

Este material se utiliza exclusivamente para fines  
didácticos  
del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias  
de Psicología 2016 de S R M Cursos®

# TERAPIA COGNITIVA PARA LA SUPERACION DE RETOS

www .srmcursos.com  
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGIA

Judith S. Beck

Prologo de  
Aaron T. Beck

Gedisa  
editorial

## 2

# Conceptualizar a los pacientes que presentan problemas difíciles

www.srmcursos.com  
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

La conceptualización cognitiva es la piedra angular de la terapia cognitiva. Una conceptualización fuerte permite al terapeuta guiar el tratamiento de manera efectiva y eficaz. Los pacientes pueden llegar a la terapia con muchos problemas y acaso experimentar cientos de cogniciones disfuncionales en el transcurso del día o de la semana, que les causan angustia y los llevan a adoptar conductas disfuncionales. ¿De qué manera el terapeuta cognitivo decide en qué se concentrará la terapia? En general, se concentra en problemas (situaciones, conductas, síntomas) que son actuales, angustiosos y que podrían causar mayor angustia en la semana siguiente. También se concentra en cogniciones (pensamientos y creencias) que están relacionadas con problemas importantes, que son claramente disfuncionales y distorsionadas, que parecen susceptibles de ser cambiadas y que se vinculan a temas recurrentes en el pensamiento del paciente (Beck, 1995).

La evaluación precisa de los pacientes con problemas difíciles suele ser más compleja que la evaluación de pacientes cuyas dificultades son más evidentes. Por lo general, los primeros se presentan con muchos más problemas y creencias disfuncionales (Beck, 1997; Beck, Freeman, Davis *et al.*, 2004). En este capítulo, se describe un método para organizar los múltiples datos que estos pacientes presentan, para que los terapeutas puedan determinar con mayor facilidad cómo planificar el tratamiento. En primer lugar, se presenta una

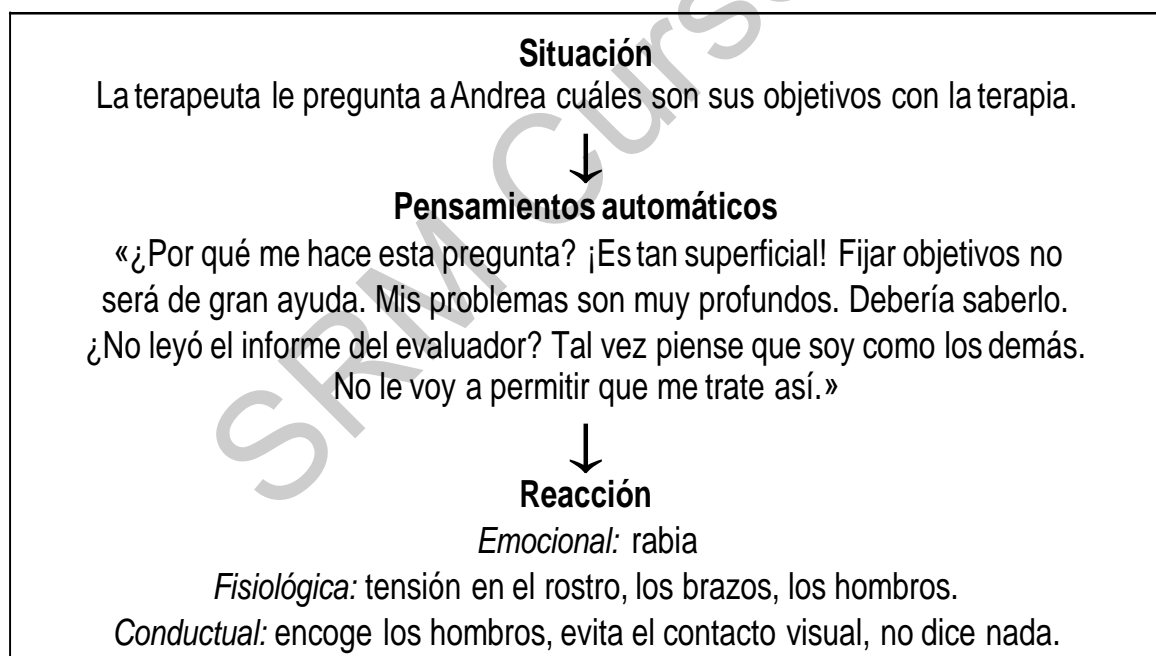
SRM Cursos®

versión simplificada del modelo cognitivo. Luego, se describen las creencias básicas, es decir, las creencias más fundamentales que el paciente tiene sobre sí mismo, los demás y el mundo, junto con las estrategias y las suposiciones conductuales. Se ofrece un esquema para ayudar a los terapeutas a efectuar la conceptualización cognitiva. Por último, se incluye una descripción pormenorizada del modelo cognitivo, al lado de secuencias complejas de los pensamientos y las reacciones de los pacientes ante diversas situaciones.

www.srmcursos.com  
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGIA

## El modelo cognitivo simplificado

En su forma más simple, el modelo cognitivo sostiene que las percepciones de las personas sobre las situaciones influyen en su manera de reaccionar. Andrea se molesta con su terapeuta en la primera sesión, como se muestra en el gráfico a continuación.



Andrea tiene continuamente ese tipo de pensamientos y reacciones, percibe que es maltratada en cada situación.

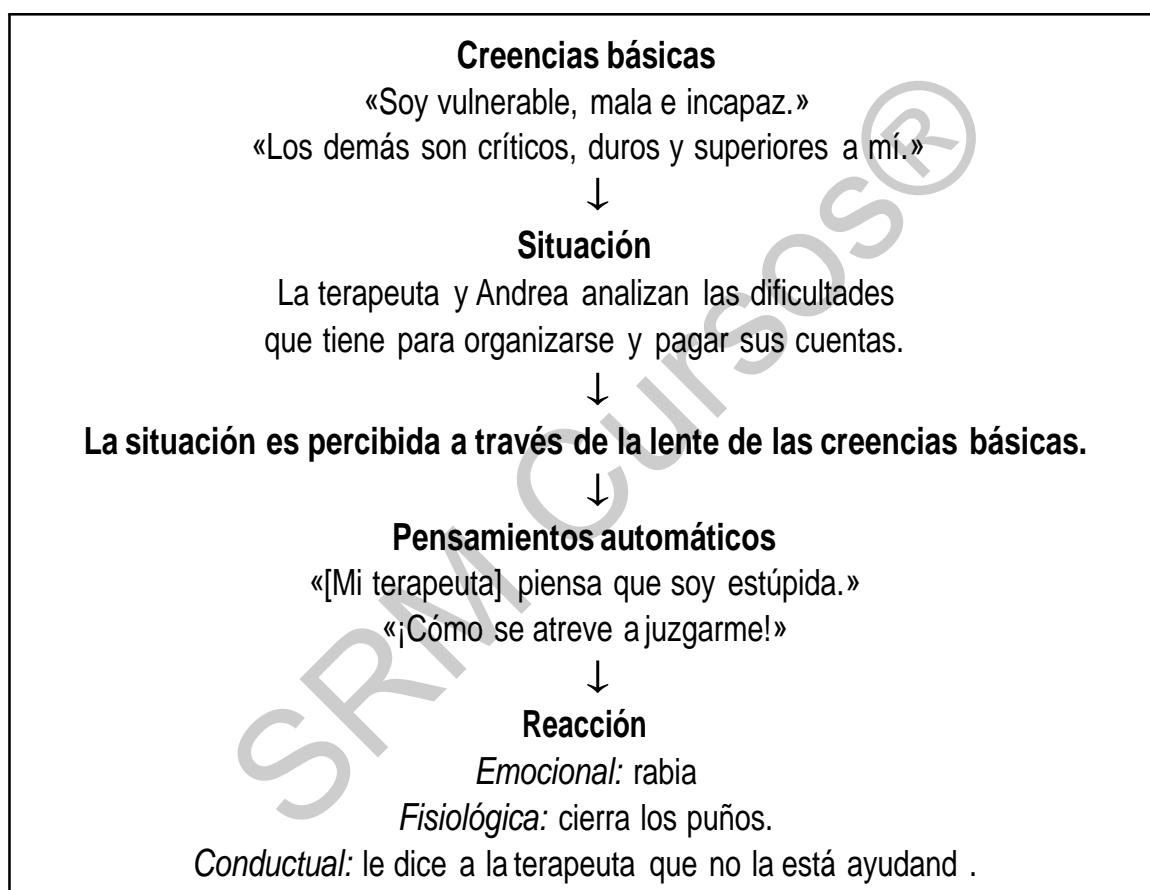
«¿Para qué [devolver una radio fallada a la tienda]? No me van a creer.»

«Si voy [a un grupo de apoyo recomendado por la terapeuta], los demás me mirarán con desdén.»

«La secretaria me está haciendo esperar a propósito.»

«[Mi terapeuta] es condescendiente conmigo.»

Estos pensamientos, llamados «pensamientos automáticos», surgen de modo espontáneo; Andrea no trata conscientemente de pensar de esa manera. ¿Por qué tiene esos pensamientos negativos? Andrea tiene la creencia básica o central de que es vulnerable, mala e incapaz. Cree que las demás personas son críticas, duras y superiores a ella. Dichas ideas actúan como un filtro o una lente a través de los cuales percibe las situaciones. Lo que dificulta el tratamiento de Andrea por parte de la terapeuta es que sus creencias disfuncionales se activan muy a menudo, no sólo en la vida cotidiana, sino también durante las sesiones de terapia, como se ilustra en el gráfico a continuación.



Al comienzo, la terapia era bastante difícil para Andrea y para la terapeuta. Las creencias negativas de Andrea se activaban con frecuencia. Por ejemplo, la terapeuta trata de establecer una agenda y le pregunta a Andrea sobre qué problema le gustaría trabajar. Andrea piensa: «Esto no sirve para nada. Estoy muy mal. No me puede ayudar». Luego se siente desesperanzada, se hunde en la silla y responde: «No sé». Cuando la terapeuta le pregunta si podría administrar su tiempo de otra manera (es decir, de forma más productiva) esa semana, Andrea piensa: «¿De qué está hablando? No puedo cambiar», y dice a la terapeuta, con un tono casi hostil: «Ni siquiera soy capaz de *imaginar* que puedo hacer algo más». Cuando la terapeuta

trata de ayudarla a evaluar uno de sus pensamientos automáticos, preguntándole: «¿Existe alguna prueba de que, tal vez, podrías llegar a tener cierto control [haciendo una pequeña tarea en casa]?», Andrea llanamente responde «NO», con un tono de voz que advierte a la terapeuta que no debe seguir insistiendo.

El diagrama de conceptualización cognitiva (Beck, 1995), en el gráfico 2.1, describe a Andrea de modo más completo, muestra cómo los elementos conceptuales básicos, las creencias básicas, los supuestos y los mecanismos de defensa (descritos más abajo) están vinculados unos con otros, tanto a la infancia de Andrea como a su experiencia actual. Ese esquema se explica de manera más detallada en las páginas 52-55.

## Creencias básicas

Cuando los niños se esfuerzan en darse un sentido a sí mismos, a los demás y a sus mundos, lo que hacen es organizar conceptos en la mente. Activamente buscan un significado y de forma continua incorporan nuevos datos en los esquemas o modelos existentes. Cuando perciben la experiencia de su infancia de forma negativa, los niños suelen comenzar a atribuirse cualidades también negativas. Si tienen suficientes experiencias positivas significativas, a veces son capaces de verse a sí mismos de manera negativa, pero en general creen que están bien son razonablemente eficaces, agradables y valiosos. Si no tienen esas experiencias, comienzan a verse de manera negativa a sí mismos, al mundo y/o a las demás personas.

Si esos conceptos negativos empiezan a organizar sus estructuras mentales, los niños quizá comiencen a procesar la información de manera equivocada y disfuncional, a percibir lo negativo y centrarse demasiado en ello, a no poder procesar la información positiva. En el capítulo 3, se describe cómo esa tendencia se arraiga con el tiempo lleva a los niños a un estado de vulnerabilidad como para desarrollar un trastorno del eje II (Beck *et al.*, 2004).

Por ejemplo, la infancia de Andrea estuvo marcada por una serie de experiencias negativas, que solían ocurrir a diario. Su familia era pobre. Tenía seis hermanos y hermanas. Su padre, alcohólico, abusó físicamente de Andrea y sus familiares. Su madre era una depresiva crónica, los castigaba y era física y emocionalmente hostil. Andrea fue objeto de abusos sexuales a los doce años por un tío y a los trece años por un vecino. No sorprende entonces que Andrea haya comenzado a formarse muchas ideas negativas sobre sí misma, los demás y su mundo. Por ejemplo, Andrea empezó a creer que era un

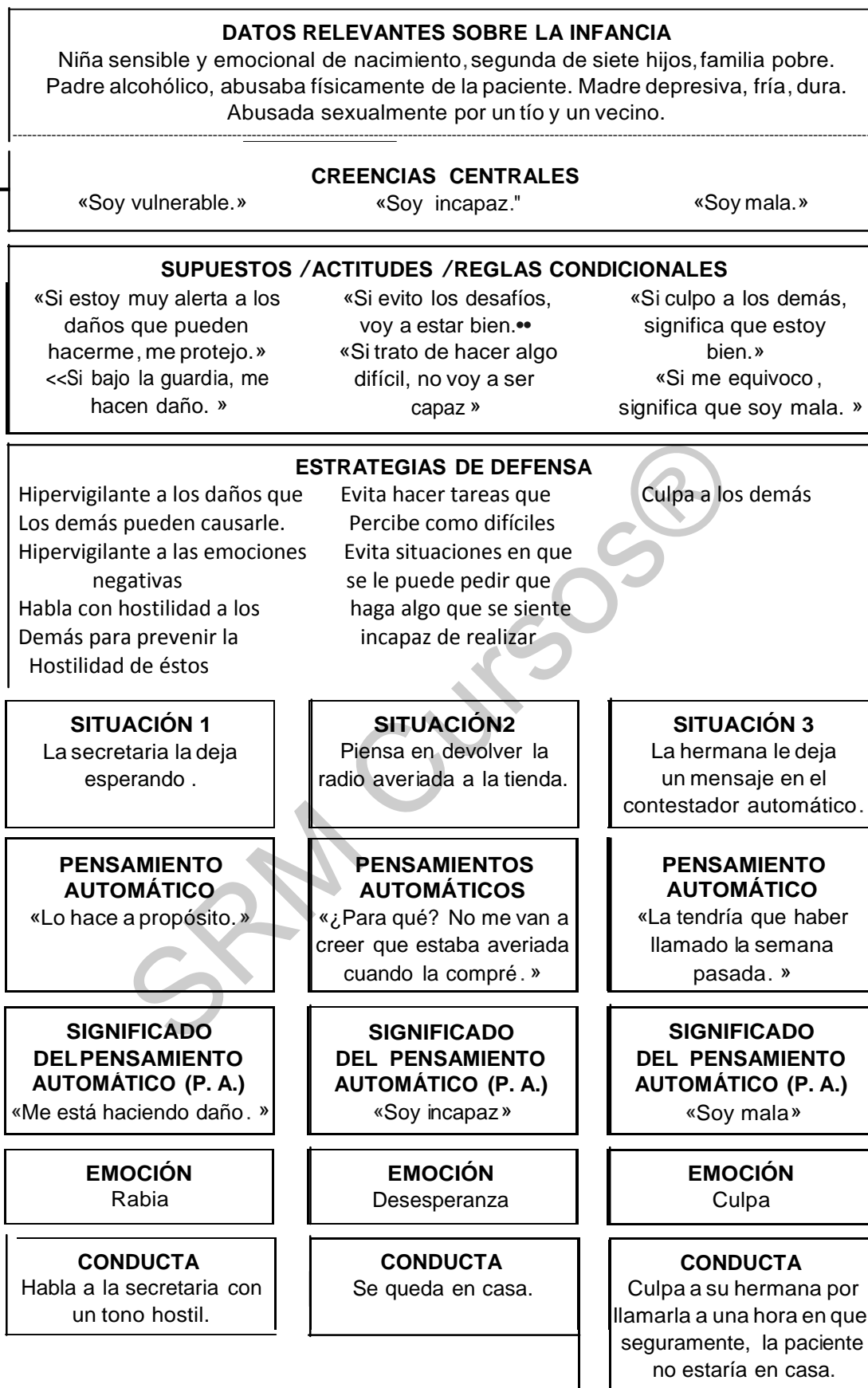


Gráfico 2. 1 Esquema de conceptualización cognitiva.

persona incapaz. Con el tiempo, esa creencia se estructuró en su mente.

Sin tener conciencia de ello, Andrea comenzó a concentrarse selectivamente en datos que sostenían dicha idea no sólo en las interacciones en el hogar, sino también en muchas situaciones y experiencias fuera de la casa. También inició la distorsión de toda información que no concordara con esa creencia. Por ejemplo, cuando un primo mayor le manifestó su aprecio por ocuparse de sus familiares, Andrea pensó que existiría algún otro motivo para que él fuera agradable con ella. Además, no reconocía o ponía demasiadas trabas en otros datos positivos; por ejemplo, que tenía interacciones con sus pares y con los adultos en los que sin duda ella era positiva y eficaz. De este modo, la creencia en su incapacidad se hizo cada vez más fuerte, mientras que su leve creencia en su condición positiva fue atenuándose.

www.srmcursos.com  
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

### **Creencias básicas sobre uno mismo**

Las creencias negativas de las personas sobre sí mismas pueden conceptualizarse ampliamente, ubicándolas en una de las tres categorías siguientes: la persona cree que no es capaz, que no es querible, que no es valiosa. Para planificar la terapia de modo adecuado, el terapeuta debería principiar por reunir datos acerca de su encuentro inicial con el paciente y, luego, formular hipótesis, basadas en los datos y más tarde confirmadas por el paciente, a fin de determinar si las creencias del paciente pertenecen a la categoría de ser incapaz, no ser querible o no ser valioso, o a alguna combinación de las tres. Los pacientes pueden tener una creencia básica disfuncional importante o muchas; sus creencias centrales pueden corresponder principalmente a una de las categorías enunciadas más arriba o a más de una.

La categoría de sentirse *no capaz* posee varios matices, pero en esencia tiene que ver con el sentimiento de incompetencia. Los pacientes expresan esa idea de maneras diferentes:

#### **Creencias básicas de no ser capaz**

- «Soy inapropiado, ineficaz, incompetente; no puedo hacerlo.»
- «No tengo fuerza, estoy fuera de control; no puedo cambiar; estoy paralizado, atrapado, soy una víctima.»
- «Soy vulnerable, débil, siempre necesito ayuda, es fácil hacerme daño.»
- «Soy inferior, un fracaso, un perdedor, no soy suficientemente bueno; no puedo compararme a los demás.»



Otros pacientes, que creen que *no pueden ser* o que *no son queridos*, están en condiciones de vincular esa creencia a la idea de la competencia. Así, creen o temen que nunca obtendrán la intimidad y la atención que desean. Expresan esa idea de la manera siguiente:

#### **Creencias básicas de no ser querible**

«Soy indeseable, a nadie le gusto, soy feo, aburrido; no tengo nada para ofrecer.»  
«Nadie me quiere, nadie me ama, nadie me presta atención.»  
«Siempre seré rechazado y abandonado; siempre voy a estar solo.»  
«Soy diferente, imperfecto, no soy lo suficientemente bueno como para ser querido.»

Los pacientes que sienten que *no son valiosos* pueden expresar esa idea de las siguientes maneras:

#### **Creencias básicas de no ser valioso**

«No soy valioso, soy inaceptable, malo, loco, estoy perdido, no valgo nada.»  
«Soy dañino, peligroso, el demonio.»  
«No merezco vivir.»

La creencia de no ser valioso a menudo tiene un matiz moral que la diferencia de las dos primeras categorías. Cuando un paciente expresa la creencia de no ser valioso, es importante verificar si esa falta de valor tiene para el paciente el peor significado o si las creencias de no ser capaz o no ser querible subyacen a la creencia de no ser valioso. Cuando Walter dice al terapeuta que no es valioso, el terapeuta va un poco más lejos: «Si es verdad que no tienes valor alguno, ¿cuál es el peor efecto que ello puede tener? ¿Que no puedes ser eficaz, productivo, o que nunca encontrarás el amor que buscas?)). Walter respondió que el segundo efecto era el peor. En cambio, cuando el terapeuta de Sasha le preguntó qué significaba para ella su creencia básica de no ser valiosa, ésta le respondió que nada era peor que eso, que no ser valiosa era, en sí misma, la peor posibilidad.

*¿Por qué es importante identificar la categoría de las creencias del paciente?*

La identificación rápida de la categoría a la que pertenecen las creencias de un paciente ayuda a orientar el tratamiento. En la mayo-

ría de los casos, el terapeuta pretende hacer surgir y modificar los pensamientos, las creencias y las conductas disfuncionales básicas del paciente. Una paciente que, en general, cree que es adecuada y eficaz, pero cuya creencia de no ser querible le provoca una angustia profunda debería ser incitada a realizar experimentos conductuales que la impulsen a relacionarse con los demás. Los pacientes que creen que pueden ser amados, pero que se sienten incapaces o incompetentes, deben llevar a cabo diversos experimentos donde se pongan en juego sus habilidades.

Conceptualizar correctamente la categoría o las categorías a las que pertenecen las creencias básicas de cada paciente es fundamental para conducir con eficacia la terapia. Por ejemplo, un terapeuta categorizó erróneamente la creencia central de su paciente. Edward mostraba muchos pensamientos automáticos sobre la pérdida de su esposa. «Soy tan mal marido. Seguramente ella (la esposa) está cansada. ¿Hasta cuándo me va a soportar? Seguro que me va a dejar.» También pensaba que molestaba a los demás: «Chuck [el mejor amigo del paciente] debe estar cansado de escuchar mis quejas. Seguramente piensa que soy un perdedor. Estoy convencido de que le gustaría más salir con otros amigos». Edward también evidenciaba pensamientos negativos sobre la relación con su madre: «Tendría que ir a verla. Seguramente piensa que no la quiero».

El terapeuta creía que esos pensamientos señalaban una profunda creencia de no ser querible. Por lo tanto, se concentró en los pensamientos automáticos de considerarse un mal marido, amigo e hijo y le propuso tareas para el hogar destinadas a ayudar a Edward a conectarse más con sus seres queridos y sus colegas. Edward manifestó leves mejorías. Finalmente, el terapeuta buscó de manera directa el *significado* de los pensamientos de Edward: «Si fuera verdad [que tu esposa desea dejarte, que tu amigo no quiere estar contigo, que tu madre piensa que no la quieres], ¿qué sería lo peor de todo ello?». Edward respondió: «No podría seguir adelante. No tendría a nadie para ayudarme. No sé qué haría».

Quedó claro que la preocupación mayor de Edward *no* consistía en que no recibiría atención y afecto (no ser querible); en cambio, estaba seguro de que si molestaba a los demás y perdía su apoyo y ayuda, no le sería posible seguir adelante (no ser capaz). Cuando el terapeuta orientó la terapia hacia la evaluación de los pensamientos automáticos sobre su condición de ineficaz e incompetente y hacia actividades que le hicieran sentir que era capaz, Edward mejoró rápidamente de su estado depresivo.

*Por qué los pacientes creen tan fuertemente en sus creencias básicas*

¿Por qué los pacientes se aferran tan tenazmente a sus creencias, incluso cuando se hallan ante muchos datos que indican lo contrario? Robin cree, de modo insistente, que es mala, también cuando tiene muchas pruebas de lo contrario. Es una empleada eficiente, su mejor amiga la trata bien y la alaba con frecuencia, se ocupa de su madre anciana, tiene una buena relación con su hermana y sus vecinos parecen quererla. Un factor muy determinante que contribuye a su creencia de que es mala es la manera en que procesa la información.

- *Permanentemente se concentra de manera selectiva en los datos que confirman su percepción negativa.* Se observa, y se califica a sí misma como mala, cada vez que percibe que ha cometido un error o que no ha alcanzado sus expectativas (exageradamente altas); cada vez que cree que no ha alcanzado las expectativas de los demás con respecto a ella y cada vez que recibe una reacción negativa (o, a veces, neutral incluso) por parte de los demás. En el transcurso de un día, por ejemplo, se califica como mala cuando se va de su apartamento sin ordenarlo; cuando llega al trabajo diez minutos tarde (porque el autobús ha llegado con retraso); cuando su jefe le señala un error mecanográfico o cuando se da cuenta de que ha olvidado devolver una llamada a su madre.
- *Deja de lado los datos que contradicen su creencia.* Cuando Robin se encuentra ante datos positivos, no los incorpora directamente. Si hace un esfuerzo considerable para ayudar a su vecino a trasladar unos muebles, piensa: «Podría haberlo ayudado más». Cuando ayuda a su madre, piensa: «No lo estoy haciendo por amor, sólo por obligación».
- *No puede reconocer datos que contradicen su creencia.* Robin no registra el hecho de que llega puntualmente al trabajo veinte de los veintiún días del mes, que todos los días es amable con sus colegas y que con frecuencia ayuda a su madre. No obstante, hubiese llegado a la conclusión de que es mala si *no* hubiera hecho todo ello.

Este proceso distorsionado no es voluntario. Se produce de forma automática, sin que Robin tenga conciencia de él. Por fortuna, la terapeuta de Robin puede ayudarla a comprender su procesamiento de información erróneo y a contrarrestarlo (véase el capítulo 13). Robin aprende con ello a ver su conducta disfuncional y sus experiencias negativas de una manera menos dramática. También aprende a respon-

der de forma adaptada a la descalificación que efectúa de sus conductas y experiencias positivas, así como a identificar y valorar los datos positivos sobre sí misma que previamente no había reconocido.

### **Creencias básicas sobre los demás**

Los pacientes que presentan problemas difíciles suelen sobregeneralizar y percibir a los demás de manera rígida y dicotómica. En general, no perciben que los otros son seres humanos complejos, que muestran sus características en mayor o en menor grado en diversas situaciones. En cambio, los califican de manera categórica como blanco o negro y, con frecuencia, sus percepciones son exageradamente negativas: no prestan atención, no les importa nada, son manipuladores, siniestros. Por contra, también pueden ver a los demás de una manera exageradamente positiva, como seres superiores, del todo eficaces, dignos de ser amados, valiosos (mientras que ellos, no lo son).

### **Creencias básicas sobre el mundo**

Estos pacientes, por lo general, tienen creencias disfuncionales sobre su mundo personal. Es posible que crean que, debido a los obstáculos que el mundo les presenta, no pueden lograr lo que quieren de la vida. Seguramente expresen sus creencias de esta forma: «El mundo es injusto, poco amigable, impredecible, incontrolable, peligroso». Lo más común es que esas creencias sean más bien globales y sobregeneralizadas.

Los pacientes que poseen una serie de creencias básicas activadas simultáneamente sobre sí mismos, los demás y sus mundos con frecuencia creen que no disponen de un lugar seguro donde funcionar. Andrea, por ejemplo, considera que su mundo es peligroso, que ella es incompetente y que necesita la ayuda de los demás desesperadamente. No obstante, a su vez, cree que los demás no se interesan por ella y le hacen daño. Así, según sus aferradas creencias básicas, debe estar sola, sentirse incapaz y vulnerable o colocarse a merced de los otros, que son dañinos. Subjetivamente, piensa que de ambas maneras está condenada. Andrea halla que el resto la desaprueba, lo que confirma aún más su red de creencias disfuncionales.

## **Estrategias conductuales**

Las personas que tienen opiniones extremas de sí mismas, de los demás y de sus mundos sufren mucho. Los pacientes con problemas di-

ficiles a menudo adquieren ciertos patrones de conducta para protegerse, a fin de afrontar o de compensar sus creencias negativas (Beck *et al.*, 2004). Andrea, por ejemplo, creía que era vulnerable y que los demás eran potencialmente dañinos para ella. Por lo tanto, desarrolló una estrategia para permanecer hiperalerta a la conducta de los demás y reconocer posibles signos de maldad. Cuando percibía (tal vez de forma errónea) un maltrato, su estrategia era atacar verbalmente a la otra persona.

Janice también pensaba que era débil y que los demás eran potencialmente dañinos. Su estrategia, en cambio, era estar hipervigilante con respecto a las maneras negativas de los demás, hacer todo lo posible por agradecerles y aplacarlos, posponer sus propios deseos y evitar los conflictos a cualquier precio.

Cuando son niños o jóvenes, los pacientes con dificultades prolongadas desarrollan este tipo de estrategias conductuales a menudo. Estos patrones de conducta pueden (o no) haber sido más funcionales para ellos en una etapa anterior de su vida, pero por lo general se vuelven cada más disfuncionales cuando la persona se desarrolla y comienza a afrontar nuevas situaciones vitales. El uso abusivo de estas estrategias mal adaptativas puede protegerlos de una activación de su creencia básica en un momento dado. Sin embargo, dicha conducta normalmente no borra la creencia básica. Cuando Andrea es verbalmente agresiva con otras personas para evitar un maltrato, su creencia básica de vulnerabilidad no resulta afectada. Sigue creyendo: «Si no lo hubiera hecho [atacado verbalmente], me habrían maltratado». Cuando Janice trata de complacer a los demás, cree: «Si no hubiera tratado de complacerlos, me habrían herido».

Antes de la terapia, los pacientes varían en el grado de conciencia que tienen de estos patrones de conducta, pero por lo general es bastante fácil identificarlo. Comprender las creencias básicas y los supuestos de los pacientes es fundamental para descubrir por qué se comportan de la manera en que lo hacen. Su conducta dota de sentido a sus creencias.

Creencia básica	Estrategias de defensa
«Soy incapaz.» «No soy nada.» «Soy vulnerable.»	Depende de los demás o trata de sobreexigirse. Se retira, evita la intimidad, es exagerado o actúa con presunción. Actúa con fuerza, domina o evita toda posibilidad de que lo hieran.

Cada trastorno de la personalidad tiene un conjunto propio de creencias básicas, supuestos y estrategias (descrito en el capítulo 3). A continuación, se dan ejemplos de cómo los diferentes pacientes actúan ante la misma creencia básica.

## Supuestos, reglas y actitudes

Una manera de comprender las estrategias conductuales de los pacientes es el examen de una clase de cogniciones que se encuentra entre sus pensamientos automáticos más superficiales y sus creencias básicas más profundas. Los supuestos, las reglas y las actitudes forman ese grupo intermedio de creencias (Beck, 1995; véase también el capítulo 12). Los *supuestos condicionales* demuestran cómo las estrategias conductuales están conectadas con nuestras creencias básicas. Por lo general, los pacientes creen que si emplean sus estrategias de defensa estarán bien, pero que si no lo hacen, no lo estarán y sus creencias básicas se volverán evidentes o verdaderas.

- «Si soy hipervigilante al daño que pueden hacerme y soy hostil con los demás, puedo protegerme, pero si no estoy alerta, los demás pueden dañarme.»
- «Si mantengo el *statu quo*, voy a estar bien, pero si trato de hacer algún cambio, no voy a poder.»
- «Si cometo un error, significa que soy malo.»

Una razón por la que pacientes como Andrea son difíciles de tratar es que a menudo hacen las mismas suposiciones sobre su terapeuta y el proceso de la terapia que sobre las otras personas y las otras situaciones, y que utilizan sus estrategias de defensa mal adaptativas en el tratamiento. Al comienzo de la terapia, Andrea estaba hipervigilante al daño y percibía que su terapeuta estaba tratando de disminuirla, por eso respondía de manera crítica y hostil. Creía que era incapaz de mejorar su vida, por ello se resistía ante los intentos de la terapeuta de que considerara los objetivos de la terapia o de que hiciera pequeños cambios. Andrea también evitaba revelar información sobre ella, pues consideraba que si lo hacía, la terapeuta la rechazaría.

Los pacientes también expresan las ideas que forman sus suposiciones de otras formas, a través de *reglas* y *actitudes*. La regla «No debo revelar mucho sobre mí misma» puede asociarse a la suposición «Si revelo información sobre mí, seré rechazada o herida». La acti-

tud «Es terrible cometer un error» puede derivar del supuesto «sí cometo un error, significa que soy incompetente». Suele ser útil deducir el supuesto en que se basa una regla o una actitud, a fin de probar la idea de manera más eficaz.

### **Suposiciones centrales *versus* subconjuntos de suposiciones**

Los pacientes tienen miles de suposiciones. Por ello, es fundamental identificar las más amplias y centrales, para que el terapeuta pueda conducir la terapia de manera correcta. Las más importantes suelen estar vinculadas a las creencias básicas del paciente. También es relevante determinar si una nueva suposición que se descubre en terapia representa un nuevo tema que puede necesitar atención o si la suposición es sólo un subconjunto de una suposición central previamente identificada.

Por ejemplo, Alison sostenía la siguiente suposición amplia, central:

www.srmcursos.com  
CURSOS DE CIENCIAS PSICOLOGIA

«Si tengo emociones negativas, me derrumbaré.»

Esa suposición tenía un subconjunto de suposiciones más limitadas:

«Si me concentro en lo que está diciendo el terapeuta, me voy a sentir muy mal y no voy a ser capaz de soportarlo.»

«Si hago las tareas en el hogar, voy a tener que pensar sobre mis problemas y no voy a poder tolerar los malos sentimientos que poseo.»

«Si pienso en confrontar [aunque sea gentilmente] a mi madre, me voy a sentir tan angustiada que me voy a volver loca.»

En una sesión de terapia posterior, mientras analizaban cómo Alison podría pasar el fin de semana, ésta expresó otra suposición:

«Si no hago lo que mi hermana quiere, se sentirá mal.»

La terapeuta no había reconocido previamente el tema inherente a esa suposición. Se preguntaba si Alison tenía una suposición más amplia, de la que esta primera era un subconjunto, por ejemplo, «si decepciono a los demás, soy mala». Sin embargo, tras formular varias preguntas, la terapeuta determinó que Alison, por lo general, no confería un significado especial a no complacer a su hermana o a otras personas. La suposición que hacía con respecto a su hermana era específica de la situación y no estaba vinculada a un supuesto

más amplio e importante. Tras haber comprendido que la suposición no formaba parte de un patrón más amplio, la terapeuta rápidamente pudo pasar al análisis de problemas y cogniciones más centrales.

## **El esquema de conceptualización cognitiva**

Un esquema de conceptualización cognitiva sirve al terapeuta para organizar la gran cantidad de datos que obtiene sobre y de los pacientes. Le ayuda a:

- Identificar las creencias básicas, las suposiciones, las estrategias conductuales de los pacientes.
- Comprender por qué los pacientes se han formado esas creencias extremas sobre sí mismos, los demás y sus mundos
- Comprender por qué las estrategias conductuales de los pacientes están conectadas con sus creencias básicas.
- Determinar sobre qué creencias y estrategias conductuales se debe trabajar prioritariamente.
- Comprender por qué los pacientes actualmente reaccionan de determinada manera: de qué manera sus creencias influyen en sus percepciones de las situaciones presentes y de qué manera esas percepciones influyen, a su vez, en sus reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas.

El esquema de conceptualización cognitiva que figura en el gráfico 2.1, por ejemplo, organiza gran parte del material que ya hemos presentado sobre Andrea y añade información sobre sus experiencias en la infancia, que ayudan a explicar por qué se ha formado ideas tan extremas sobre sí misma, los demás y su mundo.

La parte inferior del esquema ilustra el modelo cognitivo: en situaciones específicas, los pacientes tienen algunos pensamientos que influyen en sus reacciones. El terapeuta la hallará útil para completar mentalmente los casilleros del esquema a partir del primer contacto con un paciente. Sin embargo, es mejor comenzar a completar el esquema (a lápiz) tras unas pocas sesiones, en las que se hayan identificado patrones importantes (1) en situaciones que provocan angustia; (2) en los pensamientos automáticos del paciente; (3) en sus reacciones emocionales y (4) en sus reacciones conductuales. Es conveniente poner un signo de interrogación junto a cada hipótesis no confirmada con el paciente, dado que una característica



fundamental de la terapia cognitiva es que la conceptualización deriva directamente de la información que cada paciente proporciona.

Cuando elige problemas o situaciones de la parte inferior del esquema, el terapeuta busca los que son más típicos del paciente y diferentes de los de otro, es decir, aquellos que ejemplifican diferentes temas de los pensamientos automáticos del paciente y diferentes aspectos del funcionamiento y las reacciones del paciente. El hecho de elegir situaciones en las que los pensamientos automáticos son demasiado similares, por ejemplo, puede inducir al terapeuta a no tomar en consideración creencias importantes. Por otro lado, la elección de situaciones que no son típicas del paciente también llevará a una conceptualización equivocada.

La parte inferior del esquema es, en realidad, una sobresimplificación. Como se describe al final de este capítulo, los pacientes pueden tener pensamientos automáticos asociados a diferentes emociones en una situación dada y pueden percibir sus reacciones (emocionales, conductuales y fisiológicas) de manera disfuncional. Además, los pacientes suelen tener una *serie* de pensamientos antes de adoptar conductas disfuncionales.

Por otra parte, en especial con los pacientes que tienen dificultades complejas, tres situaciones es muy poco, pues el terapeuta puede necesitar varias (o muchas) más para captar plenamente las creencias y estrategias disfuncionales del paciente. También es útil registrar las situaciones en que el paciente despliega conductas que interfieren con la terapia, como las que se describen en el capítulo I. Por ejemplo, si el terapeuta no ha cometido un error terapéutico, es útil conceptualizar los pensamientos del paciente que inducen conductas como decir permanentemente «No sé», no tener continuidad en las tareas en casa o hablar de manera hostil al terapeuta. En el gráfico 2.2, se muestran tres situaciones en las que Andrea mostró conductas disfuncionales durante la sesión. Obsérvese que las suposiciones condicionales de la paciente sobre la terapia y la terapeuta son subconjuntos de las suposiciones más amplias que figuran en el esquema de conceptualización cognitiva del gráfico 2.1.

Al completar la parte inferior del esquema, la terapeuta de Andrea le pregunta acerca del *significado* de sus pensamientos automáticos. Esos significados están vinculados a las creencias básicas de Andrea sobre sí misma, como se muestra en la parte superior del esquema. En realidad, las creencias básicas de la paciente actúan como una lente que afecta las percepciones de Andrea y, como tal, están entre la situación y los pensamientos automáticos. No obstante, durante el tratamiento, el terapeuta por lo general hace surgir las creen-

**DATOS RELEVANTES SOBRE LA INFANCIA**

Véase el esquema de conceptualización cognitiva en el gráfico 2.1

**CREENCIAS BÁSICAS**

«Soy vulnerable. »

«Soy incapaz. »

«Soy mala.»

**SUPOSICIONES / ACTITUDES / REGLAS CONDICIONALES  
relacionadas con la terapia**

«Si doy a la terapeuta una respuesta vaga, no va a insistir. Pero si le cuento que tengo un problema, voy a tener que concentrarme en éste y me voy a sentir muy mal. »

«Si evito hacer la tarea en el hogar que me asigna la terapeuta, no voy a fracasar. Pero si trato de hacerla, no voy a poder. »

«Si culpo a la terapeuta, puedo verla como mala. Pero si acepto la responsabilidad, tendré que afrontar que yo soy mala. »

**ESTRATEGIAS DE DEFENSA relacionadas con la terapia**

Da respuestas vagas.  
Dice «no sé».  
Cambia de tema.  
Contesta abruptamente para terminar la conversación.

Evita hacer una parte o toda la tarea para el hogar que le asigna la terapeuta.

Culpa a la terapeuta.

**SITUACIÓN 1**

La terapeuta pregunta a la paciente cómo van las cosas con su madre.

**SITUACIÓN2**

La paciente piensa acerca de hacer la tarea en el hogar.

**SITUACIÓN3**

La paciente está esperando en la sala de espera, antes de la sesión.

**PENSAMIENTO AUTOMÁTICO**

«No quiero hablar de eso. »

**PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**

«Esto es muy duro. Y además, ¿para qué sirve? Nunca voy a sentirme mejor»

**PENSAMIENTO AUTOMÁTICO**

«Tendría que haber hecho la tarea.»

**SIGNIFICADO DEL P. A.**

«Me angustio mucho. »

**SIGNIFICADO DEL P. A.**

«Soy incapaz. »

**SIGNIFICADO DEL P. A.**

«Soy mala»

**EMOCIÓN**

Angustia

**EMOCIÓN**

Desaliento

**EMOCIÓN**

Culpa

**CONDUCTA**

Da respuestas vagas con un tono de voz abrupto.

**CONDUCTA**

No hace la tarea.

**CONDUCTA**

Critica a la terapeuta por no darse cuenta de que no podna hacer la tarea.

Gráfico 2.2. Esquema de conceptualización cognitiva que ilustra las conductas interferentes con la terapia.

cías del paciente, preguntándole por el significado de sus pensamientos automáticos. Por ello, el casillero del significado está ubicado debajo del casillero del pensamiento automático. Más adecuadamente, el casillero podría aparecer encima del casillero del pensamiento automático y podría llamarse «Creencia que influye en la percepción que el paciente tiene de la situación»).

En el caso de Andrea, ella cree, desde su infancia, que es mala, incapaz y vulnerable. ¿Cómo ha llegado a formarse esas creencias? Los datos que se presentan en el casillero superior dejan claro por qué comenzó a verse a sí misma y a los demás de manera tan negativa. Creció en un hogar caótico y abusivo. En algún momento del tratamiento, su terapeuta resumirá las experiencias de la infancia de Andrea y la ayudará a ver que muchos niños que sufrieron el mismo tipo de trauma que ella pueden haber crecido con creencias extremas sobre sí mismos y los demás, pero que esas creencias pueden no ser ciertas, o no del todo ciertas.

Su terapeuta también le ayuda a entender que, dadas esas creencias tan negativas y disfuncionales sería natural, para alguien como Andrea, desarrollar algunas estrategias defensivas para seguir adelante. La terapeuta de Andrea revisa sus suposiciones condicionales para que la paciente pueda comenzar a comprender por qué suele comportarse de manera disfuncional. Andrea cree implícitamente que si utiliza sus estrategias de defensa, estará bien, pero si no las utiliza, sus creencias básicas se harán evidentes para ella y los demás.

## **Versión elaborada del modelo cognitivo**

Suele ser importante hacer más complejo el modelo cognitivo simplificado que presentamos al comienzo de este capítulo y el esquema de conceptualización cognitiva. Los terapeutas y los pacientes deben reconocer que una gama de situaciones (que no son todas acontecimientos particulares) puede desencadenar pensamientos automáticos. Además, la secuencia entre un acontecimiento desencadenante y una conducta posible puede ser compleja.

### **Situaciones / desencadenantes**

La mayor parte de las personas piensa que las situaciones son acontecimientos particulares, como conducir hasta la terapia, tener una discusión con un socio, enfadarse al abrir una carta. Sin embargo, cada componente del modelo cognitivo puede convertirse en un desencadenante de alguna situación. Por ejemplo, Joel se sentía bien hasta

que terminó una conversación telefónica con su madre, pues percibió que ésta estaba criticándolo por no llamarla lo suficiente (primera situación). Joel pensó: «¿Por qué siempre tiene que quejarse de que no la llamo lo suficiente? ¿No se da cuenta de que tengo una vida propia?». Se sintió molesto. Luego, Joel reflexionó sobre esos pensamientos (segunda situación) y tuvo otra serie de pensamientos: «No debería pensar mal de mamá. Es mayor y está sola». Entonces, se sintió culpable. Más tarde, observó que se estaba sintiendo culpable (tercera situación) y pensó: «Soy un adulto. ¿Cómo me puede seguir afectando tanto lo que diga mamá? Hay algo que no está bien»). En ese momento, se sintió triste y se hundió en el sillón. Tras ello, reflexionó sobre su conducta (cuarta situación) y pensó: «No debería sentarme aquí. ¿Qué me pasa?»), y se sintió enfadado consigo mismo.

Las situaciones que desencadenan los pensamientos automáticos pueden ser:

- acontecimientos particulares
- pensamientos angustiantes
- recuerdos
- imágenes
- emociones
- conductas
- sensaciones fisiológicas
- sensaciones mentales

www.srmcursos.com  
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

En resumen, la situación, en el modelo cognitivo, puede ser cualquier condición o acontecimiento interno o externo que las personas evalúan de una manera personalmente significativa (véase gráfico 2.3).

### *Cuando los pensamientos automáticos son situaciones estímulo*

Los pensamientos automáticos se convierten en situaciones cuando los pacientes los perciben, es decir, cuando los pacientes toman conciencia de sus pensamientos automáticos y tienen otros pensamientos automáticos sobre ellos. A menudo, los pensamientos automáticos originales y las apreciaciones sobre éstos se expresan de forma oral. Por ejemplo, Bennet vio a una persona sin techo tirada en la acera, gritando obscenidades (situación 1) y tuvo el pensamiento: «Esta persona es desagradable»). Tomó conciencia de ese pensamiento (situación 2) y evaluó: «Nunca debería pensar cosas así. Estoy realmente mal.

1. Acontecimiento particular: el terapeuta pregunta a la paciente si ha hecho la tarea.  
  
Pensamiento automático: «Si le digo que no la hice, se enfadará.»
2. Pensamientos angustiosos: la paciente se percibe a sí misma obsesionada por los gérmenes.  
  
Pensamiento automático: «Otra vez pensando lo mismo. Debo de estar loca».
3. Recuerdo: la paciente de pronto recuerda que fue atacada.  
  
Pensamiento automático: «Siempre me van a asediar estos recuerdos».
4. Imagen: la paciente imagina a su padre teniendo un accidente automovilístico.  
  
Pensamiento automático: "¡Oh, no! Seguramente estoy deseando de alguna manera que le pase algo malo».
5. Emoción: la paciente se da cuenta de que está bastante enfadada.  
  
Pensamiento automático: «Definitivamente, hay algo que está mal conmigo. La gente normal no se molesta por algo tan trivial».
6. Conducta: la paciente acaba de vomitar.  
  
Pensamiento automático: «Nunca voy a superar este trastorno de la alimentación»
7. Sensación fisiológica: la paciente siente una presión en el pecho.  
  
Pensamiento automático: «Voy a tener un ataque al corazón».
8. Experiencia mental: la paciente reconoce que sus pensamientos son cada vez más frecuentes.  
  
Pensamiento automático: «Me estoy volviendo loca».

Gráfico 2.3. Ejemplos de situaciones desencadenantes.

Los pensamientos automáticos también pueden presentarse como imágenes. Dena oyó un ruido (situación 1) y tuvo una imagen en la que su bebé se caía por las escaleras. Tomó conciencia de esa imagen

(situación 2) y la evaluó: «Como tuve esa imagen [del bebé cayendo por las escaleras], ¡tal vez deseo que suceda!».

Cuando los pacientes evalúan sus pensamientos, los terapeutas deben conceptualizar si se concentran en el pensamiento automático original o en su apreciación. Con frecuencia, esto último es mucho más importante.

### *Cuando las reacciones son situaciones estímulo*

Las reacciones de los pacientes pueden dividirse en tres categorías: emocional, conductual y fisiológica. Es importante determinar si la reacción es molesta para ellos. Con frecuencia, los pacientes se angustian por sus *emociones negativas*. Phil, por ejemplo, estaba en una farmacia (situación 1) y pensó: «¿Qué pasa si el medicamento no me ayuda?». Ese pensamiento lo angustió bastante. Luego, notó que angustiado se estaba sintiendo (situación 2) y pensó: «Mi angustia nunca va a desaparecer», y comenzó a sentirse apesadumbrado.

A veces, los pacientes se angustian por su *conducta*. Mary vio una bandeja de galletas en el trabajo (situación 1) y pensó: «Está bien si como sólo una»; tomó una galleta y la comió. Cuando terminó de comerla, se dio cuenta de lo que había hecho (situación 2) y pensó: «¡Oh, no! No debería haberla comido. He roto la dieta. Ahora puedo comer más y recomenzar la dieta mañana».

En ocasiones, los pacientes se sienten muy angustiados por sus *reacciones fisiológicas*. William, por ejemplo, estaba conduciendo (situación 1), tuvo pensamientos e imágenes automáticos de que iba a chocar, se sintió angustiado y se dio cuenta de que el corazón le había comenzado a latir con bastante rapidez. Notó el ritmo acelerado de su corazón (situación 2) y pensó: «¡Uh, no! ¿Qué me está pasando?».

De hecho, puede ser más importante concentrarse en la interpretación que los pacientes hagan de sus reacciones que en la situación desencadenante inicial.

## **Secuencias elaboradas del modelo cognitivo**

Tras haber identificado una situación problemática, el terapeuta debería determinar si existe una secuencia extensa de pensamientos, acontecimientos y reacciones, de tal modo que el terapeuta y el paciente puedan decidir juntos por dónde comenzarán a trabajar. Es habitual que el terapeuta deba interrogar cuidadosamente al paciente para determinar sus pensamientos automáticos antes, durante y después de una situación dada. De ese modo, el terapeuta podrá conceptualizar el problema en que se concentrará:

- Es la situación problemática misma
- En uno o varios de los pensamientos automáticos sobre la situación
- En las creencias disfuncionales que se activan
- En la relación emocional del paciente
- En la conducta del paciente
- En la apreciación del paciente sobre sus pensamientos, su reacción emocional y su conducta.

Es particularmente importante establecer una secuencia elaborada cuando el paciente ingresa en un ciclo disfuncional de pensamiento-emoción-conducta-reacción fisiológica, como en un ataque de pánico o cuando el paciente adopta una conducta compulsiva, como abusar de las drogas, darse un atracón y luego vomitar, ser violento con los demás o adoptar conductas autodestructivas.

### *Ejemplo de caso 1*

Maria siempre tenía una secuencia predecible de acontecimientos antes y durante un ataque de pánico (a pesar de que ella y su terapeuta a veces no podían identificar el acontecimiento específico desencadenante). Una secuencia típica era la siguiente (véase el gráfico 2.4): Maria está conduciendo su coche en una autopista, va con su marido. Ve una señal y se da cuenta de que la próxima salida está muy lejos. Piensa: «¿Qué pasa si me siento mal y necesito ayuda?»>>

Ese pensamiento induce a Maria a sentirse angustiada y el corazón comienza a latirle muy rápido. Se da cuenta de ese ritmo cardíaco acelerado y piensa: «¿Qué me pasa?». También se imagina teniendo un ataque al corazón. A continuación, se siente mucho más angustiada y su cuerpo reacciona: el corazón empieza a latir más fuerte, respira rápida y profundamente, le nace una sensación de dolor en el pecho. Mientras se concentra en su reacción física, sus sensaciones se intensifican, y comienza a creer que está por sufrir un ataque al corazón. Su angustia aumenta hasta el pánico, su cuerpo reacciona (es decir, sus sensaciones se intensifican), se concentra más aún en sus sensaciones y está cada vez más convencida de que está sufriendo un ataque cardíaco.

El ciclo continúa durante otros diez minutos, hasta que su cuerpo se queda sin adrenalina y las sensaciones comienzan a atenuarse. Después del ataque de pánico, piensa: «Fue horrible. Mejor que no me vuelva a ocurrir, la próxima vez podría morir». Se siente angustiada y su creencia de que es vulnerable se acentúa.

*Situación 1:* la paciente se da cuenta de que está lejos de un hospital.

↓

Activación del esquema con la creencia: «Soy vulnerable».

↓

Pensamiento automático: «¿Qué pasa si me siento mal y necesito ayuda?»

↓

Emoción: angustia

↓

Reacción fisiológica: se aceleran los latidos del corazón.

↓

*Situación 2:* la paciente se da cuenta de que el corazón le late más rápido de lo normal.

↓

Pensamiento automático: «¿Qué me pasa? ». Imagen de sí misma teniendo un ataque al corazón.

↓

Emoción: la angustia se intensifica.

↓

Reacción fisiológica: el corazón le late más fuerte, hiperventila, se queda sin aliento, le duele el pecho.

↓

Conducta y *Situación 3:* se concentra en sus síntomas físicos.

↓

Pensamiento automático: «Me siento cada vez peor».

↓

Emoción: la ansiedad sigue intensificándose.

↓

Reacción fisiológica y *Situación 4:* los síntomas se intensifican.

↓

Pensamiento automático: «¡Estoy teniendo un ataque al corazón! ».

↓

Emoción: pánico.

↓

*Situación 5:* el ataque de pánico disminuye.

↓

Pensamiento automático: «Fue horrible. Si vuelve a pasar, la próxima vez puedo morir».

↓

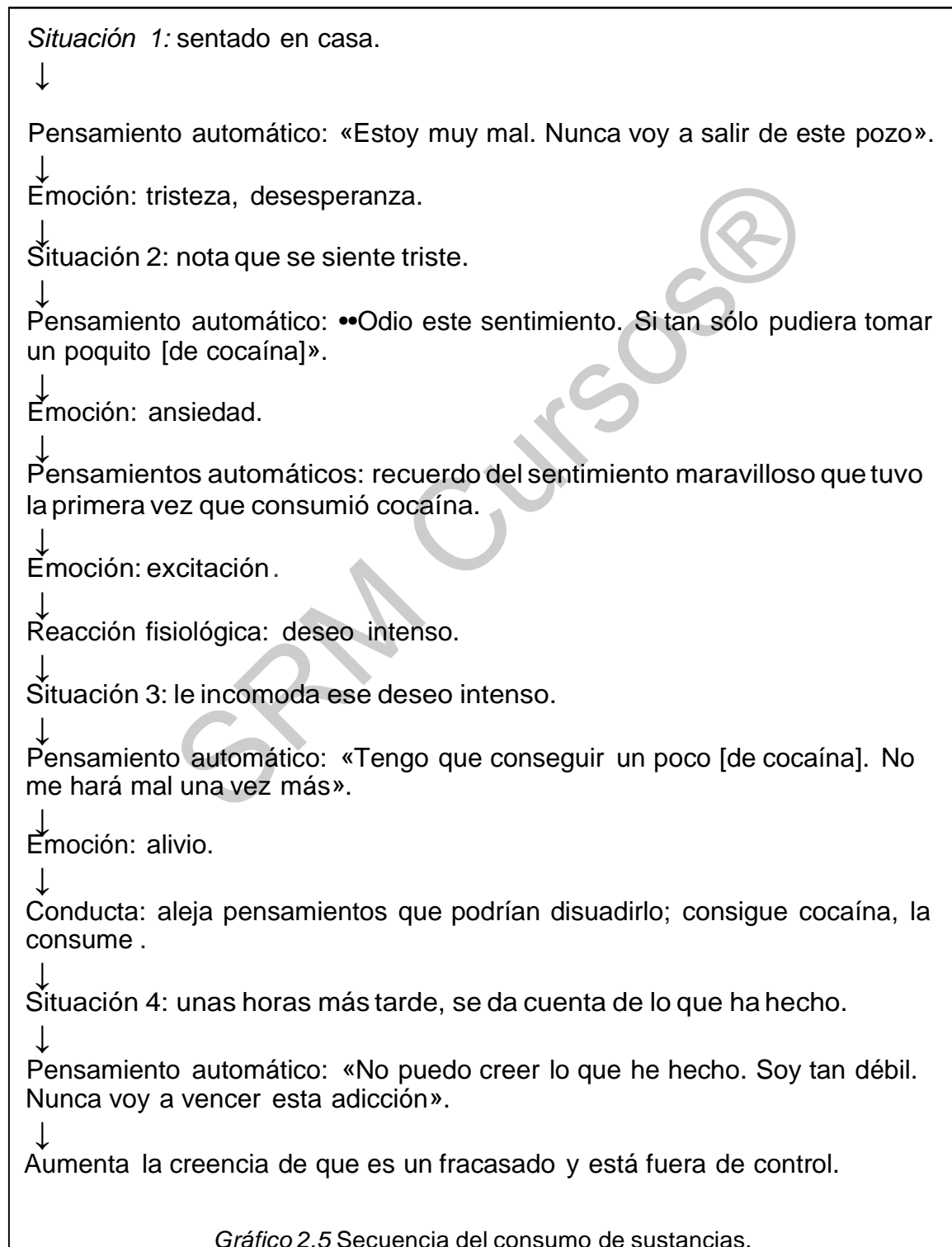
Aumenta la creencia de vulnerabilidad.

Gráfico 2.4 Secuencia del ataque de pánico.



## Ejemplo de caso 2

Patrick atraviesa una secuencia particular de pensamientos, sensaciones y conductas justo antes de consumir drogas (véase gráfico 2.5). Por ejemplo, está en su casa, pensando en qué poco dinero tiene, y se siente triste. Se da cuenta de que le está embargando la tristeza y



piensa: «Odio este sentimiento. Si sólo pudiera tomar un poquito [de cocaína]». Después, recuerda la primera vez que tomó cocaína y lo bien que se sintió. Esa imagen le provoca un fuerte deseo y siente una necesidad urgente de consumir. Piensa: «Tengo que conseguir algo. Una vez no me va a hacer mal». Luego, Patrick concibe un plan para conseguir cocaína, concentra su atención en el plan y aleja pensamientos que podrían disuadirlo de hacerlo. Entonces ejecuta el plan, consigue la cocaína y la consume. Unas horas más tarde, se siente muy mal otra vez. Sus creencias de que es un fracasado y está fuera de control se intensifican y lo predisponen a una recaída mayor.

WWW.SIMCURSOS.COM  
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGIA

### *Ejemplo de caso 3*

Pamela tiene bulimia. Su conducta de devorar la comida es típica (véase el gráfico 2.6). Cuando ha terminado el último turno en la fábrica donde trabaja, vuelve a su casa, un apartamento vacío, y siente que no tiene nada que hacer. «Podría lavar la ropa», piensa, «pero, en realidad, no tengo ganas de hacerlo». Comienza a pensar en su familia y sus amigos, que viven a más de una hora de viaje. Se da cuenta de que está muy sola y piensa: «No puedo soportar esta angustia. ¿Qué hago?». Trata de leer una revista, pero no puede concentrarse. Piensa: «La comida me calmará. Sé que he comido mucho hoy, pero me siento demasiado mal, no puedo evitarlo».

Pamela recuerda que hay helado en la nevera. Tiene una imagen visual y una sensación somática de comer el helado, que es bastante agradable. La imagen desencadena un fuerte deseo, y Pamela siente la urgencia de buscar el helado y comerlo. Pasa por alto los pensamientos que la desalientan de ir hasta la nevera y toma la decisión de comer. Habiendo tomado esa decisión, siente alivio. Coge el cuarto de helado de la nevera y comienza a ingerirlo. Se dice a sí misma que se detendrá después de unos bocados. Tras varias cucharadas, piensa: «Sé que tengo que parar después de unos bocados, pero sigo estando molesta», y continúa comiendo. Aleja los pensamientos que pueden regular su conducta; en realidad, trata de limpiar su mente de todo pensamiento. Casi en estado disociado, sigue cucharada tras cucharada hasta terminar el helado. Luego, busca más comida. Tras haber terminado el atracón, se siente física y emocionalmente muy mal. Tiene una imagen de sí misma muy exagerada, como inflada, obesa. Se culpa a sí misma, viciosamente, por ser tan débil y estar fuera de control. Su desaliento se profundiza y se autoriza a vomitar.

Situación 1: en casa sola, por la noche.

↓

Pensamiento automático: «Tendría que lavar la ropa, pero no tengo ganas. Me gustaría estar con [mi familia y mis amigos]».

↓

Emoción: soledad.

↓

Situación 2: se da cuenta de que se siente sola.

↓

Pensamiento automático: «No puedo soportarlo. ¿Qué hago?».

↓

Emoción: angustia.

↓

Pensamiento automático: «Lo único que me hará sentir mejor es la comida».

↓

Imagen de comer un helado.

↓

Reacción fisiológica: deseo intenso.

↓

Pensamiento automático: «Sé que no debería, pero lo voy a buscar».

↓

Emoción: alivio.

↓

Conducta: toma el helado, come varias cucharadas.

↓

Pensamiento automático: «Debería parar, pero sigo estando molesta».

↓

Conducta: aleja sus pensamientos. Termina el helado. Sigue comiendo otra comida con muchos carbohidratos y calorías.

↓

Situación 3: se siente físicamente mal.

↓

Pensamientos e imagen automáticos: «Soy tan estúpida. Nunca debería haber hecho eso)) [imagen de sí misma inflada y gorda].

↓

Emoción: tristeza, desaliento, enfado con sí misma.

↓

Pensamiento automático: «No puedo soportarlo. Tengo que vomitar».

↓

Emoción: alivio parcial.

↓

Conducta: vomita.

↓

Aumentan sus creencias de que es mala, indeseable y está fuera de control.

Gráfico 2.6 Secuencia de bulimia.

## Resumen

Los pacientes tienden a pensar y comportarse de manera coherente, de conformidad con sus creencias y sus estrategias defensivas. Es fundamental seguir precisando una conceptualización cognitiva, pues ello ayuda a comprender por qué los pacientes reaccionan como reaccionan en las diversas situaciones y permite elegir los problemas, las cogniciones y las conductas más importantes para trabajar. En cierta medida, el arte de la terapia cognitiva reside en el desarrollo de conceptualizaciones cognitivas precisas, sobre todo cuando las dificultades de los pacientes son muy complejas, así como en la utilización de esas conceptualizaciones para orientar el tratamiento. El próximo capítulo, donde se describe la formulación cognitiva de los trastornos de personalidad, puede servir de ayuda al terapeuta en la identificación más rápida de los fundamentos de las dificultades, pasadas y presentes, de pacientes con trastornos del eje II.

www.srmcursos.com  
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGIA

SRM Cursos