

Judith S. Beck

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

Conceptos básicos y profundización

SRM Cursos®

gedisa
Editorial

1

Introducción

El doctor Aaron T. Beck, de la Universidad de Pensilvania, a comienzos de los años sesenta, desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Beck, 1964). A partir de ese momento, tanto Beck como otros profesionales adaptaron exitosamente esta terapia para su aplicación a un conjunto sorprendentemente amplio de trastornos psiquiátricos y a distintas poblaciones (véase p. ej., Freeman y Dattilio, 1992; Freeman, Simon, Beutler y Arkowitz, 1989; Scott, Williams y Beck, 1989). Estas adaptaciones han modificado el objetivo, la tecnología y la duración del tratamiento, pero los postulados teóricos han permanecido sin cambios. Para decirlo en pocas palabras, el *modelo cognitivo* propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Otros importantes teóricos han desarrollado diversas formas de terapia cognitivo-conductual, como la terapia racional-emotiva de Albert Ellis (Ellis, 1962), la modificación cognitivo-conductual de Donald Meichenbaum (Meichenbaum, 1977) y la terapia multimodal de Arnold Lazarus (Lazarus, 1976). A todo esto se han sumado las contribuciones de muchos otros, entre los cuales podemos destacar a Michael Mahoney (1991) y a Vittorio

Guidano y Giovanni Liotti (1983). Las revisiones históricas de este campo nos aportan una rica descripción del origen y crecimiento de las distintas corrientes de la terapia cognitiva (Arnkoff y Glass, 1992, Hollon y Beck, 1993).

En este volumen se pone el acento en la terapia cognitiva tal como la desarrolló y perfeccionó Aaron Beck. Su aporte es único, ya que se trata de un sistema de psicoterapia que cuenta con una teoría unificada de la personalidad y la psicopatología y con importantes comprobaciones empíricas. Por otra parte, también se ha podido operacionalizar la teoría, lo cual resulta en una amplia gama de aplicaciones avaladas por datos empíricos.

La terapia cognitiva ha sido ampliamente evaluada a partir de 1977, cuando se publicó el primer estudio de resultados (Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977). Distintos estudios controlados han demostrado su eficacia en el tratamiento de las depresiones mayores (para un metanálisis, véase Dobson, 1989), el trastorno de ansiedad generalizado (Butler, Fennell, Robson y Gelder, 1991), el trastorno de pánico (Barlow, Craske, Cerney y Klosko, 1989; Beck, Sokol, Clark, Berchick y Wright, 1992; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton y Gelder, 1992), las fobias sociales (Gelernter et al., 1991; Heimberg et al., 1990), la drogadicción (Woody et al., 1983), los trastornos de la alimentación (Agras et al., 1992; Fairburn, Jones, Peveler, Hope y Doll, 1991; Garner et al., 1993), los problemas de pareja (Baucom, Sayers y Scher, 1990) y la depresión en pacientes internados (Bowers, 1990; Miller, Norman, Keitner, Bishop y Dow, 1989; Thase, Bowlwe y Harden, 1991).

Además, la terapia cognitiva se aplica actualmente en todo el mundo, ya sea como tratamiento único o junto con otros, para el abordaje de otros trastornos, tales como el obsesivo-compulsivo (Salkovskis y Kirk, 1989), el estrés postraumático (Dancu y Foa, 1992; Parrott y Howes, 1991), los trastornos de personalidad (Beck et al., 1990; Layden, Newman, Freeman y Morse, 1993; Young, 1990), la depresión recurrente (R. DeRubeis, comunicación personal, octubre de 1993), el dolor crónico (Miller, 1991; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983) la hipocondría (Warwick y Salkovskis, 1989) y la esquizofrenia (Chadwick y Lowe, 1990; Kingdon y Turkington, 1994; Perris, Ingelson y Johnson, 1993). También se está estudiando el uso de la terapia cognitiva en otras poblaciones diferentes de la psiquiátrica: presos, escolares, pacientes con diversas enfermedades no psiquiátricas y muchos otros grupos.

Persons, Burns y Perloff (1988) demostraron que la terapia cognitiva es eficaz para pacientes que cuentan con distintos niveles de educación, ingresos y extracción social. Este abordaje ha sido adaptado para trabajar con pacientes de todas las edades, desde los preescolares (Knell, 1993) hasta los ancianos (Casey y Grant, 1993; Thompson, Davies, Gallagher y Krantz, 1986). Aunque este libro se centra exclusivamente en el tratamiento individual, la terapia cognitiva también ha sido modificada para su aplicación a grupos (Beutler et al., 1987; Freeman, Schrodtt, Gilson y Ludgate, 1993), problemas de pareja (Baucom y Epstein, 1990; Dattilio y Padesky, 1990) y terapia familiar (Bedrosian y Bozicas, 1994; Epstein, Schlesinger y Dryden, 1988).

Luego de tantas adaptaciones, ¿de qué forma podemos identificar a una terapia cognitiva? En todas las terapias cognitivas que derivan del modelo de Beck, el tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca, mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo —un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente— para conseguir, a partir de allí, una transformación duradera de sus emociones y comportamientos.

A lo largo de todo este libro, se utilizan ejemplos de un único caso para ilustrar los conceptos y procesos de la terapia cognitiva. Sally, una mujer caucásica de 18 años, soltera, es una paciente casi ideal en varios aspectos y su tratamiento ejemplifica claramente los principios expuestos. Durante su segundo semestre en la universidad, Sally recurrió a la terapia porque se había sentido bastante deprimida y ansiosa en los meses anteriores y experimentaba dificultades con sus actividades cotidianas. En realidad, el cuadro que presentaba se ajustaba a los criterios de un episodio de depresión mayor según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)*. En el próximo capítulo y en el Apéndice A se provee una descripción más completa de Sally.

La siguiente transcripción, tomada de la cuarta sesión de terapia de Sally, nos da una idea acerca de las intervenciones típicas de la terapia cognitiva: se especifica un problema que es importante para el paciente, se identifica y se evalúa una idea disfuncional asociada, se diseña un plan razonable y se evalúa la eficacia de la intervención.

TERAPEUTA: Bien, Sally, ¿has dicho que quieres hablar acerca de un problema que tienes para encontrar un trabajo de tiempo parcial?

PACIENTE: Sí. Necesito el dinero... pero no sé.

T: (*Notando que la paciente se muestra más disfórica*) ¿Qué es lo que pasa por tu mente en este preciso momento?

P: Que no seré capaz de llevar adelante un trabajo.

T: ¿Y cómo te hace sentir eso?

P: Triste. Muy decaída.

T: Quiere decir que piensas: “No seré capaz de llevar adelante un trabajo” y ese pensamiento te produce tristeza. ¿Qué evidencia tienes de que no serás capaz de trabajar?

P: Bueno, ya tengo mis dificultades para cumplir únicamente con mi asistencia a clases...

T: Está bien. ¿Qué otra cosa?

P: No lo sé... Estoy muy cansada. Si me resulta tan difícil salir a buscar un trabajo, cuánto más lo será ir a trabajar todos los días.

T: En un minuto examinaremos esto. Tal vez a ti te resulte más difícil salir a *investigar* los posibles trabajos que lo que te resultaría ir a trabajar si tuvieses un empleo. En cualquier caso, ¿tienes alguna otra evidencia de que no podrías llevar adelante un trabajo, suponiendo que pudieras conseguirlo?

P: ... No, no se me ocurre nada.

T: ¿Tienes alguna evidencia de lo contrario: de que *podrías* desempeñarte bien en un trabajo?

P: El año pasado trabajé. Y lo hacía además de ir a la escuela y de mis otras actividades... Pero este año... Realmente no lo sé.

T: ¿Tienes alguna otra evidencia de que podrías llevar adelante un trabajo?

P: No lo sé... Tal vez podría hacer algo, si no me tomara mucho tiempo y no fuera muy difícil.

T: ¿Qué podría ser?

P: Quizás un trabajo de vendedora. En eso trabajé el año pasado.

T: ¿Tienes alguna idea acerca de dónde podrías trabajar?

P: Podría ser en la librería de la universidad. Leí un anuncio de que estaban buscando nuevos empleados.

T: Está bien. ¿Y qué sería lo *peor* que podría ocurrirte si consigieras un trabajo en la librería?

P: Creo que lo peor sería no poder cumplir con el trabajo.

T: Y en ese caso ¿sobrevivirías?

P: Claro que sí, creo que simplemente me iría.

T: ¿Y qué sería lo *mejor* que podría ocurrirte?
P: Ah... que pudiese hacerlo con facilidad.
T: ¿Y cuál es la posibilidad más *realista*?
P: Que tal vez no sea fácil, al menos al comienzo, pero que finalmente pueda hacerlo.
T: ¿Cuál es el efecto de tu primer pensamiento: “No seré capaz de llevar adelante un trabajo”?
P: Me entristece... Hace que ni siquiera lo intente.
T: ¿Y cuál es el efecto de cambiar tu pensamiento y darte cuenta de que existe la posibilidad de trabajar en la librería?
P: Me hace sentir mejor. Es más probable que me presente para ese trabajo.
T: ¿Qué quieres hacer al respecto, entonces?
P: Ir a la librería. Podría ir esta tarde.
T: ¿Es probable que lo hagas?
P: Creo que iré. Sí, iré.
T: ¿Y cómo te sientes ahora?
P: Un poco mejor. Tal vez un poco más nerviosa, pero creo que tengo más esperanzas.

A partir de unas pocas preguntas básicas (véase capítulo 8) Sally logra identificar y evaluar con facilidad su pensamiento disfuncional: “No seré capaz de llevar adelante un trabajo”. Muchos pacientes, cuando se enfrentan a un problema parecido, requieren de intervenciones terapéuticas más complejas antes de que acepten modificar una conducta. Aunque la terapia debe planearse a medida para cada individuo, de todos modos existen ciertos principios que subyacen en toda aplicación de la terapia cognitiva.

Principio 1. La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos. El terapeuta intenta conceptualizar las dificultades de Sally en marcos de tres tiempos. Desde el comienzo, identifica su *pensamiento presente*, que hace que Sally albergue sentimientos de tristeza (“Soy una fracasada; no puedo hacer nada bien; nunca seré feliz”) y sus *comportamientos problemáticos* (aislarse, pasar mucho tiempo en cama, evitar pedir ayuda). Debemos notar que estos comportamientos problemáticos surgen del pensamiento disfuncional de Sally y, a su vez, lo refuerzan. En segundo término, el terapeuta discrimina los *factores desencadenantes* que influyeron sobre las percepciones de Sally al comienzo

de la depresión (p. ej. estar por primera vez lejos de su hogar y tener que esforzarse en sus estudios fueron situaciones que contribuyeron a formar su convicción de ser incapaz). En tercer lugar, el terapeuta formula hipótesis acerca de *situaciones clave en el desarrollo* de Sally y *modelos persistentes de interpretación de esas situaciones* que pueden haberla predispuesto a la depresión (p. ej. Sally siempre atribuyó a la suerte sus logros y habilidades, mientras que consideró que sus fracasos y debilidades [relativos] eran un reflejo de su “verdadero” modo de ser).

El terapeuta basa sus formulaciones en los datos que Sally le provee en la primera entrevista, y va profundizando el marco teórico a medida que ella le aporta más datos a lo largo de la terapia. En momentos estratégicos, comparte con ella su conceptualización, para asegurarse de que Sally la esté percibiendo como “algo verdadero”. Durante toda la terapia, además, el terapeuta ayuda a Sally a examinar su experiencia valiéndose del modelo cognitivo. Ella aprende, por ejemplo, a identificar aquellos pensamientos asociados con los sentimientos que la perturban y a evaluar y formular respuestas más adaptadas a su pensamiento. De este modo, logra sentirse mejor y muchas veces consigue también comportarse de una manera más funcional.

Principio 2. La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica. Como muchos pacientes con depresiones simples y ansiedad, Sally no tiene dificultades para trabajar en la terapia y confiar en su terapeuta, quien reúne todos los ingredientes básicos de la actividad: calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia. El terapeuta demuestra su interés por Sally haciendo afirmaciones empáticas, escuchando con atención, sintetizando adecuadamente las ideas y sentimientos que ella expresa y mostrando una actitud realista y optimista. También revisa con Sally lo ocurrido en cada sesión, para asegurarse de que ella se sienta comprendida y esté conforme.

Otros pacientes, en cambio, especialmente aquellos afectados por un trastorno de la personalidad, necesitan que se ponga mucho más énfasis en la relación terapéutica para poder forjar una buena alianza de trabajo (Beck et al. 1990; Young, 1990). Si Sally lo hubiese necesitado, su terapeuta hubiese dedicado más tiempo a la construcción del vínculo, utilizando distintos medios. Entre otras cosas, habría hecho que Sally expresara y evaluara periódicamente sus sentimientos hacia él.

Principio 3. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa. El terapeuta alienta a Sally a considerar la terapia como un trabajo en equipo. Deciden juntos cosas tales como los temas que trabajar en cada sesión, la frecuencia de los encuentros y las tareas que Sally debe realizar entre sesión y sesión. Al comienzo, el terapeuta es más activo respecto de las sugerencias sobre la dirección que debe tomar la terapia y en la confección de la síntesis del trabajo efectuado en cada encuentro. A medida que Sally va saliendo de la depresión y se va instruyendo en la terapia, el terapeuta la alienta para que sea cada vez más activa en las sesiones. Ella debe decidir los temas sobre los que van a hablar, debe reconocer las distorsiones de su pensamiento y diseñar sus propias tareas para el hogar.

Principio 4. La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados. El terapeuta pide a Sally en la primera sesión que enumere sus problemas y que fije objetivos específicos. Por ejemplo, una de las cuestiones a la que se apunta inicialmente es la de sentirse aislada. Con ayuda, Sally establece un objetivo en términos de comportamiento: iniciar nuevas amistades y profundizar la relación con sus amigos actuales. El terapeuta la ayuda a evaluar los pensamientos que interfieren con sus objetivos y a tomar medidas al respecto. Por ejemplo, Sally piensa: “No tengo nada para ofrecer a nadie. Probablemente no querrán estar conmigo”. En primer término, el profesional la ayuda a evaluar la validez de esos pensamientos mediante un examen de la evidencia. Más tarde Sally está dispuesta a cotejar más directamente sus ideas en experimentos en los cuales debe hacer planes con un conocido y una amiga. Una vez que ella reconoce y corrige la distorsión de su pensamiento, puede valerse de estrategias de resolución de problemas para mejorar sus relaciones.

De esta manera, el terapeuta presta particular atención a los obstáculos que impiden resolver problemas y alcanzar objetivos. Los pacientes que antes del comienzo de su trastorno tenían un funcionamiento adecuado, muchas veces no requieren de un entrenamiento específico en la resolución de problemas. Les basta con la evaluación de sus ideas disfuncionales, que son las que impiden que utilicen habilidades que ya habían adquirido. Otros pacientes, en cambio, tienen dificultades en la resolución de problemas y necesitan que se les imparta una enseñanza directa para aprender estrategias. Por lo tanto, el terapeuta debe

conceptualizar las dificultades de cada paciente y evaluar cuál es el nivel de intervención adecuado.

Principio 5. La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente. El tratamiento de la mayor parte de los pacientes implica poner un fuerte énfasis en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente. La resolución o el abordaje más realista de las situaciones perturbadoras muchas veces lleva al alivio de los síntomas. El terapeuta cognitivo, por lo tanto, suele comenzar la terapia con un examen del aquí y ahora, independientemente de cuál sea el diagnóstico. La atención puede centrarse en el pasado en tres circunstancias: cuando el paciente expresa una fuerte predilección por hacerlo; cuando el trabajo centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional, o cuando el terapeuta considera que es importante comprender cómo y cuándo se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad. El terapeuta de Sally, por ejemplo, analiza con ella acontecimientos de la infancia para ayudarla a identificar el conjunto de creencias que aprendió cuando niña: “Si obtengo buenos resultados, quiere decir que soy una persona de valor” y “Si no obtengo buenos resultados, quiere decir que soy una fracasada”. El terapeuta la ayuda a evaluar la validez de esas creencias, tanto en el pasado como en el presente. Esta evaluación ayuda a Sally a generar creencias más funcionales y razonables. Si Sally hubiese tenido un trastorno de la personalidad, su terapeuta habría dedicado más tiempo a analizar la historia de su desarrollo y el origen infantil de sus creencias y comportamientos.

Principio 6. La terapia cognitiva es educativa; tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas. En la primera sesión, el terapeuta instruye a Sally acerca de la naturaleza y el desarrollo de su trastorno, del proceso de terapia cognitiva y del modelo cognitivo (p. ej., cómo sus pensamientos influyen sobre sus emociones y su conducta). No sólo la ayuda a establecer objetivos, identificar y evaluar sus pensamientos y creencias y a planificar sus cambios de conducta, sino que además le enseña cómo debe hacerlo. En cada sesión, alienta a Sally a que registre por escrito las ideas importantes que ha aprendido, para que pueda sacar provecho de su nueva comprensión de las cosas en las semanas que siguen y aun después de finalizada la terapia.

Principio 7. La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo. La mayor parte de los pacientes con depresión y angustia se tratan durante un período que va de 4 a 14 sesiones. El terapeuta de Sally establece para ella los mismos objetivos que para todos sus pacientes: aliviar los síntomas, facilitar la remisión del trastorno, ayudarla a resolver los problemas más acuciantes y proporcionarle herramientas para que trate de evitar las recaídas. Sally comenzó con una sesión semanal. (Si su depresión hubiese sido más severa o hubiese manifestado conductas suicidas, podrían haber acordado sesiones más frecuentes.) Luego de dos meses, decidieron de común acuerdo probar con una sesión cada quince días. Más tarde, acordaron tener una sesión por mes. Después de la finalización de la terapia, llegaron al acuerdo de verse cada tres meses, para tener sesiones de “refuerzo”, durante un año.

Sin embargo, hay pacientes que no hacen suficientes progresos en pocos meses. Algunos necesitan tratamientos de uno o dos años (o probablemente más tiempo aún), para poder modificar creencias disfuncionales muy rígidas y modelos de comportamiento que contribuyen a su malestar crónico.

Principio 8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas. No importa cuál sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión. El terapeuta de Sally controla el estado de ánimo de la paciente, le pide que haga una breve reseña de la semana, establece de común acuerdo con ella un plan para la sesión, le pide un comentario de la sesión anterior, controla las tareas para el hogar, dispone nuevas tareas, realiza frecuentes síntesis de lo trabajado y procura obtener algún tipo de retroalimentación al finalizar. Esta estructura permanece constante durante toda la terapia. Cuando Sally comienza a sentirse menos deprimida, su terapeuta la alienta para que tenga una mayor participación en los planes para las sesiones, en la preparación de tareas para el hogar y en la evaluación de sus pensamientos y las acciones que estos requieran. Al seguir un formato fijo, la terapia resulta mejor comprendida tanto por la paciente como por el terapeuta. Además, aumenta la posibilidad de que Sally, una vez concluido el tratamiento, pueda practicar la autoterapia. Este formato también ayuda a centrar la atención en lo más importante y maximizar el uso del tiempo.

Principio 9. La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia. La transcripción que hemos presentado en este capítulo nos muestra cómo el terapeuta ayuda a Sally a centrarse en un problema específico (encontrar un empleo de tiempo parcial), a identificar su pensamiento disfuncional (preguntando qué es lo que le pasa por la mente), a evaluar la validez de su pensamiento (mediante el examen de la evidencia que parece avalarlo y la que parece contradecirlo) y a diseñar un plan de acción. El terapeuta se vale de un amable *cuestionamiento socrático*, que ayuda a que Sally perciba que él está verdaderamente interesado en el *empirismo colaborativo*, es decir, que la ayuda a determinar la precisión y la utilidad de sus ideas, mediante una revisión cuidadosa de los datos (hace esto en lugar de desafiarla o de persuadirla a adoptar su punto de vista). En otras sesiones, en cambio, utiliza el *descubrimiento guiado*, un proceso en el cual sigue interrogando a Sally acerca del significado de sus pensamientos, para develar las creencias subyacentes que ella tiene respecto de sí misma, del mundo y de los demás. También mediante preguntas la va guiando en la evaluación de la validez y la funcionalidad de sus creencias.

Principio 10. La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. Si bien las estrategias cognitivas, tales como el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado son muy importantes en esta terapia, también se utilizan, dentro de un marco cognitivo, técnicas que provienen de otras orientaciones terapéuticas (especialmente de la terapia del comportamiento y de la terapia gúestáltica). El terapeuta selecciona las técnicas según el planteamiento de cada caso y los objetivos que establece para cada sesión.

Estos principios básicos se aplican a todos los pacientes. Sin embargo, la terapia varía considerablemente según los casos, la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. El *énfasis* que se da al tratamiento depende del trastorno particular. Por ejemplo, el tratamiento cognitivo para el trastorno de ansiedad generalizado enfatiza la reevaluación del riesgo en ciertas situaciones y los recursos a los que el paciente puede apelar frente

a la amenaza (Beck y Emery, 1985). El tratamiento del trastorno de pánico implica la evaluación de las malas interpretaciones catastróficas del paciente (habitualmente, predicciones erróneas que atentan contra la cordura o la vida) sobre sus sensaciones corporales y mentales (Clark, 1989). La anorexia requiere una modificación de las creencias acerca del propio valor y del control sobre sí mismo (Garner y Bemis, 1985). El tratamiento de la drogadicción se centra en los sentimientos negativos respecto del yo y en los sentimientos permisivos o de justificación respecto del uso de drogas (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). En el capítulo 16 se presentan breves descripciones de estas y otras perturbaciones.

La formación de un terapeuta cognitivo

Para el observador no entrenado, la terapia cognitiva puede resultar engañosamente simple. El *modelo cognitivo*, que postula la influencia de los pensamientos sobre las emociones y comportamientos es, en efecto, bastante sencillo. Sin embargo, los terapeutas cognitivos experimentados realizan muchas tareas al mismo tiempo: conceptualizan el caso, construyen el vínculo, socializan y educan al paciente, identifican problemas, recogen datos, ponen a prueba hipótesis y sintetizan. El terapeuta cognitivo que recién se inicia, por el contrario, suele ser más prudente y estructurado y se concentra en un elemento por vez. Aunque el objetivo final sea entrecruzar todos los elementos y llevar adelante la terapia del modo más efectivo posible, los principiantes deben aprender primero a manejar la tecnología de la terapia cognitiva, y para ello deben conducirse con prudencia.

El desarrollo de los conocimientos técnicos que requiere un terapeuta cognitivo se puede describir en tres pasos. (Estas descripciones presuponen la capacidad del terapeuta para demostrar empatía, preocupación y competencia ante los pacientes). En el Paso 1, los terapeutas aprenden a estructurar la sesión y a utilizar las técnicas básicas. Adquieren, además, la habilidad para conceptualizar un caso en términos cognitivos, fundamentándose en una evaluación inicial y en los datos obtenidos en la sesión.

En el Paso 2, los terapeutas comienzan a integrar la conceptualización con su conocimiento de las técnicas. Afianzan su capacidad para comprender el desarrollo de la terapia y logran identificar con mayor facilidad los objetivos más importantes.

Adquieren mayor habilidad para conceptualizar a los pacientes, y van profundizando esa conceptualización a lo largo de las sesiones y utilizándola, a su vez, para tomar decisiones respecto de las intervenciones. Poco a poco amplían su repertorio de técnicas y son cada vez más hábiles en la selección y el uso de las más adecuadas, así como también en el manejo de los tiempos.

En el Paso 3, los terapeutas integran más automáticamente los datos nuevos a la conceptualización. Profundizan su capacidad para plantear hipótesis que confirman o modifican su visión de los pacientes. Pueden variar la estructura y las técnicas de la terapia cognitiva básica para adecuarlas a los casos difíciles, como por ejemplo, los trastornos de la personalidad.

Cómo utilizar este libro

Este libro está dirigido a personas que, alcanzado cualquier nivel de desarrollo y experiencia, carezcan del suficiente dominio sobre los fundamentos de la conceptualización y la terapia cognitiva que les permita comprender cómo y cuándo modificar el tratamiento básico en cada caso.

Usted podrá crecer como terapeuta cognitivo aplicando a su propia persona las herramientas que se describen en este libro. En primer término, mientras lee, comience a conceptualizar sus pensamientos y creencias. En el próximo capítulo se proveen más explicaciones acerca del modelo cognitivo: cómo se siente emocionalmente en un momento dado (y cómo reacciona desde el punto de vista físico y de la conducta) está condicionado por el modo como percibe una situación y específicamente por los pensamientos que pasan por su mente en ese momento. A partir de este instante, comience a prestar atención a los cambios de su estado anímico. Cuando advierta que su estado de ánimo ha cambiado, que se ha intensificado en una dirección negativa, o que está experimentando sensaciones corporales asociadas con afectos negativos, pregúntese qué emoción está sintiendo y también fórmese la pregunta clásica de la terapia cognitiva:

¿Qué pasó por mi mente en este momento?

De esta manera, usted irá aprendiendo a identificar sus propios pensamientos, especialmente aquellos “pensamientos automáticos”, que se explican en el siguiente capítulo. Aprender las habilidades básicas necesarias para la terapia cognitiva,

valiéndose de su propia persona como sujeto, lo ayudará a enseñar a sus pacientes esas mismas habilidades.

Será de particular utilidad que usted aprenda a identificar sus pensamientos automáticos mientras lee este libro, y que pruebe estas técnicas con sus pacientes. Si, por ejemplo, usted se encuentra ligeramente perturbado, pregúntese: “¿Qué cosa acaba de pasar por mi mente?”. Es posible que descubra pensamientos automáticos como los siguientes:

“Es demasiado difícil”

“Es posible que no logre aprender a manejar bien esto”.

“No me resulta cómodo”.

“¿Qué sucederá si lo intento y no funciona?”

Los terapeutas experimentados cuya primera orientación no ha sido la terapia cognitiva, pueden descubrir otra serie de pensamientos automáticos:

“Esto no va a funcionar”.

“Al paciente no va a gustarle”.

**“Es demasiado superficial/estructurado/simple/
no desarrolla la empatía”.**

Al sacar a la luz los pensamientos, podrá tomarlos en cuenta y volver a concentrarse en la lectura, o bien dirigirse a los capítulos 8 y 9 que describen cómo evaluar pensamientos automáticos y actuar sobre ellos. Al centrar la atención en sus propios pensamientos, usted podrá no sólo acrecentar sus habilidades en la terapia cognitiva, sino que además tendrá la oportunidad de modificar sus pensamientos disfuncionales y de incidir en su estado de ánimo (y su conducta), tornándose más receptivo respecto del aprendizaje.

Una analogía que se utiliza frecuentemente con los pacientes puede aplicarse también a los terapeutas cognitivos principiantes. Aprender las habilidades de la terapia cognitiva es un proceso semejante al de cualquier otro aprendizaje. ¿Recuerda cuando aprendió a conducir o a manejar un ordenador? ¿Acaso no se sintió un poco molesto al comienzo? ¿No prestaba demasiada atención a pequeños detalles y movimientos que luego se tornaron ágiles y automáticos? A medida que progresaba ¿no se fue sintiendo cada vez más cómodo y seguro? ¿No llegó finalmente a manejar el procedimiento hasta un punto tal que hoy puede llevarlo a cabo

tranquilo y confiado? La mayor parte de las personas ha tenido una experiencia de este tipo cuando aprendieron una habilidad que ahora dominan.

El proceso de aprendizaje se plantea del mismo modo para el principiante en terapia cognitiva. Plántese objetivos pequeños, bien definidos y realistas. Es bueno que reconozca los pequeños logros que vaya obteniendo. Compare el punto al que ha llegado con el nivel de habilidad que tenía antes de iniciar la lectura de este libro o con el momento en que comenzó a familiarizarse con la terapia cognitiva. Reconozca las oportunidades que tiene para combatir sus propios pensamientos negativos, en los cuales puede llegar a compararse con terapeutas cognitivos mucho más experimentados o a menospreciarse comparando sus logros con sus objetivos más ambiciosos.

Finalmente, los capítulos de este libro han sido pensados para que el lector los aborde en el orden en que se presentan. Es posible que algunos sientan la tentación de saltar los introductorios para sumergirse directamente en los apartados que se ocupan de las técnicas. Lo instamos, sin embargo, a que preste especial atención al próximo capítulo, que se ocupa de la conceptualización, ya que es necesaria una buena comprensión de la estructura cognitiva del paciente para poder seleccionar las técnicas en forma adecuada. Los capítulos 3, 4 y 5 bosquejan la estructura de las sesiones de terapia. Los capítulos 6 a 11 describen los fundamentos básicos de la terapia cognitiva: la identificación y la acción adaptativa respecto de los pensamientos automáticos y las creencias. En el capítulo 12 se presentan algunas técnicas cognitivas y de comportamiento adicionales. El capítulo 13 se ocupa de la imaginería (imágenes mentales) y el 14, describe las tareas para el hogar. El capítulo 15 aborda cuestiones relativas a la finalización de la terapia y a la prevención de las recaídas. Todos los capítulos precedentes sientan las bases para los capítulos 16 y 17, que se ocupan de los planes de tratamiento y de los problemas diagnósticos en la terapia. Finalmente, el capítulo 18 ofrece una guía para la formación del terapeuta cognitivo.

16

Planificación del tratamiento

¿Cómo decide el terapeuta, en un momento dado, cuál es el paso siguiente en un tratamiento? A lo largo de todo el libro se han dado respuestas parciales a esa pregunta, pero este capítulo da un marco más coherente para tomar decisiones y planificar el tratamiento. A fin de mantener la terapia en marcha y en la dirección correcta, el profesional debe preguntarse permanentemente: “¿Cuál es aquí el problema específico y qué estoy tratando de conseguir?”. El conoce los objetivos de esta parte de la sesión, de la sesión en su totalidad, de esta etapa de la terapia y de la terapia en su totalidad. El presente capítulo esboza una serie de áreas que son fundamentales para una planificación eficaz del tratamiento: lograr objetivos amplios, planificar el tratamiento a lo largo de las sesiones, diseñar planes de tratamiento, planificar sesiones determinadas, decidir cuándo abocarse a un problema y modificar los tratamientos estándar para tratar perturbaciones específicas.

Lograr objetivos terapéuticos amplios

En el nivel más explícito, el terapeuta busca facilitar la remisión del trastorno y prevenir las recaídas. Por esta razón, su objetivo no se limita a reducir los síntomas ayudando a que el paciente modifique sus pensamientos, creencias y comportamientos disfuncionales, sino que además le enseña y lo motiva para que continúe con esta modificación por su cuenta, luego de la finalización del tratamiento. En otras palabras: lo alienta a convertirse en su propio terapeuta. Para lograr estos amplios objetivos, el profesional hace lo siguiente:

1. Construye una sólida alianza terapéutica con el paciente.
2. Hace explícita para el paciente la estructura y el proceso de la terapia.
3. Enseña al paciente el modelo cognitivo y comparte la conceptualización que de él ha hecho.
4. Ayuda a aliviar el estrés del paciente a través de técnicas cognitivas, conductuales y de resolución de problemas.
5. Enseña al paciente cómo usar estas técnicas por su cuenta, lo ayuda a generalizar su uso y lo motiva para que se valga de ellas en el futuro.

Planificación del tratamiento a lo largo de las sesiones

El terapeuta desarrolla un plan general para la terapia y un plan específico para cada sesión en particular. El tratamiento puede dividirse en tres etapas: inicial, intermedia y final. En la etapa inicial (véase capítulo 4), el terapeuta planifica una cantidad de objetivos: construir una alianza terapéutica fuerte; identificar y especificar los objetivos del paciente para la terapia; resolver problemas; enseñar al paciente el modelo cognitivo; lograr su activación conductual (especialmente si se encuentra deprimido y aislado); instruirlo acerca de su trastorno; enseñar al paciente a identificar, evaluar y combatir los pensamientos automáticos; instruirlo (para que realice tareas en el hogar, establezca temas para las sesiones y dé respuestas al terapeuta) y orientarlo para el uso de estrategias de apoyo. En la primera etapa de la terapia, no obstante, el profesional suele hacerse cargo en una medida importante del plan de la sesión y la asignación de tareas.

En la etapa intermedia, el profesional sigue trabajando por los objetivos mencionados anteriormente, pero también pone énfasis en la identificación, evaluación y modificación de creencias del paciente. Comparte la conceptualización cognitiva con el paciente y se vale de técnicas tanto "racionales" como "emocionales" para facilitar la modificación de creencias. Además, (cuando es necesario), ayuda al paciente a reformular objetivos y le enseña habilidades de las cuales carece, pero necesita para cumplir con sus objetivos.

En la etapa final de la terapia, el énfasis se pone en la preparación para el fin del tratamiento y la prevención de recaídas (véase capítulo 15). Para este momento, el paciente

torna mucho más activo en la terapia y toma la iniciativa en lo que compete al armado del plan, la sugerencia de soluciones para problemas y el diseño de tareas para el hogar.

Diseñar un plan de tratamiento

El terapeuta desarrolla un plan de tratamiento basándose en la evaluación del paciente, los síntomas y trastornos que presenta en el Eje I y el Eje II y sus problemas particulares. Sally, por ejemplo, estableció cuatro objetivos en la primera sesión: mejorar en los estudios; disminuir su angustia frente a los exámenes; conocer más gente y participar en algunas actividades universitarias. Basándose en la evaluación que le había sido practicada en la admisión y en estos objetivos, el terapeuta diseña un plan general de tratamiento (véase figura 16.1). En cada sesión trabaja sobre varias de las áreas especificadas en el plan, basándose en lo que han trabajado en la sesión anterior, en las tareas que Sally ha realizado y en los problemas o temas que ella sugiere para ese día. El terapeuta también toma en cuenta cada problema u objetivo y realiza un análisis crítico del mismo, ya sea mentalmente o por escrito (véase figura 16.2).

Una vez formulado el plan general de tratamiento, el profesional se ciñe a él en un grado variable y lo revisa si es necesario. El análisis de los problemas específicos lo llevan a conceptualizar detalladamente las dificultades de la paciente y a formular un plan hecho a medida para ella. Ese plan lo ayuda a pensar cada sesión particular, a captar el desarrollo general de la terapia y a reconocer mejor los avances.

Planificación de las sesiones

Antes y durante la sesión, el terapeuta se formula una serie de preguntas con el propósito de armar el plan para la sesión y para que le sirvan como guía durante la misma. Las más generales son: “¿Qué estoy tratando de lograr?” y “¿Cómo puedo hacerlo de la manera más eficaz?”. El terapeuta experimentado reflexiona automáticamente acerca de varios puntos específicos. La siguiente lista de preguntas, si bien puede resultar un poco compleja al principiante, es una guía útil para los terapeutas con más experiencia que desean mejorar su capacidad para tomar decisiones acerca de cómo manejar una sesión. La lista está pensada para ser leída y tenida en cuenta antes de una sesión, ya que el examen

consciente de las preguntas durante la entrevista podría interferir en el proceso terapéutico.

1. Mientras el terapeuta revisa sus notas de la sesión anterior *antes de comenzar*, se pregunta:

- a. ¿Cuál es el trastorno del paciente? ¿Cuán severo es ahora, comparado con su estado en el comienzo de la terapia?
- b. ¿Cómo, si es necesario, hay que variar la terapia cognitiva estándar para el tratamiento de este trastorno y de este paciente en particular?
- c. ¿Cómo he conceptualizado las dificultades del paciente? (El terapeuta puede consultar el Diagrama de Conceptualización Cognitiva.)
- d. ¿En qué etapa (inicial, intermedia o final) de la terapia se encuentra el paciente? ¿Cuántas sesiones (si hay un límite) nos quedan?
- e. ¿Cuáles son los principales problemas y objetivos del paciente? ¿Cuántos progresos hemos hecho respecto de cada uno hasta ahora? ¿De cuáles nos hemos ocupado recientemente?
- f. ¿Qué progresos se han operado en el estado de ánimo del paciente, su comportamiento y sus síntomas?
- g. ¿Es fuerte nuestra alianza terapéutica? ¿Qué hace falta hoy para fortalecerla?
- h. ¿En qué nivel *cognitivo* hemos trabajado primordial-

PLAN DE TRATAMIENTO DE SALLY

1. Resolver el problema de su concentración. Lograr que pida la ayuda que necesita para sus cursos, que conozca más gente y que encare actividades.
2. Ayudarla a identificar, evaluar y combatir sus pensamientos automáticos acerca de ella misma, sus estudios, las demás personas y la terapia, especialmente aquellos que son muy perturbadores o le impiden resolver problemas.
3. Investigar las creencias disfuncionales vinculadas al perfeccionismo y los pedidos de ayuda.
4. Conversar acerca de su nivel de autocrítica y estimularla para que se dé crédito.
5. Disminuir la cantidad de tiempo que pasa en la cama.

Figura 16.1. Plan de tratamiento de Sally.

mente: pensamientos automáticos, creencias intermedias, creencias centrales o una combinación de varios?
¿Cuántos progresos hemos logrado en cada nivel?

1. ¿Con miras a qué cambios conductuales hemos estado trabajando? ¿Cuánto hemos avanzado?
- j. ¿Qué sucedió en las últimas sesiones? ¿Qué ideas disfuncionales han perjudicado la terapia? ¿Cómo deseo manejarlas? ¿Sobre qué recursos hemos estado trabajando? ¿Cuál deseo reforzar? ¿Qué nueva habilidad deseo enseñar?
- k. ¿Qué sucedió en la última sesión? ¿Qué tareas acordamos con el paciente? ¿Qué cosa (llamar a su médico o recomendarle un artículo o un libro adecuado para sus necesidades) acordé hacer yo?

2. Cuando el terapeuta da comienzo a la sesión y controla el *estado de ánimo* del paciente, se pregunta:

- a. ¿Cómo se siente en comparación con la última sesión?
- b. ¿Qué estado de ánimo predomina (p. ej. tristeza, angustia, ira o vergüenza)?
- c. ¿Sus puntajes objetivos se corresponden con sus descripciones objetivas? Si no es así, ¿por qué?
- d. ¿Hay algo en su estado de ánimo que debería incluir en el plan para conversar con mayor profundidad?

3. Cuando el terapeuta relata al paciente *una breve síntesis de la semana*, se pregunta:

- a. ¿Cómo fue esta semana en comparación con la anterior?
- b. ¿Qué señales de progreso se observan?
- c. ¿Qué problemas aparecieron esta semana?
- d. ¿Sucedió algo que dé al paciente mayores o menores esperanzas respecto de los resultados de la terapia y la consecución de sus objetivos?
- e. ¿Sucedió algo esta semana que deberíamos incluir en el plan para conversar más detalladamente?

4. Cuando el terapeuta controla *el uso de alcohol, drogas o medicación* (si es el caso) por parte del paciente, se pregunta:

- a. ¿Existe algún problema en alguna de estas áreas?
- b. ¿Deberíamos incluir alguna de estas cosas en el plan, para conversarla más exhaustivamente?

5. Cuando el terapeuta pide al paciente retroalimentación y observaciones acerca de *la sesión anterior*, se pregunta:

- a. ¿Parece el paciente estar expresando sinceramente su opinión? En caso de que así no sea, ¿debería interrogarlo sobre esto ahora? ¿Ponerlo en el plan? ¿Pasarlo para otra sesión?
- b. ¿Qué debo hacer (en caso necesario) para reforzar nuestra alianza terapéutica?
- c. ¿El paciente recuerda bastante la última sesión? ¿Podría expresar los puntos más importantes? Si no tomó las notas adecuadas durante esa sesión, ¿debo incluir este problema en el plan?

6. Cuando el terapeuta y la paciente *establecen el plan*, este se pregunta:

- a. ¿Qué problema parece ser el más indicado para conversar? ¿Cuál es el más importante para la paciente? ¿Cuál es el más fácil de resolver? ¿Cuál es, probablemente, el que presenta mayores síntomas sin considerar la sesión de hoy?
- b. ¿Qué problema puede ser utilizado para enseñar o reforzar una habilidad necesaria?
- c. ¿Podría ser *contraproducente* hablar acerca de un tema, por ejemplo en una sesión anterior, si un problema en particular es demasiado complejo para resolver? ¿Puede un problema en particular activar, tal vez, una creencia central más fuertemente que cuando la paciente no contaba aún con las herramientas para combatirla eficazmente?

7. Cuando el terapeuta y el paciente establecen *prioridades* entre los temas para tratar, el profesional se pregunta:

- a. ¿Cuánto tiempo nos demandará cada tema? ¿Cuántos podremos abordar?
- b. ¿Hay problemas que el paciente pueda resolver por su cuenta, con otra persona o dejar para otra sesión?
- c. ¿Cuál es mi principal objetivo para la sesión: mejorar el estado de ánimo; realizar un cambio cognitivo; resolver problemas; efectuar un cambio conductual; mejorar la alianza terapéutica? ¿El tratamiento de cuál de estos

problemas tiene más probabilidades de ayudarme a alcanzar ese objetivo?

- d. ¿Cómo coinciden estos temas/problemas con lo que es más importante para el paciente?
- e. ¿Cuánto tiempo le asignaremos a cada tema/problema?

8. Cuando el terapeuta *revisa la tarea*, se pregunta:

- a. ¿Qué relación guarda la tarea de hoy con los ítems del plan? ¿Deberíamos posponer el tratamiento de alguna de las tareas hasta después de habernos dedicado a alguno de los ítems?
- b. ¿Qué cantidad de la tarea realizó el paciente? Si fue poca, ¿qué se interpuso?
- c. ¿Resultó útil la tarea? Si no lo fue, ¿por qué ocurrió esto? Si lo fue, ¿qué aprendió el paciente?
- d. ¿Cómo debería modificar la tarea esta semana para que fuese más eficaz?

9. Cuando el terapeuta y el paciente conversan acerca del primer tema del plan del día, el terapeuta se formula preguntas relativas a cuatro áreas:

Definir el problema

- a. ¿Cuál es el problema específico?
- b. ¿Cuáles son las situaciones específicas en las que aparece el problema?
- c. ¿A qué motivo atribuye *el paciente* este problema? ¿A qué lo atribuyo *yo*?
- d. ¿Cómo encaja este problema en la conceptualización cognitiva global de este paciente? ¿Cómo se relaciona con sus objetivos generales?
- e. ¿Qué papel —si es que cumplen alguno— desempeñan el pensamiento y el comportamiento del paciente en este problema?

Diseñar una estrategia

- a. ¿Podemos pasar directamente a la resolución de problemas? ¿Qué pensamientos y creencias podrían interferir en la resolución del problema?
- b. ¿Sobre qué pensamiento o sentimiento debemos trabajar para producir el cambio conductual necesario? ¿Qué tipo de pensamiento o creencia nuevos pero temática-

- mente relacionados podrían ser más adaptativos para este paciente? ¿Cómo se relaciona este pensamiento o creencia con la conceptualización?
- c. ¿Qué cambio conductual puedo sugerir para ayudar al cambio cognitivo?

Elegir las técnicas

- a. ¿Qué estoy tratando de lograr mientras conversamos sobre este tema?
- b. ¿Qué técnicas han funcionado bien con este paciente (o con pacientes similares) en el pasado? ¿Qué técnicas *no* han dado resultado?
- c. ¿Qué técnica debería intentar primero?
- d. ¿Cómo evaluaré su eficacia?
- e. ¿Me limitaré a usar la técnica o *además* la enseñaré al paciente?

Controlar el proceso

- a. ¿Estamos trabajando en equipo?
- b. ¿El paciente “compra” lo que le estoy ofreciendo?
- c. ¿Tiene pensamientos automáticos sobre él mismo, sobre mí, sobre la técnica o la terapia, que interfieran en esta actividad?
- d. ¿Está mejorando su estado de ánimo?
- e. ¿Cómo está funcionando la técnica? ¿Deberíamos continuar con ella o probar otra cosa?
- f. ¿Terminaremos con el tratamiento de este ítem a tiempo? En caso de que no sea así, ¿debo interrumpir y decidir con el paciente si continuaremos con este tema, aunque debamos reducir o eliminar el tiempo destinado a otro ítem?
- g. ¿Qué seguimiento (p. ej., tarea para el hogar) debería sugerir para fortalecer este aprendizaje?
- h. ¿Qué haremos para que el paciente recuerde las cosas importantes de las que hablamos? ¿Está tomando apuntes adecuados?

10. *Luego del tratamiento del primer tema del plan*, el terapeuta se pregunta:

- a. ¿Cómo se siente hoy el paciente?
- b. ¿Debo hacer algo para restablecer el *rapport*?
- c. ¿He establecido una forma de seguimiento para este

tema, por ejemplo una tarea para el hogar o el acuerdo para incluirlo en el plan de la próxima sesión o para posponerlo para más adelante?

- d. ¿Cuánto tiempo de sesión nos queda? ¿Tenemos tiempo para tratar otro ítem del plan? ¿Con qué debemos continuar?

11. *Antes de cerrar la sesión*, el terapeuta se pregunta:

- a. ¿Es necesario que siga investigando si el paciente tiene opiniones negativas respecto de la sesión?
b. Si hubo una retroalimentación negativa, ¿cómo debo encararla?
c. ¿Comprende el paciente cuál fue el punto principal de la sesión?
d. ¿Recordará lo que se le ha enseñado? ¿Hemos asignado tareas pertinentes?

12. *Después de la sesión*, el terapeuta se pregunta:

- a. ¿Debo profundizar mi conceptualización?
b. ¿Qué quiero recordar para retomar la próxima sesión o en futuras sesiones?
c. ¿Debo prestar más atención a nuestra relación?
d. Si pudiera volver a comenzar esta sesión, ¿qué cambiaría?

Decidir si ocuparse de un problema

En toda terapia es crítica la decisión respecto de cuáles son los problemas para considerar. Aunque el terapeuta toma esta decisión en conjunto con el paciente, procura orientar la terapia hacia el tratamiento de aquellos problemas que son perturbadores, recurrentes o permanentes y escoge los ítems sobre los cuales piensa que puede efectuar una modificación durante la sesión. Por el contrario, tiende a limitar el tratamiento de aquellos problemas que considera factibles de ser solucionados por el paciente solo, o de aquellas situaciones puntuales que es improbable se repitan. Tampoco suele elegir los problemas que no son particularmente perturbadores o que considera llevarán a malgastar el tiempo de la terapia.

Una vez identificado un problema específico, el terapeuta hace varias cosas con el propósito de determinar si vale la pena

intervenir: recopila datos, repasa las opciones, toma como guía la etapa de la terapia y cambia de tema cuando es necesario. A continuación se describen estas cuatro operaciones:

Recopilar más datos sobre un problema

Cuando el paciente expone un problema o cuando en medio de la sesión se hace evidente la existencia de una dificultad, el terapeuta examina su naturaleza para decidir si debe intervenir. Por ejemplo Sally ha planteado un nuevo tema para el plan: su padre tiene problemas en los negocios y ella se siente triste. El terapeuta interroga a Sally para determinar si vale la pena dedicar a este problema una parte significativa de la sesión.

TERAPEUTA: ¿Dijiste que querías plantear algo acerca de tu padre y el trabajo?

PACIENTE: Sí, él ha tenido dificultades con su negocio desde hace tiempo, pero ahora parece que está por quebrar.

T: (*Recopilando más información*) En caso de que quiebre, ¿cómo te afectará eso?

P: Oh, no directamente, pero me siento muy mal por él. Sigue teniendo suficiente dinero, pero... ha trabajado mucho para tener ese negocio.

T: (*Tratando de averiguar si existe una distorsión en el pensamiento de la paciente*) ¿Qué crees que ocurrirá si quiebra?

P: Ya está buscando un nuevo negocio. No es la clase de persona que se deja estar.

T: (*Continúa evaluando la posible disfuncionalidad*) ¿Cuál es para ti la peor parte de todo esto?

P: Es sólo que creo que se sentirá mal.

T: ¿Cómo te sientes tú cuando piensas que él se siente mal?

P: Mal... Me siento triste.

T: ¿Cuánto de triste?

P: 75%.

T: (*Comprueba si la paciente puede ver a largo plazo*) ¿No crees que aunque se siente mal al comienzo, lo superará en algún momento? Probablemente se ocupará de otro negocio y se sentirá mejor.

P: Sí, creo que probablemente suceda eso.

T: ¿Crees que tu tristeza es la "normal" para esta situación? ¿O crees acaso que te está afectando *demasiado*?

P: Pienso que es una reacción normal.

- T: *(Ya ha evaluado que el problema no requiere de más trabajo)*
 ¿Alguna otra cosa al respecto?
- P: No, creo que no.
- T: Está bien. Lamento que le haya ocurrido esto a tu padre. Manténme al tanto de lo que sucede.
- P: Lo haré.
- T: ¿Pasamos al siguiente tema de nuestro plan?

En otra ocasión, en cambio, el terapeuta determina que el problema requiere intervención.

- T: ¿Querías hablar acerca de tu alojamiento el próximo año?
- P: Sí, estoy muy molesta. Con mi compañera de cuarto hemos decidido que vamos a vivir juntas nuevamente. Ella también quiere vivir fuera del campus. Por eso vamos a buscar un apartamento en West Philly o en el centro, pero ella se va a su casa para las vacaciones de primavera y entonces yo debo encargarme de buscar apartamento.
- T: ¿En qué momento te has sentido más molesta en relación con este problema?
- [El terapeuta supone que Sally se siente molesta porque no sabe qué hacer, porque está enojada con su compañera, que le transfirió todo el trabajo o por ambas razones. La interroga entonces para descubrir sus pensamientos automáticos y sus emociones.]
- P: Ayer, cuando acepté buscar apartamento, ella no estaba... En realidad fue anoche, cuando noté que no sabía qué hacer.
- T: ¿Cómo te sentías?
- P: Abrumada... angustiada.
- T: ¿Qué pasaba anoche por tu mente, mientras pensabas en este tema?
- P: Que no sé qué hacer. Ni siquiera sé por dónde comenzar.
- T: *(Trata de formarse un panorama más amplio y de determinar si existen otros pensamientos automáticos)* ¿Qué otra cosa pasaba por tu mente?
- P: Me preguntaba: “¿Qué debo hacer primero? Nunca he hecho esto antes. ¿Debo ver a un agente inmobiliario? ¿Debo buscar en el periódico?”.
- T: *(Investiga la existencia de otros pensamientos automáticos)*
 ¿Pensabas algo acerca de tu compañera de cuarto?
- P: No, en realidad no. Ella dijo que me ayudaría cuando regresara y que no era necesario que comenzara a buscar hasta entonces.

T: ¿Hiciste alguna predicción?

P: No lo sé.

T: (*Da un ejemplo opuesto*) ¿Pensabas que encontrarías fácilmente un lugar muy bueno por una renta accesible?

P: No... no, en realidad pensaba: “¿Y si encuentro un lugar y resulta que está infestado de cucarachas, es inseguro, demasiado ruidoso o está en malas condiciones?”.

T: ¿Imaginaste algo así?

P: Sí. Oscuro, con mal olor, sucio. (*Se estremece*)

Revisar las opciones

Una vez que el terapeuta se ha formado un cuadro más completo, revisa mentalmente sus opciones. Puede hacer una o más de las siguientes cosas:

1. Llevar a Sally directamente a la resolución de problemas y ayudarla a decidir cuáles son los pasos más razonables y factibles.
2. Enseñar a Sally técnicas de resolución de problemas, usando esta cuestión como ejemplo.
3. Usar la situación para reforzar el pensamiento positivo.
4. Valerse de la situación como una oportunidad para ayudar a Sally a conceptualizar su dificultad, proponer que será capaz de resolver una situación de dependencia a sentirse abrumada y a no controlar la situación.
5. Hacer que Sally identifique el pensamiento perturbador y lo evalúe.
6. Enseñar a Sally a completar un Registro de Pensamientos Disfuncionales a partir de esta situación.
7. Usar la imagen que describe para enseñarle técnicas de imaginación perturbadora.
8. Tomar junto con Sally la decisión de pasar al siguiente ítem del plan (tal vez a un problema más acuciante) y retomar el problema más adelante o en otra sesión.

Reflexionar sobre cuestiones prácticas

¿Cómo decide el terapeuta qué rumbo debe tomar? El profesional considera varios factores, entre ellos:

1. ¿Cómo lograr un alivio significativo para Sally?
2. ¿Qué tienen tiempo de hacer? ¿Qué otras cosas deben hacer en la sesión?
3. ¿Este problema está dando la oportunidad de enseñar o revisar herramientas importantes para Sally? ¿Cuáles?
4. ¿Qué puede hacer Sally por sí misma (p. ej., como tarea) para aliviar su tensión? Por ejemplo, si Sally ya está en condiciones de completar un Registro de Pensamientos Disfuncionales en su casa y eso la lleva a sentirse mejor, pueden dedicar el tiempo a otras cuestiones que la ayudarán a progresar más.

Usar la etapa de la terapia como guía

El terapeuta muchas veces se orienta a partir de la etapa de la terapia en que se encuentra el paciente. Por ejemplo, suelen evitar el tratamiento de problemas muy complejos y perturbadores en las primeras sesiones con pacientes deprimidos, si es poco probable que puedan encararlos adecuadamente. También tratan de no activar creencias centrales dolorosas si el paciente no cuenta aún con las herramientas para enfrentarlas.

Las sesiones de la etapa inicial suelen dedicarse al tratamiento de problemas *más sencillos*, porque se está enseñando al paciente a evaluar los pensamientos automáticos más "fáciles" y todavía no se encaran las creencias más rígidas y consolidadas. El éxito en las primeras sesiones engendra esperanza en los pacientes y los motiva para trabajar en la terapia.

Cambiar el foco en una sesión

A veces el terapeuta no logra evaluar el grado de dificultad que presentará un problema o la probabilidad de que la conversación active una creencia central dolorosa. En estos casos, aunque se haya centrado en un determinado problema *inicialmente*, deberá cambiar el foco, en especial si se da cuenta de que sus intervenciones no son exitosas o de que el paciente está experimentando un mayor malestar que no se desea. A continuación se transcribe un fragmento de una sesión de la etapa inicial:

T: Veamos el siguiente tema de nuestro plan. Dijiste que te gustaría conocer más gente [Conversan acerca de este objeti-

vo.] Dime ahora cómo podrías hacer para conocer gente esta semana.

P: (*Adoptando un tono apagado de voz*) ...Podría hablar con mis compañeros de trabajo.

T: (*Percibe que la paciente se ha sentido abatida repentinamente*)
¿Qué pasa por tu mente en este momento?

P: No tengo remedio. Nunca lograré hacer esto. Ya lo he intentado antes. (*Se enoja*) Todos mis terapeutas anteriores intentaron lo mismo, pero le estoy diciendo que no puedo. ¡No funcionará!

Debido a la repentina reacción afectiva negativa, el terapeuta supone que se ha activado una creencia central y advierte que sería contraproducente continuar con la misma tónica. En lugar de retomar el problema, el profesional decide reparar la alianza terapéutica averiguando los pensamientos automáticos de la paciente respecto de él y poniéndolos a prueba. Entonces pregunta, por ejemplo: "Cuando te pregunté cómo podrías hacer para conocer más gente esta semana, ¿qué pensamientos tuviste respecto de mí?". Luego brinda a la paciente la posibilidad de elegir si retomar o no el tema: "Me alegro de que te hayas dado cuenta de que en realidad yo no deseaba que hicieras cosas para las cuales todavía no estás preparada. ¿Te gustaría volver al tema de cómo conocer más gente o prefieres que lo retomemos en otra sesión y pasemos al problema que has tenido esta semana con tu amiga Elise?".

En síntesis, al comienzo de la terapia el profesional trata de evitar:

1. Problemas demasiado complejos (p. ej., aquellos en los cuales es improbable que se produzca un progreso sustancial), como un problema matrimonial de larga data.
2. Problemas asociados a creencias muy fuertes y rígidas. Por ejemplo: "Si no complazco en un 100% los deseos de los demás, Dios va a castigarme".
3. Problemas que pueden activar creencias centrales muy dolorosas para las cuales el paciente todavía no cuenta con herramientas suficientes (por ejemplo: "Me abandonarán").
4. Problemas que el paciente puede resolver por su cuenta. Si el terapeuta se dedica a este tipo de problemas no está aprovechando adecuadamente el tiempo de la terapia.

5. Problemas sobre los cuales el paciente no desea trabajar.
6. Problemas que no son particularmente perturbadores para el paciente.

No se trata de evitar los problemas difíciles, sino de encararlos cuando el paciente se sienta un poco mejor y haya adquirido la habilidad de abordar esa cuestión y los pensamientos y creencias disfuncionales asociados.

Modificar el tratamiento estándar para encarar trastornos específicos

El terapeuta debe contar con una profunda comprensión de los síntomas del paciente, su funcionamiento, sus problemas, las situaciones que los desencadenaron y la historia previa. También es importante que se haya efectuado un diagnóstico sobre los cinco ejes que plantea el DSM IV. En este libro se expone la terapia cognitiva estándar para la depresión asociada a la ansiedad. A continuación se describen brevemente variantes para implementar, a fin de abordar otra clase de trastornos. El terapeuta debe consultar textos especializados (véase más adelante) cuando deba abordar pacientes cuyo diagnóstico no sea el de depresión simple o unipolar.

1. *Trastorno de pánico*. La terapia enfatiza la evaluación y comprobación de las interpretaciones inadecuadas de tipo catastrófico que hace el paciente, quien considera a un síntoma benigno específico (o a un pequeño conjunto de síntomas), precursor(es) de una catástrofe física o mental (Beck, 1987; Clark, 1989).

2. *Trastorno de ansiedad generalizado*. La terapia se centra en enseñar al paciente a evaluar de manera más realista las amenazas de peligro que albergan ciertas situaciones y a fortalecer su capacidad para sobrellevar situaciones de amenaza (Beck y Emery, 1985; Butler et al., 1991; Clark, 1989).

3. *Fobias sociales*. La terapia enfatiza la reestructuración cognitiva, las técnicas para controlar la ansiedad y la exposición gradual (Beck y Emery, 1985; Butler, 1989; Heimberg, 1990).

4. *Trastorno obsesivo-compulsivo*. La terapia pone énfasis en la prevención de la exposición y de las reacciones y guía al paciente para que descubra experimentalmente que el problema está en sus pensamientos y no en los eventos del mundo real (que trata de

evitar a través de su comportamiento y del control de sus pensamientos). Entre otras cosas, el profesional ayuda al paciente a evaluar el punto hasta el cual es verdaderamente responsable de las circunstancias adversas que pueden afectar a otras personas o a él mismo (Salkovskis y Kirk, 1989).

5. *Trastorno de estrés postraumático*. Además de enseñar al paciente a manejar su intensa angustia y sus continuas imágenes perturbadoras, la terapia se enfoca en la identificación y modificación del significado que el paciente ha asociado al hecho traumático (Dancu y Foa, 1992; Parrot y Howes, 1991).

6. *Trastornos de la alimentación*. La terapia se centra en la reestructuración de las creencias disfuncionales respecto de la comida, el peso y el yo, particularmente respecto de la imagen corporal y la autovaloración (Bowers, 1993; Fairburn y Cooper, 1989; Garner y Bemis, 1985).

7. *Adicciones*. La terapia se centra en la identificación y comprobación de pensamientos e imágenes acerca de la ingestión de drogas, la modificación de creencias que aumentan el riesgo de su consumo, las estrategias para sobrellevar los deseos de droga y la prevención de las recaídas (Beck et al., 1993; Marlatt y Gordon, 1985).

8. *Trastornos de personalidad*. La terapia busca la mejoría en el funcionamiento (aumentando para ello el repertorio de estrategias compensatorias del paciente), el desarrollo y el aprendizaje a partir de la relación terapéutica, la comprensión del desarrollo histórico y la persistencia de las creencias centrales y su modificación por medio de métodos racionales y experimentales (Beck et al., 1990; Layden et al., 1993; Young, 1990).

9. *Esquizofrenia*. Como tratamiento complementario de la terapia farmacológica, la terapia cognitiva enfatiza la consideración de explicaciones alternativas de diversas experiencias psicóticas (Chadwick y Lowe, 1990; Kindon y Turkington, 1994; Perris et al., 1993).

10. *Problemas de parejas*. La terapia busca que los individuos se hagan responsables de modificar sus expectativas, creencias e interpretaciones disfuncionales, así como también del comportamiento hacia la pareja (Baucom y Epstein, 1990; Beck, 1998; Dattilio y Padesky, 1990).

11. *Trastorno bipolar*. Como tratamiento complementario, la terapia se ocupa de la identificación temprana de episodios hipomaniacos y depresivos; las estrategias para controlar estos episodios; la regularización del sueño, el apetito y los niveles de

actividad; la reducción de la vulnerabilidad del paciente y la exposición a situaciones disparadoras y también del cumplimiento del plan de medicación (Palmer, Williams y Adams, 1994).

Estas breves descripciones tienen como objetivo alentar al lector a buscar entrenamiento adicional (ya sea formal o autodidáctico) para trastornos más complejos que requieren una variación de la terapia cognitiva estándar.

En resumen, la planificación efectiva del tratamiento requiere de un diagnóstico adecuado, una sólida formulación del caso en términos cognitivos, y la consideración de las características particulares y los problemas del paciente. El tratamiento se estructura a la medida del individuo y el terapeuta desarrolla una estrategia general y un plan específico para cada sesión, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. El diagnóstico del paciente.
2. Una conceptualización de sus dificultades (que controla con él).
3. Los objetivos del paciente para la terapia.
4. Sus preocupaciones más acuciantes.
5. Los objetivos del profesional para la terapia.
6. La etapa de la terapia.
7. Las características de aprendizaje particulares del paciente.
8. La motivación del paciente.
9. La naturaleza y la fortaleza de la alianza terapéutica.

El terapeuta desarrolla y modifica continuamente un plan general de tratamiento y un plan específico para cada sesión y para cada parte de la misma.