de que estos le hacían sentir responsables de su enfermedad (padres enfermos reales, o hipocondríacos) o bien de inducirles la obligación de cuidarlos, o ambos aspectos conjuntamente. Por último las personas predispuestas a mostrar compulsivamente autosuficiencia e independencia solieron recibir críticas y castigos por mostrar sus emociones o necesidades afectivas. Estos tres grupos de personas, posteriormente "reproducirían" relaciones similares (p.e pareja); y reaccionarían a la pérdida con un intenso sentimiento de culpa.

Sin embargo la conexión entre el hecho de la pérdida, las experiencias infantiles, la predisposición personal, y la respuesta patológica, es vinculada cognitivamente (ver **capítulo 5** de esta obra). Bowlby (1980) defiende que el sujeto ha desarrollado un disociación cognitiva entre lo que el describe de como eran las relaciones con la persona perdida y lo que él atribuye como causa de la pérdida (representado en la memoria episódica). Esta última información a menudo no es accesible a la conciencia, y su procesamiento suele ser "inconsciente". La explicación que da Bowlby a este hecho es que los padres de alguna manera "presionaron" para que el chico/a tuviera una buena imagen de ellos, y esa presión introdujo una regla cognitiva que prohibía revisar el funcionamiento real con ellos (que se reproduce de alguna manera con la persona perdida).

Los terapeutas cognitivos-conductuales han adoptado la anterior formulación "cognitivo-dinámica" en general. Especialmente Ramsay (1977) han definido el duelo patológico como un estado de estrés postraumático con evitación de estímulos internos y externos que puedan recordar la pérdida. El sujeto mantendría un esquema cognitivo ligado a la relevancia de la persona perdida y errores cognitivos

(maximización de recuerdos negativos y minimización de recuerdos positivos; visión catastrofista sobre lo mal que se pasa al recordar al difunto, y culpa por haberse conducido/o haber dejado de realizar ciertas tareas hacia el difunto; e incluso culpa por haber experimentado ciertos sentimientos negativos hacia el difunto, en vida). En la figura nº28 representamos de modo integrado el modelo de Bowlby-Ramsay.

MODELO COGNITIVO DEL DUELO PATOLÓGICO (FIG. 28)

EXPERIENCIAS	TEMPRANAS	CON
LAS-----	VULNERABILIDAD	
PERSONAL		GENERAL/
FIGURAS DE APEGO (1)	RELACIONES	
AFFECTIVAS CON EL DIFUNTO DE TIPO		
PATOLÓGICO (2)		

- Amenazas parentales de abandono o suicidio
- Predisposición al apego ansioso y ambivalente
- Amenazas de retirada de afecto si no se cumplen las exigencias parentales.
- Predisposición a prodigar cuidados compulsivos autosuficiencia e independencia
- Predisposición a afirmar compulsivamente
- Quejas parentales de sufrimiento que genera el hijo y el sacrificio por este .Inducción parental a que el hijo cuide de la enfermedad del padre/madre o sea responsable de esta

- Ridiculización, castigo, y desaprobación de las muestras de afecto y peticiones afectivas del hijo

ESQUEMAS COGNITIVOS TÁCITOS (3)

.Disociación entre lo descrito de la relación (idealizada) y la relación real recordada con dificultad

.Significados referentes a la responsabilidad personal de haber sentido, realizado, o no haber realizado, ciertas acciones y emociones hacia el difunto

DISTORSIONES COGNITIVAS Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (4)

- Minimización de recuerdos negativos, o al contrario, idealización de la relación (maximización)
- Minimización de recuerdos positivos o negativos
- Culpa
- Visión catastrófica respecto a revisar la relación con el difunto ("trabajo de elaboración del duelo")

EVENTO (5)-----CIRCULO INTERACTIVO RESULTANTE (6)

- Pérdida del difunto
- Pensamiento-Afectos-Conductas/Consecuencias

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Siguiendo la explicación que da Bowlby (1980) a porqué funciona la terapia del duelo, concluimos 3 objetivos de esta:

- 1- Facilitar la expresión de sentimientos inhibidos hacia el difunto.
- 2- Facilitar la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida y el relato de las relaciones con el difunto.
- 3- Lograr a partir de los dos puntos anteriores la activación cognitiva de procesamiento de informaciones previamente excluidas.

4. CUESTIONAMIENTO DE EVALUACIÓN

En general se emplean los mismos que en la evaluación de la depresión (ver **capítulo 10**).

5. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Estamos de acuerdo con Raphael (1977) es dividir el proceso de la terapia del duelo patológico en tres fases:

1ª Alentar al paciente a que hable de las circunstancias que condujeron a la pérdida, su reacción a esta, y el papel que cree que desempeñó en la misma (atribuciones).

2ª Alentar al paciente a que hable de la persona perdida y su historia relacional con ella, con todos sus altibajos. Se puede utilizar apoyos físicos (fotografías y otros recuerdos) para esta labor.

3ª Una vez que va cediendo la idealización de la relación, se pueden examinar las situaciones relacionales que produjeron cólera, culpa, anhelo, o tristeza inhibida, e introducir alternativas a su conceptualización (diríamos desde un punto de vista más reciente: reatribuciones y construcciones alternativas).

En general el terapeuta puede seguir esta secuencia. Pero Ramsay (1977) ha apuntado una serie de técnicas que pueden contribuir al proceso de "elaboración" del duelo que apuntamos a continuación.

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

6. A. TÉCNICAS CONDUCTUALES:

Su objetivo básico consiste en reducir la tendencia del sujeto a la evitación de recuerdos dolorosos (eventos, pensamientos, sentimientos, etc) y situaciones ansiógenas externas; para que así el sujeto pueda habituarse a ellos, o "procesarlos" (elaborarlos).

1- PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE DOMINIO-AGRADO: Por ejemplo reemplazar las visitas al cementerio por actividades potencialmente agradables.

2- EXPOSICIÓN SIMBÓLICA: Por ejemplo ordenar una habitación como si el paciente viviera los momentos previos a su propia muerte; o imaginarse rodeado de los seres queridos, despidiéndose de cada uno de ellos antes de morir.

3- EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE REPUESTAS DE EVITACIÓN: Consiste en verbalizar los recuerdos vivenciales en relación al difunto sin evitar tal tarea. En cierto modo la "asociación libre" aplicada a esta tarea tendría la misma función.

4- LA AMPLIFICACIÓN DE SENTIMIENTOS: Consiste en la expresión de sentimientos positivos o negativos hacia la persona desaparecida, de forma más o menos dramatizada.

5- JUEGO DE ROLES: Psicodramatizar o representar escenas relevantes, y a menudo conflictivas, respecto a la relación con el difunto, de modo que se puedan experimentar cogniciones y emociones relevante y que

han sido evitadas. Se puede emplear el procedimiento de la "silla vacía" de la gestalt.

6. B. TÉCNICAS COGNITIVAS:

Su objetivo es revisar la validez de la cogniciones y significados que el sujeto da a la experiencia de la pérdida; de modo que pueda realizar atribuciones más ajustadas a la realidad y elevar sus expectativas de esperanzas a continuar su vida sin el difunto.

1- DESCATASTROFIZAR: Se trabaja las probabilidades reales de que sucedan eventos catastróficos si el sujeto afronta determinados recuerdos o situaciones. La exposición apoya la descatastrofización.

2- REATRIBUCIÓN: Se examinan las evidencias que el sujeto tiene para su culpa y se revisan las evidencias para explicaciones alternativas más plausibles (normalmente, atribuciones externas frente a internas).

3- AUTOACEPTACIÓN: Se trabaja con el sujeto sus exigencias y autocríticas por haber experimentado ciertos sentimientos hacia el difunto (p.e agresivos, odio, etc) y se diferencia entre estos y la persona global.

7. CASO CLÍNICO (Terapeuta: Ramsay, 1976)

Describe el caso de una mujer de 40 años cuya hija había muerto dos años y medio antes; después de su muerte, la paciente presentó insomnio con despertar matutino, irritabilidad y pérdida de peso, problemas que no habían respondido a un tratamiento intensivo psicofarmacológico. El tratamiento supuso cinco sesiones de exposición en fantasía, suponiendo un total de nueve horas. Las sesiones consistían en que la paciente imaginaba la pérdida de su hija, la manipulación de sus pertenencias y la visita a lugares que le recordaban su existencia. A los diez meses de seguimiento la paciente se encontraba muy mejorada,

habiendo ganado peso, habiendo desaparecido la mayor parte de la pena mórbida, trabajaba a jornada completa y se había inscrito en diversos clubes, incluso en uno para jóvenes. Hay que apuntar que junto a esta actividad conductual: Ramsay trabajó con la paciente sus "monólogos interiores" (pensamientos automáticos y significados asociados) referente a su responsabilidad del evento y expectativas futuras.

12. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

1. PAUTAS DIAGNÓSTICAS DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA POR EL DSM-IV

A. Ansiedad y preocupación (expectativa aprensiva) excesivas en torno a toda una serie de acontecimientos o actividades y que tienen una duración de al menos seis meses.

B. Le es difícil al individuo controlar la preocupación

C. Se dan al menos tres de los siguientes síntomas:

- Inquietud o sentirse activado
- Fatigarse fácilmente
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Perturbaciones del sueño (dificultad para dormir o sueño poco reparador)

D. El núcleo de la ansiedad y la preocupación no se limita a otros trastornos del eje I

E. La ansiedad, las preocupaciones o los síntomas físicos producen un deterioro o malestar importante en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas relevantes

F. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica

2. EL MODELO COGNITIVO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA: EL MODELO DE BECK (1985)

Se parte de la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación-arousal emocional (a nivel conductual). Beck (1985) refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas.

Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos. Los esquemas cognitivos subyacentes suelen ser ideosincráticos, aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud (Jarret y Rush, 1988).

Las distorsiones cognitivas que aparecen en el trastorno por ansiedad generalizada son (Beck, 1985).

1. Inferencia arbitraria-Visión catastrófica: Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.

2. Maximización: El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.

3. Minimización: El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

Beck (1985) añade que en los trastornos por ansiedad, pánico y fóbias, la activación cognitiva de los

esquemas de amenaza, produciría una especie de "bypass cognitivo": una especie de evitación, cortocircuito o dificultad para que operara el pensamiento racional del sujeto; el sistema primitivo de procesamiento de la información competiría con el sistema racional y evolucionado de procesamiento. Esto explicaría el típico "conflicto neurótico" entre la razón y la "irracionalidad" percibida por el sujeto en sus cogniciones. En la figura nº29 representamos el modelo.

HISTORIA PERSONAL Y FACTORES BIOGENÉTICOS (1)-----"Contexto de formación"--- ESQUEMAS COGNITIVOS (2)

.Peligros-amenazas referidos: relaciones sociales, identidad personal, rendimiento, autonomía y salud

EVENTOS ACTUALES ACTIVADORES----- DISTORSIONES COGNITIVAS (3)

- .Maximización del peligro
- .Minimización de la seguridad y habilidades de afrontamiento
- .Anticipación del daño (visión catastrófica)

CIRCULO INTERACTIVO RESULTANTE Pensamientos-----Afectos/Activación fisiológica-----Conductas

.Aprensión	.Ansiedad
.Indecisión	.Inhibición del habla y movimiento
.Pensamientos sobre amenazas	.Tensión muscular

.Síntomas
neurovegetativos

.Conductas de huida
o evitación

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Siguiendo a Jarret y Rush (1988) los objetivos de la psicoterapia cognitiva en el trastorno por ansiedad generalizada son:

1º Reducción de la frecuencia, intensidad y duración de la activación autonómica/ansiedad.

2º Reducción de la conducta de evitación, huida o inhibición.

3º Facilitación de la adquisición de habilidades de afrontamiento yón de la ansiedad generalizada.

4º Identificación y modificación de la base cognitiva del trastorno: distorsiones cognitivas y Esquemas cognitivos (Supuestos personales) que hacen vulnerable al sujeto a padecer ansiedad.

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

Existen multitud de cuestionarios dirigidos a la evaluación de la ansiedad. Nosotros vamos a referir alguno de ellos siguiendo las orientaciones de V. Conde Lopez y J.L. Franch Valverde (1984). Los cuestionarios referidos se utilizan para cuantifica la sintomatología de los trastornos de ansiedad. Para la evaluación de las distorsiones cognitivas y creencias personales se utilizan cuestionarios similares a los de la evaluación de otros trastornos (e.g. ver capítulo sobre el **tratamiento de la depresión**).

1) Escala heteroaplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton: Está compuesta por 14 ítems,

cada uno correspondiente a un conjunto de manifestaciones de la ansiedad. El evaluador asigna una puntuación de 0 a 4 en función de la frecuencia e intensidad en lo que se presentan los síntomas. (Hamilton, 1959).

2) Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton (Conde y French, 1984): Idéntica a la anterior, pero permitiendo al paciente que autoevalúe los síntomas.

3) Escala de ansiedad de Zung (Zung, 1971): Compuesta por 20 ítems con posibilidad de puntuación de 1 a 4. Existe una versión heteroaplicada y otra autoaplicada.

4) Escala de ansiedad manifiesta de Taylor (Taylor, 1953): Consta de 50 ítems que el sujeto valora como "verdadero" o "falso". Mide la ansiedad-rasgo, no el estado de ansiedad. Aunque no está diseñada para medir los cambios sintomatológicos, su puntuación global se relaciona con los cambios sintomatológicos.

5) Escala de ansiedad-depresión y vulnerabilidad (Hassanyeh y cols, 1981): Está compuesta por 63 ítems a los que el paciente debe contestar "sí" o "no". Estos ítems puntúan en tres escalas: (subescala de ansiedad, subescala de depresión y subescala de vulnerabilidad a sufrir un trastorno emocional. La subescala de depresión y subescala de vulnerabilidad a sufrir un trastorno emocional. La subescala de depresión correlaciona con el B.D.I (O.90) y la subescala de vulnerabilidad con la escala N del E.P.Q de Eysenck. Esta escala permite al evaluador varias dimensiones que pueden presentarse conjuntamente en la clínica.

6) Escala autoaplicada para la evaluación de la depresión-ansiedad de Beck- Pichot: Consiste en una escala que añade 10 ítems a los 21 originales de la escala de Beck. Estos 10 ítems recogen información

sobre síntomas de ansiedad. Es una escala autoaplicada. Puede ser útil para evaluar cuadros ansioso-depresivos.

5. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

El proceso de intervención sigue una línea similar a la C.T del tratamiento de la depresión (Beck, 1979, 1985; Jarret y Rush, 1988):

1º Socialización del paciente en el modelo cognitivo de la terapia: Relación pensamiento-afecto-conducta, papel de los pensamientos automáticos y terapia como aprendizaje de alternativas cognitivas y conductuales para el manejo de la vulnerabilidad personal.

2º Elicitación de pensamientos automáticos: Uso de autorregistros. El terapeuta toma nota sobre los significados asociados de modo que pueda hipotetizar sobre los supuestos personales.

3º Evaluación de la validez de los pensamientos automáticos: evidencias, alternativas, consecuencias, experimentos personales para predicciones amenazantes y de no afrontamiento (p.e usando habilidades conductuales).

4º Identificación de Supuestos personales y examen de su validez (ídem a apartado anterior).

6. TÉCNICAS COGNITIVAS:

Su función central está basada en la identificación de las percepciones amenazantes y de no seguridad del sujeto; y una vez identificadas (junto a los significados asociados) al ofrecer un marco para su contraste evidencial ("pruebas de realidad").

1- CUESTIONAMIENTO DE PENSAMIENTOS CATASTROFISTAS:

El terapeuta enseña al paciente a cuestionarse sus pensamientos catastrofistas: "¿Qué probabilidades hay de que ocurra eso?, ¿Podría hacerse algo si llegase a

ocurrir?, ¿Cuanto durarían los efectos, sería tan grave?, ¿Otras veces lo pensó, y qué ocurrió en realidad?".

2- USO DE LA IMAGINACIÓN: El sujeto puede imaginar situaciones amenazantes y su afrontamiento a ella junto con autoinstrucciones de autocontrol. También se pueden jerarquizar las situaciones amenazantes (p.e en forma de desensibilización sistemática).

3- OTRAS TÉCNICAS COGNITIVAS: [Ver capítulo 2.](#)

6. B. TÉCNICAS CONDUCTUALES:

Su función es proporcionar evidencias al paciente que modifiquen sus expectativas amenazantes y su percepción de incapacidad de afrontamiento (es decir aumentan las expectativas de autoeficacia).

1- TÉCNICAS DE RELAJACIÓN: Induce distracción cognitiva y habilidad para la reducción de la activación ansiógena.

2- ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Dirigido a aumentar la habilidad de autoafirmación del sujeto y la reducción de inhibiciones conductuales.

3- TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN: Cuando es posible identificar situaciones respectivas y frecuentes relacionadas con la ansiedad, el sujeto puede aprender a enfrentarlas sin evitarla (en vivo y/o en imaginación) de modo que se habitúe a ellas y desconfirme sus expectativas.

7. CASO CLÍNICO (Terapeuta: S. Alario Bataller, 1989) (Adaptación: J. Ruiz, 1992)

7.1. HISTORIA CLÍNICA:

1) Datos de identificación personal:.. Hombre de 35 años, soltero y catedrático de instituto en Valencia.

- Pide la consulta aconsejado por un amigo que había estado en tratamiento por este terapeuta.

2) Motivos de consulta:

- Se encuentra constantemente ansioso. Tiene periodos de depresión y fuertes dolores de cabeza.

3) Sintomatología:

. Cognitiva:

- Preocupación, miedo y temor a que le pase algo calamitoso a él o a su madre.

. Afectiva:

- Ansiedad constante.
- Periodos de tristeza esporádica.
- Irritabilidad ocasional.

. Fisiológica:

- Tensión motora (temblor, dolores musculares, fatigabilidad, inquietud, intranquilidad...)
- Hiperactividad vegetativa (sudoración, palpitaciones, taquicardia, manos sudorosas, gastralgias...)
- Insomnio de conciliación.
- Aumento de peso (8 Kg. en 15 meses)

. Motivacional:

- Impaciencia.

. Conductual:

- Mantiene pocas relaciones sociales.

4) Historia del problema y tratamientos anteriores:

- Ha recibido varios tratamientos: uno con un psicólogo (de orientación psicodinámica), otros tres más, con tres psiquiatras (también de orientación psicodinámica), además de uno último con un neuropsiquiatra; quejándose el paciente del alto coste de estas terapias, que para él no le han ayudado a superar sus problemas.

5) Historia personal y familiar:

- Desde pequeño tenía miedo a ser lesionado, herido, agredido, a la muerte; en general a todo aquello que implicase algo trágico o violento. Relaciona el inicio de estos temores con la muerte de una niña de su vecindario. También añade, a los 7 años, se asustó mucho al presenciar una pelea entre dos personas adultas. Desde entonces recuerda que le perturban los gritos y las peleas.

- Su padre era un hombre bozarrón, fuerte, muy enérgico y dominante. Gritaba por nada y, ante su presencia, el paciente se veía angustiado. Su madre era como una sombra; sumisa, nunca decía nada. Su padre criticaba constantemente el aire tímido y retraído del paciente, y ninguna cosa que hacía este era de su agrado. "Nunca me puso la mano encima, pero fue la persona más cruel del mundo para mí". "No le gustaba como corría, como jugaba al fútbol y, más tarde le disgustaba los libros que leía e incluso la carrera que escogí". Su padre murió de accidente de circulación, cuando el paciente estaba en segundo de carrera, lo que supuso para él una "gran liberación". Recuerda gran parte de su vida como una tragedia, un encontrarse continuamente, ansioso, irritable y deprimido.

- Académicamente fue siempre brillante, aunque socialmente inhibido. Un profesor que para el paciente, se parecía en su carácter al padre, le acusaba angustia, sobretodo cuando recibía alguna crítica por parte de aquel.

- La vida sexual del paciente había sido siempre escasa, sin mostrar mucho interés por este tema.

- Actualmente el paciente vive con su madre y sus relaciones sociales se remiten a las académicas.

6) Diagnóstico: Trastorno por ansiedad generalizado.

7.2. ANÁLISIS FUNCIONAL-COGNITIVO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS:

El análisis funcional-cognitivo detectó que la ansiedad del paciente se relacionaba con tres tipos de situaciones: (1) crítica y rechazo (devaluación personal), (2) Peleas y agresión física y (3) Autoafirmación o asertividad personal (manifestaciones de opiniones y deseos personales ante otros).

Conjuntamente y relacionados con estas situaciones se detectaron pensamientos automáticos relacionados con la anticipación de desgracias y catástrofes que podían ocurrir (visión catastrófica: "Me voy a morir un día de estos", "voy a estallar") y con la minimización del control de estas situaciones ("esto es horrible nunca me lo quitaré de encima", "no aguanto este horrible nudo en el estómago"...). La hipótesis sobre el supuesto personal a la base (nota: Ruíz, 1992) podría ser..."No puedo soportar que la gente me critique o sea agresiva conmigo".

7.3. PROCESO DE INTERVENCIÓN:

. Sesión nº1 a nº8

- Desdramatización de la situación:

. Entrenamiento en relajación y Desensibilización sistemática a las jerarquías elaboradas de las 3 situaciones-tipo del análisis funcional.

- Evaluación del grado de sugestionabilidad (positivo), entrenamiento en autohipnosis para el manejo del insomnio.

- Programación de tareas de dominio-agrado para aumentar el repertorio de actividades del paciente (se remitía a trabajo-casa con la madre).

. Sesión nº12 a nº30:

- Uso de técnicas distractoras: cambio de pensamientos negativos/parada de pensamiento y uso de visualización de escenas agradables (entrenamiento en grabación de casete para casa).

- Comprobación de predicciones catastrofistas: uso de técnicas cognitivas (sobretudo el contraste de hipótesis o experimentos personales). Por ejemplo el paciente anticipaba que si recibía una crítica de un compañero podrían ocurrir desgracias ("voy a estallar", "no lo soportaré"...Etc); el mismo se "exponía " a esas situaciones potenciales y comprobaba la no evidencia para sus predicciones.

. Sesión nº30 a nº45:

- Se continúa la comprobación de predicciones.

- Se trabaja con el paciente el entrenamiento asertivo como forma de maximizar sus habilidades de afrontamiento social y como vía de modificar sus cogniciones de incapacidad personal. Se utiliza el rol-playing, modelado, ensayo conductual (p.e como responder asertivamente a las críticas) y tareas de puesta en práctica; conjuntamente con los métodos cognitivos.

. Resultados:

- Se realizó un seguimiento a los 6 meses y el año. Esta persona comunicó que no había experimentado problemas de ansiedad y que las relaciones sociales y profesionales con sus colegas habían mejorado muchísimo.

12.2. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO: (TRASTORNO POR ANGUSTIA)

1. PAUTAS DIAGNÓSTICAS DEL TRASTORNO DE PÁNICO POR EL DSM-IV

A. Ataques de pánico inesperados y recurrentes. Al menos uno de ellos ha sido seguido por un periodo igual o superior a un mes de uno o más de los siguientes síntomas:

- a. pensamientos persistentes en relación con nuevos ataques
- b. preocupaciones sobre las implicaciones del ataque o de sus consecuencias (p.e ataque al corazón)
- c. un cambio significativo en la conducta debido a los ataques de pánico
- d. Un periodo discreto de intenso miedo o malestar en el que al menos cuatro de los siguientes síntomas aparecen súbitamente y alcanzan el máximo de intensidad en los diez minutos siguientes:

- 1- 1.Palpitaciones o taquicardias
- 2- Sudoración
- 3- Temblor o estremecimiento
- 4- Sensación de ahogo o falta de respiración (disnea)
- 5- Sensación de atragantarse
- 6- Dolor o molestias en el pecho
- 7- Náuseas o molestias abdominales
- 8- Mareo, vértigo, inestabilidad o desvanecimiento
- 9- Despersonalización
- 10- Miedo a volverse loco o perder el control

11- Miedo a morir

12- Parestesias (entumecimiento o sensaciones de hormigueo)

13- Escalofríos o sofocos

B. Ausencia de agorafobia

C. Los ataques no se deben al consumo de sustancias psicoactivas o a una enfermedad médica

D. Los ataques de pánico no se explican mejor por otro trastorno mental

2. EL MODELO COGNITIVO DEL TRASTORNO DE PÁNICO: EL MODELO DE CLARK (1988)

El modelo cognitivo de Clark (1988) sobre el trastorno de pánico es fundamentalmente un modelo atribucional. El paciente aplica a las sensaciones corporales experimentadas un esquema cognitivo sobre amenazas potenciales (pérdida de control, infarto, ahogo, volverse loco...etc), de modo que distorsiona cognitivamente el valor amenazante de tales sensaciones (pensamientos automáticos catastrofistas); esas interpretaciones catastrofistas aumentan el nivel de ansiedad y las sensaciones corporales iniciales, que vuelven a ser interpretados de modo catastrófico (círculo vicioso), hasta que vá aumentando la aprensión hasta un nivel en que se produce una hiperventilación un decremento del anhídrido carbónico, aumento del PH en sangre, que desencadena el ataque de pánico. (Fig.30).

**-MODELO COGNITIVO DEL
TRASTORNO DE PÁNICO- (FIG.30) -**

HISTORIA DE APRENDIZAJE Y FACTORES BIOLÓGICOS (1)----- ESQUEMAS COGNITIVOS (2)

.Amenazas : pérdida de control personal, infarto, ahogo, volverse loco...etc

ESTÍMULOS INTERNOS Y EXTERNOS ACTIVADORES (3)-----DISTORSIONES COGNITIVAS (4)

- Visión catastrófica (aprensión del daño)
- Minimización : de su predicción y control

CIRCULO INTERACTIVO RESULTANTE (5)

Pensamiento----Afecto/Activación
fisiológica-----Conducta

- Interpretaciones catastrofistas
- Angustia
- Inmovilización conductual
- Aprensión creciente a sensaciones
- Incremento de sensaciones corporales asociadas
- Atención selectiva a sensaciones
- Evitación de situaciones corporales
- Síntomas vegetativos
- Hiperventilación, reducción

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Son similares a los del trastorno de ansiedad generalizado, pero adaptados a este trastorno (Jarret y Rush, 1988):

1º Reducción de la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico.

2º Reducción de las conductas de evitación asociadas (si aparecen).

3º Adquisición de habilidades de afrontamiento y prevención de los ataques de pánico.

4º Identificación y modificación de las distorsiones y supuestos amenazantes-catastrofistas.

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

Los cuestionarios más utilizados para la evaluación del pánico suelen ser autorregistros que incluyen un listado de síntomas habituales del pánico que el sujeto puntúa como presentadas o no presentadas y/o la intensidad con la que aparecen. Al igual que en la C.T de otros trastornos estos registros se completa con el tipo de autorregistro típico utilizado (situaciones-estado emocional-pensamiento-conducta). Por apuntar dos tipos de cuestionarios-autorregistros, mencionamos:

1) Registro de ataques de pánico de Rapee (1990):

-Nombre:

-Fecha: Hora: Duración (minutos):

- Con: Pareja () Amigo () Familiar () Solo ()

-Situación ansiógena: SI/NO

Si aparece, breve descripción:

-Ansiedad	máxima	(rodee	con	un	círculo)
0	1	2	3	4	5
					6
					7
					8
Ninguna					Extrema

-Sensaciones (márquelas):

- Taquicardia () .Nauseas () .Sensación de irrealidad ()
- Mareo () .Temblor () .Dolor/Presión pecho ()
- Sudor () .Ahogo () .Ráfagas de calor/frío ()
- Miembros dormidos o con cosquilleos ()
- Miedo a morir ()
- Miedo a volverse loco ()
- Miedo a perder el control ()
- Miedo a: (escribir)

2) Escala para la evaluación de fobias, pánico y ansiedad generalizada de Cottraux y colaboradores (1985): Lleva una subescala referida a los principales síntomas de pánico que el paciente evalúa en intensidad de 0 a 8 y su presencia (SI/NO).

5. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

El terapeuta suele recorrer una lista en su intervención que va desde la explicación al paciente de lo que es un trastorno de pánico hasta la modificación de los significados catastrofistas ante la presencia de los estímulos elicítadores (Clark, 1988; Maldonado, 1990):

1º Evaluación: Básicamente consiste en detectar las respuestas de pánico (cognitivas, afectivas, fisiológicas y conductuales), los estímulos internos y externos elicítadores y los pensamientos automáticos-significados asociados (p.e temor a volverse loco).

Se suelen detectar tres tipos de pensamientos automáticos de tipo catastrofistas (Maldonado, 1990):

- De vulnerabilidad ("Yo soy débil...").
- De escalación ("Una vez que empieza va a peor").
- De falta de control ("No puedo evitarlo").

2º Se explica al sujeto los círculos viciosos de su ataque de pánico poniendo especial énfasis en las cogniciones catastrofistas, concentración en sensaciones internas y descontrol respiratorio. Suele ser útil inducir una pequeña hiperventilación (p.e mediante respiración rápida, aguantar la respiración un minuto, usar los pensamientos negativos...) para mostrar lo explicado. Igualmente suele ser útil presentar la diferencia entre psicosis y ataque de pánico (ya que es común el temor a la locura).

3º Aprendizaje de técnicas cognitivas-conductuales para modificar los círculos viciosos y su base cognitiva. Ensayo en consulta y práctica en casa (p.e casetes): Técnica básica de Prevención cognitiva.

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

6.1 TÉCNICAS COGNITIVAS:

1- REATRIBUCIÓN DE SENSACIONES INTERNAS: El sujeto aprende a buscar explicaciones más realistas a sus interpretaciones iniciales negativas (p.e "No se trata de un ataque cardíaco sino de un síntoma de ansiedad").

2- DESCATASTROFIZACIÓN: El sujeto cuestiona sus predicciones negativas en base a la evidencia ("Otras veces pensé que me moría y no sucedió").

6.2 TÉCNICAS CONDUCTUALES:

1- *DISTRACCIÓN:* Entrenamiento en relajación, visualización de escenas agradables, parada y cambio de pensamiento, distracción con estímulos externos...

2- *FOCALIZACIÓN SENSORIAL:* Aprender a prestar atención a sensaciones internas agradables (p.e mediante relajación, meditación, etc).

3- *CONTROL RESPIRATORIO:* Ejercicios graduales para aumentar la respiración abdominal.

4- *INDICACIONES EDUCATIVAS:* Por ejemplo las "diez reglas para enfrentarse al pánico" de Mathews y cols. (1981): quedarse en el lugar, sentarse, respirar lentamente, autoinstruirse calma, etc.

5- *EXPOSICIÓN:* Imaginando las sensaciones internas elicitoras, las cogniciones y significados asociados y/o incrementando la alteración respiratoria (p.e respiración rápida o parada respiratoria voluntaria).

. La técnica básica combina elementos cognitivos y conductuales y es la **PREVENCIÓN COGNITIVA:**

1º Con los ojos cerrados se le induce al sujeto que se imagine sintiendo las sensaciones internas elicitoras (p.e mareo, taquicardia, etc) y externas (p.e "Estar en la plaza").

2º Se añaden a esa imaginación la autoinducción de cogniciones negativas personales ("Me va a dar un infarto", "Voy a morir", p.e)

3º Se puede incrementar la tarea pidiéndole al sujeto que a intervalos regulares aguante su respiración o la haga más rápida.

4º Se puede incluir al final autoinstrucciones de descatastrofización, retribución, control respiratorio y prevención de respuestas de escape.

5º Se va incrementando gradualmente los pasos 1 a 4 (intervalos de exposición temporales) hasta que el

sujeto los maneja (disminuyendo su ansiedad evaluativa p.e en una escala de 0 a 100).

6º El sujeto puede practicar en casa en momentos de mayor calma (p.e casete). Se trata fundamentalmente de prepararse a los ataques (de habituarse y desconfirmar los estímulos internos y externos catastróficos e incontrolables).

7º Valoración de apoyo medicamentoso (p.e primeras fases).

7. CASO CLÍNICO (Terapeuta; Juan José Ruiz Sánchez, 1990)

7.1. HISTORIA CLÍNICA:

1) Datos de identificación personal:

. Mujer de 15 años. Soltera y estudiante de 2º BUP. Reside en Úbeda (Jaren).

. Derivada por el médico de cabecera al E.S.M.D-Úbeda.

2) Motivo de consulta:

. Desde hace 2 meses se siente nerviosa, con sensación de ahogo. Hace una semana volvió a sentir sensación de ahogo y opresión en el pecho, rompiendo a llorar en esa situación. Se despierta bruscamente con los músculos contraídos, estando ese momento imposibilitada para moverse, angustiándose mucho.

. Añade que es muy sensible a las discusiones entre sus padres, y además se siente inferior a su hermana en cuanto a los estudios. Sus padres la comparan continuamente con aquella, sintiéndose ella iracunda por pensar que la tratan injustamente. Por otro lado, dice, que los padres están muy ocupados con su trabajo y "no me hacen ni caso".

3) Sintomatología:

. Cognitiva:

- Cree que su familia le presta poca atención.
- Aprehensión: expectativa de morir ante los ahogos ("Visión catastrófica").
- Se cree inferior a su hermana ("Personalización")
- Pesadillas referente a la muerte y los muertos (conocidos, familiares)

. Afectiva:

- Periodos de ira.
- Ansiedad constante.
- Periodos de tristeza, pasajeros.
- Llanto ocasional.
- Miedo a la muerte y a morir.

. Motivacional:

- Miedo. Expectativas de morir.

. Conductual:

- Risa compulsiva (por no llorar).
- Despertar asustada tras pesadillas.
- Llorar con dificultad.
- Inquietud motora.
- Evita hablar con su familia de sus problemas.
- Repite curso. Esto no lo ve como problema.

. Fisiológica:

- Sensación de ahogo "espontánea".
- Dolor en el pecho.
- Dolor abdominal.
- Inmovilidad muscular.

- Disnea.
- Despertar brusco-ansioso.
- Parestesias en manos y pies.

4) Historia del problema y tratamientos anteriores:

. Dice que su problema comenzó hace 2 meses a raíz de la muerte inesperada de un vecino, joven, por infarto, que ella conocía. Esto le hizo recordar la muerte de su abuela por infarto, y ahí comenzaron sus ataques de "ahogo". También la tensión y discusiones que tienen sus padres por el trabajo la ponen nerviosa. . El médico de cabecera le prescribió Trankimazin y Marcen, mejorando la paciente inicialmente hasta recaer nuevamente en los "ahogos".

5) Historia personal y familiar:

. Este curso ha repetido 1º BUP y le han suspendido matemáticas.

Menarquía a los 13 años. No tratamientos anteriores (excepto el del médico de cabecera). No antecedentes psíquicos y físicos relevantes.

. Vive con los padres y hermana: Padre 45 a. panadero. Madre 45 a. ama de casa y hermana de 18 a. quiere estudiar enfermería en Granada. Últimamente hay discusiones frecuentes entre los padres por motivo de ampliación de la panadería y gastos relacionados.

6) Diagnóstico: Trastorno por crisis de angustia (T. Pánico).

7.2 ANÁLISIS FUNCIONAL-COGNITIVO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS:

. Se conceptualizan dos problemas:

- Crisis de angustia.

- Relaciones familiares: "Celos" de la hermana y "falta de afecto" de los padres. Estado de ansiedad relacionado.

. Se detectan como situaciones internas y externas implicadas en las crisis de angustia:

- a) Recuerdos de gente conocida que ha muerto de infarto.
- b) Interpretar las sensaciones de ansiedad como alarma de que se ahoga.
- c) Expectativas de que vaya a peor y no mejor.

. Se detecta como situaciones externas e internas de los problemas relacionales y estado de ansiedad general asociado:

- a) Comparaciones de los padres respecto a la hermana.
- b) Presenciar discusiones de los padres.
- c) Que su madre le pregunte con quién ha estado, que ha hecho ("Se cree vigilada y controlada").
- d) "Mi madre no me escucha y debería hacerlo". Me tiene en un puño".
- e) "Soy un cero a la izquierda para mis padres en comparación a mi hermana".

. Hipótesis: Los problemas parentales, las relaciones con ellos (no asertivas), los recuerdos de muerte, su valoración de "injusticia" y "personalización comparativa" genera un estado de ansiedad general, sobre la que la paciente aplica un esquema de amenaza (Temor a morir de infarto) produciendo las crisis de angustia.

7.3. PROCESO DE INTERVENCIÓN:

Sesión nº1: Historia clínica y evaluación de los problemas.

Sesión nº2: Devolución de la hipótesis. Explicación de la relación P-A-C y autorregistro. Relajación.

Sesión nº3: Explicación de la "Visión Catastrófica" y las interpretaciones o atribuciones erróneas de las sensaciones corporales. Prevención cognitiva como tarea básica entre sesiones y autorregistro de la tarea.

Sesión nº4 Análisis de progresos y seguimiento de efectos de prevención cognitiva.

Sesión nº5 a 17: Idem a nº4 y manejo de la "personalización" comparativa respecto a su hermana, manejo de la ira y cogniciones de "injusticia": cambio de pensamientos automáticos y rolplaying-modelado-ensayo conductual de diversas modalidades de conducta asertiva ("Disco rayado", "Banco de niebla" etc).

Datos de evolución-resultados:

Sesión #																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
BDI																
10	9	9	10	7	7	6	5	7	7	3	2	0	0	0	0	0
E.A.Z.																
46	45	43	44	42	44	45	42	44	42	42	26	29	28	31	27	22
Nº crisis																
3	4	2	4	1	2	0	4	1	4	2	0	0	0	0	0	0

12.3. TRATAMIENTO DE LA FOBIA ESPECÍFICA

1. PAUTAS DIAGNÓSTICAS DE LA FOBIA ESPECÍFICA POR EL DSM-IV

A. Miedo notable y persistente que es excesivo o poco razonable, provocado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.

B. La exposición al estímulo fóbico suele provocar una respuesta de ansiedad, que puede adoptar la forma de un ataque de pánico situacionalmente predispuesto o asociado

C. La persona reconoce que el miedo es excesivo o poco razonable e relación al peligro o situación temida

D. La situación fóbica se evitan o soportan con una ansiedad o malestar intenso

E. La evitación o ansiedad fóbica interfiere significativamente el funcionamiento psicosocial

F. En los individuos menores de 18 años la duración es de al menos 6 meses.

G. La evitación o ansiedad fóbica y los ataques de pánico asociados no se explican mejor por otro trastorno mental

2. EL MODELO COGNITIVO DE LA FOBIA ESPECÍFICA: EL MODELO DE BECK (1985)

El modelo cognitivo de las fobias (Beck y Emery, 1985; Cottraux y Mollard, 1988) postula que la ansiedad fóbica está asociada con una predisposición en el procesamiento de información referente al peligro-amenaza que implica determinado objeto o

situación. No es el objeto, evento o situación lo que el sujeto teme, sino la anticipación de las consecuencias que puede tener la situación.

Por ejemplo (Beck, 1985) una paciente con fobia a los doctores y hospitales había tenido un incidente traumático en el consultorio. Su médico había practicado una incisión en su garganta antes de que ella estuviera completamente anestesiada y su miedo a los hospitales estaba directamente relacionado con la creencia de que, a pesar de estar bajo el cuidado del médico, ella podía haber dejado de respirar.

Es importante tener en cuenta las cogniciones específicas asociadas con la anticipación de las consecuencias. La misma situación fóbica puede no evocar los mismos pensamientos e imágenes en diferentes individuos. Esa predisposición constituida por esquemas de peligro ante situaciones específicas y pueden desarrollarse a partir de experiencias traumáticas, modelado social o miedos preparados filogenéticamente (p.e Seligman, 1971). Este esquema cognitivo se relacionaría con una serie de distorsiones cognitivas:

1- Inferencia arbitraria-Visión catastrófica: El sujeto anticipa la ocurrencia de hechos amenazantes en una situación determinada, sin tener evidencia para ello.

2- Sobregeneralización: El sujeto a partir de una situación donde anticipa una amenaza, relaciona otras situaciones similares donde podría ocurrir amenazas similares, todo ello sin evidencia suficiente.

3- Maximización-Minimización: El sujeto exagera los peligros de la situación y minusvalora los elementos de seguridad de la situación o su habilidad para afrontarla.

4- Personalización: El sujeto se compara con cuando no tenía ese miedo y su evitación actual o dependencia

de otros para superarlo, autocriticándose por ello. (Más frecuente en las fobias sociales que en las simples.).

A continuación representamos el modelo (Fig.31).

-MODELO COGNITIVO DE LAS FOBIAS ESPECIFICAS- (FIG.31)

HISTORIA DE APRENDIZAJE Y FACTORES BIOLÓGICOS (1)	ESQUEMAS COGNITIVOS (2)
	Amenazas anticipadas a determinadas situaciones
SITUACIONES ESPECIFICAS ACTIVADORAS (2)	DISTORSIONES COGNITIVAS (3)
	<ul style="list-style-type: none"> -Visión catastrófica -Sobregeneralización -Maximización/Minimización -Personalización
CIRCULO INTERACTIVO RESULTANTE (4)	
Pensamiento (Aprensión)	<div>Afecto (Ansiedad, miedo)</div> <div>Conducta (Evitación, huida)</div>

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Estos son:

- 1- Lograr que el sujeto deje de experimentar ansiedad ante la situación fónica.
- 2- Lograr que el sujeto se exponga a la situación evitada y no la evite.
- 3- Lograr que el sujeto modifique sus cogniciones anticipatorias respecto a la situación fóbica.

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

Mencionaremos solo 3 de los cuestionarios utilizados en la evaluación de las fobias por representar prototipos típicos de los usados más frecuentemente:

1) El cuestionario de miedos de Wolpe y Lang (1964): Consta de 122 ítems referente a distintos objetos y situaciones potencialmente fóbicas que el sujeto evalúa desde 1 (Ninguna molestia) a 5 (Muchísimo). El terapeuta agrupa las respuestas y conceptualiza los miedos a la base.

2) Escala de evaluación de las fobias, pánico y ansiedad generalizada de Cottraux (1985): Contiene una subescala referente a las fobias. El sujeto anota sus dos principales fobias y valora el grado de evitación asociada a cada una de 0 (No experimento ningún malestar y jamás la evito) a 8 (Experimento un malestar extremo y siempre la evito).

3) Test de evitación conductual (B.A.T) de Lang y Lazowick (1965): El terapeuta expone al sujeto a la situación real fóbica y anota en una escala de 0 a 5 el grado de evitación.

5. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

En líneas generales sigue el mismo proceso que la C.T general. Sin embargo, destacamos los siguientes puntos:

1º Evaluación: Fundamentalmente se trata de detectar el tipo de situación(es) fóbicas, el tipo de conducta de evitación y el componente cognitivo mediador (anticipaciones negativas), así como el grado de ansiedad asociado (componentes situacionales-cognitivos-afectivos- conductuales).

2º Socialización del sujeto en el modelo de trabajo: relación pensamiento- afecto-conducta, papel de las anticipaciones y conducta de evitación como forma de no contrastar sus predicciones.

3º Preparar al sujeto para enfrentar las situaciones evitadas y así poder modificar sus predicciones de anticipación de consecuencias negativas y no control. Papel de los "experimentos personales".

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

6. A. TÉCNICAS COGNITIVAS:

1- *DISTRACCIÓN:* Parada y cambio de pensamientos negativos, uso de tarjetas con listado de recuerdos positivos o características positivas del sujeto.

2- *DESCATASTROFIZACIÓN:* Cambio de pensamientos negativos, comprobación de evidencias y búsqueda de soluciones.

3- *INOCULACIÓN AL ESTRÉS:* El terapeuta identifica los diálogos internos del sujeto antes-durante-después de enfrentarse a la situación fóbica y su conexión con el afecto y conducta en cada fase. El terapeuta sugiere pasos alternativos para modificar las cogniciones-afectos-conductas implicadas en las fases previas-situacional y postsituacional y entrena al sujeto en esas alternativas, para que este después las practiques en ellas.

Básicamente consiste en la elección de autoinstrucciones pertinentes, respuesta de relajación y prevención de la respuesta de evitación. Se suele comenzar enfrentando las fases de modo imaginativo (p.e usando casetes en casa tras las consultas) y después directamente (la mayoría de las veces de modo gradual).

4- IDENTIFICACIÓN DE LOS SUPUESTOS

PERSONALES: El terapeuta suele utilizar la llamada FLECHA DESCENDENTE para detectar los significados asociados a las anticipaciones negativas (p.e "Tengo miedo a la oscuridad"- ¿Y qué ocurriría si está en un lugar oscuro?- "Se me corta la respiración y temo morir"). A veces es útil RASTREAR el origen histórico de esos significados para ganar autocomprensión y motivación para el cambio.

6. B. TÉCNICAS CONDUCTUALES:

1- ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN: Se enseña al sujeto a manejar y distraerse de su ansiedad mediante el aprendizaje de respuestas incompatibles con la ansiedad (distensión muscular, respiración adecuada, etc).

2- TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN: Es la técnica básica para el manejo de las fobias simples. Consiste en jerarquizar las situaciones fóbicas y en exponer al sujeto a ellas (gradualmente o no, imaginativamente y/o en vivo) de modo que se prevengan las respuestas de evitación y hasta que disminuya la ansiedad en ellas. Desde un punto de vista cognitivo se presentan como "experimentos personales" para comprobar las anticipaciones catastrofistas y de incontrolabilidad.

***7. CASO CLÍNICO (Terapeuta: Cottraux, 1990)
(Adaptación: Juan J. Ruiz, 1992)***

7.1. HISTORIA CLÍNICA:

1) Datos de identificación personal:

. Mujer de 19 años.

2) Motivo de consulta:

. Miedo a la presencia de los pájaros. Este miedo (fobia) es muy invalidante pues la lleva a tener dificultades para salir de casa y encontrarse con pájaros. Ella no puede aproximarse a un pájaro menos de 5 metros de distancia, y solo puede pasar rápidamente cerca de un pájaro a 2-3 metros.

3) Sintomatología:

. Cognitiva:

- Monólogo interiores referidos a encontrarse con un pájaro.
- Insoportabilidad valorada del hecho anterior.

. Afectiva:

- Ansiedad/miedo a las situaciones de encuentro con los pájaros.

. Fisiológica:

- Temblor.
- Taquicardia.

. Motivacional:

- Deseos de huida-evitación.

. Conductual:

- Evitación. Quedarse en casa.

4) Historia del problema y tratamientos anteriores:

. Ella sitúa el inicio de su trastorno cuando tenía tres años. Entre sus antecedentes destacan que sus dos padres tenían "depresiones". Ella ha tenido varios intentos suicidas y vive en un ambiente conyugal perturbado. . A los 3 años su madre fue ingresada en un sanatorio por tuberculosis. Ella fue llevada a casa de su

abuela que tenía pollos. Sus primos la perseguían con plumas de pájaros, o bien excitaban los pollos contra ella. Ella atribuye el inicio de su fobia a la separación de su madre y a esta situación vivida en casa de su abuela.

. Con 17 años fue tratada de una embolia grave con apendicetomía.

. El año pasado fue tratada de su fobia con relajación de Schultz durante cuatro meses sin resultado alguno.

5) Diagnóstico: Fobia simple

7.2. ANÁLISIS FUNCIONAL-COGNITIVO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS:

. Las variables implicadas en la fobia eran:

. Situacionales: encontrarse con pájaros.

. Cognitivas: expectativas de daño (ser picada por los pájaros) y abstracción selectiva de recuerdos infantiles (separación de los padres y trauma por los pájaros-recuerdos infantiles).

. Afectivas: ansiedad ante los pájaros.

. Conductuales: Reducción de la ansiedad por evitación de situaciones de posible encuentro con los pájaros.

7.3. PROCESO DE INTERVENCIÓN:

Sesión nº1:

. La situación fóbica fue clasificada en una escala subjetiva de malestar ansiosa que iba de 0 a 100. A partir de esa escala se construyó una jerarquía de estímulos, de mayor a menor grado de ansiedad evocada.

100- Atravesar una plaza con pájaros.

100- Ver "Los pájaros", película de A.Hitchcock.

100- Tocar una pluma de pájaro.

100- Ver un pájaro a menos de 5 metros.

80- Ver un pájaro disecado.

70- Leer una descripción ornitológica.

70- Ver un pájaro enjaulado.

50- Mirar una foto de un pájaro.

50- Ver una pluma de pájaro a 15-20 cm.

40- Ver un pájaro volando.

30- Ver un pájaro lejos en el cielo.

20- Ver un pájaro de plástico.

10- Oír la palabra "pájaro".

. Se explicó la relación situación-cognición-afecto-conducta y la técnica de exposición. Se procedió a efectuar una exposición en imaginación y después en vivo.

A- Exposición gradual en imaginación: Después de 5 minutos de relajación la paciente participó en 15 minutos de exposición en la imaginación. Dos escenas sucesivas se presentaron (imaginar una pluma negra a 50 cm sin tocarla e imaginar cogiendo una pluma y tocándola).

B- Una sesión de exposición en vivo desarrollada inmediatamente: De acuerdo con el paciente una pluma es situada a un metro cincuenta sobre la mesa del terapeuta. Al principio la ansiedad subjetiva es de 5 (escala de 0 a 8). A los 5 minutos la ansiedad subjetiva era de 2.

C- Al final de la sesión el terapeuta y la paciente acordaron una tarea a domicilio: reproducir la sesión en imaginación, cada día hasta que la ansiedad subjetiva decreciera al menos un 50%.

Nota: Aunque el terapeuta había construido una jerarquía de 10 a 100, que podía haber utilizado muy

gradualmente (Desensibilización sistemática), optó finalmente por un método de exposición, comenzando por niveles altos de ansiedad subjetiva (eligiendo la situación de tocar una pluma de pájaro). El resultado positivo de la primera sesión le hizo seguir con esta técnica.

Sesión nº2:

. Exposición en imaginación:

- Coger y tocar una pluma.
- Meter la pluma en su bolso.
- Ansiedad inicial: 5
- Ansiedad a los 10 minutos: 2

. Exposición en vivo: tocar una pluma.

- Se sitúa una pluma a 2 metros de la paciente. Ella debe de aproximarse cada vez más a ella y meterla en su bolso. La ansiedad es muy elevada (6, de 0 a 8), ella expresa un sentimiento intenso de repulsión, llora y grita. Entonces ella cuenta un episodio infantil donde sus primos la perseguían con unas plumas para hacerla llorar. Ella también teme que el terapeuta le arroje las plumas (durante 20 minutos).

. Tarea a domicilio: Reproducir la sesión en imaginación simplemente.

Sesión nº3:

. Ella dice estar deprimida y nerviosa pero también aliviada de tener acceso a la situación temida. Ella pasó a 10 m. de un papagayo en la ciudad. De nuevo la sesión consiste en una exposición en imaginación seguida de una en vivo a tocar una pluma y meterla en el bolso.

. Tarea para: Transportar la pluma en su bolso.

Sesión nº4 a nº9: Exposición en vivo consistente en tocar un pájaro enjaulado.

Tareas de generalización: Llevar una pluma en su bolso, atravesar plazas públicas, tener un pájaro enjaulado en casa y tocar la jaula.

Post-cura:

. La paciente es vista un mes después de la última sesión de tratamiento. Su pájaro ha muerto. Ella lleva siempre una pluma en su bolso. Ella ahora no evita los pájaros.

. A los 8 meses es nuevamente revisada, tiene dos faisanes en su jardín, va al gallinero. Ella ha visto "Los Pájaros" de A. Hitchcock, pero detesta las películas de terror que aprecia tanto su marido.

.Se evalúan psicometricamente los resultados:

Datos	Pretest	Postest	Poscura a los 6 meses
Fobia principal (0-8)	8	0	0
Pánico	0	0	0
Ansiedad general	2	0	0
Cuestionario de miedos			
Fobia total	26	2	0
Ansiedad depresiva	2	0	0
MMPI (minimult)	Normal	Normal	Normal

12.4. TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL

1. PAUTAS DIAGNOSTICAS DE LA FOBIA SOCIAL POR EL DSM-IV

A. Un temor acusado a una o más situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se ve expuesta a gente desconocido o al posible escrutinio por parte de los demás. El sujeto teme actuar de alguna manera (o mostrar síntomas de ansiedad) que pueda ser humillante o embarazosa

B. La exposición a la situación social provoca ansiedad, que puede tomar forma de ataque de pánico situacionalmente determinado o asociado

C. La persona reconoce que el temor es excesivo o poco razonable

D. Las situaciones sociales o de actuación en público se evitan o soportan con ansiedad intensa

E. La evitación a las situaciones sociales y la ansiedad o pánico asociado interfieren de manera significativa en el funcionamiento psicosocial

F. En los individuos menores de 16 años la duración es de al menos 6 meses

G. El temor o evitación social no se debe ni se explica mejor por otro trastorno mental, consumo de sustancias psicoactivas o enfermedad médica

2. EL MODELO COGNITIVO DE LA FOBIA SOCIAL: EL MODELO DE BECK (1985)

El sujeto habría desarrollado esquemas cognitivos referentes a significados y valores amenazantes sobre el hecho de ser desaprobado, criticado o rechazado por su actuación en una situación social. Esos esquemas se activarían en las situaciones sociales y producirían distorsiones cognitivas como:

A- Visión catastrófica: El sujeto maximiza y abstrae selectivamente de modo anticipatorio el peligro potencial de la situación social (p.e rechazo, crítica) sin tener evidencia para esa predicción.

B- Maximización: El sujeto infravalora u olvida sus estrategias de manejo de las situaciones sociales. También puede infravalorar su capacidad para adquirir determinadas habilidades sociales.

D- Personalización: El sujeto es especialmente sensible a relacionar la conducta de otros, sin evidencia suficiente, con su conducta social percibida como inadecuada.

A su vez estas distorsiones cognitivas interaccionarían con los círculos viciosos "sintomáticos" de tipo fóbico (Fig.32)

**-MODELO COGNITIVO DE LA FOBIA SOCIAL-
(FIG.32)**

HISTORIA DE APRENDIZAJE Y FACTORES BIOLÓGICOS (1)	ESQUEMAS COGNITIVOS (2)
	.Amenazas o temor de ser desaprobado, criticado, o rechazado por incompetencia social o por actuar de determinada manera
SITUACIONES SOCIALES ACTUALES ACTIVADORAS (3)	DISTORSIONES COGNITIVAS (4)

	<ul style="list-style-type: none"> - Visión catastrófica - Maximización del peligro - Minimización de la seguridad - Polarización 	
CIRCULO INTERACTIVO RESULTANTE (CIRCULO VICIOSO) (5)		
Pensamiento (Cometer errores, Autocrítica, Rechazo, Crítica)	Afecto (Ansiedad)	Conducta (Evitación, No asertividad)

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos terapéuticos en la fobia social son:

1º) Lograr que el sujeto se exponga a las situaciones sociales evitadas reduciendo o eliminando su tendencia a experimentar ansiedad y conductas de evitación en las mismas.

2º) Desarrollar en el sujeto competencias cognitivas-conductuales que le permitan afrontar las situaciones sociales evitadas.

3º) Hacer menos vulnerable al sujeto a las situaciones sociales, modificando su tendencia a procesar de modo amenazante las situaciones sociales y sus actitudes (esquemas) hacia las mismas.

De este modo los objetivos están referidos a los principales componentes del problema fóbico: el situacional-conductual; al cognitivo o valorativo y las

habilidades sociales de afrontamiento social (Cottraux, 1990).

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

Están dirigidos a identificar y cuantificar los componentes de la fobia social. Algunos cuestionarios se refieren a la identificación de situaciones fóbicas y el grado o intensidad de ansiedad y evitación experimentadas en ellas, otros se dirigen a detectar cogniciones disfuncionales implicadas en esas situaciones y por último otros tienen como fin valorar el grado y tipo de habilidad social del sujeto en el manejo de esas situaciones. Como muestra de cuestionarios referidos a esas tres áreas mencionamos:

1º) Escala de Fobia Social (Liebowitz, 1987): Contiene 24 ítems referidos a situaciones que son frecuentemente evitadas por los fóbicos sociales. El paciente las valoras en dos dimensiones: miedo o ansiedad que generan (Desde 0=Ninguno a 3=Grave) y evitación ante ellas (Desde 0=Nunca la evito a 3=Siempre la evito). Además los 24 ítems están divididos en dos categorías: ansiedad de rendimiento (realización de tareas en situaciones sociales, p.e, trabajar siendo observado, telefonar en público) y ansiedad social (relaciones sociales, p.e, hablar con personas poco conocidas o ir a una reunión). Esto permite al evaluador obtener cuatro subvaloraciones: ansiedad social, ansiedad de rendimiento, evitación al rendimiento y evitación social.

2º) Cuestionarios de habilidades sociales de (M. segura, 1982): Recoge 20 tipos de situaciones sociales que son descritas a modo de relato como si el sujeto estuviera implicado en ella (p.e, "Hay una fiesta usted entra con la intención de presentarse") y se le da tres alternativas de respuesta ellas, entre las que el sujeto elige la que mejor describa su forma de actuar ante ellas. El evaluador categoriza las respuestas en tres

apartados: conducta adecuada o asertiva, inhibición conductual y conducta inadecuada (por ansiedad o inhabilidad). Esta categorización puede servir de guía para la intervención (p.e. entrenamiento asertivo en el caso de la inhibición, exposición en el de ansiedad y entrenamiento de habilidades sociales en el caso de inhabilidad).

3º) Cuestionario de pensamientos en situaciones sociales (M. segura, 1982): Consta de 45 items referidos a pensamientos típicos y disfuncionales en situaciones sociales (p.e. "Siento que me observan", "Me van a rechazar", etc). El sujeto evalúa la frecuencia de su aparición (Desde nada a frecuentemente).

4º) Escala de asertividad de Rathus: Consta de 30 items que el paciente valora desde "muy característico en mí" (3) a "muy opuesto a mis características". Se refiere a conductas donde el sujeto tiene como objetivo expresar opiniones, peticiones o negación ante determinadas presiones de otros (p.e. "He dudado en concertar citas o aceptar citas por causa de mi timidez", "Cuando no es de mi agrado la comida que me sirven en un restaurante me quejo al camarero"). (Rathus, 1971).

5º) Cuestionario de asertividad de Bowers: En la misma línea del anterior, pero categorizando las respuestas en tres apartados: situaciones donde el sujeto no se comporta de forma asertiva, personas con las que no se comporta de forma asertiva y objetivos deseados en las situaciones donde no se comporta de forma asertiva. (Bowers, 1976)

6º) Lista de suposiciones tradicionales erróneas (Davis y cols., 1982): Es un listado de Creencias que violan los derechos legítimos del individuo a comportarse asertivamente (auto-afirmarse personalmente). El terapeuta puede presentarla al sujeto

para que evalúe sus creencias en ellas. También ese listado adjunta su contraparte de Creencias en ellas. También ese listado adjunta su contraparte de Creencias asertivas, que pueden ser utilizadas como objetivos terapéuticos.

7º) Uso de rol-playing: El terapeuta puede pedir al paciente que sobre una situación social representada en la consulta, ejecuta en vivo una determinada conducta (p.e "Negarse a comprar ante un vendedor a domicilio") y evaluar así distintos aspectos de esa conducta. Así mismo puede utilizar escalas de valoración para codificar distintos aspectos de esas conductas (p.e Escalas de valoración de habilidades sociales de Wilkinson y Canter, 1982).

5. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Como en otros trastornos, el proceso sigue una secuencia del siguiente tipo:

1º Evaluación y conceptualización de los problemas. Especial atención al componente situacional, cognitivo y conductual: Situaciones sociales evitadas, cogniciones amenazantes y de no afrontamiento y conductas (asertiva, inhibición, evitación).

2º Socialización terapéutica: Explicación de la relación pensamiento-afecto- conducta, objetivos de la terapia y procedimiento de autorregistro.

3º Modificación de las interacciones problemáticas: habilidades cognitivas y conductuales para romper o interferir el círculo vicioso.

4º Modificación de los supuestos personales que hacen vulnerable al sujeto. Alteraciones cognitivas-conductuales.

5º Terminación: Prevención y seguimiento.

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

6. A. TÉCNICAS COGNITIVAS:

1- DEBATE DE CREENCIAS IRRACIONALES (SUPUESTOS PERSONALES): Utilizando los principios de la R.E.T. (Ellis, 1962) (**Capítulo 2**) el terapeuta modela el como el paciente puede debatir las creencias disfuncionales que están a la base de su trastorno (p.e, Creencia irracional detectada: "Necesito de la aprobación de la gente importante para mi para ser feliz" y Creencias secundarias relacionadas: "No puedo soportar que la gente me desaprobe", "Es horrible si la gente me rechaza" y "Si la gente me rechaza yo no valgo")

- Cuestionamiento: ¿Qué ley obliga a otra gente a darme la aprobación que espero de ellos?, ¿A que me expongo si para funcionar personalmente tengo que tener antes la aprobación de alguien?, ¿Donde está la prueba de que cuando me rechazaron fue el fin del mundo?, ¿Dónde está escrito que mi valor dependa de la opinión de otros?...etc.

- Generar alternativas racionales: "Me gustaría tener la aprobación de la gente que me importa pero no me es absolutamente necesaria", "Si me rechazan es malo, pero no el fin del mundo", "Valorarme por la opinión de otros o por un criterio es absurdo pues es imposible encontrar un criterio total para medir a una persona, mejor es aceptarme con mis defectos y virtudes e intentar cambiar mis defectos, si puedo)

- Alternativas conductuales para desarrollar las creencias racionales: Arriesgarse y exponerse a situaciones sociales y a posibles críticas, entrenamiento asertivo para afirmar las propias opiniones ante otros, etc).

2- BÚSQUEDA DE EVIDENCIAS Y ALTERNATIVAS A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y SUPUESTOS PERSONALES:

Descatastrofización de consecuencias anticipadas (p.e ¿Hasta qué punto sería de grave que le rechazaran?. ¿Podría hacer algo si llegara a ocurrir?, ¿Qué probabilidades reales hay de que sucedieran esas consecuencias?, ¿Cuánto durarían los efectos de esas consecuencias?, Suele pensar que va a ocurrir X, ¿Y cuántas veces ha ocurrido realmente?); Balance de ventajas- desventajas (Pensar eso ¿de que le sirve?), Generar pensamientos alternativos creíbles (¿Podríamos ver esa situación desde otros puntos de vista?), Petición de evidencias (¿Qué pruebas tiene para pensar eso?, ¿Y qué pruebas en contra?... etc. Después el terapeuta puede modelar estos métodos para que los realice el paciente (Ver **capítulo 2**). Los supuestos personales pueden ser puestos a pruebas mediante experimentos personales y otros métodos (P.e ¿Podíamos comprobar la validez de su regla personal: "Para hacer algo tengo que tener el visto bueno de la gente").

3- INOCULACIÓN AL ESTRÉS: Ver **capítulo presente referente a la fobia simple**

6. B. TÉCNICAS CONDUCTUALES:

Su finalidad es proporcionar experiencias correctoras a las cogniciones disfuncionales bien modificando las atribuciones y evaluaciones e incompetencia social ("No se como manejarme en las situaciones sociales", "Me pongo nervioso y no se que decir"...) o desconfirmando las expectativas catastrofistas y la conducta de evitación relacionada ("No puedo soportar que me miren", "Si me pongo nervioso me tengo que ir", "Si me critican no podré soportarlo"...)

1- ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES

SOCIALES: Indicado sobre todo en casos donde el sujeto no tiene habilidades para afrontar situaciones sociales y que refuerzan las cogniciones de incompetencia personal. El terapeuta identifica las situaciones relacionadas donde el sujeto se muestra incompetente, la representa con el sujeto, y modela alternativas que va reproduciendo el paciente y le va dando feedback al respecto. Este proceso puede potenciarse si en cada paso se identifican las cogniciones asociadas a la conducta incompetente y las posibles cogniciones alternativas al ensayo de nuevas habilidades. El rol-playing, el modelado, el ensayo conductual, las técnicas cognitivas y autoinstruccionales y las tareas para casa suelen formar parte de un entrenamiento en habilidades sociales cognitivo- conductual.

2- ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Es un tipo de habilidad social indicada en casos de inhibición social (el sujeto sabe como hacerlo pero lo evita por miedo a las consecuencias) y de incompetencia social. Su finalidad última es que el sujeto exprese sus opiniones, deseos y sentimientos (positivos y negativos) de modo persistente, pero respetuoso con otros (no agresivos) A nivel cognitivo se trata de "descentrar" la dependencia del sujeto a criterios de valoración externos y autoafirmarse en los personales. Puede ser útil previo al entrenamiento asertivo, presentar las creencias que mantienen la conducta no asertiva y las creencias que apoyan los derechos personales, y revisar con el paciente sus implicaciones. Esto puede evitar que la conducta asertiva sea disonante a un valor personal (p.e que "siempre hay que anteponer los deseos ajenos a los personales"). (p.e. Cottraux, 1990; Ellis, 1989).

3- EXPOSICIÓN GRADUAL A SITUACIONES

EVITADAS: Para que el sujeto-paciente perciba que su conducta social es efectiva (expectativa de autoeficacia

y desconfirme su cognición amenazante, suele ser necesario que se exponga a las situaciones previamente evitadas. El terapeuta puede acordar tareas asignadas hacia acercamientos más o menos graduales a estas situaciones.

7. CASO CLÍNICO (Terapeuta: Juan J. Ruiz Sánchez, 1990)

7.1. HISTORIA CLÍNICA:

1) Datos de identificación:

. Hombre de 19 años soltero y estudiante de C.O.U. Residente en Rus (Jaén).

. Derivado por el médico de cabecera al E.S.M.D-Úbeda.

2) Motivo de consulta:

. "Quiero cortar definitivamente con los problemas que he tenido siempre: inseguridad, timidez, miedo a llevar una relación normal con la gente. Me cuesta mucho trabajo conocer a una persona y hablar en clase. Anota tengo amigos más estables y sinceros. De pequeña me pegaban mucho los compañeros de clase. He estado muy mimado y sobreprotegido por mi familia, sobretodo por una tía abuela. Tengo un complejo de inferioridad en cuanto a la gente, no me valoro nada, pienso que no valgo nada".

. Añade que en su casa discute mucho con su padre por cualquier tema. Tienen opiniones muy opuestas en casi todo. Le gusta discutir sobre quien lleva la razón en un tema. En clase le da miedo hablar ante otros. Le cuesta hablar con las chicas y hacer nuevas amistades. Dice ser muy desconfiado. Toca en la banda municipal del pueblo y le ocurre lo mismo con sus compañeros, "no me gusta destacar", añade.

3) Sintomatología:

. Cognitiva:

- Llevar la razón en un tema ("Falacia de razón").
- Piensa que le observan en clase ("personalización").
- "No voy a saber responder, me pondré muy nervioso" ("Visión catastrófica").
- "Soy poco enrollado con las chicas, no les voy a gustar" (Etiquetación obregeneralizadora" e "Inferencia arbitraria").
- No estoy a la altura de las circunstancias" ("Abstracción selectiva").
- Autocríticas rumiadoras: "Podía haberlo hecho mejor"

. Afectiva:

- Irritable al discutir. Culpa posterior.
- Ansioso ante la exposición en clase, chicas y desconocidos.

. Motivacional:

- Le gustaría tener más facilidad para relacionarse socialmente.

. Conductual:

- Dificultad para expresarse socialmente.
- Evitación de ciertas situaciones sociales (p.e iniciar una conversación con una chica).
- Discutir para que se le reconozca.

. Fisiológica:

- Tensión muscular. Le tiembla la voz. Le sudan las manos.

4) Historia del problema y tratamientos anteriores:

. Su madre que acude a la primera entrevista informa que su hijo siempre ha tenido problemas para relacionarse. A los 6 años cuando tenía que ir al colegio se ponía muy nervioso, lloraba y devolvía lo comido. Los padres insistían hasta que lograba ir. Continúa su madre informando que desde pequeño era muy tímido, le pegaban mucho en clase, no le dejaban en paz. Al comenzar a estudiar 1º BUP en Úbeda, sus compañeros se reían de él. No quería ir al instituto, su madre habló con los profesores y se solucionó este problema. . Ha recibido 3 veces tratamiento con psiquiatras. A los 7 años en tratamiento por "terrores nocturnos", la segunda vez a los 14 años y la tercera a los 16 años, siendo diagnosticado de "neurosis reactiva". Después, de manera ocasional ha realizado alguna consulta a psiquiatras. Actualmente toma "Tepazepam" un comprimido, cuando está más nervioso, ayudándole algo a tranquilizarse (recetado por el médico de cabecera). El paciente añade: "En las consultas con los psiquiatras me daban medicación y me decían que pusiera de mi parte y razonara mejor las cosas. Eso me ayudaba poco, ya me lo decían mis padres, y yo mismo".

5) Historia personal y familiar:

. Embarazo normal, aunque el parto fue algo tardío. Desarrollo físico- psicomotor normal. Escolarizado desde los 6 años. Los estudios le van bien en cuanto al rendimiento (notas). Se libró del servicio militar por problemas en la columna hasta hace poco ha llevado un corsé puesto (casi un año y medio). No tiene pareja y no ha mantenido hasta el momento relaciones sexuales.

. Convive con sus padres. El padre de 47 años, trabaja en una fábrica de coches. Su madre de 46 años, ama de casa. Tiene dos hermanos, uno de 18 años, varón y que trabaja en la venta ambulante, soltero. El otro hermano,

de 8 años, varón, estudia 3º E.G.B. La abuela materna suele pasar el día en su casa y la noche en su domicilio. Un tío materno estuvo en tratamiento psiquiátrico por depresión, hace dos años. Describe a su familia como "muy nerviosos".

6) Diagnóstico:

- Fobia social.
- Rasgos de personalidad de evitación (fóbico).

7.2 ANÁLISIS FUNCIONAL-COGNITIVO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS:

. Se detectaron dos problemas: (1) Ansiedad y problemas de asertividad en Situaciones sociales y (2) Tendencia a discutir para imponer su razón. Relacionados con estas conductas se detectaron distintos aspectos cognitivos: (1) Evaluaciones inadecuadas de los hechos: "Tengo que evitar cometer errores" (Deberías-Perfeccionismo), "Mi familia siempre quieren que haga lo que me dicen" (Sobregeneralización), (2) Atribuciones inadecuadas ("Mis problemas se deben a mi introversión y timidez), (3) Expectativas irrealistas: "Si me preguntan no voy a saber responder y me pondré muy nervioso" (Visión catastrófica, Sobregeneralización), (4) Autoevaluaciones inadecuadas: "Yo tengo la culpa de mis problemas", "Soy poco enrollado, no le voy a gustar a la gente" (5) Supuestos personales (hipótesis): "Tengo que hacer las cosas muy bien, y no cometer errores para tener el reconocimiento de los demás". Estos componentes cognitivos interactuaban con su ansiedad social, no asertividad y tendencia a discutir, ira y culpa.

7.3. PROCESO DE INTERVENCIÓN:

Sesión nº1:

- Historia clínica.
- Análisis funcional-cognitivo y conceptualización de los problemas.

Sesión nº2:

- Presentación del modelo A-B-C de la R.E.T de Ellis.
- Detectamos "Creencia irracional" del tipo "Tengo que ser muy competente y evitar cometer errores para ser aprobado socialmente" (Insight nº1 de la R.E.T).
- Presentación de los métodos de refutación. Registro.
- Tareas para casa: Registro de eventos (A) relacionados con miedos sociales y discusiones. Detección de consecuencias emocionales y conductuales (C). Detección de creencias irracionales (Bi). Refutación (D) y nuevas consecuencias emotivas-conductuales (E). (Potenciar Insight nº2 y 3).

Sesión nº3

1- Ha realizado la refutación con algunas dificultades: p.e.

A- Situación.

En la clase de literatura hablando sobre astrología con unos compañeros.

C- Estado. Nervioso (7)

B- Pensamientos/Exigencias.

Ansia de reconocimiento por los demás. Afán de recompensa.

D- Cuestionamiento.

. ¿Qué pruebas a favor?

- No quedar bien, ponerme nervioso, no me gusta ser el centro de atención.
- . ¿Qué pruebas en contra?
 - Todos los de la clase hablan en público y no les pasa nada.
- . ¿Qué es lo peor si no se cumple?
 - Me voy a sentir frustrado.
- 2- Explico que se queda a nivel de los pensamientos iniciales y que es conveniente seguir preguntando sobre ellos (p.e, ¿Qué es lo peor si me frustró?, ¿Qué obliga a otros a que me reconozcan?). Parece entender el proceso (feedback). Diferencia Cr.rac/irrac.
- 3- Explico técnica de exposición y entrenamiento asertivo. Realizamos rol- playing "Como responder a las críticas" (Disco rayado, Banco de Niebla).
- 4- Tareas para casa:
 - . Refutación cognitiva (D-E). Mismo foco (A).
 - . Exposición en la imaginación: Escena donde se burlan los chicos de él en clase. Hacerlo hasta lograr un tiempo de autoexposición de 20 minutos (objetivo).
 - . Asertividad: En 4 ocasiones buscar un tema con un cierto desacuerdo con un amigo y usar banco de niebla y disco rayado en vez de discutir.

Sesión nº4

1- Ha llevado a cabo más correctamente la refutación R.E.T, con beneficios mayores sobre su ansiedad interpersonal e ira. Por ejemplo:

A- Situación

En el pub, una chica me pidió que me sentara con ella.

C- Estado (0-10)

Inseguro (6). Ansiedad (6)

B- Pensamientos/Exigencias.

Debo de caerle bien.

D- Cuestionamiento.

No necesito caerle bien para continuar el día con otras satisfacciones. Nada me exige que tenga que caerle bien a todo el mundo.

E- Resultado.

Nervioso e inseguro (3)

A- Situación

Discusión con mi madre y padre en el salón de estar. Tarde.

C- Estado (0-10)

Enfado (8).

B- Pensamientos/Exigencias.

Reconocimiento. Tienen que estar de acuerdo conmigo.

D- Cuestionamiento.

No necesito realmente que me den la razón. Puedo encontrar otras satisfacciones.

E- Resultado.

Enfado (3).

2- Ha aplicado con éxito la tarea asertiva, aunque con un amigo no le ha resultado tan difícil. La exposición la

ha realizado 4 veces sin problema alguno. Refuerzo su colaboración.

3-Presento un listado de derechos personales. Él identifica cuales suele defender y no hacerlo en otros casos-derechos. También se presentan analogías de que derechos tendría en el caso de que fuera "Acusado de un crimen" (respuesta-tener un abogado, poder aportar pruebas, que se me escuche...), "Ser un niño" (respuesta-que no me digan las cosas con brusquedad, poder defenderme), "Estar novio" (respuesta-consideración a mi punto de vista) y "Entrevista de empleo" (respuesta-que se me evalúe bien). Está de acuerdo con los derechos identificados.

4- Tareas para casa:

- Seguir refutación R.E.T.
- Asertividad: Decirle algo positivo a una chica (aspecto, ropa, etc).
- Biblioterapia. M.Smith- "Cuando digo no, me siento culpable.

Sesión nº5 a 7: Idem a las anteriores con tareas asertivas más difíciles gradualmente (p.e invitar a un café a una compañera de clase poco conocida, etc...).

- Igualmente comienza terapia de grupo, paralela, con dos chicas en nuestro servicio. Este grupo está dirigido a la asertividad. Se emplea rol-playing, modelado, ensayo conductual, R.E.T. y tareas para casa. Esas dos chicas, igualmente presentan problemas de asertividad (un caso de problema depresivo y asertividad, y un caso de trastorno por ansiedad-rasgos de personalidad dependiente).

Sesión nº8 a 15: Se trabaja igualmente con método C.T (Beck) para enfocar problema relacionado ("Inseguridad. Miedo al futuro"). Se desarrolla la línea anterior.

Resultados

- 1) Desaparición de los miedos a hablar en clase.
- 2) Desaparición de los temores a relaciones con las chicas.
- 3) Reducción de las discusiones con su familia.
- 4) Modificación cognitiva:
 - Diferencia deseo de aprobación de exigencia de aprobación.
 - Acepta la imposibilidad de una seguridad absoluta respecto al futuro. "Cuando lleguen los problemas los enfrentaré, no voy a adelantar acontecimientos".

12.5. TRATAMIENTO DE LA AGORAFOBIA

1. PAUTAS DIAGNOSTICAS DE LA AGORAFOBIA POR EL DSM-IV

A. Presencia de agorafobia, definida por los siguientes criterios:

1. Ansiedad al hallarse en lugares o situaciones de los que resulta difícil o embarazoso escapar en caso de que no haya ayuda disponible ante un ataque de pánico o síntomas similares

2. Se evitan o soportan con gran ansiedad las situaciones agorafobicas (p.e viajar) o ansiedad anticipatoria a experimentar un ataque de pánico, o solo se enfrentan con la presencia de compañía

3. La ansiedad o evitación agorafóbica no se explican mejor por otro trastorno mental

B. El sujeto no cumple los criterios para el diagnóstico de trastorno de pánico

C. La agorafobia no se debe a los efectos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica

D. Si se diera una enfermedad médica, el criterio A sobrepasa a los efectos de aquella

2. MODELOS COGNITIVOS DE LA AGORAFOBIA: EL MODELO DE BECK (1985) Y EL MODELO DE GUIDANO Y LIOTTI (1985)

Para Beck y Emery (1985) el constructo cognitivo de la agorafobia se basa en la vulnerabilidad personal impuesta por esquemas cognitivos que contienen significados personales referentes a la percepción del

peligro interno y externos (casi siempre relacionados con el temor de perder el control personal o la aparición de una enfermedad aguda y brusca que amenace la vida) y otro significado personal relacionado con el anterior, referente a la necesidad de tener la seguridad y apoyo de otros por si sucede lo temido. Cuando el sujeto está solo, lejos de las personas que proporcionan seguridad, o en lugares de difícil acceso a fuentes de seguridad (p.e ascensores, tuneles, autobuses en marcha, etc) los esquemas cognitivos se activan, produciendo un procesamiento distorsionado de la información ("Visión catastrófica"-anticipación de peligros para la salud, trastorno mental o emocional, etc) y desarrollando conductas de evitación a esas "claves situacionales" relacionadas por el sujeto con el peligro percibido y el no acceso a las fuentes de seguridad. Este trastorno tendría consecuencias sobre el paciente, como una pérdida de confianza en si mismo por su dependencia de otros y múltiples autocríticas por su incapacidad percibida (autovaloración negativa). Así mismo aparecerían conflictos cognitivos derivados, fundamentalmente el miedo a la soledad y el balance dependencia-independencia (control) en las relaciones interpersonales. Igualmente se apuntaría que los esquemas cognitivos agorafóbicos derivarían de miedos infantiles.

El modelo de Guidano y Liotti (1985) difiere del anterior en invertir el orden y jerarquía de las cogniciones implicadas. Para estos autores habría dos niveles cognitivos: un nivel cognitivo más explícito (consciente) referente a las atribuciones causales mantenidas por el sujeto sobre lo que le sucede, y por las expectativas referente a su estado. Básicamente se refiere a la idea del sujeto de tener una enfermedad que puede irrumpir de modo brusco y de las consecuencias anticipadas de su posible aparición (temor a volverse loco, sufrir un ataque cardíaco, etc). Los significados

básicos identificados por Beck y Emery (1985) son puestos a este nivel. Por otro lado, habría un nivel más profundo o tácito (más inconsciente o abstracto) que contendrían dos reglas de acción básicas para el sujeto. Estas reglas supondrían la obligación que tiene el sujeto de evitar la soledad y la obligación de mantener el control de las situaciones. El sujeto tendría problemas para verbalizar y detectar esas reglas ("hacerlas conscientes") y atribuiría erróneamente su ansiedad a padecer una enfermedad de aparición imprevisible. El origen de las dificultades de pasar el conocimiento tácito a explícito habría que buscarlo en la Bowlby; ver capítulo 5 y 8). El desarrollo de un "apego ansioso" hacia los progenitores y la alteración de los vínculos afectivos (separación, pérdida) se encontraría en el origen de la organización cognitiva agorafóbica.

De modo esquemático reproducimos a continuación los principales puntos del funcionamiento cognitivo del agorafóbico (Fig.33) apuntados por Beck y Emery (1985) y Guidano y Liotti (1985).



<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de los vínculos afectivos tempranos - Apego de tipo "ansioso" - Separaciones y pérdidas afectivas 	<ul style="list-style-type: none"> - Amenazas a la salud física y emocional Temor a no poder acceder a fuentes de seguridad - Reglas de evitación de la soledad y necesidad de control interpersonal - Creer tener una enfermedad
<p>SITUACIONES FOBICAS ACTIVADORAS (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soledad: ausencia de un ambiente cercano, de una compañía en quién poder confiar (p.e estar solo en un lugar público...) - Constricción al control personal o libertad de movimientos (p.e atascos de tráfico, ascensores, lugares concurridos, vehículos de transporte público que no se pueden abandonar cuando se desea...) 	<p>DISTORSIONES COGNITIVAS (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visión catastrófica - Maximización del peligro y minimización de la seguridad

CÍRCULOS INTERACTIVOS RESULTANTES (5)

Pensamiento	Afecto	Conducta
Aprensión	Ansiedad	- Evitación - Búsqueda de

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Al igual que en otros trastornos fóbicos se trataría básicamente de:

1º Reducir o eliminar las conductas de evitación agorafóbica (evitación de determinadas situaciones y necesidad de búsqueda de seguridad o compañía para su afrontamiento) y la ansiedad asociadas a ellas.

2º Adquisición por el paciente de habilidades cognitivo-conductuales para el afrontamiento de las situaciones fóbicas.

3º Modificación de la base cognitiva que hace vulnerable al sujeto al trastorno agorafóbico (distorciones y esquemas cognitivos) mediante técnicas cognitivas-conductuales.

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

Referimos algunos ejemplos de cuestionarios usados para la evaluación del problema agorafóbico:

1) Escala de evaluación de la fobia, pánico y ansiedad difusa (Cottraux, 1990): Contiene una subescala que permite evaluar el componente de pánico del trastorno (Ver apartado del trastorno de pánico).

2) Escala de cogniciones agorafóbicas (Chambles y cols. 1984): El paciente valora en una escala de 1 (Jamás aparece ese pensamiento) a 5 (Todo el tiempo

pienso en eso) la frecuencia de aparición de un listado de 14 tipos de cogniciones agorafóbicas frecuentes (p.e "Yo voy a desmayarme", "Me voy a volver loco", "Yo voy a actuar de manera ridícula").

3) Ataques de pánico: Ficha de valoración de síntomas (Salkovskis, 1989): Es un listado de 28 ítems referentes a síntomas típico de la crisis de angustia. El paciente valora la intensidad percibida de los mismos (Desde 0-Nada molesto a 4-Muy molesto o intenso).

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN

Utilizamos el modelo de Beck y Emery (1985) y Guidano y Liotti (1985) para presentar el proceso de intervención. Los tres primeros pasos serían comunes a ambos modelos, y los dos últimos al modelo de Guidano y Liotti (1985):

1º Evaluación y conceptualización de los problemas. A través del análisis funcional/cognitivo se detectarían las situaciones evitadas-cogniciones implicadas y estrategias de evitación y seguridad empleadas; así como una jerarquía de situaciones internas y externas y grado de ansiedad asociado.

2º Socialización terapéutica: explicación al paciente de la terapia, relación pensamiento-afecto-conducta y autorregistro.

3º Alternativas cognitivas conductuales a círculos viciosos, distorsiones y Supuestos personales. Practica a través de tareas para casa.

4º Detección de las reglas tácitas: Mediante tres procedimientos-Definición de contexto interpersonal donde surgieron los primeros síntomas, buscar patrones cognitivos-afectivos-conductuales coherentes con el nivel explícito (atribuciones erróneas) y análisis cognitivo (significado) de las resistencias presentadas a las intervenciones cognitivo-conductuales.

5º Alternativas cognitivas-conductuales a las reglas tácitas.

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Podemos agrupar las técnicas de intervención según se dirijan a la modificación de los ataques de pánico o a la modificación de la conducta de evitación agorafóbica (Cottraux, 1990):

6.1. MANEJO DE LOS ATAQUES DE PÁNICO:

A) TÉCNICAS CONDUCTUALES:

1- ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN: Se dirige a la reducción de estados de ansiedad de fondo (no a la angustia de pánico). Se suelen emplear los métodos de Jacobson (relajación progresiva muscular) o Schultz (relajación autógena). Se entrena al paciente en las secuencias de relajación y este puede practicarlas en casa (p.e usando casete).

2- REGULACIÓN RESPIRATORIA: Se enseña al sujeto a ralentizar su respiración a 8-10 ciclos respiratorios por minuto, regulándola con la ayuda de un metrónomo. Debe ser una respiración superficial para no aumentar la alcalosis, que agravaría los síntomas. Una vez que el sujeto ha aprendido a manejar la respiración del modo descrito se le induce a producir una hiperventilación voluntaria (p.e respiración rápida, aguante respiratorio, etc) y a controlarla mediante la regulación respiratoria. De esta manera el sujeto posee una técnica de inoculación.

3- TÉCNICAS VAGALES: Se suele utilizar el reflejo baro-sinusiano de Valsava. Se pide al paciente que produzca una hiperpresión abdominal de tres a cinco segundos. Esto se realiza hinchando el vientre, lo que produce una reducción rápida de la frecuencia cardíaca. Se puede repetir una docena de veces esta maniobra. Es utilizada junto a la exposición en vivo junto a la

regulación respiratoria en pacientes con temores cardíacos.

B) TÉCNICAS COGNITIVAS:

1- FLECHA DESCENDENTE: A partir del pensamiento automático (expectativa de amenaza o visión catastrófica) el sujeto se va preguntando por las consecuencias hasta llegar al supuesto personal subyacente. Una vez detectado se puede poner a prueba (p.e, Pensamiento automático: "Voy a perder el control" - Consecuencia: ¿Qué pasaría si ocurriera? - Respuesta: "Sería considerado un loco por la gente y mi familia" - Consecuencia: ¿Qué pasaría si ocurriera? - Respuesta: "Sería considerado un loco por la gente y mi familia" - Consecuencia: ¿Qué pasaría si ocurriera? - Respuesta

(Postulado/Supuesto): "Yo debo tener el control de las situaciones y evitarlas para que no me de un ataque de pánico, sea internado y desaprobado por la gente que me conoce").

2- EXPOSICIÓN EN LA IMAGINACIÓN más RETRIBUCIÓN Y DISCUSIÓN COGNITIVA:

Se puede realizar una secuencia del tipo: 5 minutos de relajación - 5 minutos de exposición en la imaginación

- 5 minutos de hiperventilación y retribución de las sensaciones - 15 minutos de respiración por regulación respiratoria y - 10 minutos de discusión sobre el proceso y su uso como tarea preventiva (p.e casete) (PREVENCIÓN COGNITIVA).

6.2. MANEJO DE LAS CONDUCTAS DE EVITACIÓN AGORAFÓBICA:

Se jerarquizan las situaciones evitadas y se emplea la exposición con ellas (p.e primero en la imaginación, después en vivo); se utiliza a veces en combinación con la inoculación al estrés.

7. CASO CLÍNICO (Terapeuta: A.T. Beck, 1985) (Adaptación: J. Ruiz, 1992).

7.1. HISTORIA CLÍNICA:

1) Datos de identificación:

. Hombre soltero de 29 años. Parado desde hace un año. Residente en una ciudad de Nueva Inglaterra (E.E.U.U).

2) Motivo de consulta:

Se siente nervioso y triste. Pasa casi todos los días en casa, viendo la televisión, fumando y tratando de eludir confrontaciones con su hermana, quien según refiere el paciente, domina la casa con sus rabietas, su conducta imprevisible y demandas exageradas. El principal miedo del paciente es vomitar después de comer, crear confusión y enfurecer a su hermana. Esto ha hecho que haya restringido sus comidas, perdido peso y evite comer con los miembros de su familia desde hace cinco meses. Su miedo a vomitar delante de otros le lleva a limitar seriamente su vida social, viendo solo a sus vecinos y no concertando ninguna cita. También tiene miedo a alejarse de casa y perderse, lo que le ha llevado a restringir cada vez más la distancia a la que es capaz de moverse desde su casa.

3) Sintomatología:

. Cognitiva:

- Pensamientos referentes a perder el control y vomitar ante otros, y que estos se enfaden.
- Pensamientos referentes a alejarse de casa y perderse.
- Falta de decisión.
- Verse incapaz de trabajar mientras tenga ansiedad.

- Temor a ser abordado sexualmente en público mientras la gente le miraba: Temor a peticiones sexuales provenientes de mujeres.

. Afectiva:

- Ansiedad. (predomina la ansiedad)
- Tristeza.

. Motivacional:

- Deseos de evitación ante situaciones donde cree que puede vomitar o ser abordado sexualmente.

. Fisiológica:

- Pérdida de peso (leve).
- Tensión muscular general.

. Conductual:

- Evitación de manifestaciones asertivas ante los familiares y extraños.
- Conductas fóbicas (alejarse de casa p.e)

4) Historia del problema y tratamientos anteriores:

. Ha estado en tratamiento con tres terapeutas anteriormente a causa de su ansiedad. El pasado año había estado medicado con Xanax, Delmane y Llavil, sin relevancia para su tristeza y ansiedad.
 . Su historia de ansiedad se remonta a su infancia y había estado hospitalizado cinco veces desde su niñez por "estómago nervioso". Durante una hospitalización, según cuenta el paciente, se le removían trozos de comida en el intestino. Su angustia le había impedido comer ante otros, trabajar y viajar lejos de casa.

5) Historia personal y familiar:

. Vive con sus padres y una hermana mayor.
 . Su hermana tiene una conducta "histérica" dominando

la casa con sus rabietas, conducta imprevisible y demandas irracionales. El paciente teme hacerla enfadar si vomita comiendo ante ella.

. El paciente describe a sus padres como "sobreprotectores", no le dejaban pasar la noche con amigos o parientes, como a los otros niños, y le disuadieron, ya de joven, de la idea de cambiarse a su propio piso a vivir, debido a su falta de muebles, diciéndole "si no puedes hacer las cosas completamente bien, no las hagas".

6) Diagnóstico:

. Trastorno agorafóbico.

7.2. ANÁLISIS FUNCIONAL-COGNITIVO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS:

Las primeras sesiones se centraron en la obtención de una lista de problemas, informando al paciente sobre la ansiedad, y realizando análisis cognitivos y funcionales de las situaciones evocadoras de ansiedad. La lista de problemas obtenida en la primera sesión incluía: a) ser incapaz de comer a causa de la ansiedad, b) falta de decisión, c) evitación de bares, restaurantes, fiestas y salidas a comprar, d) ser incapaz de trabajar a causa de la ansiedad. Había pensamientos automáticos asociados con esos problemas. El pensamiento asociado con ser incapaz de comer era: "Tengo náuseas, vomitaré y montaré un escándalo". En términos de falta de decisión era "yo renuncio cuando me siento fatal". La evitación de bares, restaurantes y similares se debía a la idea de vomitar delante de otros, haciendo que se enfaden y, como consecuencia, marginándole; así como verse abordado sexualmente por una mujer mientras otros le miraban. Su pensamiento a cerca de ser incapaz de trabajar eran del tipo "no puedo hacer un trabajo bien (perfecto) hasta que me haya liberado de la ansiedad" y estaban

relacionados con mensajes de la madre acerca de que si no podía hacer algo bien que no lo hiciera.

7.3. PROCESO DE INTERVENCIÓN:

Primeras sesiones

El primer problema que se abordó fue el de la comida. Se enseñó al paciente a registrar sus pensamientos antes de comer, estos eran generalmente predicciones negativas ("mi hermana va a venir y estará enfadada"). También se le instruyó para comer cuando estuviera hambriento, masticando cada bocado quince veces, y dejando el tenedor en el plato a fin de frenar su rápida ingesta de comida. De esta manera, él trabajó conductualmente para reducir la probabilidad de molestar, y cognitivamente para comprobar las predicciones negativas. También se le informó de la diferencia entre los síntomas orgánicos y los síntomas de ansiedad, a fin de que él conociera la diferencia, y no confundir las emociones como señal de enfermedad orgánica. Esto le ayudó a reducir sus predicciones negativas.

La naturaleza volicional de los vómitos del paciente, se pusieron de manifiesto al explorar con él el significado de este acto. Él decía: "He estado enfermo toda mi vida y todo el mundo me decía que pasaba algo malo conmigo... para probar que esto era físico, para mostrar que estaba enfermo, yo vomitaba".

Se instruyó al paciente en maneras alternativas de lograr alivio de la ansiedad incluyendo el decirse a sí mismo "Esto no puede llegar más lejos", respirar despacio y distraerse de las sensaciones físicas. Sustituyó los ejercicios de relajación por la actitud de bromear. Como demostró competencia en las tareas graduadas asignadas, cada vez evitaba menos situaciones y confiaba menos en estas conductas. También quedó claro que el paciente evitaba las actividades que sus padres escogían para él. El

entrenamiento en aserción en las últimas sesiones le ayudó a la hora de tomar sus propias decisiones y llevarlas a cabo sin utilizar el papel y las conductas de enfermedad.

Actuar contrariamente al esquema "yo soy una persona enferma" fue una poderosa herramienta. Para ayudarle a hacerlo se le pidió que usara autoinstrucciones ("estoy bromeando", "no tengo que vomitar"), que listara las veces en que no se comportaba como una persona enferma (ej. realizando trabajillos, cuidando de sí mismo, observando los niveles de ansiedad y viendo sus fluctuaciones clasificando sus náuseas como signo de ansiedad y no de enfermedad física). Se le asignaron también tareas diseñadas gradualmente para incrementar su actividad fuera de casa (ej. aceptando trabajos de carpintería entre sus vecinos, tomando un café en un bar del barrio), rebajando su evitación agorafóbica (ej. incrementando las distancias en los viajes), y disminuyendo su falta de decisión mediante la realización de tareas de manera asequible (ej. matricularse en un colegio de la comunidad, llamando para concertar una cita).

Su falta de decisión se trató también en las sesiones trabajando con sus pensamientos automáticos "no puedo hacer nada hasta que no me encuentre bien". Este pensamiento le llevaba a evitar el llamar al encargado de la escuela para concertar una entrevista. En la sesión de terapia él telefoneo a otro coterapeuta que actuaba como si fuera el encargado del colegio de manera muy creíble. Antes de este rol-playing se le pidió al paciente que evaluara su ansiedad en una medida de 0 a 100 (señaló 70), que se fijara en sus pensamientos ("estaré demasiado nervioso para hablar"), y que predijera su éxito de 0 a 100. Después del rol-playing, evaluó tanto la credibilidad del coterapeuta en su papel de encargado del colegio (le

dio un 100) y su ansiedad durante el rol-playing (le dio un 20).

Esta combinación de técnicas cognitivas y conductuales le ayudó a disminuir su ansiedad en esta situación práctica y le permitió contactar con el encargado escolar y asistir al colegio a la semana siguiente.

Ultimas sesiones

Las últimas sesiones se centraron en la independencia y autonomía de su familia. Era capaz de repetir cognitiva e imaginativamente escenas con su hermana en las que se repetía en cada intento de discusión "debes tener razón". El trabajo en asertividad comenzó con sus pensamientos acerca de actuaciones por si mismo ("no es agradable enfrentarse con un miembro de la familia") y continuando con el cuestionamiento de la asunción de que ser asertivo es perjudicial, también listando las ventajas y desventajas de actuar en interés propio ante la familia, y la repetición conductual (ensayos asertivos). Encontró útil llevar dos tarjetas. En una estaba el pensamiento automático "mama dice que no lo haré bien" con la respuesta adaptativa "las opiniones no son hechos" en el reverso. En la otra tarjeta estaba el mensaje "mis padres exageraban lo peligroso que es el mundo".

Resultados

El paciente dejó de tomar Elavil y Dalmane en la cuarta sesión de terapia cognitiva y raramente tomaba Xanax (psicofármacos con nombre comercial en EEUU). Actualmente le va muy bien en el colegio, come tranquilamente en la cafetería de la escuela, conduce hasta ella, y se relaciona con sus compañeros. Continúa poniendo a prueba sus predicciones negativas y tiene una buena actitud hacia la aceptación del riesgo: "Es la única manera de hacer progresos".

12.6. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

1. PAUTAS DIAGNOSTICAS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO POR EL DSM-IV

A. Presencia de obsesiones definidas por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusas e inapropiadas y que causan notable ansiedad o molestia
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no son únicamente preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. La persona intenta de neutralizar esos pensamientos, impulsos o imágenes con algún otro pensamiento o acción
4. La persona reconoce que los pensamientos, impulsos o imágenes son productos de su propia mente, no impuestos desde fuera como en la inserción del pensamiento

Las compulsiones se definen por:

1. Conductas (p.e lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (p.e orar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que la persona se siente empujada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que debe aplicar de forma rígida
 2. Las conductas o actos mentales intentan reducir o evitar un acontecimiento temido, pero son excesivos o no conectados realistamente con ese temor
- B. La persona reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o poco razonable
- C. Las obsesiones y compulsiones interfieren de manera significativa en el funcionamiento psicosocial

D. Si hay otro trastorno del eje I, las obsesiones y compulsiones no se explican por el mismo y le exceden

E. Las obsesiones y compulsiones no se deben a los efectos de una sustancia psicoactiva o enfermedad médica

2. EL MODELO COGNITIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO: EL MODELO DE SALKOVSKIS Y WARRICK (1988)

El sujeto a lo largo de su desarrollo aprende una serie de esquemas cognitivos relacionados con reglas referentes a la conducta correcta y a la responsabilidad. Estos esquemas se activan a partir de ciertos eventos críticos o específicos con ellos relacionados, que llevan a que el sujeto desarrolle una obsesión normal acerca de su responsabilidad en esos eventos (preocupaciones, rumiaciones que al persistir disparan una serie de pensamientos automáticos negativos (relacionados también con la responsabilidad). Esos pensamientos negativos intenta de ser neutralizados por el sujeto, produciendo como resultado las obsesiones y/o compulsiones (Fig.34).

-MODELO COGNITIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (FIG.34)-	
HISTORIA PERSONAL Y FACTORES BIOLÓGICOS(1)	ESQUEMAS COGNITIVOS (2)
.Problemas y castigos por "no tener .Reglas estrictas la conducta correcta o moralidad suficiente cuidado	.Reglas estrictas sobre la conducta y responsabilidad

con lo que se hace"		
EVENTOS ACTUALES ACTIVADORES (3)		DISTORSIONES COGNITIVAS (4)
Incidente crítico		Deberías/Culpa
CÍRCULOS INTERACTIVOS RESULTANTES		
Pensamiento	Afecto / Activación fisiológica	Conducta
- Culpa / Responsabilidad - "NEUTRALIZACIÓN" - OBSESIONES - Rituales cognitivos/Rumiaciones/Etc	- Ansiedad - Trastorno del sueño - Cambio en funciones corporales - Depresión , etc	- Conducta de evitación - Rituales/Compulsiones

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos de la psicoterapia cognitiva respecto a las obsesiones-compulsiones son:

1º Reducir o eliminar la intensidad/frecuencia de los síntomas obsesivos y/o compulsivos y el malestar asociados a ellos.

2º Desarrollar en el sujeto una serie de habilidades cognitivas-conductuales para que este afronte sus obsesiones-compulsiones.

3º Modificación o flexibilización de las reglas rígidas sobre la moralidad y responsabilidad subyacentes y que hacen vulnerable al sujeto a este trastorno (esquema cognitivo).

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

Referimos algunos ejemplos:

1) Inventario de conductas obsesivo-compulsivas al Maudsley (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977):

Contiene 30 ítems que el sujeto contesta en función de su presencia o ausencia (sí/no). Permite una puntuación global, y por cuatro subescalas referentes a los cuatro tipos de obsesiones- compulsiones más frecuentes: comprobación, lavado, duda y lentitud.

2) Lista de cheques de actividad compulsiva (CAC; Philpott, 1975): Tiene una escala de cuatro puntos para cada ítems, y se refiere exclusivamente a conductas compulsivas.

3) Inventario de obsesiones de Leyton (Cooper, 1970): Contiene 69 ítems. Permite evaluar los síntomas obsesivos y la presencia de rasgos obsesivos de personalidad.

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN

Según Salkovskis y Warrick (1988) y A. Maldonado (1990) el proceso terapéutico de las obsesiones compulsiones seguiría las siguientes fases:

1º Evaluación y conceptualización de los problemas:

1.1) Evaluación de las obsesiones:

A- Claves externas-Objetos o situaciones productoras de malestar.

B- Claves internas-

- Imágenes, pensamientos o impulsos molestos.
- Sensaciones corporales de malestar. Ansiedad.

C- Consecuencias anticipadas de las claves internas/externas:

- Amenaza percibida.

D) Fuerza del sistema de pensamiento: grado de certeza subjetiva de que lo que se teme sucederá.

E) Evaluación de posible estado depresivo asociado.

1.2) Evaluación del sistema de evitación conductual:

A) Elaboración de una lista exhaustiva de rituales y el grado de ansiedad que generan o eliminan cada uno de ellos (jerarquía de rituales).

B) Detectar conductas de evitación pasiva: conductas que el sujeto desarrolla para evitar la aparición de un daño.

C) Detectar las relaciones entre las claves de miedo y las conductas de evitación: Las amenazas o daños que cree evitar con las mismas.

2º Socialización terapéutica:

Se le explica al sujeto la relación entre el pensamiento (obsesiones y expectativa amenazante o "temor"), la conducta (rituales y/o otras conductas de evitación) y el estado emocional (p.e ansiedad); los objetivos de la terapia, el procedimiento general y el autorregistro.

El autorregistro típico suele distinguir cuatro elementos: (1) Los pensamientos intrusivos (obsesiones), (2) los pensamientos negativos subyacentes o expectativas de amenaza ("Temores"), (3) la conducta de evitación pasiva y (4) los rituales. Por ejemplo:

SITUACIÓN	Antes de acostarme
PENSAMIENTO	.Se escape el gas y explote
INTRUSIVO Y GRADO	.Ansiedad-9

DE MALESTAR (O-10)

PENSAMIENTO .No estoy tranquilo

NEGATIVO O TEMOR .Seria mi culpa

BÁSICO

CONDUCTA DE .Dejar las ventanas abiertas

EVITACIÓN .Levantarme y cerrar 5 veces la

PASIVA/RITUAL espita del gas muy despacio

3º Intervención:

El tratamiento medio suele constar de unas 15 sesiones. Se pueden distinguir dos fases en el mismo:

FASE INTENSIVA: Lo ideal es tener 3 sesiones por semana de 45 minutos a 3 horas de duración; donde se emplea la exposición en vivo o encubierta. El periodo suele durar 3 semanas (9 sesiones).

FASE DE DESARROLLO: Se continúa con un tratamiento semanal, preferiblemente en un formato grupal, para trastornos secundarios (6 sesiones). Estas sesiones se dedicarían a modificar el estilo de vida rígido del sujeto, tras desaparecer los síntomas, a trabajar otros problemas asociados y a mantener los logros (exposiciones a nuevos problemas).

Siendo el componente fundamental del tratamiento la exposición, cabría preguntarse: ¿Qué aporta la terapia cognitiva a las técnicas conductuales (exposición-prevención de respuestas)?. La respuesta seria (A. Maldonado, 1990):

1º La postulación de un sistema cognitivo subyacente a las obsesiones- compulsiones, que explicarían su desarrollo y la vulnerabilidad del sujeto a padecer este trastorno.

2º Facilitar el empleo de las técnicas conductuales.

3º Trabajar las resistencias al tratamiento.

4º Tratamiento de estados depresivos asociados o ideación.

5º Facilitar la reevaluación cognitiva de las predicciones de amenaza.

6º Modificación de los supuestos personales más comunes (p.e responsabilidad, seguridad...)

7º Trabajar con las obsesiones puras.

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

6. A. REGLAS TERAPÉUTICAS PARA EL TRABAJO CON OBSESIONES:

1- CUESTIONAMIENTO LAS PROBABILIDADES DEL TEMOR: El sujeto suele confundir la posibilidad (posible en general) con la probabilidad (baja). El terapeuta explica la diferencia y la utiliza ("¿Qué probabilidad hay de que eso ocurra?, "Lo piensa muchas veces, ¿y cuantas ocurrió?). El sujeto se hace la misma pregunta como tarea.

2- CONSECUENCIAS DE MANTENER EL TEMOR: "¿Le ayuda en algo?", "Le da mucha importancia, ¿y la tiene realmente?".

3- TÉCNICAS DISTRACTORAS: Se enseña al sujeto a parar sus obsesiones y pensar en otras cosas (p.e parada de pensamiento y uso de tarjetas con pensamientos o imágenes alternativas).

4- REATRIBUCIÓN DE LA CULPA: "¿Sería el único responsable?, ¿Podrían haber otros factores que intervinieran?".

5- REESTRUCTURAR LAS RAZONES DEFENSIVAS DE RESISTENCIA A LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Por ejemplo, uso de ventajas e inconvenientes.

7- EMPLEO DE LA FLECHA DESCENDENTE PARA DETECTAR SUPUESTOS PERSONALES (Ver apartado de la agorafobia).

8- EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTAS: Se utiliza la exposición encubierta relatando escenas relacionadas con los componentes obsesivos (se puede utilizar la información de los autorregistros). Se hace que el sujeto adopte una postura relajada y se va describiendo la escena. Cada 5 minutos puede preguntársele por el nivel de ansiedad (p.e de 0 a 10). Intervalos de exposición inferiores a 30 minutos y más. Se puede grabar la sesión de exposición como tarea para casa. La prevención implica no evitar la escena. Es la técnica esencial a emplear con las obsesiones.

6. B. REGLAS TERAPÉUTICAS PARA EL TRABAJO CON COMPULSIONES:

1- IDEM A LO ANTERIOR CON OBSESIONES Y.....

2- PREVENCIÓN DE RESPUESTA: En las situaciones que eliciten los rituales, prevenir la respuesta, impidiendo el ritual. Se anota los niveles de ansiedad subjetiva; p.e cada 5 minutos. Igualmente los intervalos superiores a 30 minutos son los más efectivos para lograr una mayor habituación de la ansiedad asociada.

3- IMPEDIR LAS EVITACIONES PASIVAS: Se sigue el mismo procedimiento anterior.

4- NORMAS TÍPICAS PARA LA PREVENCIÓN DE RESPUESTAS:

4.1. COMPROBADORES: solo se permite una pregunta o comprobación.

4.2. Limpiadores: solo se permite durante el tratamiento, una ducha semanal y un lavado de manos corto, antes de cada comida.

6. C. MANEJO DE DIFICULTADES FRECUENTES EN EL TRATAMIENTO:

1- NO SE CUMPLEN LAS INDICACIONES: Se pide al sujeto que explique 87) los motivos (razones) y estas se reestructuran (p.e petición de evidencias, balance de ventajas-desventajas, etc) o se corta el tratamiento en un punto de terminado (p.e si el sujeto tiene otras prioridades).

2- SUSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS: Lo más común es la aparición de nuevas conductas de evitación pasivas. Estas suelen ser: (1) Pedir grandes seguridades al terapeuta, (2) Alargar las sesiones como medida de aseguramiento, (3) Aparición de nuevas conductas pasivas. El terapeuta puede indicar que esas maniobras responden a un incremento de la necesidad de seguridad y las desventajas de responder a ellas. Igualmente puede reestructurar las razones asociadas a esas maniobras.

3- APARICIÓN DE NUEVAS OBSESIONES: Se presta atención a una reactivación de los supuestos personales. Lo indicado es trabajar en la modificación de los mismos.

4- SISTEMA FAMILIAR ALTERADO EN RELACIÓN AL PROBLEMA: Se trabaja paralelamente con la pareja o familia.

5- SUJETO ASINTOMÁTICO PERO CON ESTILO DE VIDA RIGIDIFICADO: Se trabaja con incrementos graduales de modificación de actividades (p.e actividades de dominio agrado, reestructuración del tiempo ocio-trabajo, etc...).

6. D. TRABAJANDO CON LAS DISTORSIONES Y LOS SUPUESTOS PERSONALES:

1- SUPUESTOS PERSONALES TÍPICOS: Es común a estos sujetos la búsqueda de la seguridad y responsabilidad absolutas. Un sistema de pensamiento sin límites y fin en su alcance. La finalidad del terapeuta es enseñar al sujeto:

- a) Imposibilidad de seguridad absoluta sobre cualquier acontecimiento futuro.
- b) La improductividad e inutilidad de la culpa, así como el empleo de la reatribución causal en todo acto no intencionado.

2- MAXIMIZACIÓN CATASTROFISTA: El sujeto da una excesiva importancia a pensamientos particulares y después cae en la trampa cognitiva de buscar su origen (P.e "Se me pasa por la cabeza matar a mi hijo, ¡No puede ser!...¿Por qué pensaré esto?. Podría ser...¿o podría ser por...?"). El terapeuta informa al sujeto que la mente contiene corrientes de estos tipos de pensamientos, que es algo "natural" que aparezcan alguna vez, y que no tiene sentido buscar su origen.

3-PROFECÍAS AUTOCUMPLIDORAS: El sujeto está a las expectativas de posibles amenazas. Como ocurren acontecimientos desagradables, de hecho; el sujeto reafirma su actitud de "estar pendientes de ellos". El terapeuta explica al círculo y señala que la alternativa es aceptar la inseguridad futura.

6. E. CAMPO DE APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA:

1- FACILITACIÓN DE LA EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTAS: Se emplea una serie de técnicas cognitivas para explicar al paciente su problema (p.e relación pensamiento-afecto-conducta) y facilitar así que rompa los "círculos viciosos" mediante la exposición-prevención de respuestas.

2- EXPOSICIÓN CON PACIENTES CON IDEAS SOBREVALORADAS: Primero se detectan las predicciones cognitivas del paciente y se contratan con la tarea de exposición-prevención de RS (A modo de "experimento personal").

3- FACILITACIÓN Y REEVALUACIÓN DURANTE LA EXPOSICIÓN: Durante la exposición los pensamientos intrusivos van siendo cuestionados.

4- TRATAMIENTO DE PROBLEMAS DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN ASOCIADAS (Ver capítulos sobre estos temas).

5- TRABAJO CON LOS ESQUEMAS COGNITIVOS: Se emplea sobretodo la reatribución causal y las alternativas cognitivas (predictivas, interpretativas)

6- FACILITACIÓN DEL TRABAJO CON RUMIACIONES: Se emplea la PREVENCIÓN COGNITIVA. Se provocan voluntariamente las rumiaciones, utilizando una jerarquía de menor a mayor malestar asociado, y el sujeto va cuestionando los pensamientos automáticos asociados y empleando alternativas conductuales (p.e prevención de RS). Se emplea la flecha descendente. Por ejemplo:

CADENA DE RUMIACIONES-ANSIEDAD ASOCIADA (0-10)/ ALTERNATIVAS

. Se expone el caso de una paciente (médico) con rumiadores obsesivos referente a su temor a la contaminación radiactiva. (Ruiz, 1991)

Temores obsesivos (Flecha descendente)---Alternativas

1. "Los alimentos del supermercado están 1. "La cantidad de radiación es mínima"(3) contaminados al pasar por la célula fotoeléctrica" (5)

."¿Qué pasaría si fuese así?"

2. Respuesta: "Podría contaminar a mi familia"(6) 2. "Hasta ahora no tengo pruebas de esto"(2)

. "¿Qué pasaría si fuese así?"

3. Respuesta: "Podrían enfermar y tener 3. "Idem a anterior. Lo pienso pero no ocurre"(2) que hospitalizarse" (8)

. "¿Qué pasaría si fuese así?"

4. Respuesta: "Podrían morir"(9-10) 4. Idem (2)

. "¿Qué pasaría si fuese así?"

5. Respuesta: "Yo seria la responsable. Soy 5. "Yo no puedo hacerme cargo de dominar todos médico y debo de cuidar de la salud de mi los acontecimientos, ni eso es posible. Mi familia. Si no lo hago fallo a mi familia"(10) no es un grupo de críos" (4)

Nota: La paciente estudió medicina para complacer a su padre, a ella no le gustaba

7. CASO CLÍNICO

7.1. HISTORIA CLÍNICA:

1) Datos de identificación:

. Mujer de 23 años. Confeccionista. Soltera: Reside en Úbeda (Jaen).

. Derivada por el médico de cabecera para tratamiento en el ESMD-Úbeda.

2) Motivo de consulta:

. Desde que han comenzado las relaciones con su pareja actual, hace dos meses se plantea continuamente dudas de si lo quiere realmente. Hace unos días se enteró de que su novio padecía ataques epilépticos, aumentando sus dudas.

Dice querer a su novio, pero que le vienen a la cabeza dudas que le atormentan continuamente y que considera absurdas ("Se le va a caer el pelo", "Se va a poner gordo"). Prolija, tiene que contarle todo para quedarse tranquila Demanda algún consejo por nuestra parte, "por que me tranquiliza". Inquietud interna, ansiedad. "Se me ha metido la manía de la guapura y la féura". Cuando está con su novio compara el aspecto físico de este y el suyo propio con el de otros. "A veces como dos personas, una quiere pensar en eso y otra no "Muchas veces tengo molestias en la cabeza cuando pienso en eso".

3) Sintomatología:

. Cognitiva:

- Imágenes de la cabeza del novio con poco pelo.
- Imágenes de su novio calvo, con barriga y ella poco "fotogénica" en una foto de ambos.
- Rumiación, casi todo el día, "Si tuviera más pelo".
- Le importa el aspecto físico, pero ve absurdo pensar en esas cosas casi todo el día.

. Afectiva:

- Tristeza. Peor cuando tiene la idea repetitiva.
- Ansiedad en relación a la rumiación.
- Culpa por desear que el novio fuera más guapo.

. Motivacional:

- Ve absurdo pensar en sus rumiaciones y desea no hacerlo, sin conseguirlo.

. Fisiológica:

- Úlcera.

- Gastralgia.
- Fatiga en piernas.

. Conductual:

- Pregunta mucho a su familia si lo que le pasa es normal. Ellos le tranquilizan pasajeramente, diciéndole que no.
- Discordias con sus padres. "Son muy antiguados. Por ejemplo, no quieren que salga con el fuera de Úbeda.
- Problemas con su jefe por reivindicaciones sindicales.

4) Historia del problema y tratamientos anteriores:

. Anteriormente tuvo un novio (hace 5 años) con el que decidió romper las relaciones al enterarse de que era diabético. Una amiga le dijo que vivir con una persona diabética era muy difícil. Ella experimentó una intensa ansiedad pensando en lo que podía pasar. La ansiedad fue tan intensa que recurrió al servicio de urgencias ambulatorio. A pesar de este miedo ella continuó las relaciones, pero al decirle un día su pareja que había tenido una bajada de azúcar, se despertó en ella una "obsesión" de que podía ocurrirle algo malo a su pareja y encerrándose en casa sin querer verle. Tenía un conflicto decisional: Por un lado "lo quería" por el otro "pensaba que no quería estar así (con un diabético) toda la vida".

Le dijo a su pareja que quería cortar y los motivos de ello. Su pareja "no encajó" bien esta decisión, aunque la ruptura se produjo. Ella se sintió culpable y deprimida por esta decisión. A partir de este momento estuvo cuatro años en tratamiento con diversa medicación antidepresiva hasta ser derivada a nuestro servicio.

. Tratamiento anterior con psiquiatra privado con medicación. El año pasado en tratamiento en nuestro servicio por problema depresivo- obsesivo, recibiendo tratamiento por una compañera psicóloga. Los resultados de este periodo le llevaron a recuperarse de su estado depresivo y a disminuir la intensidad de sus obsesiones. Posteriormente, el caso lo continué por redistribución interna de la demanda en el servicio.

. Tratamiento farmacológico anterior, en nuestro servicio, junto al psicológico, con: Anafranil 75 (1/2-0-1/2), Hializan (1-1-1). Al iniciar la consulta actual sin medicación.

5) Historia personal y familiar:

. Embarazo parto y desarrollo psicomotor normal. Escolarizada desde los cinco a los quince años. Terminó EGB y formación profesional de secretariado con buenas notas. Menarquía a los 12 años.

. Tiene novio desde hace dos meses. Su novio es viajante y está en un puesto laboral fijo. Buenas relaciones de pareja exceptuando las obsesiones). Antes tuvo otra pareja (ver historia del problema).

. Padece ulcera de estómago.

. Vive con sus padres. El padre de 55 años, albañil. No ha tenido antecedentes somáticos o mentales relevantes. Su madre de 51 años, ama de casa, sin antecedentes relevantes, aunque "algo nerviosa". Tiene dos hermanos: una hermana de 28 años, casada y que vive en Úbeda y un hermano de 13 años que estudia BUP y vive con ellos. También vive con ellos su abuelo materno. Discusiones ocasionales con sus padres por "costumbres" respecto al noviazgo: los considera muy antiquados.

. Trabaja en una fábrica de confección. Ha solido representar a las trabajadoras en sus reivindicaciones

laborales, lo que le ha llevado a tener ciertos problemas con su jefe.

6) Diagnóstico: Trastorno obsesivo. No componente compulsivo.

7.2. ANÁLISIS FUNCIONAL-COGNITIVO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS:

.En relación al problema obsesivo se detectó:

- Historia personal: ruptura con la pareja anterior con atribución interna y total de hecho, valorado como "inmoral" (culpa). Amb. familiar "moralista.
- Situaciones desencadenantes frecuentes de las obsesiones: (1) Externas: despertarse por las mañanas, descansos en el trabajo, después de las comidas, ver al novio tras el día anterior, ver a alguien gordo y/o calvo. (2) Internas: pensar en el futuro de la relación de pareja.
- Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos: "Se va a poner gordo. Si se pone gordo yo podría dejar de quererlo" (Visión catastrófica). "Y si me ocurre otra vez lo mismo, y le dejo (como al otro)" (Visión catastrófica). "No debería pensar en eso" (Debería/Culpa). "Si miro a otros hombres, ¿eso quiere decir que puede no querer a mi novio?" (Polarización- Inferencia arbitraria- Maximización).
- Esquemas cognitivos/Supuestos personales (Hipotetizados a partir de la "flecha descendente" desde los pensamientos automáticos; p.e ¿qué pasaría si él se pusiera gordo y tú le dejaras?):
 - . "Tengo que estar muy segura de que no me van a suceder cosas malas. Será horroroso

que sucediesen. Si suceden es por mi culpa. Tengo que estar muy atenta a los consejos de peligros que me dicen otros".

7.3. PROCESO DE INTERVENCIÓN:

Sesión nº1 y nº2:

- Historia clínica. Análisis funcional-cognitivo y conceptualización de problemas.
- Explicación de como funciona el problema: Ideas obsesivas-Lucha contra ellas para olvidarla-Reducción pasajera-Ideas obsesivas más fuertes y temores asociados (pensamientos automáticos).
- Explicación de exposición, modalidad "Ampliación" (Lazarus, 1980): "Cuando le venga la idea obsesiva imagínese, en vez de evitarla, que la barriga de su novio sigue creciendo, se rompe la correa, ocupa una habitación, revienta las paredes,..ocupa el universo". Se realiza un ensayo, termina riéndose.
- Tarea para casa: Ampliación.

Sesión nº3:

- Refiere encontrarse mejor con la ampliación.
- Abordamos catastrofismo y culpa por haber dejado a su pareja anterior. Utilizamos desdramatización y retribución de culpa.
- Nuevo ensayo en consulta de ampliación.
- Tareas para casa: ampliación, retribución de culpa para recuerdos pasados.

Sesión nº4:

- Se sigue encontrando mejor con la ampliación. Menos obsesiones.

- Menores niveles de ansiedad en autorregistros tras ampliación.

Sesión nº5:

- Idem a sesión anterior.
- Tarea para casa: ampliación en presencia del novio.

Sesión nº6:

- No acude a la cita.

Sesión nº7:

- Refiere haberse encontrado bien con la ampliación. Pero después se incrementan las obsesiones tras ver a su novio "una papada".
- Relato de historia anterior con la otra pareja. Tema de la culpa y temor a la desaprobación. Reintroduzco retribución. T.casa=ampliación y retribución.

Sesión nº8:

- Evolución favorable.
- Preocupada con que su novio no entienda la tarea asignada. Confeccionó una carta para este rogándole su colaboración.
- Otros temas: Temor a la desaprobación (críticas de su novio por su relación anterior y de sus padres por sus salidas fuera de sus normas. Utilizamos Imaginación-Racional-Emotiva: Imaginar la escena de crítica, respuesta de ansiedad intensa, detectar cogniciones; idem de imaginar escena pero respondiendo solo con preocupación, detectar cogniciones. Distinguimos catastrofización por ser desaprobada de malestar por lo mismo (en la línea R.E.T de Ellis).

- T. casa=Ampliación, retribución e Imaginación racional emotiva. (I.R.E)

Sesión nº9:

- Persiste evolución favorable.
- Idem sesión anterior.

Sesión nº10:

- Idem sesión anterior.
- Incluimos técnicas distractoras tras ampliación.

Sesión nº11:

- Grabamos estímulos y pensamientos obsesivos para exposición en casete.
- T. casa=Obsesiones espontáneas-ampliación, preparación-exposición programada en casete. Retribución e I.R.E.

Sesión nº12:

- Idem a anterior.

Sesión nº13:

- Recaída. Recuerdos de cuando su novio estaba más grueso.
- Introducción de "flecha descendente" y cuestionamiento (desde los temores catastrofistas a la Idea de seguridad absoluta/culpa).
- Aparecen insomnio de conciliación: indico control de estímulos (si tarda más de 15 minutos en conciliar el sueño, salirse de la habitación, leer no volver hasta tener sueño).

Sesión nº14:

- Persiste la recaída. Desesperanza respecto a la evolución de su problema. Utilizamos datos de evolución anterior. "Proceso de recaída/Intervalos mayores, ahora".
- Se le prescribe Adofen 1-0-0 (apoyo).
- T. casa=Idem.

Sesión nº15:

- Persiste recaída. Frecuentes ideas obsesivas.
- Repaso técnicas cognitivas.
- Exposición encubierta. Periodos de 45 minutos mínimos. Casete.

Sesión nº16:

- Evolución favorable.
- "Soy capaz de estar cerca de mi exnovio sin tener ansiedad".
- Abordamos Supuesto personal. Imposibilidad de seguridad total.
- T. casa=Idem. Revisión en un mes. Ha dejado la medicación.

Sesión nº17:

- Evolución muy favorable. Tan solo en un mes un día experimentó un ligero malestar.
- Desea el alta. Cree poder manejar su problema.
- Repasamos posibles situaciones de riesgo (p.e ruptura de pareja), ella acepta la inseguridad como parte de la relación y la corresponsabilidad más que la responsabilidad única. Alta.

13. TRASTORNOS HISTÉRICOS: NEUROSIS HISTÉRICAS

Este capítulo es el más especulativo de esta obra. Prácticamente en la literatura de la psicoterapia cognitiva el abordaje de la histeria es inexistente. Solo aparecen ciertas referencias al trastorno de personalidad histérico y su tratamiento (Freeman, 1988). Tradicionalmente las teorías etiológicas de la histeria se han agrupado en tres perspectivas (J. Vallejo, 1991): La primera perspectiva teórica es la orgánica-biológica. Janet (1892) postulaba que los síntomas histéricos derivaban de una debilidad del tono de la conciencia. Esta debilidad llevaba a un estrechamiento del campo de la conciencia y la atención y a una dificultad para integrar y sintetizar los fenómenos psicológicos. A partir de la década de los años 70 aparecen teorías psicobiológicas como la de Eysenck (1970) que relaciona la histeria con la vulnerabilidad personal. Los sujetos histéricos tendrían un nivel medio de neuroticismo y un alto nivel de extraversión. Además su extroversión estaría relacionada con un nivel bajo de activación cortical y su neuroticismo con un alto nivel de activación vegetativa. Ello haría que condicionara respuestas motoras y sensoriales con un bajo nivel de "conciencia". En la misma línea Cloninger (1978) habla de hipoactivación cortical y falta de inhibición del sistema vegetativo y esquelético/muscular. Ya en los años 80, aparece una perspectiva más neurofisiológica. Flor-Henry (1981) habla de una disfunción del hemisferio dominante que llevaría a una dificultad de

comprensión de las señales endógenas somáticas-motoras y su integración. Lader (1982) se refiere a una alteración de la sensibilidad del receptor a nivel de estimulación somatosensorial, y Gastó (1986) a una actividad, posible, de tipo neuronal preformada parietolimbica.

La segunda perspectiva es la psicoanalítica (Freud, 1895, 1905). Inicialmente Freud (Freud y Breuer, 1895) hacía derivar los síntomas histéricos de un hecho traumático (comunmente sexual) y el desplazamiento corporal de sus efectos. Posteriormente (1905) cambió su teoría e hizo derivar los síntomas histéricos del conflicto edípico en el contexto del desarrollo psicosexual. El síntoma histérico sería una solución de compromiso entre el deseo y lo prohibido. A través del síntoma el sujeto logra una satisfacción parcial de su deprime inconscientemente las pulsiones sexuales; parte de esas pulsiones se escinden, por un lado se representan en ideas inconscientes escindidas (amnesia), y a nivel más consciente transformados en sus contrarios (el deseo sexual se convierte en repugnancia sexual). Por otro lado parte de esas pulsiones o afectos se desplazan a nivel somático, produciendo síntomas somáticos.

La tercera perspectiva es la conductista que basa el desarrollo de los síntomas histéricos a partir de experiencias de tensión aversiva (traumas, conflictos mantenidos, etc) que producen respuestas condicionadas distinta a la ansiedad (aunque también puede condicionarse esta). El hecho de que se produzca condicionamientos de respuestas motoras y sensoriales (de tipo inhibitorio como amnesia, sordera, ceguera, etc) es explicado alegando al modelo de Eysenck (baja activación cortical- alta activación vegetativa/motora). Otras teorías conductistas son la de Ullman y Krasner (1969, 1975) y Martin (1978). Estos autores destacan el papel del aprendizaje social, el contexto sociocultural y

el papel del refuerzo en el mantenimiento de los síntomas. El sujeto estaría, por lo general, insertado en un ambiente sociocultural de tipo moralista y severo en cuanto a la gratificación (refuerzo) de ciertas conductas placenteras (p.e actividad sexual). Al mismo tiempo este ambiente reforzaría más fácilmente las conductas relacionadas con manifestaciones físico-somáticas. El sujeto a partir de cierta estimulación que genera tensión (p.e restricción del placer sexual y ambiente que generarían ganancia de refuerzo, desarrollaría conductas histéricas mantenidas por reforzamiento (atención, simpatía, evitación de responsabilidades difíciles). Martin además, añadiría mecanismos centrales (cognitivos) que facilitarían la concentración de la atención y el bloque de fuentes externas de estimulación a través de la inhibición del cortex sobre las vías nerviosas ascendentes. Nosotros presentamos un modelo cognitivo puramente especulativo, en parte basado en los anteriores (mecanismos fisiológicos, estructura de la personalidad acción del entorno, etc.), pero distinto de todos ellos, al basarse en las estructuras cognitivas de significado personal.

1. CLASIFICACIÓN DE LA HISTERIA POR EL DSM-IV

El DSM-IV elimina el término "histeria" y se refiere a estos trastornos agrupandolos en dos grandes grupos: los trastornos disociativos y los trastornos somatomorfos.

Los trastornos disociativos agrupan a seis categorías: (1) Amnesia disociativa (incapacidad para recordar información personal importante generalmente de naturaleza traumática), (2)Fuga disociativa (viaje inesperado lejos de casa con amnesia posterior de lo ocurrido) , (3)Trastorno disociativo de identidad (presencia de dos o más personalidades distintas que toman el control de la conducta), (4)Trastorno de

despersonalización (experiencias de sentirse separado de los propios procesos mentales o corporales como observador externo) , (5)Trastorno disociativo no especificado (Ganser, Trance, Posesión..) y (6) Otros trastornos con componentes disociativos (Trastorno somatomorfo, Trastorno por estrés postraumático y Trastorno por estrés agudo)

Los trastornos somatomorfos agrupan a siete categorías : (1)Trastorno por somatización(presencia de muchos síntomas físicos sin explicación médica que se inicia antes de los 30 años y dura varios años) , (2)Trastorno somatoforme indiferenciado, (3)Trastorno de conversión (presencia de síntomas o déficits sensoriales o motores sin explicación médica), (4)Trastorno por dolor (presencia de dolor crónico no explicado médicamente) , (5)La Hipocondría presencia de interpretaciones poco realistas de síntomas corporales que genera en el paciente un temor persistente a tener una enfermedad), (6)Trastorno corporal dismórfico (preocupación por un defecto imaginado o exagerado de la apariencia física) y (7)Trastorno somatomorfo no especificado.

2. UN MODELO COGNITIVO DE LA HISTERIA:

Un modelo cognitivo de un trastorno psicopatológico debe de postular un esquema cognitivo de vulnerabilidad personal (estructura de significados), unos eventos que activan tal esquema, unas determinadas distorsiones cognitivas y un círculo interactivo-vicioso entre los síntomas. También puede incorporar una explicación histórica-personal del desarrollo de tales esquemas. Nosotros abordaremos cada punto.

A. Esquemas cognitivos:

Numerosos autores describen el sujeto histérico como con un estilo cognitivo centrado en la búsqueda de aprobación intensa y con poca capacidad de

introspección (Millon, 1969), con baja capacidad ante la frustración y orientado a la búsqueda de aprobación externa (Freeman, 1988), impulsivo, reactivo a la estimulación social, y susceptible a la recompensa inmediata (Eysenck, 1970; Gray, 1970). Ahora bien, todos estos autores se refieren a la "personalidad histérica" más que al trastorno histérico. Y casi todos los mencionados relacionan la personalidad histérica con una vulnerabilidad hacia el trastorno histérico. Nosotros defendemos dicha conexión y postulamos que los Supuestos personales a la base del trastorno histérico son similares a los del trastorno de personalidad histérico. La diferencia entre un cuadro y otro estaría matizada por la presencia de eventos específicos en la vida del sujeto que generarían problemas o estados específicos relacionados con cuadros de ansiedad y/o depresión, que darían lugar a un trastorno histérico en una personalidad con rasgos histéricos.

Los supuestos personales a la base de la histeria serían fundamentalmente de dos tipos (utilizando las definiciones de Ellis, 1962):

1- "Necesito de la aprobación de la gente importante en mi vida, de su afecto, amor y cariño" (NECESIDAD AFECTIVA).

2- "Las condiciones en las que vivo deben de estar dispuestas para que consiga prácticamente lo que quiero". (BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN).

Postulamos además que dichos significados estarían más ligados (aunque no exclusivamente) al rol femenino tradicional. Dichos supuestos estarían articulados y relacionados de modo que la amenaza al apoyo afectivo produciría una intensa frustración, pero esta no sería directamente expresada al frustrador por temor a perder definitivamente su apoyo sin el que el

sujeto se ve incapaz de funcionar. Igualmente la frustración ante ciertos eventos vitales, llevaría al sujeto a compensar estos problemas a través de la búsqueda de afecto, más que a afrontar esas dificultades.

B. Distorsiones cognitivas:

Básicamente postulamos la predominancia de:
(1) Abstracción selectiva: El sujeto procesaría solo la información tendente a la búsqueda de apoyo afectivo y dejaría de prestar atención a toda la información cargada de negatividad (frustradora).

(2) Visión catastrófica: El sujeto anticiparía de modo erróneo las posibles amenazas a sus intereses afectivos.

(3) Polarización/Sobregeneralización: El sujeto mantendría una actitud de dependencia afectiva hacia una o varias figuras sin las cuales se creería incapaz de afrontar determinadas dificultades.

C. Eventos precipitantes actuales

Serían sobretodo de tipo relacional (desarreglos afectivos- conyugales), aunque podrían aparecer eventos frustrantes diversos (problemas económicos, condiciones vitales generales, etc).

D. HISTORIA DE APRENDIZAJE TEMPRANO Y FACTORES BIOLÓGICOS

Los factores que podrían estar implicados serían:

(1)Modelado de recibir atención-afecto a través de conductas teatrales y dramatizadoras (incluidas quejas físicas).

(2)Refuerzo excesivo de conductas de atractivo y encanto.

(3)Modelos parentales amables, pero no firmes en normas de conducta; o punitivos con las conductas de

demanda afectiva y recompensantes con las conductas de enfermedad.

(4)Factores biológicos: activación cortical baja, hiperactivación vegetativa/motora, neuroticismo-extroversión, impulsividad-susceptibilidad a la recompensa.

(5)Historia de refuerzo de la conducta de modo inmediato y con poca demora.

**-MODELO COGNITIVO DE LA HISTERIA
(FIG.35)-**

HISTORIA DE APRENDIZAJE TEMPRANO Y FACTORES BIOLÓGICOS (1)	ESQUEMAS COGNITIVOS (2)
<ul style="list-style-type: none"> - Modelado del rol demandante - Intensa necesidad de afecto y aprobación - Refuerzo excesivo de conductas de atractivo-encanto - Modelos parentales incongruentes - Refuerzo con poca demora 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja tolerancia a la frustración - Estilo cognitivo externo : poca introspección y orientación al entorno social - Neuroticismo/Extra versión
EVENTOS ACTUALES ACTIVADORES (3)	DISTORSIONES COGNITIVAS (4)
<ul style="list-style-type: none"> .Problemas afectivos-conyugales .Eventos diversos adversos (económicos, laborales...) 	<ul style="list-style-type: none"> .Abstracción selectiva .Visión catastrófica .Polarización

-

-
-
-
-

CIRCULO VICIOSO INTERACTIVO
RESULTANTE (5)

-

Pensamiento	Afecto / Somático	Conducta
- Fenómenos amnésicos y disociativos	- Ansiedad - Síntomas conversivos - Ira inhibida	- Seducción/Q uejas

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos de la terapia serían:

- (1) Reducir la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas disociativos y conversivos.
- (2) Facilitar que el sujeto exprese asertivamente sus deseos sin necesidad de recurrir a los síntomas como forma de afrontamiento de dificultades.
- (3) Modificar o flexibilizar la base cognitiva del trastorno: Aumentar el grado de conocimiento del sujeto de su funcionamiento psíquico ("insight"). de modo que perciba la relación pensamiento-afecto-conducta, como contribuyen sus distorsiones y supuestos al trastorno; y facilitar alternativas a estos.

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

Prácticamente los cuestionarios existentes para la evaluación de la histeria se centran en "perfiles psicopatológicos" o "rasgos de personalidad". Entre los más usados están:

1) M.M.P.I: Es un inventario de 566 ítems formulados de manera autorreferencial, que el sujeto evalúa como verdadero o falso, aplicado a él. Las puntuaciones son baremadas en 10 escalas clínicas y otras adicionales permitiendo la interpretación de un perfil psicopatológico. Los perfiles o combinaciones de las escalas 1-2-3, en forma de V (1 y 3 mayor que 2) correlacionan con cuadros neuróticos de tipo histérico. A este perfil se le suele llamar la "V de conversión" (Graham, 1987).

2) E.P.Q.A: Es un cuestionario de 92 ítems referidos a cuatro dimensiones de la personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo y Sinceridad. El sujeto responde a los ítems en función de si presenta esos problemas (sí/no). Las puntuaciones son baremadas. En general, las puntuaciones medias-altas en Neuroticismo en combinación con puntuaciones altas en Extraversión es típica de sujetos histéricos. (Eysenck, 1982).

3) Cuestionario de personalidad de Willoughby, 1932): Wolpe utiliza este cuestionario para seleccionar las técnicas de intervención en la histeria. El cuestionario recoge 25 ítems referentes a distintos miedos o dificultades que el sujeto evalúa como presentes o no presentes. Se obtiene una puntuación total (índice de neuroticismo). Lo relevante es que las respuestas son agrupadas en "reacciones neuróticas con respuesta de ansiedad" si predominan las primeras, y de tipo de "Métodos de tipo hipnosugestivo y/o métodos de condicionamiento operante y respondiente de respuestas motoras-sensoriales" si predominan las segundas (Wolpe, 1959).

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN

Seguiría, los mismos pasos que en el abordaje de otros trastornos; pero prestando atención a algunos puntos:

1º Evaluación y conceptualización de los problemas:

Se elaboraría una historia clínica completa, prestando atención a eventos estresantes pasados y actuales en relación al problema; y además una historia personal lo más detallada posible del desarrollo del sujeto y como este la conceptualiza. Esto nos puede permitir la defeción de patrones conductuales repetitivos de afrontamiento de dificultades. La historia relacional-afectiva (familia, pareja..) suele dar información del estos patrones y de su base cognitiva.

Así mismo el como el sujeto expresa sus deseos hacia otros (inhibición ante la desaprobación o rechazo, utilización de los síntomas de modo "inconsciente"), puede ser relevante para un foco de intervención. En resumen la categorización de los síntomas, su conexión funcional a ciertos eventos (análisis funcional), la base cognitiva implicada y el estilo personal de manejo de dificultades pasadas y actuales (a menudo relacionales) suelen ser puntos necesarios en la evaluación-conceptualización.

2º Socialización terapéutica: Suele ser necesario el abordar previamente expectativas de tratamiento pasivo con el paciente ("Usted me dará algo para curarme") y presentar la terapia como un trabajo mutuo. Igualmente debido a la baja frustración de estos pacientes y sus demandas afectivas es deseable que el terapeuta gradúe sus intervenciones en dificultad creciente (p.e primero simplemente escuchar con empatía, segundo aumentar el grado de implicación del paciente comenzando p.e con registros simples y después cada vez más complejos, etc). Es importante que terapeuta y paciente aborden el tema de las expectativas y roles terapéuticos y las ventajas-desventajas de los roles pasivos y activos. Así mismo el terapeuta debe tener en cuenta las frecuentes recaídas sintomáticas de estos pacientes que a menudo encubren demandas afectivas (atención, tiempo,..) hacia el terapeuta y otros. En estos casos es

deseable que el terapeuta sea empático con la base de esas fluctuaciones (p.e ayudando al paciente a detectar los eventos-emociones y cogniciones implicadas) y trabajen un enfoque de resolución de problemas específicos. Suelen ser momentos difíciles para el terapeuta (¡Ya me tiene harto!) y este puede reaccionar "contratransferencialmente" quitándose al paciente de encima. Por lo demás el terapeuta explicaría la relación entre pensamiento (p.e "Necesito del cariño de los demás")-afecto (p.e miedo al rechazo)-conducta objetivos de la terapia. Es importante presentar los problemas no como si al sujeto las realizara de modo premeditado, sino como "hábitos o reacciones automáticas" (inconscientes), ya que el sujeto suele tener una historia de descalificaciones previas ("histérico", "manipulador", etc) y ser muy sensible a ellas.

3º Intervención: El enfoque de Ellis (1989) puede representar los pasos necesarios en este punto: (1) Insight nº1 (conciencia de la relación acontecimientos-cognición-consecuencias), (2) Insight nº3 (trabajo cognitivo-conductual para modificar el problema). El estilo terapéutico más aconsejable suele ser semidirectivo (p.e Wessler, 1986; **capítulo 9** de este volumen).

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

6. A. TÉCNICAS COGNITIVAS:

1- AUTORREGISTRO Y MODELOS ANALÓGICOS: Un objetivo importante de la terapia es que el sujeto gane en capacidad introspectiva y perciba la conexión entre sus síntomas, eventos y cogniciones. El uso de autorregistros de dificultad creciente (p.e comenzando por uno que recoja la situación de aparición del síntoma) y el empleo de analogías (p.e "Una persona que está reaccionando ante una crítica con depresión y otra, o la misma,

reaccionando ante la misma crítica sin depresión... ¿de qué dependería?").

2- EMPLEO DEL RELATO DE LA HISTORIA PERSONAL: El terapeuta puede pedir al paciente que saque sus conclusiones (significados) de distintos eventos y después preguntar por las razones para ello (al igual que haría con eventos recientes). Después el terapeuta puede devolver al paciente en modo de hipótesis (interpretaciones cognitivas) la conexión de eventos-cogniciones-reacciones. El objetivo sería ganar en el grado de conciencia del problema.

3- CUESTIONAMIENTO DE COGNICIONES: Se pueden utilizar los métodos de petición de evidencias y consecuencias de las cogniciones prototípicas (p.e: ¿Dónde está la prueba de que usted no puede hacer nada sin la aprobación de otros?, ¿Dónde está la prueba de que ese rechazo fue el "fin de su vida?", ¿Podríamos poner a prueba esa creencia?..etc).

4- USO DE LA AUTOOBSERVACIÓN: El paciente puede llevar un registro de logros personales que pueden ser utilizados como prueba de "autonomía personal".

5- PRESENTACIÓN DE LOS DERECHOS PERSONALES ASERTIVOS Y CUESTIONAMIENTO SOBRE LOS MISMOS: Puede ser útil presentar la lista de derechos asertivos y pedir al sujeto que registre su presentación o negación en distintas situaciones; y después pensar alternativas para su desarrollo, si el sujeto está convencido de ellos. Si no lo está se puede abordar con el balance de consecuencias de las creencias asertivas y las no asertivas.

6- MÉTODOS HIPNOSUGESTIVOS: Su empleo puede ayudar al sujeto a recuperar informaciones abstraídas selectivamente por intolerancia percibida y

afrontar su manejo aumentando sus expectativas de autoeficacia (tolerancia y manejo).

6. B. TÉCNICAS CONDUCTUALES Y OTRAS ESTRATEGIAS:

1- TÉCNICAS DE CONTRACONDICIONAMIENTO SENSORIAL: Se utiliza para síntomas inhibitorios (p.e ceguera, sordera..etc). Se suele utilizar un estímulo aversivo (p.e shock eléctrico) aplicado al órgano sano que actuaría como estímulo incondicionado (E.I) y un estímulo condicionado al órgano inhibido (E.C), se repite el procedimiento hasta que el sujeto reacciona con una respuesta del órgano inhibido. Por ejemplo en un sujeto con ceguera del ojo izquierdo, se le aplicó una luz de un determinado color sobre el ojo "ciego" y esta era seguida de un soplo molesto sobre el ojo sano; se le presentó el procedimiento como un medio de recuperar la vista; cuando ella empezó a referir que veía la luz con el ojo "ciego", ceso el soplo (Wolpe, 1959).

2- TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN: Cuando el sujeto presenta respuestas de ansiedad estas pueden ser trabajadas por exposición o desensibilización sistemática.

3- USO DEL CONDICIONAMIENTO OPERANTE Y EL REFUERZO SOCIAL: Las personas en el entorno del paciente pueden ser entrenadas en reforzar diferencialmente las conductas adaptativas e ignorar o extinguir las desadaptativas.

4- ENTRENAMIENTO ASERTIVO: El paciente suele tender a inhibir la expresión de desacuerdos respecto a otros, en especial de quien percibe más necesidad de aprobación. Afianzar que exprese más fácilmente sus desacuerdos y deseos puede reducir su tendencia a hacerlo a través de los síntomas.

5- ENTRENAMIENTO EMPÁTICO: El paciente tiende también a estar muy pendiente de sus necesidades afectivas (de modo egocéntrico); el que aprenda a discriminar los sentimientos y deseos de otros puede alejarlo de esta tendencia. El registro de situaciones donde se "escucho" la opinión de otros puede servir a este fin.

6- TERAPIA FAMILIAR O DE PAREJA: Frecuentemente el problema puede ir interrelacionado con una relación de pareja o familia. Los síntomas pueden estar cumpliendo una función en estos sistemas, y a veces (aunque no necesariamente siempre) es deseable abordar el problema con el paciente y su entorno.

7. CASO CLÍNICO

7.1 HISTORIA CLÍNICA:

1) Datos de identificación:

- Mujer de 40 años. Casada y ama de casa. Nivel socioeconómico bajo. Reside en Úbeda (Jaén).
- Derivada por el médico de cabecera al ESMD-Úbeda.

2) Motivo de consulta:

. Dice haber tenido en la semana pasada "dos crisis". Estas crisis consisten en cansancio visual, visión borrosa, sensación corporal de malestar general, escalofríos, deseos de acostarse. Además a veces, según le cuenta las personas presentes durante las mismas (a veces le dan a solas) ella pierde el conocimiento y se pone pálida. Añade que cuando se pone así se acuerda de la situación de sus hijos. Después de estas crisis ella no recuerda nada del momento en que pierde el conocimiento. Durante las mismas no aparecen accidentes o caídas con traumatismos ni síntomas

típicos de las crisis comiciales de tipo epiléptico (aura, descontrol de esfínteres caídas con fracturas..etc). En esta semana también ha tenido dos crisis similares. Sus familiares llamaron a urgencias del centro de salud, y le realizaron dos visitas domiciliarias, sin que fuera necesario el ingreso.

3) Sintomatología:

. Cognitiva:

- -Temor a que le pase algo a sus hijos (uno con retraso mental y el otro encarcelado).
- -Temor a cuando su hijo termine la condena y recaiga en otros delitos.
- -Preocupaciones por la situación económica de la familia. Marido parado.
- -Quejas de pérdida de memoria ("Voy a un sitio, y después no me acuerdo a que iba).

. Afectiva:

- Tristeza.
- Ansiedad.

. Motivacional:

- Pérdida de interés general por las actividades cotidianas.
- Pérdida del disfrute de la actividad sexual (la paciente nunca disfrutó de esta actividad) (este dato se recoge en mitad del tratamiento, al principio se niega).

. Fisiológica:

- Temblor de manos.
- Cefaleas.
- Insomnio de conciliación.

- Disminución del apetito.
- Pérdida de peso (5 Kilos en dos meses).
- Infección urinaria. Flujo sanguinolento.
- Fatiga ante las tareas de la casa.

. Conductual:

- Crisis de mareo, con pérdida del conocimiento y amnesia posterior.
- Refiere buena relación de pareja (después referirá lo contrario).
- Se describe como muy sociable y abierta a la gente.

4) Historia del problema y tratamientos anteriores:

. Las crisis se presentan desde hace 20 años. Comenzaron a raíz del nacimiento de su tercer hijo. Le dijeron que tenía un "soplo de corazón" y que la tenían que operar a vida o muerte. El niño estuvo a punto de morir, casi perdió la vista (que después recuperó). También el niño nació con retraso mental, según refiere. A los 5 años de edad nueva operación; ella se notaba angustiada y con crisis similares a las actuales. Hace 1 año, estas crisis aumentaron en frecuencia e intensidad a raíz del encarcelamiento de otro hijo por acusación de robo.

. Hace unos años, no recuerda con precisión, en tratamiento psiquiátrico con psicofármacos, notando una ligera mejoría. El médico de cabecera le ha prescrito, antes de derivarla, Valium 5:0-0-1 y Anafranil 25: 1-1-1. Esta medicación le ayuda a dormir pero no con las crisis.

5) Historia personal y familiar:

. La paciente vive con su marido de 45 años, ahora en paro desde hace 3 meses, sin cobrar nada. Tiene 5 hijos. El mayor de 25 años, varón y casado; vive en

Úbeda, y trabaja en un taller de coches. Después nació otro niño que murió a los 5 meses. El segundo hijo vivo, varón de 20 años, es soltero y con retraso mental y psicomotor, fue operado dos veces de corazón. Vive con los padres. Por este motivo le dan una pensión de 21.000 ptas. El tercer hijo, varón de 18 años, soltero: está en la cárcel desde hace un año; tiene una sentencia de 5 años. Después de nacer este hijo tuvo un parto prematuro a los 7 meses, naciendo un niño muerto. El cuarto hijo vivo, está escolarizado, varón de 13 años (7º EGB). Posteriormente tuvo un nuevo aborto. El último hijo vivo es una niña de 8 años que está en 3º EGB. Después de nacer la niña volvió a tener otro aborto. En resumen tiene 5 hijos y cuatro más fallecieron. "Como usted verá he pasado mucho con los hijos".

. Hace 7 años intervenida de ligadura de trompas. En cuanto a los antecedentes familiares su padre fue operado de próstata y de parálisis intestinal hace 7 meses. Su madre es hipertensa. La paciente es la tercera de tres hermanos. Tiene un sobrino con retraso mental leve.

. Aunque la paciente describe su relación de pareja, inicialmente como no problemática, más adelante durante el tratamiento describirá problemas conyugales, marido bebedor ocasional, no disfrute de las relaciones sexuales (y muy probable conexión entre esto, los embarazos y problemas con los hijos).

6) Diagnóstico:

. Disforia histeroide:

- Distimia.
- Trastorno por somatización (Trastorno de Briquet).
- Rasgos histriónicos de personalidad.

7.2. ANÁLISIS FUNCIONAL-COGNITIVO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS:

. Se conceptualizaron inicialmente dos problemas: (1) crisis psicógenas y (2) estado depresivo reactivo, en relación a la temática de los hijos.

. Las situaciones desencadenantes detectadas eran internas y externas: (1) acordarse o pensar en la situación de sus hijos y (2) recibir noticias desagradables respecto a ellos (enfermedades, restricción de permisos carcelarios, etc).

. Cognitivamente los pensamientos automáticos eran de tipo catastrofista ("Mi hijo se puede morir", "Se van a quedar desamparados") y abstracciones selectivas de insoportabilidad ("No puedo ver sufrir a mis hijos que a veces precedían a los desmayos; ¿Para "no ver, saber"?). Como significados asociados a estos pensamientos aparecía: "Si mis hijos están mal yo no puedo estar bien. No puedo soportar que estén mal"; significados que se convierten en la hipótesis sobre el supuesto personal subyacente.

. Posteriormente, al revelar ella los problemas conyugales aparecieron significados asociados a la falta de apoyo afectivo (en parte real, pero catastrofizados por la paciente).

7.3. PROCESO DE INTERVENCIÓN:

Sesión nº1:

- Se realiza la Historia clínica y el análisis funcional-cognitivo inicial.
- Se prescribe por compañero psiquiatra, a mi petición, Tofranil 25 (1-1-1) y Marcen 50 (0-0-1).

Sesión nº2:

- Refiere nueva crisis con pérdida de conciencia y amnesia posterior. Según le refieren decía tonterías del

tipo "traedme la mesa que me la como". No presencia de caídas y fracturas en la crisis.

- Explicó relación pensamiento-afecto-conducta como manera de entender las crisis para poder manejarlas.

Sesión n°3:

- Ninguna crisis.

- El registro muestra V. Catastrófica (¡Puedo morirme y dejar solos a mis hijos!) y abstracción selectiva (¡No puedo soportar que les pase nada a mis hijos!). Se detecta el significado asociado: "No puedo soportar que mis hijos estén mal, si ellos están mal yo no puedo estar bien".

- Ensayo conductual de Imaginación-racional emotiva: Ver a los hijos como están ahora (retrasado-encarcelado), responder con desesperación versus tristeza, diferencia cognitiva.

- Tarea para casa: registro, e I.R.E.

Sesión n°4:

- Refiere tres nuevas crisis, pero menos intensa sin pérdida de conocimiento.

- No ha realizado I.R.E pues al hacerlo le surge la imagen de su hijo entre rejas y se le nubla la vista con sensación de mareo (un dato funcional interesante).

- Repasamos registro: cogniciones idénticas a las anteriores, introduzco descatastrofización. T. Casa, cambio de pensamiento, pensamientos alternativos.

Sesión n°5:

- Refiere haber estado deprimida sin ganas de hacer nada, incluido el registro y cambio de pensamientos automáticos.

- Pregunto por estado de ánimo en la consulta, refiere desánimo en relación a problemas económicos ("no se

como voy a pasar el mes") y a como contactar con su hijo encarcelado ("no se como mandarle ropa nueva"). Planteó que generemos alternativas y seleccionemos una para cada problema en función de su grado de resolución, encontrando alternativas posibles (contacto telefónico, entrevista para búsqueda de empleo de limpiadora, etc).

- T. Casa: entrenamiento en relajación (cita con ATS y psicóloga), cambio de pensamiento automático y puesta en práctica de resolución de problemas.

Sesión nº6:

- Refiere crisis en relación a dificultad para contactar con su hijo encarcelado, pero le encontró solución. No pérdida de conocimiento.

- Dificultad para realizar cambio de pensamientos; elaboramos un listado alternativo y tarjeta de autoinstrucciones con ellos para practicar con relajación en los momentos de crisis. T. Casa; lo anterior.

Sesión nº7:

- Dificultad para la tarea de autoinstrucciones, se le nubla la vista, aunque no se ha mareado. Grabamos el método para facilitar la práctica.

- Pido EEG para descartar organicidad. Ella está de acuerdo.

Sesión nº8:

- No acude a la cita.

Sesión nº9:

- Confundió la cita anterior con esta.

- Ha tenido 3 crisis, no sabe en relación a que. No ha realizado las tareas. Le pregunto que reacción espera de mi por ello, me dice que enfado; analizamos esta

predicción que ella encuentra sin evidencia (dato transferencial).

- Evaluó sugestionabilidad (Pruebas de rigidez y balanceo). Se confirma alta sugestionabilidad. Hipnosis en reserva terapéutica.

- Insisto en idénticas tareas para casa a pesar de la tendencia a evitar lo molesto (diferenciando aversión de imposibilidad).

Sesión nº10:

- Llama para cambiar la cita. Tiene que hacer un viaje a ver el hijo.

Sesión nº11:

- Trae EEG. Normal en su trazado. Se lo comunico.

- No he tenido crisis.

- Las tareas las ha realizado ante momentos de ansiedad con buen resultado.

- Relata historia de crisis a partir de la primera operación de su hijo. Significado asociado: "No puedo soportar que les pase nada a mis hijos", después verifica que en realidad a soportado bastante malestar. Continuamos historia personal; a los 15 años se casó, Ella además de joven se separó mucho tiempo de sus padres, dejó los estudios y estuvo trabajando en una casa ajena. Significado asociado: "Muchas responsabilidades sin estar preparada". T. Casa=Ídem a anteriores. Ahora solo toma valium ocasionalmente.

Sesión nº12:

- Ninguna crisis. Aplica ocasionalmente las tareas.

Sesión nº13:

- Refiere molestias cervicales. No crisis. Significado asociado a las molestias: "Soy joven y no valgo para nada". Cuestionamos esta sobregeneralización.

- Le cuestionó sobre su vida sexual. Me responde: "No tengo ningún interés por el sexo. Lo hago por complacer a mi marido". "Para mi no es problema".

- Ídem tareas. Aconsejo revisión médica para posible problema cervical.

Sesión nº14:

- Se confirma el diagnóstico médico de artrosis (la literatura al respecto de la histeria confirma que en estos problemas hay una proporción de enfermedades mayor que en el resto de la población; y que a menudo se pasa por alto como "queja histérica").

- Seguimos trabajo con distorsiones cognitivas similares.

- T. Casa=ídem a pautas anteriores.

Sesión nº15:

- Refiere problema con el marido: bebe, le insulta, esto desde hace muchos años. Antes no me los relató porque creía que no tenía relación con lo que le pasaba.

- La paciente asistemática con la realización de las tareas; a pesar de ello refuerzo sus intentos por realizarlas. T. casa=Ídem.

Sesión nº16:

- No crisis. Ídem tareas.

Sesión nº17:

- Refiere una crisis, sin pérdida de conocimiento, en relación a una revisión médica de su hijo deficiente ("Me van a decir algo malo").

-T.casa=Ídem. Nueva pauta de medicación=Valium 5:0-0-1 y Anafranil 25:1-1-1. (La literatura psicofarmacológica sin embargo aconseja en estos casos de disforia histeroide el uso de fármacos como el sulfato de fenelcina a 45 mg/día, aunque en algunos

casos los antidepresivos tricíclicos pueden ser útiles, según Vallejo Ruiloba, 1992).

Sesión n°18:

- Refiere nuevas crisis que no recuerda.
- Planteo cuestión respecto a hablar de sus deseos frente a complacer siempre a otros. Ella refiere que desea que su marido le bese y es raro que lo haga; que le restringe el dinero y no desea que lo haga, y que le apoye más con los hijos. Relacionamos malestar no expresado y temor a la desaprobación.
- T. Casa=Idem.

Sesión n°19:

- Nuevas crisis. No realiza tareas pues se pone peor.
- Le devuelvo que efectivamente, realizar las tareas es difícil, pero evitarla no le ayuda a manejar sus problemas; al igual que hace con la conducta no asertiva ante su marido.
- Acordamos iniciar exposición con psicóloga y ATS (coterapeutas). Situaciones para exposición: sensaciones internas de mareo y ver a su hijo en la cárcel. T. casa=Idem.

Sesión n°20:

- Ninguna crisis. No ha podido completar la exposición: "Me ponía tan nerviosa que tenía que dejarla. Diferenciamos dificultad de imposibilidad. Acordamos volver a intentarlo.

Sesión n°21:

- Acude urgente. Dice encontrarse muy mal. Dos crisis en relación a que su hijo mayor se "ha echado novia sin decirme nada". Significado asociado: "Me sacrifico por otros y no recibo el cariño que merezco". Le devuelvo que eso puede ser una consecuencia de intentar

complacer a otros y no pensar en sus deseos, de estar pendiente de conseguir el afecto de otros.

- No toma la medicación, dice que no le es útil para sus problemas.

Sesión nº22:

- Dice estar más relajada. Con respecto al ejercicio de exposición con los coterapeutas les dice a estos que "No puedo evitar ser tan madre y preocuparme tanto. Ahora aparece que parte de nuestra actividad terapéutica ha sido para ella disonante con su concepto de madre.

- Acuerdo con los coterapeutas el darle el mensaje: "Nosotros no pretendemos que usted no se preocupe por sus hijos, tan solo que esta preocupación se mantenga en unos límites que no la desborden".

- En el cuestionario de Willoughby puntúa más alto en reacciones distintas a la ansiedad; lo que podría explicar la ineffectividad de la exposición.

- Acuerdo con las coterapeutas procedimiento de autohipnosis para la paciente (Barber, 1988) consistente en inducirle (y después ella así misma) una serie de sugerencias referentes a apretar el puño dominante al iniciarse la crisis y inducirse su desaparición.

Sesiones nº23 y 24:

- Eufórica. Aplica la autohipnosis con éxito. Cuando va a perder el conocimiento la aplica; desapareciendo rápidamente todos los síntomas. Ninguna crisis. No toma medicación alguna. Se siente animada y con ganas de trabajar. Añade que a pesar de que sus hijos se encuentran mal y con problemas a ella no le afecta tanto como para no poder soportarlo y marearse. Se está sacando el carnet de conducir porque le gusta. "La relajación (autohipnosis) y el trato que me han dado

ustedes me han ayudado a superar mis crisis y mi tristeza". También manifiesta que ahora es más capaz de manifestar desacuerdos ante otros.

Sesión nº25 (2 meses después):

- Sin crisis. "Me encuentro muy bien. He encontrado un trabajo".

Reflexiones. Notas:

(1) Papel de la relación terapéutica: No rechazo de la paciente a pesar de su escasa colaboración con las intervenciones. ¿Modelo indirecto de "soportarla" a pesar de su dificultad?

(2) Papel del "insight" entre los síntomas-situación-cognición.

(3) Papel de la sugestibilidad de la paciente: Técnica autohipnótica.

14. TRASTORNO HIPOCONDRIACO: NEUROSIS HIPOCONDRIACA

1. PAUTAS DIAGNÓSTICAS DE LA HIPOCONDRIÁ POR EL DSM- IV

A. Preocupación por el temor de tener una enfermedad grave en base a la interpretación errónea de la persona, de sus síntomas corporales

B. La preocupación persiste a pesar de las evaluaciones y palabras tranquilizadoras de los médicos

C. La creencia de tener una enfermedad grave no tiene un carácter delirante (p.e tno. delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones concretas sobre la apariencia (tno. dismórfico)

D. Las preocupaciones generan un deterioro psicosocial significativo

E. El trastorno dura al menos 6 meses

F. La preocupación no se explica mejor por otro trastorno mental

2. MODELO COGNITIVO DE LA HIPOCONDRIÁ: EL MODELO DE KELLNER (1991)

Básicamente el modelo de Kellner (1991) parte de la idea de que el sujeto ha desarrollado un esquema cognitivo sobre la creencia de tener una enfermedad física o la posibilidad de desarrollarla a partir de ciertos indicios físicos. Este esquema se habría formado a partir de un contexto sociofamiliar donde el paciente

habría sido expuesto a modelos familiares con enfermedades y habría realizado un aprendizaje por observación ("imitación identificativa"). También podría haber estado expuesto a distintos factores yatrogénicos como el logro de refuerzos (atención, evitación de responsabilidades, etc) de modo inadvertido por su entorno (sanitarios, familia...) a partir de diagnósticos erróneos sobre enfermedades detectadas. Igualmente el sujeto al estar expuesto a enfermedades propias o ajenas podría haber realizado un aprendizaje de percepción selectiva, prestando atención a los signos de cambio físico y atribuyendo esos cambios a enfermedad física. Ese esquema cognitivo sería "activado" por determinadas sensaciones internas (procesos corporales normales como cambios fisiológicos asociados con la digestión, respiración, cansancio físico, etc; procesos patológicos menores como cefaleas de tensión, dispepsia, retortijones abdominales, etc; variaciones emocionales como ansiedad, tristeza, ira, etc, y estímulos externos como noticias o informaciones sobre enfermedad y temas relacionados). La activación produciría un procesamiento selectivo de la información (abstracción selectiva) centrándose en las señales internas y externas displacenteras y focalizando la atención en ellas y realizando interpretaciones de amenaza sobre ellas (visión catastrófica: temor a las consecuencias del malestar).

El resultado sería una sensación de malestar personal real, atribuido por el sujeto a una enfermedad. El círculo vicioso resultante sería: el paciente observa una sensación corporal (percepción selectiva), interpreta erróneamente a esta como signo de enfermedad, se dispara otros pensamientos-temores referentes a las consecuencias de la enfermedad, muerte..., se produce un aumento de las sensaciones corporales y la ansiedad asociada, realiza una conducta

de búsqueda de seguridad (chequeos, tranquilización) que produce un efecto de tranquilidad pasajera. (Fig.36).

**-MODELO COGNITIVO DE LA HIPOCONDRIA
(FIG.36)-**

HISTORIA DE APRENDIZAJE Y FACTORES BIOLÓGICOS (1)	ESQUEMAS COGNITIVOS (2)
<p>.Papel de los modelos de aprendizaje familiares con enfermedades y aprendizaje por observación</p> <p>.Factores yatrógenos: refuerzo familiar y sanitario inadvertido, diagnósticos erróneos.</p> <p>.Aprendizaje de percepción selectiva tras haber padecido una enfermedad u observarla en otros</p>	<p>.Creencia de padecer una enfermedad o amenaza de padecerla</p>

ACONTECIMIENTOS ACTUALES ACTIVADORES (3)		DISTORSIONES COGNITIVAS (4)
.Señales internas: -Procesos corporales normales -Procesos patológicos menores .Señales externas: -Información relacionada con enfermedades		.Visión catastrófica .Abstracción selectiva
CIRCULO INTERACTIVO RESULTANTE (5)		
Pensamiento	Afecto/Sensación	Conducta
- Aprensión / Temores - Atribución a enfermedad	- Sensaciones corporales - Ansiedad / Depresión Tranquilidad pasajera	- Chequeos médicos - Autoobservación corporal

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Siguiendo a Kellner (1991) los objetivos de la terapia serían:

- (1) Reducir el temor a la enfermedad y a la muerte.
- (2) Reducir los síntomas y sensaciones de malestar físico.
- (3) Reducir la ansiedad y/o depresión asociada.
- (4) Mejorar la comprensión de los síntomas por el paciente.

(5) Modificar la base cognitiva: Creencia de que se está enfermo, atención selectiva a cambios corporales e interpretaciones amenazantes ligadas a cambios corporales normales o pasajeros.

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

Mencionamos como ejemplos relevantes:

1) El cuestionario de miedos de Wolpe y Lang (1964):

Consta de 122 ítems referentes a diversas situaciones que el sujeto evalúa en función del grado de aversión que le despierta. Contiene ítems referentes a la enfermedad, la muerte, y similares. Puede ser útil para detectar constelaciones de temores.

2) Escala de Actitudes sobre la enfermedad (IAS; Kellner, 1986, 1987):

Consta de nueve escalas, cada una con tres ítems-cuestiones que son valoradas de 0 a 4 (Desde no se presenta nunca -hasta-se presenta todo el tiempo). El máximo de puntuación por cada escala es de 12 puntos. Las escalas valoran: (1) Preocupación acerca de la enfermedad, (2) Preocupaciones a cerca del dolor, (3) Hábitos de salud, (4) Creencias hipocondríacas, (5) Tanatofobia o miedo a la muerte, (6) Trastornos fóbicos, (7)Preocupaciones corporales, (8)Tratamientos experimentados y (9) Efecto de los síntomas.

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN

Los pasos a seguir serían:

1. Evaluación y conceptualización de los problemas:

Consistiría en una detallada historia clínica, análisis funcional cognitivo y conceptualización de los problemas. Fundamentalmente se trataría de detectar los temores a la enfermedad del paciente, su origen histórico (contexto personal, tratamientos anteriores), las cogniciones asociadas (creencias, atribuciones,

expectativas de amenaza), estados emocionales relacionados (ansiedad, depresión...) y estrategias de seguridad del paciente (evitaciones fóbicas consecuentes), así como las repercusiones interpersonales (atención, evitación de actividades desagradables, conflictos conyugales, etc). En general, las nuevas escalas señaladas por Kellner (1986, 1987) en el I.A.S pueden servir como puntos de referencia para conceptualizar parte de los problemas presentados.

2. Socialización terapéutica: El terapeuta presentaría un modelo de como funciona el trastorno (relación pensamiento-afecto/sensación-conducta) entendible para el nivel del paciente. Sería importante que el terapeuta no presentara el problema como "usted no tiene nada, solo son imaginaciones suyas", sino que partiera de la idea de que el paciente experimenta un malestar real, tan real como quien sufre una enfermedad física. Una conceptualización alternativa podría ser: "Usted tiene realmente una enfermedad, esa enfermedad consiste básicamente en tener una sensibilidad muy grande a los cambios que se producen en su cuerpo" y mostrar al paciente en vivo, como se podría desarrollar el problema (ver técnicas de información). El resto del proceso continúa con el uso del autorregistro como vía de apoyo a esta reconceptualización.

3. Intervención: Terapeuta y paciente generan alternativas a los círculos viciosos implicados y su base cognitiva, en base a los objetivos del tratamiento.

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

1- EXPLORACIÓN FUNCIONAL-COGNITIVA O PSICOLÓGICA:

a- Se explica al paciente repetitivamente los círculos viciosos: cambios corporales-----> atención

concentrada----->temor a la enfermedad----->
incremento de malestar corporal.

b- Detectar las secuencias (p.e autorregistros): síntomas o indicios corporales-----> pensamientos automáticos (V. catastrófica, atribuciones)-----> incremento de malestar corporal y emociones negativas-----> Conductas de tranquilización pasajeras.

2- TÉCNICAS DE INFORMACIÓN (RECONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA):

a- Decirle al paciente que solo una pequeña parte de los síntomas somáticos que la gente experimenta tiene una causa orgánica, y que suelen tener un buen pronóstico.

b- Explicar círculos viciosos: síntoma-----> interpretación errónea-----> incremento del síntoma.

c- Explicar como ha podido el paciente aprender y mantener sus síntomas a partir de los datos de la historia clínica y el análisis funcional-cognitivo. Se explicarían las influencias de los modelos o experiencias vividas, el papel del aprendizaje de prestar atención; y como ejemplos en vivo se podría pedir al paciente que se concentre en como nota la presión del asiento sobre su trasero, la lengua sobre la boca, el cinturón o el collar sobre la zona de contacto respectiva, etc). Otros ejemplos más simbólicos podrían ser: "Afinador de pianos que ha aprendido a identificar timbres de tonos muy finos" y similares.

3- ACEPTACIÓN Y CORDIALIDAD:

Se acepta el sufrimiento experimentado por el paciente como un malestar real, pero no de sus causas imputadas a organicidad. Es decir se le comunica que sufre un trastorno real, de tipo psicológico donde su experiencia personal (aprendizaje) y lo que piensa son las causas del mismo.

4- USO DE LA RETRIBUCIÓN DEL MALESTAR Y DESCATASTROFIZACIÓN:

Se generan pensamientos alternativos más realistas a los cambios corporales sufridos, desdramatización de sus predicciones en base a la evidencia, distracción..etc.

5- TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN ASOCIADA: Ver capítulos al respecto.

6- EXPLORACIONES FÍSICAS:

Colaborar con el médico del paciente de modo que las exploraciones físicas que realice este, sean seguidas de recuerdos del círculo aceptando el malestar del paciente como enfermedad y sufrimiento real (pero de origen psicológico). Si aparecen enfermedades físicas en el enfermo, diferenciar las enfermedades físicas de las psíquicas.

7- EXPOSICIÓN A LOS TEMORES FÓBICOS A LA MUERTE Y/O ENFERMEDAD:

- Ver técnicas de exposición en las fobias.
- Varias formas de exposición:
 - Uso de jerarquías de temores (en vivo/imagen).
 - Repetición descriptiva de eventos desencadenantes (catarsis).
 - Pesar dirigido: relato de pérdidas-muertes observadas.
 - Exposición a tópicos sobre la enfermedad (diagnósticos, p.e).

8- MANEJO DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS DE MALESTAR:

Se suele emplear técnicas distractoras como el ejercicio físico, relajación o biofeedback.

15. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS.

MARCO GENERAL

1. PAUTAS DIAGNOSTICAS DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO POR EL DSM-IV

A. Presencia de estímulos ambientales psicológicamente significativos que se encuentran temporalmente relacionados con la iniciación o exacerbación de la enfermedad física.

B. La enfermedad física tiene, o bien una patología física demostrable (p.e artritis reumátide), o bien un proceso patofisiológico conocido (p.e migrañas o vómitos)

C. La enfermedad no es debida a un trastorno somatoforme

Los trastornos psicosomáticos más frecuentes son (P. Lorente, 1983):

1-Trastorneos cutáneos: Acne, Dermatitis, Pruritos, Eczemas, Hiperhidrosis, Urticaria y Alopecia areata.

2-Trastornos respiratorios: Asma bronquial e Hiperventilación

3-Trastornos hemáticos y linfáticos

4-Trastornos gastrointestinales: Gastritis crónica, Úlcera péptica, Colitis ulcerosa, Estreñimiento, Hipercidez, Pílorasmo, Cardialgia y Colón irritable

5-Trastornos endocrinos: Hipertiroidismo, Hipotiroidismo y Diabetes

6-Trastornos de los órganos de los sentidos

7-Trastornos osteomusculares: Torticolis y Cefaleas tensionales

2. UN MODELO COGNITIVO-BIOLÓGICO DEL ESTRÉS: EL MODELO DE VALDES Y FLORES (1985)

El modelo de Valdés y Flores (1985) es un modelo para explicar los efectos del estrés sobre la persona (entre ellos los trastornos psicosomáticos). Está muy influido (aunque no exclusivamente) por la teoría cognitiva del estrés de R.S. Lazarus (1984, 1986).

Los componentes del modelo (Fig.37) son:

1) Agentes potencialmente estresantes: Se entiende por estrés a una activación del organismo más rápida que su respuesta de adaptación atenuadora, producida por la evaluación cognitiva de una situación que es valorada como amenazadora. Los agentes estresantes pueden ser tanto acontecimientos vitales (matrimonio, fallecimiento de un familiar, despido, etc) como situaciones de tensión crónica (problemas laborales, conyugales, etc).

2) Experiencia pasada: Se trata de la historia de aprendizaje de la persona en un contexto sociofamiliar determinado. Influiría en el bagaje del individuo sobre sus oportunidades y carencias para desarrollar determinados significados personales (cogniciones) y habilidades de resolución de problemas (estrategias coping).

3) Evaluación cognitiva: Básicamente el sujeto evaluaría el valor amenazante de los acontecimientos (evaluación primaria) y la forma de abordarlo, en cuyo paso entraría tanto las estrategias conductuales a desarrollar (agresiva, evitación-inhibición, huida) como

las "defensas cognitivas" que reevalúan la situación (p.e negación).

Todo este proceso sería en su mayor parte automático e inconsciente (significados y procesos tácitos). Las estrategias conductuales y las defensas cognitivas serían la evaluación secundaria. Todos estos procesos cognitivos se referirían a evaluaciones (a partir de creencias), atribuciones (causales, de control..), expectativas (predicciones..) y estrategias de resolución de problemas.

4) Reacción fisiológica: Estarían implicadas la activación de tres sistemas biológicos: El sistema de activación autonómica (fundamentalmente la corteza cerebral, la formación reticular y el sistema simpático adrenal), el sistema neuroendocrino (cortex, hipotálamo, sistema hipofisario-suprarrenal) y el sistema inmunológico.

5) Estrategias conductuales: Estarían relacionadas con la evaluación cognitiva y supondrían el despliegue de actividades conductuales (búsqueda de apoyo social, conductas de resolución de problemas diversas, conductas sustitutivas como comer, dormir, beber, fumar, etc).

6) Conducta malsana: Supondrían conductas o estrategias vitales (estilos de vida) inadecuados o perjudiciales para la salud física y emocional. El patrón de tipo A y el incumplimiento de tratamientos se pueden catalogar en este apartado.

7) Disfunción-enfermedad: Sería el resultado patofisiológico de todo el proceso anterior. Aquí estarían los síntomas y signos de las enfermedades psicosomáticas.

**- MODELO COGNITIVO DE LOS
TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS
(FIG.37)-**

AGENTES POTENCIALMENTE ESTRESANTES (1)	EXPERIENCIA PASADA (2)
.Acontecimientos vitales agudos	.Historia de aprendizaje
.Tensión crónica	.Adquisición de habilidades
.Disfunción o enfermedad del punto 7	.Experiencias tempranas

EVALUACIÓN COGNITIVA (3)

- Significado
- Evaluaciones, atribuciones y expectativas
- Defensas cognitivas
- Estrategias de solución de problemas

REACCIÓN FISIOLÓGICA (4)

- Activación autonómica
- Activación neuroendocrina
- Activación inmunológica

ESTRATEGIAS CONDUCTUALES (5)

- Conductas adaptativas
- Conductas sustitutivas no adaptativas

CONDUCTA MALSANA (6)

- Patrón A
- No cumplimiento de prescripciones

DISFUNCIÓN/ENFERMEDAD (7)

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos generales de la terapia estarán en función de las distintas disfunciones implicadas en el proceso psicosomático (Fig.37). Para cada componente disfuncional se propondrían una serie de intervenciones:

1. Intervenciones sobre los agentes estresantes disfuncionales: intervenciones ambientales y relacionales (terapia familiar, terapia de pareja, intervenciones laborales-organizacionales...).

2. Desconocimiento del desarrollo del proceso psicosomático: Clarifica las conexiones entre la experiencia pasada y el trastorno (historia personal e historia del problema).

3. Modificación de cogniciones disfuncionales: detección y modificación de cogniciones y significados asociados (R.E.T de Ellis, C.T de Beck Resolución de problemas de Goldfried y D'Zurilla, etc).

4. Reducción de la activación fisiológica disfuncional: Técnicas respondientes (relajación, exposición..), técnicas operantes (biofeedback) y medicación e intervenciones somáticas.

5. Estrategias conductuales deficitarias o disfuncionales: técnicas cognitivas (entrenamiento en detección y modificación de cogniciones

disfuncionales, entrenamiento en autoinstrucción, inoculación al estrés y resolución de problemas), técnicas conductuales generales (p.e autoobservación y autocontrol) y técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

6. Modificación de conductas malsanas: técnicas de autocontrol conductual (autoobservación, control de estímulos y control de contingencias).

7. Manejo sintomático del trastorno psicossomático: psicofármacos y otras intervenciones médicas.

Lógicamente, los objetivos deberían de derivar del análisis médico y del análisis psicológico (análisis funcional-cognitivo) del trastorno en cuestión.

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

Describimos brevemente algunos de los cuestionarios reseñados por Valdes y Flores (1985) utilizados en el estudio del estrés y los trastornos psicossomáticos:

1) Locus de control (Polaino y Villamisar, 1985): Da información sobre el estilo atribucional del sujeto, sobre si este sitúa el control en función de su conducta o factores incontrolables (internos o externos). Puede ser útil para diseñar una intervención que tenga como fin un cambio atribucional.

2) Alexitimia (García Esteve y Nuñez, 1985): Da información sobre un estilo cognitivo consistente en una dificultad para traducir las emociones a términos verbales. Puede ser útil para diseñar intervenciones dirigidas a la "clarificación" de emociones.

3) Percepción de apoyo social (Conde y French, 1984): Informa sobre el apoyo que cree tener el sujeto para afrontar sus dificultades. Una baja percepción de este apoyo, puede sugerir estrategias encaminadas a aumentarlo.

4) E.P.Q. (Eysenck, 1975): Informa sobre distintos rasgos de la personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad). Puede ser utilizado en el diseño de la intervención (ver más adelante orientación de Beech, 1982).

5) Patrón de conducta A (Valdes y Flores, 1982): Se refiere a un patrón estable de conducta caracterizado por una continua actividad conductual (sobretudo laboral), alta activación autonómica y unas actitudes cognitivas basadas en la competitividad, el éxito y el logro. Los sujetos con puntuaciones altas en esta escala suelen tener más propensión a sufrir trastornos psicosomáticos y somáticos (sobretudo trastornos cardiovasculares). La información de altas puntuaciones puede servir para diseñar intervenciones orientadas a flexibilizar estos patrones.

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN

1) Evaluación y conceptualización de los problemas: Aparte del análisis funcional/cognitivo y la historia clínica, es necesario contar con la colaboración e información del médico o especialista (que suele ser el derivante en la mayoría de los casos). Los puntos de la evaluación, suelen ser los recogidos en el modelo; sobretudo los referentes a las estrategias de afrontamientos ante estresores identificados previamente (situaciones o eventos desencadenantes, puntuales o crónicos). Estas estrategias se suelen referir a la evaluación primaria (pensamientos automáticos y significados asociados- "Evaluaciones", atribuciones sobre su estado y expectativas de resolución) y evaluaciones secundarias (estrategias conductuales desarrolladas para manejar las fuentes de estrés y la misma enfermedad).

También es importante evaluar la presencia de trastornos emocionales asociados (ansiedad, depresión), e igualmente contar con el diagnóstico y tratamientos

médicos realizados. Otros datos pueden ser recogidos a través de diferentes cuestionarios (ver punto anterior del capítulo).

2) Socialización terapéutica: Una dificultad frecuente en el tratamiento de estos pacientes es que ellos van a definir, generalmente, su trastorno como puramente físico; lo que va a producir inicialmente unas bajas expectativas y motivación para el tratamiento. Una dificultad añadida (sobre todo en los sujetos con patrón A de conducta) es su alta "reactancia" a un tratamiento directivo (como suele ser la terapia cognitiva, en general), ya que van a percibir su libertad personal como amenaza. Estas dificultades pueden ser abordadas planteando la terapia como un proceso de investigación dirigido a comprobar la influencia de los factores emocionales sobre su trastorno (aceptando los factores físicos) y planteando cada paso como una sugerencia que el paciente debe de aceptar previamente a su realización por nuestra parte (P.e "¿Podríamos hablar de como son sus relaciones de pareja?"). El resto de esta fase se desarrollaría en la misma línea que en otros trastornos (explicación de la relación pensamiento-afecto-conducta, autorregistro...).

3) Intervención: Dirigida a desarrollar habilidades de afrontamiento del estrés de tipo conductual (que aumentarían las expectativas de autoeficacia y habilidades cognitivas dirigidas a modificar las evaluaciones de amenaza, y los significados personales disfuncionales).

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Vamos a presentar dos estrategias generales para abordar los problemas psicosomáticos. La primera (Beech, 1982) está más relacionada con orientaciones particulares de intervención según la predominancia de ciertos factores personales y/o ambientales. La segunda

(Buceta, 1988) parece adecuarse más específicamente al patrón A de conducta.

A) Planteamiento de intervenciones particulares (Beech, 1982):

1- Si predomina el neuroticismo (p.e detectado por el E.P.Q), los objetivos del tratamiento serían:

a- Reducir el arousal neurovegetativo: empleo de relajación y/o psicofármacos.

b- Eliminar la ansiedad a estímulos ambientales específicos: técnicas de exposición, asertivas y cognitivas.

2- El sujeto reacciona sobretodo a situaciones estresantes reales:

a- Intervenciones sobre las situaciones estresantes: por ejemplo, terapia de pareja.

b- Distribución del tiempo ocio-trabajo: Se recoge información respecto al tipo de actividad laboral y de ocio. Después en forma de resolución de problemas se discuten alternativas para ahorrar esfuerzos laborales y aumentar el tiempo de ocio (p.e, economía de esfuerzos; delegación de funciones, introducción de pausas o descansos).

3- Si aparece sobretodo una personalidad tipo-A (competitividad, impaciencia metas rígidas y altas de productividad...):

a- Insight racional: Toma de conciencia de las anomalías.

b- Contrato de reajuste actividades: distribución del tiempo, reducción aunque sea ligera.

c- Tratar las preocupaciones del paciente respecto a perder eficacia o autoestima: técnicas cognitivas.

4- Si el problema se debe a un déficit o inadecuación de habilidades de afrontamiento:

- a- Apoyos socioeconómicos: p.e redes sociales, grupos de autoayuda.
- b- Manejo de la ansiedad: entrenamiento en relajación.
- c- Aislamiento social: compartir los problemas con otros, entrenamiento de habilidades sociales.
- d- Redistribución del tiempo ocio-trabajo.
- e- Anticipar y manejar el estrés: p.e Inoculación al estrés.

B) Manejo general del patrón A (Buceta, 1988):

1. A nivel conductual:

- a. Se plantea la distribución del ocio-trabajo en forma de sugerencias (P.e "¿Podría probar a...?").
- b. Entrenamiento en relajación, para manejar la activación autonómica. Se presenta igualmente como una sugerencia.
- c. Resolución de problemas: para poner en práctica las sugerencias se hacen preguntas dirigidas a generar soluciones alternativas y su viabilidad (p.e el paciente dice "es que no conozco un gimnasio" y el terapeuta plantea, "¿cómo podría enterarse?, ¿conoce a alguien que este adscrito a uno?").

2. A nivel cognitivo:

- a. *Discusión de cogniciones disfuncionales:* Planteada en forma de preguntas (P.e el paciente dice "Mis amistades me consideran un tipo raro y no me van a invitar a salir"; el terapeuta le plantea "¿Podría usted dar el primer paso e invitarle usted a ellos?" o bien "¿Cómo podríamos comprobarlo?").

b. Planteamiento de experimentos personales para comprobar la validez de los Significados personales: el terapeuta presenta sus hipótesis sobre ello al paciente y le plantea su opinión al respecto (p.e "Por las situaciones que hemos visto en otras ocasiones en este tema, parece como si usted se pusiera la regla de Tengo que hacer mi trabajo muy bien para estar a gusto, ¿que opina?"). Igualmente si el paciente acepta la posibilidad de mantener esa regla, el terapeuta puede sugerir su revisión (P.e "¿Podríamos comprobar si usted puede disfrutar de otras actividades distinta al trabajo?").

A pesar de estas referencias generales, tanto Valdés y Flores (1985), Beech (1982), como Buceta (1988) plantean el análisis funcional como vía de elaboración de las hipótesis y de la selección funcional de los principales componentes del modelo presentado, en cada caso particular, orientará al clínico al respecto.

7. CASO CLÍNICO

7.1. HISTORIA CLÍNICA:

1) Datos de identificación:

.Varón de 52 años. Casado. Empresario agrícola. Residente en El Ejido (Almería).

. Derivado por el dermatólogo al ESMD-El Ejido para exploración y tratamiento.

2) Motivo de consulta:

.Describe que tiene muchos picores por el cuerpo que no se le quitan; especialmente por los brazos, pecho y genitales. El dermatólogo le ha mandado una crema que se lo calma algo, pero sin eliminarlos. Me enseña una receta sobre el tratamiento que está tomando y el diagnóstico (Neurodermatitis). Tiene problemas para dormir cuando los picores son más intensos, y añade encontrarse muy irritado continuamente. Se suele reunir con los amigos en el bar para jugar al dominó, a

veces (comenta) sin venir a cuento le pega un porrazo a la mesa, tira las fichas, se levanta y se va.

3) Sintomatología:

. Cognitiva:

- Pensamientos referentes al trato injusto recibido por un conocido, antiguo amigo (¡No me lo merecía!, ¡Me vengaré!).
- Autocríticas (¡No puedo hacer nada!, ¡Tengo que hacerle pagar!).

. Afectiva:

- Irritabilidad.
- Sentimientos de indefensión respecto a su ofensor.

. Conductual:

- Conducta explosiva ocasional (tirar y golpear objetos).

. Motivacional:

- Deseos de venganza de su ofensor.

. Fisiológica:

- Neurodermatitis (hinchazón y picazón corporal). Tensión muscular (mandíbula-estómago-brazos).
- Insomnio de conciliación.

4) Historia del problema y tratamientos anteriores:

. El problema de los picores empezó hace unos 5 meses a raíz de un conflicto tenido con un amigo respecto a unas obras en un terreno. Este amigo le denunció al juzgado, siendo para el paciente este hecho inesperado y sorprendente. El trato de hablarlo con aquel, pero este se negaba. Esta persona, comenta, tiene influencias en el juzgado de la localidad y él no puede hacer nada.

A raíz de este evento, el paciente tenía erupciones y picazón por el cuerpo. El médico le derivó al dermatólogo con el que ha seguido tratamiento hasta el momento. Este le ha dicho que su picazón se debe también a nervios, y por eso viene aquí (aunque también continúa el tratamiento dermatológico). "Me ha mandado muchos productos, pero esto no se me quita".

5) Historia familiar y personal:

. Está casado. Su mujer de 51 años, ama de casa. Tiene dos hijos varones, ambos casados.

. No antecedentes familiares de trastorno psíquico o físico relevantes.

. Respecto a sus padres, su padre siempre ha tenido mucho genio, y su madre es más tranquila.

. El paciente comenzó a trabajar muy joven en el campo; él ha conseguido a través de los años montar una pequeña empresa agrícola que le es rentable económicamente.

. Respecto a problemas familiares, solo tiene ahora más discusiones con su mujer, "por cualquier cosa me irrito".

6) Diagnóstico:

. Factores psicológicos que afectan al estado físico: neurodermatitis.

7.2. ANÁLISIS FUNCIONAL/COGNITIVO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS:

. Se efectuó un análisis funcional/cognitivo siguiendo el modelo de entrevista A-B-C de Ellis (Ellis, 1989). Los acontecimientos detectados (A) fueron: (1) Pensar en el amigo (ofensor) y el trato recibido de este, (2) Estar con los amigos y que "le vean tranquilo" y (3) Estar con la mujer y que le "vea tranquilo". Las

consecuencias emocionales y conductuales detectadas fueron (C): (1) Irritabilidad, (2) Conducta explosiva con objetos, (3) Insomnio y (4) Aumento de los picores. Las cogniciones-creencias irracionales detectadas entre el punto A y el C (punto B), fueron: (1) ¡Los demás tienen que ver lo enfadado que estoy!, (2) ¡Tengo que hacerle pagar lo que me ha hecho! y (3) ¡No soy hombre si no lo hago!

7.3. PROCESO DE INTERVENCIÓN:

Primeras sesiones

Se realizaron distintos análisis funcionales-cognitivos de los problemas, detectando a partir del relato del paciente de sus enfados, los acontecimientos disparadores y sus pensamientos, la utilización de la "cadena inferencial" (Moore, 1975) para detectar creencias irracionales presentes, por ejemplo (T-Terapeuta, P-Paciente):

T- ¿Como te sentías?

P- Irritado.

T- ¿Irritado por qué?

P- Yo no puedo estar tranquilo (Creencia irracional de Insoportabilidad)...tengo que hacer algo.

T- ¿Qué cree que tiene que hacer?

P- Vengarme de él.

T- ¿Y si no lo hace?

P- ¡No sería un hombre! (otra creencia irracional).

Se le hizo notar el paciente como su ira derivaba de sus exigencias irracionales al repetirse mentalmente esos imperativos, y algunas sesiones se grababan para que el paciente las escuchara en casa. En ningún momento se utilizaron los autorregistros y las tareas de debate cognitivo a través del autorregistro, como suele ser habitual en la R.E.T.

Paralelamente se entrenó al paciente en manejar sus síntomas a través del entrenamiento en relajación (distensión mandíbula, estómago y puños) para que lo practicara en casa (casete) antes de irse a dormir. Los resultados de este periodo fueron un decremento de los síntomas (dormía mejor, se irritaba en menos ocasiones, y los picores habían cedido en intensidad). Además las sesiones seguían orientadas hacia la relación cognición-afecto distinguiendo sus deseos de sus exigencias (preferencias de no tener un trato injusto y la consecuencia del dijusto), de la exigencia de justicia y la autocondena por no lograrla).

Últimas sesiones

Se continuaron grabando las sesiones para escucharla en casa y además se utilizó un nuevo procedimiento que combinaba el método técnico de terapia gestal de la silla vacía y el debate cognitivo (V. Viadel, 1987):

1º El paciente se colocaba sentado ante una silla vacía donde se situaba un cojín que representaba al ofensor (y otras veces a sus amigos ante las partidas de dominó, o a su mujer).

2º El terapeuta "calentaba al paciente" diciéndole cosas del estilo siguiente: "El te ha denunciado, hay que ver lo que te ha hecho...Y decía que era tu amigo!" (y similares).

3º Cuando se percibía tensión en el paciente, se le preguntaba: "¿Qué deseas hacerle?, ¿Qué deseas decirle?".

4º El terapeuta comprobaba los resultados: El paciente solía coger el cojín con violencia apretándolo fuertemente y decía expresiones del estilo: "¡Te voy a matar cabrón!, ¡Te voy a romper la cara!" (y similares).

5º En este punto se iniciaba un debate con el paciente, utilizando preguntas del estilo: "(1) ¿Remediaría esto el

problema?, (2) ¿Qué pasaría si le pegara?, (3) ¿Si le pegara querría decir que eres más hombre, más valiente, que tienes más huevos...?".

Con cierta dificultad el paciente fue refiriendo que podría quedar satisfecho al momento, pero que eso le traería más problemas que beneficio. El punto de la hombría fue especialmente el más difícil de modificar, aunque él terminó por cuestionar que su valor como persona estuviera en función de demostrar (a otros y a si mismo) su malestar. Estas sesiones se fueron grabando para escucharla en casa. El paciente refería que la escuchaba en el casete de su coche, en casa antes de dormir y en otros momentos del día.

Cada vez más refería las tonterías que se había estado exigiendo. Incluso su familia había oído la cinta, por casualidad, y le había referido que entendían el como él se trastornaba a si mismo y le reforzaba en su práctica.

Resultados

Al cabo de 3 meses del inicio del tratamiento habían desaparecido la neurodermatitis, las explosiones agresivas y el insomnio. Varios meses después los resultados se mantenían. El paciente cada vez que escuchaba la cinta o la recordaba solía reírse de las cosas que se había exigido.

16. TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL

1. TRASTORNOS SEXUALES:

1.1. Trastornos del deseo sexual:

1. Deseo sexual hipoactivo
2. Trastorno por aversión al sexo

1.2. Trastornos de la excitación sexual:

- 1- Trastorno de la excitación sexual en la mujer
- 2- Trastorno de la erección en el varón

1.3. Trastornos orgásmicos:

- 1- Trastorno orgásmicos femenino
- 2- Trastorno orgásmicos masculino
- 3- Eyaculación precoz

1.4. Trastornos sexuales por dolor:

- 1- Dispareunia
- 2- Vaginismo

1.5. Trastorno sexual debido a enfermedad médica

1.6. Trastorno sexual inducido por sustancias

1.7. Trastorno sexual no especificado

2. PARAFILIAS

- 1- Exhibicionismo
- 2- Fetichismo
- 3- Frotteurismo
- 4- Pedofilia
- 5- Masoquismo sexual
- 6- Sadismo sexual
- 7- Fetichismo transvestista
- 8- Voyeurismo
- 9- Parafilia no especificada

3. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

1. Trastorno de la identidad sexual
2. Trastorno de la identidad sexual no especificado

4. TRASTORNO SEXUAL NO ESPECIFICADO

El presente capítulo se dedica al tratamiento de los trastornos sexuales del grupo 1 mencionado

Otros autores han realizado una clasificación de las disfunciones sexuales más extensa y ordenada que la del DSM-IV. La clasificación de Carrobbles (1985) es un ejemplo de ello:

1. Disfunciones relacionadas con el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual:

1.1. Fase del deseo sexual: Hombres y mujeres.

- Hiposexualidad.
- Hipersexualidad.

1.2. Fase de excitación sexual: Dificultad de la erección (impotencia) (Hombres).

- Dificultad de la excitación (Mujeres).
- Vaginismo (Mujeres).

1.3. Fase del orgasmo sexual:

- Ausencia de eyaculación (Hombres).
- Eyaculación retardada (Hombres).
- Eyaculación precoz (Hombres).
- Ausencia de orgasmo (Mujeres).
- Orgasmo prematuro (Mujeres).
- Orgasmo retardado (Mujeres).

1.4. Fase de resolución sexual: Hombres.

- Resolución retardada.

1.5. Dolores sexuales: Dispareunia.

- Dolor en el pene (Hombres).
- Dolor en la región genital (Hombres).
- Dolor durante la penetración (Mujeres).
- Dolor durante el coito (Mujeres).

2. Problemas de satisfacción subjetiva en el ciclo de respuesta sexual: insatisfacción sexual.

3. Problemas relacionados con falta de información, falsas creencias y actitudes negativas hacia el sexo.

4. Problemas sexuales relacionados con problemas de la relación de pareja en general.

5. Problemas sexuales asociados a otros trastornos psicopatológicos (p.e ansiedad generalizada, depresión, psicosis, alcoholismo, etc).

2. UN MODELO COGNITIVO-RELACIONAL DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Hasta la década de los años 70 de nuestro siglo los modelos teóricos más influyentes en el campo sexológico fueron el psicodinámico (p.e Kaplan, 1974) el psicofisiológico (p.e Masters y Johshon, 1970) y el conductual (p.e Wolpe y Lazarus, 1966). A medida que

la psicología clínica y la psicología experimental se volvían más cognitivas, los modelos terapéuticos en el campo sexológico incorporaban el peso de las variables cognitivas como factor influyente en las disfunciones sexuales (p.e Ellis, 1960, 1975; Lazarus, 1980).

Actualmente en el campo de la modificación de conducta y la sexología se considera que los factores cognitivos tienen una importancia capital en las disfunciones sexuales (p.e, Carrobbles, 1985; Lopiccolo y Friedman, 1989; Wolfe y Walen, 1990; Cottraux, 1990). Lopiccolo y Friedman (1989) proponen un modelo integrador de terapia sexual centrado en cuatro causas, interrelacionadas, para explicar las disfunciones sexuales:

a) La historia de aprendizaje: Experiencias de la niñez y adolescencia (actitudes y conductas negativas de los progenitores y otras figuras significativas hacia la sexualidad), modelos o fuentes de información deficitarias, restrictivas o inadecuadas.

b) Factores físicos: Presencia de enfermedades físicas (más de tipo crónica y neurológica) y uso de drogas o medicamentos.

c) Factores de relación: Papel del síntoma en la relación global de la pareja. A menudo el síntoma es visto solo como un elemento perturbador, pero también suele tener un propósito útil en el mantenimiento de la estructura de la relación de pareja (teoría de sistemas).

d) Factores cognitivos: Papel del nivel de conocimiento del individuo sobre la sexualidad; y sobretodo de sus actitudes, creencias y pensamientos en la disfunción sexual. La ansiedad de desempeño sexual (mas frecuentes en los hombres) deriva de la creencia irracional de "Debo de ser enormemente sexual para ser un hombre de verdad" y la ansiedad femenina en la relación sexual suele derivar de la creencia irracional

de "Debo de satisfacer a mi compañero para tener su aprobación".

Igualmente Wolfe y Walen (1990) han cuestionado los modelos anteriores en el campo de la modificación de conducta por estar excesivamente centrados en el ciclo de la respuesta sexual (al igual que el DSM-IV) y en el entrenamiento de habilidades conductuales-sexuales.

Estas autoras mantienen que la experiencia sexual positiva es el resultado de algo más que una buena técnica sexual; los bloqueos emocionales derivados de las cogniciones disfuncionales y su manejo suelen ser el principal foco de la disfunción sexual. También estas autoras plantean que las principales cogniciones implicadas en las disfunciones sexuales son: (1) Errores perceptuales (distorsiones cognitivas) y (2) Errores evaluativos (creencias irracionales o supuestos personales disfuncionales). Con respecto a las distorsiones cognitivas, adoptando el listado de Beck (1979), destacan:

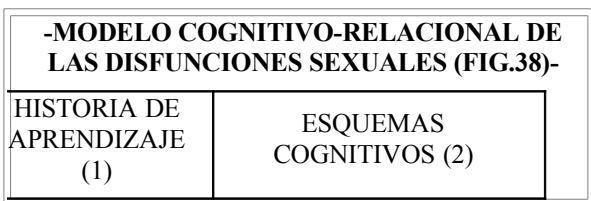
- 1. Abstracción selectiva:** "No veo tensión en mis músculos...Supongo que no estoy excitado".
- 2. Inferencia arbitraria:** "Mi compañero no me ha dicho que le ha gustado, entonces es que no le ha gustado".
- 3. Sobregeneralización:** "No he conseguido una erección. Nunca lo lograré".
- 4. Polarización:** "Si no tengo un orgasmo, entonces no soy un hombre de verdad".

Los errores evaluativos se suelen relacionar con las principales creencias irracionales o supuestos disfuncionales y sus consecuencias de autoevaluación negativa y dramatización de la situación-problema. Por ejemplo:

1. "Tengo que tener mucho éxito en mis relaciones sexuales. Tengo que lograr tener una buena relación sexual. De lo contrario sería insoportable y yo no sería un hombre/una mujer...de verdad".
2. "Tengo que conseguir la aprobación sexual de mi compañero/a; ya que de lo contrario yo no podría soportarlo y no sería una persona con valor".
3. "No debería tener dificultades sexuales jamás. Si las tengo mi vida es horrorosa y yo/o mi compañero soy/es detestable".

(Adaptaciones, a partir de Ellis, 1989).

Representamos en la figura nº38 los factores mencionados anteriormente:



<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias sexuales tempranas - Modelos parentales de relación y otros modelos educativos - Actitudes del entorno hacia el sexo - Oportunidades informativas - Experiencias personales 	<ul style="list-style-type: none"> - Información/Conocimiento sexual - Actitudes : Si mismo/Pareja/Sexo
--	---

ACONTECIMIENTOS ACTUALES ACTIVADORES (3)	DISTORSIONES COGNITIVAS (4)
<ul style="list-style-type: none"> - Contexto relacional general - Situaciones de relación sexual - Presencia de enfermedades o uso de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> - Abstracción selectiva - Inferencia arbitraria - Sobregeneralización - Polarización

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

En relación a los autores anteriormente mencionados los objetivos de la psicoterapia cognitiva

(o cognitiva-conductual) en el tratamiento de las disfunciones sexuales serían:

1º Modificación del trastorno disfuncional, de modo que se logre una conducta sexual satisfactoria para la pareja.

2º Colaboración (cuando sea posible) y participación de los miembros de la pareja en el tratamiento.

3º Información sexual sobre aspectos deficitarios o erróneos.

4º Modificación de actitudes y cogniciones disfuncionales que intervienen en el trastorno.

5º Desarrollo de habilidades relacionales y sexuales coherentes con las nuevas actitudes y cogniciones funcionales, de modo que aumente la satisfacción sexual mutua.

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

Mencionamos los recogidos por Carrobles (1985) sobre distintas áreas de evaluación:

1) Información sexual:

. Inventario de conocimientos sexuales (McHugh, 1955, 1967).

. Cuestionario de información sexual (Carrobles, 1985).

. Cuestionario para la evaluación de mitos y falacias sexuales (Carrobles 1985).

2) Actitudes respecto al sexo:

. Inventario de miedos sexuales (Annon, 1975).

. Inventario de placer sexual (Annon, 1975).

. Inventario de actitudes respecto al sexo (Eysenck, 1970).

3) Conducta sexual:

- . Perfil de respuesta sexual (Pion, 1975).
- . Inventario de interacción sexual (Lopiccolo y Steger, 1974).
- . Inventario de ajuste sexual (Stuart, Stuart, Maurice y Szasz, 1975).

4) RELACIONES Y AJUSTE MARITALES:

- . Escala de ajuste marital (Locke y Wallace, 1959).
- . Inventario de relaciones de pareja (Stuart y Stuart, 1983).

Sin embargo consideramos la entrevista clínica (con los autorregistros) como los medios más completos de evaluación.

Presentamos también los principales puntos de evaluación de las disfunciones sexuales, según Carrobbles (1985):

ENTREVISTAS DE EVALUACIÓN (Carrobbles, 1985):

1) *Evaluación inicial:* Normalmente entrevista conjunta con la pareja.

- (1) Descripción del problema.
- (2) Factores orgánicos.
- (3) Presencia de trastorno psicopatológico asociado.
- (4) Nivel de motivación y compromiso de cada miembro de la pareja para la terapia.

2) *Historia sexual:* Normalmente entrevista individual para cada miembro.

1. Historia del problema:

1.1. Infancia y medio familiar:

- Ambiente familiar.
- Formación religiosa.

- Actitudes de los adultos y otros significativos respecto al sexo.
- Experiencias sexuales tempranas.

1.2. Pubertad y adolescencia:

- Educación e información sexual.
- Primeras experiencias sexuales (sueños, fantasías, masturbación, orgasmo, experiencias sexuales con el sexo contrario o el propio...).

1.3. Relaciones sexuales con su actual pareja:

- Primeras experiencias.
- Experiencias posteriores.

2. Conducta sexual actual:

2.1. Actitudes y creencias respecto al sexo.

2.2. Conducta sexual:

- Actividad sexual distinta al coito.
- Posibles relaciones extramaritales.
- Comunicación sexual entre la pareja.
- Relaciones de pareja en general.
- Estilo de vida de cada miembro.

2.3. Dificultad o problemas sexuales:

. Descripción del problema: situación - estado emocional - pensamientos - conducta -r espuesta fisiológica - consecuencias.

- Aparición y curso del problema.
- Atribución sobre origen y mantenimiento del problema.
- Inventos previos de solución.

2.4. Expectativas y metas de tratamiento.

2.5. Motivación para el tratamiento.

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN

La secuencia, como en otros trastornos, sería:

1º) Evaluación y conceptualización de los problemas:

La primera entrevista general suele realizarse con la pareja conjuntamente y recoge los puntos señala dos por Carrobbles (1985). Esta primera entrevista sirve fundamentalmente para detectar la motivación de la pareja (¿quién demanda?, ¿quién viene a consulta?).

Igualmente se debe de definir si el trastorno es primario o secundario, así como la posible relación con un trastorno orgánico (es aconsejable el pertinente informe médico al respecto) (Cottraux, 1990). La historia sexual, los autoinformes (cuestionarios), los autorregistros, la observación (normalmente por la pareja) y los registros psicofisiológicos (p.e plestimografía peneana) servirán para realizar el análisis funcional-cognitivo del problema. En este apartado es útil contar con la información siguiente:

(1) Historia del problema, (2) Historia personal y de la pareja, (3) Función del problema en la relación de pareja, (4) Aspectos cognitivos del problema (información sexual, distorsiones cognitivas y Creencias disfuncionales) y (5) Intentos de solución previos y efectos de los mismos.

2º) Socialización terapéutica:

Se les explica a los miembros de la pareja, la necesidad de contar con ambos en la terapia (aunque se puede trabajar con un solo miembro, al igual que en terapia de pareja) ya que el problema y sus soluciones incumbe a ambos miembros. Se presenta las líneas y objetivos generales del tratamiento, se discuten-feedback las dudas, y se explica los autos (que suelen ser más conductuales, inicialmente). Los datos del

análisis funcional/cognitivo nos servirán para marcar los objetivos y las intervenciones del programa de tratamiento.

3º) Intervención:

Las estructuras de las sesiones suelen tener el siguiente formato: (adaptado de Friedman y Hogan, 1984).

1. AGENDA DE LA SESIÓN:

1) Exploración de la base cognitiva-conductual de un problema seleccionado: relación pensamiento-afecto-conducta/Supuestos personales.

2) Presentación, discusión y demostración de alternativas a los problemas:

2.1. Información sexual correctiva (películas, libros, folletos...etc).

2.2. Intervenciones cognitivas (ver capítulo 2 de esta obra).

2.3. Intervenciones conductuales.

3) Revisión de tareas anteriores: individuales y conjuntas.

2. TAREAS PARA CASA:

1) Para cada miembro de la pareja (individual): por ejemplo, entrenamiento masturbatorio para el hombre y exploración genital para la mujer; detección de pensamientos automáticos si aparece ansiedad ante la realización de cada tarea.

2) Tareas conjuntas para la pareja (pareja): por ejemplo FOCO sensorial nº2; y registro conjunto de pensamientos automáticos si aparece ansiedad de ejecución u otras emociones perturbadoras.

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Las intervenciones básicas en la terapia sexual (Carrobles, 1985, Cottraux, 1990 y Lopiccolo y Friedman, 1989) son:

- 1) Responsabilidad mutua compartida por ambos miembros de la pareja.
- 2) Información y educación sexual.
- 3) Cambio de actitudes negativas hacia el sexo, si mismo y el compañero/a.
- 4) Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.
- 5) Eliminación de la ansiedad ante la relación sexual.
- 6) Indicaciones o entrenamiento de habilidades sexuales específicas.
- 7) Tratamiento previo, si aparece un trastorno psicopatológico (no siempre aparece), o una relación de pareja perturbada, más general.
- 8) Tratamiento de trastornos somáticos asociados.

Agrupando las técnicas de intervención más usadas para las distintas disfunciones sexuales (Lopiccolo y Friedman, 1989 y Cottraux, 1990), tenemos:

1- DISFUNCIÓN ERÉCTIL (IMPOTENCIA):

Primero debe ser descartada una causa orgánica. Después se inicia un programa de desensibilización a la ansiedad de rendimiento que suele comenzar con un Foco sensorial I (estimulación sexual, o caricias corporales sin la zona genital, en colaboración con la pareja). Se continúa con un foco sensorial II, incluyendo los genitales, sin dedicarle excesivo tiempo, y estando prohibido el coito y el orgasmo. Se continúa instruyendo a la mujer para estimular el pene y dejar de estimularlo cuando aparece una mínima erección, repitiendo el proceso varias veces. A continuación la mujer se coloca sobre el hombre e introduce el pene

flácido en su vagina. Después el último paso, se permite el movimiento cada vez más vigoroso del hombre o la mujer hasta la erección y orgasmo. Cada paso suele durar entre una y varias semanas.

En cada paso se suele incluir el registro de cogniciones (pensamientos automáticos) para su modificación, por cada miembro y por la pareja. La finalidad de todo el procedimiento es eliminar la ansiedad de desempeño (¡Tengo que hacerlo muy bien, es horroroso si fallo!).

2- EYACULACIÓN PRECOZ: Se utiliza la técnica de presión, parada y repetición (Masters y Johnson, 1970). La mujer estimula el pene del hombre hasta que la eyaculación es inminente, repitiendo el proceso varias veces; cuando falta poco para la eyaculación se retira la estimulación (parada) o bien puede ser utilizada la presión (presionar el pene justo debajo del glande o en la base). El objetivo es experimentar estimulación sexual, sin que ocurra la eyaculación; si esta ocurre accidentalmente se debe de retirar la presión. Igualmente se puede incluir los focos I (caricias sin zona genital) y Foco II (caricias con zonas genitales), y el proceso es similar que en el problema de erección. También se trabajan las cogniciones asociadas.

3- EYACULACIÓN INHIBIDA: Se comienza con ejercicios de Foco I e intercambio y expresiones asertivas de preferencias personales de estimulación sexual. También se emplean los ejercicios de Kegel (incremento de la tensión del cuerpo echando los dedos de los pies hacia atrás, apretando los puños, contracción de los músculos que rodean los genitales echando la cabeza hacia atrás, respirar profundamente, mover la pelvis hacia delante y moverse ritmicamente). En primer lugar el hombre debe de eyacular mediante la masturbación (puede utilizar fantasías o desensibilización imaginativa), después en presencia de

su pareja y por último con penetración vaginal. Después el momento de la penetración puede ir retrasando lentamente y aumentando la actividad sexual extracoital. Igualmente se trabajan los aspectos cognitivos (ansiedad de desempeño).

4- PROBLEMAS ORGÁSMICOS EN LA MUJER: INHIBICIÓN ORGÁSMICA PRIMARIA.

El programa suele tener dos grandes pasos: primero el entrenamiento en masturbatorio y segundo la participación de la pareja. El programa general consta de nueve pasos (Lopiccolo y Lobitz, 1972): (1) Explicación de la anatomía genital femenina con examen visual de los órganos sexuales con ayuda de un espejo, (2) y (3) la mujer explora sus genitales y localiza las áreas sensitivas de placer; (4) y (5) estimulación genital mediante literatura erótica y fotografías pornográficas; y simulación (rol-playing) el orgasmo, (6) Introducir un vibrador si es necesario, (7) a (9) Introducción de la pareja: primero el hombre presencia como la mujer se produce el orgasmo, después él se lo produce y después realizan el coito, a menudo utilizando como puente la masturbación. Si la mujer tiene un gran rechazo a la masturbación, se suele comenzar produciéndola con la pareja; por ejemplo utilizando los Focos sensoriales I y II.

5- PROBLEMAS ORGÁSMICOS EN LA MUJER: INHIBICIÓN ORGÁSMICA SECUNDARIA.

El problema suele ser en general, similar al anterior. Se combinan con intervenciones cognitivas.

6- VAGINISMO: Se comienza con la utilización de dilatadores de tamaño gradual, y posteriormente con los Focos sensoriales I y II con la pareja. Idem en cuanto a intervenciones cognitivas.

7- BAJO DESEO SEXUAL: El tratamiento suele ser preferentemente cognitivo. Primero se busca la base

cognitiva del problema (insight) por ejemplo detección de cogniciones asociadas a malestar emocional; y después se trabaja en alternativas a las mismas (técnicas cognitivas- conductuales), como por ejemplo desarrollo de habilidades de comunicación, expresión de sentimientos y resolución de problemas. También se suele aumentar el repertorio de estimulación sexual con los Focos sensoriales I y II.

8- TRABAJANDO LAS RESISTENCIAS A LAS TAREAS: Es conveniente detectar las cogniciones a la base: baja motivación, miedo al fracaso o expectativas negativas respecto a cambios en la relación si la tarea funciona. Se puede trabajar estos problemas de varias maneras: (1) tomar conciencia de las cogniciones y ofrecer alternativas, (2) pedir a la pareja que ellos determinen los pasos o prescripciones, (3) saltar etapas en los pasos, las más rechazadas y (4) intervenir en otros aspectos de la relación, previamente.

17. TERAPIA DE PAREJA

1. DOS MODELOS COGNITIVOS DE LAS DISFUNCIONES DE LA RELACIÓN DE PAREJA: EL MODELO DE ELLIS (1987) Y EL MODELO DE BECK (1988).

A) EL MODELO DE ELLIS (1987):

Este modelo distingue entre insatisfacción de pareja (I.P) y perturbación de pareja. (P.P). Uno o ambos miembros de la pareja, a partir de ciertas experiencias personales (modelos familiares de sus padres como pareja, otros modelos sociales, historia de relaciones de pareja anteriores, etc) desarrolla una serie de expectativas no realistas sobre como tiene que funcionar una pareja (MITOS) y/o bien lleva a la relación sus propias características personales, que pueden ser incompatibles con las del otro miembro. Este proceso produciría el resultado cognitivo-emocional de "Deseos no satisfechos" e "Insatisfacción de pareja" (I.P) A partir de esta insatisfacción uno o ambos miembros de la pareja pueden producir una perturbación de la relación de pareja (P.P); esto se desarrollaría al valorar el estado de insatisfacción anterior de modo irracional (creencias irracionales implicadas serían: (1) Exigencia de trato justo: "Tu no deberías actuar como lo haces porque está mal o amenazas mi autoestima" y (2) Catastrofismo: "Si se expresan las cosas que me insatisfechen de la relación puede ocurrir algo horrible y no debo hacerlo". Ambas creencias irracionales producirían un estado de perturbación de la pareja (P.P), en concreto la primera llevaría a una respuesta emocional de ira intensa y conducta aversiva hacia el otro miembro (menos

gratificación o refuerzo, más conducta de "castigo") y la segunda creencia irracional produciría una respuesta emocional de ansiedad o temor intenso y una conducta inhibida (no asertiva). (Ver Fig.39). El resultado final de todo el proceso sería que la conducta de cada miembro produciría un feedback que es distorsionado cognitivamente por el otro en función de sus propias creencias irracionales.

B) EL MODELO DE BECK (1988):

La relación de pareja suele pasar por dos fases generales: (1) "Enamoramiento": en general se trata de una relación íntima sin apenas problemas prácticos, donde se activan una serie de creencias y expectativas románticas (MITOS, fase de "Idealización de la relación") y (2) "Cotidianidad": se produciría una frustración de expectativas y creencias románticas ("Desilusión"), irrumpirían una serie de problemas prácticos (hijos, finanzas, toma de decisiones, etc) y se "activarían" el "Pacto matrimonial" (Perspectivas personales, supuestos personales o esquemas cognitivos latentes; que mientras más egocéntricos sean, más disfunción van a generar). Estos esquemas cognitivos suelen girar en torno a dos contenidos temáticos: (1) Interés afectivo y (2) Valoración personal. Se habrían desarrollado a partir de modelos familiares (relaciones parentales) y otras experiencias (p.e historia de pareja). La conducta de cada miembro de la pareja lo podría activar, y esa activación produciría una serie de distorsiones cognitivas que llevaría a una serie de círculos viciosos de estilos personales de relación inflexibles, sobretodo en tres áreas: comunicación, expresión afectiva y resolución de problemas. (Ver Fig.40).

- MODELO DE ELLIS (1987): FIGURA 39 -

HISTORIA PERSONAL DE CADA MIEMBRO DE LA PAREJA (1)----- EXPECTATIVAS NO REALISTAS (MITOS). INCOMPATIBILIDAD (2)

- Modelos parentales
- Otros modelos
- Historia de la pareja

RELACIÓN ACTUAL DE LA PAREJA (3)
----- DESEOS NO SATISFECHOS (4)

**** INSATISFACCIÓN DE PAREJA (5)**
(I.P)

CREENCIAS IRRACIONALES (6)

B-1: Justicia : "Tu no debes actuar como lo haces porque amenazas mi autoestima" "Es horrible que lo hagas...no lo soporto...eres despreciable"

B-2: Catastrofismo: "Si se expresan las insatisfacciones puede ocurrir algo horrible y no se debe hacer"

CONSECUENCIAS : PERTURBACIÓN DE LA PAREJA (P.P) (7) **

C-1 : Ira irracional/ Inhibición asertiva

C-2 : Ansiedad/ Inhibición asertiva

CIRCULO VICIOSO :

SUJETO-1 : Acontecimiento (A)----- Creencia irracional (B)----- Consecuencia (C)

SUJETO-2 : Acontecimiento (A) ----- Creencia irracional (B) ----- Acontecimiento (A)

-MODELO DE BECK (1988) : FIGURA 40-

HISTORIA PERSONAL DE CADA MIEMBRO DE LA PAREJA (1)	ESQUEMAS COGNITIVOS/PER SPECTIVAS PERSONALES LATENTES (2)
<p>.Modelos familiares</p> <p>.Egocentrismo : Interés afectivo /Valoración personal</p> <p>.Identificación con los modelos</p> <p>.Historia de la pareja</p>	
RELACIÓN ACTUAL DE PAREJA COMO CONJUNTO DE ACONTECIMIENTOS ACTIVADORES (3)	DISTORSIONES COGNITIVAS (4)
<p>.Conducta de cada conyugue</p> <p>.Fases de la relación:</p> <p>-Enamoramiento</p>	<p>.Abstracción selectiva</p> <p>.Polarización</p> <p>.Sobregeneralización</p>

<p>"Intimidación sin problemas prácticos. Idealización-Mitos"</p> <p>-Cotidianidad</p> <p>"Frustración de expectativas y creencias románticas (desilusión)</p> <p>.Irrupción de problemas prácticos (hijos, finanzas, toma de decisiones...)</p> <p>Activación del sistema primitivo de significados: Pacto matrimonial o perspectivas personales"</p>	<p>n, etc.</p>
<p>CÍRCULOS INTERACTIVOS DISFUNCIONALES: ESTILOS PERSONALES DE RELACIÓN RÍGIDOS (5)</p> <p>.Comunicación</p> <p>.Expresión afectiva</p> <p>.Resolución de problemas</p> <p>SUJETO-1 : Acontecimiento----- Pensamiento automático/Significado personal---- Emoción y conducta</p> <p>SUJETO-2 : Emoción y conducta ---- Pensamiento automático/Significado personal---</p>	

Acontecimiento

2. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Teniendo en cuenta los dos modelos anteriores los objetivos serían:

1º Mantener una alianza de trabajo con la pareja, procurando la participación de ambos cónyuges (aunque también se puede trabajar con uno solo de ellos).

2º Aumentar el nivel de satisfacción de la relación, produciendo modificaciones en sus conductas de comunicación, expresión afectiva y resolución de problemas.

3º Que los miembros de la pareja tomen conciencia de como se trastornan emocionalmente y perturban la relación al mantener una serie de cogniciones disfuncionales; y trabajen en su modificación. Ellis (1987) indica que si hay perturbación de pareja (P.P) debe de ser el primer foco de intervención, y no la insatisfacción; ya que difícilmente la pareja colaborará en aumentar el intercambio satisfactorio se antes no elimina su fuerte perturbación emocional. Beck (1988)

en cierto modo indica lo mismo; si aparece una alta hostilidad en la pareja, este debe ser el primer foco de la terapia.

3. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

El principal instrumento de evaluación es la historia clínica de pareja (ver nuestra propuesta de historia, basada en Beck, 1988). Además existen multitud de instrumentos (cuestionarios) para la evaluación de distintos aspectos de la relación; de los que indicamos solo algunos ejemplos:

1) Ideas acerca de la relación con su pareja (Beck, 1988): Sobre 15 ítems el sujeto evalúa el grado de acuerdo con distintas creencias que las personas sostienen sobre como tiene que relacionarse una pareja.

2) Problemas de comunicación (Beck, 1988): Consta de dos subescalas; la primera se refiere al "estilo de comunicación" y se refiere a la forma que el sujeto percibe su propia conducta y la de su pareja en cuanto a la manera de comunicarse; la segunda subescala se refiere a "problemas psíquicos" en la comunicación y se relaciona con las consecuencias emocionales y conductuales percibidas de la conducta comunicativa de la pareja.

3) Problemas de relac. (Beck, 1988): El sujeto valora sobre 4 áreas de la relación (toma de decisiones, finanzas, relaciones sexuales y tiempo libre) el grado de acuerdo percibido entre él/ella y su pareja.

4) Convicciones acerca del cambio (Beck, 1988): Recoge 4 áreas que suelen producir resistencia al cambio de las relación o participación en la terapia (opiniones: derrotistas, autojustificadoras, argumentos de reciprocidad y culpar al cónyuge como causante del problema). El sujeto puntúa el grado de acuerdo con una serie de opiniones.

5) Expresiones de amor (Beck, 1988): Recoge 4 tipos de pensamientos negativos (Dudas sobre sí mismo, dudas sobre el cónyuge, deberías y negatividad). El sujeto evalúa la frecuencia con la que se presentan.

7) Cuestionario de satisfacción marital (Lazarus, 1983): Sobre 11 ítems el sujeto evalúa su grado de satisfacción percibida en la relación de pareja. Da una puntuación total sobre el grado de perturbación medio, y el análisis más minucioso de sus ítems permite evaluar distintos aspectos problemáticos de la pareja. Es útil por su brevedad, entre otros aspectos.

8) Cuestionario de áreas de compatibilidad-incompatibilidad (C. Serrat, 1980): Sobre una lista de 38 áreas de relación de pareja, el sujeto evalúa su grado de satisfacción.

9) Cuestionario de intercambio de conducta en la pareja (C. Serrat, 1980): Sobre 5 áreas de relación (comidas y compras, tareas domésticas, sexo y afecto, cuidado de los hijos y finanzas /economía), el sujeto evalúa el grado de satisfacción y deseo de cambio.

- HISTORIA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN DE PAREJAS (RUIZ, 1991) -

1. DESCRIPCIÓN DE PUNTOS DÉBILES Y FUERTES DE LA RELACIÓN:

1. Descripción de problemas.
Atribución. Objetivos de cambio.
2. Descripción de áreas positivas.
Atribución.

2. ESTILOS PERSONALES:

3. Descripción de los mayores problemas de comunicación. Atribución. Objetivos de cambio.

4. Descripción de mayores problemas de expresión de afecto. Atribución. Objetivos de cambio.

5. Como intentan resolver los problemas descritos en el punto 1 (puntos débiles). Atribución. Objetivos de cambio.

6. Descripción de mayores problemas en la relación sexual. Atribución. Objetivos de cambio.

3. PERSPECTIVAS PERSONALES:

7. Descripción de la pareja. Mayores virtudes y defectos.

8. Características del compañero ideal.

9. Opiniones de como debe desarrollarse un matrimonio. Roles.

4. EXPERIENCIAS PERSONALES:

10. Relación matrimonial de los padres. Problemas. Roles. Con quien se identifica más, y en que aspectos.

11. Historia de pareja. Expectativas y Desilusiones.

5. EXPECTATIVAS TERAPÉUTICAS:

12. Objetivos.

13. Dificultades anticipadas.

6. OBSERVACIONES EN LA INTERACCIÓN EN CONSULTA:

1. Problemas de comunicación.

2. Hostilidad.

3. Resistencias a la terapia.

4. Intentos de "alianzas".

7. CUESTIONARIOS.

4. PROCESO DE INTERVENCIÓN

Nos centramos ahora en el procedimiento seguido por Beck (1988):

1ª FASE: Evaluación de los problemas y conceptualización de los mismos. Se recogen las siguientes áreas: problemas generales, expectativas terapéuticas, estilo comunicativo, estilo de expresión de afecto, medios de resolución de problemas, experiencias personales y perspectivas personales (ver historia clínica, Ruiz, 1991).

2ª FASE:

2.1. Si solo colabora un cónyuge en la terapia:
1º Cambio de perspectiva personal: intervención preferentemente cognitiva; modificación de pensamientos automáticos y significados disfuncionales.

2º Cambio de conductas personales: estilo de comunicación, expresión de afecto y resolución de problemas; técnicas conductuales.

2.2. Si colabora la pareja (si ambos se presentan en las sesiones, aunque alguno sea reticente a la terapia):

1º Afrontar las resistencias al cambio detectadas: Es frecuente que uno o ambos miembros mantengan creencias rígidas de como debe efectuarse el cambio, o expectativas negativas sobre el mismo (expectativas derrotistas, "autojustificación": el comportamiento de uno es normal para la situación, argumentos de reciprocidad rígidos: "No haré nada a menos que comience mi cónyuge" y culpar al otro: "A mi no me pasa nada, el otro es el problema"). El terapeuta utiliza dos técnicas cognitivas generales para afrontar estos problemas: (1) El terapeuta da información de las posibles ganancias de modificar esas actitudes y (2) Puede realizar un "balance" de las ventajas (pocas)

frente a las desventajas (muchas) de mantener esas actitudes. Pide feedback a la pareja sobre ello.

2º Trabajar los niveles de hostilidad elevados si aparecen: Durante las sesiones o fuera de ellas la pareja puede mantener un intercambio extremadamente aversivo (voces, interrupciones continuas, insultos..etc). Antes de abordar otros problemas, es necesario disminuir o eliminar esta hostilidad, pues con ella se hace improductivo otros focos terapéuticos (Ellis, 1987, defiende el mismo argumento al centrarse primero en la "perturbación" si aparece). El terapeuta puede realizar sesiones por separado si la hostilidad es muy alta, también muestra a cada cónyuge la relación cognición-afecto-conducta en la ira, y el manejo de la ira personal (cambio de pensamientos automáticos, balance de ventajas/ desventajas y alternativas asertivas a la petición de deseos) y la del cónyuge (enfoque asertivo, cortar y sugerir otras oportunidades más tranquilas para exponer diferencias, etc). Igualmente se pueden trabajar "sesiones de desahogo" con ambos cónyuges. Estas últimas consisten en seleccionar un lugar y horario para exponer diferencias, normas para no cortar al otro, y como cortar si sube "el tono".

3ª FASE: Manejo de problemas generales y áreas afectadas.

1º Se suele comenzar por un seguimiento conjunto de conductas positivas percibidas en el otro cónyuge, de modo que aumente los puntos positivos de la relación (no se minimicen frente a la maximización de las dificultades).

2º Dependiendo de las áreas afectadas:

a) *Comunicación:* Se modelan modos de escuchar a la pareja de modo empático, como expresar desacuerdos y negociar soluciones. Se programan tareas al respecto con la pareja y (a veces) también individualmente.

b) Expresión afectiva: A cada miembro se le pide que recoja (p.e autorregistro) aspectos percibidos que le han sido gratificantes por parte de su cónyuge. El terapeuta con esta información, puede modelar alternativas de como expresar esas satisfacciones, y sugiere tareas para casa al respecto.

c) Otros problemas generales: Se establecen sesiones de conciliación (similares a la resolución de problemas) se ensayan y se practican como tareas para casa.

4ª FASE: MODIFICACIÓN DE PERSPECTIVAS PERSONALES.

1º El terapeuta muestra la relación pensamiento-afecto-conducta y como registrar estos eventos. Va sugiriendo alternativas para su práctica, con cada cónyuge.
2º El terapeuta presenta hipótesis sobre los supuestos personales y sugiere a cada cónyuge "experimentos personales" para ponerlos a prueba.
3º Igualmente cualquier dificultad; resistencia, en las fases anteriores puede ser abordada cognitivamente (ver fase nº2).

5. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Nos basamos en el listado propuesto por Beck (1988):

1) NUEVE OPCIONES PARA MANEJAR LA HOSTILIDAD:

1.1. Hostilidad personal: Detección de pensamientos automáticos; Ventajas y desventajas de mantener ese pensamiento automático y alternativas racionales a los mismos. Modelado de expresiones asertivas de malestar personal.

1.2. Manejo de la hostilidad del cónyuge: (1) Aclarar el problema: No contestar a las ofensas e intentar

aclarar los motivos. Escuchar; (2) Calmar a cónyuge (Decirle que se está enojando, que así no podemos entenderle e invitarle a sentarse y a expresarse más calmadamente; (3) Concentrarse en solucionar el problema: desviarse del contraataque y centrarse en generar soluciones; (4) Distraer la atención de la pareja: cambiar de tema y cuando esté más calmado, volver al tema; (5) Programar sesiones de desahogo (ver más adelante) y (6) Dejar el lugar y decir que solo se seguirá hablando en un momento de más calma (última opción, ira extrema o peligrosa). Se ensayan alternativas y se comprueban.

2) SESIONES DE DESAHOGO: Se establece un lugar y horario preciso donde cada cónyuge expresa durante un tiempo limitado de antemano, y por turno, sin ser interrumpido, una serie de quejas de forma no ofensiva y expresando sus sentimientos respecto a una situación dada. Se pueden establecer pausas si aumenta la ira. Si se hacen más de dos pausas se aconseja suspender la sesión para otra ocasión.

3) ESCUCHA EMPÁTICA: Se establece un lugar y horario preciso donde cada cónyuge por turnos expone un problemas durante un tiempo determinado; el otro debe de escucharle sin interrumpirle y devolverle al final de ese turno de modo resumido lo que ha captado del problema, el exponente le da feedback sobre el grado de entendimiento, se repite el proceso hasta un feedback satisfactorio, y comienza el turno del otro. El terapeuta puede modelar el proceso.

4) NORMAS DE ETIQUETA COLOQUIAL: El terapeuta presenta y modela pautas para establecer una conversación más agradable y eficaz. Son las siguientes: (1) sintonizar el canal del cónyuge (si el otro desea apoyo y comprensión emocional o soluciones/consejo práctico), (2) Dar señales de escuchar (verbales y no verbales), (3) no interrumpir

(retenerse de expresar las opiniones personales hasta que no acabe el otro), (4) Formular preguntas con habilidad (p.e al iniciar una conversación pedir la opinión del cónyuge sobre un tema; evitar preguntas "¿por qué..?"), (5) emplear el tacto y diplomacia (no comenzar temas espinosos de manera imprevista sin pedir antes permiso al cónyuge). Todas estas normas se suelen utilizar ante conversaciones ocasionales; ya que son más inefectivas ra el manejo de la hostilidad alta, donde es preferible el uso de las nueve opciones.

5) RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Se trata de modelar con la pareja la definición operacional y concreta de problemas, generar alternativas posibles y seleccionar una poniéndola en práctica, valorando sus resultados e iniciado el proceso nuevamente si no se considera satisfactorio.

6) SEGUIMIENTO DE ASPECTOS POSITIVOS: Cada cónyuge lleva un registro de actividades que ha realizado su pareja y le ha resultado agradable. Se establece un tiempo para intercambiar información de estos registros y se manifiestan peticiones o agradecimientos.

7) SESIONES DE CONCILIACIÓN: Se establece un tiempo y lugar donde cada cónyuge habla de un problema por turno, el que escucha asume un papel de investigador y hace preguntas tendentes a obtener información (p.e pedir ejemplos ante una queja vaga o general); y además hace un resumen de las quejas del otro, dándole primero feedback de entendimiento; después le toca al otro, para finalizar con un proceso de resolución de problemas.

8) TÉCNICAS DE TIPO COGNITIVO: Complementan el listado anterior. Se suelen usar en una fase avanzada de la terapia, o en momentos de resistencia u hostilidad. Básicamente no difieren del abordaje de otros trastornos: detección de pensamientos

automáticos, comprobación empírica y generación de alternativas más racionales. Experimentos personales con los supuestos personales.

18. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. PAUTAS DIAGNÓSTICAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EL DSM-IV

A. Patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas culturales y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos

B. El patrón de personalidad es inflexible y desadaptativo y causa malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo

La clasificación del DSM-IV de los trastornos de personalidad:

A. GRUPO A: SUJETOS EXTRAÑOS O EXCÉNTRICOS

1. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD: Desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva

2. TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD: Dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica.

3. TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD:
Anormalidades de la percepción, pensamiento, del

lenguaje y de la conducta; que no llega a reunir los criterios para la esquizofrenia.

Según M. Valdes (1991) los sujetos de este grupo serian: introvertidos, mal socializados, desajustados emocionalmente e independientes.

B. GRUPO B: SUJETOS TEATRALES Y/O IMPULSIVOS

1. TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD: Conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.

2. TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD: Sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal.

3. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD: Conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.

4. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: Inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.

Según M. Valdes (1991) los sujetos de este grupo se caracterizan por ser: extravertidos, mal socializados, desajustados emocionalmente y dependientes.

C. GRUPO C: SUJETOS ANSIOSOS O TEMEROSOS

1. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN:

Hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la

vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima.

2. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA:

Pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias. Subordinación e incapacidad para valerse solo. Falta de autoconfianza.

3. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD:

Perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad
2. Trastorno depresivo de la personalidad
3. Trastorno autodestructivo de la personalidad
4. Trastorno sádico de la personalidad

2. UN MODELO COGNITIVO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: EL MODELO DE FREEMAN (1988)

La personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. Estos esquemas cognitivos son organizaciones individuales e idiosincrásicas de reglas sobre la vida, las relaciones con otros y el autoconcepto, que se han formado a lo largo del desarrollo.

Los esquemas permanecen inactivos hasta que ciertos eventos lo activan (p.e situaciones estresantes, nuevas fases y cambios en el desarrollo psicoevolutivo, ciertas condiciones vitales..) presentando el sujeto ciertos patrones de conducta.

Las experiencias tempranas infantiles conformarían el contexto de formación de estos esquemas, sobretodo los mensajes y refuerzos provenientes de los otros significativos; además, en términos piagetianos estos esquemas tendrían una alta capacidad de asimilación (interpretar los hechos en función de los significados previos) y una baja capacidad de acomodación (modificar los significados en función de los hechos). Esto resultaría en que el sujeto está convencido de la credibilidad de sus significados (egosintónicos). Determinadas experiencias infantiles influirían en la tendencia asimilativa (egocéntrica) de los esquemas, de modo que el sujeto tendría dificultades para desarrollar esquemas más acomodativos de tipo alternativo a lo largo de su evolución personal. Esta característica distinguiría a los trastornos de personalidad (esquemas asimilativos) de otros trastornos (p.e depresión) donde pueden "coexistir" esquemas asimilativos y acomodativos (aunque predominen los primeros durante el trastorno). En la figura nº41 se presenta un listado de los esquemas cognitivos típicos de los trastornos de la personalidad.

ESQUEMAS COGNITIVOS TÍPICOS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (A. Freeman, 1988)

1) T. P. PARANOIDE:

- 1- "La gente tiene intención de dañarme".
- 2- "Si confío en la gente, tendrán ventaja sobre mí".

- 3- "La gente intenta fastidiarme o irritarme".
- 4- "Yo no estoy mal, ellos están mal".
- 5- "Si alguien me insulta, debo castigarlo".
- 6- "Hay que estar siempre en guardia, preparado para lo peor".
- 7- "Transigir es rendirse".
- 8- "Tengo que evitar la intimidad, ya que estar cerca de alguien implica que me encuentren mis puntos débiles y me hagan daño".
- 9- "Si estoy alerta tendré el poder y ellos no podrán dañarme".

2) T.P. ESQUIZOIDE:

- 1- "¿Por qué debo estar cerca de la gente?".
- 2- "Importa poco estar cerca de otros".
- 3- "Yo soy mi mejor amigo".
- 4- "Tengo que estar tranquilo, y evitar exponerme a emociones embarazosas e innecesarias".
- 5- "El sexo está bien pero solo para liberarse".

3) T.P. ESQUIZOTIPICO:

(Ver esquemas de la esquizofrenia)

4) T.P. ANTISOCIAL:

- 1- "Las normas de otros son malas".
- 2- "Solo los tontos siguen las normas".
- 3- "Las normas tienen que eliminarse".
- 4- "¡Miradme: soy el mejor!".

- 5- "Lo primero para mi es el placer".
- 6- "Si otros sufren por mi conducta es su problema".
- 7- "¡Tiene que ser ahora, sino me frustraré!".
- 8- "Tengo que tener cualquier cosa que desee".
- 9- "Yo soy muy listo en casi todo".

5) T.P. HISTRIÓNICO:

- 1- "Las apariencias son muy importantes".
- 2- "La gente juzga por las apariencias externas".
- 3- "Yo debo tener la atención de la gente importante para mi".
- 4- "Mi vida nunca debe frustrarme".
- 5- "Yo debo tener siempre lo que quiero".
- 6- "Las emociones hay que expresarlas rápida y directamente".
- 7- "El atractivo es lo más importante de mi mismo".

6) T.P. BORDERLINE:

- 1- "Estoy muy inseguro de mi mismo".
- 2- "Tiendo a abandonarme".
- 3- "Mi dolor es tan intenso que yo no puedo soportarlo".
- 4- "Mi cólera domina mi conducta, no puedo controlarla".
- 5- "Mis sentimientos me arrollan no puedo con ellos".
- 6- "El/Ella es muy agraciado y muy bueno o muy desgraciado o malo".

- 7- "Cuando sea desbordado, yo debo de escapar (p.e en el suicidio)".

7) T.P. NARCISISTA:

- 1- "Yo tengo mi camino en cada interacción".
- 2- "Nadie debe frustrar mi búsqueda de placer y status".
- 3- "Yo soy más especial que lo demás".
- 4- "Yo solamente quiero que la gente diga lo especial que soy".
- 5- "Yo debo de admirarme".
- 6- "Una vez que deseo algo, debo tenerlo".

8) T.P. DEPENDIENTE:

- 1- "No puedo funcionar sin el apoyo de otros".
- 2- "No puedo vivir sin el apoyo y consejos de otros".
- 3- "Es probable que me equivoque si hago las cosas solo
- 4- "Estoy acabado si otros me abandonan".
- 5- "Necesito tener gente cerca".
- 6- "Si estoy solo puedo sufrir daño".
- 7- "Trabajar con otros es mejor que trabajar solo"

9) T.P. OBSESIVO-COMPULSIVO:

- 1- "Hay que tener reglas severas en la vida".
- 2- "Hay que tener en cuenta los detalles, ya que ello reduce los errores".

- 3- "Una persona se define por lo que hace".
- 4- "Debo ser el mejor en cada tarea que emprenda".
- 5- "Las reglas deben seguirse sin alteración".
- 6- "Nunca se deben tirar las cosas que tengan algún valor".
- 7- "Las emociones deben ser controladas".

10) T.P. PASIVO-AGRESIVO:

- 8- "Solo me gusta tener lo que yo quiero".
- 9- "La gente es muy exigente conmigo".
- 10- "Otros no valoran mi trabajo y mi valor".
- 11- "La gente es autoritaria e injusta conmigo".
- 12- "Me exigen solo mucho trabajo".
- 13- "Solo me opongo cuando me meten prisas y son exigentes con mi trabajo".
- 14- "No puedo expresar mi cólera directamente".
- 15- "Tengo que evitar mi cólera ya que eso es peligroso".
- 16- "Cualquiera puede dejar las cosas para otro día".
- 17- "Cualquiera puede darte la espalda".

11) T.P. EVITACIÓN:

- 1- "Tengo que tener afecto".

- 2- "Debo de parecer tonto cuando la gente me mira".
- 3- "El mundo es un lugar peligroso".
- 4- "Yo tengo que tener el apoyo de otros para estar seguro".
- 5- "Aislarse es mejor que exponerse al daño que pueda hacerte otros".
- 6- "Toda crítica es mala y condenable".
- 7- "Tengo que tener garantías absolutas de que voy a ser aceptado por la gente".

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

Según Freeman (1988) los objetivos de tratamiento con los trastornos de la personalidad son:

1º Trabajar los síntomas presentes (p.e depresión o ansiedad) asociados. Se suelen emplear de 10 a 20 sesiones durante 2 a 5 meses.

2º Trabajar con los esquemas cognitivos ligados al trastorno de personalidad. Se suelen emplear de 40 a 80 sesiones durante 12 a 20 meses (1 a 2 años).

4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN:

Anteriormente los trastornos de personalidad no solían ser sistemáticamente evaluados y se supeditaban a la presencia de un síndrome dominante. La tendencia de los manuales DSM-III y DSM-III-R, así como el creciente interés clínico por estos trastornos (p.e Millon, 1981) ha influido en el desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación o la aplicación de otros ya existentes a la evaluación de este campo. Jacobsberg y cols. (1989) mencionan como instrumentos frecuentemente utilizados:

1) Entrevista clínica estructurada (SCID-II; Spitzer y Williams, 1985): Consta de un autoinforme con

preguntas de evaluación referentes a todos los criterios de trastornos de personalidad del DSM-III-R.

2) Examen de los trastornos de la personalidad (PDE; Loranger, 1987): Consta de una entrevista de una a dos horas que incluye 328 ítems. Cada sección comienza por preguntas abiertas y se continúan con preguntas más concretas sobre los rasgos de personalidad.

3) Entrevista estructurada para los trastornos de personalidad según el DSM-III (SIDP; Pfohl, 1983): Consiste en 160 preguntas sobre distintas áreas de funcionamiento personal, que se codifican en los criterios DSM-III de trastorno de personalidad.

4) Preguntas de la entrevista sobre la personalidad (PIQ; Widiger, 1985): Consta de 81 ítems que son codificados en las categorías DSM-III de los trastornos de personalidad.

5) Escala de evaluación de la personalidad (PAS; Tyrer y Alexander, 1979): Evalúa 24 rasgos de la personalidad en escalas de 9 puntos de gravedad.

6) Cuestionario clínico multiaxial de Millon (Millon, 1981): Combina síntomas psicopatológicos y nueve escalas diagnósticas de trastornos de la personalidad.

7) Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway y McKinley, 1943): Existen versiones y escalas diagnósticas dirigidas a evaluar los trastornos de la personalidad.

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN

Las fases señaladas por Freeman (1988) son:

- 1º Evaluar y conceptualizar los problemas del paciente.
- 2º Desarrollar las prioridades del plan de tratamiento.

3º Educación y socialización del paciente en el modelo de trabajo cognitivo (relación pensamiento-afecto-conducta, registro, etc).

4º Colaboración con el paciente en el aprendizaje y uso de técnicas cognitivas y conductuales.

Las dificultades en el abordaje de estos trastornos suele estar relacionada con la baja colaboración que suelen presentar estos sujetos de cara a la terapia, ya que suelen acudir a ella a instancias de terceros (normalmente por las repercusiones relacionales del trastorno). Por esta causa trabajar como objetivo el logro de la colaboración suele ser esencial, aunque plagado de dificultades. Cuando el sujeto presenta algún problema asociado (p.e depresión, ansiedad, otros síntomas) de tipo "egodistónico" (molesto para él y con necesidad de ser cambiado) se debe de comenzar por este punto como "puente" para abordar los esquemas cognitivos del trastorno de personalidad, y como vía para lograr una base motivacional.

También suele ser necesario que el terapeuta tenga "insight" de sus propios esquemas cognitivos personales, y los haya trabajado si resultan disfuncionales. Freeman (1988) pone un ejemplo significativo: "Un terapeuta abordaba con su supervisor las dificultades que tenía con un paciente con un trastorno obsesivo de la personalidad. Al preguntarle el supervisor por los objetivos que él se había marcado en la terapia de este paciente; el terapeuta afirmó que su objetivo era eliminar los esquemas perfeccionistas del paciente"; evidentemente los propios esquemas perfeccionistas del terapeuta generaban dificultad en la terapia y la podían convertir en improductiva. El trabajo con los esquemas cognitivos consiste en:

A) Lograr una finalidad:

a) Que el paciente identifique varias reglas que aplica a aspectos de su vida que le hacen vulnerable (insight).

b) Que el paciente desarrolle alternativas cognitivas-conductuales esas reglas.

B) Tener en cuenta varias opciones de trabajo con los esquemas:

1ª OPCIÓN: REESTRUCTURACIÓN DE ESQUEMAS. Implica sustituir las reglas por otras nuevas. Suele ser un objetivo muy difícil, costoso y largo (años, p.e como en el proceso psicoanalítico). Es un objetivo muy cuestionable.

2ª OPCIÓN: MODIFICACIÓN DE ESQUEMAS. Implica modificar algunos aspectos situacionales de la regla (p.e en el sujeto paranoico su respuesta ante gente y situaciones específicas).

3ª OPCIÓN: REINTERPRETACIÓN DE ESQUEMAS. Implica la comprensión por el paciente (insight) de como ciertas reglas interfieren en determinados aspectos de su vida.

A) Técnicas cognitivas:

1- COMPRENSIÓN DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LOS PENSAMIENTOS DEL PACIENTE: P.e ¿Qué quiere decir con que no "da la talla sexualmente"? Se utiliza para especificar pensamientos generales y vagos.

2- CUESTIONAMIENTO DE EVIDENCIA: Se usa para buscar evidencias para retar el mantenimiento de pensamientos y creencias (p.e ¿qué pruebas tiene usted para mantener que nadie le quiere?).

3- RETRIBUCIÓN: Se utiliza para modificar las atribuciones- interpretaciones que el paciente utiliza (p.e ¿pueden haber otras causas que expliquen el accidente de automóvil, aparte de que usted piense que fue debido a usted).

4- EXAMEN DE OPCIONES ALTERNATIVAS: Se usa para que el paciente se de cuenta que los

acontecimientos pueden ser interpretados desde otras conductas de afrontamiento a ciertas situaciones (p.e su amigo se cruzó con usted y no le habló, usted pensó que debía de estar disgustado y no le saludó, ¿se pudo deber a otras causas, pudo usted comprobarlo?, ¿cómo?).

5- EXAMEN DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MANTENIMIENTO DE UNA CREENCIA:

(P.e usted piensa que puede ocurrirle algo desagradable, como perder el control y dañar a sus seres queridos: bien hagamos una lista de las ventajas e inconvenientes de mantener esta creencia).

6- ESCALAS: Se utiliza como un modo de dar alternativas a una experiencia que se percibe como global y catastrófica (p.e usted dice que tiene mucho miedo de exponer su punto de vista ante los demás: hagamos una escala de situaciones de menos a más dificultad donde coloquemos gradualmente esta dificultad).

7- USO DEL CAMBIO DE IMÁGENES: Por ejemplo el paciente mantiene imágenes de contenido catastrófico relacionadas con su ansiedad. El terapeuta ayuda al paciente a manejar situaciones con el afrontamiento gradual con relajación y autoinstrucciones incompatibles las cogniciones derrotistas.

8- ETIQUETADO DE DISTORSIONES COGNITIVAS:

El paciente después de identificar su pensamiento relacionado con el malestar lo etiqueta como un modo de separación emocional del mismo (p.e ¿Y si me da un ataque?...¡Ya estoy otra vez catastrofizando las cosas!).

9- ASOCIACIÓN GUIADA: El terapeuta va explorando los significados asociados a un determinado pensamiento o creencia (p.e P: Puedo suspender matemáticas, T: ¿Y entonces que pasaría?, P: No

pasaría de curso..., T: ¿Y entonces?, P: Soy un fracasado).

10- DISTRACCIÓN COGNITIVA: Es muy útil para los problemas de ansiedad. Se induce al paciente a utilizar pensamientos, imágenes, sensaciones y conductas incompatibles con las ansiosas (p.e relajación) rompiendo sus círculos viciosos.

11- AUTOINSTRUCCIONES: Se utiliza para reemplazar los autodialógos inadecuados o deficitarios de los pacientes (p.e en un paciente impulsivo, "Bien lo primero que haré es...").

B) Técnicas conductuales:

1- PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES; Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas en el tiempo (p.e actividades gimnásticas en la situación de soledad donde el paciente suele llorar).

2- ESCALA DE DOMINIO Y PLACER: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo de un día y va anotando hasta que punto las domina y que grado de placer le proporciona. Esta información es utilizada tanto para la modificación de creencias erróneas como para la programación de conductas gratificantes.

3- ASIGNACIÓN DE TAREAS GRADUADAS: Cuando el paciente tiene ciertas dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con él conductas graduales de menor dificultad en acercamiento hacia esa conducta final (en secuencias de modo que la superación de un paso haga más accesible el siguiente).

4- ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Se utiliza para que el paciente aprenda modos alternativos de resolución de conflictos interpersonales de modo que

expresen sus deseos, derechos, opiniones, sentimientos... respetándose a sí mismo y a su interlocutor.

5- ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN: Se utiliza como técnica para que el paciente aprenda a controlar sus sensaciones de ansiedad. Puede incluir técnicas de meditación, yoga, etc...

6- DISTRACCIÓN CONDUCTUAL: Se utiliza para programar actividades incompatibles con las conductas problemáticas (p.e al paciente insomne se le indica que no permanezca más de 10 minutos en la cama sin dormir, que salga de la habitación y se ponga a leer en vez de quedarse en la cama dándole vueltas a los problemas del día).

7- REPASO CONDUCTUAL/ROL PLAYING: El paciente con el terapeuta recrean escenas que el paciente ha vivido recientemente con dificultades, adoptan papeles y van introduciendo modificaciones en ella hasta llegar a unas conductas más adecuadas.

8) EXPOSICIÓN IN VIVO: El paciente afronta las situaciones que le producen miedo y que este evita, hasta que en su presencia deja de sentir miedo.

9) PSICODRAMATIZACIÓN: El paciente y el terapeuta pueden representar escenas pasadas significativas donde se han generado sus significados personales disfuncionales, de modo que se activen su secuencia interpersonal-cognitiva-emocional, y se generen alternativas también representadas.

7. CASO CLÍNICO (Freeman, 1988). Un caso de trastorno antisocial de la personalidad.

Joe es un chico de 23 años, enviado a terapia bajo la condición de libertad condicional oficial. Comenzó a tener dificultades importantes con la escuela y las autoridades alrededor de los 15 años. Aunque supuestamente tendría que venir al centro terapéutico

dos veces en semana, lo suele hacer viniendo unas tres veces al mes. Continuamente presenta excusas para sus faltas a las citas; excusas que son muy simples e ingenuas, por ejemplo: "Para venir hasta aquí desde mi ciudad necesito un camión, y hace dos días que no pasa ninguno cerca de casa. Estoy esperando a comprarme uno".

Cuando se le pregunta que cuando espera comprarse el camión, responde que no lo sabe. Joe tiene una larga historia de excusas de este tipo para no acudir regularmente a las sesiones previstas. Además cuando el terapeuta intenta evaluar el grado de realidad de estas razones expuestas, Joe reacciona ofendiéndose, pues dice que no le cree: "Si tu no confías en mí, ¿cómo puedes ayudarme?".

El tratamiento con Joe se focaliza en construir conductas prosociales, en construir un "superego". El terapeuta se mantiene amable, pero firme no aceptando las excusas constantes de Joe. Busca continuamente que Joe acepte su responsabilidad en los hechos. También desafía sus distorsiones cognitivas y le alerta sobre las consecuencias disfuncionales de sus esquemas cognitivos. De esta manera Joe comienza a ver su conducta aparentemente compleja e inteligente desde una nueva perspectiva donde aparece como transparente e infantil. Además el terapeuta hace saber, y se lo indica (señala) cuando aparece, como él muestra una conducta teatral cuando está extremadamente ansioso. Esta conducta hace aparecer a Joe como tonto o despistado, como una máscara para ocultar su ansiedad. Joe va aceptando estos aspectos.

Actualmente Joe no presenta problemas relevantes. Él ha vuelto a la escuela obteniendo un alto diploma y continúa en un programa escalar de dos años. Un seguimiento de 2 años muestra que Joe se encuentra libre de problemas legales.

19. TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

1. PAUTAS DIAGNOSTICAS RESUMIDAS DE LA ESQUIZOFRENIA POR EL DSM-IV

- A. Presencia de 2 a 5 síntomas psicóticos (es suficiente ideas delirantes o alucinaciones auditivas que comentan)
- B. Disfunción respecto al nivel previo en el funcionamiento psicosocial
- C. Duración de al menos 6 meses de los síntomas o 1 mes de la fase activa
- D. Exclusión de trastorno esquizoafectivo o de trastorno de ánimo
- E. Exclusión de consumo de sustancias o enfermedad médica
- F. Exclusión de relación con el trastorno generalizado del desarrollo.

2. ORIENTACIONES GENERALES

Actualmente existen tres grandes líneas u orientaciones cognitivas en el abordaje de la esquizofrenia:

1ª) La terapia psicológica integrada (I.P.T; Brenner y cols. 1980, 1991; Roder y cols. 1988): Parte de la idea que en el trastorno esquizofrénico habría una relación entre unos déficits cognitivos y las disfunciones de la

conducta social, produciendo un "círculo vicioso" entre ambos componentes. Los déficits cognitivos presentados estarían relacionados con disfunciones del procesamiento de la información de tipo atencional (atención) y codificación de la información (representación); a su vez esas disfunciones llevarían a producir otros déficit cognitivos más complejos en el proceso de formación de conceptos y recuperación de la información (memoria). Estos déficits complejos a su vez interaccionarían con los procesos atencionales y de representación. En resumen a nivel cognitivo habría un "círculo vicioso" de interacción entre funciones cognitivas elementales (atención, representación) y funciones cognitivas complejas (formación de conceptos, memoria). Esto conformaría el círculo vicioso de tipo I (cognitivo).

Por otro lado tendríamos el círculo vicioso de tipo II (cognitivo- social): el déficit cognitivo derivado del círculo/tipo I impediría que el sujeto adquiriera habilidades de afrontamiento social adecuadas, lo que llevaría a una alta vulnerabilidad a los estresores sociales, disminuyendo su capacidad de afrontamiento general, que a su vez afectaría a los déficits cognitivos.

El programa terapéutico que sigue este modelo se compondría de 5 subprogramas dirigidos a disminuir los déficits cognitivos y de habilidades sociales característicos de la esquizofrenia. La I.P.T se presentaría en un formato grupal de cinco a siete pacientes, con tres sesiones por semana, cada una de 30 a 60 minutos de duración, durante un periodo de tres meses (36 sesiones). Los cinco Subprogramas se realizarían de forma secuencial comenzando por el subprograma de "Diferenciación cognitiva" (discriminación de categorías estímulares: nombres, formas geométricas, colores, días de la semana; formación de conceptos: sinónimos y antónimos, jerarquía de conceptos, etc; recuperación de

información mediante 253) estrategias mnemotécnicas..etc); seguiría el subprograma de "Percepción Social" (a partir de determinadas representaciones de escenas sociales por un actor, los pacientes tendrían que discriminar varios estados emocionales e interpretarlos, así como su conducta, posteriormente el grupo valoraría el grado de "adecuación a la realidad" de esas conductas representadas; se discutirían las interpretaciones personales en base a las evidencias reales para ellas); el tercer subprograma llamado "Comunicación verbal", consistiría básicamente en el ensayo-modelado de varias escenas donde se entrena a los pacientes a discriminar y hacer peticiones verbales adecuadas en situaciones sociales (p.e como desarrollar una conversación); el cuarto subprograma, llamado "Habilidades sociales" consiste en el modelado ensayo y práctica de determinadas habilidades sociales (p.e peticiones asertivas, pedir información, etc); y el último subprograma, llamado "Resolución de problemas interpersonales", desarrolla las habilidades sociales en el terreno de resolución de conflictos relacionales (p.e asertividad, manejo de desacuerdos, etc)

En las Figuras 41 y 42 resumimos los puntos básicos de la I.P.T.

-FIGURA 41. LOS CÍRCULOS INTERACTIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA-

TIPO I:

FUNCIONES COGNITIVAS ELEMENTALES	DISFUNCIONES COGNITIVAS ELEMENTALES
- Atención - Codificación	

DISFUNCIONES COGNITIVAS COMPLEJAS	FUNCIONES COGNITIVAS COMPLEJAS
	- Formación de conceptos - Recuperación de la información

TIPO II:

DÉFICITS COGNITIVOS	
CAPACIDAD DISMINUIDA	HABILIDADES SOCIALES DEFICITARIAS
ESTRESORES SOCIALES	

-FIGURA 42. LOS CINCO SUBPROGRAMAS DE
LA I.P.T-

HABILIDADES SOCIALES	Resolución de problemas interpersonales	HABILIDADES COGNITIVAS
(+)		(-)
	- Habilidades sociales	
	- Comunicación verbal	
	- Percepción verbal	
	- Diferenciación cognitiva	
(-)		(+)

**2ª) Programas de rehabilitación del grupo de
U.C.L.A (Liberman, 1981, 1986):**

Es un programa diseñado para la rehabilitación del paciente psicótico esquizofrénico que cubre el paso del paciente desde el hospital psiquiátrico a la vida social independiente, pasando por estructuras intermedias.

Los programas son secuenciales y se presentan en módulos de entrenamiento de habilidades sociales, en grupos de 5-6 pacientes. Los pacientes cuentan con manuales que cubren el módulo particular; las sesiones se graban en video para ser estudiadas por el grupo; y el juego de roles, ensayo, modelado y refuerzo se usan con profusión. Módulos comunes a estos programas son: habilidades de conversación, preparación de un relato, búsqueda de empleo, gestión de fondos económicos, utilización de la medicación, gestión de crisis a domicilio, participación en actividades del hospital, participación en actividades de estructuras intermedias (p.e pisos protegidos) y vida social independiente. El trabajo en los distintos módulos puede llevar desde meses a años, y se trabaja de forma secuencial, contando con los recursos humanos de las distintas estructuras sanitarias y con los recursos humanos de las distintas estructuras sanitarias y con la participación (se es posible) del entorno socio-familiar.

Aunque no se emplea las técnicas cognitivas directamente, los autores de estos programas defienden que a través del entrenamiento de habilidades sociales se producen modificaciones cognitivas (ver modelo I.P.T).

3ª) Terapia cognitiva de la esquizofrenia (C.T; Perris, 1988)

Se trabaja desde el modelo cognitivo desarrollado por Beck (1979) aplicado a la esquizofrenia. Se suele trabajar individualmente y/o en grupos pequeños de pacientes. La estructura de las sesiones no difiere, en principio de la apuntada por Beck (1979). Su frecuencia y modificaciones de su contenido depende si

se trata de pacientes que están conviviendo o no con su familia. En pacientes que conviven con su familia es importante contactar con el entorno familiar como colaborar de la terapia; y la frecuencia de las sesiones suele ser menor que con pacientes que no viven con familiares. El rol de estos familiares en la terapia suele estar relacionado con el seguimiento del programa terapéutica, y también con el manejo de crisis y conflictos. Igualmente el terapeuta puede considerar oportuno, según el caso, realizar intervenciones familiares (terapia cognitiva familiar).

La finalidad de la C.T con esquizofrénicos es disminuir o modificar los Supuestos personales desadaptativos y las distorsiones cognitivas derivadas de ellos, a través del establecimiento de una colaboración (con el paciente y/o familia) y el uso de las técnicas cognitivas habituales y las técnicas conductuales (sobre todo el entrenamiento de habilidades sociales). En resumen intervenciones individuales, familiares y grupales pueden ser utilizadas en este enfoque.

Resumiendo las tres orientaciones presentadas: La I.P.T se basa en un modelo de procesamiento de la información y competencias sociales; el grupo de U.C.L.A en la teoría del aprendizaje social y la C.T en un modelo semántico-conductual.

EL MODELO INTERACTIVO DE PERRIS (1988)

El concepto central de este modelo sobre la esquizofrenia es el de "Vulnerabilidad personal" como facilitador del trastorno, y resultado de la interacción de factores psico-bio-sociales. Esos factores serían:

A) Biológicos: Factores genéticos, influencias pre-post/natales, factores bioquímicos y Neurofisiológicos.

B) Sociales/Relacionales: Factores culturales, Relaciones afectivas tempranas con los progenitores

(apego-desapego), posibilidades ambientales y eventos estresantes vitales.

C) Psicológicos: Predisposición a errores en el sistema de procesamiento de la información.

La vulnerabilidad personal resultante de la interacción de esos factores supondría tres tipos de déficits (Wing, 1974):

- a) Distorsiones cognitivas.
- b) Conductas maladaptativas.
- c) Déficits en las habilidades sociales.

En cuanto a los factores cognitivos aparecerían Significados personales relacionados con deficiencias personales percibidas y con el tipo de relación con familiares significativos. Las distorsiones cognitivas más frecuentes en la esquizofrenia serían:

1) Identificación predicativa (Arieti, 1948, 1955, 1974): El sujeto obtiene conclusiones de sus experiencias en base a las relaciones de predicado, en especial las conclusiones personales (inferencias). La persona no psicótica obtiene estas conclusiones solo aceptando la identidad del sujeto (lógica aristotélica). Por ejemplo, un esquizofrénico podría "razonar":

- "Butragueño es un jugador de futbol".

- "Yo juego al futbol".

- "Yo soy Butragueño".

2) Atribuciones precipitadas de significado: El sujeto esquizofrénico tiene una baja tolerancia a la ambigüedad, y en las situaciones confusas obtiene interpretaciones arbitrarias (inferencias arbitrarias) con gran rapidez, siendo esta la base de las ideas delirantes (en especial de las ideas de referencia).

3) Sobreinclusión egocéntrica (Cameron, 1938; Lidz, 1974): Es la tendencia del sujeto a responder a

diferencias situaciones incluyéndolas en un mismo concepto o patrón cognitivo (sobregeneralización). En concreto se trata del pensamiento "egocéntrico" (Piaget) donde el paciente relaciona los acontecimientos del mundo como referidos a él mismo (personalización). Se le ha denominado también como "omnipotencia del pensamiento" y "sensación de omnipotencia".

4) Confusión de causas y significados (Jacob, 1982):

Se le denomina también como personalización (Beck, 1979) y "proyección". Cuando el sujeto se enfrenta a un acontecimiento externo novedoso que debe explicarse, utiliza una interpretación relacionada con su autoconcepto. Por ejemplo un sujeto esquizofrénico recibe un rechazo de una chica al pedirle bailar en una discoteca, y entonces él cree que se debe a su poco atractivo personal, sin pensar en otras explicaciones alternativas.

5) Desimbolización (Searles, 1962): El sujeto se cree literalmente el significado de las metáforas, concretizándolas, "cosificándolas". Por esto se desaconseja en la terapia el uso de las metáforas con estos sujetos.

6) Concretización y perceptualización de conceptos (Arieti, 1959): Se refiere a la tendencia de trasladar los conceptos abstractos a perceptos. Este proceso es similar al proceso onírico, según Arieti, donde el pensamiento paleológico (identificación predicativa) se traslada a nivel de imagen visual. Esto produciría como resultado las experiencias alucinatorias.

Perris (1988) concluye que el tipo de procesamiento distorsionado básico del esquizofrénico es el "Procesamiento Egocéntrico de la información". El egocentrismo sigue los principios del "proceso primario" (Freud, 1895, 1900; B. Klein y Noy, 1976): conjunción y representación de experiencias y

fenómenos internos al sujeto. En el esquizofrénico rige este tipo de procesamiento primitivo de la información, sin que el "proceso secundario" (contrastación del feedback proveniente del mundo externo) tenga suficiente fuerza para modificarlo.

En la figura 43 representamos el modelo de Perris (1988).

-EL MODELO DE PERRIS (1988). FIGURA N°43 (Adaptación Ruiz, 1992)-	
HISTORIA DE APRENDIZAJE Y FACTORES BIOSOCIALES (1)	VULNERABILIDAD PERSONAL (2)
<ul style="list-style-type: none"> - Factores genéticos - Influencias pre/postnatales - Factores bioquímicos - Factores neurofisiológicos - Factores culturales - Vínculos afectivos tempranos - Recursos ambientales - Eventos vitales pasados - Predisposición al procesamiento inadecuado de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Supuestos personales disfuncionales: <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias personales - Relaciones familiares - Déficits en la habilidades sociales y conductas maladaptativas

información	
EVENTOS VITALES ACTUALES ACTIVADORES (3)	DISTORSIONES COGNITIVAS (4)
	TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO. SÍNTOMAS (5)
	REPERCUSIONES PSICO- BIO-SOCIALES (6)

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

1) Reducción de los síntomas y sus repercusiones psico-bio-sociales mediante la utilización de recursos médicos (psicofarmacológicos), psicológicos (psicoterapia individual y/o familiar) y sociales (recursos comunitarios todos ellos de manera integrada.

2) Reducción y/o modificación de los supuestos personales disfuncionales y las distorsiones cognitivas a la base del déficit cognitivo del sujeto.

3) Desarrollo de habilidades y competencias sociales que permitan al sujeto una vida más integrada socialmente y más autónoma.

4) En resumen, se trata de disminuir la vulnerabilidad del sujeto mediante intervenciones sociofamiliares (reducción de los eventos vitales estresantes y repercusiones sociales y familiares), biomédicas (psicofarmacológica) y psicológicas (cognitivo-conductuales).

4. PROCESO DE INTERVENCIÓN

En general se siguen los planteamientos de la C.T (Beck, 1979), pero Perris (1988) destaca además:

1) El terapeuta parte de la concepción de que la esquizofrenia es el resultado de deficiencias en el procesamiento de la información que tienen su etiología en las interacciones de factores biológicos y ambientales. Las relaciones infantiles del niño con su madre (en especial los primeros seis meses de vida después del nacimiento) son muy relevantes para el desarrollo cognitivo-afectivo de la persona.

Los trastornos de la relación de apego (Bowlby, 1969; Reda, 1986) entre el niño y sus progenitores puede hacer vulnerable al sujeto a distorsiones del procesamiento de información.

2) Es necesario realizar una historia detallada sobre la biografía y circunstancias vitales del sujeto, ya que esto sirve como marco explicativo de las experiencias psicóticas e introduce continuidad, donde aparentemente no la hay (en la línea de "incomprensibilidad" de Jaspers).

3) La utilización de la empatía es central para establecer la relación terapéutica. Esta consiste en comprender el estado psicológico del paciente (de sus cogniciones y afectos) a lo largo de la terapia.

4) El terapeuta adopta un papel de maestro que socializa al paciente en los principios de la terapia y desarrolla una relación de colaboración con el paciente (empirismo colaborativo).

5) La medicación se utiliza en las dosis adecuadas, pero mínimas, de modo que no se eliminen totalmente los síntomas; ya que su experiencia es necesaria para la terapia ("activación de significados"). El terapeuta informa al paciente de la necesidad del neuroléptico a dosis bajas, de modo que el sujeto esté en un estado psicológico donde pueda utilizar sus recursos de contraste de significados ("pruebas de realidad"). Dosis altas de medicación impedirán el ciclo de contraste e incluso producir cronicidad y recaídas frecuentes.

6) Las relaciones con los familiares durante la terapia se realiza si el paciente convive con esta. Se informa al paciente de que se tendrán sesiones con la familia. Se suele dividir la sesión en dos partes una con solo los familiares significativos y otra con estos y el paciente; si el paciente es muy suspicaz a la presencia de los familiares se tendrán sesiones por separado. A la familia se le suele orientar sobre pautas de colaboración en la terapia (coterapeutas, manejo de la medicación, manejo de crisis, expresión no hostil de afectos, etc...).

7) Las sesiones con el paciente no deben durar más de 30 minutos, ya que estos pacientes tienen dificultades para sostener la atención más de ese tiempo.

8) La estructura de la sesión no difiere, en general de la C.T de Beck. Es necesario tener en cuenta que los pacientes más crónicos y con síntomas deficitarios (negativos) suelen responder mejor a intervenciones más conductuales (ver modelo de U.C.L.A.).

9) Las técnicas conductuales más usadas son el entrenamiento en habilidades sociales y de autonomía personal; así como la resolución de problemas y las autoinstrucciones. Las técnicas cognitivas son las apuntadas por Beck (1979). A estas técnicas se unen procedimientos educativos e informativos dirigidos a la familia sobre distintos aspectos del tratamiento y la rehabilitación. También el entrenamiento de habilidades sociales puede adoptar un formato grupal (incluyendo habilidades cognitivas) de 6-7 pacientes.

10) El proceso terapéutico con estos pacientes suele pasar por varias fases: expectancia (oscilación entre confianza-desconfianza, se intenta establecer una relación terapéutica, y el terapeuta utiliza la empatía), optimismo irrealista (el paciente desarrolla expectativas irrealistas sobre la solución a corto plazo de sus problemas; el terapeuta utiliza la socialización terapéutica), esperanza y esfuerzo constructivo (desequilibrios sintomatológicos frecuentes; el terapeuta utiliza el empirismo colaborativo- contraste de hipótesis o significados y las tareas para casa) y la fase de terminación (recaídas, resistencia a la separación, visión del terapeuta como "buena y gran madre"; el terapeuta trabaja las cogniciones y conductas a la base de estos problemas).

11) Los pacientes adecuados para la C.T (Perris, 1988) tendrían las siguientes características:

- 18-35 años.

- Ambos sexos.
- Diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV o CIE-10).
- Diagnóstico de trastorno de la personalidad grave.
- Se excluyen:
 - Pacientes con lesión cerebral.
 - Uso prolongado de alcohol o drogas.
 - Síndrome esquizoafectivo.
- Participación voluntaria en la terapia.

Nosotros añadiríamos que la C.T presentada por Perris (1988) parece estar indicada para pacientes psicóticos jóvenes y adultos (18-35 años) con sintomatología de tipo productivo, y que responden bien, en general, a la utilización combinada de psicofármacos y psicoterapia. En resumen sujetos adultos-jóvenes con esquizofrenia tipo I.

Así mismo para la esquizofrenia tipo II (defectual, deficitaria), la respuesta a los neurolépticos es más pobre y la necesidad de programas de rehabilitación psicosocial más necesaria. En este caso el modelo U.C.L.A o I.P.T de psicoterapia parece el más indicado, al menos durante una primera y larga fase de desaparición posible de los síntomas deficitarios.

12) Los métodos cognitivos generales para el manejo de los síntomas y estructuras delirantes y alucinaciones consisten en:

a) Reconstrucción de experiencias infanto-juveniles en conexión a los significados relacionados con estas experiencias, y comprobación por confrontación con la realidad (Beck, 1952).

b) Aprendizaje del paciente de lo que es una actitud referencial y concretización y conexión con historia personal (Arieti, 1962).

20. TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA

1. PAUTAS DIAGNÓSTICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA POR EL DSM-IV

1. Anorexia nerviosa:

- A. Rechazo a mantener un peso corporal normal mínimo
- B. Un temor intenso a ganar peso o volverse obesa/o
- C. Distorsión de la imagen corporal o de la percepción del peso
- D. Amenorrea durante al menos tres ciclos menstruales consecutivos

Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no realiza habitualmente la conducta de atracarse o purgarse

Tipo atracarse/purgarse: Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona realiza habitualmente la conducta de atracarse o purgarse

2. Bulimia nerviosa:

A. Atracones recurrentes, caracterizados por dos de los síntomas siguientes:

1. Ingesta de alimento, en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que comería la mayoría de la gente

2. Sensación de pérdida de control sobre la conducta de comer durante el episodio de ingesta voraz

B. Conducta compensatoria inapropiada para evitar la ganancia de peso, como provocarse el vómito, usar excesivamente los laxantes, diuréticos, enemas, u otros fármacos; ayuno o ejercicio excesivo

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, ocurren como promedio, al menos dos veces a la semana durante tres meses

D. Distorsión de la imagen corporal

E. La perturbación no ocurre exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

Tipo purgante: Durante el episodio de bulimia la persona se provoca el vómito, usa exceso de laxantes, diuréticos o enemas

Tipo no purgante: Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona usa otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio excesivo

2. MODELOS COGNITIVOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA: LOS MODELOS DE CALVO SAGARDOY (1988) Y MCPHERSON (1988).

1. El modelo cognitivo-conductual de la anorexia nerviosa de R. Calvo Sagardoy (1988):

Esta autora considera que actualmente los modelos de la anorexia conceptualizan a este trastorno como una solución biológica al conflicto de maduración de la pubertad; además una serie de factores personales producirían una cierta vulnerabilidad a este trastorno (rasgos obsesivos, baja autoestima, déficit en habilidades sociales con malestar en las relaciones

interpersonales, dificultad para desarrollar una conciencia de las sensaciones interoceptivas).

Además se distinguirían dos tipos o grupos de anoréxicas: (1) aquellas que realizan una restricción de la dieta (dietistas), que suelen tener rasgos obsesivos, baja autoestima, aislamiento social y escasa experiencia social (introvertidas neuróticas de Eysenck) y (2) las que tienen episodios de comida compulsiva (bulímicas), que se caracterizan por inestabilidad emocional, impulsividad, mayor incidencia de uso de alcohol y drogas y mayor intensidad de enfermedad mental y problemas sociofamiliares (extraversión, neuroticismo y sociopatía de Eysenck).

El modelo concreto propuesto conjuga los paradigmas conductuales del aprendizaje y el cognitivo para explicar el inicio y mantenimiento del trastorno. El aprendizaje social facilitaría que mediante los modelos sociales la chica observaría el refuerzo dado a un modelo de mujer delgada que se asocia con la competencia y el éxito social; además dicha exposición social interactuaría con factores predisponentes adquiridos en las etapas infantiles (significados o creencias perfeccionistas, baja tolerancia a la frustración e incompetencia social); de modo que al llegar los cambios de la pubertad, la chica se encontraría con pocos recursos de afrontamiento, recurriendo al hipercontrol corporal como forma de afrontamiento que le proporciona refuerzo cognitivo y sentimientos de control, competencia e identidad; mediante la evitación del peso (refuerzo negativo). A su vez la presión familiar para que recupere peso aumentaría su tendencia opuesta a controlar su peso, al percibir esto como una amenaza a su estilo de afrontamiento y refuerzos consiguientes. El estilo de afrontamiento conllevaría una serie de distorsiones cognitivas, destacándose el pensamiento dicotómico o polarización (p.e "He aumentado de peso, estoy

gorda"), la sobregeneralización ("He ganado peso, jamás me podré controlar") y el hipercontrol cognitivo ("Tengo que vigilar constantemente mi peso para evitar problemas"). Ver figura nº44.

2. El modelo cognitivo de la bulimia de McPherson (1988):

Este autor parte de la premisa básica de que la bulimia es una consecuencia de determinadas distorsiones cognitivas derivadas de creencias y valores acerca de la imagen corporal y el peso. La falta de autocontrol de la dieta que aparece en la paciente bulímica (y en las anoréxicas con problemas bulímicos) se relacionaría con una necesidad extrema de autocontrol de estas personas en determinadas áreas (rendimiento escolar, control corporal, etc). La creencia o supuesto básico sería del tipo: "El peso y la imagen corporal son fundamentales para la autovaloración y la aceptación social". Con esta creencia se interrelacionarían una serie de distorsiones cognitivas, destacándose:

- 1) Pensamiento dicotómico (Polarización): Divide la realidad en categorías extremas y opuestas sin grados intermedios; p.e "Gordo frente a flaco".
- 3) Personalización: Relaciona los acontecimientos con la propia conducta o como referidos a si misma sin base real (p.e en una chica inhábil socialmente que cree: "Me rechazan por mi aspecto").
- 5) Sobreestimación de la imagen corporal: Se perciben más grueso de lo que son.
- 6) Autovaloración global y generalizada: Se estiman y valoran globalmente en comparación con entandares sociales extremos (p.e "Si no tengo el cuerpo de una modelo no valgo nada").

El descontrol de la ingesta y la restricción de la dieta que se producen en forma de ciclos se relacionaría con

las anteriores distorsiones cognitivas que interaccionarían con las necesidades biológicas de hambre en conflicto, produciéndose esos descontroles y la vuelta a los intentos de control restringiendo la dieta. Además como estas personas carecen de mejores estrategias de afrontamiento, tanto la necesidad de hambre como otras fuentes de estrés (p.e situaciones sociales) actuarían como señales predictoras de amenaza produciendo un estado de ansiedad que actuaría como "distracción cognitiva" y como "refuerzo negativo" reduciendo la ansiedad. El mecanismo del vómito autoinducido respondería al mismo proceso descrito.

En resumen los dos modelos presentados se basan en la importancia del modelado social de la imagen corporal, vulnerabilidad personal (significados en relación al peso y al éxito social, con incompetencia social), distorsiones cognitivas y papel del refuerzo como feedback de afrontamiento de unas estrategias personales muy limitadas. El modelo de McPherson lo presentamos en la figura nº45.

**FIGURA Nº44 :MODELO COGNITIVO-
CONDUCTUAL DE LA ANOREXIA
NERVIOSA**

HISTORIA PERSONAL DE APRENDIZAJE (1)	FACTORES PREDISONENTES. VULNERABILIDAD PERSONAL (2)
1- Modelos sociales que refuerzan la asociación de cuerpo delgado y éxito 2- Aprendizajes	1- Significados personales sobre: - Peso/Imagen corporal - Perfeccionismo - Éxito/Autovaloración - Baja tolerancia a la

tempranos (sobre el rendimiento y el éxito) 3- No facilitación de las relaciones sociales	frustración 2- Incompetencia social
CAMBIOS PSICOBIOLOGICOS EN LA ETAPA EVOLUTIVA DE LA PUBERTAD, COMO SITUACIONES DE ACTIVACIÓN (3)	ESTILO DE AFRONTAMIENTO PERSONAL(4)
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios físicos-sexuales - Cambios psicológicos-sexuales - Mayor independencia familiar - Exposición a eventos sociales 	<p>1- Distorsiones cognitivas :polarización, generalización, e hipercontrol</p> <p>2- Manejo del cuerpo y la imagen como fuente de refuerzos ("positivos" por lograr reducciones de peso; y "negativos" por evitación del peso)</p>
<p style="text-align: center;">SÍNTOMAS ANOREXICOS/PRESIÓN FAMILIAR (5)</p>	

- Los intentos de control familiar
aumentan la tendencia al
contracontrol de la paciente por
reducción del peso-ingesta

FIGURA N° 45: MODELO COGNITIVO DE LA BULIMIA

HISTORIA PSICOEVOLUTIVA DE DESARROLLO (1)	VULNERABILIDAD PERSONAL (2)
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo psicosexual - Nuevas tareas de rol - Valores culturales sobre la imagen y el cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> - Déficits en habilidades sociales - Actitudes perfeccionistas - Significados sobre peso/imagen/autovaloración

SITUACIONES ACTUALES ACTIVADORAS (3)	ANSIEDAD (4)
<ul style="list-style-type: none"> - Estresores agudos o crónicos de tipo social, anímico, etc. - Sensación de hambre 	

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (5)

- Descontrol de la ingesta
- Uso de laxantes, vómitos, etc

EFFECTOS-CONSECUENCIAS (6)

- Corto-plazo: Reducción de la ansiedad, distracción del estrés, control ilusorio
- Largo plazo : Incremento del malestar, culpa, disforia, etc

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

En función de los modelos anteriormente presentados podemos extraer objetivos terapéuticos comunes para ambos trastornos:

- 1- Desarrollar actitudes/creencias realistas acerca de la imagen corporal y el peso.
- 2- Establecer un patrón normal de peso.
- 3- Reducción del descontrol en la ingesta, vómitos y abusos de laxantes.
- 4- Mejorar el funcionamiento personal general: autoaceptación, afrontamiento de la ansiedad y funcionamiento social.
- 5- Establecer la motivación para el tratamiento.

4. ESCALAS DE EVALUACIÓN

Durante el tratamiento el medio de evaluación más útil es el autorregistro de cogniciones-afecto-conducta en relación a varios aspectos del trastorno (control de peso, ingesta descontrolada, vómitos, uso de laxantes, etc). Mencionamos algunos de los cuestionarios y tests más utilizados en la evaluación de la anorexia y bulimia nerviosa:

- 1) Test de actitudes ante la comida (Gasner y Garfinkel, 1979).
- 2) Escala de refreno (Herman y Mack, 1975).
- 3) Cuestionario de los tres factores ante la comida (Stunkard y Messick, 1985).
- 4) Cuestionario de Dutch de la conducta de comer (Van Strien, 1986).
- 5) Inventario de desordenes de la comida (Garner, 1983): Esta último recoge información sobre distorsiones cognitivas.
- 6) Escala de Slade (Slade, 1973).

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN

5.1. El proceso de intervención en la anorexia nerviosa (R.Calvo Sagardoy, 1983):

El proceso de intervención contraria con tres etapas generales:

1ª) Establecimiento de la colaboración del paciente:

Se trataría de identificar los temas que son problemáticos para la paciente (p.e estreñimiento, plenitud gástrica, etc.) y por otra que admitan un incremento de peso controlado (pesadas sistemáticas en condiciones de control, con incrementos sobre la línea basal). En esta fase se valora la capacidad de la paciente para realizar el tratamiento, siendo necesario el ingreso si no se reúnen las condiciones mínimas para el incremento o hay un riesgo vital considerable.

2ª) Normalización de comida y peso: Básicamente se trataría de establecer con la familia y la paciente (tratamiento ambulatorio) o con el personal médico, enfermería y otros (si el tratamiento es hospitalario) un programa de condicionamiento operante basado en el reforzamiento diferencial: extinción de conductas de pérdida de peso, vómitos, uso de laxantes, etc..., y refuerzo de formas adecuadas de comer, ingesta incrementada de alimentos y ganancia de peso. En caso de hospitalización se establece un contrato conductual como condición del alta por ganancia de un peso mínimo.

3ª) Trabajo sobre los factores predisponentes de vulnerabilidad personal: Se trabajarían varios aspectos:

3.1. Reglas o supuestos rígidos sobre el aspecto físico, el peso y la autovaloración personal, y las distorsiones cognitivas derivadas: Se aplica a la paciente la relación pensamiento-afecto-conducta, el autorregistro y la modificación de pensamientos automáticos y puesta a prueba de los supuestos disfuncionales.

3.2. *Fobia a engordar y el miedo al descontrol*: Las técnicas cognitivas se complementan con procedimientos de exposición-desensibilización a distintas jerarquías de ansiedad (peso incrementado, aspecto físico grueso, etc).

3.3. *Crisis bulímicas*: Se emplean estrategias de autocontrol (autorregistros de episodios de comida controlada, antecedentes y consecuencias y resolución de problemas) y exposición progresiva a los "alimentos peligrosos con prevención de la respuesta compulsiva de ingesta (p.e exposición inicial en diapositivas y posterior en vivo). Manejo de pensamientos automáticos asociados a las crisis bulímicas.

3.4. *Interacción social e inhibición asertiva*: Se exploran las cogniciones a la base de la inhibición y temores asertivos; se generan alternativas cognitivas y si es el caso se modelan, ensayan y practican conductas asertivas alternativas.

3.5. *Déficits de la autopercepción del esquema corporal, distorsiones de la imagen corporal y amenazas ligadas a sensaciones genitales-sexuales*: Se comienza por entrenamiento en relajación que produce una distensión de la tensión corporal y un incremento del cuerpo sentido como fuente de sensaciones placenteras, después se continúa con la detección de emociones y pensamientos automáticos ligados a determinadas sensaciones corporales y con alternativas a esas cogniciones disfuncionales, alternativas que son reforzadas y autorreforzadas.

3.6. *Interacción familiar*: Se basa en enseñar a los familiares los principios del reforzamiento diferencial (extinción de conductas disfuncionales y refuerzo de las conductas adaptativas); también se trabajan aspectos relacionados con la ansiedad de la familia (p.e temor a la independencia de la chica) mediante reestructuración

cognitiva y en el caso de conflicto conyugal se indica terapia de pareja para los padres.

3.7. Apoyo al equipo terapéutico: Cuando se trabaja en el medio hospitalario o ambulatorio con un equipo de terapeuta-coterapeutas es necesario mantener la cohesión del grupo ante la intervención y manejar sus ansiedades y temores (p.e cuando el riesgo a la muerte es mayor o no se produce el incremento de peso al ritmo deseado) mediante la escucha de sus preocupaciones-problemas, establecimiento de medios de información claro y continuos, reestructuración cognitiva y resolución de problemas.

5.2. El proceso de intervención en la bulimia nerviosa (Fairburns, 1981):

Es un formato de terapia cognitiva/conductual que consta de 20 sesiones, distribuidas en tres fases de tratamiento:

1ª) Establecimiento de la relación y socialización terapéutica: Se intentaría establecer la relación escuchando las quejas del paciente, transformando esas quejas en una conceptualización de sus problemas y realizando el análisis funcional-cognitivo pertinente. El terapeuta explicaría el mecanismo inadecuado e ineficaz a medio-largo plazo del uso de laxantes y vómitos como métodos de control de la ansiedad. También intenta conseguir la cooperación de familiares y amigos en el tratamiento. Explica el autorregistro y a través de este examina la función de la ingesta descontrolada, los vómitos y el uso de laxantes. Posteriormente introduce el tema de un patrón regular de comida y peso (controles, incrementos graduales...).

2ª) Generación de alternativas cognitivas-conductuales: Se continúa el seguimiento del patrón regular de peso y comida, reduciendo las restricciones en la dieta de forma gradual. Paralelamente se van identificando las fuentes de estrés que conllevan al

descontrol de la ingesta (p.e situaciones de defensa asertiva o relación social), así como los pensamientos automáticos, significados personales y conductas asociadas, y se generan, ensayan y practican alternativas (tareas para casa). Se presta especial atención a la identificación y modificación de los supuestos personales sobre la imagen y el peso. Las alternativas cognitivas-conductuales más utilizadas son:

- Identificación y modificación de distorsiones cognitivas y supuestos personales: En la línea de la C.T (Beck, 1979).
- Prevención de riesgos y recaídas: Sigue el modelo de Marlatt (1982) de las conductas adictivas.
- Establecimiento gradual de un patrón de comidas con un plan diario de dieta a ingerir.
- Exposición gradual encubierta a la "imagen rechazada".
- Entrenamiento asertivo ante situaciones sociales vividas con ansiedad.
- Colaboración de familiares y amigos: entrenamiento en el uso del refuerzo diferencial.

3ª) Prevención de recaídas y seguimiento: Se detectan las posibles situaciones de riesgo y se ensayan alternativas de modo anticipado (prevención cognitiva) y se realiza un seguimiento con intervalos cada vez mayores entre las consultas para atribuir los logros al paciente.

21. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS INFANTO/JUVENILES. MARCO GENERAL

1. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS INFANTO/JUVENILES POR EL DSM-IV

1- Retraso mental :

- 1.1. Leve
- 1.2. Moderado
- 1.3. Grave
- 1.4. Profundo
- 1.5. No especificado

2- Trastornos del aprendizaje :

- 2.1. Lectura
- 2.2. Cálculo
- 2.3. Expresión escrita
- 2.4. No especificado

3- Trastornos de las habilidades motoras

4- Trastornos de la comunicación:

- 4.1. Lenguaje expresivo
- 4.2. Mixto receptivo-expresivo
- 4.3. Fonológico (Articulación)
- 4.4. Tartamudeo
- 4.5. No especificado

5- Trastornos generalizados del desarrollo

5.1. Autista

5.2. De Rett

5.3. Desintegrativo infantil

5.4. De Asperger

5.5. No especificado (incluye autismo atípico)

6- Trastornos por déficits de atención y comportamiento perturbador

6.1. Por déficit de atención con hiperactividad

6.2. Déficit de atención no especificado

6.3. Disocial

6.4. Negativista desafiante

6.5. Comportamiento perturbador no especificado

7- Trastornos de la ingestión y conducta alimentaria de la infancia o niñez

7.1. Pica

7.2. Rumiación

7.3. Ingesta alimentaria de la infancia o niñez

8- Trastornos por tics:

8.1. De La Tourette

8.2. Tics motores o vocales crónicos

8.3. Tics transitorios

8.4. Tics no especificados

9- Trastornos de la eliminación:

9.1. Encopresis (no debida a enfermedad médica)

9.2. Enuresis (no debida a enfermedad médica)

10- Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia:

- 10.1. Ansiedad de separación
- 10.2. Mutismo selectivo (o electivo)
- 10.3. Reactivo a la vinculación de la infancia o la niñez
- 10.4. Movimiento estereotipados
- 10.5. No especificado

2. UN MODELO COGNITIVO DE LA TERAPIA EN EL CAMPO INFANTO-JUVENIL: LA TERAPIA FAMILIAR RACIONAL EMOTIVA (WOULF, 1983; HUBER Y BARUTH, 1991)

En el **capítulo 8** de esta obra ya expusimos el modelo terapéutico de Huber y Baruth (1991) referente a la terapia familiar racional emotiva (TFRE); ahora brevemente expondremos su aplicación al campo infanto- juvenil de la clínica.

Woulf (1983) aplica este modelo cognitivo-familiar a explicar y tratar los problemas infantiles: El niño/a va desarrollándose psicoevolutivamente en el contexto de una familia con su propia historia y ciclos de funcionamiento. El subsistema parental tiene como objetivo psicosocial el facilitar el desarrollo personal y la socialización del niño/a; sin embargo los padres del niño pueden afrontar estas tareas partiendo de supuestos o creencias irracionales sobre si mismos, los otros o las tareas mismas.

Cuando ocurre este proceso cognitivo disfuncional los padres encaran estas tareas de forma irracional; es decir se trastornan emocionalmente, repiten intentos de solución fallidos (que perpetúan el problema) y se producen consecuencias en la organización y funciones de la familia disfuncionales (p.e en los roles parentales, límites de subsistemas, etc.); consecuencias que a su

vez reobran como un feedback circular sobre las tareas confundiéndolas y embrollándolas. Este modelo no niega que cada tipo de trastorno tenga una etiología particular; pero los trastornos infantiles (y juveniles) ocurren en un contexto familiar que connota su mantenimiento y desarrollo.

Aunque los problemas infantiles pueden ser abordados con éxito desde la terapia individual con el niño/a; estos tienen una alta tasa de probabilidad de recaídas si el terapeuta no cuenta con el trabajo con la familia, pues esta tiene una influencia superior sobre el chico/a que el programa terapéutico. Los estilos irracionales de los padres (Hauck, 1979) juegan un papel relevante sobre la psicopatología infantil, a través de la acción directa de los padres sobre el niño y a través de los modelos que representan; pero a su vez (añadiríamos) la perturbación del niño reobra sobre el sistema familiar como feedback confirmatorio de determinadas reglas, creencias o mitos familiares disfuncionales. En la Figura 46 representamos este modelo.

- MODELO DE LA TFRE Y TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES (FIG.46) -

CONTEXTO FAMILIAR:

HISTORIA/CÍRCULOS VITALES (1)

. DESARROLLO PSICOEVOLUTIVO DEL NIÑO

.TAREAS PARENTALES: OBJETIVOS DE FACILITACIÓN DEL
DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD Y SOCIALIZACIÓN DEL
NIÑO.

.REQUISITO BÁSICO: COOPERACIÓN DE LOS
PADRES/CÓNYUGES

CREENCIAS IRRACIONALES/MITOS FAMILIARES SOBRE SI
MISMO, LOS OTROS Y LAS TAREAS FAMILIARES (2)

CONSECUENCIAS DISFUNCIONALES (3)

- . Intentos de solución fallidos y mantenedores.
- . Trastorno emocional.
- . Desorganización de límites y funciones de los subsistemas; alianzas, etc.
- . Feedback al punto (1)

3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos terapéuticos derivados de la TFRE (Huber y Baruth, 1991) básicamente serían:

1. Eliminar el problema presentado.
2. Eliminar las soluciones fallidas mantenedoras.
3. Modificar las reglas o creencias irracionales familiares que conectan el problema y las soluciones fallidas mantenedoras.
4. Facilitar la cooperación de los padres en sus tareas de desarrollo y socialización del niño (u otros procesos no disfuncionales el adolescente p.e).
5. Facilitar el desarrollo de habilidades de resolución de problemas por los miembros de la familia, que sean funcionales, que se conecten a creencias racionales y que persigan objetivos familiares adaptativos.

4. EVALUACIÓN EN LA TFRE

El principal instrumento de evaluación es la entrevista familiar (ya presentamos un modelo en el **capítulo 8**). Aquí añadimos algunas sugerencias de Woulf (1983) para la formulación de hipótesis por el terapeuta en forma de preguntas:

- (1) ¿Están de acuerdo los padres en la forma en la que intentan resolver el problema?

(2) ¿Cómo pueden las soluciones ya intentadas estar reforzando los problemas del niño en vez de solucionarlos?

(3) ¿El niño problema tiene una cantidad de poder inusual en la familia?

(4) ¿Se comportan los padres asertivamente con su hijo, poniéndole límites claros a sus acciones y responsabilidades?

(5) ¿Tienen los miembros de la familia algún problema práctico (económico, salud física...) que pudiera interferir con el problema presentado?

(6) ¿Qué creencias irracionales están manteniendo las reacciones emocionales de cada miembro y las soluciones fallidas intentadas?

(7) ¿Cómo se culpan irracionalmente los padres y el niño/a si mismos y a los otros? ¿Cómo mantiene esto el problema?

(8) Datos de observación en las entrevistas:

- ¿Cómo se sientan en la sala? ¿Cómo se miran entre si?
- ¿Quién responde primero?
- ¿Parece un padre más implicado que el otro con el niño sintomático?
- ¿Quién habla a quién en la familia?
- ¿Qué tono de voz utilizan entre si y con quién?

(9) Expectativas ante la terapia:

- Qué tratamiento esperan (p.e a menudo desean terapia individual para el niño/a)
- Qué razones argumentan para esas expectativas

(10) Reacciones ante las tareas: resistencias.

- Dificultades.
- Detección de cogniciones subyacentes.

5. EL PROCESO DE LA TFRE

La terapia familiar racional emotiva en el tratamiento de problemas infantiles suele generarse a través de 6 pasos consecutivos (Woulf, 1983) que describimos:

1º Negociación de la forma y frecuencia del tratamiento:

En función de la hipótesis del caso el terapeuta suele presentar la conveniencia de las siguientes formas de intervención familiar:

- a- Terapia mixta: Un momento con el niño solo, otro con los padres solos y otro con el niño y los padres (u otros significativos).
- b- Terapia conjunta: con el niño y los padres toda la sesión.

. Si los padres (uno o ambos) demandan terapia individual para el niño, el terapeuta pregunta por las razones de ello y trata de detectar las cogniciones subyacentes. Una vez detectadas el terapeuta puede tomar varias opciones:

- a- Debatar las cogniciones irracionales y resistenciales a la participación parental en la terapia.
- b- Pedir la colaboración de los padres como personas influyentes en ayudarle a liberar al niño de sus problemas, sin debatir las posibles cogniciones irracionales, rodeando la resistencia.

- c- No comenzar la terapia, negándose asertivamente a ello, exponiendo sus razones (si los padres se mantienen en su rechazo).
- d- Añadimos que en caso de adolescentes que se niegan a venir a consulta, se puede ofrecer trabajar con los padres a solas si estos están "preocupados".

. Se suele negociar la cantidad de sesiones, su frecuencia y la duración del tratamiento (así como los costos económicos si este es privado).

2º Transformar el problema presentado:

. La familia suele traer una formulación del problema muy vaga, general, peyorativa o inmodificable del problema (p.e "este chico es muy nervioso y solo da problemas").

. La primera tarea del terapeuta es presentar una reformulación del problema a la familia que reúna las siguientes características:

- Presentación como un problema del desarrollo.
- No culpabilización de uno o varios miembros de la familia.
- Presentación en términos de problema resoluble, concreto y operacionabilizable.
- Creíble por la familia. Se le solicita su opinión al respecto.
- No repetir "mas de lo mismo" (soluciones fallidas").

3º Dar tareas conductuales:

- Para la familia en conjunto.
- Para cada miembro.
- Tareas graduales de dificultad.

- Distintas a las soluciones mantenedoras.
- Adecuadas al problema-tipo.

4º Tratar las resistencias a las tareas:

- Su ejecución o no.
- Dificultades en su realización. Argumentos. Detectar cogniciones subyacentes.
- Afrontar las cogniciones irracionales de resistencia a las tareas (que a menudo son las que mantienen el problema) mediante debate cognitivo u otros medios (p.e reformulación).

5º Ayudar al paciente identificado como problemático a resolver sus problemas de la manera más independiente posible para su desarrollo evolutivo.

6º Terminación de la terapia:

- Consecución de objetivos.
- Atribución de los cambios por la familia.
- Cuestionarlas: ¿Cómo podrían recaer en los mismos problemas?, ¿Cómo tendrían que pensar y actuar?

6. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

1. COGNITIVAS: Básicamente son las presentadas en el capítulo 2 de la obra y en el capítulo 8 (intervenciones paradójales en la resistencia).

2. CONDUCTUALES: Se aplican tras reformular el problemas o tratadas las creencias irracionales de la familia; o a veces de modo previo para suscitar tales resistencias y las cogniciones a la base. Con ella se trata de no potenciar las soluciones fallidas. Se fundamentan en el condicionamiento operante; y desde

un punto cognitivo proporcionan un "feedback corrector". Las principales serían:

A) OBJETIVO: MEJORAR LA CONDUCTA DEFICIENTE.

1) CONTROL E ESTÍMULOS: Se trata de presentar estímulos que sirvan como señales discriminativas para realizar la respuesta adecuada. Se utiliza cuando el niño posee una habilidad que no se da en la situación adecuada.

La técnica básica consiste en reforzar diferencialmente la conducta cuando solo se presente en esas situaciones e ignorarla (extinguirla) en otras.

También se puede preparar las señales con el niño e informarle de que será gratificado si ejecuta la actividad en esas situaciones (p.e estudiar una hora en el dormitorio realizando X ejercicios).

2) MODELADO Y PARTICIPACIÓN DIRIGIDA: Se suele emplear para enseñar habilidades complejas (p.e aptitudes gramaticales, lenguaje, etc.) y el enfrentamiento de miedos situacionales. Un modelo ejecuta la conducta apropiada a la situación, el niño le observa, y seguidamente imita su conducta; reforzándole el modelo por su ejecución. Si la conducta a realizar es compleja o muy dificultosa se puede desglosar en pequeños pasos más fáciles. Es importante que el modelo sea atrayente para el niño.

3) MOLDEAMIENTO: Se utiliza para incrementar la frecuencia de una conducta que el niño no ha realizado antes. La conducta a ejecutar se desglosa en pasos sucesivos hacia la conducta final. Se comienza por la conducta-paso más próximo a la conducta final, reforzando su ejecución (que puede ser inducida por modelado o instigación física) y después hacia atrás se van introduciendo otras secuencias más lejanas de la conducta terminal o final; reforzando cada paso. Si

cada paso no se termina exitosamente se vuelve al anterior o se introduce uno intermedio.

4) INSTRUCCIONES VERBALES Y AYUDAS FÍSICAS:

Se utiliza cuando el niño está poco familiarizado o habituado a ejecutar una conducta, aunque esta sea reforzada. Básicamente se trata de guiar al chico verbalmente y físicamente para que ejecute determinadas conductas. Se suele utilizar combinadamente con el modelado y el moldeamiento. Se refuerzan el cumplimiento de las instrucciones; que pueden introducirse de manera creciente en su dificultad.

5) CONTRATO DE CONTINGENCIAS: Se trata de un acuerdo establecido entre el niño y el terapeuta, o entre este y sus padres donde se establecen clara y concisamente la cantidad, tipo y situación de realización de determinadas conductas por parte del niño y/o sus padres y el tipo de refuerzo que obtendrá por dicha actividad ejecutada. Es conveniente reforzar las ejecuciones de modo inmediato y realizar contratos de dificultad crecientes, maximizando las posibilidades de éxito. Suele ser más aplicable a casos no graves de deterioro conductual (en retraso mental, problemas de conducta y niños pequeños no es aplicable generalmente, utilizándose otras medidas).

B) OBJETIVO: REDUCIR LA CONDUCTA EXCESIVA

6) EXTINCIÓN: Se trata de no presentar el refuerzo que seguía comúnmente a una conducta considerada como disfuncional. Es preciso conocer los refuerzos de tales conductas. Es un procedimiento lento, aunque efectivo; y suele causar al principio un breve incremento de la conducta en extinción.

7) REFUERZO DIFERENCIAL DE OTRA CONDUCTA (RDO): Se trata de reforzar diferencialmente la

conducta del niño, de modo que la conducta disfuncional se ignora no reforzándola mientras que se refuerzan otras conductas alternativas. Variantes de este procedimiento son: (1) Entrenamiento en omisión: se refuerza al niño después de dejar de emitir la conducta disfuncional durante un tiempo prefijado anteriormente, (2) Entrenamiento en respuestas incompatibles: se refuerzan conductas que son físicamente incompatibles con la conducta disfuncional (p.e masticar frente a gritar), (3) Refuerzo de conductas de baja frecuencia: se refuerza la conducta disfuncional cuando se presenta solo con una baja frecuencia.

8) *CASTIGO FÍSICO Y REPRIMENDAS VERBALES*: Se presenta de manera contingente un estímulo aversivo a la conducta disfuncional, o bien se retira un reforzador presente de manera contingente a esa conducta. Se indica su uso como último recurso, protegiendo los derechos del niño (no castigo abusivo ni exclusivo); y se indica su uso solo cuando se combina con el refuerzo de conductas alternativas.

9) *COSTE DE RESPUESTA*: Se utilizan dentro de un programa de contrato de contingencias y suele conllevar una pérdida de reforzadores acumulados o eliminación de privilegios si no se cumplen ciertos requisitos.

10) *TIEMPO FUERA*: Es una forma de castigo donde el niño es retirado de la situación donde es reforzado por un corto intervalo de tiempo y de manera inmediata a la presentación de la conducta disfuncional.

11) *SOBRECORRECCIÓN*: Consiste en una reprimenda, una descripción de la conducta indeseable o la expresión de una regla de conducta que después es seguido de una "práctica restitutiva" (realización repetitiva de la conducta funcional) o una "práctica restitutiva" (realización repetitiva de la conducta funcional) o una "práctica positiva" (realizar

actividades incompatibles con la conducta disfuncional como por ejemplo apretar los puños frente a tirarse de los pelos).

C) NOTAS SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS CONDUCTUALES:

Los procedimientos conductuales descritos se han mostrado efectivos; pero para conseguir sus resultados han de ser aplicados. Precisamente los problemas surgidos en su aplicación suelen ser definidos como "falta de motivación" y son tratados desde una perspectiva conductual "reforzando la colaboración". Desde nuestra óptica estos problemas suelen estar relacionados con cogniciones disfuncionales, a menudo compartidas familiarmente (o institucionalmente), por lo que deben ser abordadas para que puedan ser aplicables las nuevas soluciones conductuales. Solo en los casos donde el problema se mantenga por una "insatisfacción o desinformación" familiar, las técnicas conductuales pueden ser efectivas aplicadas directamente; en los casos de "perturbación" familiar, el terapeuta encontrará muy difícil su aplicación si no se trabajan conjuntamente el aspecto cognitivo-interaccional (familiar, institucional, etc.)

PARTE V:
OTROS ASPECTOS

22. ORIENTACIONES TEÓRICAS EN LA PSICOTERAPIA COGNITIVA

Se proponen seis orientaciones teóricas actuales en la psicoterapia cognitiva:

1. Terapia cognitiva conductual
2. Terapia cognitiva- dinámica
3. Terapia cognitiva-humanista
4. Terapia cognitiva-procesual
5. Terapia cognitiva-sistémica
6. Terapia cognitiva-constructivista.

1. TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

Parte de la tradición de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o respuestas-consecuencias (conductismo) sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización ideosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el si mismo.

Esas estructuras de significado regularían los procesos de pensamiento, emoción y conducta, y su

interrelación. Básicamente, los humanos tendrían dos grandes sistemas estructurales de significados personales: un sistema racional o reflexivo (constituido por procedimientos reflexivos y de análisis de problemas, y también por sus preferencias personales) y un sistema primitivo o irracional (constituido por significados tácitos adquiridos en otras etapas psicoevolutivas anteriores, y que ahora se muestran rígidos y disfuncionales). Cuando los significados tácitos se activan por diversas circunstancias pueden competir con el sistema reflexivo y ganarle en preponderancia, produciendo "círculos viciosos" rígidos y repetitivos de interacciones pensamiento-afecto-conducta, de psicopatología.

La terapia consistiría en que el paciente tomara conciencia de como sus significados disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole trastorno emocional. El siguiente paso (a veces paralelo y progresivo) consistiría en poner a prueba esos significados disfuncionales para comprobar su validez actual o su ajuste funcional. Esto se haría básicamente mediante procedimientos cognitivos (análisis de distorsiones cognitivas y significados asociados y generación de alternativas) y conductuales (ensayo real de alternativas o puesta a prueba de las predicciones derivadas de los significados disfuncionales).

Podemos distinguir dos enfoques generales dentro de la orientación cognitiva-conductual (Meichenbaum, 1989): (1) Terapias cognitivas semánticas y (2) Teoría del aprendizaje social (actualmente denominada como sociocognitiva).

(1) Terapias cognitivas semánticas: Representadas fundamentalmente por la Terapia Racional Emotiva (R.E.T) de Ellis y la Terapia cognitiva (C.T) de Beck.

En el **capítulo 2** de esta obra se recogen sus premisas básicas.

(2) Teoría del aprendizaje social (Teoría sociocognitiva): Representada sobretodo por Bandura (1984, 1990). Su teoría trata de conjugar la importancia de los factores ambientales (conductismo) y personales (cognitivismo) en la determinación de la conducta en el contexto del aprendizaje social.

Los principales conceptos de la teoría del aprendizaje social son:

1) *Determinismo recíproco triádico:* La conducta, los factores cognitivos y las influencias ambientales operan como determinantes unidos y recíprocos que determinan el comportamiento (pensamiento, afecto, conducta) de la persona. El peso de cada factor varía para cada comportamiento y persona dada, así como para cada circunstancia.

2) *Los humanos aprenden su comportamiento en un contexto social mediante tres tipos de experiencias de aprendizaje:* condicionamiento clásico (relación de acontecimientos entre sí; predicciones); condicionamiento operante (relación de un modelo observado y los resultados). Estas formas de aprendizaje están mediadas cognitivamente, las personas aprenden relaciones entre eventos y resultados, y esas relaciones son representadas mentalmente mediante reglas o creencias personales.

Igualmente esas experiencias de aprendizaje pueden ser "distorsionadas" por reglas previas, de modo que las representaciones no se correspondan con la "realidad". Los aprendizajes humanos más complejos y significativos dependerían del aprendizaje mediante modelos; ese aprendizaje estaría regulado cognitivamente (atención, memoria, codificación, etc)

en su adquisición, aunque su ejecución dependería más de claves ambientales (refuerzo, castigo, etc).

3) La terapia consiste básicamente en proporcionar un aprendizaje correctivo.

Ese aprendizaje correctivo está mediado cognitivamente; pero la modificación cognitiva se facilita mucho más cuando se proporciona al paciente experiencias de habilidad como resultado de dominio de actividades, que cuando la terapia se queda solo a nivel de intercambio verbal. Cualquier procedimiento psicoterapéutico trata de modificar las expectativas del sujeto respecto a su propia eficacia personal (expectativas de autoeficacia: creencia del sujeto de que puede efectuar cambios con éxito mediante determinadas conductas). Bandura (1984) clasifica los procedimientos terapéuticos en función del grado en que pueden lograr modificaciones en las expectativas de autoeficacia: los menos potentes para producir estas modificaciones serían los procedimientos de persuasión verbal (interpretativos, sugerencias, debate verbal, etc), algo más eficaces serían los procedimientos basados en producir activación emocional (exposición, desensibilización); y los más eficaces serían los procedimientos basados en el aprendizaje vicario (modelado), y sobretudo los basados en el logro de ejecución (modelado participante, exposición en vivo, ensayo real de conducta, etc). Mediante el modelado y la participación activa del sujeto se logran los cambios cognitivos más rápidos y eficaces. Desde este punto de vista no se rechazan los otros procedimientos (que suelen ser complementarios de la terapia), pero si se matizan su contribución real al cambio.

2. TERAPIA COGNITIVA-DINÁMICA

Los autores más significativos de este enfoque son: Arieetti, Peterfreund y Bowlby. Todos ellos parten de la práctica clínica del psicoanálisis y de sus limitaciones

teóricas. Encuentran que la teoría cognitiva es más abarcadora en su poder explicativo y más coherente con los datos de investigación. El antecedente más remoto de esta línea de pensamiento es Lungwitz, psicoanalista alemán, que en sus obras "Lehrbuch der psychobiologie" (1933) y "Erkennistherapie" (1955/1980) enfatiza una aproximación cognitiva a la psicoterapia. El terapeuta, metafóricamente hablando, sería como un guía de montañismo para el paciente (rol educador); el paciente sufriría emocionalmente debido a que habría desarrollado concepciones o creencias erróneas en su etapa infantil en relación con sus progenitores, y que son ahora inconscientes y activas; y el terapeuta asignaría actividades entre las sesiones para la corrección de estas concepciones erróneas (tareas para casa).

El desarrollo de esta corriente coincide con las críticas y abandono de la terapia psicoanalítica de Ellis y Beck, los principales fundadores de la terapia cognitiva. Se genera un contexto de disidencia con el psicoanálisis ortodoxo freudiano alrededor de los años 50 de este siglo, que en los años 70 da lugar a una escuela de psicología dinámica (paralela a la psicología del yo y el neopsicoanálisis) llamada "Escuela cognitiva-volicional" (Arieti, 1974 y 1983):

- a) Rechazo, más o menos extremo, de la metapsicología freudiana.
- b) Aceptación de la relevancia de ciertos factores clínicos de la práctica psicoanalítica (historia personal, factores inconscientes, transferencia y contratransferencia...).
- c) Utilización de las teorías y lenguaje de la psicología cognitiva y del procesamiento de la información como una aproximación más científica a la psicopatología y la psicoterapia.

Por otro lado Arieti (1980) afirma que el axioma básico de los psicoanalistas cognitivos es que en el ser humano existirían pocos conflictos si este no fuera capaz de pensar, de formular ideas, de asimilarlas, de hacerlas parte de si mismo, de enfrentarlas y compararlas, de distorsionarlas, de atribuir las a otros y, finalmente de reprimirlas. Tanto Bowlby (1979) como Arieti (1980) conceden un papel capital a las experiencias infantiles en el desarrollo de la psicopatología. Las experiencias negativas con los progenitores producirían conflicto cognitivo inconsciente que sería repetido en determinadas situaciones interpersonales (transferencia). La terapia consistiría básicamente en (Bowlby, 1979):

1º Establecer la conexión adecuada entre los síntomas y su fuente original: experiencias infantiles y las repercusiones de estas en la formación de creencias inconscientes.

2º Ayudar al paciente a tomar conciencia del contexto experiencial bajo el que se formaron esas creencias inconscientes.

3º Ayudar al paciente a descubrir como aplica de modo erróneo estas creencias a distintas situaciones (transferencia hacia otros y el terapeuta a partir de la experiencia con sus progenitores) y permitir que el paciente experimente alternativas a esas concepciones erróneas.

Estos autores mantendrían que las concepciones de sus "colegas" cognitivos-semánticos sobre los significados personales responderían a niveles cognitivos más preconscientes; y ellos defenderían niveles más inconscientes que estarían a la base de la psicopatología. Por ejemplo: la ansiedad ayuda y crónica sería una respuesta a la creencia inconsciente de tipo amenazante de que la expresión de ciertos deseos personales conlleva automáticamente el

abandono afectivo de los padres y/u otros significativos; y la depresión crónica respondería a que la persona cree que habría sido abandonada deliberadamente como un castigo de la persona fallecida (se está hablando en realidad del duelo complicado).

Otros planteamientos cognitivos-dinámicos se refieren en el **capítulo 1**.

3. TERAPIA COGNITIVA-HUMANISTA

Aunque Ellis (1989) relaciona la R.E.T con un enfoque humanista de la psicoterapia, un análisis detenido de sus planteamientos la sitúan más bien como terapia cognitiva-conductual, aunque asuma mucho de los planteamientos humanistas de la psicoterapia.

Un planteamiento cognitivo-humanista más desarrollado puede encontrarse en Bohart (1982, 1990 y 1991). Desde esta perspectiva se considera al ser humano como propósitivo y constructor activo de su experiencia; experiencia que va siendo modificada en función de su viabilidad. La psicopatología sería básicamente el producto de procesos disfuncionales de tipo cognitivo de relación del sujeto consigo mismo. Los problemas psicológicos serían el resultado de estrategias disfuncionales de solución de problemas aplicadas a problemas vitales. Esas estrategias serían disfuncionales porque el individuo es incapaz de aprender del feedback procedente de sus encuentros fallidos con las situaciones problemas. Ese fallo en el feedback experiencial sería consecuencia no de un fallo perceptivo o distorsión cognitiva, sino de que el sujeto es incapaz de darse cuenta de que percibe mal y de corregir esa percepción. Esa incapacidad de darse cuenta del feedback erróneo se produce como un desarrollo improductivo de relaciones con uno mismo (que refleja en formas improductivas de afrontar los problemas). Esas formas improductivas serían: como

amenazantes sin ninguna ganancia, lo que haría que no las atendiera y no aprendiera de ellas y (2) Relaciones de uno consigo mismo: no aceptación del malestar sentido o de las deficiencias para afrontarlo.

El planteamiento terapéutico implicaría que el terapeuta ha de ser "paciente con su cliente y tolerar el, malestar presentado, los bloqueos y recaídas; y ve los de una forma aceptante más que eliminarlos cuando aparecen inmediatamente, ya que el análisis de estas experiencias permite corregir los errores en el feedback experiencial. Por otro lado no es necesario que la terapia elimine los problemas o modifique los esquemas cognitivos nucleares para producir cambios relevantes. Ciertos cambios en esquemas cognitivos periféricos pueden ser suficientes y muy relevantes (p.e el trabajo de autoaceptación de ciertas características personales, tendencias, "rasgos" o esquemas nucleares).

4. TERAPIA COGNITIVA-PROCESUAL

Este enfoque estaría directamente relacionado con la psicología del procesamiento de la información. Básicamente parte de la idea de que la psicopatología respondería más a procesos u operaciones mentales disfuncionales de procesamiento de la información que a sus contenidos cognitivos. Esta corriente ha tenido relativamente pocas aplicaciones clínicas, exceptuando algunos elementos terapéuticos de trastornos psicóticos en adultos y niños y el campo de la deficiencia mental y otros trastornos neuropsicológicos. (Ver **capítulo 19**). Este enfoque pretende ser el verdadero representante cognitivo que relaciona la psicología teórica-experimental del procesamiento de la información y el campo clínico. Sin embargo la psicoterapia cognitiva y la psicología cognitiva no se puede reducir a este enfoque (Mahoney, 1974).

5. TERAPIA COGNITIVA-SISTEMÁTICA

Existen dos grandes líneas que relacionan los enfoques cognitivos y sistémicos:

(1) La terapia familiar racional emotiva (TFRE): Ellis (1978) presentó un formato de terapia R.E.T aplicable al grupo familiar que fundamentalmente seguía las líneas cognitivas-conductuales de su enfoque terapéutico.

Básicamente este enfoque consistía en detectar el acontecimiento perturbador para la familia (A), las respuestas emocionales y conductuales de cada miembro ante el mismo de tipo irracional o perturbador (C) y las creencias irracionales (B) que podían estar manteniendo cada miembro para contribuir al problema común. Una vez detectada la secuencia A-B-C, se debatían (D) las creencias irracionales y se generaban alternativas cognitivas, emotivas y conductuales a las mismas (E).

Posteriormente Nina Woulf (1983) no solo aplicó la R.E.T en terapia familiar sino que combinó este enfoque con el sistémico en el tratamiento de problemas infanto-juveniles. Esta autora conceptualiza que una de las tareas de la familia (los padres fundamentalmente) es llevar a cabo la tarea de facilitar el desarrollo de la personalidad e inserción social del niño. Para ello el subsistema parental tiene que funcionar de modo cooperador y ser capaces de modificar las reglas y expectativas a medida que el niño va creciendo. Además han de ser capaces de mantener las fronteras, límites y responsabilidades de cada subsistema familiar. Cuando aparece un niño identificado como "paciente identificado en la consulta casi siempre es un producto de una o varias alteraciones en los puntos y funciones familiares antes mencionados. A su vez esas alteraciones funcionales y organizacionales de la familia son el resultado de las creencias irracionales mantenidas por

cada uno de los miembros de la familia. A menudo las creencias más irracionales que afectan al funcionamiento familiar suelen ser compartidas por los miembros de este sistema (p.e "El otro debe solucionar este problema"). El terapeuta detecta estas creencias y sus repercusiones sobre los intentos de solución fallidos, las presenta a las familias como hipótesis y sugiere tareas o actividades fuera de la sesión para su modificación. Normalmente aparecen "resistencias" antes estas tareas.

Lejos de ser esto un gran inconveniente se convierte el la vía principal para detectar las creencias irracionales más básicas y preparar alternativas a las mismas. Huber y Baruth (1991) han desarrollado aún más este modelo, extendiéndolo a la terapia en general, y no solo al campo infanto-juvenil (ver **capítulo 9**) (aunque en esta obra se recomienda su uso en este campo en especial).

(2) Enfoque sistémico constructivista: Relaciona los enfoques sistémicos y constructivistas de la psicoterapia. Sus representantes fundamentales son los italianos Boscolo y Cecchin (1987). La finalidad de la terapia es comprender la historia que cuenta la familia en relación a la conducta definida como problema, y las premisas y mitos familiares que han contribuido a tal definición o etiquetación (construcción). El terapeuta a base de preguntas circulares a la familia va detectando las circunstancias históricas que determinaron tal etiquetación y las creencias o mitos familiares que le sirven de base. Una vez realizada esta tarea se va presentando una hipótesis alternativa que cuestiona los mitos y permite reconstruir la historia y las conductas etiquetadas como problema de forma alternativa. Hoffman (1988) en la misma línea sintetiza este enfoque apuntando que el foco inicial de la terapia sistémica se centró en las pautas interaccionales (conductuales) y que se ha ido desplazando hacia los

significados compartidos de la familia (cogniciones, mitos, creencias, construcciones). Feixas y Villegas (1990) resumen espléndidamente este enfoque en el contexto de los enfoques constructivistas.

6. TERAPIA COGNITIVA-CONSTRUCTIVISTA

Feixas y Villegas (1990) recogen los fundamentos de este enfoque y el tipo de psicoterapia que proponen. El autor originario de esta corriente sería G. Kelly y su psicología de los constructos personales (Kelly, 1955), y los representantes más destacados actualmente serían Neimeyer (en la línea de Kelly), Guidano y Liotti (relacionados con el enfoque cognitivo- semántico) y Mahoney.

Básicamente estas teorías tienen un alto interés epistemológico (teoría del conocimiento) y cuestionan el "estatus" de lo que denominamos como "real".

El ser humano construye continuamente "su realidad", como un científico formula hipótesis sobre su experiencia en forma de constructos (representaciones cognitivas organizadas de la experiencia) y utiliza estos constructos como forma de manejar las experiencias venideras. Se cuestiona la validez de las teorías cognitivas que defienden la existencia de un sistema racional cognitivo y otro sistema irracional o primitivo, pues suelen mantener el "principio de realidad" como forma de verificar las hipótesis derivadas del sistema primitivo; cuando ese "principio de realidad" también es una construcción personal y/o social particular más que un hecho trascendente e independiente del sujeto. Lo real pues sería inaprensible e incognoscible independientemente del sujeto que siempre está construyendo "su realidad" presionando más o menos por determinados grupos socio-familiares y momentos históricos.

La psicopatología sería el producto de incongruencias en los sistemas de construcción

personal o en su inutilidad para predecir los hechos experienciales.

Constructos rígidos o demasiado laxos impedirían que el sujeto revisara adecuadamente sus experiencias (ciclo de experiencia); el terapeuta ayudaría al sujeto a reorganizar sus constructos de modo que estos puedan seguir siendo útiles en su revisión experiencial. Las tareas del terapeuta serían: (1) detectar el sistema de constructos implicados en el problema y su organización (p.e laxo, rígido, etc.), (2) determinar el "bloqueo" del ciclo de experiencia, en que punto se ha producido (anticipación, implicación, encuentro, validación y revisión) y (3) ayudar a su cliente a realizar una revisión del sistema de constructos que sea más funcional para este.

23. PSICOFÁRMACOS Y PSICOTERAPIA COGNITIVA

1. CONTRIBUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA AL SEGUIMIENTO DE LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS

Se calcula que alrededor del 50% de los pacientes no siguen correctamente las indicaciones del médico (Pendetlon y cols. 1983). Como regla general, un tercio de los pacientes siempre parece tomar la medicación como se le prescribe, otro tercio lo hace a veces y el tercio restante casi nunca lo hace de la manera prescrita (Podell y Gary, 1976). En enfermedades crónicas y/o graves el riesgo se incrementa al no seguir las pautas indicadas.

En el terreno psicopatológico el cumplimiento de las prescripciones psicofarmacológicas puede ser un factor importante en la buena evolución o estabilidad de

algunos trastornos como los cuadros psicóticos esquizofrénicos y bipolares, las depresiones moderadas o graves y algunos trastornos de ansiedad.

Desde el enfoque cognitivo de las psicoterapias se ha prestado atención a la importancia que tiene para la salud el seguimiento de los tratamientos. De hecho, una parte de las intervenciones se dedica a revisar con el paciente el cumplimiento de las tareas para casa y los problemas surgidos al respecto (p.e Beck, 1979; Ellis, 1989). Además se ha explorado los problemas que contribuyen a la falta de cumplimiento de las prescripciones psicofarmacológicas (Beck, 1979) y del seguimiento de los tratamientos terapéuticos en general (Meichenbaum y Turk, 1991).

Beck (1979) identifica una serie de creencias y distorsiones cognitivas que contribuyen a la falta de observancia de las prescripciones psicofarmacológicas en el paciente depresivo; y que creemos extensibles a otros pacientes. Estas distorsiones se agruparían de la siguiente forma:

A) Cogniciones acerca de la medicación antes de empezar a tomarla:

- "Crea adicción".
- "Soy más fuerte si no necesito las medicinas".
- "Soy más débil por necesitarlas".
- "No me ayudará".
- "Si no tomo la medicación, significa que no estoy loco".
- "No podré soportar los efectos secundarios".
- "Nunca podré abandonar la medicación si empiezo a tomarla".
- "No hay nada que necesite hacer, excepto tomar la medicina".

- "Solo necesito tomar la medicina en los días malos".

B) Cogniciones acerca de la medicación mientras se está tomando:

- "Después de varios días (o semanas) no he mejorado, eso significa que la medicina no sirve".
- "Debería sentirme totalmente bien".
 . "Las medicinas resolverán todos mis problemas".
- "Las medicinas no resolverán todos mis problemas, ¿entonces para qué me sirven?"
- "No puedo soportar los mareos, ni otros efectos secundarios".
- "Me hace sentir como un autómata".

Estás cogniciones suelen llevar a un abandono de las prescripciones farmacológicas, y pueden llevar emparejadas procesos de recaída. Aunque la falta de observancia puede estar relacionada con efectos relacionales (cognición interpersonal), sobretudo en tratamientos estructurados (en cuyo caso habría que explorar este área), lo común es que estén relacionadas con cogniciones específicas acerca del fármaco, la enfermedad y las expectativas de tratamiento; como las referidas anteriormente. Igualmente, Beck (1979) da una serie de pautas generales para aumentar la probabilidad de seguimiento de las prescripciones farmacológicas:

1- Proporcionar información sobre los efectos de los fármacos.

2- Utilizar técnicas cognitivas:

1º. Detectar o evocar las cogniciones acerca de la prescripción.

2º. Detectar los significados o creencias relacionados con esas cogniciones.

3º. Proporcionar información para contrarrestarla.

3- Utilizar preguntas que pueden dar "pistas" sobre las distorsiones cognitivas:

- "¿Ha tomado anteriormente esta medicación?
- "¿Cuáles fueron sus experiencias con ella? (si responde que antes la tomó)".
- "¿Qué cree que va a suceder como consecuencia de tomar esta medicación?".
- "¿Cómo ha llegado a pensar eso?".

4- Utilizar registros como forma de detectar problemas asociados: Por ejemplo el formato siguiente.

DÍA-HORA / SITUACIÓN-ACTIVIDAD /
SÍNTOMAS / DOSIS

También Meichenbaum y Turk (1991) utilizan métodos de exploración cognitiva para aumentar el grado de seguimiento de las prescripciones. Incluso apuntan que entrevistas muy cortas dirigidas a realizar estas exploraciones tienen un efecto positivo. Aquellos profesionales de la salud (p.e médicos, enfermeros, psicólogos, etc) que se quejan de no tener tiempo material para realizar largas entrevistas, se pueden beneficiar (y a sus pacientes) de realizar varias preguntas-cuestiones de varios minutos de duración, dirigidas a la exploración de las ideas y expectativas de los pacientes.

El proceso de exploración cognitiva indicado sería:

1º Permitir que el paciente cuente su historia con sus propias palabras al principio de la entrevista. El terapeuta "escucha" el significado o modelo causal que tiene el paciente sobre su enfermedad, las

preocupaciones y temores al respecto, y las expectativas que tiene este sobre el tratamiento y el rol del terapeuta.

2º El terapeuta sondea más detenidamente sobre el modelo explicativo del paciente sobre su enfermedad. Preguntas oportunas al respecto pueden ser del tipo:

- . "¿A qué atribuye usted este problema?".
- "¿Cómo empezó?"
- "¿Cómo le afecta?".

3º Sondeo de preocupaciones y dudas acerca de la enfermedad. Por ejemplo:

- "¿Qué le preocupa sobre esta enfermedad?".
- "¿Por qué le preocupa eso?".

4º Sondear las expectativas del paciente sobre el tratamiento:

- "¿Ha seguido usted antes otros tratamientos para este problema? ¿Qué resultados obtuvo? ¿Qué opina de ellos?".
- "¿Hay algo que le gustaría conocer respecto a su enfermedad?".
- "¿Le preocupa algo respecto a seguir este tratamiento? (sobre una prescripción realizada)".

En resumen, los elementos de la entrevista cognitiva podrían quedar de forma breve:

- 1) ¿Qué problema le trae hasta aquí?
- 2) ¿A qué atribuye que se haya presentado este problema?
- 3) ¿Qué es lo que más le preocupa de este problema?

4) ¿Hay algo que le preocupe respecto al tratamiento de este problema?

2. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO VERSUS TRATAMIENTO COGNITIVO

Determinados estudios demuestran que el tratamiento psicofarmacológico produce modificaciones cognitivas en los estados depresivos (Polaino, Barcelo y Maldonado, 1991): se producen mejorías en las atribuciones de indefensión y en la autoestima (aunque sin llegar a niveles óptimos); se produce una normalización de los síntomas afectivos-somáticos después del tratamiento farmacológico, pero suelen persistir las distorsiones cognitivas y los síntomas cognitivos (que precisamente serían los factores teóricos de vulnerabilidad personal). Por lo tanto se cuestiona en el fondo, que el tratamiento psicofarmacológico solo sea realmente efectivo en el tratamiento de las depresiones (no psicóticas). Por otro lado la psicoterapia cognitiva sin ser combinada con psicofármacos, suele ser inefectiva en el tratamiento de las llamadas depresiones mayores (psicóticas y no psicóticas), ya que el paciente necesitaría un cierto grado de sintonía afectiva y cognitiva para realizar el trabajo psicoterapéutico (Maldonado Buitrago, 1988). Además, a pesar de que algunos investigadores (Blackburn y Cottraux, 1988) encuentran que la terapia cognitiva a solas es más eficaz, en general, en el tratamiento de la depresión no psicótica, que los psicofármacos, e incluso igual de efectiva que cuando se combinan psicofármacos y terapia cognitiva; pensamos que en algunos casos la experiencia de mejoría sintomática, puede ser motivante para continuar el trabajo cognitivo.

Con respecto a los trastornos de ansiedad (Cottraux, 1990) se recomienda utilizar los antidepresivos en casos de pacientes agorafóbicos deprimidos y en caso

de presencia de ataques de pánico persistentes e intensos después de seis semanas de utilizar la exposición, sin que remitan.

En las fobias sociales el tratamiento psicoterapéutico es más eficaz que el farmacológico, pero en algunos pacientes resistentes a la exposición puede ser útil, en una primera fase, la utilización de antidepresivos IMAO (fenelzina) y fármacos bloqueantes beta en pacientes que presentan episodios de ansiedad ocasionales y predecibles (Liebowitz, 1987).

En el tratamiento de la fobia simple el tratamiento más eficaz es la exposición, aunque tener cierta utilidad el uso de las benzodiacepinas (p.e valium) para reducir la ansiedad anticipatoria a la situación, los betabloqueantes beta para reducir la respuesta autonómica y la fenelzina para pacientes con descargas autonómicas episódicas (Fyer, 1987).

Con respecto a los ataques de pánico no está suficientemente demostrada la superioridad de los psicofármacos sobre la psicoterapia cognitiva, y viceversa; el tratamiento combinado parece el más eficaz. En este caso se utilizan los antidepresivos (imipramina, fenelzina) o una triazolobenzodiazepina, el alprazolam (Gorman, 1987).

En el tratamiento de la ansiedad generalizada, la terapia cognitiva parece superior al tratamiento psicofarmacológico, aunque en algunos casos es útil combinar la terapia cognitiva con las benzodiacepinas (Cottraux, 1990).

El abordaje más eficaz en el caso del tratamiento de las obsesiones-compulsiones es la combinación de terapia cognitiva-conductual con antidepresivos (sobre todo la clorimipramina), siendo esta combinación más eficaz que la terapia cognitiva conductual sola, sobre todo en pacientes obsesivos con componente

depresivo (combinación que es frecuente) (Cottraux, 1990).

En el tratamiento de la esquizofrenia se debe contar siempre con la utilización de los psicofármacos neurolépticos. El abordaje cognitivo necesita que el paciente tenga un mínimo de contacto con la realidad para ser posible y que esté libre de sintomatología aguda (Perris, 1988). Según Kaplan y Sadock (1990) el tratamiento de la esquizofrenia tipo I (sintomatología positiva) suele requerir la utilización de los neurolépticos; y la esquizofrenia tipo II (sintomatología negativa, defectual) suele responder mejor a programas de tipo rehabilitador (p.e programas de Liberman, 1989) y escasamente a los neurolépticos.

En el tratamiento del proceso de duelo no se suele utilizar los psicofármacos, excepto las benzodiacepinas a dosis bajas en algunas ocasiones. En el caso de que el duelo sea complicado, el tratamiento es idéntico al abordaje de otros cuadros depresivos, en combinación con un enfoque cognitivo-conductual de "pesar dirigido".

Las neurosis histéricas (disociativas, conversivas) suelen responder mal al tratamiento psicofarmacológico solo; aunque los síntomas asociados de tipo ansioso o depresivos pueden mejorar con ellos. En caso de depresión atípica con síntomas histéricos (disforia histeroide de West y Dally) suele ser eficaz emplear el IMAO de tipo sulfato de fenelcina (Vallejo Ruiloba, 1991). Es recomendable emplear los psicofármacos al mínimo posible (debido a su posible utilización, beneficios secundarios, etc); y el tratamiento más eficaz suele combinar métodos hipnosuggestivos, intervenciones familiares y psicofármacos, en caso de si tomas ansioso- depresivos muy fuertes (Chinchilla Moreno, 1989; Vallejo Ruiloba, 1991).

En algunos casos de histeria disociativa, puede ser útil la utilización del pentotal sódico para recuperar información "olvidada" (Kaplan y cols. 1990).

En el caso de trastornos de tipo hipocondriaco y de tipo psicossomático es recomendable utilizar las benzodiacepinas y los antidepresivos si aparecen síntomas ansioso-depresivos relevantes. En estos casos, en general, es preferible sin embargo, evitar el uso de psicofármacos, aunque en casos en que aparezcan se puede emplear un antidepresivo de tipo secativo con pocos efectos secundarios, y en caso de síntomas de ansiedad se puede recurrir a una benzodiacepina (Chinchilla Moreno, 1989), aunque el cuadro de fondo es más responsivo a tratamientos combinados de psicoterapia y psicofármacos (Saiz Ruiz e Ibañez Cuadrado, 1992).

El tratamiento de los problemas de pareja y trastornos sexuales suele responder a la terapia de pareja y terapia sexual, no siendo efectivo los psicofármacos para estos problemas, salvo que estén relacionados con otros cuadros psicopatológicos paralelos (psicosis, depresión, trastornos de ansiedad, etc.).

El abordaje de los trastornos de personalidad suele conllevar un enfoque combinado de psicoterapia y fármacos; siendo estos últimos útiles para algunos síntomas asociados (depresión, ansiedad). Debido a la alta dificultad para que estos pacientes inicien una psicoterapia, a veces solo se implican en un tratamiento psicofarmacológico, que puede ser utilizado "como puente" para abordar otros aspectos no sintomáticos con psicoterapia (Vallejo Ruiloba, 1992).

Los trastornos de alimentación (anorexia, bulimia) suelen ser abordados desde una perspectiva multidisciplinar cambiando abordajes médicos y psicológicos. En los casos extremos de deterioro físico

hay que recurrir a intervenciones médicas específicas, así como a programas operantes de control ambiental, y casi siempre a la hospitalización. Una vez conseguida cierta estabilidad de estos cuadros el seguimiento de los mismos se suele hacer con psicoterapia cognitiva-conductual y con revisiones médicas periódicas. La intervención en el área familiar (y terapia familiar, con o sin terapia individual) suele ser necesaria (Cottraux, 1990), así como la utilización de fármacos antidepresivos y/o ansiolíticos en caso de que estos síntomas sean persistentes y agudos.

En el campo de los trastornos infanto-juveniles se suele recomendar mantener el uso de los psicofármacos al mínimo, ya que la mayoría de ellos responden bien a planteamientos psicoterapéuticos de tipo familiar. Solo en casos graves de trastornos de la conducta (p.e hiperactividad) se suele utilizar psicofármacos (p.e el metilfenidato), así como en casos graves de depresión infanto-juvenil (antidepresivos), casos graves de trastornos de ansiedad (ansiolíticos o psicosis infantiles (neurolépticos). A pesar de esto, los tratamientos psicofarmacológicos, en general, sin el apoyo básico de una terapia psicológica (casi siempre de tipo familiar, contando con los padres del chico/a) suelen ser inefectivos.

En resumen los psicofármacos suelen ser más útiles para el abordaje de síntomas agudos e incapacitantes (síntomas positivos, productivos) que la psicoterapia cognitiva; mientras que esta suele ser más útil para abordar los factores de vulnerabilidad que hacen que el trastorno se mantenga a lo largo del tiempo. Sin embargo en muchos casos no se puede abordar esa "vulnerabilidad" sin antes no haber recurrido a los psicofármacos para superar cierta "barrera" sintomatológica.

24. CONCEPCIONES ERRÓNEAS SOBRE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA

En la literatura teórica e investigadora psiquiátrica y psicológica es frecuente encontrar una serie de afirmaciones sobre los fundamentos de la psicoterapia cognitiva realizados por personas no vinculadas a este campo, y que constituyen versiones "distorsionadas" y erróneas sobre la misma. De manera muy resumida presentamos las concepciones erróneas más frecuentes y las respuestas dadas a estas.

Las principales concepciones erróneas sobre la psicoterapia cognitiva son:

1- "Ignora la influencia del ambiente y de la conducta". Podríamos relacionar esta crítica con otras 2 más: "La terapia cognitiva consiste en el uso de procedimientos de condicionamiento o persuasión verbal (exclusivamente)" y "la terapia cognitiva consiste en la detección y modificación de pensamientos automáticos (exclusivamente)". Podríamos denominar a la fuente de estas críticas como "Posición conductista, tecnicista y reduccionista".

2- "Ignorar la afectividad". Se relaciona con otras 3 críticas más: "La terapia cognitiva es una refundición del poder persuasivo del pensamiento positivo", "La terapia cognitiva desvaloriza el papel de las emociones, que hacen de la vida algo rico y vibrante. Es algo puramente cerebral" y "La terapia cognitiva es un proceso de intervención racional y racionalizadora". Podríamos denominar a esta fuente como "Posición superhumanista, romanticista y afectiva".

3- "Ignora lo biológico". Le denominamos "Posición biologista y reduccionista".

4- "Ignora lo consciente y se limita a trabajar con la esfera consciente y fenomenológica". Le llamamos "Posición psicodinámica".

Nota: Somos conscientes de que la denominación de las posiciones críticas aparecen como "etiquetaciones sobregeneralizadas", pero aquí la empleamos solo como críticas generales (pero no absolutas).

1. RESPUESTA A LA CONCEPCIÓN CONDUCTISTA, TECNICISTA Y REDUCCIONISTA

. Beck (1979):

1) Trabajando en el marco del modelo cognitivo, el terapeuta formula el método terapéutico de acuerdo con las necesidades específicas del paciente en un momento dado.

2) El terapeuta diferencia proceso y procedimientos. Se puede realizar cambios cognitivos mediante técnicas humanistas, psicodinámicas o conductistas, y otras intervenciones.

3) El uso de técnicas conductuales puede favorecer el cambio cognitivo; por ejemplo mediante la modificación de expectativas de autoeficacia y contraste de hipótesis ("pruebas de realidad", "refuerzo de predicciones").

4) La terapia cognitiva no consiste solamente en la detección y modificación de pensamientos automáticos, sino también en la detección y modificación de los significados personales (supuestos, esquemas) que hacen vulnerable al paciente.

2. RESPUESTA A LA CONCEPCIÓN SUPERHUMANISTA, ROMANTICISTA Y AFECTIVA

. Beck (1979), Raimy (1985) y Lundh (1988):

- 1) Los pensamientos positivos y persuasivos no son necesariamente válidos o correctos. Una persona puede engañarse así misma durante un tiempo con pensamientos positivos sobre una base poco realista.
- 2) Los pensamientos positivos llevan a sentimientos positivos solo cuando la persona está convencida de que son ciertos.
- 3) El enfoque cognitivo se confunde frecuentemente con el racionalismo y la racionalización. Los procesos cognitivos sin embargo, pueden ser racionales o emotivos (sistema primitivo de procesamiento de la información).
- 4) La experiencia emocional suele ser empatizada por el terapeuta; y además las fluctuaciones emocionales van unidas a cambios cognitivos. Es esencial discriminar las emociones para llegar al nivel cognitivo.
- 5) Cognición y emoción están mezcladas en la naturaleza. Se suelen separar cuando nos referimos a procesos cognitivos racionales o a procesos cognitivos emocionales.

3. RESPUESTA A LA CONCEPCIÓN PSICODINÁMICA

. Beck (1979), Mahoney (1985) y Cottraux (1990):

- 1) La terapia cognitiva da importancia a aliviar los síntomas del paciente, transformándolos en problemas resolubles. A veces han de posponerse problemas más generales para aliviar problemas más sintomáticos (p.e casos de urgencia y morbilidad mayor).
- 2) El objetivo final de la terapia cognitiva es la detección y modificación de las distorsiones y esquemas cognitivos que hacen vulnerable al paciente (objetivo estructural). En la mayoría de los casos los pacientes no son "conscientes" de como distorsionan

sus experiencias ni de las premisas que sustentan para ello.

3) La mayoría de los procesos cognitivos relacionados con las alteraciones emocionales son "automáticos", es decir involuntarios y de tipo "inconsciente" y "preconsciente".

4) La noción de esquema cognitivo permite abordar el problema de lo inconsciente (desde otra perspectiva distinta a la psicoanalítica.

Los eventos psicológicos suelen ser por lo general preconsciente (pensamientos automáticos, estados emocionales, algunas conductas) y los esquemas cognitivos inconscientes. La activación de los esquemas cognitivos produce estados emocionales y pensamientos automáticos preconscientes, ignorando el sujeto su base de estructura de significado.

5) La concepción cognitiva de los procesos inconscientes se relaciona con la organización de las estructuras de significado personal. Existen estructuras difícilmente accesibles y verbalizables para el sujeto, pero que sin embargo guían su experiencia consciente. Esas estructuras son inconscientes al tener un grado de "abstracción" muy alto. Suelen estar relacionadas con formas de representación mental de tipo preverbal (p.e imágenes) y han podido ser adquirida en épocas infantiles donde aun no predominaba el pensamiento operativo y racional.

4. RESPUESTA A LA CONCEPCIÓN BIOLOGISTA Y REDUCCIONISTA

. Beck (1979, 1983):

1) La idea de dividir los fenómenos psicológicos y biológicos en dos realidades distintas es trasnochada.

2) Los procedimientos psicológicos pueden ser considerados como operaciones o acciones que producen modificaciones biológicas.

3) Los sistemas biológicos y psicológicos son perspectivas diferentes del mismo fenómeno neurocognitivo-interaccional. Una perspectiva utiliza más un medio de cambio físico-material (biológico) y el otro un medio de cambio más interactivo (psicológico).

Bibliografía

ABBAGNANO. N: Historia de la Filosofía. Ed. Montaner y Simón.Barcelona, 1978.

ADLER. A: Práctica y teoría de la psicología del individuo. Ed. Paidós.Barcelona, 1924 (edición original).

ADLER. A: El conocimiento del hombre. Ed. Espasa-Calpe. Madrid.1927 (edición original).

ADLER. A: Breves comentarios sobre razón, inteligencia y debilidad mental. 1928. En : A. Adler: Superioridad e interés social. Compilación de H.L.Ansbacher y R.R.Ansbacher. Fondo de Cultura Económica. México, 1968).

ADLER. A: El sentido de la vida. Ed.Espasa-Calpe. Madrid. 1933 (edición original).

ADLER. A: El carácter neurótico. Ed. Paidós. Barcelona. 1912 (edición original).

AINSWORTH, M.D.S; BLEHAR, M.C; WATERS, E; y WALL,S: Patterns of Attachment: Asseded in the Strange Situation and Home. Ed. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum. 1978.

ANDERSON. JR, BOWER. GH: Human associative memory. Winston, Washington, DC. 1973.

AVILA ESPADA. A: Manuel operativo para el Test de Apercepción Temática. Ed. Pirámide. Madrid. 1986.

ARIETI. S: Interpretation of schizophrenia. New York, Brunner, 1955.

ARIETI. S: BEMPORAD. J: Psicoterapia de la depresión. Ed. Paidós. Barcelona. 1978 (edición original).

ARIETI. S: La cognición en el psicoanálisis. 1980 (En: Mahoney. M y Freeman. A-Cognición y psicoterapia. Ed. Paidós. Barcelona. 1985 (edición original).

BANDURA. A: Principles of behavior modification. New York, Rinehart Winston, 1969 (traducción: Ed. Sígueme. 1983).

BANDURA. A: Social learning theory. Englewood Cliff; N.J; Prentice-Hall, 1976. (traducción: Ed. Espasa-Calpe. 1984).

BANDURA. A: "Self-efficacy mechanism in human agency". American Psychologist, 1982, 37, págs. 344-358.

BANDURA. A: Pensamiento y acción. Ed. Martinez Roca. Barcelona. 1990.

BARTLETT.F.D: Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology, Macmillan New York. 1932.

BECK. A. T: Depresión: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber, 1967.

BECK. A. T: Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1976.

BECK. A. T; RUSH. A. J; SHAW B.F et EMERY G: Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979. (Traducción: D.D.B. 1983).

BECK. A .T. y SHAW. B. F: Enfoques cognitivos de la depresión (edición original: 1981). En: Ellis. A y Grieger. R: Manual de terapia racional-emotiva. Ed. D.D.B. 1985.

BECK. A. T. et EMERY. G: Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective, New York, Basic Books, 1985.

BECK. A. T. et GREENBERG. R. L: Coping with depression. New York Institute for Rational Living, 1974.

BECK. A. T: Depression inventory. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, 1978.

BECK. A. T; KOVACS. M et WEISSMAN. A: Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1978.

BECK. A. T: Love is never enough. Harper and Row, New York, 1988 (Traducción: Paidós, 1990).

BEECH. H. R; BURNS. L. E et SHEFFIELDS. B. F: A behavioural approach to the management of stress. Chichester: Wiley, 1982.

BLACKBURN. I et COTTRAUX. J: Thérapie cognitive de la depression. Masson, Paris, 1988.

BOHART, A. C: Similarities between cognitive and humanistic approaches to psychotherapy. Cognitive Therapy and Research, 6, 245-250.

BOHART, A. C: Psychotherapy integration from a client-centered perspective. In G. Lietaer, J. Rmbauts, R. Van Balen (Eds), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties (pp. 599-622). Leuven, Belgium: Leuven University Press. 1990.

BOHART. A. C: Empathy in client-centered therapy: A contrast with psychoanalysis and Self-Psychology. Journal of Humanistic Psychology, 31, 34-48. 1991.

BOLLES. R. C: Theory of motivation. New York. Harper Row, 1975.

BOSCOLO. L; CECCHIN.G; HOFFMAN.L et PENN. P: Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice. New York, Basic Books. 1987.

BOWLBY. J: Attachment and Loss. Volumen 1: Attachment. New York, Penguin Books, 1971.

BOWLBY. J: Attachment and Loss. Volumen 2: Separation: Anxiety and Anger. New York, Penguin Books, 1973.

BOWLBY. J: Attachment and Loss. Volumen 3: Loss. New York, Basic Books, 1980.

BOWLBY. J: El papel de la experiencia de la infancia en el trastorno cognitivo (original de 1979). En: Mahoney. M y Freeman. A: Cognición y psicoterapia. Ed. Paidós. Barcelona. 1988.

BOWLBY. J: Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Ed. Morata. 1979 (edición original).

BRAIER. E. A: Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1980.

BUCETA. J. M: Tratamiento comportamental de un caso de estrés. En: Macia Antón.D y Méndez Carrillo. F. X: Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos. Ed. Pirámide. Madrid. 1988.

CALVO SAGARDOY. R: Tratamiento de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Jornadas Andaluzas de psicología y salud. C.O.P. 1988.

CARROBLES. J. A: Análisis y modificación de conducta II. UNED. 1985.

CLARK. D. M: A cognitive approach to panic. Beha. Res. Ther. 24: 461- 470. 1986.

CLARK. D. M; SALKOUSKIS. P. M et CHALKLEY. A. J: Respiratory control as a treatment for panic at-

tacks. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 16, 23-30, 1985.

CLONIGER. C. R: A sistematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch. Gen. Psychiatry, 44, 573-588, 1987.

CLONIGER. C. R: The link between hysteria and sociopathy. En: Akiskal. H et Weeck. W: Psychiatric diagnosis. Spectrum, New York, 1978.

CONDE LOPEZ. V y FRANCH VALVERDE. J. I: Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Upjohn Farmacoquímica. 1984.

COTTRAUX. J. et MOLLARD. E: Cognitive therapy of phobias. In: Perris C; Blackburn I. et Perris H. The theory and practice of cognitive therapy. Springer Verlag, Berlin, 1988.

COTTRAUX . J: Les thérapies comportementales et cognitives. Ed. Masson. Paris. 1990.

CHINCHILLA MORENO. A: Tratamientos psicofarmacológicos en psiquiatría. Laboratorios Sanolfi. 1988.

CHOMSKY. N: "Review of Skinner's. Verbal Behavior. Lenguaje, 35: 26-58. 1959.

CHOMSKY. N: Reflexións on lenguaje. New York, Pantheon Books.1975.

DINKMEYER. D y DINKMEYER D: Psicoterapia y consejo adleriano. En: Linn. S. J y Garske. J. P: Psicoterapias contemporáneas. Ed. D.D.B. Bilbao. 1989.

DRYDEN. W et ELLIS. A: The practice of rational-emotive therapy. 1987 (Tr. DDB. 1989)

DOWD. E. T et SWOBODA. J. S: Paradoxical interventions in behaviour therapy. Journal of behavioural

therapy and experimental psychiatry, 15, 229-234. 1984.

ELLIS. A: Rational psychotherapy. Journal of General Psychology, 59, 35-49. 1958.

ELLIS. A: The art and science of love. Secaucus, N. J: Lyle Stuart. New York. 1960.

ELLIS. A et HARPER. R.A: A guide to rational living. Englewood Cliffs, N. J: Prentice Hall. 1961.

ELLIS. A: Sex Without guilt. Lyle Stuart; North Hollywood: Wilshire Books. 1958.

ELLIS. A: Razón y emoción en psicoterapia. Ed. D.D.B. Bilbao. 1975 (1962, ed. orig.).

ELLIS. A et GRIEGER. R: Handbook of rational-emotive therapy. Springer Company. New York. 1981 (Traducción: Ed. D.D.B. 1985).

ELLIS. A et BERNARD. M. E: Clinical applications of rational-emotive therapy. Plenum Publishing Corporation. New York. 1985 (Traducción: Ed. D.D.B. 1990).

ELLIS. A et GRIEGER. R: Handbook of rational-emotive therapy. Springer Publishing Company, New York (Traducción: Ed. D.D.B. 1990).

ERDELYI. M. H: A new look at the New Look: Perceptual defense and vigilance. Psychological Review, 81,1-25. 1974.

ERDELYI. M. H: Psicoanálisis. La psicología cognitiva de Freud. Ed. Labor Universitaria. 1987.

EYSENCK. H: Fundamentos biológicos de la personalidad. Ed. Fontanella. Barcelona. 1970.

FAIRBURN. G. C: A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. Psychol. Med.11: 707-711. 1981.

FEIXAS I VIAPLANA. G Y VILLEGAS I BESORA. M: Constructivismo y psicoterapia. Ed. P.P.U. Barcelona. 1990.

FERNANDEZ BALLESTEROS. R: Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones. Ed. Pirámide. Madrid. 1987.

FISCH. R; WEAKLAND.L et SEGAL.I: The tactics of change. Jossey Bass Publisher. 1982 (Traducción: Ed. Herder. 1984).

FLOR-HENRY. P et cols: Neuropsychological study of stable syndrome of hysteria Biol. Psychiatry, 16, 7, 601-626, 1981.

FORD. D. H. et URBAN. H. B: Systems of psychotherapy. A comparative study. New York, Wiley, 1964.

FRANK. J. D: Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En: Mahoney. M y Freeman. A: Cognición y psicoterapia. Ed. Paidós. Barcelona. 1988.

FRANKL. V: Psicoanálisis y existencialismo. Ed. Fondo de cultura económica. México. 1950.

FREEMAN. A: Cognitive therapy of personality disorders. General treatment considerations. In: C. Perris, I. M. Blackburn, and H. Perris: Cognitive psychotherapy. Springer-Verlag. Berlin. 1988.

FREUD. S: Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.

FYER. A. J: Agorafobia. En: Klein. D.F: Ansiedad. Ed. Karger. Nueva York. 1977.

GASTO. C: Histeria. Trastorno somatoforme disociativo. Medicine, 69, 50-72. 1986.

GODOY. A: El proceso de evaluación conductual. En: Caballo V.E (comp.): Manual de técnicas de terapia de

modificación de conducta. Siglo Veintiuno Editores. Madrid. 1991.

GRAY. J. A: Pavlov's tipology. Pergamon. Oxford. 1964.

GRAY. J. A: The psychophysiological basis of introversión-extraversión. Research an therapy, 8: 249-266. 1970.

GRAY. J. A: The psychology of fear and stress. Weidenfeld and Nicholson. London. 1971. (Traducción: Guadarrama, 1971).

GORMAN: Neurosis de pánico. En: Klein. D. F: Ansiedad. Nueva York. Ed. Karper. 1987.

GUIDANO. V. F and LIOTTI. G: Cognitive processes and emotional disorders. New York. Guilford Press. 1983.

GUIDANO. V. F. Y LIOTTI. G.; Una base constructivista para la terapia cognitiva. 1985. En: Mahoney. M y Freeman. A: Cognición y psicoterapia. Ed. Paidós. Barcelona. 1988.

HORNEY. K: Neurosis and human growt. New York. Norton. 1950. HUBER. C. H and BARUTH. L: Rational-emotive family therapy. Springer Publishing Company. New York. 1989 (Traducción: Herder. 1991).

IVEY. A. E: Developmental therapy. San Francisco. Jossey-Bass. 1986.

JANET. P: L'état mental des hystériques. Alcan édit. París. 1894.

JARRET. R. B and RUSH. A. J: Cognitive therapy for panic disorder and anxiety disorder. In: Perris. C, Blackburn. I. M and Perris. H: Cognitive psychotherapy. Springer-Verlag. Berlin. 1988.

JOYCE-MONIZ.L: Terapia epistemológica y constructivismo. En: Mahoney. M y Freeman. A: Cognición y psicoterapia. Ed. Paidós. Barcelona. 1988.

KAPLAN. H and SADOCK. B. J: Clinical Psychiatry. New York University Medical Center. 1990. (Traducción: Acindes, 1991).

KELLY. G: The psychology of personal constructs, New York. Norton. 1955.

KELLY. G: Teoría de la personalidad. Ed. Troquel. 1966 (ed. original: 1963).

KELLNER.R: Hipocondriasis y trastorno somatoforme. En: Greist. J, Jefferson. W y Spitzer. L: Tratamiento de las enfermedades mentales. Ed. Manual Moderno. México. 1988.

KELLNER. R: Somatización and Hypocondriasis. Praeger. New York. 1986.

KELLNER.R: Abridged Manual of the Illnes Attitudes Scales (IAS). University of New Mexico. School of Medicine, Depatmente of psychiatry, Alburquerque, N. M. 1987.

KUHN. T. S: The estructura of scientific revolutions. Chicago, University of Chicago Press. 1962.

LAKATOS. A and MUSGRAVE. A: Criticism and the growth of Knowledge. Cambridge. Cambridge University Press. 1970.

LAZARUS. A: Multimodal therapy. Mc Graw-Hill Book Company. 1983 (Traducción: IPPEM, 1983).

LAZARUS. R. S and FOLKMAN. S: Stress, appraisal and coping. Springer-Verlang. New York. 1984.

LAZARUS. R. S y FOLKMAN. S: Estrés y procesos cognitivos. Ed.Martinez Roca. Barcelona. 1986.

LEVENTHAL. H: A perceptual motor processing model of emotion. In: Pilner. P, K, Spigel. I (eds): Percep-

tion of emotion in self and others. Plenum, New York pp. 121-156. 1985 (ed. orig. 1979).

LEWINSOHN. P: Clinical and theoretical aspects of depression. In: Calhoun K: Adams H et Mitchel K (eds): Innovative treatment methods in psychopathology. Wiley, Chicester, pass, 63-120. 1972.

LIBERMAN. R. P: Psychiatric rehabilitation of cronic mental patiens. American Psychiatric Press. Washington.1988.

LIBERMAN. R. P; MUESER. K. T and WALLACE. C: Social skills training for schizophreni individual at risk for relapse. American Journal or Psychiatry, 1126-1130. 1986.

LIBERMAN. R. P and GREEN. M. F: Whither cognitive-behavioral therapy for schizophrenia?. Schizophrenia Bulletin. Vol.18, nº1, pass. 27- 35. 1992.

LIEBOWITZ. M. R: Fobia social. En: Klein. D. F: Ansiedad. Ed. Karger. 1987.

LINN. S. J y GARSKE. J. P: Psicoterapias contemporáneas. Ed. D.D.B. Bilbao. 1989.

LUNDH. L. G: Cognitive therapy and the analysis of meaning structures. In: Perris. Blackburn. I. M and Per-ris. C: Cognitive Psychotherapy. Springer-Verlag. Berlin. 1988.

LUNGWITZ. H: Lehrbuch der psychobiologie. Hans Lungwitz Stiftung. Berlin. Vol.8. 1955-1980.

LUNGWITZ. H: Psychobiologie der neurosen. Presented by R. Becker. Rmbach, Feiburg. 1980.

LoPICCOLO. J y FRIEDMAN. M: Terapia sexual: un modelo integrador. En: Linn. S. J. y Garske. J. P: Psicoterapias contemporáneas. Ed. D.D.B. Bilbao. 1988.

LURIA. A. R: Las funciones corticales superiores del hombre. Ed. Fontanella. Barcelona. 1962 (edición original).

LURIA. A. R: Fundamentos de neuropsicología. Moscú. 1973.

MAHONEY. M. J: Cognition and behavior modification. Cambridge. M. A. Ballinger. 1974 (Traducción: Trillas, 1983).

MAHONEY. M. J: Cognition and behavior modification. Cambridge. M. A. Ballinger. 1974 (Traducción: Trillas, 1983).

MAHONEY. M. J: Psychotherapy and human change processes. In M. J. Mahoney, A. Freeman (Eds.): Cognition and psychoterapy (pp.3-48). New York. Plenum. 1985 (Traducción: Paidós. 1988).

MAHONEY. M. J: Human change processes. New York: Basic. 1991.

MALAN. D. H: A study of brief psychotherapy. London. Tavistock. 1963.

MALAN. D. H: Toward the validation of dynamic psychotherapy. New York, Plenum Press 1976.

MALAN. D. H: Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. Butterworths, London. 1979 (Traducción: Paidós, 1983).

MALDONADO. A: Seminario de terapia cognitiva. Seminarios de formación de psicólogos postgraduados en salud mental. Granada. 1990 (Apuntes). IASAM.

MALDONADO BUITRAGO. C. L: Una investigación clínica sobre la eficacia diferencial de los tratamientos cognitivos y/o farmacológicos de la Depresión mayor. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid. 1988.

MARTIN. B: Angustia y trastornos neuróticos. Ed. Herder. Barcelona. 1978.

MASTERS. W. H and JOHNSON. V. E: Human sexual inadequacy. London, Churchill Livingstone, 1970.

MATURANA. H: VARELA. F (1980): Autopoiesis and cognition. Boston: Riedel. 1980.

McKAY.M; DAVIS. M and FANNING. P: Thoughts&Feeling, The art of cognitive stress intervention. New Harbinger Publications. 1981 (Traducción: Técnicas cognitivas para el control del estrés. Ed. Martinez Roca. 1985).

McPHERSON. F. M: Cognitive therapy for bulimia. In: C. Perris, I. M. Blackburn, and H. Perris: Cognitive psychotherapy. Springer-Verlag. Berlin. 1988.

MEICHENBAUM. D: Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum Press. 1977.

MEICHENBAUM. D and TURK. D. C: Facilitating treatment adherence. Plenum Press. New York. 1987 (Traducción: D.D.B, 1991).

MEICHENBAUM. D: Terapias cognitivas-conductuales. En: Linn. S. J y Garske. J. P: Psicoterapias contemporáneas. Ed. D.D.B. Bilbao. 1989.

MILLON. T: Disorders of personality. DSM-III: Axis II. New York. Wiley, 1981.

MINUCHIN. S: Families and family therapy. Harvard University Press, Cambridge. 1974.

MOWRER. O. H: Learning theory and personality dynamics. New York. Ronal. 1950.

NEISSER. U: Cognition and reality. San Francisco. Freeman. 1976.

NEISSER. U: Cognitive psychology. Applenton-Century-jerofts. New York. 1967.

ORTEGUA Y GASSET. M: Ideas y creencias. Alianza Editorial. Madrid. 1940 (ed. orig).

PETERSON. D. R: The clinical study of social behavior. New York. Aplenton-Century-Crofts. 1967.

PETERFREUND. E y SHWARTZ: Información. Sistemas y psicoanálisis. Siglo Veintiuno. Editores. México. 1976. (ed. orig. 1971).

PETERFREUND. E: The process of sychoanalytic therapy. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale. 1983.

PERRIS. C: Intensive cognitive-behavioural psychotherapy with patients suffering from schizophrenic psychotic or post-psychotic syndromes: theoretical and practical aspects. In: C. Perris; I. M. Blackburn, and H. Perris: Cognitive psychotherapy. Springer-Verlag. Berlio. 1988.

PIAGET. J: La psychanalyse et le développement mental de l'enfant. Rev. Fr. Psychanal. 1933, 6. 405-408.

PIAGET. J: La construction du réel chez l'enfant. Delachaux et Niestlé. Neufchate. Paris. 1950.

PIAGET. J: La equilibración de las estructuras cognitivas. Madrid. Siglo XXI. 1978. (ed. orig. 1975).

POLAINO. A; BARCELO. M y MALDONADO. C. L: Versatilidad atribucional y tratamiento farmacológico de la depresión. Rev. Psiquiatria Fac. Med. Barna; 18, 173-184. 1991.

POLAINO. A; MALDONADO. C. L y BARCELO. M: Tratamiento farmacológico de la depresión y cambios afectivos y cognitivos escalares en el Inventario para la depresión de Beck (BDI). Rev. Psiquiatria Fac. Med. Barna. 18, 5, 203-209 . 1991.

POPPER. K. R: The logic of scientific discovery. London. Hutchinson. 1959.

POPE. B: The mental health interview. Research and application. Pergamon Press. New York. 1979.

RAIMY: Conceptos erróneos y terapia cognitiva. En: M. Mahoney y A. Freeman: Cognición y psicoterapia. Ed. Paidós. Barcelona. 1988.

RAMSAY. R: Behavioural approaches to bereavement. Behaviour Research and Therapy. 15, 131-135. 1977.

RAPHAEL. B: Preventive intervention with the recently bereaved. Arch. Gen. Psych. 34, 1450-1454. 1977.

ROGERS. C. R: On becoming a person. Boston: Houghton-Mifflin. 1961.

ROGERS. C. R: Client-centered therapy..Houghton Mifflin. Boston. 1951.

ROJI MENCHACA. M. B: La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia. Cuadernos de la Uned. UNED. 1987.

RUSSEL. B: La conquista de la felicidad. Ed. Espasa-Calpe. 1930. (edic. orig.).

SAIZ RUIZ. J y IBÁÑEZ CUADRADO. A: Somatizaciones. Medical pathology book. Madrid. 1992.

SALKOVSKIS. P. M and WARWICK. H. M. C: Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. In: C. Perris; I. M. Blackburn, and H. Perris: Cognitive psychotherapy. Springer-Verlag. Berlin. 1988.

SELIGMAN. M. E. P: Phobias and preparedness. Behavior Therapy, 2, 307-320. 1971.

SHIFFRIN. R. M, SCHNEIDER. W: Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and general theory. Psychol. Rev. 84: 129-190. 1977.

SULLIVAN. H. S: The interpersonal theory of psychiatry. New York. Norton. 1953.

SKINNER. B. F: Two types of conditioned reflex and pseudotype. Journal of general psychology, 12, 274-286. 1935.

SKINNER. B. F: About behaviorism. Knopf. New York. 1974.

SKINNER. B. F: Science and human behavior. MacMillan. New York, 1953.

SPITZER. R. L: DSM-III-R. Ed. Masson. 1989.

TITZE. M: Fundamentos del teleanálisis adleriano. Ed. Herder. 1979. (ed. orig.).

TOLMAN. E. C: Purposive behavior in animals and men. Appletton- Century-Crofts. New York. 1932.

TULVING. E: Episodic and semantic memory. In: E. Tulving and W. Donaldson (comps) Organization of memory. Academic Press. New York. 1972.

ULLMAN and KRASNER: A psychological approach to abnormal behavior. Prentice Hall, New York. 1975.

VALDES. M y FLORES. T: Psicobiología del estrés. Ed. Martinez Roca. Barcelona. 1985.

VALLEJO RUILOBA. J (Director): Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona. 1991.

VALLEJO RUILOBA. J (Comp.): Psiquiatría. Casos clínicos. Masson-Salvat. 1992.

VENTURINI. J. L. G: Historia general de la filosofía. Buenos Aires. Ed. Guadalupe. 1973.

VIADIEL. V: Aplicación de la técnica de la silla vacía (técnica gestalt) al manejo de la ira en la R.E.T. Apuntes no publicados. Almería. 1987.

WATCHELL. P. L: Psychoanalysis and behavior therapy. Toward an integration. New York. Basic Books. 1977.

WATCHELL. P. L: From eclecticism to synthesis: Toward a more seamless sychotherapeutic integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1: 43-54. 1991.

WATZLAWICK. P; WEAKLAND. J. H and FISCH: Change. Principles of problem formation and problem resolution. Norton. New York. 1974. (Traducción: Herder, 1989).

WESSLER. R y HANKIN-WESSLER. S: Cognitive appraisal therapy (C.A.T), in W. Dryden and W. Golden (comps.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy* London, Harper&Row, 1986.

WESSLER. R y HANKIN-WESSLER. S: La terapia de valoración cognitiva. En: Vicente E. Caballo (comp.): *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI. Madrid, 1991.

WETZLER. S: Medición de las enfermedades mentales. *Evaluación psicométrica para los clínicos*. Ed. Ancora. 1989 (ed. orig.).

WOLFE. J y WALLEN. S: Factores cognitivos en la conducta sexual. En: Ellis y Grieger: *Manual de terapia racional-emotiva*. Volumen 2. Ed. D.D.B. 1990.

WOULF. N: La inclusión de la familia en el tratamiento del niño: un modelo para terapeutas racional-emotivos. En: Ellis y Grieger: *Manual de terapia racional-emotiva*. Volumen 2. Ed. D.D.B. Bilbao. 1990 (ed. orig. 1983).

WOLPE. J: *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press. 1958. (Traducción: D.D.B).

WOLPE. J and LAZARUS. A. A: *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon Press. 1966.

WULFF. E: Lenguaje y lengua. Ed. Salvat. 1981.

Anexo

RESPUESTAS A DIVERSAS CRITICAS SOBRE EL COGNITIVISMO Y LA TERAPIA COGNITIVA

J. J. Ruiz Sánchez (1998)

-Abogado del diablo del cognitivismo. Rol nº2-

- Crítica = C
- Respuesta = R

A) Críticas conductistas radicales:

1. C: Crítica conductista radical a la inferencia de distinto nivel - Las explicaciones del comportamiento deben hacerse en términos de variables conductuales y no nerviosas, mentales o bien de elementos conceptuales.

R: Se parte de la creencia de que ningún factor mediacional añadirá poder predictivo a la predicción más allá de las contingencias. Sin embargo, la ciencia y la psicología está llena de modelos inferenciales que añaden más poder explicativo y predictivo que los modelos puramente conductuales.

2. C: Cualquier inferencia de tipo conductual es redundante y no explicativa.

R: El propio modelo de la física en el que parece basarse el conductismo radical está repleto de inferencias que aumentan el poder explicativo. Nadie, por ejemplo ha visto nunca un electrón o mesón pi o aún un quark. La propia denominación de conducta regidas por las reglas o la división de las funciones del

lenguaje contienen elementos altamente inferenciales. La propia denominación de las operaciones conductuales como conductas es una inferencia o petición de principio (reduccionista). Las inferencias no solo son justificables, sino también esenciales en la ciencia de la conducta.

3. C: Los fenómenos observables conductuales son más explicativos que las inferencias no conductuales.

R: No tenemos razón aparente para creer que los eventos observados son causas primarias o mejores que los no observados, Nuestra preferencia proviene de la conveniencia, no de la lógica. Se deben evaluar las inferencias por medio de las relaciones que predicen no por sus tipos de modelos.

4. C: Los modelos no mediacionales (conductistas radicales) pueden explicar mejor diversos fenómenos conductuales que los modelos cognitivos.

R: Hasta el momento la evidencia es la contraria por lo general. Los procesos complejos de la memoria, el lenguaje, pensamiento, etc... parecen mejor explicados y predecidos por los modelos cognitivos que por los conductuales. Además hay una fuerte evidencia que los mismos modelos cognitivos de los procesos de condicionamiento clásico y operante son más explicativos que los modelos puramente radicales.

5. C: La terapia conductual tradicional es más o igual de efectiva que la terapia cognitiva; y cuando la terapia cognitiva es efectiva lo es más por sus elementos conductuales que por los cognitivos.

R: Este es un tema controvertido, los mismos conductistas radicales actualmente reconsideran la importancia del lenguaje (para ellos cognición) en el cambio terapéutico. Sin embargo si parece claro que las llamadas terapias cognitivas, tal como han sido desarrolladas con sus componentes conductuales, ha

sido por lo general más efectiva que las terapias conductuales tradicionales para determinados trastornos (p.e la depresión) , y parecen más aplicables a entidades complejas como los trastornos de personalidad o los delirios y alucinaciones psicóticas. Parece que el desarrollo de las nuevas terapias conductistas puede ser una alternativa a las terapias cognitivas (p.e la psicoterapia analítica funcional o la terapia contextual), está por ver.

B) Críticas biomédicas:

6. C: El funcionamiento mental depende de procesos neuroquímicos, bioquímicos y fisiológicos complejos y no de cogniciones y otros constructos inventados.

R: La mayoría de lo que hoy se entiende por explicación biológica de los procesos mentales complejos es tan inferencial o tiene tanta evidencia como los propios modelos cognitivos del funcionamiento mental. Los cambios neuroquímicos y cogniciones son los mismos procesos examinados desde perspectivas diferentes. Las intervenciones cognitivas pueden producir, y de hecho producen, cambios en los sistemas biológicos nerviosos complejos. Igualmente un fármaco puede producir cambios cognitivos.

7. C: La terapia cognitiva y la psicología cognitiva se basa en un modelo mentalista no material de la mente y por lo tanto no es real.

R: Los fenómenos no materiales y no espaciales son tan reales como los fenómenos materiales y espaciales. El funcionamiento mental complejo por ejemplo en el modelo psicobiológico de Luria, hace referencia a funciones emergentes del sistema nervioso de un sujeto en un contexto social dado. Ese funcionamiento mental hace referencia a fenómenos materiales de sustento en el cerebro, como a fenómenos psíquicos complejos con

base en aquellos pero no localizados espacial y materialmente de manera precisa.

C) Críticas constructivistas, experienciales e interpersonales:

8. C: La terapia cognitiva tradicional no constructivista se basa en corregir una serie de errores cognitivos partiendo de un modelo correcto de realidad y unas desviaciones del mismo. Niega que la realidad siempre es construida, y que lo que se presenta como realidad no es sino un modelo de realidad construido y mantenido por cuestiones de valor o poder social. En ese sentido es terapia racionalista y empirista.

R: La terapia cognitiva asume que parte de la anterior crítica es cierta. En parte por que nadie puede otorgarse legítimamente que sus construcciones mentales son más verdaderas que las ajenas en sentido metafísico. Sin embargo parece que ciertos modos de construir o tener cogniciones son más disfuncionales que otros, y eso parece implicado en diversos tipos de malestar.

9. C: La terapia cognitiva tradicional se centra en cogniciones concretas y no en significados más complejos y centrales como los relacionados con el sí-mismo.

R: La terapia cognitiva distingue entre los trastornos sintomáticos y los trastornos de la personalidad. En estos últimos se desarrolla la temática del sí-mismo.

10- C: La terapia cognitiva tradicional se centra excesivamente en las cogniciones semánticas y escasamente en las episódicas, de modo que muchos signos de malestar se deben a la baja integración o traducción adecuada de ambos sistemas, forzando la explicación emocional a determinados significados semánticos (supuestos y pensamientos automáticos más conscientes o preconscientes) y no a sus bases más

emocionales (significados más tácitos casi siempre pre-verbales).

R: Esta crítica es cierta. Actualmente se trata de trabajar mediante la incorporación, por ejemplo de los procedimientos experienciales, en esos niveles cognitivos más tácitos o tempranos, y por lo tanto aumentar la extensión y poder del cambio personal.

11. C: Los esquemas más importantes y que necesitan trabajarse son los interpersonales, que además se suelen implicar en la propia relación terapéutica. Estos esquemas han solido ser ignorados por la terapia cognitiva tradicional, así como la relación terapéutica que ha tenido un rol de factor inespecífico más que central.

R: Es cierto. La terapia cognitiva interpersonal (Safran y Segal, p.e) trata de manejar estos aspectos al igual que sucede con la psicoterapia analítica funcional respecto a la terapia conductual tradicional. Los aspectos de la relación terapéutica van cobrando un papel central en el cambio. Ahora se distingue entre esos aspectos y las cogniciones referentes a asuntos fuera de la sesión.

Bibliografía:

- Beck, A.T y Freeman, A: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Paidós, 1995.
- Caro, I: Manual de psicoterapias cognitivas. Paidós, 1997
- Greenberg, L. ; Rice, L. y Elliot, R.: Facilitando el cambio emocional. Paidós, 1996
- Mahoney , M.: Cognición y modificación de conducta. Trillas, 1983
- Mahoney , M. y Freeman, A.: Cognición y psicoterapia. Paidós , 1985

- Mahoney , M.: Psicoterapias cognitivas y constructivistas. DDB, 1995.
- Ruiz , J.J: Fundamentos de psicoterapia cognitiva. A Demanda , 1994.
- Safran, J y Segal: El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Paidós, 1994