

LOS FUNDADORES DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA: ELLIS Y BECK

- **La Terapia Racional Emotiva de Ellis**
- La Terapia Cognitiva de Beck
- Semejanzas y Diferencias entre la Terapia de Ellis y la de 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 ("Inshigts") sin que la modificasen necesariamente. En este punto empezó a buscar métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. Sus resultados mejoraron aún más. Pero no estaba todavía satisfecho del todo. Fué 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.

.Espaciales (p.e "evitación social", "llanto")

-Externos (p.e "rechazo amoroso") .Cognitivos

-Interno (p.e "recuerdos negativos") (p.e "obsesiones", "autocríticas")

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

A-----B-----C
(Acontecimiento) ("Belief": Creencia sobre A) (Consecuencias)

.Temporales:

.CREENCIAS

Pasados/Actuales

-Racionales

.Emocionales

-Irracionales

.Espaciales

.Cognitivas

.Distorsiones cognitivas o inferencias
situacionales derivadas de las creencias

.Conductuales

Externos/Internos

En resumen, no son los acontecimientos 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" (Campbell,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".

-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 mi".

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 auto doctrinamiento 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 precorticales productos de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.

b- Historia de aprendizaje:

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

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

De otro lado con el termino 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 mí... y no soporto que me rechacen").

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

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

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

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

- INSHIGT Nº 2: Que el sujeto tome conciencia de como él mismo por autodoctrinación o autorrefuerzo mantiene la creencia irracional.

- INSHIGT Nº 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias irracionales mediante taras intersesiones 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 hipnosugestivas en conjunción con frases racionales.

B- TÉCNICAS EMOTIVAS:

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

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

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

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

LA TERAPIA COGNITIVA DE A. BECK

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.

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 seleccionada.

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 vá 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 fué 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 a 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/Ellas 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 el otro puntos de vista diferente?. ¿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.

SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LA TERAPIA DE ELLIS Y BECK

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 racionalpara 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 | 8. Trabaja las emociones perturbadoras |

| | |
|--------------|---------------------------------------|
| inapropiadas | para el sujeto y su base cognitiva |
|--------------|---------------------------------------|