PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Beck, J. (2000).
Capítulos 1, 2 y 8. Terapia Cognitiva.
Conceptos básicos y profundización.

En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resumen
- Tutorías

¡Clases particulares de esta materia!

Prepará parciales y exámenes

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes

Beck, J. (2000). Capítulos 1, 2 y 8. Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización.

Capítulo 1. Introducción

Beck desarrolla 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.

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 mejora permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

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 hasta los ancianos.

Puede ser aplicado tanto individualmente como en grupos, problemas de pareja y terapia familiar.

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.
Aunque la terapia debe planearse a medida para cada individuo, 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 basa sus formulaciones en los datos que el paciente le provee en la primera entrevista, y va profundizando el marco teórico a medida que el paciente le aporta más datos a lo largo de la terapia. En momentos estratégicos, comparte con este su conceptualización, para asegurarse de que el paciente la este percibiendo como

“algo verdadero” Durante la terapia, además, el terapeuta ayuda al paciente a examinar su experiencia valiéndose del modelo cognitivo.

Principio 2: ***la terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica.*** El paciente necesita confiar en el terapeuta, quien debe reunir todos los ingredientes básicos de la actividad: calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia. El terapeuta debe demostrar su interés haciendo afirmaciones empaticas, escuchando con atención, sintetizando adecuadamente las ideas y sentimientos que este expresa y mostrando una actitud realista y optimista. Sin embargo, si bien hay pacientes que no tienen dificultades para trabajar en la terapia y confiar en el terapeuta, hay otros, especialmente aquellos afectados por un trastorno de la personalidad, quienes necesitan que se ponga mucho más énfasis en la relación terapéutica para poder forjar una buena alianza de trabajo. En estos últimos casos, el terapeuta debería dedicar más tiempo a la construcción del vínculo, utilizando distintos medios.

Principio 3: ***La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.*** El terapeuta debe alentar al paciente a considerar la terapia como un trabajo en equipo. Decidiendo juntos los temas que se trabajan en cada sesión, la frecuencia de los encuentros y las tareas que se deben realizar entre sesion y sesion.

Principio 4: ***la terapia cognitiva está orientada hacía objetivos y centrada en problemas determinados.*** En este sentido, es importante tener en cuenta que 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.

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 cual sea el diagnóstico. La atención puede centrarse en el pasado en tres circunstancias:

1) cuando el paciente expresa una fuerte predilección por hacerlo
2) cuando el trabajo centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional
3) cuando el terapeuta considera que es importante comprender cómo y cuándo se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad

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.*** El terapeuta no solo ayuda al paciente 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.

Principio 7: ***la terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo.*** El terapeuta, en general, establece los mismos objetivos para todos los pacientes: aliviar los síntomas, facilitar la remisión del trastorno, ayudarlo a resolver los problemas más acuciantes y proporcionarle herramientas para que trate de evitar las recaídas. Se comienza con sesiones semanales, por ejemplo, y a medida que transcurre el tiempo, y en función del progreso que realiza el paciente, estas sesiones pueden irse espaciando más en el tiempo hasta, incluso, llegar a tener sesiones “de refuerzo” cada algunos meses.

Principio 8: ***las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.*** No importa cual sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión. Al seguir un formato fijo, la terapia resulta mejor comprendida tanto para el paciente como para el terapeuta. Además, aumenta la posibilidad de que una vez concluido el tratamiento, el paciente 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.*** El terapaueta ayuda al paciente a centrarse en un problema específico, 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 al paciente a que perciba que él está verdaderamente interesado en el **empirismo colaborativo**, es decir, que le ayuda a determinar la precisión y la utilidad de sus ideas, mediante una revisión cuidadosa de los datos.

En otras sesiones puede, en cambio, utilizar el **descubrimiento guiado,** un proceso en el cual se interroga al paciente acerca del significado de sus pensamientos, para develar las creencias subyacentes que tiene respecto de sí mismo, del mundo y de los demás. También mediante preguntas va guiandolo 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.*** Entre ellas pueden encontrarse técnicas que provienen de otras orientaciones terapéuticas como la terapia del comportamiento y la gestáltica. El terapeuta selecciona las técnicas

según el planteamiento de cada caso y los objetivos que establece para cada sesión.

La formación de un terapeuta cognitivo

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.

El desarrollo de los conocimientos técnicos que requiere un terapeuta cognitivo se puede describir en tres pasos:

- **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.
- **Paso 2:** 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.
- **Paso 3:** 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.

Capítulo 2. La conceptualizacion cognitiva

La conceptualización cognitiva provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente. Al iniciar el abordaje de un caso, el terapeuta se plantea las siguientes preguntas:

¿Cuál es el diagnóstico del paciente?
¿Cuáles son sus problemas actuales, cómo se desarrollaron y cómo persisten en este momento?
¿Qué pensamientos y creencias disfuncionales se asocian con los problemas?
¿Qué reacciones (emocionales, fisiológicas y del comportamiento) se asocian con estos pensamientos?

El terapeuta establece, entonces, una hipótesis acerca del modo como el paciente llegó a desarrollar su trastorno psicológico particular, interrogando sobre:

- los aprendizajes y experiencias tempranas que contribuyen a sus problemas actuales
- las creencias subyacentes y pensamientos
- cómo ha sobrellevado sus creencias disfuncionales
- qué mecanismos cognitivos, afectivos y conductuales ha puesto en práctica para afrontar sus creencias disfuncionales
- como se ve a sí mismo y a los demás
- cómo percibe su mundo personal y su futuro
- que factores de tensión han contribuido a sus problemas psicológicos o interfirieron con su capacidad para resolverlos

El modelo cognitivo

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no estan determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones.

Los sentimientos de las personas estan asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. Así, la respuesta emocional ante una situación está condicionada por la percepción de dicha situación. El terapeuta cognitivo, entonces, se interesa especialmente por este nivel de pensamiento que opera simultáneamente con el pensamiento superficial, que es el más evidente.

Este nivel de pensamiento corresponde, entre algunas otras cosas, a los llamados **pensamientos automáticos,** los cuales no surgen de una deliberación o un razonamiento, sino que parecen brotar de manera automática y suelen ser veloces y breves. No suelen ser conscientes y solemos tomar conciencia solamente de la emoción que surge de ellos.

Estos pensamientos automáticos suelen ser aceptados como ciertos y no ser criticados; sin embargo, es posible aprender a identificarlos por medio de la observación de los cambios afectivos. Cuando usted note que siente una emoción, pregúntate ¿qué es lo que acaba de pasar por mi mente?
Al identificar los pensamientos automáticos, será posible, probablemente, evaluar hasta cierto punto la validez de ellos. Si logra darse cuenta que hizo una interpretación errónea y logra corregirla, seguramente el estado de ánimo mejorará. **En términos cognitivos, cuando los pensamientos disfuncionales son sometidos a la reflexión racional, las emociones suelen modificarse.**

La razón del porqué las distintas personas interpretan la misma situación de formas distintas tiene que ver, en gran medida, **con las creencias.**

Las creencias

A partir de su infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. **Las creencias centrales** son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas "son".

Estas creencias pueden activarse en distintas situaciones. Cuando se activa, el sujeto interpreta las situaciones a través de la lente de esta creencia, aun cuando la interpretación pueda ser, a la luz de un análisis racional, completamente falsa. Además, el sujeto tiende a centrarse selectivamente en aquella información que le confirma su creencia central, dejando de lado o despreciando la información que la contradice. De esta manera, mantiene su creencia, a pesar de que sea equivocada y disfuncional.

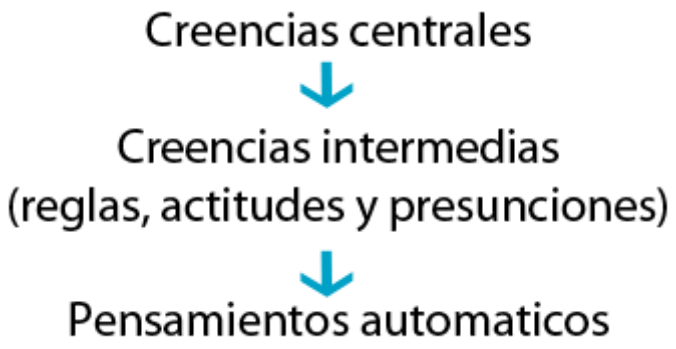
Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso.

Los pensamientos automáticos, que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son, en cambio, específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición.

Actitudes, reglas y presunciones

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas.

Estas creencias intermedias influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo como se piensa, siente y se comporta. De esta forma, podemos esquematizar la relación entre las creencias intermedias, las creencias centrales y los pensamientos automáticos de esta forma:



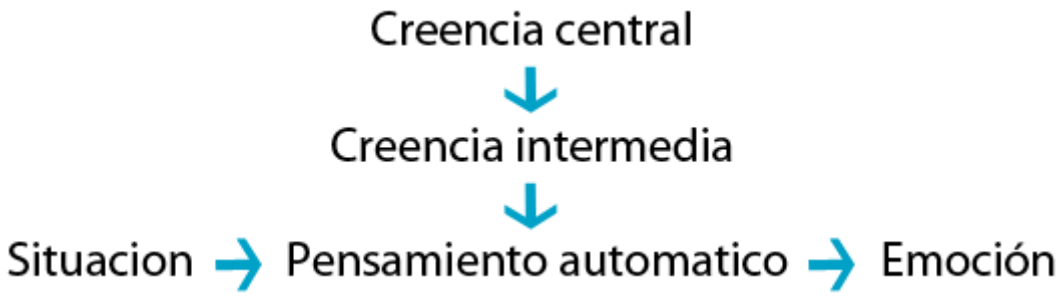
Origen de las creencias centrales e intermedias

Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan, además, organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan. Sus interacciones con el mundo y con los demás las llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad. **Las creencias disfuncionales pueden ser "desprendidas" y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales.** Esto es muy importante para los terapeutas cognitivos.

El curso habitual del tratamiento en la terapia cognitiva implica usualmente que en los inicios se ponga más énfasis en los pensamientos automáticos, que son conocimientos más cercanos a la conciencia. El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas. Luego, el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen a las ideas disfuncionales. Porque es justamente la modificación más profunda de las creencias fundamentales la que disminuye las posibilidades de recaídas en el futuro.

Relación entre la conducta y los pensamientos automáticos

El modelo cognitivo puede ser ilustrado de esta manera:

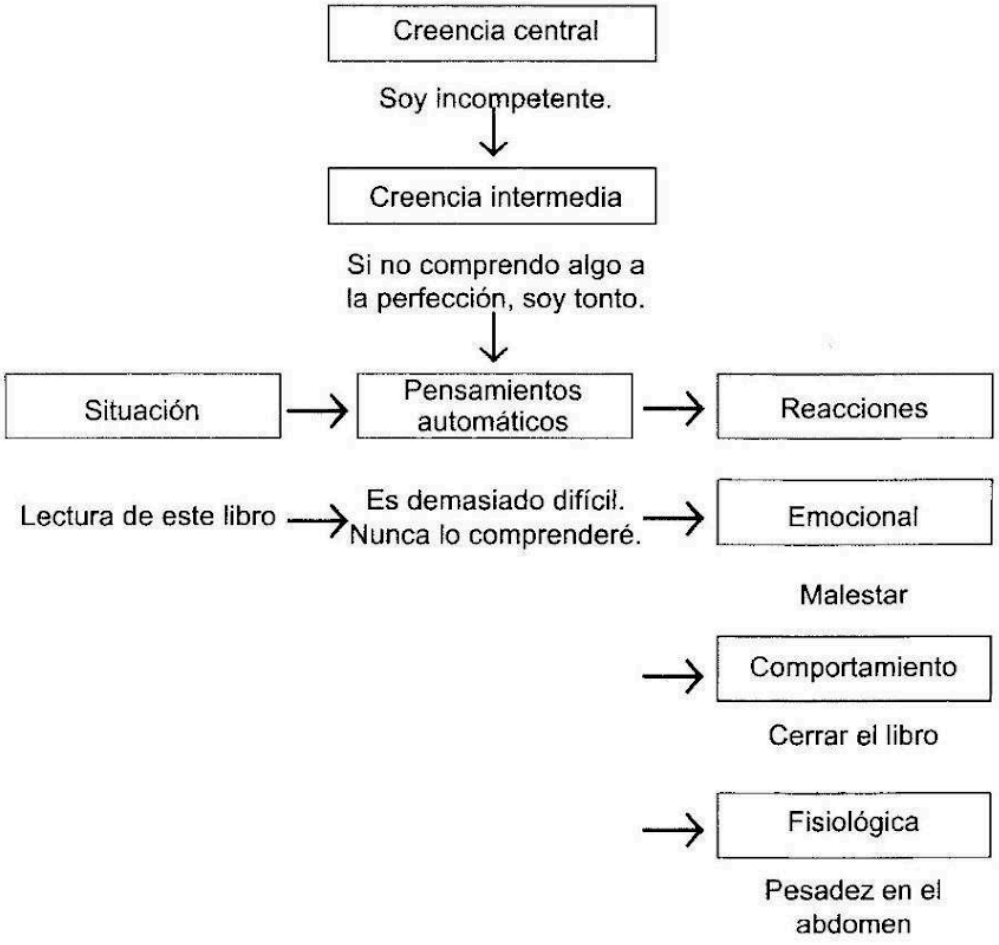


En una situación específica, las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación. Estos pensamientos, a su vez, inciden sobre las emociones. Posteriormente, los pensamientos automáticos también influyen sobre la conducta y a menudo llevan a respuestas fisiológicas.

Debido a que trabajar sobre pensamientos automáticos, creencias o comportamientos implica, a veces, técnicas distintas o una relación terapeuta-paciente distinta, es sumamente importante conceptualizar en términos cognitivos las dificultades del paciente, justamente, con el objeto de determinar los pasos por seguir en la terapia: cuando trabajar sobre un objetivo específico, un

pensamiento automático, una creencia o un comportamiento, que técnicas seleccionar y cómo mejorar la relación terapéutica.

Por ejemplo, un lector que piensa, al leer un libro: “Es demasiado difícil. Nunca lo comprenderé”, se siente mal, experimenta una sensación de pesadez en el abdomen y cierra el libro. Esquemáticamente, el proceso que se da en este sujeto sería así:



Es importante que el terapeuta se ubique en el lugar del paciente para que pueda así desarrollar empatía respecto de la situación que está atravesando, comprender cómo se siente y percibir el mundo a través de sus ojos. Las conductas, percepciones, pensamientos y emociones del paciente se harán comprensibles a partir de su historia y su conjunto de creencias.

La conceptualización comienza durante el primer contacto con el paciente y se va profundizando en cada nuevo encuentro. El terapeuta se plantea hipótesis respecto del paciente, basándose en los datos que él le aporta. Estas hipótesis se confirman, se descartan o se modifican según esos nuevos datos. La conceptualización es fluida pero, en algunos momentos estratégicos, el terapeuta debe controlar con el

paciente las hipótesis y su formulación. Generalmente, si la conceptualización es adecuada, el paciente confirma que le “suena correcto” y que el cuadro que el terapeuta le está presentando concuerda con su propia percepción.

Confrontación de creencias centrales

Un sujeto puede tener creencias centrales negativas respecto de sí mismo, o de los demás. Sin embargo, puede suceder que estas creencias negativas no sean tan sólidas, debido a otras experiencias, en diferentes situaciones similares, que hayan constituido aprendizajes diferentes. La confrontación de estas creencias, el poder razonar las creencias negativas, confrontandolas con las positivas puede posibilitar el poner en jaque a las negativas. Si una persona tiene una creencia central de ser incompetente, se le puede preguntar, por ejemplo, si recuerda alguna situacion anterior en donde haya sido competente, para poder hacer tambalear esa primera creencia central negativa.

Indagar sobre las experiencias que pueden haber dado como fruto a la creencia central negativa es tan fructífero como indagar sobre otras experiencias que pueden haber dado como fruto creencias centrales positivas, sobre todo si son experiencias similares.

Estrategias de comportamiento

Muchas veces los pacientes desarrollan, naturalmente, estrategias de comportamiento para protegerse del sufrimiento que les generan sus ideas.

Predisposición

Las creencias negativas pueden actuar como factores predisponentes en un sujeto, el cual puede luego desarrollar una psicopatología como la depresión, entre muchas cosas, porque justamente tiene, en su maleta de creencias, muchas que son de índole negativa y que, por lo tanto, actuan como lente interpretador de las experiencias que dicho sujeto vivencia. Estos pensamientos distorsionados conducen al sujeto a comportarse de forma autodestructiva y de esta forma alimenta su abatimiento.

Las creencias negativas pueden hacer que interpreten los hechos de un modo negativo. A veces, el sujeto no cuestiona esos pensamientos, sino que los acepta sin crítica alguna. En realidad, no son los pensamientos y las creencias los que provocan la depresión, pero una vez que ésta se instala, las ideas negativas influyen fuertemente sobre el estado de ánimo. La depresión es causada por una variedad de factores biológicos y psicológicos.

En resumen

Es fundamental conceptualizar al paciente en términos cognitivos, para poder determinar el tratamiento más eficiente y efectivo. Asimismo, es importante desarrollar la empatía, un ingrediente crítico a fin de establecer una relación operativa con el paciente. En general, para conceptualizar a un paciente, se deben formular las siguientes preguntas:

¿Cómo llegó el paciente a desarrollar este trastorno?
¿Qué acontecimientos, experiencias e interacciones fueron significativos?
¿Cuáles son las creencias básicas acerca de si mismo, su mundo y los demás?
¿Cuáles son sus presunciones, expectativas, reglas y actitudes (creencias intermedias)?
¿Qué estrategias ha utilizado el paciente durante su vida para superar esas creencias negativas?
¿Qué pensamientos automáticos, imágenes y comportamientos lo ayudaron a persistir en el trastorno?
¿Cómo interactúan las creencias y las situaciones de la vida?
¿De qué manera estas interacciones colaboran para hacer que el paciente sea vulnerable al trastorno?
¿Qué está sucediendo en la vida del paciente en este momento y cómo percibe esos acontecimientos?

La conceptualización comienza durante el primer contacto con el paciente, y es un proceso permanente, siempre sujeto a modificaciones, en la medida en que se presenten datos nuevos y que las hipótesis previas se confirmen o se rechacen. El terapeuta basa sus hipótesis en los datos que ha recabado, utilizando las explicaciones más plausibles y dejando de lado las interpretaciones e inferencias que no se basen claramente en datos reales. En momentos clave, el terapeuta controla con el paciente su conceptualización, para asegurarse de que sea correcta y para ayudarlo a comprenderse a sí mismo y a sus dificultades.

Capítulo 8. Evaluación de los pensamientos automáticos

Los pacientes pueden tener miles de pensamientos por día, algunos disfuncionales y otros no. Para que la terapia sea efectiva, el terapeuta elige solamente uno o algunos pensamientos clave para evaluar en una sesión determinada.

Cómo decidir concentrarse en un determinado pensamiento automático

El terapeuta puede develar algunos o muchos pensamientos automáticos en una determinada sesión. ¿Cómo decidir entonces qué hacer? En realidad, el dispone de las siguientes opciones:

1. **Ocuparse del pensamiento automático:** ¿Cuánto crees/creíste en ese pensamiento?, ¿Cómo te hizo sentir emocionalmente?, ¿Qué hiciste después de ese pensamiento?
2. **Indagar acerca de la situación asociada con el pensamiento automático:** ¿Que había dicho Karen justo antes de que pensaras eso?, ¿Cuando sucedió?, ¿Dónde estabas?, Cuéntame más acerca de la situación.
3. **Explorar si es típico ese pensamiento automático:** ¿Con qué frecuencia tienes este tipo de pensamiento?, ¿En qué situaciones?, ¿Cuanto te perturba esta clase de pensamiento?
4. **Identificar otros pensamientos e imágenes automáticos que suelen producirse en esta situación:** ¿Pasó por tu mente alguna otra cosa en ese momento?
5. **Apelar a la resolución de problemas respecto de la situación asociada con el pensamiento automático:** Piensa en algunas cosas que podrías hacer con respecto a esta situación.
6. **Explorar la creencia que subyace en el pensamiento automático:** Si esto fuera verdad, ¿que significaria para ti?
7. **Pasar a otro tema:** Está bien. Creo que he comprendido eso. Cuéntame qué otra cosa ha ocurrido esta semana.

Para que el terapeuta elija entre estas opciones, debe preguntarse:

A. ¿Qué estoy tratando de conseguir en esta sesión? Trabajar en esto, ¿nos ayudará a alcanzar los objetivos terapéuticos que he fijado para esta sesión?
B. ¿Qué cosas incluyó el paciente en la sesión? Concentrandonos en este pensamiento, ¿atacaremos el problema sobre el cual quiere trabajar? De no ser así, ¿tenemos tiempo suficiente para ocuparnos de lo que realmente le preocupa? ¿Encontrare en el paciente suficiente colaboración para evaluar este pensamiento?
C. Se trata de un pensamiento importante, del cual debemos ocuparnos? ¿Es suficientemente disfuncional o distorsionado? ¿Es muy habitual? ¿Ocuparnos

de esto ayudará al paciente en más de una situación? ¿Investigar este pensamiento me ayudará a profundizar la conceptualización del paciente?

Ocuparse de un pensamiento automático

Una vez que ha decidido prestar atención a un pensamiento automático, el terapeuta trata de confirmar si es necesario investigarlo, preguntando lo siguiente:

1. ¿Cuánto crees ahora en ese pensamiento (0-100%)?
2. ¿Cómo te hizo sentir ese pensamiento (emocionalmente)?
3. ¿Qué intensidad (0-100%) tiene esa emoción?

Si el paciente cree fuertemente en ese pensamiento y se encuentra significativamente perturbado por él, el terapeuta tratará de desentrañar el cuadro haciendo preguntas acordes al modelo cognitivo:

a. ¿Cuando tuviste ese pensamiento? ¿En qué situación específica?
b. ¿Qué otros pensamientos e imágenes automáticos perturbadores tuviste en esa situación?
c. ¿Notas algo que sucedía en tu cuerpo? (Especialmente en el caso de pacientes ansiosos?
d. ¿Qué hiciste luego?

Después de haber obtenido un cuadro más completo, el terapeuta puede tomar una o más de las siguientes actitudes:

1. Establecer en voz alta o para sí mismo una teoría acerca de cómo ese pensamiento o estos pensamientos encajan en la conceptualización que ha hecho del paciente en general.
2. Utilizar ese pensamiento automático para reforzar el modelo cognitivo de manera explícita o implícita.
3. Ayudar al paciente a evaluar y combatir ese pensamiento por medio del interrogatorio socrático.
4. Encarar técnicas de resolución de problemas con el paciente.
5. Usar la **técnica de la flecha hacía abajo** para develar una creencia subyacente.

Interrogatorio para evaluar un pensamiento automático

Una vez que se ha localizado un pensamiento automático, se han evaluado su importancia y el distres que ocasiona y se han identificado las reacciones (emocionales, fisiológicas y del comportamiento) que lo acompañan, el terapeuta puede decidir ayudar al paciente a evaluarlo. El terapeuta no descalifica directamente el pensamiento automático por dos razones:

1. No sabe de antemano si un pensamiento está distorsionado
2. Una descalificación automática viola un principio fundamental de la terapia cognitiva: el **empirismo colaborativo**. El terapeuta y el paciente deben

examinar juntos ese pensamiento, controlar su validez y/o su utilidad y desarrollar una respuesta más adaptativa. El profesional debe considerar que los pensamientos automáticos raras veces son completamente erróneos. Muchas veces contienen un elemento de verdad y es importante reconocerlo cuando existe.

El terapeuta puede usar esta clase de interrogatorio desde la primera sesión, cada vez que se trate de evaluar un pensamiento automático. En la segunda o tercera sesión puede comenzar a explicar el procedimiento de una manera más explícita:

INTERROGATORIO ACERCA DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

1. ¿Cuál es la evidencia?
   ¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?
   ¿Cuál es la evidencia en contra?
2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
3. ¿Cuál es la *peor* cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?
   ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
   ¿Cuál es la posibilidad más realista?
4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?
   ¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5. ¿Qué debo hacer al respecto?
6. ¿Qué le diría a _____ (un amigo) si estuviese en esta misma situación?

Figura 8.1. Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos. Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

De esta manera, el terapeuta intenta develar evidencia respecto de la validez del pensamiento automático, indagando la evidencia de ambos lados (a favor del pensamiento automático, y en contra de este). En ciertas situaciones, otras estrategias posibles son ayudar al paciente a darse cuenta de que, aunque ocurriera la peor alternativa, él podría tolerarlo. También ayudarlo a darse cuenta de que es poco probable que sus peores temores se hagan realidad.

Por otra parte, es útil ayudarlo a evaluar las consecuencias de combatir y de no combatir su pensamiento distorsionado, y ayudarlo a ocuparse de resolver problemas.

También es importante destacar que no necesariamente se tienen que aplicar todas las preguntas del cuestionario anterior a todos los pensamientos automáticos que se evalúan. A veces ninguna de esas preguntas parece útil y es necesario elegir otra estrategia.

En ocasiones, los pacientes tienen dificultades para utilizar las preguntas incluidas en la parte superior del cuestionario, porque no son capaces de analizar sus pensamientos objetivamente. En esos casos, suele resultar útil hacer que el paciente tome distancia de sus pensamientos para poder evaluarlos de manera más racional. Una técnica adecuada para poner distancia es hacer que el paciente **imagine que un determinado amigo está pasando por una situación idéntica y**

que debe aconsejarlo (pregunta N° 6 del cuestionario). Habitualmente, el terapeuta pide al paciente que le diga el nombre de una persona determinada.

Una vez que ha utilizado la técnica con éxito, el terapeuta busca acrecentar la posibilidad de que el paciente la use por sí mismo cuando la necesite. Con ese propósito, le enseña a hacerlo de manera explícita.

Utilizar cuestionarios alternativos

A veces es necesario modificar las preguntas estándar del cuestionario anterior, para determinados pensamientos específicos. Es importante destacar que muchas de las preguntas alternativas que se pueden formular son, en realidad, variaciones de las preguntas estándar.

Identificar las distorsiones cognitivas

Los pacientes tienden a persistir recurrentemente en los errores de su pensamiento. Muchas veces, en el procesamiento cognitivo de los pacientes que sufren un trastorno psiquiátrico, existe una tendencia negativa sistemática. Cuando el paciente expresa un pensamiento automático, el terapeuta consigna (verbalmente, mentalmente o por escrito) el tipo de error que parece estar cometiendo.

A algunos pacientes les agrada el desafío intelectual de catalogar ellos mismos sus distorsiones. No obstante, existe una lista de los errores típicos de pensamiento más frecuentes es:

1. *Pensamiento de tipo "todo o nada"* (también llamado blanco y negro, polarizado o dicotómico): Usted ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades.
   Ejemplo: "Si no soy un triunfador absoluto, soy un fracasado".
2. *Pensamiento catastrófico* (también llamado adivinación del futuro): Usted predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades.
   Ejemplo: "Estaré tan molesto que no podré hacer nada".
3. *Descalificar o dejar de lado lo positivo*: Usted considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada.
   Ejemplo: "Hice bien ese proyecto, pero eso no significa que sea competente. Sólo tuve suerte".
4. *Razonamiento emocional*: Usted piensa que algo tiene que ser real porque uno lo "siente" (en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario).
   Ejemplo: "Sé que hago muchas cosas bien en el trabajo, pero de todos modos me siento un fracasado".

5. *Catalogar:* Usted se coloca a sí mismo o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas.
   Ejemplo: "Soy un perdedor. El es un inútil".
6. *Magnificar/minimizar:* Cuando usted se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo.
   Ejemplo: "El hecho de que obtuve una calificación mediocre demuestra que soy una inútil. Obtener buenas notas no significa que sea inteligente".
7. *Filtro mental:* (también denominado abstracción selectiva): Usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.
   Ejemplo: "Como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un trabajador incapaz [aunque otros ítems de la misma evaluación señalan rendimientos muy buenos]".
8. *Leer la mente:* Usted cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.
   Ejemplo: "El está pensando que no sé nada sobre este proyecto".
9. *Sobregeneralización:* Usted llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación.
   Ejemplo: "[Como me sentí incómodo en esta reunión] quiere decir que no tengo capacidad para hacer amistades".
10. *Personalización:* Cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.
    Ejemplo: "El técnico fue parco conmigo porque yo hice algo incorrecto".
11. *Afirmaciones del tipo "Debo" y "Tengo que"* (también llamadas imperativos): Usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.
    Ejemplo: "Es horrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer lo mejor que puedo".
12. *Visión en forma de túnel:* Usted sólo ve los aspectos negativos de una situación.
    Ejemplo: "El maestro de mi hijo no hace nada bien. Es crítico, insensible y no sabe enseñar".

Para muchos pacientes, la lista consignada resulta abrumadora. En este caso, el terapeuta puede catalogar y describir solamente las distorsiones típicas del paciente.

Otra posibilidad es ofrecer al paciente la lista completa de distorsiones de pensamiento, pero señalar en ella solo los dos o tres que sean más frecuentes en él, para que no se sienta abrumado al tratar de atender a todos los fallos posibles.

Cuando logre determinar el tipo de distorsión en que está incurriendo, podrá evaluar más objetivamente la validez de sus pensamientos.

Preguntas para evaluar la utilidad de los pensamientos automáticos

Algunos pensamientos automáticos pueden ser totalmente válidos. En otras ocasiones, aun después de la evaluación, el paciente sigue considerándolos válidos, aunque no lo sean. En esos casos, el terapeuta puede ayudar al paciente a determinar el efecto de esos pensamientos (Pregunta 4 del cuestionario) o preguntarle directamente las ventajas y desventajas de seguir pensando eso. Más adelante se trabaja sobre una respuesta adaptativa respecto de ese pensamiento.

Determinar la eficacia de la evaluación de pensamientos automáticos

Una vez que el terapeuta ha utilizado preguntas estándar o no estándar para evaluar un pensamiento automático, procede a determinar la efectividad de la evaluación para decidir qué hacer en la siguiente sesión. Si el paciente ya no cree demasiado en ese pensamiento o si su respuesta emocional hacía la idea ha disminuido de manera significativa, el terapeuta cuenta con los indicios suficientes como para pasar a otro tema.

Valorar la eficacia de la evaluación de un pensamiento automático

Si el paciente sigue creyendo significativamente en su pensamiento automático y no se siente mejor desde el punto de vista emocional, el terapeuta trata de comprender por qué su primer intento de reestructuración cognitiva no ha sido suficientemente eficaz. Las razones más frecuentes a tener en cuenta son:

1. Existen otros pensamientos automáticos centrales y/o algunas imágenes que no han sido identificados o evaluados.
2. La evaluación del pensamiento automático no es plausible, es superficial o inadecuada.
3. **El paciente no ha expresado suficientemente las evidencias que, en su opinión, sustentan el pensamiento automático.** Cuando no se averigua lo suficiente acerca de la evidencia que sustenta la verdad del pensamiento, el resultado es una respuesta adaptativa ineficaz. Al averiguar evidencias adicionales, el terapeuta puede ayudar al paciente a sopesar las evidencias de manera más efectiva y puede investigar explicaciones alternativas.
4. **El pensamiento automático mismo es además una creencia central.** En estos casos, será necesario utilizar a lo largo del tratamiento diversas técnicas para modificarlo. El paciente cree en está idea con tanta fuerza que una simple evaluación no llega a modificar su percepción ni los efectos asociados.
5. **El paciente comprende “intelectualmente” que ese pensamiento está distorsionado, pero no lo cree a un nivel más “emocional”.** En este caso,

el terapeuta y el paciente deben explorar una creencia no expresada que permanece *detrás* del pensamiento automático.

6. **El paciente descalifica la evaluación.** La descalificación de la respuesta adaptativa a menudo toma la forma de “si, pero…”, que significa: “Si, creo [en la respuesta], pero…”.

PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Beck, J. (2000).
Capítulos 1, 2 y 8. Terapia Cognitiva.
Conceptos básicos y profundización.

En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resumen
- Tutorías

¡Clases particulares de esta materia!

Prepará parciales y exámenes

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes