

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

**ENSAYO MONOGRAFICO
SOBRE LAS TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES
UN ESTUDIO SISTEMATICO Y ACTUALIZADO**

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA

**PARA OPTAR AL TITULO
DE PSICOLOGO**

**Y AL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

ESCUELA DE PSICOLOGIA

POR

**CARLOS EDUARDO CARRERA
VERGARA**

**PROFESOR PATROCINANTE
FRANCISCO ALBORNOZ GUILLEN**

**VIÑA DEL MAR, CHILE
DICIEMBRE DE 1999**

mar. 14750 Reg. 5728 c.1

*"La sabiduría es más movable que todo movimiento,
se difunde y penetra en todo con su pureza"*

Sabiduría 7, 24.

*A mis padres,
por su entrega y apoyo incondicional,
y a la "vequita",
quién siempre anheló este momento.*

RECONOCIMIENTOS

Quisiera agradecer a todos los que de alguna manera u otra, colaboraron e hicieron posible la realización de esta tesis académica. En primer lugar, doy mi agradecimiento especial a Andrés Gacitúa, quien entregó su importante apoyo al proyecto inicial de esta investigación, a Fernando Lobos y Arturo Prieto, quienes me permitieron ordenar y especificar algunos conceptos relevantes de ésta, y particularmente a Francisco Albornoz, patrocinante de esta tesis, quien me dio su apoyo anímico y académico, para que éste trabajo llegara a su elaboración final. En segundo lugar, me gustaría agradecer, además, los valiosos comentarios y buena disposición de los psicólogos, Ana M^a Marchetti, Gualberto Buela-Casal y Alfredo Ruiz, que me ayudaron a “enriquecer” el contenido teórico de esta tesis. Finalmente, quisiera resaltar la colaboración prestada por los integrantes del CECIDEP (“Centro científico de desarrollo psicológico”), en cuanto a la realización de entrevistas y a la facilitación de bibliografía relevante, para el buen desarrollo de la presente investigación.

CONTENIDOS

RECONOCIMIENTOS	ii
INDICE DE CONTENIDOS	iii
LISTA DE TABLAS	vii

Cap.	Pág.
1. INTRODUCCION	1
2. PLANTEAMIENTO Y FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA	6
3. OBJETIVOS	11
4. METODOLOGIA DE TRABAJO	13

PARTE I

TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES: DESCRIPCION, DESARROLLO Y CLASIFICACION

Introducción.....	18
5. TERAPIA DE CONDUCTA Y EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL	20
1. Surgimiento y bases teórico-metodológicas de la Terapia de Conducta	20
1.1 Introducción histórica.	
1.2 Surge la Terapia de conducta.	
1.3 La Terapia de conducta como paradigma.	
2. La incursión de las variables mediacionales en el conductismo y en la Terapia de Conducta	39
2.1 Condicionamiento encubierto.	
3. Crisis paradigmática y el surgimiento del enfoque cognitivo conductual	44

3.1 La crisis del paradigma conductista.	
3.2 Nuevas teorías y enfoques terapéuticos.	
4. El enfoque cognitivo conductual	59
4.1 Factores determinantes.	
4.2 Aspectos descriptivos.	
4.3 Desarrollo y clasificación.	
5. Debates actuales	67
5.1 El déficit teórico.	
5.2 El concepto de "Terapia Cognitivo Conductual".	
5.3 La eficacia y el prestigio científico de la Terapia de Conducta.	
6. LAS TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES COMO TERAPIAS COGNITIVAS	81
1. Aspectos introductorios	81
2. La revolución cognitiva	83
2.1 Antecedentes históricos.	
2.2 Evolución del paradigma cognitivo.	
3. Evolución de las terapias cognitivas	103
3.1 Influencias históricas.	
3.2 Las primeras terapias cognitivas.	
3.3 La década de los 70.	
3.4 Las terapias cognitivas actuales.	
3.5 Modernismo v/s posmodernismo.	
4. Clasificación de las terapias cognitivas	112
5. Las principales características de las terapias cognitivas	117
5.1 Aspectos comunes.	
5.2 Los 4 enfoques teóricos de las terapias cognitivas.	

PARTE II

PRINCIPALES TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES UTILIZADAS EN CHILE

Introducción	140
7. TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL DE A. ELLIS	142
1. Introducción	142
1.1 Definición.	
1.2 Reseña histórica.	

2. Descripción teórica	145
2.1 Conceptos introductorios.	
2.2 Tendencias biológicas.	
2.3 El papel de las emociones en la TREC.	
2.4 El modelo ABC.	
2.5 Las creencias irracionales.	
2.6 La ansiedad del yo y la ansiedad situacional.	
2.7 Influencias teóricas.	
2.8 La TREC frente al constructivismo.	
3. Procedimiento	160
3.1 Estilo terapéutico de la TREC.	
3.2 Etapas de la TREC.	
3.3 Técnicas utilizadas en la TREC.	
3.4 Consideraciones finales.	
4. Aplicaciones prácticas	183
8. TERAPIA COGNITIVA DE A. BECK	185
1. Introducción	185
1.1 Definición.	
1.2 Reseña histórica.	
2. Descripción y aspectos teóricos	188
2.1 Los esquemas cognitivos.	
2.2 Modelo de diátesis-estrés.	
2.3 La triada cognitiva.	
2.4 Las distorsiones cognitivas.	
2.5 Los pensamientos automáticos negativos.	
2.6 Consideraciones finales.	
3. Procedimiento	199
3.1 El terapeuta cognitivo y la relación con el paciente.	
3.2 Proceso de la terapia.	
3.3 Técnicas de la TCO.	
4. Aplicaciones prácticas	223
9. TERAPIA COGNITIVA POSTRACIONALISTA DE V. GUIDANO	225
1. Introducción	225
1.1 Definición.	
1.2 Reseña histórica.	
2. Descripción teórica	230
2.1 Teorías motoras de la mente.	
2.2 El concepto de realidad.	
2.3 El conocimiento humano.	
2.4 La dinámica experiencia-explicación.	
2.5 El sí mismo (<i>self</i>).	

2.6 La intersubjetividad.	
2.7 Organización del significado personal.	
2.8 El apego y el desarrollo del sí mismo.	
3. Procedimiento	248
3.1 El cambio terapéutico.	
3.2 El método de autoobservación.	
3.3 Fases del proceso terapéutico.	
3.4 Finalización de la terapia.	
4. Aplicaciones prácticas	265
COMENTARIOS	267
REFERENCIAS	287
APENDICES	310
Apéndice A. Cuestionario para selección de terapias cognitivo conductuales	311
Apéndice B. Escala de actitudes y creencias	313
Apéndice C. Hoja para la identificación de ideas irracionales	316
Apéndice D. Formulario de Autoayuda de la TREC	318
Apéndice E. Diario de Debate	322
Apéndice F. Lista para la identificación de emociones apropiadas e inapropiadas	324
Apéndice G. Inventario de Depresión de Beck	326
Apéndice H Técnica de las tres columnas	330

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°1. Clasificación de los métodos terapéuticos de la Terapia de Conducta	55
TABLA N°2. Clasificación de las terapias cognitivo conductuales en 1978	64
TABLA N° 3. Las principales terapias cognitivo conductuales en 1988	65
TABLA N° 4. Las principales terapias cognitivo conductuales en 1997	66
TABLA N° 5. Las principales terapias cognitivas en 1999	116
TABLA N° 6. Principales distinciones entre creencias racionales e irracionales	151
TABLA N°7. Las 11 creencias irracionales de la TREC	152
TABLA N° 8. Las conclusiones cognitivas irracionales de la TREC	153
TABLA N° 9. Distorsiones cognitivas irracionales en la TREC	154
TABLA N° 10. Estilos de debate en la TREC	171
TABLA N° 11. Esquemas cognitivos negativos de cuadros clínicos específicos.....	191
TABLA N° 12. Desarrollo evolutivo de las Organizaciones de Significado Personal	243

CAPITULO 1

INTRODUCCION

Una de las áreas más importantes dentro del campo de la Psicología, como ciencia de la conducta, es sin duda, la *psicología clínica*. No es casualidad que cuando hablamos del *psicólogo*, como profesional, la imagen y el prototipo más referente para la gran mayoría de las personas, es la de un profesional *en una consulta particular, escuchando y solucionando los problemas mentales de un paciente*. Aunque esta rotulación ignore otras áreas y extensiones de la Psicología, define, de algún modo, lo que en definitiva todo psicólogo clínico debe conocer, comprender y modificar: el comportamiento psico-social de todo individuo y sus respectivos trastornos.

Numerosos e importantes han sido los avances que ha habido en el área clínica de la Psicología en los últimos años. Por una parte, se ha producido un notable desarrollo de enfoques y modelos teóricos en psicoterapia (que se suman a los grandes enfoques clásicos: la terapia de conducta y el psicoanálisis), que han intentado dar una mejor explicación y descripción de la conducta humana, de las patologías y del cambio terapéutico; por otra parte, se están escribiendo cada vez más, artículos y manuales que describen y explican los diferentes procesos terapéuticos, abarcando aspectos teóricos y técnicos, incluyendo, además, las aplicaciones clínicas de estos modelos, que se han extendido a un número cada vez mayor de trastornos psicológicos y en distintas áreas (por ej. salud y educación).

Nuestro país no ha estado ajeno a estos avances: en nuestras bibliotecas (de manera especial la biblioteca de la Pontificia Universidad Católica de Chile) podemos encontrar abundante y actualizada información sobre el tema, a través de una gran cantidad de textos y revistas de Psicología clínica y psicoterapia, provenientes fundamentalmente de EEUU, y en menor medida de España, incluyendo traducciones españolas o argentinas de textos norteamericanos. Un claro ejemplo de este avance y sobre el cuál contamos con una gran cantidad de información, ha sido el desarrollo que ha tenido la Terapia de Conducta (TC). En los últimos años nos hemos "equipado" de una gran cantidad de manuales de TC o de "Terapia Cognitivo Conductual" (TCC) (es el otro nombre con el que se conoce actualmente a la TC), que nos entregan un "arsenal" de técnicas terapéuticas, detallando con un exhaustivo rigor metodológico sus diferentes pasos y etapas, y describiendo, al mismo tiempo, la base teórica en que se fundan. Es destacable, además (y por sobre todos los demás enfoques), la cantidad de aplicaciones clínicas (a trastornos específicos) que vemos en estos manuales; por otro lado, las revistas que nos llegan desde el extranjero (especialmente de EEUU), muestran una gran cantidad de investigaciones, tratamientos aplicados y comentarios teóricos relacionados con la TC, como por ejemplo, *Behavior therapy*, *Journal of the experimental analysis of behavior*, *behavior modification*, y *Behavior research and therapy*.

Profundizando un poco más, podemos encontrar que entre los aportes más importantes y más recientes dentro de esta forma de terapia, en términos teóricos y clínicos, y principal responsable de que se hable de TCC más que TC, es sin duda, el desarrollo de las **terapias cognitivo conductuales** (nótese el plural para no

confundir con TCC), tales como la *Terapia Racional emotivo conductual* de A. Ellis, la *Terapia cognitiva* de A. Beck, la *Terapia de solución de problemas* de T. D`Zurilla y el *Entrenamiento en inoculación de estrés* de D. Meichenbaum. Estas, en conjunto, constituyen uno de los enfoques teóricos que componen la TC o TCC.

Llegados a este punto y reconociendo la importancia del aporte teórico y técnico que la TCC proporciona al área clínica de la psicología en nuestro país (a estudiantes, terapeutas e investigadores), y su reconocida claridad expositiva, surge un aspecto que, al parecer, crea cierta confusión: en los últimos 10 años, han estado floreciendo paulatinamente algunos manuales y artículos específicos sobre *Terapia Cognitiva*, que como el psicoanálisis o la terapia experiencial, constituyen un enfoque distinto de la TCC; sin embargo, se compone precisamente de las terapias cognitivo conductuales, es decir, la *Terapia cognitiva* de Beck, la *Terapia de solución de problemas* de D`Zurilla, etc. De este modo, podría surgir la pregunta, ¿cuál es el estatus de las terapias cognitivo conductuales, como parte de la TC, o como un enfoque independiente?, ¿Es necesario aclarar este aspecto?. Pensamos que no sólo es necesario aclarar este cuestionamiento, sino que además, determinar cuáles son las características distintivas y específicas de las terapias cognitivo conductuales (tcc), por toda la relevancia que puede tener en la comprensión y el manejo de estos procedimientos, para todos los que están formándose o los que practican la psicoterapia (especialmente estos procedimientos). Considerando la importancia de las tcc en la práctica clínica actual de nuestro país y debido a que al parecer no existe un libro (escrito en Chile o desde fuera) centrado exclusivamente en este objetivo, nos hemos propuesto realizar una investigación teórica que nos permita

desarrollar una monografía actualizada, donde se describan, sistemáticamente, las principales características de las tcc y algunas de las tcc más importantes dentro de la práctica terapéutica actual de nuestro país.

Esto puede permitir, en términos teóricos, tener una descripción específica y sistemática, según el *estado de la cuestión*, de estas terapias y, de paso, aclarar el estatus clasificatorio que deberían tener.

Por otro lado, y en términos más prácticos y a largo plazo, pensamos que este trabajo puede ser relevante, en el ámbito académico y profesional, ya que podría: i) aportar material bibliográfico, para que sea utilizado por alumnos de psicología, especialmente los que estén cursando los talleres clínicos (por ejemplo el "Taller cognitivo conductual"), ii) servir de apoyo bibliográfico (por su contenido y sistematización) para los docentes a cargo de los cursos y talleres clínicos en la carrera de psicología, pertenecientes al enfoque teórico; iii) servir de herramienta para aquellas tesis clínicas relacionadas con las tcc, que traten de un trastorno psicológico específico (depresión o trastornos de personalidad, por ejemplo); iv) ser un aporte para psicólogos clínicos (de diferentes enfoques), ya sea para el ejercicio de la terapia, como para la investigación de nuevos temas.

Tradicionalmente, las tesis académicas de nuestra Escuela de Psicología (Universidad de Valparaíso), han tenido, en su mayoría, el formato de estudios descriptivos o experimentales, que incluyen diversos aspectos tales como: factibilidad, definición de variables, planteamiento de hipótesis, diseño metodológico, etc. La tesis que se plantea realizar, no se ajusta a este formato, y corresponde más bien a una

investigación teórica en base a revisión bibliográfica, que pretende dar respuesta a un problema específico.

En las páginas siguientes expondremos, la fundamentación y planteamiento del problema, los objetivos (general y específicos) de esta investigación y la metodología de trabajo utilizada (Capítulos 2, 3 y 4, respectivamente). Posteriormente describiremos en 2 partes, los contenidos teóricos elaborados a partir de esta investigación: en una primera parte, haremos una descripción sistemática y profunda (abarcando origen, evolución y clasificación) de las terapias cognitivo conductuales, a partir del enfoque cognitivo conductual (de la TC) (Capítulo 5), y como un enfoque cognitivo independiente de la TC (Capítulo 6); y, en una segunda parte, describiremos bajo un mismo formato, abarcando los aspectos teóricos y terapéuticos más importantes, las tcc mas utilizadas en la práctica clínica actual de nuestro país (Capítulos 7, 8 y 9, respectivamente).

CAPITULO 2

PLANTEAMIENTO Y FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

En la década del 50, cuando la terapia psicológica más preponderante en el campo de la Psicología Clínica y de la Psiquiatría era el psicoanálisis, comenzó a establecerse, una nueva forma de psicoterapia denominada **Terapia de Conducta (TC)**. Basada en las leyes del aprendizaje (fundamentalmente en el condicionamiento clásico e instrumental), y apoyado en el rigor científico y experimental del *conductismo*, que postulaba que sólo se debía estudiar la conducta en base a fenómenos directamente observables y medibles, pretendía abordar la psicología y la psicoterapia, como una "ciencia de la conducta", que lograra explicar, predecir y controlar el comportamiento humano, incluyendo las conductas disfuncionales. Pioneros como Watson, Jones, Wolpe, Skinner y Eysenck, demostraron que los principios establecidos en base a los hallazgos e investigaciones con animales en el laboratorio, podían ser extrapolados a la conducta humana y, por lo tanto, a la psicoterapia. De esta forma, se imponía definitivamente el *paradigma conductista* en la Psicología clínica, que en pocos años constituía el aporte clínico de mayor prestigio científico dentro del ámbito académico y en la psicología clínica aplicada, tanto por su desarrollo tecnológico, como por la amplitud y variedad del campo de aplicación de sus numerosas técnicas, dentro y fuera de la psicología clínica. (Vila, 1997).

En forma paralela a este desarrollo, se fue produciendo un fenómeno en la psicología, que se ha conocido como "revolución cognitiva". El estudio de la mente de los antiguos filósofos había vuelto a despertar el interés en la ciencia, y de la psicología en particular, por lo cuál muchos psicólogos, matemáticos, neurofisiólogos y otros científicos, se proponen crear una *ciencia de la mente humana*, que ya en los años 50 daba sus primeros frutos. Uno de los modelos más representativos de este movimiento, es el del *procesamiento de la información*, que plantea que la mente puede ser considerada como una "analogía de un ordenador o computador", ya que almacena, procesa y recupera información. Las *cogniciones* comienzan a ser un tema central dentro de la Psicología, las cuáles no corresponden a un *epifenómeno* (Pinillos, 1999), como habían sido catalogadas por algunos conductistas, sino que incluyen "productos cognitivos" (como los pensamientos e imágenes), "estructuras cognitivas" (esquemas, redes, representaciones, categorías) y "procesos cognitivos" (almacenamiento, decodificación, recuperación).

La revolución cognitiva, determinada por las ciencias cognitivas, significaba un desafío para el conductismo y para la terapia de conducta que se apoyaba en él, ya que centraba el estudio del ser humano desde otra perspectiva, colocando en un primer plano los eventos mentales, ignorados o "reducidos" por los conductistas. Alrededor del año 70, esta revolución no sólo constituía un nuevo paradigma en la psicología, sino que además hacía su incursión dentro del ámbito clínico. Frente a esto, fue inevitable para la TC, reconocer sus limitaciones y flexibilizar los parámetros que la definían, y comienza a incorporar nuevas teorías como la *Teoría del Aprendizaje Social* de A. Bandura, y nuevas formas de terapia, llamadas **terapias**

cognitivo-conductuales (tcc), que se basaban en el modelo cognitivo del procesamiento de la información. Estas nuevas terapias van a constituir el *enfoque cognitivo-conductual* dentro de la TC, y corresponden a la *Terapia racional emotiva* de A. Ellis (TREC), la *Terapia cognitiva* de A. Beck (TCO), la *Terapia de solución de problemas* de T. D'Zurilla (TSP), el *Entrenamiento en Inoculación de estrés* de D. Michembaum (EIE), entre otras.

Con todos estos sucesos, la TC comienza a redefinirse y replantearse y hasta nuestros días se habla más de "Terapia Cognitivo-Conductual" (TCC), que de TC. Precisamente con respecto a esto, es interesante plantearse, si este nuevo nombre de la TC, significa una "integración" de ambos paradigmas, o más específicamente, una integración de las leyes del aprendizaje tradicionales, con las teorías de Bandura (Aprendizaje social) y el modelo del procesamiento de la información, o si simplemente significa que se comparten técnicas de terapia conductual con las de terapia cognitiva. Pensamos que estos aspectos no están muy claros, aún con la cantidad de manuales y revistas de Psicología especializadas en la TC o en la TCC.

Más confuso aún resulta otro aspecto, que se relaciona con el anterior. Especialmente en el último tiempo han aparecido diversos manuales dedicados a la descripción de la "Terapia Cognitiva", que se le considera un enfoque distinto de la TC, y bajo este rótulo se describen: la TREC de Ellis, la TCO de Beck, el EAI de Meichenbaum, etc, es decir, las terapias cognitivo conductuales, y se les llama *terapias cognitivas (tc)*. Desde esta perspectiva, sólo existen relaciones más bien históricas de estas terapias con la TC, e incluso algunas de las tcc o tc más actuales, basadas en un modelo cognitivo diferente del procesamiento de la información, el

modelo constructivista, guardan una distancia mucho mayor aún, en términos teóricos, epistemológicos y terapéuticos, con la TC. "Lamentablemente" (las comillas es porque para algunos puede ser un punto a favor) esta nueva forma de clasificar a las tcc o tc, proviene generalmente de autores constructivistas, por lo cuál, se le da una mayor relevancia a las terapias constructivistas que a las otras tcc. En otras palabras, no parece claro bajo qué rótulo "ubicar" las tcc, y , además, no encontramos una descripción exclusiva de las tcc, sin el filtro "conductual" o "constructivista".

Aparentemente en nuestro país, y aún con la gran cantidad de información con que contamos con respecto a estas formas de terapia, no existe la suficiente ni la mejor información, donde se explique en forma clara y exclusiva estos aspectos, ya sea por el número limitado de textos y revistas de Psicología dedicados *exclusivamente* al tema, o por el *modo en que se presenta y expone esta información*.

Considerando la importancia que tienen en Chile, la TC y las tcc (a nivel clínico y académico), incluyendo las emergentes terapias constructivistas (por ejemplo, la *Terapia Cognitiva Postracionalista* de V. Guidano), podríamos preguntarnos lo siguiente: ¿es pertinente aclarar estas distinciones a través de un ordenamiento y descripción específica de las tcc?, o más específicamente, ¿es necesario, en nuestro país, elaborar una monografía, que en base a la información publicada en los últimos 20 años sobre este tema, exponga específicamente y de un modo sistemático y pedagógico, como nacen, se desarrollan, se definen y clasifican las terapias cognitivo conductuales (en general) y algunas de las más utilizadas en la práctica terapéutica actual en nuestro país?.

En base a los términos que hemos expuesto, pensamos que es absolutamente necesario este tipo de información, con la cuál no contamos en la actualidad. Esta monografía permitiría: i) tener un criterio para clasificar a las tcc, y una mayor comprensión de sus bases teóricas y métodos terapéuticos, ii) conocer los aspectos teóricos y metodológicos de las tcc más utilizadas en nuestro país, y iii) aportar información a terapeutas e investigadores interesados en el tema, y a cualquier estudiante de Psicología, ya que forma parte de las bases y pilares teóricos y epistemológicos, sobre los que se afirma esta disciplina y de una u otra forma, repercute en el ejercicio de la profesión.

Tomando en cuenta estos aspectos y como una forma de dar respuesta a la necesidad planteada en la pregunta anterior, nos hemos propuesto realizar una exhaustiva investigación teórica sobre el tema, en base a información actualizada (según el *estado de la cuestión*) proveniente de diversas fuentes. Los resultados de este proyecto, serán expuestos a través de la presente tesis académica.

CAPITULO 3

OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar una monografía teórica que, en base a información actualizada (según el *estado de la cuestión*), describa en profundidad y de un modo sistemático, práctico y didáctico, el origen, concepto y clasificación de las *terapias cognitivo conductuales* (en general), y algunas de las más utilizadas en la práctica clínica actual de nuestro país.

Objetivos específicos

1. Realizar una descripción teórico-histórica del origen de las terapias cognitivo conductuales (tcc), a partir de la Terapia de Conducta (TC).
2. Describir las principales características y criterios de clasificación de las tcc, desde el enfoque cognitivo conductual de la TC.
3. Describir el desarrollo y evolución de las tcc, a partir del desarrollo del paradigma cognitivo en Psicología.
4. Describir los criterios de clasificación, las características más importantes y algunas de las tcc más importantes, según los diferentes modelos del paradigma cognitivo.

5. Exponer, profunda y sistemáticamente, en base a una selección previa, las tcc más importantes utilizadas en la práctica terapéutica actual en nuestro país, abarcando los aspectos más importantes y relevantes para el aprendizaje sistemático de éstas y para su utilización en la práctica terapéutica.
6. Describir, a través de un *mismo* esquema organizado y sistemático, cada una de estas tcc seleccionadas.
7. Incluir aspectos teóricos relevantes como son: el origen histórico de la técnica y los conceptos más importantes de los modelos teóricos explicativos de estas tcc.
8. Describir y señalar, aspectos prácticos importantes de estas tcc, como son: el procedimiento terapéutico en sí, abarcando etapas y técnicas empleadas y, algunas aplicaciones prácticas en cuadros clínicos específicos.

CAPITULO 4

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para cumplir el objetivo central de esta investigación y por tanto elaborar una monografía teórica, que en base a información actualizada, describa en profundidad y de un modo sistemático, el origen, concepto y clasificación de las *terapias cognitivo conductuales* (en general), y de algunas de las más utilizadas en la práctica clínica actual de nuestro país, se ha utilizado la siguiente metodología de trabajo:

1. En primer lugar, se llevó a efecto una exhaustiva revisión bibliográfica de textos, y revistas de Psicología, relacionados con el tema:
 - i) Se utilizó información bibliográfica proveniente de las Universidades pertenecientes al Consejo de Rectores, de Valparaíso y Santiago, que contaran con la carrera de Psicología (Universidad de Valparaíso, Universidad Católica de Valparaíso, Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile); del "Centro científico de desarrollo psicológico" (CECIDEP); del "Instituto de Terapia Cognitiva" (INTECO); de sitios y páginas WEB de Internet; y de otras fuentes particulares.
 - ii) Se seleccionó información altamente actualizada, abarcando textos editados en los últimos 20 años, revistas de Psicología de los últimos 5 años, y artículos de Internet de los últimos 3 años. Cabe señalar la salvedad de aquellas fuentes bibliográficas utilizadas en esta monografía,

correspondientes a años anteriores a los señalados, ya que fueron consideradas esenciales y necesarias para el desarrollo teórico de la misma.

- iii) Esta revisión bibliográfica, permitió obtener información sobre: las características generales de las terapias cognitivo conductuales (tcc), la relación de éstas con la Terapia de Conducta (TC), su evolución y desarrollo desde la TC y desde perspectivas cognitivas, las características particulares de cada una de ellas, aplicaciones importantes en diferentes trastornos clínicos, conceptos e investigaciones más recientes en las tcc, entre otros temas.

2. En segundo lugar, con el fin de conocer cuáles eran las tcc más importantes en el ejercicio terapéutico actual de nuestro país, se elaboró un *cuestionario de opinión*, que sería respondido por psicólogos clínicos que, por un lado, ejercieran la terapia actualmente, y, por otro lado, utilizaran, directa o indirectamente, alguna (s) de las tcc en su trabajo clínico. El cuestionario consistía en una lista de 12 tcc, consideradas entre las más importantes (en base a Lega, Caballo & Ellis, 1997), frente a la cuál los psicólogos seleccionados, debían evaluar según una escala de lickert (de 1 a 5), el grado de relevancia de cada una de ellas en su propio ejercicio terapéutico (ver Apéndice A). La muestra utilizada, estuvo compuesta por los siguientes psicólogos clínicos: Beatriz Aramburú (Universidad de Santiago de Chile), Ana María Marchetti (CECIDEP), María Inés Pesqueira (Pontificia Unibersidad Católica de Chile), Francisco Albornoz (Universidad de Valparaíso),

Luis Onetto. (Universidad Católica de Valparaíso), Roberto Opazo (CECIDEP), Claudio Pizarro (Universidad de Santiago de Chile), Eugenio Suárez (CECIDEP), Alfredo Ruíz (INTECO).

3. Posteriormente, una vez efectuados los cuestionarios, se sumaron los 9 puntajes obtenidos por cada tcc (la muestra era $N = 9$), y en base a los resultados, se seleccionaron los 3 puntajes más altos, que corresponderían a las 3 *tcc más importantes* en la práctica clínica de nuestro país. En este sentido, fue importante contar con una muestra, que aunque no fue tan numerosa, se puede considerar bastante "prestigiosa", considerando que psicólogos clínicos como Roberto Opazo, Ana María Marchetti o Alfredo Ruiz, por nombrar algunos, no sólo son reconocidos como destacados terapeutas, sino que además como investigadores en el área clínica, que han realizado importantes producciones bibliográficas. Por lo tanto pensamos, que la información obtenida a partir de dichas personas, es lo suficientemente representativa y relevante con respecto al trabajo clínico actual.

4. En cuarto lugar, en base a la información recopilada (incluyendo los resultados del cuestionario), se dio paso a un ordenamiento de los contenidos, en 2 niveles. A un nivel más general, se separó: i) toda la información relacionada con las tcc, desde la perspectiva de la TC, ii) toda la información de las tcc, desde una perspectiva cognitiva, iii) toda la información sobre las 3 tcc seleccionadas en el cuestionario. Posteriormente, en cada uno de estas divisiones y de un modo más específico, se distinguió: i) la información relacionada con el origen y desarrollo

histórico de las tcc, ii) la información referente a las descripciones teóricas y conceptos más relevantes de las tcc, y iii) la información sobre los procesos terapéuticos de las tcc con sus diferentes etapas.

5. Finalmente y en quinto lugar, se realizó una *asimilación y un reordenamiento* de toda esta información, con el fin de exponer el tema investigado de una manera más clara (pedagógica), sistemática y explicativa, según los objetivos planteados para este estudio.

PARTE I

**TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES: DESCRIPCION,
DESARROLLO Y CLASIFICACION**

Introducción.

Una de las modalidades de terapia que más desarrollo ha tenido, a nivel teórico y clínico, en los últimos 30 años, son las llamadas **terapias cognitivo conductuales**. La información existente en nuestro país sobre estas formas de terapia, ha provenido fundamentalmente de manuales y artículos de revistas, sobre Terapia o Modificación de Conducta (TC), donde son expuestas como las terapias pertenecientes al “enfoque cognitivo conductual” (uno de los 4 grandes modelos teóricos de la TC). Sin embargo, en los últimos 10 años ha surgido una gran cantidad de fuentes bibliográficas, que describen estas terapias (cognitivo conductuales) como *terapias cognitivas*, incluyendo nuevas formas de terapia cognitiva llamadas “constructivistas”, y conforman un *enfoque independiente* de la TC. Ambas fuentes de información, a pesar de coincidir en algunas de las principales características de las terapias cognitivo conductuales (tcc), parecen enfocarla de maneras diferentes (posturas “conductuales” y “constructivistas”, respectivamente), lo cuál dificulta su comprensión, sobre todo porque no queda claro cómo clasificarlas, o si se deben considerar como pertenecientes o independientes de la TC.

Sobre la base de toda la información revisada para llevar a efecto esta monografía, consideramos que las tcc deben necesariamente considerarse de manera independiente de la TC, ya que esto favorece la comprensión y clarificación de las distinciones teóricas y metodológicas específicos de estas terapias (tcc). Sin embargo, para comprender esta opción, consideramos que es importante conocer además, el surgimiento y desarrollo de la TC, y cómo las tcc emergentes en los años

70, pasan a "integrarse" a esta modalidad terapéutica, constituyendo el enfoque cognitivo conductual.

Subrayando los aspectos distintivos de las tcc (y desde una postura ni conductual ni constructivista), expondremos en las páginas siguientes: en primer lugar, cómo se integran las tcc (y por lo tanto el enfoque cognitivo conductual) a la TC, considerando las principales características que las distinguen de los otros modelos teóricos de la TC (Capítulo 5); y, en segundo lugar, el origen, evolución, clasificación y descripción de las tcc, de una manera profunda y sistemática, como un enfoque independiente de la TC, basado en el paradigma cognitivo de la Psicología (Capítulo 6).

CAPITULO 5

LA TERAPIA DE CONDUCTA Y EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

1. Surgimiento y bases teórico-metodológicas de la Terapia de Conducta.

1.1 Introducción histórica.

Desde el momento en que el alemán Wilhelm Wundt inaugura el laboratorio de Leipzig, en 1874, la Psicología emerge como una disciplina científica separada de la filosofía y la fisiología. Wundt, en una postura elementalista y estructuralista, planteaba que todo pensamiento y experiencia consciente en los individuos, está formado por una combinación de sensaciones, analizables en términos de cualidad, modalidad, duración e intensidad, por lo tanto, la Psicología debía consistir en estudiar estas "sensaciones" (concebidas como microestructuras) de un modo cuantificable y en base a leyes de asociación. El método tradicionalmente utilizado fue la *introspección*, donde se inducía a los sujetos a atender a cada una de sus sensaciones e informar sobre ellas con la mayor "objetividad" posible, es decir, desprovisto de todo significado e independiente del contexto en que se presentaron. (De Vega, 1984; Mayer, 1991; López, 1999)

Posteriormente, el psicólogo norteamericano Williams James, apoyado en una generalizada inconformidad por la inconcluyente y limitada eficacia de este método

planteado por la psicología alemana, postula que en vez de indagar en los contenidos y “estructuras” de la vida psíquica, era preferible conocer las *funciones* que estaban determinando las *conductas concretas* y reales de vida. Lo importante para la psicología, planteaba James, es centrarse en las funciones o disposiciones psíquicas como la percepción, los recuerdos o el pensamiento, ya que las funciones son las que se mantienen, los contenidos y pautas de respuesta, en cambio, solo acontecen una vez. El enfoque funcionalista de James desafiaba el estructuralismo de Wundt, y además insinuaba una psicología enfáticamente experimental (empírica y mecanicista), que no se debía detener en conjeturas, sino en datos empíricos concretos (Suárez, 1992).

1.1.1 El Conductismo y las leyes del Aprendizaje.

Influenciado por el empiricismo de James, surge en 1913, a manos del norteamericano John Broadus Watson (1878-1958), un nuevo movimiento en Psicología, llamado **conductismo**. Según Watson, el tema importante de la Psicología no son las funciones ni las estructuras de la mente, sino la *conducta objetiva, empírica y observable* (Watson, 1947; Kazdin, 1982, 1996; López, 1999). En base a estudios fisiológicos del arco reflejo, plantea que todas las actividades psicológicas pueden explicarse, comprendiendo los reflejos que se establecen en las porciones superiores del sistema nervioso, por lo cuál, la Psicología debe plantearse como una “ciencia natural puramente objetiva”, cuya meta es la predicción y control de la conducta manifiesta.

A este movimiento se le ha llamado “revolución conductista”, ya que emerge como un rechazo a la psicología tradicional, que basada en el método de introspección,

utilizaba términos *mentalistas* como "sensaciones" e "intenciones" (Watson, 1947, Pozo, 1997). Los exitosos resultados y demostraciones empíricas del conductismo (Gardner, 1988), basados en la observación de la conducta manifiesta y en la utilización de métodos experimentales, resultaban más convincentes que los debates y los "débiles" métodos de la escuela alemana, por lo cuál, se le considera como el *primer gran paradigma científico* de la Psicología (De Vega, 1984; Mayer, 1991; Pozo, 1997; Vila, 1997; Mahoney, 1998), que va dominar la primera mitad del presente siglo.

A partir del conductismo, se despierta el apetito científico por la comprensión de la conducta humana, fundado en bases experimentales. Se comienzan a realizar diversas investigaciones en organismos inferiores, basadas en los métodos de la ciencia, que permiten establecer principios y leyes del aprendizaje (se habla de "Psicología del aprendizaje"), que darían un marco teórico al conductismo.

Condicionamiento clásico

Algunas investigaciones sobre el aprendizaje del organismo habían comenzado incluso antes de que surgiera el conductismo, pero impregnadas del mismo espíritu, como por ejemplo, el conocido trabajo del fisiólogo ruso Ivan P. Pavlov (1849-1936). En base a estudios fisiológicos sobre las respuestas reflejas, innatas e involuntarias (glandulares y musculares, como por ejemplo, el reflejo glandular de salivación en perros), Pavlov descubrió que al emparejar (asociar) repetidas veces, estímulos incondicionados (que producen directamente y de forma natural respuestas reflejas) con estímulos neutros (que no provocan en forma natural estas respuestas), estos últimos, al "condicionarse", sí podían provocar la respuesta refleja, y por tanto,

pasaban a ser, *estímulos condicionados*, provocadores de *respuestas reflejas condicionadas* (Pavlov, 1960, 1968). De esta forma, Pavlov, llegó a establecer las leyes del *condicionamiento clásico o respondiente* (incluyendo la extinción de respuestas, generalización y discriminación de estímulos, entre otras), que explicaban, en base a resultados experimentales, cómo los organismos aprenden nuevas conductas a través de estos principios (Pavlov, 1967). Este modelo constituiría un aspecto central dentro del paradigma conductista, que se ampararía en leyes de asociación entre estímulo y respuesta (modelo de aprendizaje E-R) (Barreiro, 1997; Von der Becke, 1999).

La teoría del condicionamiento clásico y el conductismo, dejaba de manifiesto que era posible estudiar la conducta a través de métodos objetivos de experimentación científica, como una alternativa repetable frente a los métodos introspectivos tradicionales (Kazdin, 1983, 1995).

Condicionamiento instrumental

Posteriormente, en 1931, el norteamericano Edward L. Thorndike (1874-1949) postularía numerosas leyes del aprendizaje, donde una de las más influyentes fue la *ley del efecto*, que postulaba que las consecuencias "satisfactorias" fortalecen el lazo entre un estímulo y una respuesta, y las consecuencias "desagradables", debilitan dicha conexión (Wilson & Franks, 1982; Pellón, 1999). Esta ley dejaba de manifiesto que el aprendizaje E-R (estímulo-respuesta) no sólo podía ocurrir por continuas asociaciones entre estímulos antecedentes y respuestas reflejas, sino también entre las consecuencias de las conductas (E) y las conductas voluntarias (R).

De este modo nace el *condicionamiento instrumental u operante*, que iba a ser complementado y formalizado por B. F. Skinner.

En 1938, Burrhus F. Skinner (1904-1990) intentó clarificar las diferencias entre este modelo de aprendizaje y el condicionamiento clásico, y señaló que el aprendizaje no sólo se explica por el emparejamiento continuo entre estímulos y reflejos involuntarios, sino que los estímulos pueden controlar la conducta como eventos ambientales antecedentes (estímulos discriminativos, por ejemplo) o eventos ambientales consecuentes (contingencias de refuerzo y castigo), lo cuál implicaba, que no sólo se podían modificar las respuestas reflejas, sino también, las *respuestas voluntarias o intencionales*, que Skinner llamó *operantes*. A partir del estudio experimental con ratas y palomas, se establecerían leyes del condicionamiento operante (López, 1999), que basadas en un “determinismo ambiental” (donde la conducta es controlada y determinada por las variables ambientales), permitían controlar y predecir la conducta de los organismos (incluido el hombre), ya sea aumentando la frecuencia de conductas adaptativas (contingencias de refuerzo) o disminuyendo las conductas desadaptativas (estímulos aversivos y contingencias de castigo).

Estos principios constituirían uno de los aportes más importantes al conductismo y que hasta hoy tiene una gran relevancia dentro de la Psicología aplicada (Von der Becke, 1999).

Teorías neoconductistas

En la década de los 30 y los 40, se produce una “edad de oro” en las teorías conductistas (Hardy & Jackson, 1998), que influenciadas en las leyes de Pavlov y

Thorndike (y posteriormente de Skinner), y en base a experimentación animal (especialmente con ratas), van a otorgar una mayor amplitud teórica al conductismo, pero a la vez algunas inconsistencias internas (Pozo, 1997). A esta etapa se le ha llamado *neoconductismo*, por las novedades teóricas que emergieron, y se destaca la figura de Mowrer, con la "teoría de los 2 factores" (1947), y especialmente las investigaciones y planteamientos de:

1) Edwin Guthrie

En 1935, Edwin R. Guthrie (1886-1959), plantea que el aprendizaje se produce, exclusivamente, a través de un emparejamiento (asociación por contiguidad) repetido entre estímulos y respuestas, de modo que para eliminar respuestas "indeseables", es necesario ejecutar nuevas respuestas "deseables", en presencia de los estímulos que habían evocado a las anteriores, por lo cuál es importante practicar repetidamente conductas apropiadas y deseables (Kazdin, 1995; Hardy & Jackson, 1998). Guthrie (1939) señala, además, que el aprendizaje ocurre de una vez, en un solo ensayo, y no luego de varios intentos como afirmaban las teorías del aprendizaje tradicionales.

2) Clark Hull

Clark L. Hull (1884-1952), en *Principles of Behavior* ("Principios de la conducta") (1943), plantea que las respuestas ejecutadas por un organismo, dependen de 2 variables: la fuerza del *hábito*, y el nivel de *impulso o motivación* (por privación). El hábito se refiere a la asociación positiva y repetida entre un estímulo (E) y una respuesta (R), y el impulso, correspondería a la tendencia a realizar una determinada

respuesta con el fin de reducir un estado de privación (por ej. sed) del organismo. Para Hull, el aprendizaje se produce por un crecimiento continuo (no de una vez, como señalaba Guthrie) del "hábito", es decir, por una serie de ensayos reforzados de asociación E-R., que van a determinar la "fuerza" del hábito. Frente a cada estímulo externo (E), se activa una "huella" interna del mismo, que va a determinar una o más respuestas (R), según la fuerza de hábito que exista y el nivel de impulso (grado de privación) (Bower & Hilgard, 1989).

Hull ofrece un modelo mecanicista y conductista de aprendizaje, considerando que toda respuesta va a depender, en definitiva, de los estímulos que la controlan. Sin embargo es necesario recalcar que, como ha señalado Pozo (1997), a partir de Hull se comienza a hablar de variables *mediacionales o intervinientes* en el conductismo (como por ejemplo, la "fuerza del hábito", y el "nivel de impulso"), que corresponden a los eventos internos (cognitivos) que están *entre* los estímulos y las respuestas. Por esta razón, también se le ha llamado a este período, *neoconductismo mediacional*.

Estos nuevos conceptos aparentemente "mentalistas", podrían parecer contrarios al conductismo y su antimentalismo, pero lo cierto es que ya en esta época, existían diferentes clases de conductismos (ver en sección 2 de este Capítulo), que aunque evitaban hablar de eventos internos (mentales), se aceptaba la existencia de éstos, siempre y cuando fueran concebidos como "representaciones isomorfas" de los eventos externos (conductismo metodológico), y es precisamente lo que ocurre con las variables mediacionales, planteadas como "inferencias" (internas) del historial de refuerzos del sujeto o del control ambiental (Bower & Hilgard, 1989; Hardy & Jackson, 1998). Además, en las posturas mediacionales, el modelo de aprendizaje, que se ha graficado tradicionalmente como E-r-e-R. (estímulo externo - respuesta

interna - estímulo interno - respuesta externa), sigue siendo de tipo asociacionista E-R, propio del conductismo.

3) Edward Tolman

Se podría decir que Edward C. Tolman (1886-1959) es el más "cognitivo" de los conductistas, ya que basado en investigaciones con ratas, plantea un *aprendizaje cognitivo* y un *conductismo propositivo*. Tolman crítica los modelos conductistas E-R tradicionales (de Guthrie, Skinner, Thorndike), incluyendo los "mediacionales" como el de Hull, y señala, que la visión de la conducta no puede ser simplemente *molecular* (músculos y glándulas), sino principalmente *molar*, es decir, se debe considerar a las conductas como *acciones* dirigidas por "propósitos" y "metas", y que pueden variar según las circunstancias y los medios disponibles. Se produce por tanto, un cuestionamiento interno en el conductismo, ya que se intentaba imponer un modelo molar-intencional frente a uno molecular-mecanicista. En todo caso, las variables intervinientes o mediacionales propuestas en este nuevo modelo (como "propósitos", "metas", "intención", "planeación") seguían dentro de los parámetros del conductismo, ya que como señalaba el mismo Tolman, éstas son directamente observables en el comportamiento (Hardy & Jackson, 1998).

Es necesario señalar, sin embargo, que las investigaciones y principios teóricos sobre el aprendizaje de Tolman, tuvieron diversos cambios a través del tiempo. En 1948, por ejemplo, desarrolla la teoría de los *mapas cognitivos*, basado en el concepto de "expectancia". Según Tolman, la unidad de conocimiento y por tanto del aprendizaje, estaría determinada por 2 variables: i) la relación entre 2 o más eventos estímulares (E1-E2) (*precondicionamiento sensoperceptual*), y ii) la relación entre un

estímulo (E1), una respuesta (R1) y otro estímulo (E2) que sigue a la respuesta (*expectancia*). La expectancia se fortalece cuando se da la secuencia E1-R1-E2, y se debilita cuando esta secuencia se corta; además, si el organismo aprende la expectancia y se le enseña la asociación E2-E3 (en un precondicionamiento), logrará "inferir" (tener la "expectativa de") una nueva experiencia E1-R1-E3. Con este sucesivo aprendizaje, se van constituyendo los "mapas cognitivos", los cuáles, más que asociaciones E-R, son "planificaciones" de conducta (*aprendizaje latente*), donde el organismo selecciona, activamente del ambiente, determinada información, que organiza y representa mentalmente (Bower & Hilgard, 1989).

No obstante se ha considerado históricamente a Tolman como un investigador conductista (o neoconductista mediacional) y en un principio lo fue, los conceptos teóricos sobre los mapas conceptuales no se ajustan claramente al modelo determinista ambiental del conductismo, ya que se concibe un organismo activo "planificador" de conductas, que selecciona y organiza la información proveniente del medio. Esto parece estar mucho más cerca del modelo cognitivo del "procesamiento de la información", que como veremos más adelante, va a constituir un nuevo paradigma en Psicología (de hecho los teóricos cognitivos de este modelo, considerarían a Tolman como uno de sus precursores).

En conclusión, podemos decir que los aportes experimentales y conceptuales de Tolman tuvieron una gran relevancia en el neoconductismo mediacional, y marcaron, además, un vaticinio (especialmente la teoría de los mapas cognitivos) de lo que sería posteriormente el desarrollo de la Psicología cognitiva experimental y la metáfora del procesamiento de la información.

Hacia los años 50, se habían desarrollado una gran cantidad de teorías y principios del aprendizaje formulados en base a estudios objetivos experimentales (especialmente en animales inferiores), apoyados en el modelo conductista. Estos principios, en términos generales¹, fortalecían y fundamentaban el nuevo paradigma de investigación en la Psicología, que iba dejando atrás la investigación introspectiva del ser humano (Kazdin, 1983; Cruzado y otros, 1997; Pozo, 1997).

1.2 Surge la Terapia de Conducta.

Junto al progresivo desarrollo de la Psicología en el presente siglo, sus aplicaciones se fueron ampliando a distintas áreas. Como el objetivo de esta disciplina se encontraba en el estudio de la conducta humana, uno de los aspectos fundamentales exigidos a la Psicología era dar un marco explicativo para la comprensión de ésta, incluyendo sus disfuncionalidades y patologías. En las primeras décadas de este siglo, el tratamiento de una gran cantidad de *enfermedades mentales* (especialmente bajo la nomenclatura de "neurosis" y "esquizofrenia"), quedaba en manos de la medicina y de las formas de terapia que se habían desarrollado hasta ese entonces: el psicoanálisis y las terapias "eclecticas" (incluida la gestalt y la terapia humanista). Sin embargo, y como lo había denunciado el conductismo, estas modalidades no tenían nada de "científicas", lo cuál explicaba los pobres resultados y la escasez de metodologías y validaciones experimentales.

¹ Se dice "en términos generales" porque lo cierto es que, como veremos más adelante, hubo ciertas disputas internas en el conductismo, debido a estas teorías, que dejaban de manifiesto algunas de sus limitaciones.

Estas aplicaciones clínicas de la psicología, no permitían un abordaje científico sobre la conducta desviada.

Frente a este marco de desconfianza e incertidumbre en el campo de la psicopatología, los prestigiosos resultados experimentales y principios establecidos por el conductismo surgían como una tentadora y auspiciosa opción para tomar carta en la psicoterapia. Es así como en la década de los 50, va a surgir la llamada **Terapia o Modificación de conducta (TC)**, que intentaba: por un lado, superar la insatisfacción que existía dentro de la Psicología clínica y la Psiquiatría, por los pobres resultados obtenidos por las terapias imperantes, especialmente, el psicoanálisis, y, por otro lado, poder utilizar los nuevos conocimientos aportados por la Psicología experimental, la Psicología del aprendizaje y el conductismo, a la explicación y tratamiento de la conducta humana, normal y anormal. (Kazdin, 1995, 1996; Vila, 1997; Franks, C. M., 1997; Wilson, K. G., 1997).

Uno de los cuestionamientos que quedaba latente, era cómo se trasladarían estos principios y modelos experimentales, fuera del laboratorio.

1.2.1 El eje teórico-metodológico de la Terapia de Conducta.

Las *bases metodológicas* de este nuevo enfoque terapéutico, van a estar dadas fundamentalmente por el paradigma conductista, que como hemos explicitado anteriormente, postula un enérgico rechazo a los métodos introspectivos y subjetivos en psicología, poniendo el énfasis en el objetivismo y la experimentación científica (Yates, 1973, 1977; Lazarus, 1980; Fishman & Franks, 1997; Windholz, 1998).

Por otro parte, la TC naciente cimentó su *base epistemológica y teórica*, en las leyes y teorías del aprendizaje, basadas en el conductismo. En este sentido, habría que aclarar, que a pesar de las diferentes "teorías conductistas" surgidas en las primeras décadas de este siglo (incluyendo las neoconductistas mediacionales), que hemos explicado en el apartado anterior, en los primeros años de la TC, se observaron aplicaciones clínicas específicamente de las leyes del condicionamiento clásico e instrumental, aunque posteriormente se fue ampliando a teorías mediacionales.

Este marco teórico-metodológico va a ser el eje central de la TC hasta nuestros días. Como señala Kazdin (1982), "la psicología del aprendizaje dio las posiciones teóricas y los paradigmas de laboratorio sobre los cuales la modificación de conducta crecería más tarde" (pág. 11).

1.2.2 Las primeras aplicaciones humanas.

En las primeras décadas de este siglo, las investigaciones experimentales sobre el aprendizaje, ya se habían comenzado a extender, paulatinamente, más allá del laboratorio. En 1907 el mismo J. Watson (quién se burlaba de las interpretaciones psicoanalíticas de las fobias y los miedos), junto a su esposa Rosaly Rayner, publicaron el conocido caso del pequeño Albert: un niño de 9 meses, a quién le indujeron una *fobia específica* por medio de condicionamiento clásico (se considera la primera aplicación humana de las leyes del condicionamiento), que demostraba como el miedo puede ser *condicionado* en seres humanos. Cuatro años más tarde, Mary Covert Jones, discípula de Watson, realiza una desensibilización por medio de condicionamiento (y contracondicionamiento) directo, a un niño de 34 meses (Peter)

que tenía *fobia a los conejos*. Jones emparejó un estímulo agradable (comida) con el objeto temido (conejo), desensibilizando progresivamente al niño frente al objeto temido hasta llegar, por tanto, a eliminar la fobia, en un proceso muy similar a la “desensibilización sistemática” (una de las primeras técnicas de la TC, que veremos a continuación). El caso de Peter constituye la primera aplicación *terapéutica* de las leyes del condicionamiento (Kazdin, 1983; Cruzado y otros, 1997).

Estas 2 experiencias demostraron, en definitiva, que las leyes del condicionamiento podían ser utilizadas (y con resultados efectivos) en trastornos humanos específicos, y por tanto, constituían una nueva aproximación a la psicopatología y a la psicoterapia en general (Kazdin, 1982, 1983).

1.2.3 Los 3 pilares de la Terapia de Conducta.

La Terapia de Conducta (TC) logra consolidarse definitivamente a partir de 3 acontecimientos fundamentales:

1.- El desarrollo de la técnica de *desensibilización sistemática* (DS) por parte del sudafricano **Joseph Wolpe** en 1958.

J. Wolpe, basado en experimentos sobre reacciones neuróticas (miedo) en gatos, se percató de que al evocar la respuesta o conducta de comer en presencia de estímulos, cada vez más parecidos a los que provocan la reacción neurótica, ambas respuestas antagónicas (comer y miedo) llegan a “inhibirse recíprocamente” (Kazdin 1982, 1995). En 1958, en su libro *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* (trad. en 1978: “Psicoterapia por inhibición recíproca”), Wolpe formula el principio general de la *inibición recíproca*: “si se puede conseguir que tenga lugar una respuesta

antagónica a la ansiedad en presencia de estímulos evocadores de ansiedad, de modo que se de una parcial o total supresión de las respuestas ansiosas, se debilitará la conexión entre esos estímulos y las respuestas de ansiedad" (pág. 71).

Posteriormente y en base a este principio, fue formalizada la técnica terapéutica de *desensibilización sistemática*, que utilizaba la relajación muscular como respuesta antagónica e inhibidora de la ansiedad (Wolpe, 1977; Turner, 1995; Labrador y otros, 1997; Olivares & Méndez, 1998). Esta técnica permitió enfrentar y modificar la neurosis humana (especialmente ansiedad y fobia), mediante procedimientos basados en el condicionamiento clásico, lo que favoreció el establecimiento de la TC.

Según Wolpe (1977), existían sobradas razones para confiar en la TC, ya que basada en los principios de la biología y las reglas que lo rigen, intentan aplicar los principios del aprendizaje establecidos experimentalmente, a la superación de los hábitos no adaptativos.

2.- El progresivo desarrollo del *condicionamiento operante* (y sus aplicaciones a distintas áreas) y el *análisis experimental de la conducta* por parte de **Burrus F. Skinner**.

En 1938, en su obra *The behavior of organisms: an experimental analysis* (trad. 1975: "La Conducta de los Organismos"), Skinner establece los principios del condicionamiento operante que hemos señalado anteriormente, e insinúa la intención de crear una *ciencia de conducta*, donde se pueda predecir y controlar el comportamiento. Al considerar *la conducta* como "aquella parte del funcionamiento de un organismo que consiste en actuar o en relacionarse con el mundo exterior" o como "lo que un organismo *hace* [énfasis agregado], o de forma más rigurosa, lo que

otro organismo observa que hace" (pág.20)², era perfectamente plausible observar las fuerzas externas (variables de las cuales la conducta es función) que actuaban sobre este organismo y, por tanto establecer leyes que permitieran predecir la conducta. Más tarde, en el libro *Science and human behavior* (1953) (trad. en 1970: "Ciencia y Conducta Humana"), Skinner, además de profundizar las leyes principales del condicionamiento operante (conducta operante, extinción operante, refuerzo positivo, refuerzo diferencial, estímulos discriminativos, castigo) y su aplicación al funcionamiento de las leyes, la educación, la cultura y la psicoterapia, se extiende en la idea de crear una "ciencia" de la conducta humana y señala que, si podemos identificar y manipular aquellos hechos o "causas" (*variables independientes*) que tienen algún "efecto" sobre la conducta (*variables dependiente*), podremos predecir y controlar la conducta humana, de un modo experimental. De esta forma, Skinner (1953) define lo que es un *análisis experimental o funcional de la conducta*, que hasta hoy tiene enormes repercusiones en la evaluación y el tratamiento de la TC:

Las variables externas de las cuales la conducta es función, proporcionan lo que podemos llamar un *análisis causal o funcional*. Nos proponemos predecir y controlar la conducta del organismo individual, ésta es nuestra "variable dependiente", el efecto del que vamos a averiguar la causa. La "variable independiente" (las causas de la conducta), son las condiciones externas de las que la conducta es función. Las relaciones entre ambas (las "relaciones causa-efecto" en la conducta), son leyes científicas. Una síntesis de estas leyes, expresada en términos cuantitativos, proporciona un cuadro completo del organismo con un sistema de conducta (Skinner, 1971, pág. 60)³.

² Esta cita corresponde a la edición de 1979 de "La conducta de los organismos".

³ La cita corresponde a la edición de 1971 de "Ciencia y conducta humana".

Otro de los aspectos fundamentales del planteamiento de Skinner, es que estas "variables independientes" que debemos conocer y manipular, se encuentran *fuera del organismo* (en su ambiente inmediato y en su historia de refuerzos), por tanto, deben ser descritas en términos físicos, utilizando datos *directamente observables*. Bajo esta postura conductista, que mantenía plenamente los postulados watsonianos, no se podrían encontrar estas variables en la mente, ya que ésta es como una *caja negra*, cuyos eventos internos, como "agentes causales", no se han podido observar experimentalmente. Skinner asegura que las teorías psicológicas que recurren a causas internas hipotéticas para explicar la conducta, son "seudoexplicaciones mentalistas" circulares, que enlazan conductas y no explican causas (por ejemplo, cuando se dice que un sujeto "llora porque *tiene pena*", es como decir, "se asusta porque tiene miedo"), por lo cuál, no permiten predecir (Skinner, 1971; Rimm & Masters, 1980). De este modo, como ha afirmado Skinner (1971, 1979, 1987), el conductismo va a ser la filosofía básica de esta nueva "ciencia de la conducta".

Este mismo año (1953), Skinner junto a Solomon y Lindsley, comienzan a aplicar los métodos operantes a pacientes psicóticos (esquizofrénicos), evaluando los efectos del reforzamiento. En estas experiencias, se comprobó que al desarrollar conductas operantes apropiadas por medio de contingencias de refuerzo, éstas "competían" con las conductas sintomáticas (por ej. alucinaciones) y por tanto disminuían los síntomas psicóticos.

Durante la década de los 50 y 60, el condicionamiento operante y al análisis experimental de la conducta, se fueron extendiendo a hospitales psiquiátricos, escuelas, instituciones de pacientes con retraso mental y a la psicología aplicada en

general. De este modo se va a constituir, lo que hoy se conoce como “análisis funcional aplicado”, que a través de los métodos operantes, ha desarrollado un amplio número de estrategias y tratamientos conductuales dentro de la TC (lo veremos más adelante).

3. La implantación de técnicas psicoterapéuticas derivadas de las teorías del aprendizaje, y el desarrollo de terapeutas conductuales en el histórico Hospital de Maudsley (Inglaterra), por parte de **Hans J. Eysenck**.

En 1960, Hans Eysenck, publica el primer libro que incluye el término “terapia de conducta”⁴: *Behavior therapy and the neuroses* (1960) (“La Terapia de Conducta y la neurosis”), donde se hacen reiteradas críticas a las psicoterapias psicoanalíticas por la ausencia de datos experimentales que avalaran su eficacia y, además, se muestran aplicaciones concretas de los principios del aprendizaje, en psicoterapia. Va a quedar de manifiesto que la TC se basa en estudios experimentales y es “científicamente superior” y clínicamente más efectiva, que las formas tradicionales de psicoterapia (Kazdin, 1982).

Esta nueva propuesta de Eysenck, se fue dilucidando desde los primeros años 50: ya en 1953, en *Uses and abuses of the psychology* (trad. 1957: “Usos y abusos de la Psicología”), Eysenck catalogaba al psicoanálisis como “no científico”, al no utilizar grupo control y una evaluación rigurosa pre y postratamiento en el abordaje terapéutico de los desórdenes neuróticos, que permitiera, por ejemplo, evaluar los

⁴ En varios textos sobre TC, también se ha señalado que el término *terapia de conducta* se utilizó por primera vez en el artículo “Learning theory and behavior therapy” de H. Eysenck (1959), o en los trabajos de Lindsley, Solomon y Skinner con esquizofrénicos (1953), que hemos señalado anteriormente.

efectos del tratamiento y descartar la recuperación espontánea, proponiendo una psicoterapia basada en los métodos tradicionales de inferencia y experimentación científica. En 1958, Eysenck es nombrado director del departamento de Psicología clínica del conocido Hospital de Maudsley, dependiente de la Universidad de Londres, y comienza a formar a "terapeutas conductuales", que educados en esta nueva forma de terapia, aplicarían rigurosa y científicamente los principios del aprendizaje a los problemas clínicos. Un terapeuta conductual debe "descubrir leyes que rigen la conducta del hombre y de los animales, las leyes del aprendizaje..." (Eysenck, 1962).

1.3 La Terapia de Conducta como paradigma.

Thomas Kuhn (1962), filósofo de las ciencias, señala que un *paradigma científico* corresponde a una "matriz disciplinar" que incluye desde creencias y preconcepciones, hasta prescripciones aceptadas por la comunidad científica, que deberían abarcar: los tipos de problemas que se deben plantear, instrumentación y metodología, modelos teóricos y aplicaciones. En este sentido, el conductismo, y como hemos señalado anteriormente, constituye un paradigma científico (Vila, 1997; Mahoney, 1998; Gutiérrez, 1999), ya que: i) plantea que los problemas a tratar son el establecimiento de las leyes de la conducta (López, 1999), ii) utiliza los métodos experimentales de la ciencia⁵ (conductas objetivas y observables), aplicados en

⁵ Debemos señalar que la ciencia, en la primera mitad de este siglo, estuvo fuertemente influenciada por el "positivismo lógico" (de los científicos del Círculo de Viena), que defendía el *fisicalismo* (eventos mentales como realidades físicas observables), el *operacionismo* (definiciones operacionales) y la *axiomatización* de las teorías (describir teorías en términos de axiomas lógico-matemáticos). Estos conceptos se ajustaban plenamente a la filosofía del conductismo.

animales, ratas y palomas, como sujetos experimentales, y ii) se apoya teóricamente en las leyes del aprendizaje asociacionista E-R.

Si consideramos que estos aspectos constituían la base de la TC naciente, con la diferencia de que los sujetos experimentales eran seres humanos, podemos compartir la opinión de Erwin (1985), otro filósofo de las ciencias, de concebir a la TC como un paradigma en terapia (al menos en sus comienzos). Erwin plantea que la TC representaba en sí un paradigma, ya que : i) presenta ejemplos de investigación eficaces, como por ejemplo, el caso del pequeño Albert o de Peter; ii) se apoya en teorías empíricas, como las teorías del aprendizaje; y iii) ofrece presupuestos metodológicos basados en la contrastación experimental científica.

Podrían plantearse muchas objeciones a estos argumentos, pero lo que sí está claro es que en las bases experimentales de la TC, donde las experiencias de laboratorio con animales, son extrapoladas a las primeras aproximaciones en la psicoterapia y la psicopatología (desde el caso del pequeño Albert hasta las aplicaciones a diferentes formas de trastornos neuróticos), no existían mayores inconvenientes para mantener sus parámetros definitorios (teóricos y metodológicos). Incluso, como muchos autores han señalado, en poco tiempo la TC se transformó en la forma más importante de aproximación clínica en la psicología aplicada (Vila, 1997). Las espectaculares demostraciones de provocación y extinción experimental (a través de la manipulación de variables ambientales) de las neurosis humanas (Gardner, 1988), y el lenguaje objetivista y científico del conductismo watsoniano, aparecían como un "nuevo aire" frente a la decepción generalizada con respecto a las teorías y métodos terapéuticos tradicionales (terapias eclécticas y

psicoanalíticas), desde Wundt, y el uso de conceptos vagos y sugestivos como "voluntad", "propósito" o "motivación".

Esta nueva forma de conducir la psicología y especialmente la psicoterapia, parecía insinuar e ilusionar a la comunidad científica, que la forma de explicar y modificar la conducta humana y sus patologías, era simple y, además, objetiva.

Sin embargo, pronto quedaría de manifiesto el precio que se pagaba por este pragmatismo y eficacia experimental (Gutiérrez, 1999).

2. La incursión de las variables mediacionales en el conductismo y en la Terapia de Conducta.

Sobre la base paradigmática del conductismo, y tal como hemos señalado al comienzo de este Capítulo, se fueron produciendo hallazgos empíricos importantes, que permitieron un desarrollo paulatino de diferentes teorías y principios del aprendizaje (en un marco E-R), que fueron ganando prestigio dentro de la psicología.

En un principio, las leyes del condicionamiento clásico e instrumental, surgidas de la experimentación con animales, fueron un fiel reflejo de los postulados antimentalistas del conductismo de Watson, ya que se centraban en los eventos manifiestos u observables de la conducta, excluyendo o evitando los eventos mentales o procesos cognitivos (Kazdin, 1983; Gutiérrez, 1999). Sin embargo, diversos fenómenos y teorías fueron dilucidando lo reduccionista de esta postura, y

por lo tanto, las “limitaciones” del conductismo en su forma inicial, quedando de manifiesto que “la complejidad del aprendizaje humano, no podía ser vista sobre procesos de asociación y condicionamiento” (Murray & Jacobson, 1978). Frente a esta situación crítica, los investigadores conductistas, comenzaron a inquietarse por el tema de los eventos mentales y las cogniciones, lo cuál fue determinando cierta *flexibilización* del paradigma conductual, que encontró una “escapatoria” teórica en diferentes tipos de conductismo, como por ejemplo, el “conductismo analítico”, que al menos permitía la traducción de los eventos internos a conductas observables y medibles. H. Eysenck, que se asumía partidario de esta forma de conductismo, ya que consideraba que todas las descripciones “mentalistas” (por ej. ansiedad) podían ser traducidas a descripciones conductuales, señala, en 1972, que existen 3 clases de conductismo: i) *metafísico o radical*, que afirma que los estados mentales no existen, ii) *analítico o lógico*, que sostiene que todas las afirmaciones mentales pueden ser traducidas a eventos o variables conductuales, y iii) *metodológico*, que sostiene que los psicólogos, por razones metodológicas, deberían evitar hablar de eventos mentales, y si éstos se estudian, debe ser a través de métodos objetivos. Bajo esta postura, los eventos mentales, de existir, son un “reflejo isomórfico” de los eventos externos y objetivos (estímulos o respuestas), lo que implica, por ejemplo, que no pueden tener un “rol causal” en la conducta.

Podríamos decir, según esta clasificación, que la mayoría de las teorías neoconductistas mediacionales como la de Hull y Tolman, si bien operan dentro de un marco asociacionista de aprendizaje E-R, y por ende, son conductistas, proponen variables intervinientes o mediacionales (internas), “traducibles” a eventos externos, por lo cuál, se podrían ajustar al conductismo metodológico (y en algunos casos al

analítico), pero en ningún caso al radical, que es justamente el más representativo de la idea inicial del conductismo (Watson, 1947). Por esta razón, hemos señalado que esto constituye una "flexibilización" (con ciertas disputas internas) de los parámetros conductistas, debido a sus limitaciones.

La TC, al estar basada en el conductismo, se enfrenta a una situación análoga a éste, ya que en sus primeros años (década de los 50 e incluso antes), las aplicaciones terapéuticas fueron en base a los principios del condicionamiento (por ej la desensibilización sistemática y los métodos operantes), sin embargo, en poco tiempo, se fueron haciendo manifiestas, en la práctica clínica, las dificultades que significaba la escasa atención de estas teorías a los "eventos mentales" (fundamentales dentro de la psicoterapia), lo cuál se fue traduciendo en una limitada eficacia de la TC en el abordaje terapéutico de algunos trastornos específicos (Franks, 1995; Foa & Kozak, 1997). Frente a esta situación, la TC también encuentra una "solución" en el conductismo metodológico (y en el analítico), y se produce lo que podríamos denominar una "primera apertura" a las *variables cognitivas* en la TC, tanto en las bases teóricas como metodológicas, que estuvo apoyada en las teorías conductistas mediacionales como la de Hull, pero fundamentalmente en la teoría del *condicionamiento encubierto*, surgida en la década de los 60 a manos de Joseph Cautela (que veremos a continuación).

A comienzos de los 70 se produciría una "segunda apertura" a las variables cognitivas en la TC, que a diferencia de la anterior, provocaría una verdadera revolución o crisis paradigmática en ésta y en el conductismo, y determinaría, en definitiva, el surgimiento de un nuevo paradigma en Psicología (que veremos en la próxima sección).

2.1 Condicionamiento encubierto.

A mediados de la década de los 60, en base a numerosas investigaciones y en una postura mediacional, se empieza a definir los eventos privados como formas *encubiertas* de los eventos externos *específicos* del condicionamiento clásico y operante. En 1965, por ejemplo, Home llama a las versiones encubiertas de la respuesta operante (del condicionamiento instrumental), "coverantes" (Wilson & Franks, 1982; Mahoney, 1983; Fishmann & Franks, 1997;), las cuáles pueden responder tanto a contingencias internas como externas (Meichenbaum, 1997a).

Posteriormente, comienza a describirse la experiencia interna (pensamientos, imágenes, recuerdos y sensaciones), como *estímulos encubiertos*, *respuestas encubiertas* o *refuerzos encubiertos* (Ascher & Cautela, 1983; Olivares, Méndez & Bermejo, 1998). De este modo surge, a partir de Joseph Cautela (1966), la teoría del *condicionamiento encubierto (CE)*, que al igual que las teorías de Hull y otros neoconductistas, considera que "cualquier variable mediacional interviniente que se defina, ha de ser isomorfa con las variables observables... la mente, de existir, es necesariamente una copia de la realidad, un reflejo de ésta." (Pozo, 1997, pág. 26).

El CE es un modelo basado en las mismas leyes del aprendizaje E-R del condicionamiento clásico y operante, pero que incluye variables mediacionales (isomorfas y de igual nombre que las externas) en la forma E-r-e-E de aprendizaje. Cautela, va a extrapolar los hallazgos e investigaciones de laboratorio del condicionamiento encubierto, a la práctica clínica, estableciendo un marco teórico-metodológico novedoso en la TC. De este modo surgen procedimientos terapéuticos como la *sensibilización encubierta (SE)*, *refuerzo encubierto*, *extinción encubierta* y

modelado encubierto (Cautela, 1970, 1986; Ascher & Cautela, 1983; Olivares, Méndez & Bermejo, 1998). La primera forma de condicionamiento encubierto fue la SE, donde las repeticiones imaginadas de una conducta problema (por ej. beber alcohol), son seguidas de eventos aversivos, también imaginados (por ejemplo, malestares físicos, sensación de vómito, vergüenza social, etc.), como una forma de "castigo encubierto". Este procedimiento fue formalizado por Cautela en 1966, publicando exitosos resultados terapéuticos en trastornos de abuso de alcohol y obesidad (Mahoney, 1983).

Por otra parte, algunos procesos terapéuticos de la TC basados en los principios del condicionamiento, pasaron a formar parte de esta postura mediacional, ya que por ejemplo, en la desensibilización sistemática de J. Wolpe, se hacía indispensable representar estímulos o consecuencias externas (aversivos o de relajación) de manera encubierta (Wolpe, 1977; Wilson, 1978).

El condicionamiento encubierto junto al neoconductismo mediacional, constituirían uno de los enfoques centrales de la TC, hasta nuestros días.

3. Crisis paradigmática y surgimiento del enfoque cognitivo-conductual.

No obstante los aportes de las posturas mediacionales al conductismo y a la TC (que extendieron el modelo E-R de aprendizaje a los eventos mentales, tan “esquivados” hasta entonces), la falta de unificación teórica de estos modelos (que incluía anomalías y contraargumentos), sumado al advenimiento de nuevos modelos no conductistas que abarcaban en mayor medida la complejidad del comportamiento humano, fueron desnudando las limitaciones del paradigma conductista, que determinarían una crisis y, en definitiva, un cambio paradigmático.

3.1 La crisis del paradigma conductual.

En la década de los 70, ocurre uno de los acontecimientos más significativos dentro de la TC: hace su incursión en la psicología y en particular en la TC, la denominada “revolución cognitiva”, que se había gestado en el año 1956.

El suceso teórico de la “revolución cognitiva” lo explicaremos en el Capítulo 6 con más detalle, pero es importante recalcar algunos aspectos y consecuencias fundamentales de este fenómeno:

1. Desde la década de los 40, se fueron realizando importantes avances sobre el estudio de las variables cognitivas, desde diferentes disciplinas científicas, incluyendo la Psicología. Estas investigaciones fueron consolidando la emergencia de las *ciencias cognitivas*, que centradas en el “estudio científico de la mente”, tuvieron grandes repercusiones en la Psicología como ciencia (surge la

“Psicología cognitiva”), especialmente con la formulación del modelo cognitivo del *procesamiento de la información*, consolidado en 1956. Este modelo planteaba que la mente podría considerarse, metafóricamente, como una “analogía de un computador”, ya que almacena, codifica, decodifica, recupera, es decir, *procesa* la información proveniente del medio (estímulos), produciendo nuevas salidas (respuestas). Esto permitía concebir al organismo humano, como un *sujeto activo* frente al ambiente y no controlado por éste (como en el conductismo), que procesa la información y planifica sus conductas (Mayer, 1991).

2. Para muchos, este acontecimiento constituye el *segundo gran paradigma científico* de la Psicología (De Vega, 1984; Gardner, 1988; Pozo, 1997; Manohey, 1997a, Gonçalves, 1998; Gutiérrez, 1999), ya que determina que ésta vuelva a centrarse en el estudio de la mente y, a diferencia de los antiguos filósofos y los inicios de la Psicología, se apoya en grandes avances y descubrimientos científicos, técnicos y metodológicos. De esta forma, este paradigma va a implicar numerosas revoluciones, teóricas y experimentales, en distintas áreas de la Psicología, y tendría su “apogeo” en la década de los 70, cuando hace su incursión en la psicoterapia y específicamente en la TC (Franks, 1995). En estos términos, más que una modificación del paradigma conductual debido a una “segunda apertura” a las *variables cognitivas* (como en el condicionamiento encubierto y las teorías mediacionales), lo que se produce es una verdadera *crisis* en el paradigma conductista experimental tradicional (De Vega, 1984). Como señala Khun, cuando aparecen hallazgos o anomalías difíciles de interpretar para el paradigma dominante, y no pueden superarse con hipótesis *ad hoc* (como estaba ocurriendo en el conductismo), se produce la crisis del paradigma,

apareciendo una ciencia revolucionaria (un nuevo paradigma), que va estableciendo una nueva "ciencia normal"; y es precisamente lo que ocurre con el conductismo y la TC, como consecuencia de su propio desorden interno y producto de múltiples anomalías empíricas, que las desaveniencias teóricas impedían resolverlas (Pozo, 1997). Por otra parte, esta crisis se vio facilitada por el derrumbe (especialmente a manos de K. Popper) del *positivismo lógico* (de los filósofos, matemáticos y científicos del "Círculo de Viena"), que dominaba a la ciencia a principios de este siglo, y constituía la base epistemológica de la "cientificidad" del conductismo (Gardner, 1988; Vila, 1997; Pozo, 1997). Jaime Vila (1997) describe esta crisis paradigmática, con romántico dramatismo:

El nuevo paradigma emergente – el cognitivo del procesamiento de la información – irrumpió con no menor virulencia que lo hizo el conductismo en su momento, dejando heridas graves difíciles de cicatrizar. En el caso de Wolpe y Eysenck las heridas permanecieron abiertas hasta el momento de su muerte (pág. 504-505).

3. Hasta este momento en la TC, los eventos internos y procesos cognitivos habían sido consideradas analogías encubiertas de eventos externos y en base a un modelo asociacionista E-R (como Hull, Tolman⁶ o Cautela), donde se persistía en una postura de determinismo unidireccional (o causal lineal), en que el sujeto está "determinado ambientalmente" (historia de refuerzos y contingencias). A partir de esta irrupción paradigmática, las variables cognitivas, son descritas como *estructuras* cognitivas (por ej. esquemas) que *procesan* (atienden, seleccionan,

⁶ El caso de E. Tolman habría que dividirlo en 2 partes, ya que en sus primeras teorías mediacionales, se ajustaba a un conductismo metodológico, en un modelo de aprendizaje E-r-e-R, pero en las teorías sobre los "mapas cognitivos", y tal como lo hemos señalado, se dan indicios del modelo del procesamiento de la información.

codifican, decodifican, almacenan y recuperan) la información que perciben del medio, lo cuál determina *productos* cognitivos como pensamientos e imágenes mentales. Bajo esta perspectiva, ya no se podía concebir al hombre como un ente "pasivo" dependiente de las variables ambientales, ya que éstas variables dependen en gran medida de las variables personales (cognitivas y conductuales) del sujeto; se comienza hablar de una interacción y *determinismo bidireccional* entre el sujeto y el ambiente, es decir, la conducta humana ya no sería la variable dependiente exclusiva de las influencias externas, sino que ambiente y sujeto se influyen y determinan mutuamente. Aún más, con la distinción y conceptualización que se hace de las cogniciones, se habla de lo que Albert Bandura (1976) llamaría *determinismo recíproco triádico*, donde cogniciones, conductas y ambiente se afectan mutuamente (Cruzado y otros, 1997).

4. Se comienza a tomar una postura teórica "más amplia" (multimodal) con respecto al ser humano, superando el reduccionismo del hombre-conducta del enfoque conductista tradicional en la TC, lo que permite abordar de mejor forma la complejidad de la conducta humana. Se reconoce, por ejemplo, la interdependencia entre cognición, afecto y conducta en el funcionamiento humano, especialmente el papel de las cogniciones (evaluaciones, creencias, expectativas) en los estados emocionales y los patrones de conducta, además de la mediación cognitiva en la influencia ambiental.
5. En general, se hacen relevantes importantes teorías (como la *Teoría del Aprendizaje Social* de A. Bandura) y enfoques terapéuticos (como la *La Terapia racional emotiva* de A. Ellis (1958), la *terapia cognitiva* de A. Beck (1963), el *entrenamiento en autoinstrucciones* de D. Meichenbaum (1971) y la *terapia de*

resolución de Conflictos de T. D`Zurilla (1971)) que se adhieren a estos nuevos postulados y determinan una revolución epistemológica y conceptual en la psicoterapia y la psicopatología.

6. Desde otra perspectiva, para muchos terapeutas conductuales, los constructos teóricos utilizados en las nuevas formas de terapia, como “distorsiones cognitivas”, “esquemas” o “expectativas”, se basaban más en la experiencia clínica o en la introspección, que en la psicología experimental. (Foa & Kozak, 1997; Cruzado y otros, 1997;). Para ellos, y como pronto estas terapias se “integrarían” a la TC, esta situación le restaba categoría científica a la TC. Este es un punto que aún se discute y lo veremos en la sección 5 de este Capítulo.

3.2 Nuevas teorías y enfoques terapéuticos.

3.2.1 El aporte de Albert Bandura.

Teoría del Aprendizaje social

La *Teoría del Aprendizaje Social* de Albert Bandura (1976), fue una de las primeras aproximaciones que explicitaron las limitaciones del conductismo, como teoría explicativa del funcionamiento humano. Una de las principales críticas formuladas por Bandura, al conductismo, fue la postura reduccionista que tomaba al analizar la conducta en términos de estímulos y condiciones de refuerzo, donde la influencia externa (que incluye al medio, las personas y todo lo que puede influir la conducta), *causaba linealmente* y de manera exclusiva la conducta humana, determinándola y controlándola (Bandura 1982, 1987).

Frente a este *determinismo ambiental*, Bandura plantea la revolucionaria idea de que el funcionamiento psicológico se explica en términos de una interacción recíproca y continua entre los determinantes personales y los ambientales, donde los procesos simbólicos, vicarios y autorregulatorios (procesos cognitivos) juegan un papel predominante en la capacidad de acción intencional; "ninguna teoría de la conducta humana puede permitirse el lujo de desatender las actividades simbólicas" (Bandura 1982, pág. 27). En consecuencia, Bandura postula que el aprendizaje se basa en un *determinismo recíproco tríadico* (Bandura, 1982, 1987, 1988), donde la conducta, los factores cognitivos y personales y las influencias ambientales se afectan bidireccionalmente o mutuamente (Franks, 1995; Cruzado y otros, 1997). Esto va a determinar, por primera vez, considerar a las variables cognitivas en un rol *causal* en la conducta, donde el "pensamiento" (cognición) va a ser determinante en la "acción" (conducta), lo cuál no se ajustaba a *ninguna forma de conductismo*. Estos principios (determinismo recíproco y causalidad de las cogniciones) van a ser posturas centrales en las llamadas "terapias cognitivo conductuales", que veremos posteriormente.

A partir de esta nueva teoría, se pone en un *primer plano* la importancia de las *variables cognitivas* en el aprendizaje y en la explicación de la conducta humana (Boerec, 1999). Bandura (1982) señala que "la conducta se adquiere simbólicamente, a través del procesamiento central de la información sobre la respuesta, que se lleva a cabo antes de efectuar la respuesta como tal" (pág. 52), y de este modo, establece las bases del *Aprendizaje social u observacional* (Bandura, 1982). Este modelo plantea que un sujeto (*observador*), logra aprender determinadas conductas, en base a la *observación* de la ejecución de éstas, por parte de otro

sujeto (*modelo*). Este aprendizaje ocurre a través de 4 procesos: i) *atención*, donde el observador va a atender y percibir los aspectos relevantes (seleccionados) de la conducta del modelo, ii) *retención*, una vez que se observa la conducta modelada, el observador la "retiene" a nivel mental (representación verbal o en imágenes) , iii) *reproducción motora*, donde el observador ejecuta las conductas retenidas, según las habilidades que posea para ello, y iv) *motivación*, que implica que la reproducción de las conductas observadas van a estar determinadas y mantenidas por las contingencias de refuerzo de ésta, ya sea por los refuerzos observados en el modelo al ejecutarla (*refuerzo vicario*), o por los refuerzos contingentes a la propia ejecución del observador (Bandura, 1982, 1988; Boerec, 1999; Shields, 1999)

En consecuencia, lo que ocurre en la "caja negra" de Skinner, es de vital importancia para cualquier teoría o principio sobre el aprendizaje y la conducta, ya que el historial de reforzamientos y las contingencias ambientales, no determinan o controlan directamente las repuestas o acciones del sujeto, sino que éstas últimas, están mediadas y determinadas también por la cognición humana (Shields, 1999).

Teoría de la Autoeficacia

A través de la *Teoría de Autoeficacia* (1977), Bandura nuevamente demuestra la importancia de las variables cognitivas en la conducta humana, y más específicamente, como las creencias y *expectativas* (variables cognitivas) sobre la conducta propia, influyen en las conductas, pensamientos y emociones (Bandura, 1977, 1987). Señala, por ejemplo, que "un rendimiento adecuado requiere tanto de la existencia de habilidades, como de la creencia, por parte del sujeto, de que dispone de la eficacia suficiente para utilizarlas" (Bandura, 1987, pág. 416), dejando en claro

que las creencias que tienen las personas sobre “sus capacidades para manejar las demandas ambientales, afectan los cursos de acción que eligen seguir” (Bandura, 1995, pág. 180).

En esta teoría hay que diferenciar 2 conceptos importantes: i) la *autoeficacia percibida*, que es un juicio sobre la capacidad para alcanzar cierto nivel de ejecución (“lo que puedo hacer”), y ii) la *expectativa de resultado*, que es el juicio sobre las consecuencias más probables que producirá dicha ejecución (“lo qué va suceder con lo que hago”). El tipo de resultado que el sujeto anticipa (que “representa mentalmente”) depende, en gran medida, de los juicios y creencias acerca de la propia eficacia de actuación en las distintas situaciones (Bandura, 1977, 1980, 1987; Bach y otros, 1999; Heppner y otros, 1999).

Estos planteamientos teóricos han tenido gran repercusión a nivel terapéutico, ya que a través de diferentes técnicas, han permitido desarrollar las capacidades y el buen desempeño de los pacientes y, además, predecir el cambio conductual de éstos, evaluando las expectativas que tienen sobre su propia eficacia (Heppner y otros, 1999). Recientemente Bandura ha señalado (1995) que “el conocer como funcionan los pensamientos de los individuos, permite predecir acontecimientos y desarrollar formas de controlar el efecto que estos pensamientos tienen en sus vidas” (Bandura, 1995, pág. 185).

Las teorías cognitivas de Bandura, dejaban de manifiesto la trascendencia del modelo del procesamiento de la información en la explicación de la conducta, del aprendizaje y del conocimiento humano:

Los factores cognitivos determinan, en parte, los acontecimientos del entorno que serán observados por el individuo, el significado que les será conferido, la producción o no de efectos duraderos, el valor y la eficacia de que dispondrán, y la organización que se hará de la información que transmiten para su utilización futura. Manipulando simbólicamente la información que se deriva de las experiencias personales y vicarias, el individuo puede comprender los acontecimientos y generar nuevos conocimientos acerca de ellos (Bandura, 1987, pág. 479).

A partir de este enfoque y otras propuestas teóricas que se fueron desarrollando en esta época, se ponen en un primer plano las capacidades cognitivas de simbolización por parte del hombre, y, se comienzan a retomar conceptos como "expectativa", "intención", "autoeficacia", "motivación", que el conductismo había rechazado o "conductualizado". Las leyes del aprendizaje que habían sustentado a la TC se hicieron insuficientes, ya que como señalan Murray y Jacobson (1978), se hizo insostenible negar que "las variables de personalidad, cognitivas y sociales, son parámetros fundamentales de los procesos de aprendizaje" (pág.663).

3.2.2 Enfoques terapéuticos de la TC

Con la incursión de la revolución cognitiva, diferentes modalidades de terapia, basadas en el modelo cognitivo del procesamiento de la información (como la "Terapia cognitiva" de A. Beck o el "Entrenamiento en autoinstrucciones" de D. Meichenbaum) comienzan a integrarse⁷ a la TC, bajo el rótulo de **terapias cognitivo conductuales**. De hecho, en 1976, se publica el primer número de una revista dedicada de modo exclusivo a la investigación teórica y clínica desde el punto de vista cognitivo, *Cognitive Therapy and Research* ("Terapia Cognitiva e investigación"), que hasta hoy es una de las más importantes en el ámbito de la psicoterapia (Olivares & Méndez, 1998).

Uno de las figuras más importantes en esta época fue Donald Meichenbaum, quien después de llevar varios años de trabajo terapéutico en la TC, comienza a desarrollar estrategias de tratamiento basados en una perspectiva cognitiva, como el "Entrenamiento en Autoinstrucciones". En 1977, Meichenbaum señala que la TC había sobrevalorado la importancia de los eventos ambientales (antecedentes y consecuentes) y por lo tanto, se había subestimado el cómo los clientes *evalúan o interpretan* estos eventos, no tomando en cuenta que es de vital importancia para la psicoterapia, conocer lo que los pacientes se dicen a sí mismos sobre los acontecimientos, ya que esto va a influir en la ejecución de su conducta.

⁷ Este es uno de los temas más controvertidos de la TC en la actualidad y uno de los más relevantes de esta monografía. Si consideramos los conceptos revolucionarios del nuevo paradigma cognitivo (por ej. en las teorías de Bandura y en otros ejemplos que expondremos), pareciera difícil concebir la integración de las nuevas terapias basadas en el procesamiento de la información, con la TC tradicional (ver sección 5 de este Capítulo). No obstante, por el momento, respetaremos la apreciación histórica de esta "incursión".

A finales de los 70, una TC "cognitivizada", aparecía constituida por 3 grandes modelos o enfoques teóricos: *el análisis funcional aplicado, el neoconductismo mediacional y el enfoque cognitivo-conductual* (Kazdin, 1982, 1983, 1995).

Sin embargo, muchos autores (por ej. Wilson, 1978; Wilson & Franks, 1982; Labrador y otros, 1997; Vila, 1997; Olivares & Méndez, 1998), considerando las diferentes técnicas y modelos terapéuticos surgidas de cada enfoque, han dividido a la TC o "Terapia Cognitivo Conductual" (TCC) (que es el otro nombre con que se denomina actualmente) en 4 modelos teóricos: el análisis funcional aplicado, el neoconductismo mediacional, el modelo del aprendizaje social y el enfoque cognitivo conductual. Nosostros utilizaremos esta clasificación, para facilitar la comprensión de cada uno de estos modelos.

En muchos manuales actuales sobre TC o TCC⁸, se ha explicado en que consisten cada uno de estos enfoques, y cómo se definen, clasifican y utilizan las diferentes técnicas, entrenamientos o terapias (por ej. desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales, sensibilización encubierta, métodos operantes, terapia racional emotivo conductual), qué surgen a partir de estos modelos, por lo cuál, en la presente monografía, además de presentar una breve definición de cada uno de estos enfoques y un cuadro resumen de la clasificación de sus técnicas o terapias (ver Tabla N°1), nos abocaremos específicamente, a profundizar el *enfoque cognitivo conductual*, constituido por las "terapias cognitivo conductuales".

⁸ Por ejemplo Vallejos, 1988; Kanfer & Goldstein, 1993; Caballo, 1995; Kazdin, 1996; Labrador y otros, 1997; Olivares y Méndez, 1998, entre otros.

Tabla N°1. Clasificación de los métodos terapéuticos de la Terapia de Conducta.

TERAPIA DE CONDUCTA			
<i>Análisis funcional aplicado</i>	<i>Neoconductismo mediacional</i>	<i>Enfoque del Aprendizaje social</i>	<i>Enfoque cognitivo-conductual</i>
Refuerzo positivo y negativo. Castigo positivo y negativo. Encadenamiento. Moldeamiento. Desvanecimiento. Extinción. Refuerzo diferencial. Costo de respuesta. Tiempo fuera. Sobrecorrección. Saciación. Contrato conductual. Economía de fichas. Técnicas aversivas. Inundación. Técnicas de Biofeedback.	Relajación. Desensibilización sistemática. Condicionamiento encubierto. Detención del pensamiento. Implosión.	Modelado. Ensayo conductual. Técnicas de autocontrol. Modelado encubierto. Entrenamiento en habilidades sociales.	Terapias de reestructuración cognitiva. Terapias de resolución de problemas. Terapias de habilidades de afrontamiento.

Análisis funcional aplicado

El *análisis funcional aplicado*, se basa en el "análisis experimental de la conducta" (Skinner, 1958, 1987) y en los principios del condicionamiento instrumental u operante, propuestos por Thorndike y Skinner. Se destacan las siguientes características:

1. Se centra en las *conductas directamente observables* como objeto de estudio e intervención.
2. Se basa en el "determinismo ambiental" del conductismo, en que la conducta está controlada por el ambiente, por lo cual, se realiza una *análisis funcional de la conducta*, donde se identifican los estímulos antecedentes y consecuentes que están determinando la conducta problema a tratar (posibles reforzadores, estímulos discriminativos, etc.). El objetivo es poder controlar estas variables y por ende, modificar la conducta (Skinner, 1987).
3. En términos metodológicos, procura realizar una intervención de caso único, donde exista una evaluación pre y postratamiento (modo A-B-A).
4. Se basa en técnicas derivadas de los principios del condicionamiento operante, que incluyen: métodos de desarrollo de conductas (moldeamiento, encadenamiento), métodos de reducción de conducta (extinción, refuerzo diferencial, costo de respuesta, tiempo fuera, saciación y sobrecorrección), además de procedimientos aversivos (castigo positivo, inundación), la economía de fichas y el contrato conductual (Ulrich y otros, 1973; Sulzer-Azaroff & Meyer, 1990; Karoly, 1993; Cruzado y otros, 1997; Olivares & Méndez, 1998).
5. Se ha aplicado a una gran variedad de trastornos psicológicos (trastornos sexuales, conductas adictivas, depresión, obesidad, estrés, entre otros), con

resultados terapéuticos exitosos. Se destaca la aplicación (casi exclusiva de este modelo) en: i) Instituciones (hospitales, cárceles, escuelas, ambientes laborales) a través de "programas de modificación conductual", y ii) adultos y niños con discapacidades (psicomotoras), deficiencias mentales o trastornos psicóticos (por ej. Perdomo, 1999).

Neoconductismo mediacional

Este enfoque de *neoconductismo mediacional* (Wilson, 1978; Wilson & Franks, 1982; Cruzado y otros, 1993), se basa precisamente en los aportes de las teorías neoconductistas mediacionales (Hull, Tolman), especialmente en el condicionamiento encubierto de J. Cautela (Cautela & Groden, 1985). En este enfoque, las variables "hipotéticas" o mediacionales, pueden ser traducibles a eventos externos (Kazdin, 1982). Sus principales características son las siguientes:

1. Además de manipular eventos externos, se le da una especial importancia a variables cognitivas (*mediacionales*) tales como imágenes mentales o mediaciones verbales, que son definidas en términos de estímulo, respuesta o refuerzo, dándoles un estatus de "analogías mentales" de las variables externas.
2. Las técnicas de tratamiento utilizadas se basan preferentemente en los modelos que hemos señalado, y corresponden a: las técnicas de relajación, técnica de desensibilización sistemática, técnica de implosión, detención del pensamiento, condicionamiento encubierto (sensibilización encubierta, refuerzo encubierto, entre otras).

3. Su campo de aplicación se centra fundamentalmente en trastornos relacionados con ansiedad (agorafobia, fobia específica), obsesiones, disfunciones sexuales, alcoholismo, y tabaquismo, entre otros.

Modelo del Aprendizaje social

Este es un enfoque dentro de la TC que se basa en la Teoría del Aprendizaje social y de Autoeficacia de A. Bandura, y en las investigaciones de Kanfer y Staats (Cruzado y otros, 1997). Las características más importantes son:

1. Frente a la idea de "determinismo ambiental" (el ambiente controla y determina la conducta), se impone la idea de influencia bidireccional entre sujeto y ambiente, por lo cuál el hombre también *determina* el ambiente.
2. Se basa en la idea de que los estímulos ambientales (físicos y sociales), los procesos cognitivos (percepción, interpretación y valoración de los estímulos) y patrones de conducta del sujeto, interactúan recíprocamente (*determinismo recíproco tríadico*).
3. La influencia ambiental y externa está mediada y transformada cognitivamente, a través de la percepción, interpretación y procesos cognitivos en general. También se considera la importancia de los procesos de atención, simbolización y autorregulación.
4. Se apoya, además, en el concepto de *autoeficacia* (Bandura, 1987), donde se recalca la importancia e influencia del juicio sobre las propias capacidades y los resultados de nuestras acciones, en la ejecución de la conducta propiamente tal.

5. Utiliza métodos terapéuticos tales como: modelado (real y encubierto), ensayo conductual, técnicas de autocontrol y entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 1993a y b, 1995; Gil & García, 1997).
6. Se ha aplicado a una gran cantidad de trastornos, como por ejemplo, fobia social, problemas de pareja, depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, abuso de alcohol, y esquizofrenia.

4. El Enfoque Cognitivo Conductual

4.1 Factores determinantes.

Hemos explicado algunas de las nuevas conceptualizaciones y teorías, surgidas a partir del paradigma cognitivo emergente, especialmente el modelo del procesamiento de la información (PI).

Estos conceptos, no sólo permitieron tener una nueva noción de ser humano como ente cognoscente, sino que además permitió facilitar la comprensión de algunos procesos cognitivos como la atención, la percepción y la memoria (Foa & Kozac, 1997).

Precisamente en el momento en que se desarrolla la teoría del Aprendizaje social de Bandura y, además, las aproximaciones terapéuticas basadas en el PI (como la "Terapia cognitiva" de A. Beck) comienzan a "integrarse" a la TC como "terapias cognitivo conductuales", surge el llamado **enfoque cognitivo conductual**.

Frente a las limitaciones explicativas de las posturas asociacionistas y mecanicistas del paradigma conductista tradicional, surge una alternativa más ambiciosa para la comprensión humana. En *Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies* ("Bases históricas y filosóficas de las terapias cognitivo-conductuales") (Dobson & Block, 1988), uno de los artículos donde más se ha tratado el surgimiento y evolución de este enfoque, se ha señalado que entre los principales factores que determinaron este desarrollo, están:

- a) La insatisfacción con los enfoques no mediacionales, para la explicación de la conducta humana.
- b) La existencia de problemas y trastornos que eran difíciles de abordar con métodos no cognitivos (por ej. las obsesiones).
- c) La relevancia de la investigación de la Psicología cognitiva (en especial, el modelo del procesamiento de la información).
- d) La importante emergencia de psicólogos que se autodefinían como "cognitivo conductuales" (por ej. Ellis, Beck, Mahoney y Meichenbaum) en la literatura de psicología clínica. Destacable es el caso de A. Beck (originalmente psicoanalista), que en investigaciones con depresivos, llegó a determinar que sus síntomas más preponderantes están determinados por un *procesamiento distorsionado* (a nivel cognitivo) de la realidad, lo cuál, hasta hoy, es uno de los postulados centrales en estas formas de terapia.
- e) La aplicación de estudios e investigaciones, que demostraban empíricamente la eficacia de las terapias cognitivo conductuales.

4.2 Aspectos descriptivos.

Dentro del enfoque cognitivo conductual, se agrupan diversos modelos teóricos y estrategias (que veremos más adelante), que mantienen algunos principios básicos en común, que permite agruparlas bajo este nombre (Meichenbaum & Cameron, 1982; Ingram & Scott, 1990). Los principales postulados compartidos por las terapias cognitivo conductuales (tcc), y que diferencia a estos procedimientos de los pertenecientes a los otros 2 modelos⁹ de la TC, podrían resumirse como sigue:

1. Las respuestas emocionales y conductuales de un individuo frente a determinados acontecimientos, están mediadas cognitivamente (representaciones mentales, evaluaciones, atribuciones, expectativas).
2. Las variables cognitivas son importantes *agentes causales* de las conductas del sujeto.
3. La identificación y modificación de las creencias, pensamientos y cogniciones disfuncionales de un individuo, permiten modificar sus trastornos emocionales (Zahm, 1999).

Bajo este enfoque, además, se flexibiliza la exigencia inductiva del positivismo lógico (característica del conductismo), ya que se considera que una gran parte de la investigación y teorías en psicología y en psicoterapia, no deriva necesariamente de la investigación empírico-experimental tradicional y de la comprobación de hipótesis (Suárez, 1992).

⁹ Hemos obviado el "enfoque del Aprendizaje Social", porque éste comparte la mayoría de las características del "enfoque cognitivo conductual", y sólo se distingue por la inclusión de algunos conceptos conductuales. (por ej. refuerzo).

También es pertinente señalar que en términos de procedimientos terapéuticos, las tcc comparten algunos criterios con respecto a las características del terapeuta y al contexto de la relación terapéutica interpersonal. Entre los principales están:

1. Se trata de terapias en donde hay un énfasis en la colaboración terapeuta-paciente (por ej. el "empirismo colaborativo" de Beck), donde el paciente debe generalmente realizar tareas entre sesiones, para reforzar las estrategias aprendidas en la terapia (Deffenbacher, 1999).
2. Las terapias son de duración relativamente breve.
3. Son terapias educativas, donde el terapeuta enseña y guía al paciente en el proceso de cambio, con el objetivo de que éste pueda, a largo plazo, ser su propio terapeuta (Persons, 1999).
4. No son terapias centradas en el cliente (como las "terapias experienciales") sino que, en menor o mayor grado, el terapeuta "dirige" el proceso terapéutico.

4.3 Desarrollo y clasificación.

Considerando las nuevas tcc que fueron apareciendo en la década de los 70 (las primeras habían surgido antes), y con el fin de lograr una mayor especificación de estas terapias, Mahoney y Arknoff (1978), clasificaron las tcc en 3 grandes grupos:

1. *terapias racionales o de reestructuración cognitiva*, que se centran en identificar y reemplazar los patrones cognitivos desadaptativos del paciente, por otros más adaptativos para superar los trastornos emocionales.

2. *terapias de habilidades de afrontamiento*, que se centran en las cogniciones específicas desadaptativas con las que el sujeto *enfrenta* las situaciones estresantes y se intenta, por tanto, desarrollar en el paciente nuevas cogniciones y habilidades que permiten hacer frente a dichas situaciones.
3. *terapias de resolución de problemas*, que se abocan al desarrollo de estrategias generales en el paciente, para solucionar, de un modo sistemático, un amplio rango de problemas personales (cotidianos e interpersonales) considerando las variables cognitivas involucradas.

Las tcc más importantes, en 1978, quedan agrupadas según esta clasificación, tal como aparecen en la Tabla N°2.

Como señala Becoña (1997), esta clasificación ha sido determinante en la evolución de las tcc (Marchetti, 1992; Carrasco, 1997; Lega, Caballo & Ellis, 1997; Méndez, Olivares & Moreno, 1998), ya que gran parte de las tcc que han ido apareciendo y que se han puesto bajo el rótulo de "cognitivo conductuales", han asumido los principios genéricos de esta clasificación, con sólo algunas modificaciones debido a su fundamentación teórica particular.

Tabla N°2. Clasificación de las terapias cognitivo conductuales en 1978.

LAS TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES		
<i>Terapias de Reestructuración Cognitiva</i>	<i>Terapias de Habilidades de Afrontamiento</i>	<i>Terapias de Resolución de Problemas</i>
<p>Terapia racional emotiva. (Ellis, 1962)</p> <p>Terapia cognitiva. (Beck, 1970)</p> <p>Entrenamiento en autoinstrucciones. (Meichenbaum, 1974)</p>	<p>Modelado encubierto. (Cautela, 1971; Kazdin, 1973)</p> <p>Entrenamiento en habilidades de afrontamiento. (Golfried, 1971)</p> <p>Entrenamiento en el manejo de la ansiedad. (Suinn & Richardson, 1971)</p> <p>Entrenamiento en inoculación de estrés. (Meichenbaum, 1975)</p>	<p>Resolución de problemas conductuales. (D`Zurilla & Goldfried, 1971)</p> <p>Terapia de solución de problemas. (Spivack & Shure, 1974)</p> <p>Ciencia personal. (Mahoney, 1974)</p>

Nota. Tomada del artículo "Cognitive and self-control therapies" (Mahoney & Arkhoff, 1978).

Posteriormente (10 años más tarde), Dobson y Block (1988), realizan un análisis de la evolución de estas terapias, como señalábamos anteriormente, y presentan un cuadro cronológico con algunas de las principales tcc que históricamente han sido llamadas "cognitivo conductuales" (ver Tabla N°3).

Tabla N°3. Las principales terapias cognitivo conductuales en 1988.

<i>Primera publicación</i>	<i>Terapia cognitivo conductual</i>	<i>Autor</i>
1962	Terapia racional emotiva.	Ellis
1963	Terapia cognitiva.	Beck
1971	Entrenamiento autoinstruccional.	Meichenbaum
1971	Entrenamiento en manejo de ansiedad.	Suinn y Richardson.
1971	Terapia de resolución de problemas.	D`Zurilla y Goldfried
1971	Terapia de resolución de problemas.	Spivack y Shure
1973	Entrenamiento en inoculación de estrés.	Meichenbaum
1974	Reestructuración racional sistemática.	Goldfried
1974	Ciencia personal.	Mahoney
1975	Terapia racional conductual.	Maultsby
1977	Terapia de autocontrol.	Rehm
1983	Psicoterapia estructural.	Guidano y Liotti

Nota. Tomado del artículo "Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies" (Dobson & Block, 1988).

En 1997, Lega, Caballo y Ellis, realizan una adaptación de esta cronología incluyendo terapias más modernas como la "Terapia centrada en los esquemas" de Jeffrey Young (1990), clasificando las tcc en las 3 categorías señaladas por Mahoney y Arknoff (1978). Esta adaptación la hemos graficado en la Tabla N°4:

Tabla Nº 4. Las principales terapias cognitivo conductuales en 1997.

TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES	
<i>Terapias de Reestructuración Cognitiva</i>	<p>Terapia racional emotivo conductual. (Ellis, 1958) Terapia cognitiva. (Beck, 1963) Entrenamiento en autoinstrucciones. (Meichenbaum, 1971) Terapia de conducta racional. (Maultsby, 1975) Terapia cognitivo-estructural. (Guidano & Liotti, 1983) Terapia de valoración cognitiva. (Wessler & Hankin-Wessler, 1986). Terapia cognitiva centrada en los esquemas. (Young, 1990)</p>
<i>Terapias de Habilidades de Afrontamiento</i>	<p>Entrenamiento en manejo de la ansiedad. (Suinn & Richardson, 1971) Entrenamiento en inoculación de estrés. (Meichenbaum, 1973) Reestructuración racional cognitiva. (Goldfried, 1974)</p>
<i>Terapias de Resolución de Problemas</i>	<p>Terapia de solución de problemas. (D`Zurilla & Goldfried, 1971) Terapia de solución de problemas. (Spivack & Shure, 1971) Terapia de autocontrol. (Rehm, 1977)</p>

5. Debates actuales.

5.1 El déficit teórico.

A lo largo de este Capítulo hemos podido observar como la Terapia de Conducta, apoyada en el paradigma conductista, se fue desarrollando sobre bases metodológicas sólidas (impregnadas de una rigurosidad científica y experimental) y fundamentada en importantes principios y teorías del aprendizaje. Sin embargo, con la crisis paradigmática de los 70, y la emergencia de las terapias basadas en el procesamiento de la información (terapias cognitivo conductuales, tcc), no ha quedado claro cómo éstas y las nuevas concepciones "cognitivas" en la psicoterapia (que como hemos visto, son en un alto grado discrepantes con las posturas conductuales) se "integran" a la TC. Podríamos preguntarnos ¿cuál es la *base teórica* de esta nueva TC?, ¿qué sucede con la TC fundada en un espíritu antimentalista, objetivista y externalista (antes del neoconductismo mediacional y antes del procesamiento de la información)?

Es precisamente este punto, uno de los que más se discute actualmente sobre la TC, ya que no sólo se ha relativizado el concepto de "estímulo" y "respuesta" a través del tiempo (Frank, 1995), incluyendo los modelos mediacionales (E-r-e-R), sino que desde que se fueron estableciendo los principios del Aprendizaje social y las nuevas teorías congruentes con el modelo del procesamiento de la información (PI), desde los 60, se van a acentuar, haciéndose insostenibles, las limitaciones de los modelos E-R de aprendizaje del conductismo (por ej. Pavlov, Skinner, Guthrie, Hull, Tolman), tal como hemos visto en este Capítulo. La clásica crítica de Chomsky (1959) a la

descripción de "conducta verbal" de Skinner (en términos simplistas E-R y de variables de contingencias), considerándola como inadecuada e ingenua ("simples metáforas") para la complejidad del lenguaje (De Vega, 1984; Erwin, 1985; Hayes & Wilson, 1995), o, la "primacía causal" de los pensamientos (cogniciones) en las acciones (conductas) humanas, demostrado por Bandura en distintas experiencias e investigaciones (Bandura, 1982) y que hasta hoy defiende (Bandura, 1995), son algunos de los hechos que grafican esta inconsistencia teórica.

Pareciera que los constantes esfuerzos que se han hecho, para intentar "amoldar", "traducir" o "integrar" en términos teóricos, todos los nuevos y revolucionarios conceptos *cognitivos* a algún tipo de conductismo, parecen insuficientes, o al menos, confusos:

- En primer lugar, desde el "conductismo radical", que desconoce y rechaza los eventos mentales, es simplemente imposible algún esbozo de compatibilidad, incluso se ha señalado que algunos de los conductistas radicales, simplemente *no practican la TC*, ya que, por ejemplo, "es imposible tratar la tristeza de alguien sin saber como se siente y qué piensa" (Rietman & Drabman, 1997; pág. 420).
- En segundo lugar, desde la perspectiva del "conductismo analítico", sólo podemos hablar de creencias, pensamientos, recuerdos, es decir, de cogniciones, si son definidas en términos de *conductas observables* como hablar, caminar o correr (Hayes & Wilson, K. G., 1995), es decir, todas las "metáforas mentales" deben ser traducidas a conductas objetivas. Roberto Bueno, quien defiende categóricamente esta postura conductista, y niega que el cognoscitivismo represente una revolución paradigmática en Psicología, ha señalado

recientemente (1996), que “lo psicológico, es decir, el conjunto de eventos referidos por el lenguaje mentalista, son relaciones observables entre entidades observables” (pag. 19), por lo cuál, agrega, si deseamos hacer un estudio de lo mental y del comportamiento complejo cómo el lenguaje, la inteligencia o la solución de problemas, deberíamos hacerlo desde una perspectiva no mentalista, es decir, abordar la cognición pero no desde el cognoscitivismo, sino del conductismo. Esto es lo que se ha hecho, por ejemplo, en las teorías conductistas mediacionales, pero ha quedado de manifiesto las limitaciones que esto implica, y la necesidad de un mayor estatus a las variables cognitivas (como lo sucedió con las nuevas teorías de Tolman). Edward Erwin, en su obra *Behavior Therapy* (1978) (trad. 1985 “Terapia de Conducta”), realiza un minucioso análisis de las bases teóricas y epistemológicas de la TC y el conductismo, demostrando que no existe razón para pensar que los conceptos mentalistas puedan definirse conductualmente y que “una vez que se ha bloqueado la apelación a las traducciones conductuales, debería quedar claro que el postulado de las causas mentales, es incompatible con las teorías o principios conductistas del aprendizaje” (pag. 150-151). Este argumento ha sido apoyado por diversos autores actualmente (por ej. Bandura, 1995; Mahoney, 1995, 1998; Ellis, 1999a), que han señalado las dificultades de esta “conductización” de las variables cognitivas, en términos de “conductas observables”, que por lo demás, impide separar a las cogniciones de las conductas (es decir, como dos dimensiones diferentes que se interrelacionan); además, pareciera que el estatus de complejidad de los procesos cognitivos que ofrece el paradigma cognitivo, no se puede reducir a esta operacionalización.

- En tercer lugar, desde el "conductismo metodológico", que es uno de los que más ha sobrevivido, los eventos mentales son evitados, y sólo pueden ser considerados como *analogías isomorfas* de los eventos externos, recalcando, que en ningún caso, pueden ser variables independientes (causas de la conducta). Desde esta perspectiva, la única relación que existe de los eventos mentales con la "causalidad" de la conducta, es que éstos pueden representar una "copia" de los eventos externos causales o un "sustituto interno de las contingencias" (Skinner, 1978, citado en Pozo, 1997), por lo cuál, el control de la conducta, sigue estando en el ambiente, fuera del organismo. El mismo Skinner (1953) había enfatizado que los *agentes causales* (variables independientes) de la conducta (variable dependiente), había que buscarlos en variables externas al organismo (ambientales, históricas) y no en los eventos mentales, lo que niega de plano un *rol causal* de las cogniciones (Bower & Hilgard, 1989). Desde esta perspectiva quedan 2 posibilidades para concebir las variables cognitivas internas (pensamientos, creencias): i) como "analogías" de los eventos externos (estímulos o respuestas), o ii) como variables internas traducibles a *variables conductuales* (del mismo modo que en el conductismo analítico), y por ende, como *efectos* del control externo, es decir, *lo que se puede modificar, influir y predecir* (Hayes & Wilson, K. G., 1995). Los aportes conceptuales de la teoría del Aprendizaje social y de la Autoeficacia de Bandura, y los postulados cognitivos del modelo del PI, que aún son absolutamente vigentes (Bechtel, 1991; Pozo, 1997; Hardy & Jackson, 1998), dejan de manifiesto que la influencia de las variables ambientales en la conducta humana, están mediadas por las variables cognitivas, por lo cuál ya casi nadie discute el determinismo recíproco de Bandura

(la interacción entre variables cognitivas, conductuales y ambientales), donde es inevitable que exista una relación de causalidad (aunque no lineal) entre cogniciones y conductas (Bandura, 1995). Mahoney (1995), ha postulado que los argumentos conductistas, en contra de la funcionalidad y causalidad de las cogniciones en la conducta, parten de la clásica postura dualista cartesiana en que “los eventos mentales no pueden causar efectos corporales” (pág. 275). Además, el reconocimiento de la relación interdependiente y multimodal entre emociones, pensamientos y afectos, especialmente la “causalidad” de los pensamientos en las respuestas emocionales y conductuales (que caracteriza a las posturas “cognitivas” de psicoterapia), dan un *rol funcional* a las variables cognitivas, que es incompatible con el conductismo metodológico.

Pueden existir distintas posturas con respecto a estos argumentos, pero pensamos que el comentario de Eugenio Suárez (1992) en su artículo “El conocimiento en el enfoque cognitivo-conductual: la continuidad de una tradición crítica”, con respecto a este tema, podría servir como conclusión:

Con la aparición de estas aproximaciones, no sólo murió el conductismo metafísico, sino que una buena parte de los principios explicativos planteados por el conductismo tradicional fueron refutados. El determinismo ambientalista sobre el que se había sustentado la orientación, tuvo que ceder terreno ante los hallazgos que mostraron un valor causal de las mediaciones... (pág.75)

También podría servir de reflexión, el comentario realizado recientemente por J. L. Pinillos (quién fue discípulo de Eysenck en el hospital de Maudsley) sobre las limitaciones del modelo asociacionista de aprendizaje E-R del conductismo y la TC, que, por lo demás, guarda una especial relevancia para las terapias cognitivo

conductuales más modernas: “va siendo hora de que junto a la psicología de estímulo y respuesta, se potencie una psicología de significantes y significados, que rompan las fronteras de la necesidad, impuestas por el mecanicismo” (Pinillos, 1999, pág. 16).

5.2 El concepto de “Terapia Cognitivo Conductual”.

Frente a los argumentos que hemos señalado anteriormente, podríamos plantearnos como se sostiene (especialmente en sus bases teóricas) el rótulo de **Terapia Cognitivo Conductual (TCC)**¹⁰, con el que se le llama muchas veces a la TC actualmente, y que aparenta una “integración” (las comillas son porque justamente ese es el punto discutible) del paradigma cognitivo con el paradigma conductual, apareciendo una Terapia Conductual (TC) *enriquecida cognitivamente*.

Un punto interesante de análisis al respecto, son las *definiciones* que se les han dado a la TC o TCC. Podríamos decir que desde los primeros años de la TC, no hubo un único criterio para definirla, debido especialmente a las “limitaciones” y “flexibilizaciones” de se fueron dando en los parámetros de esta terapia (que hemos visto en este Capítulo). Sin embargo, se mantuvo, en general, un cierto consenso en definir a la TC en base a: i) un marco teórico basado en las leyes del aprendizaje asociacionista E-R (incluyendo las teorías neoconductistas), y ii) un marco metodológico basado en los métodos experimentales de la ciencia (inspirado en el conductismo). Este criterio de definición se ha mantenido por varios autores en la

¹⁰ Pensamos que queda claro que este nombre no se refiere al “enfoque cognitivo conductual”, ni a las “terapias cognitivo conductuales” (que constituyen *un enfoque* dentro de la TCC).

actualidad, para definir a la TC o TCC, como por ejemplo C. M. Franks (1995), cuando señala que la TC se caracteriza por “un compromiso con la evaluación, la intervención, y los conceptos que descansan en algún tipo de marco teórico de aprendizaje E-R (estímulo-respuesta), inmerso a su vez, dentro de la metodología del científico comportamental” (pág.3). No obstante también ocurre, que en la actualidad están apareciendo, cada vez más, diferentes definiciones de TC o TCC que si bien mantienen el criterio metodológico (incluso es más enfatizado aún), no “definen” ni tampoco delimitan, un marco teórico; esto sucede, por ejemplo, en Cruzado y otros (1997), cuando se señala que la TC, basada en los “conocimientos” de la Psicología experimental, “utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas” (pág. 39). Este tipo de definiciones, no sólo crean confusión en lo teórico por su “flexibilidad” o “ambigüedad”, sino que además, por que no explican, por ejemplo, el fundamento teórico del compuesto “cognitivo-conductual” (en alguna conceptualización integrada), que al parecer, sólo es “justificado” por el hecho de que se combinan técnicas cognitivas y técnicas conductuales (por ej. Foa & Kozac, 1997; Wilson, G. T., 1997; AABT, 1997, citado en Pedrals & Vergara, 1999).

Pueden existir extensos debates sobre este tema, pero quisiéramos subrayar aún más, la importancia del aspecto teórico de la TCC. Conocido es el planteamiento de Arnold Lazarus (uno de los pioneros de la TC), sobre el *eclécticismo técnico*, y que hoy en día es compartido por gran cantidad de terapeutas cognitivo conductuales, el cuál señala que una modalidad terapéutica (o un terapeuta) puede incorporar una

diversidad de técnicas (de diversos enfoques) en su ejercicio, favoreciendo la versatilidad (y flexibilidad) para adaptar la terapia a las necesidades del paciente, pero siempre y cuando, mantenga una *base teórica consistente* (Lazarus, 1980). En este sentido, podemos decir que la TCC (si observamos los manuales, por ejemplo) se ha destacado por abarcar una multiplicidad de técnicas diferentes y buscar constantemente formas adicionales (Wolpe, 1997), pero ¿mantiene una “base teórica consistente”? Y cuando hablamos de un marco teórico consistente, no necesariamente se refiere a un único modelo teórico (como el psicoanálisis, por ejemplo), ya que es posible y se ha demostrado especialmente en los últimos años, integrar diversos modelos teóricos (por ej. las terapias intergrativas de M. Golfried, o L. Greenberg). El problema ocurre, tal como ha señalado Vila (1997), que los manuales de TC (o TCC) en la actualidad, incluyen una infinidad de técnicas derivadas de los 4 enfoques de la TC (análisis conductual aplicado, neoconductismo mediacional, aprendizaje social y cognitivo-conductual), que hemos descrito en este Capítulo, sin intención ni posibilidad de llegar a una coherencia teórica entre ellos (Vila, 1997); lo que existe es una “mezcla” o un “repertorio” de modelos teóricos, más que una integración. Quizá esto se deba a la exigencia y “amplitud teórica” que implican la definiciones de TCC, que no deja de crear confusión (Franks, 1995), no sólo porque no existe un único criterio para este parámetro, sino principalmente porque: i) si se incluyen todas la teorías de aprendizaje E-R (y no sólo el condicionamiento clásico y operante, como en un comienzo), se abarca una gran cantidad de teorías conductistas y neoconductistas diversas, que han determinado inconsistencias y limitaciones teóricas en el conductismo y en la TC (Erwin, 1985), ii) si hablamos solamente de teorías del aprendizaje (en general), quizá son superadas

las limitaciones conceptuales (por la diversidad y complejidad de teorías), pero permanece y es aún mayor la inconsistencia teórica (falta de integración) y, iii) si se utilizan definiciones como la de Cruzado y otros (1997), donde la exigencia teórica sólo está ligada a lo metodológico, la TC se transforma más en una *metodología terapéutica*, que una forma específica de terapia.

Por otra parte, si consideramos que las técnicas derivan de los modelos teóricos, está "flexibilización y amplitud teórica" de la TC, también crea cierta incertidumbre sobre sus límites técnicos (es cosa de ver la tremenda cantidad de técnicas que aparecen en los manuales). Ya en 1974, Rims y Masters planteaban esta situación, señalando que "no es sorprendente que algunos terapeutas de la conducta no estén aún de acuerdo en relación con ciertos temas..un tema polémico lo constituye el interrogante fundamental de cuáles técnicas o enfoques pertenecen a la TC y cuales no" (Rims & Masters, 1980¹¹, pag 17-18).

Una postura más razonable al respecto, ha sido la de diferentes autores (por ej. Fishman & Franks, 1997; O'Donohue & Krasner, 1999), que han señalado que es preferible hablar de TC y no de TCC, lo cuál constituye un aporte importante. Fishman y Franks (1997), por ejemplo, han manifestado su desacuerdo con el término TCC y han preferido hablar de TC, ya que el compuesto *cognitivo-conductual*, correspondería a *uno* de los enfoques de la TC, el enfoque cognitivo conductual, tal como lo hemos descrito en el presente Capítulo. De este manera, se hace más comprensible la distinción y sistematización de los diferentes modelos

¹¹ Esta cita corresponde a la edición de 1980 (en español) del libro "Behavior Therapy: techniques and empirical findings", de Rimm y Masters, publicado en 1974.

teóricos de la TC, reservando "lo cognitivo" para el enfoque cognitivo conductual. Sin embargo, sigue latente el problema de la integración teórica, es decir, cuáles son los límites teóricos de la TC, o si debemos considerar el enfoque cognitivo conductual, dentro de la TC o de manera independiente (por sus incongruencias teóricas especialmente).

A pesar de todo el "armamento" técnico de la TC (TCC), de las exitosas aplicaciones y reconocida eficacia de sus tratamientos a diversos cuadros clínicos (por ej. Caballo, 1997; De la Cerda & De la Maza, 1997; Casado y otros, 1998; Irwarrizaga, 1999) y a diferentes áreas como salud (por ej. Maciá, Méndez & Olivares, 1993; Buceta & Bueno, 1996; Marchant & Velásquez, 1997), medicina y educación, es necesario reconocer que ya no estamos hablando de la TC propuesta por Eysenck o Skinner, donde las leyes del condicionamiento propias del conductismo (de manera exclusiva) sustentaban una base teórica sólida y validada empíricamente. Esa TC ha quedado sobrepasada y flexibilizada ante las teorías cognitivas más modernas, sin llegar a un destino claro. Aunque algunos terapeutas conductuales, aún hoy (por ej. Bueno, 1996; Plaud & Plaud, 1998; Kohlenberg & Tsai, 1999.), desde un conductismo analítico o metodológico, siguen empeñados en traducir o definir en términos conductuales las variables cognitivas, y, otros como Bas (1997), en una postura más razonable, intentan integrar "lo cognitivo" y "lo conductual", a través de paradigmas explicativos compartidos, no encontramos ni parece quedar claro, salvo aisladas excepciones¹², un modelo teórico genuinamente

¹² Una excepción notable a este respecto, serían las teorías de Bandura que aunque marcadamente cognitivas, *integran* (en lo teórico) algunos conceptos conductuales (por ej. el refuerzo). Algunos autores (por ej. Pozo, 1997) han señalado, otros casos aislados de integración teórica cognitivo-conductual como Osgood (1986) y Gagné (1975, 1985). No obstante, mientras no existe integración, son posturas incompatibles.

cognitivo conductual. Al parecer, la llamada "revolución cognitiva", es algo más que un "nuevo paso" (Wilson, 1978) o "uno de los avances teóricos" de la TC (Fishman & Franks, 1997).

5.3 La eficacia y el prestigio científico de la TCC.

A través de este Capítulo, hemos podido visualizar la importancia de los métodos experimentales de la ciencia en el sopote metodológico de la TC, que apoyada en las leyes del condicionamiento (incluyendo el condicionamiento encubierto), permitieron el establecimiento y el prestigio de ésta, en sus primeros años. Hemos presentado, en la presente sección, los debates actuales sobre la inconsistencia teórica de la TCC o TC, lo que deja latente diversas posturas discrepantes; no obstante, con respecto a las características metodológicas de ésta, donde se ha resaltado el rigor científico de la *evaluación y tratamiento* de los trastornos psicológicos (o conductas disfuncionales) (Kazdin, 1996; Cruzado y otros, 1997), parece haber más consenso, ya que la mayoría de los autores reconocen la constante búsqueda en la TCC, de "tratamientos validados empíricamente" (por ej. Rietman & Drabman, 1997), y se le considera de entre las terapias existentes, la que ha tenido mayor esfuerzo y éxito científico (Erwin, 1985; Fishman & Franks, 1997; Plaud & Plaud, 1998). La TC ha demostrado empíricamente en muchos estudios e investigaciones, la efectividad de todas "sus" técnicas y el éxito de la terapia en la actualidad (Patelis-Siotis, 1999; Colegiados, 1999; Zahm, 1999, entre otros) y las posibilidades a futuro (Wilson, G. T, 1997) Por otra parte, recientemente Plaud y Plaud (1998) han señalado los aportes

que actualmente está realizando la TC a partir del análisis experimental, con el desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento (además de los programas de refuerzo, la función de contingencias aversivas, el control de estímulos, el momentum conductual y los estímulos equivalentes, entre otros) aplicados a la conducta humana. Según este autor, hay muchas razones para que los terapeutas conductuales, se interesen en los principios del aprendizaje del análisis conductual aplicado.

A pesar de este motivante panorama, nuevamente queda abierto el tema del punto anterior, ya que si la TC se mantiene en base a su rigor metodológico y sin una base teórica sólida y consistente, permite la inclusión de una gran cantidad teorías y técnicas sin ninguna piedra angular, con el único requisito de que la evaluación y el tratamiento en base a estos modelos, se realice en una metodología empírica y científica. Este punto es complejo, ya que como señala Pozo (1997), la filosofía de la ciencia no acepta hacer ciencia sin teoría. Erwin (1985) ha señalado que si la TC sólo se afirma en el uso de métodos experimentales e incluye teorías que no son parte del conductismo, no es una terapia propiamente tal. Por lo tanto, nos encontramos con un doble problema: las bases teóricas iniciales de la TC, determinaban una terapia muy limitada, y el énfasis metodológico actual, una terapia demasiado amplia.

Por otra parte, algunos autores han afirmado que no existe acuerdo de que es *científico*, y que la TC *no siempre* ha abarcado los trastornos psicológicos en base a la psicología experimental (Wilson, G.T., 1997). Como señalábamos en la sección 3, ya existía inquietud en este sentido, cuando hacen su incursión las nuevas

perspectivas y modelos terapéuticos basados en el paradigma cognitivo, ya que van apareciendo conceptos o constructos teóricos como "cogniciones", "esquemas cognitivos", "creencias irracionales", "expectativas", que para muchos terapeutas conductuales, se basaban más en la experiencia clínica que en la Psicología experimental, y, por lo tanto, ponía *en jaque* la validación empírica y experimental, es decir, el rigor científico, que debían tener los componentes de la TC (Cruzado y otros, 1997; Foa & Kozac, 1997; Vila, 1997; Pedrals & Vergara, 1999).

Pero ¿hasta qué punto se puede mantener este "rigor científico" nacido de los hallazgos experimentales del conductismo, en el estudio del comportamiento humano, considerando las complejas teorías que han nacido en la Psicología? Es una pregunta que al parecer aún no tiene respuesta. Según Franks (1995) el gran "rompecabezas" de la TC actualmente, es como incorporar los nuevos desarrollos teóricos y metodológicos, dentro de un "modelo general que retenga el espíritu de la integridad científica que llevó a la TC a estar en una posición privilegiada" (pág. 24).

Tal vez hace falta reconocer que "la psicología está aún en un estado precientífico" (Guidano, 1999, en conf.), o incluso preparadigmático (Pozo, 1997) y por tanto, la tarea de desarrollar una "terapia científica", sino imposible, es muy difícil de alcanzar aún (desde muchas perspectivas se afirma lo mismo) y no sólo para la TC, sino para cualquier modelo que intente explicar y comprender el funcionamiento humano. De todos modos, no compartimos la apreciación de Arnold Lazarus (1997), cuando señala de un modo pesimista que "las expectativas que hasta ahora existían en los métodos científicos de psicoterapia han sido desechadas.. y se está dando lugar a la no validación empírica" (pág.365). Pensamos que lo que está sucediendo, es que se

están redefiniendo muchos conceptos y desarrollando nuevas teorías en Psicología (además del concepto de "ciencia"), que generalmente, ponen de manifiesto las limitaciones de las anteriores, como el caso de las teorías cognitivas frente al conductismo, y obligan, por tanto, a reconstruir una matriz paradigmática y científica.

CAPITULO 6

LAS TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES COMO TERAPIAS COGNITIVAS

1. Aspectos introductorios.

Hemos descrito en el capítulo anterior cómo surge el enfoque cognitivo conductual, en el momento en que las terapias basadas en el modelo cognitivo del procesamiento de la información (terapias cognitivo conductuales, tcc), hacen su incursión en la Terapia de Conducta (TC). Desde esta perspectiva, hemos descrito las principales características de las tcc, su clasificación, y como se distinguen de los otros enfoques de la TC.

Sin embargo, actualmente nos encontramos con numerosos artículos y manuales, provenientes fundamentalmente de autores que se autodenominan "constructivistas" (Caro, 1997; Mahoney, 1997; Neimeyer & Mahoney, 1998), donde se describen estas mismas tcc, con el nombre de *terapias cognitivas (tc)*. Bajo esta postura, las tcc o tc (incluidas las terapias cognitivas más recientes llamadas *constructivistas*), son descritas dentro de un marco cognitivo, y no conductual, en donde, la única relación existente entre estas terapias y la TC, es la utilización de algunas técnicas terapéuticas conductuales específicas (por ej. la desensibilización sistemática) en las tc, y el origen conductual de algunos terapeutas cognitivos como Donald Meichenbaum, por ejemplo. No obstante, es necesario señalar, que estos autores,

aunque describen la evolución y la base teórica de las terapias cognitivas, en base al desarrollo que ha tenido el paradigma científico cognitivo, lo hacen desde una postura mas bien "constructivista" (concepto que explicaremos más adelante), resaltando las diferencias entre las terapias constructivistas y las "otras" terapias cognitivas.

¿Cuál es la forma más coherente de clasificar las tcc, como un enfoque de la TC o como una modalidad diferente de terapia?. Ya hemos señalado esta pregunta anteriormente?

Si consideramos la incompatibilidades de las posturas cognitivas y conductuales, puestas de manifiesto al final del Capítulo anterior, especialmente en la forma de concebir las variables cognitivas, y sumamos la importancia que tuvo el paradigma cognitivo emergente (el fenómeno de la "revolución cognitiva") en la Psicología, a través del desarrollo y evolución de las ciencias cognitivas y sus diferentes modelos teóricos (qué veremos en este Capítulo), podríamos inclinarnos a pensar, que lo más pertinente es clasificar las tcc de un modo independiente de la TC, bajo el rótulo de *terapias cognitivas*, y desde una perspectiva "globalmente cognitiva" y no necesariamente constructivista.

Consideramos que en términos epistemológicos y psicoterapéuticos, esta es la forma más coherente y sistemática de clasificar las tcc (o tc), y que, por lo demás, permite tener una mayor y mejor comprensión de las mismas.

En el presente Capítulo nos proponemos exponer el desarrollo y evolución de las tcc o tc (utilizaremos los 2 nombres como sinónimos, de aquí en adelante), bajo esta perspectiva. En primer lugar, describiremos como se gesta y evoluciona el fenómeno

de la "revolución cognitiva" (a través del paradigma cognitivo), luego veremos cómo nacen y evolucionan las tc, también, cómo se clasifican las tc desde una perspectiva cognitiva, y finalmente, haremos una descripción de las principales características de las tc.

2. La revolución cognitiva.

Podríamos decir que el concepto de **revolución cognitiva** se explica, por lo novedoso y discrepante que resultó para diferentes disciplinas científicas, incluyendo la Psicología, la emergencia de una nueva ciencia o nuevo paradigma científico centrado en el "estudio de la mente", la *ciencia cognitiva*. En el caso de la Psicología implicó, como hemos visto, una revolución paradigmática, donde el nuevo paradigma cognitivo "derrocaba" al paradigma conductista imperante hasta entonces.

Ya hemos descrito en el Capítulo anterior, cómo las terapias que basaban sus principios teóricos en el paradigma cognitivo (específicamente en la metáfora del procesamiento de la información), hacen su incursión y se "integran" formalmente a la TC en la década de los 70. En la presente sección, veremos algunos aspectos específicos en la evolución del paradigma cognitivo, que han sido relevantes para la Psicología y la psicoterapia (específicamente en las terapias cognitivo conductuales).

2.1 Antecedentes históricos.

Aunque existen diversos acontecimientos que marcan el inicio de la *ciencia cognitiva*, existe consenso en señalar su comienzo formal en el año 1956 (Simon, 1987; Gardner, 1988; Pozo, 1997), y su apogeo más importante alrededor del año 70 (Ruiz Vargas, 1987), que es precisamente cuando se introduce definitivamente en las distintas áreas de la Psicología (Mayer, 1991), incluyendo la psicoterapia y la TC.

Gardner (1988) ha definido la ciencia cognitiva como “un empeño contemporáneo de base empírica, por responder a interrogantes epistemológicas de antigua data, en particular los vinculados a la naturaleza del conocimiento, sus elementos componentes, sus fuentes, evolución y difusión” (pág 21).

A comienzos del presente siglo, el conductismo había logrado “librar” a la psicología del *mentalismo*, de los métodos introspectivos e interpretativos, y de los conceptos “hipotéticos” y “metafóricos” de finales del siglo pasado (comienzos de la Psicología), pasando a dominar a la psicología con un revolucionario paradigma científico (el conductista), apoyado en el fisicalismo y verificacionismo del positivismo lógico “Círculo de Viena” (que descartaban toda entidad que no fuera medible u observable). Sin embargo y de forma paralela, se va confirmando y extendiendo un nuevo interés (el mismo de los antiguos filósofos griegos) en estudiar la naturaleza del conocimiento humano, la racionalidad y la mente del sujeto conocedor (Norman, 1987; Pozo, 1997), con la diferencia de que los científicos interesados, contaban con métodos empíricos que permitían verificar y refutar sus teorías e hipótesis, y se encontraban respaldados por nuevos conocimientos, disciplinas y tecnologías

científicas, que podían permitir la emergencia de esta nueva ciencia, la ciencia de la mente.

No cabía duda que los aportes realizados por el paradigma conductista habían sido fundamentales para el desarrollo científico de la psicología, favoreciendo un conocimiento empírico y objetivo de la conducta humana. Sin embargo, era necesario volver a estudiar al ser humano *desde dentro*, abarcando los misterios de la mente humana y el conocimiento, en base a métodos científicos que permitieran, por lo demás, no caer en el extremo del psicoanálisis, que basaba sus teorías en impulsos y entidades inconscientes del sujeto, que se podían “conocer” a través de entrevistas clínicas e historias personales elaboradas de forma retrospectiva. (Ruiz Vargas, 1987; Gardner, 1988).

2.2 Evolución del paradigma cognitivo.

La forma en que se fueron estableciendo las bases y desarrollos conceptuales de la ciencia cognitiva y que, en definitiva, determinaron el nacimiento de un nuevo gran paradigma científico, el *paradigma cognitivo*, estuvo determinada por diversos acontecimientos y hallazgos científicos.

En esta monografía trataremos de resumirlos brevemente para poder tener algunas referencias relevantes, que nos permitan una mejor comprensión de cómo este nuevo paradigma, esta nueva concepción de ser humano, va a tener repercusiones directas en la psicología (surge la “Psicología cognitiva” como una de las nuevas ciencias cognitivas) y en la psicoterapia. Pensamos que una forma sistemática de

graficar este desarrollo, es a través de 3 grandes progresos conceptuales del paradigma cognitivo (Varela, 1986; Mahoney, 1991, 1997a):

2.2.1. El modelo del procesamiento de la información.

El simposio de Hixon (1948)

En 1948 se celebra el Simposio de Hixon sobre "Los mecanismos cerebrales de la conducta", donde a manos de pioneros como John von Neumann, Warren McCulloch, Karl Lashley y Norbert Weiner, se establecen las bases de lo que sería el modelo cognitivo del **procesamiento de la información**, que va a consolidarse entre los años 50 y 70, concibiéndose como "sinónimo" de ciencia cognitiva, y que en la actualidad sigue siendo preponderante (Bechtel, 1991; Pozo, 1997; Hardy & Jackson, 1998).

Karl Lashley

K. Lashley, originalmente conductista (neoconductista mediacional), se encarga de hacer duras críticas en el simposio, al "simplismo" del modelo de aprendizaje E-R, del conductismo. Lashley demuestra, mediante hallazgos experimentales, que en la mente existen *organizaciones jerárquicas* de la conducta, que no se pueden encontrar en el exterior del organismo, sino que en su mente, de modo que la perspectiva de la Psicología debía tornarse hacia "adentro" (y no hacia "afuera" como lo había hecho el conductismo).

Estos planteamientos, al igual que los conceptos de Tolman (1948), sobre los "mapas cognitivos" (que hemos descrito en el Capítulo anterior), comienzan a darle

un estatus *causal* y de complejidad a las variables cognitivas, que se hace incompatible con el paradigma conductista (Pozo, 1997).

La cibernética

La "cibernética" tiene sus orígenes en la *teoría de la información* (o de la comunicación) del ingeniero Claude Shannon (1930) (López, 1999). Según esta teoría, la "información transmitida" es la correspondencia entre la información de entrada (*input*) en un *canal* (que puede ser de cualquier naturaleza, por ejemplo, el sistema nervioso humano), y la información de salida (*output*) del mismo. Shannon señala que la información es totalmente independiente del contenido o la materia específica de que se trate.

Algunos pioneros cognitivos utilizaron este modelo como analogía de la mente humana, pero las posteriores investigaciones y aportes del matemático Norbert Wiener, perfeccionaron este modelo y demostraron que la mente es más un *procesador de información* que un "canal de transmisión". Wiener, al tener que diseñar un proyectil que pudiera "autocorregir" su trayectoria, para poder detonar en el momento oportuno según la posición del blanco, desarrolla el concepto de "retroalimentación" (*feedback*), que implica que un sistema se autorregula y autocontrola, y se percata, además, de la similitud de estos procesos, con los procesos homeostáticos con los cuáles el sistema nervioso humano controla la actividad intencional. Quedaba de manifiesto, de esta forma, la idea de que si una máquina, mecánica o humana, posee retroalimentación, es legítimo decir que *persigue metas*, y si es capaz de calcular la diferencia entre esas metas y su

desempeño efectivo, puede lograr reducir tales diferencias, es decir, puede *autocontrolarse*.

Posteriormente y también en 1948, Wiener sintetiza todas estas ideas en el libro *Cybernetics* ("Cibernética"), donde define a la cibernética como "todo el campo de la teoría del control y la comunicación", se trate de máquina o animal.

Esta idea de una máquina que "persigue metas" (como, por ejemplo, la mente humana) es absolutamente congruente con el modelo de "máquina universal" (conocida como la *máquina de Turing*) que años atrás (1930) había planteado el matemático Alan Turing (Gutiérrez, 1999). Este propuso la idea de una máquina hipotética, que podía simular cualquier cómputo y ejecutar cualquier tarea o programa, incluso conductas de inteligencia humana, si se le explican los pasos en términos de operaciones elementales específicas (código binario compuesto de "ceros" y "unos"). Se supone que con esta "programación", nadie podría diferenciar las respuestas de un ordenador o computador, de las de un ser humano. Posteriormente, el matemático John von Neumann, uno de los expositores de Hixon, trabajó en esta idea de Turing, tratando de crear una computadora que se *controlara a sí misma*, mediante un programa almacenado en su memoria interna, lo que permitiría no tener que reprogramarla cada vez que realice una nueva tarea específica (Gardner, 1988).

El Modelo neuronal

Paralelamente a esta nueva metáfora absolutamente revolucionaria, se presentaban en Hixon investigaciones, que desde una perspectiva fisiológica, respaldaban la analogía mente-computador. El matemático y neurofisiólogo Warren

Mc Culloch y Walter Pitts (1943), demostraron que las operaciones de las células nerviosas (neuronas) y sus conexiones con otras células (la llamada "red neural"), podían ser representadas mediante un modelo lógico, es decir, la ley del "todo o nada" (activación-inhibición) de la neuronas, era comparable a las proposiciones lógicas de "verdadero" y "falso" .

La metáfora de esta nuevo modelo, que concebía a la mente humana de forma análoga al funcionamiento cibernético o computacioal (Simon, 1987; Pozo, 1997), va a determinar una nueva perspectiva fascinante para la Psicología, que retoma los cuestionamientos filosóficos antiguos sobre la mente, apoyados en nuevos conocimientos científicos. Como señala De Vega (1984):

El mentalismo, desterrado de la psicología académica desde finales del siglo XIX, a causa de sus debilidades metodológicas y conceptuales, es reasumido con decisión por la nueva psicología cognitiva. La analogía del ordenador en que se basa, presta a los psicólogos un vocabulario, unas directrices y una instrumentación adecuadas para el estudio de la mente. (pag 31-32)

Todo este movimiento va a ser respaldado y consolidado por los nuevos aportes e investigaciones realizadas en la década de los 50 donde el nacimiento de la nueva ciencia, es aceptado definitivamente por la comunidad científica.

El simposio de Massachusetts (1956)

Se considera que la ciencia cognitiva nace definitivamente en 1956, ya que este año se celebra, en el Instituto de Massachusetts, el simposio sobre "Teoría de la Información", donde nuevos nombres como el de Allen Newell, Herbert Simon, Noam Chomsky, Marvin Minsky, George Miller y Jerome Bruner, consolidan los principios

básicos y centrales que definirían la ciencia cognitiva moderna (Gardner, 1988; Pozo, 1997). La metáfora del procesamiento de la información y la analogía mente-computador se establece en definitiva, como un nuevo paradigma científico dentro de la Psicología.

En este Simposio se fueron ampliando y validando las posturas conceptuales de Hixon:

El mágico N° 7 de Miller

George Miller, en base a sus investigaciones científicas, demuestra que las capacidades del ser humano para el procesamiento de la información, son limitadas, es decir, la distinción entre estímulos, entre fonemas o entre unidades de información, es relativamente fácil de procesar hasta un número cercano a $7(\pm 2)$ *elemetos*, luego de ello (mayor a 7), se hace muy dificultoso el procesamiento. Sin embargo, Miller señala que con la capacidad que poseemos de codificación y recodificación simbólica y lingüística, podemos agrupar varios elementos (por ejemplo, un conjunto de letras o palabras) como si fueran una sola unidad, lo que permite que podamos procesar una gran cantidad de información.

Estos hallazgos motivaron la exploración de la naturaleza y estructura de los mecanismos de procesamiento de la información, en la mente humana.

La psicolinguística

A partir de Noam Chomsky, la lingüística y la psicología entran en interacción, dando paso a la *psicolinguística*. Chomsky plantea que existen ciertas "propiedades" en las oraciones, que los seres humanos comprenden de manera intuitiva, y que la

lingüística debe conocer de manera explícita. Se debe lograr que el hablante posea un conjunto de *reglas o procedimientos*, que le permitan identificar las distintas partes del habla y captar las relaciones que hay dentro de las oraciones y entre éstas. De esta manera, Chomsky insinúa la idea de que los diversos dominios de la mente, como por ejemplo, el lenguaje, operan según determinadas reglas o principios que deben investigarse y enunciarse en forma explícita y científica, lo que va a constituir un reto para toda la ciencia cognitiva.

En su obra *Syntactic Structures* (1957, "Estructuras sintácticas"), Chomsky critica los estudios asociacionistas del lenguaje (como por ej. en el conductismo¹) y el tratar de establecer regularidades, a partir de locuciones empíricamente observadas (por ejemplo, las cadenas asociativas lineales donde un símbolo genera otro símbolo) y propone una "gramática transformacional", regidas por reglas generativas y de transformación (De Vega, 1984), que permitan conocer la forma en que se ordena, estructura y transforma el lenguaje.

Quedaba de manifiesto, una vez más, las limitaciones del asociacionismo conductista para explicar los procesos cognitivos, y la capacidad de los seres humanos para clasificar, ordenar y elaborar información, que permite una "planificación" mental de las conductas, incluida la conducta verbal.

Las "estrategias" de Bruner

Jerome Bruner (1956), junto a J. Goodnow y G. Austin, comenzó a estudiar el desempeño de los individuos frente a determinados estímulos, pero no centrándose

¹ Ya hemos señalado en el capítulo anterior la citada crítica de Chomsky (1959), a la descripción de la "conducta verbal" por parte de Skinner.

en respuestas específicas frente a una configuración particular de estímulos, sino más bien en función de "pautas globales de respuestas" (las que llamó *estrategias*), a lo largo de varios ensayos (Gardner, 1988; Pozo, 1997). De este modo, estos investigadores estudiaban "lo que obtienen" los organismos con cada una de las estrategias, en base a los objetivos que se plantean (por ej. en la estrategia de *exploración sucesiva*, el sujeto adopta una hipótesis única, y limita sus opciones a los casos que ponen a prueba directamente su hipótesis). Estas investigaciones, favorecieron el interés de la ciencia cognitiva por comprender y explicar las *categorizaciones y representaciones mentales* de los individuos, como procesos y estructuras cognitivas fundamentales, que se encuentran *entre* las características estimulares y los patrones de respuesta (conductas motoras). Estas investigaciones han sido expuestas en el libro *A Study of Thinking* (Bruner, Goodnow & Austin, 1956),

Otros aportes

Allen Newell y Herbert Simon, siguiendo los objetivos planteados por Von Neumann en 1948, insisten en la idea de que crear una máquina, que a través de la manipulación de símbolos e instrucciones (no simplemente de números) (Newell, 1987), se autorregule. Es así como estos científicos, en el simposio de Massachusetts, presentan y describen un revolucionario invento: "la máquina de la teoría lógica". Esta máquina, que almacenaba operaciones específicas autodirigidas, podía realizar y por primera vez en la era cibernética, la ejecución completa de un teorema de manera autónoma.

Los nuevos conceptos e investigaciones científicas aparecidas en Massachusetts (y posteriormente también), se fueron sintetizando en algunos artículos y textos, publicados en esta época. De especial importancia, por ejemplo, fue la publicación de John von Neumann, del libro *The computer and the Brain* (1958, "La computadora y el cerebro"), donde describe aspectos propios de la neurofisiología del cerebro (neuronas, sinapsis, redes neuronales) utilizando conceptos como "ordenador", "programas" y "memoria". Sin embargo, la gran obra *Plans and the Structure of Behavior* (1960, "Los planes y la estructura de la conducta") de George Miller, Karl Pibram y Eugene Galanter, ha sido considerada la síntesis más representativa del nuevo paradigma cognitivo y el modelo del procesamiento de la información. En ésta se anuncia el fin del paradigma conductista (que se apoyaba en investigaciones del "arco reflejo"), para imponer un enfoque cibernético de la conducta humana, en términos de acciones, retroalimentación y reajustes de la acción intencional, donde además, y en analogía a las computadoras, se plantea que los SH tienen planes (procesos jerárquicamente organizados), elaboran imágenes (el conocimiento disponible acerca del mundo) y definen objetivos de acción. (Gardner, 1988).

A partir de esta nueva perspectiva, el científico cognitivo debía procurar describir la actividad cognitiva humana en función de símbolos, esquemas, imágenes, ideas y otras formas de representación mental. Los aportes del simposio de Massachusetts, dejaron de manifiesto que: i) la cognición se puede definir como "la computación de representaciones simbólicas" (Varela, 1990; Tienson, 1995), y ii) la mente humana se puede concebir como un transductor y procesador de información, ya que entre la entrada (estímulo) y la salida (respuesta) de información y energía, y a través de una mutiplicidad de conexiones sinápticas, ésta (la mente) atiende, selecciona, percibe,

codifica, decodifica, almacena, recupera y elabora nueva información (Ruiz-Vargas, 1987), y iii) el hombre y el computador son sistemas de procesamiento de propósitos generales (“programas internos”), funcionalmente equivalentes, que intercambian información con su entorno mediante la manipulación de símbolos (Gutiérrez, 1999).

Todos estos importantes y revolucionarios avances, empíricos y conceptuales, fueron consolidando los principios científicos del procesamiento de la información, que dejaban en absoluto manifiesto, que entre los estímulos recibidos y las respuestas efectuadas, pasaban “miles de cosas”, lo que constituía un cuestionamiento a la metafórica “caja negra” de Skinner o a las “analogías mentales” del conductismo mediacional; en otras palabras, se estaba pasando de un sujeto “pasivo” frente al control del medio, a un “procesador activo de información” o “inforívoro”, que selecciona y reelabora activamente la información del medio (Pozo, 1997, pp 43). Tanto las Matemáticas, como la Fisiología, la Lógica, la Neurofisiología, la Lingüística, la Ingeniería, la misma Psicología y las posteriores combinaciones entre estas disciplinas, fueron sentando las bases de nuevas disciplinas científicas (*ciencias cognitivas*) como: las Neurociencias, la Inteligencia Artificial, la Psicolingüística, la Antropología Cognitiva, la Informática, la Neurolingüística, y la Psicología Cognitiva (López, 1999), que hasta nuestros días tienen como objetivo, *el estudio científico de la mente humana*.

2.2.2 El modelo conexionista.

Como una revisión y autocrítica del modelo del procesamiento de la información (PI), surge una nueva perspectiva teórica en las ciencias cognitivas (específicamente, a partir de la Informática y las Neurociencias), que se ha denominado **conexionismo**, y se considera una segunda fase de la revolución cognitiva (Varela, 1990).

El conexionismo plantea que la analogía "mente-computador" (del modelo del PI), ha sido insuficiente para la comprensión de la mente humana, ya que: i) no puede explicar a cabalidad aspectos como la *comprensión del habla, el reconocimiento y la recuperación de la información relevante y el aprendizaje significativo (social)*; ii) existen conductas complejas, que involucran una *gran cantidad* de factores (a nivel cognitivo), lo que implica, en términos cibernéticos, un número indefinido de cómputos que son inmanejables para cualquier computador, iii) la cognición y el aprendizaje, no puede ser dividida en dominios aislados (localizacionismo), ya que el reconocimiento y la recuperación de la información relevante del medio, es realizado en base a *todo el conocimiento*, y de un modo *simultáneo* (ningún modelo computacional ha podido representar esta simultaneidad) (Tienson, 1995).

De este modo, esta nueva teoría cognitiva plantea, a grandes rasgos, que la memoria y el aprendizaje, están determinados por "superordenadores" (sistemas de sistemas), capaces de distribuir masivamente un *procesamiento paralelo o simultáneo* de la información, lo que implica que el procesamiento no ocurre de un modo "lineal condensado", como explicaban los primeros modelos cibernéticos (PI),

sino a través de varios niveles simultáneos interconectados, distribuidos sobre todo el sistema (Tienson, 1995; Mahoney, 1998).

La teoría de Donald Hebb

En 1949, Donald O. Hebb publica su teoría clásica de la "organización de la conducta", en su obra *Organization of Behavior*, que sería una base teórica fundamental para el posterior desarrollo del conexionismo. Hebb señala que las pautas de conducta, como por ejemplo, las de la percepción visual, se constituyen a lo largo del tiempo mediante la conexión de conjuntos particulares de células llamadas "congregaciones". Por medio de estas congregaciones, las conductas específicas que están localizadas en zonas particulares del cerebro, se van transformando en comportamientos más complejos llamados "secuencias de fases" (Gardner, 1988). Estas secuencias implican, además, un cierto grado de *equipotencialidad*, es decir, si algunas células son dañadas, las otras pueden cumplir con semejante eficacia, la función conductual de las otras (bases de las teorías actuales sobre "plasticidad neuronal").

Estos principios permitían cuestionar las conceptualizaciones localizacionistas y lineales de los procesos cognitivos, y establecían la advertencia sobre la *complejidad* del aprendizaje y el desarrollo evolutivo del sistema nervioso humano. Se podría decir que en esta teoría estarían las bases biológicas del conexionismo, con las cuales, se va a producir una especie de "rivalidad" entre las metáforas de la ciencia informática y los procesos orgánicos de autoorganización.

El nuevo énfasis en las ciencias cognitivas

La teoría conexionista implicaba un nuevo énfasis en el estudio científico de la mente, ya que se reconoce que los procesos informáticos no pueden afrontar la complejidad de los "procesos simbólicos" que operan constantemente en la experiencia humana, por lo tanto, las investigaciones se van a centrar más en el sistema nervioso vivo (considerado como fuente esencial del conocimiento humano), que en los ordenadores. Por otra parte, los investigadores cognitivos aferrados al modelo PI, se van a empeñar en el perfeccionamiento y desarrollo de nuevas tecnologías informáticas, para complejizar y refinar los modelos que simulan el aprendizaje humano.

2.2.3 El modelo constructivista.

En varios manuales actuales sobre terapia cognitiva, se ha señalado la importancia de lo que sería la tercera etapa conceptual de las ciencias cognitivas: el modelo teórico **constructivista**. Sin embargo, es necesario indicar que en la psicología cognitiva norteamericana (centrada en el PI y el conexionismo), no se le ha dado gran relevancia a esta teoría, al menos desde una postura científica.

Este modelo va a enfatizar la naturaleza proactiva y anticipatoria del conocimiento, es decir, a diferencia de las analogías mente-cerebro del procesamiento de la información², basadas en una función representacional de la información, propone

² De aquí en adelante, y de especial relevancia para las distinciones teóricas entre las terapias cognitivas, va a ser común encontrar la acentuación de las diferencias entre el modelo PI y el constructivista. El modelo conexionista (más centrado en lo biológico) en tanto, va a tener varios aspectos en común con la teoría constructivista.

una concepción más activa y autoorganizativa de la mente, capaz de *crear información*, y no sólo de procesarla (Díaz, 1999).

Los inicios del constructivismo en Psicología

El modelo constructivista ha tomado especial relevancia en los últimos 20 años³, en la Psicología y particularmente en la psicoterapia, sin embargo, es necesario recalcar, que éste tiene una historia más larga en la Psicología. En las primeras décadas de este siglo, se produjo un creciente interés por el estudio y evaluación de la inteligencia humana dentro de la Psicología, por lo cuál, van a surgir importantes teóricos y psicólogos cognitivos (en su mayoría europeos) como Binet, Bartlett, Korzybsky, Piaget y Vogostsky, que podríamos clasificar como "constructivistas", ya que favorecieron la investigación en los procesos constructivos y semánticos de la memoria, el lenguaje y las cogniciones, creando una distancia con los postulados asociacionistas y objetivistas del conductismo (Pozo, 1997; Neimeyer, 1998).

Guarda especial relevancia el caso de Jean Piaget, que aunque no es muy citado por los constructivistas actuales (al menos los terapeutas), es considerado uno de los más grandes psicólogos constructivistas que ha tenido la Psicología. Piaget describe al individuo como un sujeto "epistémico" (López, 1999), ya que considera que el *conocimiento*, es un proceso constructivo de adaptación del individuo, en el cuál se desarrollan y transforman genéticamente (evolutivamente), a través de diferentes etapas (sensorio-motora, preoperacional, operaciones concretas y operaciones

³ Habría que señalar el gran aporte otorgado, en este sentido, desde el enfoque sistémico en Psicología (y en psicoterapia), donde el constructivismo ha sido descrito como un nuevo modelo epistemológico, surgido a partir de la *cibernética de 2º orden*.

formales), las estructuras cognitivas (esquemas), y las funciones psicológicas (percepción, imagen mental y memoria) (López, 1998). De esto modo, a diferencia de la postura del PI, que es pragmática frente a los procesos cognitivos (explicados en función de metas y planes), el constructivismo piagetano, plantea un cognoscitivismo epistemológico, que busca comprender el conocimiento de la realidad (Toledo, 1999), y por tanto, se preocupa del desarrollo evolutivo y ontogenético de los procesos cognitivos. Estos procesos, según Piaget, corresponden a la *asimilación*, donde el sujeto interpreta la información del medio, en función de sus esquemas o estructuras conceptuales (cognitivas) disponibles, y a la *acomodación*, que corresponde a la modificación de los esquemas cognitivos propios, producto de la información del ambiente que es "asimilada"; éstos procesos son interdependientes, y por tanto, no se concibe la existencia de uno sin el otro (Piaget, 1970, citado en Pozo, 1997).

No obstante los importantes aportes del constructivismo europeo, éstos no han tenido gran relevancia para los científicos de la revolución cognitiva (la psicología norteamericana del PI), debido quizá, a las diferencias importantes de ambas teorías cognitivas (Pozo, 1997), que intentaremos dejar de manifiesto en el presente Capítulo.

La obra de Hayeck

En 1952, el economista Friedrich Hayek publica un libro llamado "El orden sensorial", donde demuestra que los contenidos de la experiencia (frecuencias, intensidades y matices diversos de la sensorialidad) son, en términos neurológicos, producto de una categorización de orden más alto e individual, que va a determinar

una *creación* del “orden sensorial”, en otras palabras, la información que manejamos (conocemos) sobre nuestra experiencia es, en gran parte, creada. Este planteamiento, aunque no muy reconocido, va a marcar, según Mahoney (1998), el inicio de la transición entre las posturas objetivistas y sensorial-pasivas de la mente humana (propias del PI) y las perspectivas más subjetivistas y evolutivo-motrices de la mente (propias del constructivismo).

Las influencias filosóficas

El modelo constructivista, tiene influencias basadas en conceptos filosóficos de Giambattista Vico, Immanuel Kant y Hans Vaihinger, que plantean, en términos generales, que la configuración y construcción de la realidad a la que respondemos, están limitados por nuestra experiencia y estructuras cognitivas particulares (Mahoney, 1988, 1997b). I. Kant, por ejemplo, se podría considerar uno de los grandes motivadores del estudio mentalista y subjetivista, ya que señala que nuestras actividades cognitivas son parcialmente constitutivas de los objetos de los que tenemos experiencia, y son estas actividades las que hacen posible que los conozcamos (Bechtel, 1991).

La mente activa y motora

En 1977, Weimer enuncia la “teoría motora de la mente” (ver Capítulo 9 de esta monografía), donde se concibe a la mente humana como un *constructor activo* de la realidad, y no un simple “banco de memoria” o “almacén de representaciones mentales” isomórfas de una realidad externa y objetiva, como era descrita, según este autor, en el modelo del PI.

De este modo, el constructivismo concibe una mente procesadora y creadora de información y, en una postura semejante a la de Sherrington (1966) sobre "la acción integradora del sistema nervioso", añade a la idea de retroalimentación o feedback, la de *feedforward*⁴ o "información hacia delante", que es la información que surge a partir del organismo, creada por la mente. Esto implica, que ya no estamos hablando de una información que "pasa y se transforma" en el organismo humano, sino que es éste el que *crea* la información (Manoney, 1988, 1998). Estas diferencias son discutibles, pero vamos a respetar las concepciones del constructivismo.

Los aspectos tácitos del conocimiento

Uno de los aspectos importantes surgidos a partir del constructivismo y que también lo distingue de las posturas PI, es el énfasis en los aspectos tácitos (implícitos e inconscientes) del conocimiento, que habían sido ignorados por los modelos cognitivos tradicionales. Como señala Fernández (1999), la psicología cognitiva del procesamiento de la información, había descrito los procesos cognitivos en forma sintáctica y en base a reglas lógicas formales, descuidando los aspectos semánticos (tácitos) y el contexto social.

Principales postulados

Según la nueva postura epistemológica del constructivismo, el *conocimiento humano*: i) es creado activamente por el sujeto, a través de sus propios modelos representativos del mundo, ii) se autoorganiza constantemente (tanto en sus niveles

⁴ Muchos autores (por ej. Bechtel, 1991; Pozo, 1997) han señalado que este concepto surge a partir del conexionismo, o de lo que los sistémicos llaman "cibernética de 2ª onda".

tácitos como explícitos), iii) permite comprender la experiencia humana a través del lenguaje, y iv) evoluciona en un proceso de diferenciación estructural, hacia estructuras más integradas y flexibles (Guidano & Liotti, 1983; Meichenbaum, 1997a, Gonçalves, 1998).

De una manera más global, los principales postulados del constructivismo y que permiten la diferenciación de los otros modelos cognitivos (especialmente del PI), se pueden resumir en los siguientes:

1. Especial énfasis en los procesos de ordenación tácitos.
2. Reconocimiento de la complejidad de la experiencia humana.
3. Una visión del conocimiento como un proceso en continua evolución (Mahoney, 1997a).

Para muchos constructivistas actuales, estos planteamientos implican una nueva epistemología dentro del cognoscitivismo, por lo cuál, no sería lo más correcto considerarlo como una "nueva etapa" dentro de la evolución de las ciencias cognitivas, "sino más bien como una *primera revolución* [énfasis agregado] en el campo cognitivo" (Caro, 1997, pág. 42). Algunos autores incluso (por ej. Gonçalves, 1998; Neimeyer, 1998) han señalado que el constructivismo constituye el *tercer gran paradigma* de la Psicología, después del conductista, y el cognitivo. Estos conceptos y argumentos generan y pueden generar extensos debates (por ejemplo, sobre las validaciones experimentales en qué se basa este "supuesto" paradigma), pero en la presente monografía seguiremos considerando al modelo constructivista, como la última etapa y el tercer modelo del paradigma cognitivo.

3. Evolución de las terapias cognitivas.

Desde una perspectiva cognitiva, podemos decir que la mayoría de las terapias que hoy conocemos como "cognitivas" (o "cognitivo conductuales"), son congruentes, implícita o explícitamente, con los supuestos y conceptualizaciones de las ciencias cognitivas, específicamente, con la metáfora del procesamiento de la información (PI) y del constructivismo.

En la presente sección veremos, como *nacen* y se desarrollan las terapias cognitivas (tc), señalando algunas de sus características principales desde una postura histórica.

3.1 Influencias históricas.

Existe consenso en señalar que los antepasados de las terapias cognitivas, se remontan a la época de los filósofos clásicos (griegos y romanos), como los estoicos y los epicúreos (Mahoney, 1997a; Ellis, 1997a, 1999a). Mientras Galeno fomentaba el dominio de las propias pasiones a través de la sabiduría, Epicteto manifiesta el famoso postulado, citado en numerosas ocasiones: "no nos preocupan las cosas, sino la visión que tenemos de ellas" (Epictetus, 1890)

Posteriormente, gran importancia tuvieron el constructivismo de G. Vico y el idealismo de I. Kant, que motivaron el resurgimiento del interés por el conocimiento, las creencias y las características activas de la mente, resaltando la importancia de la construcción de *significados* frente a los acontecimientos, que va a ser uno de los ejes centrales de las terapias cognitivas (Bechtel, 1991).

Por otra parte, Mahoney (1997a, 1998) ha señalado que el nacimiento de las terapias cognitivas contemporáneas, también se debe en gran parte a la "psicología de la mente sana" y los movimientos de curación mental que se extendió en algunas partes del oeste de Europa y de Norteamérica, a finales del siglo XIX y principios del XX, y que tuvieron entre sus principales representantes, al filósofo Williams James, quién resaltaba la fuerza "todopoderosa" de las actitudes mentales (Mahoney, 1988). Al respecto, es curioso ver como el público común, aún en la actualidad, asocian la psicología, con métodos de autoayuda, el pensamiento positivo y la "psicología del optimismo", con la idea de que "sentirse bien" depende de "pensar correctamente".

Finalmente, está la influencia de los modelos teóricos del paradigma cognitivo (que hemos descrito en este Capítulo), y de las primeras aproximaciones cognitivas de la psicología europea que, en una postura distinta a la de la psicología norteamericana (y el modelo del PI), han tenido una relevancia particular en el resurgimiento del constructivismo en psicología, y por ende, en el desarrollo de las terapias cognitivas constructivistas.

3.2 Las primeras terapias cognitivas.

Como señalamos en el Capítulo anterior, durante la primera mitad de este siglo, las formas de terapia más preponderantes de la Psicología, eran el psicoanálisis y las terapias eclécticas. Después del nacimiento de la Terapia de Conducta (TC), en la década de los 50, el dominio de la psicoterapia estuvo en manos de 2 escuelas de fundamentos (teóricos y metodológicos) "discrepantes" y "opuestos" en muchos aspectos: la TC y el psicoanálisis.

Paralelamente, en los años 50, comienzan a desarrollarse las diferentes formas de terapia, que hoy llamamos cognitivas o cognitivo conductuales. Curiosamente, estas terapias que se ajustan a los modelos representativos del cognoscitivismo, surgieron a partir de terapeutas originalmente conductuales o psicoanalíticos, incluso, más de algunos de ellos, buscaron crear una terapia que integrara aspectos psicoanalíticos y conductuales (por ej. Ellis, 1980).

En 1955, George Kelly crea la *Psicología de los constructos personales*, que se podría considerar la primera forma de psicoterapia cognitiva, específicamente, constructivista (Feixas & Gutiérrez, 1999). Se basa en el supuesto de que los seres humanos se comportan como "científicos personales" que están creando continuamente "plantillas" conceptuales (*teorías o constructos personales*) para sus experiencias, las cuales permiten interpretar, predecir y responder adecuadamente a sus experiencias cotidianas. El trabajo terapéutico va a consistir en crear nuevas construcciones, que faciliten el manejo de las experiencias individuales del paciente. Esta forma de terapia, congruente con el modelo cognitivo constructivista (el hombre de "mente creadora y constructiva"), se ha perfeccionado a través del tiempo (hoy se habla de "Terapia de los constructos Personales", TCP), y aunque en sus comienzos no tuvo una gran trascendencia, ya planteaba la importancia de la actividad mental en el ser humano, que difería del concepto de ser humano "determinado ambientalmente" del conductismo, o "determinado intrapsíquicamente" (tendencias e impulsos inconscientes) del psicoanálisis (Neimeyer & Feixas, 1997).

En 1958, Albert Ellis, proveniente del psicoanálisis y con el objetivo de fundir el psicoanálisis y la terapia de conducta, crea una de las terapias cognitivas más importantes dentro de la evolución de las tc (para muchos es la primera tc o tcc), la

Terapia racional emotivo-conductual (TREC) (Dowd, 1997). Con el libro *Reason and emotion in psychotherapy* (1962) (trad. 1980, "Razón y emoción en psicoterapia"), Ellis plantea los principales postulados de esta nueva forma de psicoterapia, que basada en la filosofía estoica de Epicteto, plantea que los trastornos emocionales no son producto de los acontecimientos externos, sino que de las evaluaciones *irracionales* que hacemos de ellos, por lo cuál, propone el cambio terapéutico a través de la identificación y modificación de las "creencias irracionales" de los pacientes. Esta terapia, implícitamente, es congruente con el modelo del procesamiento de la información, ya que consdiera que las "creencias irracionales", constituyen patrones disfuncionales en la forma de procesar e interpretar la información proveniente de los acontecimientos externos (ver Capítulo 7 de esta monografía).

En 1963, Aaron Beck, también psicoanalista y uno de los representantes más destacados y pioneros de las psicoterapias cognitivas, crea la llamada *Terapia Cognitiva (TCO)*. A partir de investigaciones con depresivos, Beck plantea que los trastornos emocionales son producto de un *procesamiento distorsionado de la información* (de la realidad), con respecto a sí mismo, al mundo y al futuro. El terapeuta debe ayudar al paciente a identificar y modificar sus cogniciones distorsionadas, a través de diferentes métodos terapéuticos (ver Capítulo 8 de esta monografía). Las investigaciones y aportes teóricos de Beck a la psicología clínica, la psicopatología y la psiquiatría, fueron determinantes en las nuevas terapias basadas en el modelo cognitivo del procesamiento de la información, y hasta hoy constituyen uno de los aportes más importantes en las terapias cognitivas (Dowd, 1997; Mahoney, 1998).

3.3 La década de los 70.

Los años 70 marcan una época determinante en la evolución de las terapias cognitivas ya que como hemos señalado: se produce un apogeo de las ciencias cognitivas; se produce la "invasión" del paradigma cognitivo a la psicoterapia, específicamente en la Terapia de conducta; y surgen nuevas formas de terapia, basadas en la metáfora del procesamiento de la información (PI).

En esta década se desarrollan la mayor parte de las tcc o tc (ver sección 5 de este capítulo) que conocemos actualmente. Una de ellas es el *Entrenamiento en Autoinstrucciones (EAI)*, fundado por Donald H. Meichenbaum, en 1971. Meichenbaum, originalmente terapeuta conductual, a partir del estudio de esquizofrénicos hospitalizados y de niños impulsivos, elabora y desarrolla el EAI, que consistía en modificar las cogniciones (específicamente las "autoafirmaciones encubiertas") disfuncionales ante determinados eventos, para lograr modificar las dificultades conductuales (Meichenbaum & Cameron, 1981; Meichenbaum & Genest, 1993).

En esta época también aparecen las terapias que Mahoney y Arkhoff (1978) llaman "terapias de habilidades de afrontamiento" (como lo vimos en el Capítulo anterior), como el *Entrenamiento en el Manejo de la ansiedad* de Suinn y Richardson (1971) o el *Entrenamiento en Inoculación de estrés* del mismo Meichenbaum (1973), que se basan en la idea de que las personas tienen cogniciones desadaptativas con respecto al enfrentamiento del ambiente y por tanto, se centran en entrenar al cliente en habilidades de afrontamiento en base a nuevas cogniciones.

También en esta época (1971) surgen las “terapias de solución de problemas”, como una forma de aplicar las habilidades cognitivas de resolución de problemas, a la psicopatología. Considerando la importancia de las variables cognitivas, en la evaluación de los problemas y en la competencia social, estas terapias intentan ayudar al paciente a desarrollar habilidades para solucionar problemas cotidianos, corrigiendo los factores cognitivos (disfuncionales) que dificultan su resolución.

3.4 Las terapias cognitivas actuales.

Podríamos decir que desde la década de los 80, la mayoría de las terapias cognitivas que han emergido corresponden a las terapias denominadas “constructivistas”. Aunque la primera forma de terapia cognitiva genuinamente constructivista corresponde a la TCP de Kelly (1955), la mayoría de estas psicoterapias, han surgido en los 80 y los 90, y se basan en los grandes postulados del modelo cognitivo constructivista, que hemos explicado en la sección anterior.

En base a la idea de un ser humano constructor de realidades y significados, estas terapias, en términos generales, conciben las patologías como dificultades en la *asignación de significados o narraciones* que hacen los individuos sobre su experiencia, por lo tanto, se ocupan de conocer, entre terapeuta y paciente, como éstos crean significados, para luego realizar una reconstrucción de éstos, es decir, una “reparación narrativa” (Shafer, 1981, citado en Meichenbaum, 1997a), un “reordenamiento de la experiencia inmediata” (Guidano, 1994), un “aumento de la variedad de versiones” (Torricelli, 1996). Bajo esta postura, las perturbaciones

psicológicas se consideran mecanismos “normales” de reconstrucción espontánea de significados, y parte de un proceso de rehabilitación y adaptación.

En 1983, surge la *Terapia postracionalista* de Vittorio Guidano (originalmente *Terapia cognitivo-estructural*, Guidano & Liotti, 1983), que hasta hoy es una de las terapias más representativas y más importantes en el desarrollo epistemológico y clínico del enfoque cognitivo constructivista (Mahoney, 1997a, 1998). Esta modalidad terapéutica consiste en *reordenar y redefinir*, a través de métodos de autoobservación, la experiencia del cliente, quién se encuentra perturbado por sentimientos “extraños” que no puede autereferirse en coherencia con su identidad personal (Guidano, 1995) (ver Capítulo 9 de esta monografía).

En 1990, se establece la *Terapia cognitiva interpersonal (TCI)* de J. Safrán y Z. Segal. Estos autores plantean la idea de que las cogniciones del individuo y su actividad frente al ambiente (donde son muy importantes las *relaciones interpersonales*), están estrechamente interconectadas, por lo cuál, los eventos interpersonales son “determinantes” en el funcionamiento y las perturbaciones individuales. La TCI, que tiene una visión funcional del sujeto, consiste en representar cognitivamente los eventos interpersonales, intentando redefinir cognitivamente estas experiencias (Vallis, 1991; Safrán & Segal, 1993).

En 1994 surge la *Terapia cognitivo-narrativa* de Oscar Gonçalves, que plantea que las perturbaciones surgen de la imposibilidad o dificultad del cliente para poder *narrar* su experiencia, abarcando toda su complejidad sensorial y emocional. La terapia consiste en lograr, junto al cliente, un nuevo “discurso narrativo” que pueda abarcar la complejidad y coherencia de las experiencias vividas por el cliente (ver la última sección de este Capítulo).

Durante la presente década han surgido diferentes modalidades de terapias constructivistas, y en los manuales más actuales de terapia cognitiva, el constructivismo constituye un papel central. Autores como Neimeyer, Mahoney, Guidano, Gonçalves, Ruiz y Caro, son representativos de este movimiento.

3.5 Modernismo v/s posmodernismo.

Un aspecto peculiar de esta última etapa de las terapias cognitivas, ha sido la dicotomía racionalismo-constructivismo⁵ en las tc, asociado al concepto de modernidad y posmodernidad en Psicología, respectivamente. Michael Mahoney, que en 1974, llenaba de cuestionamientos a la Terapia de Conducta (analizando la incursión del modelo del procesamiento de la información), en las década de los 80, plantea algunas críticas específicas a las terapias cognitivas tradicionales, motivando las distinciones *entre* las terapias cognitivas, especialmente esta dicotomía (Caro, 1997).

Bajo este prisma, se considera que las terapias cognitivas racionalistas, en una *postura modernista*, se han caracterizado (Messer & Wachtel, 1997; Neimeyer, 1998) por: i) enfatizar los enfoques empíricos de la ciencia (especialmente de control experimental), ii) utilizar una lógica hipotética (deductiva o formal) computacional, clásica de la ciencia, iii) intentar aplicar leyes universales, principios generales y objetivos ("verdades"), no sólo acerca del universo físico, sino que también acerca de

⁵ El término "racionalismo", hace referencia a las terapias que estos autores denominan *racionalistas*: la TREC de A. Ellis y la TCO de A. Beck.

los dominios psicológicos y sociales, concibiendo un mundo cognoscible, objetivo y observable.

Las terapias constructivistas, en cambio, en un *enfoque posmodernista*, se caracterizan por: i) concebir múltiples realidades construidas social e históricamente, ii) plantear que el mundo no es un lugar "ordenado", y por tanto el conocimiento sobre él, no se puede afirmar en principios, leyes y verdades universales, iii) considerar que gran parte del conocimiento se encuentra a nivel tácito, y solo accedemos a él en niveles explícitos del lenguaje, que son absolutamente individuales y nunca objetivos.

De esta manera, el posmodernismo ya no se apoya en las bases lógicas y empíricas de la ciencia, para explorar el conocimiento del mundo, sino en las teorías individuales viables de cada sujeto sobre la realidad (realidades construidas y subjetivas), que si bien no pueden determinar una "verdad universal", se unifican a través de "consensos sociales" (significados compartidos) que permite comprender y conocer nuestro mundo social (Maturana, 1986; Mahoney, 1997c). Como señala Guidano, "en el posmodernismo se concibe al self (si mismo, yo) como un producto, de una red de conexiones... como un producto conversacional" (Guidano, 1999, en conf.).

Este tema lo retomaremos en los "Comentarios" sobre esta monografía.

4. Clasificación de las terapias cognitivas.

Basado en este análisis más profundo sobre la evolución y las bases teóricas de las terapias cognitivas, realizado en este Capítulo, podemos presentar algunas clasificaciones de éstas, que difieren en algunos aspectos conceptuales de las que hemos expuesto en el Capítulo anterior.

En 1984; Reda y Mahoney, dividen de una manera global, las terapias cognitivas en 2 grandes grupos:

- 1) *terapias asociacionistas*, que según estos autores, se basan en el principio de asociación (como en el conductismo), y conciben a la realidad como independiente del organismo. Se incluyen todas las terapias cognitivas diferentes del constructivismo.
- 2) *terapias constructivistas*, que se basan en la metateoría constructivista, según la cuál cada persona construye su propia realidad personal.

Esta clasificación fue uno de los tantos intentos de Mahoney, por resaltar los contrastes entre las terapias cognitivas "tradicionales", basadas en el objetivismo (propio del conductismo y el positivismo lógico) y las terapias constructivistas, impregnadas del relativismo posmoderno.

En 1988, Carmin y Dowd, hacen un análisis de la evolución de las terapias cognitivas a través de una compleja sucesión de "paradigmas": i) autocontrol comportamental ii) control encubierto, iii) determinismo recíproco, iv) enfoque molecular, v) enfoques metacognitivos, y vi) enfoques constructivistas. Pensamos

que clasificar la gran cantidad de tc que existen en la actualidad, en base a estos modelos o paradigmas, hace muy compleja la comprensión de las tc, y, además, incluye aspectos como los "métodos encubiertos", que según lo expuesto en el capítulo anterior, pertenecen al modelo conductual de terapia y no al cognitivo.

En, 1991, Vallis, Howes y Miller (1991) clasifican las terapias cognitivas en 3 grandes grupos: 1) terapias basadas en el análisis conductual (Condicionamiento operante, Aprendizaje social, Entrenamiento en autoinstrucciones, entre otras) 2) terapias basadas en la practica clínica (Terapia racional emotiva de Ellis y Terapia cognitiva de Beck), y 3) terapias cognitivas de integración teórica (Terapia cognitivo estructural de Guidano y Liotti, Terapia constructivista de Mahoney, y Terapia cognitivo-interpersonal de Safran y Segal).

Pensamos que en esta clasificación, no se otorga una claridad para distinguir los parámetros teóricos de las terapias cognitivas, y, además, se incluyen teorías conductuales y se excluyen algunas terapias cognitivas importantes.

Isabel Caro, en 1997, hace una revisión de estas clasificaciones, y divide las terapias cognitivas en 3 grandes grupos:

(1) *terapias de reestructuración cognitiva*, que corresponderían a las terapias basadas en la metáfora del procesamiento de la información. Aquí se incluyen la Terapia racional emotivo conductual de Ellis, la Terapia cognitiva de Beck, la Terapia centrada en los esquemas de Young, entre otras.

(2) *terapias cognitivo comportamentales*, que se basan, según Caro, en la "metáfora del condicionamiento", en que las cogniciones se describen como "autoenunciados encubiertos" (conductas privadas), regidos por las mismas leyes

del condicionamiento. Se incluye la Terapia de Inoculación de estrés de Meichenbaum, la Terapia de Solución de problemas de D`Zurilla, etc.

(3) *terapias constructivistas*, basadas en la metáfora cognitiva del constructivismo. Se incluyen la Terapia postracionalista de Guidano, la Terapia cognitivo-narrativa de Gonçalves, la Terapia de constructos personales de Kelly, entre otras.

En 1999, considerando la revisión de las diferentes sistematizaciones y clasificaciones que se han realizado de las tcc o tc (Mahoney & Arkhoff, 1978; Dobson & Block, 1988; Ingram & Scott, 1991; Vallis; Howes & Miller, 1991; Lega, Caballo & Ellis, 1997; Caro, 1997), nosotros proponemos una clasificación semejante a la de Isabel Caro, pero con una salvedad muy importante. Según lo que hemos expuesto en esta monografía, el Entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum, la Terapia de solución de problemas de D`Zurilla, y en general, las terapias que Caro llama "cognitivo comportamentales", no conciben las cogniciones como conductas o eventos encubiertos que siguen las mismas leyes del condicionamiento; eso ocurre con las terapias o métodos pertenecientes al enfoque del "neoconductismo mediacional" de la Terapia de Conducta (que hemos mencionado en el Capítulo anterior), como por ejemplo, la Terapia de condicionamiento encubierto, la Desensibilización sistemática o las técnicas de Relajación. Las terapias expuestas en 2), están basadas más bien (implícitamente), en el modelo del procesamiento de la información (aunque con características diferentes a las de reestructuración cognitiva), ya que conciben las cogniciones como formas de procesar, interpretar o evaluar la información (realidad) que, como eventos encubiertos, pueden tener un rol causal (aunque no lineal) en las conductas motoras,

lo que es incompatible con las leyes del condicionamiento. En consecuencia, pensamos que esta distinción específica de I. Caro, dificulta más que facilita la comprensión de las tc.

Po tanto consideramos, que la manera de clasificar las tc que más facilita la exposición y comprensión, epistemológica y práctica de estas terapias, es a través de 4 grandes grupos: *terapias de reestructuración cognitiva, terapias de afrontamiento, terapias de resolución de problemas y terapias constructivistas* (ver Tabla N°5).

Tabla N°5. Las principales terapias cognitivas en 1999.

TERAPIAS COGNITIVAS	
Terapias de Reestructuración Cognitiva	<p>Terapia racional emotivo conductual. (Ellis, 1958) Terapia cognitiva. (Beck, 1963) Entrenamiento en autoinstrucciones. (Meichenbaum, 1971) Terapia de conducta racional. (Maultsby, 1975) Terapia de valoración cognitiva. (Wessler & Hankin-Wessler, 1986) Terapia cognitiva centrada en los esquemas. (Young, 1990)</p>
Terapias de Afrontamiento	<p>Entrenamiento en el manejo de la ansiedad. (Suinn & Richardson, 1971) Entrenamiento en inoculación de estrés. (Meichenbaum, 1973) Reestructuración racional sistemática. (Goldfried, 1974)</p>
Terapias de Resolución de Problemas	<p>Terapia de solución de problemas. (D`Zurilla & Goldfried, 1971) Terapia de solución de problemas interpersonales. (Spivack & Shure, 1971) Ciencia personal. (Mahoney, 1974) Terapia de autocontrol. (Rehm, 1977)</p>
Terapias Constructivistas	<p>Terapia de los constructos personales. (Kelly, 1955) Terapia cognitiva postracionalista. (Guidano & Liotti, 1983) Terapia cognitiva interpersonal. (Safrán & Segal, 1990) Terapia cognitivo-narrativa. (Gonçalves, 1994) Terapia constructiva. (Mahoney, 1995)</p>

5. Las principales características de las terapias cognitivas.

En el presente Capítulo y en el anterior, se han señalado diversas características y rasgos distintivos de las terapias cognitivas o cognitivo conductuales, ya sea como pertenecientes a la Terapia de Conducta, o como un enfoque independiente. Considerando el desarrollo histórico, la evolución y la clasificación final que hemos propuesto de estas terapias, quisiéramos realizar, a modo de resumen y con el fin de maximizar el propósito de esta monografía, una breve descripción final de las principales características de las terapias cognitivo conductuales, y una descripción y distinción de las 4 formas en que hemos clasificado a las tc (ver Tabla N° 5), incluyendo algunas de las principales tc.

5.1 Aspectos comunes.

Quisieramos definir de un modo sintético, las principales características de las terapias cognitivas, que las distinguen de otras formas de terapia. A pesar de algunas diferencias existentes entre las tc, en sus principios teóricos y en consecuencia, en sus abordajes terapéuticos, podemos encontrar algunos aspectos comunes, que permiten clasificarlas bajo un mismo enfoque.

En primer lugar, en términos teóricos y epistemológicos:

1. Comparten el eje central de las ciencias cognitivas y del paradigma cognitivo, es decir, el énfasis en el estudio y comprensión, de la mente humana y el conocimiento del individuo.

2. Son congruentes con alguno de los modelos teóricos del paradigma cognitivo, específicamente, con el procesamiento de la información (analogía mente-computador) y con el modelo constructivista (mente activa y motora). Esto implica, y a diferencia del conductismo, la idea de que: i) las respuestas del individuo frente a determinados acontecimientos están mediadas cognitivamente (representaciones mentales, evaluaciones, atribuciones, expectativas), ii) la mente humana, ya sea como procesadora o creadora de información, tiene un rol activo (y causal) en el funcionamiento humano.
3. Se reconocen, en menor o mayor medida, los aspectos inconscientes de la experiencia humana y del conocimiento. Mientras los constructivistas hablan de los aspectos tácitos del conocimiento, las otras terapias hablan de esquemas o cogniciones inconscientes.
4. Se comprende el funcionamiento humano de una manera multimodal, donde cogniciones, emociones y conductas, son mutuamente influyentes y determinantes en la interacción con el medio.
5. Se conciben las perturbaciones emocionales de un modo interno y no externo. Es decir, a la idea de "enfermedad" (causa externa) o perturbaciones debido a acontecimientos externos (como en el conductismo), se impone la idea de que las emociones disfuncionales están determinadas, en gran medida, por las evaluaciones cognitivas y asignación de significados del sujeto. Mientras los constructivistas lo explican por las "dificultades en la narración" de estas emociones perturbadoras, las otras terapias cognitivas, lo explican por las "distorsiones en la evaluación" de los acontecimientos.

En cuanto al proceso terapéutico, podemos señalar que las características comunes a todas las tc, son las siguientes (Vallis, Howes & Miller, 1991):

- Utilizan un enfoque *fenomenológico* de la psicopatología y el cambio clínico. Las terapias cognitivas, con distintos énfasis, sostienen que la experiencia subjetiva idiosincrática del individuo, constituye la base de las perturbaciones psicológicas y del cambio terapéutico, por lo cuál es necesario "ver a través de los ojos del paciente" (por ej. la Terapia cognitiva (TCO) de A. Beck, la Terapia cognitiva postracionalista (TPR) de V. Guidano). El terapeuta cognitivo debe fijarse como el paciente "construye" su mundo y cómo esta construcción impacta en sus trastornos emocionales o conductas disfuncionales.
- Los terapeutas asumen una postura multimodal, ya que atienden a los eventos conductuales, cognitivos y emocionales que pueden estimular los cambios en los procesos de construcción. Algunas formas de tc como la Terapia racional emotivo conductual (TREC) o el Entrebamamiento en Autoinstrucciones, operan en base a una lista estándar de cogniciones específicas (por ej. las "creencias irracionales" de la TREC), y otras como la TCO de Beck, la TPR de Guidano, o la Terapia cognitiva interpersonal, de Safran y Segal, se centran más en la exploración de la experiencia del paciente, favoreciendo la autoevaluación cognitiva-emotiva. Todas las formas de tc dan gran importancia a los autoreportes multimodales de los pacientes, poniendo el foco sobre aspectos específicos de su experiencia (por ej. contenido, procesos o estructuras cognitivas, emociones o tonalidades de afecto, conductas disfuncionales) según los modelos conceptuales de cada terapia.

- Establecen una relación de *colaboración* entre paciente y terapeuta (por ej. el “empiricismo colaborativo” de la TCO). El terapeuta le explica al paciente que es necesario trabajar en conjunto para conseguir los objetivos de la terapia, ya que el cambio terapéutico depende del esfuerzo de ambas partes. Esto se traduce muy comúnmente en actividades que el paciente debe realizar entre sesiones, como por ejemplo “la identificación de creencias irracionales” en la TREC, o “la práctica de la moviola” en la TPR.
- Utilizan un método *activo*. Tanto terapeuta como cliente, tienen definido su rol en la terapia, lo que implica un protagonismo del cliente en el proceso de terapia. De este modo, el proceso no queda “en manos” del terapeuta como en el psicoanálisis, ni tampoco en manos del cliente, como en la “terapia centrada en el cliente”, sino que es *guiado* por el terapeuta, procurando que el paciente comprenda en qué consiste y, finalmente, pueda lograr manejar su propio funcionamiento.
- Tiene una base *empírica*, implícita o explícitamente. Los procesos constructivos idiosincráticos, sean los “pensamiento automáticos negativos” de la TCO, o las “creencias irracionales” de la TREC, pueden ser sujetos a verificación, ya sea a través de “comprobación de hipótesis” (Beck y otros, 1983) o como “debate empírico” (Ellis & Lega, 1993). Aunque las terapias constructivistas niegan la utilización de verificación empírica, en estas terapias, a través de la autoobservación (como por ej. en la técnica de la “moviola” de la TPR, en la “valoración” de los constructos personales de la Terapia de los Constructos Personales), se verifican las “reglas de funcionamiento” las “teorías personales”

del cliente, que se están modificando en el contexto terapéutico (Vallis, 1991; Guidano, 1994; Neimeyer & Feixas, 1997).

- Procuran una *generalización* del cambio terapéutico. Las terapias cognitivas intentan, en el momento de la finalización de la terapia, designar actividades que permitan facilitar la "generalización" de los logros conseguidos en el proceso terapéutico. Este objetivo, se viene reforzando desde el comienzo de la terapia con las actividades asignadas "para la casa", las cuáles son explícitamente determinadas, monitoreadas, y evaluadas, lo cuál facilita la generalización del trabajo terapéutico. Las terapias cognitivas tienen el propósito de lograr, en definitiva, que el paciente se convierta en su propio terapeuta (Clark & Beck, 1997; Guidano, 1997).

5.2 Los 4 enfoques de las terapias cognitivas.

Del mismo modo como podemos encontrar algunos aspectos básicos compartidos por todas las tc, existen también diferencias importantes, teóricas y metodológicas, que permiten hacer un ordenamiento y clasificación en los 4 grandes grupos en que las hemos dividido anteriormente:

5.2.1 Terapias de reestructuración cognitiva.

Las terapias de reestructuración cognitiva (RC) se basan en la metáfora del *procesamiento de la información*, ya que se definen los trastornos del sujeto, en términos de un procesamiento distorsionado de la información. Las RC tienen como objetivo identificar y modificar las cogniciones disfuncionales del cliente que están

determinando conductas y emociones perjudiciales (Smith, 1992; Méndez, Olivares & Moreno, 1998; Mahoney, 1999).

En 1979, Meichenbaum define las terapias RC como una variedad de aproximaciones terapéuticas, donde el principal modo de acción, es la modificación de los pensamientos y premisas del paciente. Las personas consistentemente distorsionan la realidad de manera idiosincrática y tienen premisas, inferencias y conclusiones "irracionales" que el terapeuta ayudará al paciente a modificarlos. Carrasco (1997) señala que en la RC, el terapeuta toma el rol de "diagnosticador-educador" que evalúa los procesos cognitivos desadaptativos y posteriormente desarrollará experiencias que alterará estos procesos.

Entre las RC más importantes se encuentran: la TREC de Ellis y la TCO de Beck (que veremos en detalle en los Capítulos 7 y 8, respectivamente), el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum, la Terapia de Conducta Racional de Maultsby y la Terapia Centrada en los esquemas de Young.

Entrenamiento en autoinstrucciones (EAI)

En 1971, Donald Meichenbaum, basado en investigaciones realizadas con pacientes esquizofrénicos (cuyos resultados eran coherentes con los postulados de Luria sobre el "control interno" de las respuestas motoras), y con el fin de reducir las conductas disfuncionales en niños impulsivos e hiperactivos, diseñó (junto a R. Cameron) el *Entrenamiento en autoinstrucciones*. Este tiene como objetivo, identificar y modificar los mediadores cognitivos ("autoverbalizaciones" o "diálogos internos") que están determinando conductas disfuncionales, e instaurar verbalizaciones internas "adecuadas" que permitan la realización o el afrontamiento de una determinada tarea

o situación. Las fases del entrenamiento, que tienen una gran similitud a los "estadios" de Luria, son las siguientes (Meichenbaum, 1979; Ruiz, M. A., 1997a).

- 1) El terapeuta o modelo, lleva a cabo una tarea (acción) mientras se habla (da instrucciones) a sí mismo, en voz alta, sobre lo que está haciendo;
- 2) El paciente realiza la misma actividad, bajo las instrucciones en voz alta del terapeuta;
- 3) El paciente realiza la tarea nuevamente, mientras se da autoinstrucciones en voz alta;
- 4) El paciente repite la tarea, mientras susurra las autoinstrucciones; y
- 5) El paciente, finalmente, dirige su comportamiento por medio de autoverbalizaciones internas o subvocales (*autoinstrucciones encubiertas*).

Para optimizar los resultados de esa técnica, Meichenbaum recomienda valerse de los métodos cognitivos y conductuales (como por ej. el autoreforzo positivo), que favorezcan el aprendizaje de autoinstrucciones que serán utilizadas frente a las situaciones estresantes (Santacreu, 1995).

Terapia de conducta racional (TCR)

Basada en conceptos de la psiquiatría, la neuropsicología de Luria, el condicionamiento operante y especialmente el enfoque de la TREC, fue desarrollada por Maxie Maultsby en 1975, y se basa en la idea de que las personas "causan" sus propias reacciones físicas y emocionales, a través de las creencias irracionales que han adoptado. La evaluación de esta "racionalidad", muy semejante a la de la TREC, se hace en base a 5 reglas de conducta *racional* (Maultsby, 1984): 1) La conducta racional (CR) se basa en hechos obvios; 2) La CR te ayuda de forma óptima, a

proteger tu salud y tu vida; 3) La CR te ayuda de forma óptima, a lograr tus objetivos a corto y a largo plazo; 4) La CR te ayuda de forma óptima, a evitar los conflictos que te son más indeseables con los demás; y 5) La CR te ayuda a sentir las emociones que quieres sentir.

El proceso terapéutico consiste en: i) explicar al paciente el esquema ABC de Ellis (ver capítulo 7 de esta monografía), para redefinir sus problemas, ii) enseñarle las 5 reglas de conducta racional, para que pueda evaluar sus conductas, iii) enseñarle y ayudarlo a realizar un *autoanálisis racional* (principal procedimiento de la TCR) entre sesiones, que consiste en descubrir las relaciones causa-efecto entre los componentes cognitivos, emocionales y físicos de sus problemas, y los cambios racionales que pueden ayudarlos a sentirse mejor (Caballo & Buela-Casal, 1995), y, iv) incentivarlo para que utilice diariamente las *imágenes racional-emotivas* (ver Capítulo 7 de esta monografía), donde el paciente se imagina a sí mismo pensando, sintiendo y actuando de la manera en que quiere hacerlo, lo que favorece un rápido aprendizaje de nuevas experiencias y hábitos emocionales que se desea poseer.

Terapia cognitiva centrada en los esquemas (TE)

La TE surge a manos de Jeffrey Young en 1990, como una modificación y ampliación de la TCO de Beck. Introduce el concepto de *esquemas desadaptativos tempranos* (EDT), los cuáles: i) consisten en estructuras multifacéticas (con componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y conductuales) ii) son formados en los primeros años de la infancia, producto de interacciones negativas con personas significativas (padres, hermanos, amigos, etc.) y iii) son mantenidos a través de las experiencias negativas cotidianas.

Estos esquemas, que son inconscientes, rígidos y difíciles de cambiar, conducen a emociones intensas y disfuncionales, y a experiencias interpersonales negativas. Young ha definido 18 EDT, agrupados en cinco dimensiones: *desconexión y rechazo, perjuicio en autonomía y desempeño, límites inadecuados, tendencia hacia el otro y sobrevigilancia e inhibición*, las cuáles, de una u otra forma, reflejan las necesidades básicas de los individuos, en la niñez, para el funcionamiento adaptativo, que no han sido satisfechas, por lo cuál, determinan relaciones interpersonales disfuncionales en el adulto.

El proceso terapéutico tiene como objetivo, identificar y modificar los EDT del paciente, para provocar un cambio en sus perturbaciones emocionales. Abarca 2 fases:

- 1) *evaluación y educación en los EDT*, que consiste en educar al paciente sobre la naturaleza de los EDT y el papel que juegan en las emociones y conductas disfuncionales, para posteriormente identificarlos ("etiquetarlos") y activarlos en la sesión terapéutica.
- 2) *cambio o modificación de los EDT*, que consiste en invalidar los EDT mostrando sus "errores" y su disfuncionalidad, lo que se hace por medio estrategias cognitivas semejantes a las de las TCO (como por ej. análisis racional y empírico de los esquemas, respuestas alternativas al sistema de creencias, tarjetas de desafío de esquemas, entre otras) y estrategias experienciales (ejercicios de imaginación, juego de roles, expresión del afecto), con el objetivo de "provocar" el aspecto emocional, en sincronía con el cambio cognitivo (Gluhosky & Young, 1997; Lee y otros, 1999).

5.2.2 Terapias de afrontamiento

Las terapias de afrontamiento (TA) se basan en la idea de que las perturbaciones psicológicas se producen debido a cogniciones desadaptativas en el sujeto, con respecto a su capacidad para *enfrentar* su ambiente. Tienen como objetivo que los clientes adquieran habilidades para hacer frente a diversas situaciones provocadoras de ansiedad o estresantes. (Olivares, Méndez & Lozano, 1998).

Al igual que las terapias RC, las terapias de afrontamiento tienen su base paradigmática en el modelo del procesamiento de la información, pero, a diferencia de las RC, que se centran en la presencia de creencias disfuncionales, los TA se centran en la ausencia de habilidades y respuestas cognitivas (autoinstrucciones encubiertas) específicas y adaptativas (Meichenbaum, 1979; Caro, 1997).

Se ha definido al *estrés*, como el resultado de la evaluación que el sujeto hace de una situación determinada, donde las demandas percibidas de ésta, son desproporcionalmente superiores a los recursos propios para hacerle frente. Históricamente las TA surgen como una alternativa a la técnica conductual de Desensibilización sistemática, y a algunas terapias de condicionamiento encubierto (basadas en las leyes clásicas del aprendizaje) para el tratamiento del estrés y la ansiedad, poniendo el énfasis en las variables cognitivas con las que el sujeto evalúa (procesa) y enfrenta las situaciones estresantes. (Olivares, Méndez & Lozano, 1998).

Terapia de entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA)

Desarrollada por Suinn y Richardson en 1971, surge como una forma de tratamiento para los trastornos de ansiedad generalizada (Suinn & Richardson, 1971); pretende que los sujetos puedan superar los estados ansiosos, con

independencia de determinar el estímulo fóbico "causal", ya que las causas de éstos (estados ansiosos) están en el mismo sujeto, especialmente en la valoración cognitiva de la situación. Precisamente por esto último, esta modalidad surge como alternativa teórica y terapéutica a la Desensibilización sistemática de J. Wolpe, que se centraba en un determinismo externo.

Por una parte, se enseña al paciente a *detectar los síntomas* (cognitivos, fisiológicos y emocionales) presentes en la experiencia de ansiedad, y para ello, éste debe experimentar situaciones ansiógenas. Posteriormente, se le entrena al paciente en técnicas de *relajación* que permiten reducir o eliminar el estado ansioso, especialmente cuando se presentan los primeros indicios o síntomas, como por ejemplo, "valoraciones cognitivas negativas" de la situaciones ansiógenas (para evitar que ésta se eleve demasiado).

Para lograr estos objetivos, el paciente debe entrenarse en la técnica de *imagería*, a través de 2 formas (Suinn, 1985; Suinn & Doffenbacher, 1988):

1. Se le pide al paciente que imagine alguna situación en que experimentó moderados o altos niveles de ansiedad.
2. Se le pide al paciente que imagine escenas o imágenes asociadas a la sensación de relajación, que será utilizada como repuesta incompatible con la ansiedad.

Al final de la terapia, que es de tiempo breve, se busca una situación "real" donde el paciente pueda comprobar si existe un verdadero autocontrol sobre la respuesta de ansiedad. (Caballo & Buela Casal, 1995; Rodríguez, Méndez & Barrancos, 1998)

Entrenamiento en inoculación de estrés (EIE)

Esta terapia HA, fue desarrollada por Donald Meichenbaum en 1973. Reconoce la interdependencia entre variables cognitivas, fisiológicas, afectivas, conductuales y socioambientales y, basada en el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman y el modelo de Afrontamiento de Murphy, resalta la importancia de la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento ante las situaciones estresantes (Deffenbacher, 1995; Muñoz & Larroy, 1997).

El procedimiento, que tiene por objeto entrenar al sujeto ("inocular") en el manejo de estrategias que, adaptadas a sus particularidades, permitan afrontar exitosamente futuras situaciones evocadoras de ansiedad y productoras de estrés (Meichenbaum, 1997b), consta de 3 fases: 1) una *fase educativa*, donde se le informa al cliente sobre el funcionamiento humano frente al estrés y la importancia de las variables cognitivas propias de cada sujeto; además, se hace una redefinición del problema con la mayor cantidad de datos posibles; 2) una *fase de ensayo o adquisición de habilidades*, donde se le enseña al paciente las habilidades y estrategias (cognitivas, conductuales, de control emocional, entre otras) necesarias para el afrontamiento de situaciones en las que aparecen problemas relacionados con el estrés (por ej. cómo utilizar la relajación para manejar la activación fisiológica); y 3) una *fase de aplicación*, donde el paciente pone en práctica, frente a acontecimientos estresores de la vida real, las habilidades aprendidas y entrenadas en la fase 2), con el objeto de comprobar la eficacia de éstas, superar las posibles dificultades que pudieran aparecer, evitar recaídas, y generalizar (mantener) los cambios (Meichenbaum, 1987, 1997b; Muñoz & Murray, 1993; Ruiz, M. A., 1997b).

5.2.3 Terapias de resolución de problemas.

Las terapias de resolución de problemas (RP), se basan en la idea de que, el modo en que las personas afrontan y resuelven sus situaciones problemáticas, no depende exclusivamente de la situación externa, sino además del "grado de amenaza" percibida por el sujeto, las habilidades que posee para superarlas, la experiencia que posea y el tiempo que disponga para tomar una decisión (Méndez, Olivares & Abásolo, 1998). Tienen como objetivo enseñar al paciente, un modo sistemático de solucionar eficazmente las diversas situaciones problemáticas cotidianas, considerando diversas alternativas plausibles.

En términos teóricos, las terapias cognitivas RP, también se basan de manera implícita en el procesamiento de la información, ya que consideran que los trastornos emocionales, producto de acontecimientos problemáticos, están determinados en gran medida por las evaluaciones cognitivas distorsionadas que realiza del sujeto, sobre estos "problemas". En un principio, el estudio sobre resolución de problemas estuvo más ligado a la psicología experimental, centrándose básicamente en el estudio de los procesos cognitivos como el razonamiento lógico y el pensamiento abstracto (problemas matemáticos, mecánicos y físicos). Posteriormente, y con el enfoque de "competencia social" en psicopatología, se comenzó a desarrollar la técnica de resolución de problemas como una forma de intervención a los problemas interpersonales. (Nezu y otros., 1997).

Según Thomas D´Zurilla (1993), el gran desarrollo que han tenido las terapias de RP se ha debido a:

1. El interés e investigación en la creatividad, especialmente el trabajo de Osborn (1963) sobre la estimulación del pensamiento productivo, a través de la técnica del *brainstorming* ("tormenta de ideas").
2. El concepto de *competencia social* en el campo de la psicoatología, donde se afirma que gran parte de los trastornos emocionales son debidos a déficit en las habilidades para resolver diferentes situaciones sociales a las que nos enfrentamos.
3. El desarrollo y expansión del enfoque cognitivo-conductual en la Terapia de Conducta, donde se hacen relevantes los factores *cognitivos*, en el enfrentamiento de las distintas situaciones problemáticas.
4. El desarrollo de la "Teoría Transaccional del estrés" (Lazarus & Folkman, 1986), donde se considera que el estrés, no sólo está determinado por las situaciones estresógenas, sino, en gran medida, por la evaluación cognitiva que el sujeto hace de aquellas situaciones.

Como vimos, Mahoney y Arkhoff en 1978, distinguían 3 formas de terapias RP (Terapia de solución de problemas de D´Zurilla y M. Golfried, Terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure y la Ciencia personal de Mahoney), a las cuales se agrega una 4ª, en la clasificación de Dobson y Block (1988), la Terapia de Autocontrol de Rehm.

Terapia de solución de problemas (TSP)

En 1971, D`Zurilla y Golfried desarrollan empírica y teóricamente la TSP, para dirigir la resolución de conflictos a la psicología clínica. D`Zurilla (1993) señala que el resolver adecuadamente los problemas, es una habilidad que hay que desarrollar, ya que favorece una adecuada competencia social y la resolución de conflictos cotidianos y clínicos. A través de la TSP se pretende proveer al cliente, de una variedad de alternativas de respuesta eficaces para enfrentar las situaciones problemáticas, pudiendo optar por la que considere más eficaz.

El procedimiento terapéutico de la TSP consta de 5 fases:

- 1) *orientación general hacia el problema*, donde se evalúan las creencias, atribuciones y expectativas del sujeto acerca de sus problemas personales, y la habilidad para resolverlos eficazmente;
- 2) *formulación y definición del problema*, donde se busca aclarar y comprender la naturaleza del problema y además especificar metas y objetivos realistas;
- 3) *búsqueda de alternativas*, donde se busca plantear la mayor cantidad de posibles soluciones, utilizando la estrategia de *brainstorming* ("tormenta de ideas"), para poder analizar cuáles son las más eficaces;
- 4) *toma de decisiones*, donde se realiza un análisis de costo-beneficio de todas las soluciones propuestas, con el fin de lograr identificar y seleccionar la (s) más adecuada (s) para llevar a efecto; y
- 5) *puesta en práctica y verificación de la(s) solución(es)*, donde se ejecutan y ponen a prueba la (s) solución (es) elegida (s), para observar sus consecuencias y evaluar su efectividad. (D`Zurilla, 1993; Nezu & Nezu, 1995; Maydeu-Olivares & D`Zurilla, 1996).

Terapia de solución de problemas interpersonales (TSPI)

Desarrollada por Spivack y Shure en 1974, se basa en la idea de que existe una estrecha relación entre un buen ajuste social y la habilidad para pensar y resolver problemas cotidianos; bajo esta postura, lo importante no es *qué pensar* sino *cómo pensar* (Méndez, Olivares & Abásolo, 1998). Es semejante a la TSP, pero se centra más específicamente en las situaciones sociales e interpersonales que requieren solución, y en las habilidades para solucionarlos.

El proceso terapéutico, según la TSPI, consiste en desarrollar en el paciente determinadas habilidades que favorecen el ajuste social, que son las siguientes:

- 1) Habilidad para generar soluciones alternativas a los problemas interpersonales (*pensamiento alternativo*).
- 2) Habilidad para determinar los medios más adecuados para conseguir las metas, (*pensamiento causal o medios-fines*); y
- 3) Habilidad para valorar y evaluar las consecuencias de cada una de las alternativas (*pensamiento consecuencial*) (Becoña, 1997; Méndez, Olivares & Abásolo, 1998).

Estas habilidades son entrenadas en el cliente, a través de programas y lecciones cuidadosamente estructuradas que son aplicadas a nivel individual y de grupos. La TSPI también ha sido aplicada en niños, en adultos y en pacientes psiquiátricos (Becoña, 1997).

Ciencia personal

En 1974, Michael J. Mahoney desarrolla un programa terapéutico de solución de problemas que llamó *Ciencia personal*, el cuál consiste en entrenar al cliente para que desarrolle la habilidad para analizar y cambiar su conducta y ser un *científico personal* que controla y autoregula su conducta. Para Mahoney, un *problema* se presenta cuando el sujeto siente que existe una discrepancia entre lo que es y lo que *debería ser*, por lo cuál es de vital importancia para la solución de éstos, considerar los procesos cognitivos y el aprendizaje de nuevas estrategias.

El procedimiento terapéutico se desarrolla a través de 7 etapas que corresponden, respectivamente, a cada una de las letras de la palabra SCIENCE ("ciencia"):

- 1) S (specify), *especificación del área general del problema*, donde se ayuda a definir de manera específica el problema en base a preguntas como "¿qué le ocurre?", "¿cómo se siente?";
- 2) C (collect), *recolección de la información*, donde se analiza el estado actual del problema, a través de la autoobservación, cuestionarios, observación directa, etc.;
- 3) I (identify), *identificación de causas*, donde se identifican los posibles agentes causales que estén influyendo en el surgimiento y mantenimiento del problema (aspectos cognitivos, sociales o ambientales, entre otros);
- 4) E (examine), *examen de las soluciones*, en que se analizan las posibles soluciones, identificando las metas y los medios necesarios para conseguirlas;
- 5) N (narrow), *delimitación y experimentación*, en que se revisan las posibles soluciones y se selecciona (n) la (s) más viable (s), para ponerla (s) en práctica en forma de "experimento personal";

- 6) C (compare), *comparación del progreso*, se compara, según los resultados del experimento personal, la situación actual con la de pretratamiento (medida a través del autoregistro formal); y
- 7) E (extend), *extensión, revisión o reemplazo de la solución*, en que el cliente valora los resultados obtenidos, cambiando, si es necesario, las soluciones si éstas no resultan, con el fin de favorecer la generalización de los logros (Mahoney, 1981; Caballo & Buela-Casal, 1995; Méndez, Rodríguez & Abásolo, 1998).

5.2.4 Terapias constructivistas.

Las terapias constructivistas (TCr), se basan en la idea de que las perturbaciones emocionales están determinadas por las dificultades de los individuos para explicar o dar significación a determinadas experiencias emocionales complejas. Por lo cuál, el objetivo de estas terapias, apunta a ayudar al cliente a comprender y reconstruir los significados y cogniciones con que narra su experiencia.

En terminos teóricos más específicos, las TCr, a diferencia de las demás terapias cognitivas, se basan en el modelo cognitivo constructivista, y por tanto, comparten los siguientes principios:

- a) los seres humanos son participantes *proactivos* en la construcción del conocimiento y la realidad;
- b) una gran parte de los procesos de organización humana operan a *nivel tácito* (inconscientes);
- c) la experiencia humana y el desarrollo psicológico, son sistemas *autorganizativos* que busca mantener la coherencia interna (Mahoney, 1997b);

d) el conocimiento humano es un proceso en continua *evolución* que , a partir de las etapas mas tempranas del individuo, se dirige hacia estructuras más complejas, integradas y viables.

En base a estas perspectivas, las TCr, son terapias orientadas a los procesos de conocimiento humano, que “respetan” las teorías del clientes y su significado personal en construcción, y por lo tanto, intentan, a través de una atmósfera empática y de relación interpersonal, reformular las narraciones, las construcciones, las descripciones que el cliente hace, a través del lenguaje, de su propia experiencia (donde operan los niveles tácitos).

La mayoría de las TCr son bastante recientes y entre las formas más importantes se encuentran⁶:

Terapia de los constructos personales (TCP)

Creada originalmente por George Kelly, en 1955, como *Psicología de los constructos personales*, se basa en la idea de que el ser humano es un constructor de narrativas y teorías que explican, limitan y dan forma a sus experiencias en los contextos físicos y sociales. Estas *teorías o constructos personales*: i) son utilizados por los sujetos para organizar y predecir la experiencia con respecto a sí mismo y al mundo, ii) involucran aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, iii) se ordenan jerárquicamente, siendo algunos de ellos más “centrales” o

⁶ Una de las terapias constructivistas más importantes y representativas, como hemos señalado, es la Terapia cognitiva postracionalista de V. Guidano. Esta será explicada, con más detalle en el Capítulo 9 de esta monografía.

“supraordenados”, iv) se desarrollan en la interacción social, y v) están sujetas a la revisión y sustitución (modificación) (Neimeyer & Feixas, 1997).

Cuando los constructos se hacen fragmentarios, restringidos y estancados para ordenar la experiencia, surgen las emociones perturbadoras (Kelly, 1995; Sewell, 1997). La terapia consiste, por tanto, en: i) ayudar al paciente a encontrar las maneras metafóricas o idiosincráticas (constructos o teorías) con que capta y configura los matices de su experiencia, ii) intentar reconstruir, en conjunto con el paciente, estas teorías (o crear teorías nuevas), de modo que puedan ser apropiadas para las exigencias personales del cliente y, al mismo tiempo, le den una coherencia suficiente para evitar conflictos emocionales intensos. Para conseguir estos objetivos, el paciente, en una “ciencia personal”, debe “valorar” (verificar o poner a prueba) la utilidad de estas teorías o constructos, mediante la experimentación de sus consecuencias en circunstancias de la vida real.

Entre las técnicas utilizadas en la TCP se encuentran:

- 1) Técnica de la *rejilla interpersonal*, donde se busca obtener, por medio de las preguntas del terapeuta, una muestra de los constructos más relevantes para el cliente. Para ello es necesario indagar en la dimensión de las personas “más significativas” para el sujeto, y también en los aspectos importantes del sí mismo (self); luego el cliente puntúa los elementos específicos de estas dimensiones, de acuerdo a los constructos personales que va identificando.
- 2) La *técnica de rol fijo*, donde el terapeuta invita al cliente a realizar un comportamiento diferente al suyo o actuar como si fuera una “persona diferente” (prescindiendo de sus propias teorías o constructos), y adoptar la forma de

percibir el mundo, es decir, los constructos, de este "sujeto imaginario", hasta que logre asimilarlo como propio (Feixas & Neimeyer, 1997; Neimeyer & Feixas, 1997; Kiney, 1998).

Terapia cognitivo-narrativa (TCN)

Esta modalidad terapéutica surge en en 1994, a partir de Oscar Gonçalves. En ella se considera al *lenguaje* como elemento central de la construcción de significados y del conocimiento. Se basa en la idea de que en el lenguaje, las palabras se relacionan unas con otras, estableciendo una *matriz narrativa*, que es donde el sujeto construye, organiza y transforma los significados de la experiencia, es decir, el conocimiento. El trastorno psicológico está justamente en la incapacidad de dar cuenta de la diversidad y "amplitud" de la experiencia individual, a través de un discurso narrativo que sea "rico" en multiplicidad (experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significación), complejidad (de procesos) y coherencia (de estructuras).

Frente a esto, la terapia tiene como objetivo llevar al cliente a construir, en la interacción terapéutica y en su "comunidad conversacional", un discurso narrativo enriquecido en sensorialidad, emocionalidad y coherencia. El proceso terapéutico se realiza a través de 5 fases, que incluyen aspectos sincrónicos (de experiencias recientes y cotidianas) y diacrónicos (experiencias significativas de la vida del cliente):

- 1) *recuerdo*, donde a través de la imaginación guiada, se busca identificar las experiencias significativas pasadas, actuales o en relación al futuro que son narradas por el cliente;

- 2) *objetivación*, en que se ayuda al cliente a "objetivar" las narraciones, lo que implica considerar la amplia gama de experiencias sensoriales y conductuales, que se incluyen en una construcción múltiple (vista desde fuera) de la experiencia;
- 3) *subjetivación*, donde se ayuda al cliente a "subjetivizar" las narraciones, lo que implica narrar (desde dentro) una diversidad de experiencias emocionales y cognitivas, lo que permite transformar los recuerdos, en acontecimientos de múltiples "resonancias emotivo-cognitivas";
- 4) *metaforización*, en que se incentiva en el cliente, la producción de "múltiples" significados para cada "recuerdo", y por ende, hacer de cada experiencia un posibilitador de múltiples aprendizajes significativos (enriquecimiento narrativo):
- 5) *proyección*, donde se busca que el cliente construya nuevas narraciones y metáforas alternativas (como los "puntos de vista" de la TPR) proyectadas a futuro, sobre sí mismo y lo que acontece cotidianamente, abarcando nuevos significados, emociones, cogniciones y sensaciones. (Gonçalves, 1997a, b y c).

PARTE II

PRINCIPALES TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES UTILIZADAS EN CHILE

Introducción.

En los más de 50 años que tiene la Psicología en nuestro país, las formas de psicoterapia más importantes han sido el psicoanálisis, la terapia de conducta, el enfoque experiencial, y, más recientemente, el enfoque sistémico.

Sin embargo, es importante destacar, que uno de los avances más importantes en la Psicología clínica en Chile, en los últimos años, ha sido el desarrollo de las terapias llamadas *cognitivo conductuales*, que en un comienzo (finales de los 70) se conocieron fundamentalmente como parte de la terapia de conducta (TC), y hoy se reconocen, cada vez más, como *terapias cognitivas*, en un enfoque "independiente" de la TC. Una de las formas más novedosas de estas psicoterapias, y que están emergiendo en nuestro país en los 90, son las terapias llamadas *constructivistas*, que se han dado a conocer especialmente a través de la "Terapia cognitiva postracionalista" de V. Guidano, que hoy en día, es aplicada por un número cada vez mayor de terapeutas.

Con el objetivo de exponer una descripción sistemática y profunda, de las principales formas de terapia cognitivo conductuales (o cognitivas) utilizadas en la práctica terapéutica actual chilena, se realizó un cuestionario a importantes terapeutas nacionales que "utilizan" alguna (s) de estas terapias en su ejercicio terapéutico (ver Apéndice A), para que evaluaran el grado de relevancia de éstas, según su quehacer clínico. A partir de estas evaluaciones, se seleccionarían las más importantes.

Los resultados obtenidos a partir del cuestionario, indicaron que las 3 formas de terapia cognitivo conductuales *más importantes* en el trabajo clínico actual de nuestro país, son:

1. La "Terapia cognitiva" de Aaron Beck.
2. La "Terapia racional emotivo conductual" de Albert Ellis.
3. La "Terapia cognitiva postracionalista" de Vittorio Guidano.

En las páginas siguientes expondremos de un modo estructurado y profundo, y en base a información actualizada, los aspectos teóricos más importantes y el proceso terapéutico de cada una de estas 3 modalidades de terapia (Capítulos 7, 8 y 9, respectivamente).

CAPITULO 7

TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL DE A. ELLIS

1. Introducción.

1.1 Definición.

La *Terapia Racional emotivo conductual (TREC)*, es una terapia cognitiva de reestructuración cognitiva, que se basa en la idea de que tanto las emociones y conductas disfuncionales del sujeto, son producto de las creencias "irracionales" de un individuo en su interpretación de la realidad (Lega, Caballo & Ellis, 1997). Estas creencias y filosofías de vida, son inventadas y mantenidas dogmáticamente, consciente o inconscientemente por los individuos, aún considerando que les producen perturbaciones emocionales, cognitivas y conductuales (Ellis & Dryden, 1989; Ellis & Lega, 1993). Por esta razón, el proceso terapéutico de la TREC, consiste en ayudar al paciente a lograr, mediante diversos métodos multimodales, identificar sus creencias inadecuadas y reemplazarlas por otras más adecuadas o eficientes, que le permitan alcanzar, con mayor eficacia, sus metas personales.

1.2 Reseña histórica.

La TREC fue fundada por el doctor **Albert Ellis** a finales de la década de los 50. Ellis, tras doctorarse en Psicología Clínica en 1947 (en la Universidad de Columbia, Nueva York), inició su práctica clínica en el *psicoanálisis* apoyándose principalmente

en la teoría de Karen Horney. Paulatinamente, Ellis comienza a darse cuenta de que “todas las formas de psicoanálisis, eran tristemente ineficaces y, en gran parte, anticientíficas” (Ellis, 1997a, pág. 91), es decir, no eran útiles para resolver los trastornos emocionales (Ellis & Dryden, 1989). De este modo, va a comenzar a experimentar (1953) con otras formas de psicoterapia distintas del psicoanálisis.

Uno de los objetivos de Ellis, era crear una nueva forma de terapia, que tomara aspectos del psicoanálisis y del conductismo (o de la Terapia de Conducta), superando las limitaciones de ambos modelos.

En 1956, durante el Congreso anual de la *American Psychological Association* (en Chicago), formula la *terapia racional*, que se basaba en la premisa de que el pensamiento y las emociones de los seres humanos no son dos procesos diferentes, sino que se yuxtaponen de forma significativa y, en algunos aspectos son, prácticamente, la misma cosa (Ellis, 1980; Lega, Caballo & Ellis, 1997), por lo tanto, controlando los pensamientos, se pueden controlar en gran medida las emociones. Ellis planteaba que si una persona actúa, siente emociones o piensa, no lo hace de forma aislada sino que, consciente e inconscientemente, involucra también a los otros factores, por lo tanto si piensa de forma negativa, se siente mal y actúa disfuncionalmente (Ellis, 1997^a, 1999a).

En 1957, Ellis publica el libro *How live with a neurotic* (“Como vivir con un neurotico”), en el cuál informa sobre el éxito de su nuevo método: se había dado un incremento significativo en el número de pacientes que presentaban mejorías, con respecto a la práctica psicoanalítica, y el promedio total de sesiones por paciente, se había reducido de 100 a 35. También introduce el concepto de *pensamiento irracional*, como la variable cognitiva básica de la perturbación psicológica, y define la

“neurosis” como *el comportamiento estúpido de una persona inteligente*, quien escoge pensar de una manera poco funcional (Ellis, 1980; Cottraux, 1991).

En 1958, Ellis define su forma de terapia como *Terapia racional emotiva (TRE)* y publica por primera vez el *modelo ABC* (ver sección 2 de este Capítulo), planteado como un amplio marco de referencia donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes, el cuál es ampliado en 1984, como respuesta a una necesidad de mayor elaboración y precisión de dicho modelo (Bernard, 1980; Ellis, 1988; Lega, 1991; Lega, Caballo & Ellis, 1997). En 1962, Ellis publica el libro *Reason and Emotion in Psychotherapy* (trad. en 1980, “Razón y Emoción en Psicoterapia”), donde resalta la importancia de las emociones en los problemas psicológicos de los individuos, y formula una lista de 11 creencias o pensamientos irracionales que caracterizan a los sujetos perturbados, las cuáles se agrupan posteriormente (1977) en tres grandes áreas. (ver la sección 2 del presente Capítulo).

En 1977, Ellis, junto a R. Grieger, publica el libro *Handbook of Rational-emotive therapy* (trad. 1981, “Manual de Terapia Racional-emotiva”), donde expone de un modo sistemático su modelo terapéutico (abarcando los fundamentos teóricos de la TRE, con sus diferentes etapas), y se incluyen aplicaciones clínicas a diferentes trastornos como depresión, trastornos impulsivos y trastornos sexuales, entre otros. Este mismo texto sería reeditado y ampliado en 1986, en su segundo volumen.

En 1993, Ellis le da un nuevo nombre a la TRE: *Terapia racional emotivo-conductual (TREC)*, considerando la importancia del aspecto conductual y la naturaleza multimodal (cognitivo-emotivo-conductual) de la perturbación emocional (Ellis, 1997a).

En 1997, Ellis publica junto a L. Lega y V. Caballo, un texto editado directamente en español: *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*, donde expone las características actuales de la TREC, describiendo detalladamente sus procedimientos terapéuticos (incluyendo la "Hipnoterapia racional emotiva") y algunas aplicaciones prácticas a cuadros clínicos: problemas de asertividad, ansiedad y trastornos sexuales.

2. Descripción teórica.

2.1 Conceptos introductorios.

La TREC sostiene que existe una interacción entre los procesos psicológicos humanos donde cogniciones, emociones y conductas se superponen y por tanto pensamos, sentimos y actuamos de forma interactiva (Ellis, 1988, 1997c, 1999a). La forma en que percibimos los hechos (evaluación cognitiva), interactúa con nuestras emociones y conductas (Ellis, 1973; Ellis & Grieger, 1981, 1990), por lo cuál, la causa de las perturbaciones emocionales y, por tanto, el eje principal de la TREC, es precisamente la forma en que el individuo interpreta su ambiente, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general (Ellis & Lega, 1993; Ellis, 1997e, 1999b). Si estas creencias o interpretaciones son ilógicas, poco empíricas y dificultan la obtención de metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de *irracionales*. Si, por el contrario, las interpretaciones o inferencias están basadas en datos empíricos y en una

secuencia científica y lógica, entre premisas y conclusiones, se les llama *racionales*, ya que el razonamiento es correcto y la filosofía básica de esa persona, es funcional. El elemento principal del trastorno psicológico, por tanto, es la interpretación o creencia irracional (ilógica, poco empírica) y poco funcional (ya que dificulta la obtención de metas) que elige, consciente o inconscientemente, realizar el sujeto, y la forma de comportarse (conductual y emocionalmente) respecto a ella (Lega, Caballo & Ellis, 1997; Caballo, Andrés & Bas, 1997).

2.2 Tendencias biológicas.

La TREC plantea que hay dos tendencias básicas, de naturaleza biológica, en el ser humano:

1. Una de ellas es la facultad de las personas, no importa lo racionalmente que hayan sido educadas, de polarizar sus deseos o preferencias personales en exigencias rígidas y absolutistas (Ellis, 1997c, 1998b). Ellis, (1997a) señala que existe una tendencia innata para crear e inventar estas exigencias: las personas, "de manera natural y fácilmente, conservan sus pensamientos, sentimientos o conductas contraproducentes..." (pág. 94); y mientras se mantenga esta tendencia, el sujeto va a seguir etiquetando erróneamente los distintos acontecimientos (Golfried & Golfried, 1993).
2. La otra tendencia, se refiere al potencial que tienen los sujetos para desarrollar la habilidad de identificar, cuestionar, debatir y cambiar las exigencias anteriores, si así lo desean. Se rechaza al idea de que el individuo, por su naturaleza humana o por experiencias vividas, esté condenado a pensar, actuar y sentir de manera

irracional, sin tener ningún control sobre ello, ni la esperanza de poder modificarlo. Este cambio y la velocidad con la que ocurra, dependerá, principalmente, del trabajo y esfuerzo del paciente (Ellis & Grieger, 1981; Lega, Caballo & Ellis, 1997).

2.3 El papel de las emociones en la TREC.

Aunque en términos didácticos, Ellis hace una separación entre la razón (pensamientos) y la emoción (sentimientos), desde el comienzo de la TREC ha señalado que existe una relación total entre ambos y "nunca se les puede considerar aparte el uno del otro" (Ellis, 1980, pág. 40). Ellis considera que la emoción es un proceso actitudinal y cognitivo, que generalmente se transforma en diálogos internos y evaluativos, por lo cuál, un cambio en las cogniciones implica necesariamente, un cambio en las emociones.

En consecuencia, el objetivo de la TREC no es entrenar al cliente, como se piensa muchas veces, a pensar como "robots" racionales que nunca llegarán a experimentar emociones negativas, porque simplemente es imposible separar cogniciones y emociones (Lega, Caballo & Ellis, 1997). La TREC intenta producir un cambio filosófico, donde las nuevas cogniciones (racionales) determinen nuevas emociones y conductas más apropiadas.

Por otro lado, Ellis señala que existen 2 tipos de emociones negativas: *saludables (apropiadas)* y *perjudiciales (inapropiadas)* (Ellis 1973, 1997a). Frente a situaciones adversas, es natural que los seres humanos, *deseen o prefieran* que éstas no estuvieran sucediendo, lo que genera fuertes emociones negativas, como tristeza,

desilusión, frustración o irritación (emociones saludables) (por ejemplo, el sujeto que siente una "profunda tristeza" porque lo abandonó la mujer que ama); estas emociones son funcionales y adaptativas, ya que permiten al sujeto, afrontar y tratar de solucionar las situaciones problemáticas para conseguir sus metas (Ellis & Dryden, 1989). El problema ocurre, y lamentablemente es bastante frecuente, cuando las personas, frente a las adversidades, *exigen u ordenan* que "estas cosas no existan o no estén pasando", lo que genera emociones negativas como depresión, ansiedad o ira (emociones negativas perjudiciales). Las emociones saludables son funcionales (y por tanto racionales), en el sentido de que facilitan la obtención de metas por parte del sujeto, y las perjudiciales son disfuncionales (y por tanto irracionales), ya que dificultan esta consecución.

Como veremos más adelante, la TREC ayuda a los clientes a: i) diferenciar estos 2 tipos de emociones negativas, ii) validar sus emociones negativas saludables, y iii) transformar las inapropiadas en apropiadas.

2.4 El modelo ABC.

El Modelo ABC (Ellis, 1988; Ellis & Bernard, 1990) constituye el eje teórico central de la TREC y se puede describir de la siguiente forma: las situaciones experimentadas por el sujeto o acontecimientos activantes (A), no producen directa y automáticamente las consecuencias emocionales (Ce) y/o conductuales (Cc), como se piensa generalmente, sino que estas consecuencias (C) son producidas por las interpretaciones o creencias (B, "beliefs") que tenemos sobre esos acontecimientos.

Si estas creencias son lógicas, funcionales y comprobables, se consideran racionales (Br) y van a determinar Ce y Cc apropiadas (aunque en algunos casos sean negativas); si, por el contrario, estas creencias son ilógicas, disfuncionales y poco comprobables, se consideran irracionales (Bi) y van a determinar Ce y Cc perturbadoras, y por tanto, el trastorno psicológico.

Como veremos en este Capítulo, el objetivo principal de la TREC es reemplazar las creencias irracionales (Bi) del paciente por creencias racionales (Br), utilizando como método la refutación o discusión (D), donde se cuestionan las hipótesis, teorías y sistema de creencias del individuo, adaptando el método científico a su vida cotidiana, y logrando nuevos efectos (E), tanto cognitivos (Ec) (nueva filosofía), como emocionales (Ee) y conductuales (Ec).

2.5 Las creencias irracionales.

2.5.1 Creencias irracionales v/s racionales.

Hemos señalado algunas de las características principales de las creencias irracionales y racionales. Ambas creencias pueden tomar diferentes formas (tipos de cogniciones) como: inferencias, pensamientos automáticos, atribuciones, evaluaciones (positivas y negativas) o conclusiones, además de imágenes, actitudes, símbolos y otras cogniciones sutilmente conscientes o inconscientes. Algunas de estas cogniciones, como pensamientos e inferencias, son más fáciles de traer a la conciencia y de encontrar en el lenguaje directo (Ellis, 1988, 1999a).

Es lamentable, señala Ellis, que las personas no usemos el lenguaje exclusivamente para hacer construcciones y narraciones sociales saludables (que

determinan emociones saludables), sino también usemos (o “mal usemos”) esta misma habilidad simbólica para construir narraciones autodestructivas e irracionales (Ellis, 1997b). La TREC plantea que las creencias y cogniciones en términos de *preferencias, esperanzas y deseos* (como por ejemplo, “desearía no haberme equivocado”), ayudan a generar conductas y sentimientos saludables y funcionales, y facilitan la obtención de metas, en cambio las creencias en términos de *dogmas y exigencias absolutistas o “debo de” o “tengo que”* (como por ejemplo, “no debería haberme tratado así”), generan sentimientos y conductas perjudiciales y dificultan la obtención de metas. Como hemos señalado, a las primeras se les ha llamado **creencias racionales** y a las segundas, **creencias irracionales**.

Las principales diferencias entre las creencias irracionales y las racionales la hemos graficado en la Tabla N°6.

2.5.2 Las principales creencias y cogniciones irracionales.

Ellis, en un intento por identificar y agrupar las creencias irracionales más comunes que mantienen los individuos, identificó 11 creencias irracionales básicas (Lazarus, 1980; Golfried & Golfried, 1993; Carrasco, 1997; Lega, Caballo & Ellis, 1997), utilizadas por la civilización occidental (véase Ellis, 1980, Cap. 3). Estas creencias constituyen el núcleo, desde donde se derivan la mayor parte de los trastornos emocionales (ver tabla N°7).

Tabla N°6. Principales distinciones entre creencias racionales e irracionales.

CREENCIAS RACIONALES	CREENCIAS IRRACIONALES
<p>Son cogniciones evaluativas que se caracterizan por ser probabilísticas, preferenciales o relativas.</p> <p>Se expresan en forma de deseos y gustos ("me gustaría", "quisiera", "deseo que", "no me gustaría", "preferiría").</p> <p>Cuando los sujetos no consiguen lo que <i>desean</i>, se generan emociones negativas que son apropiadas (como tristeza, preocupación, o disgusto), debido a las creencias racionales.</p> <p>Estas emociones no son disfuncionales, ya que no impiden la consecución de los objetivos y logros del sujeto.</p>	<p>Se caracterizan por ser dogmáticas, rígidas y absolutistas.</p> <p>Se expresan en forma de obligaciones, necesidades imperiosas y exigencias absolutistas ("tengo que", "debo de", "es absolutamente necesario que").</p> <p>Cuando las cosas no son como <i>deberían ser</i>, se producen emociones negativas perturbadoras (como depresión, ansiedad, ira, culpa, vergüenza, miedo o cólera), debido a las creencias irracionales.</p> <p>Estas emociones son disfuncionales, ya que impiden la consecución de metas y perturban al sujeto.</p>

En 1977, Ellis y Grieger, planteando un modo sencillo para identificar estas creencias irracionales, las agrupan en 3 grandes ideologías o exigencias absolutistas (Ellis & Grieger, 1981, 1990; Lega, Caballo & Ellis, 1997; Ellis, 1999a):

1. *Tengo que* (estoy absolutamente obligado a) actuar muy bien, y debo ganar la aprobación por mi forma de actuar, de lo contrario soy (toda mi persona) un "podrido".
2. Los demás *tienen que* actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo, si no lo hacen, son "detestables" y "condenables".

3. Las condiciones de vida *deben ser* absolutamente buenas y cómodas, para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad, si no es así, el mundo es "terrible", "tremendo", y "¡no puedo resistirlo!".

Tabla N° 7. Las 11 creencias irracionales de la TREC.

CREENCIAS IRRACIONALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Es una necesidad extrema el ser amado y aprobado por toda persona significativa para uno. 2. Para ser valioso hay que ser muy competente, capaz y exitoso en todo. 3. Hay personas viles, infames y malvadas, y deben ser castigadas y condenadas. 4. Es tremendo y catastrófico que las cosas no vayan por donde uno quisiera que fuesen. 5. La desgracia humana tiene causas externas y la gente tiene muy poca o ninguna capacidad para controlar sus penas y perturbaciones. 6. Si algo puede ser peligroso o terrible, debo sentirme constantemente inquieto por la posibilidad de que eso ocurra. 7. Es más fácil evitar, que afrontar ciertas responsabilidades y problemas en la vida. 8. Debo depender de los demás y necesito de alguien más "fuerte" en quién confiar. 9. Mi historia de vida es determinante y si algo me "afectó" alguna vez, debe seguir afectándome indefinidamente. 10. Debo sentirme muy preocupado por las dificultades de los demás. 11. Siempre existe una solución perfecta y correcta para cada problema, y si no se encuentra, es catastrófico.

La TREC señala que de estas 3 exigencias absolutistas, se derivan: i) las 3 principales conclusiones o evaluaciones cognitivas que poseen los sujetos (ver Tabla N°8), y ii) las 12 principales formas de cogniciones distorsionadas e irracionales (ver Tabla N°9) (Ellis & Dryden, 1989; Ellis & Lega, 1993; Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Tabla N°8. Las conclusiones cognitivas irracionales de la TREC.

CONCLUSIONES COGNITIVAS IRRACIONALES	
<i>Tremendismo (sentirte horrible)</i>	Tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo, lo cuál es una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia <i>esto no debería ser tan malo como es</i> . Por ejemplo "es terrible haber reprobado este ramo".
<i>Baja tolerancia a la frustración ("no-puedo-soportantitis"),</i>	Tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como <i>insufrible</i> ; la persona considera que no va a poder experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta o amenaza con presentarse en su vida. Por ejemplo "si ella termina conmigo, simplemente <i>no lo podría soportar</i> ".
<i>Condenación</i>	Tendencia a evaluar como <i>mala</i> la esencia humana, y <i>condenar</i> la valía de sí mismo, de las personas y el mundo en general, si no proporcionan lo que éste cree merecer incuestionablemente o el comportamiento propio no es el que <i>debería ser</i> . Por ejemplo "no debí tratarlo de esa manera, soy una persona <i>detestable</i> ".

Tabla N°9. Distorsiones cognitivas irracionales en la TREC.

DISTORSIONES COGNITIVAS IRRACIONALES	
<i>Todo o nada</i>	Las cosas se ven en categorías extremas de blanco o negro. Por ej. "si fracaso en algo, soy un <i>fracaso total</i> ".
<i>Salto arbitrario a conclusiones</i>	Se realiza una interpretación negativa (irracional), aunque no existan hechos que apoyen estas conclusiones. Por ej. "si los demás han visto mis errores, me ven como un completo estúpido".
<i>Adivinar el futuro</i>	Se anticipa y asegura que las cosas va a salir mal, aunque no existan evidencias que apoyen esta predicción. Por ej. "si hoy tuve una discusión con mi jefe, de seguro me va a hacer la vida imposible para siempre".
<i>Fijar la atención en lo negativo</i>	Se le da una especial atención a los hechos negativos aislados, ignorando todos los aspectos positivos de cada situación. Por ej. "esta discusión que tuve con mi pareja, torna desastrosa la relación".
<i>Descalificar lo positivo</i>	Se niegan o se les resta importancia a las experiencias positivas. Por ej. "cuando me felicitan por mis logros, lo hacen para que me sienta bien, no por mis capacidades".
<i>Siempre y nunca</i>	Se considera que lo negativo siempre va a ser así, y las situaciones positivas nunca van a ocurrir. Por ej. "Si las condiciones de mi vida son negativas, siempre van a ser así y, por lo tanto, yo nunca voy a ser feliz".
<i>Minimización</i>	Se reduce la importancia de las cualidades y aciertos propios o de otras personas. Por ej. "mis éxitos se deben a la casualidad, no a mis aciertos".
<i>Razonamiento emocional</i>	Se asume que las emociones personales reflejan el como son las cosas en realidad. Por ej. "Yo lo siento así, por lo tanto es así".
<i>Etiquetar y sobregeneralizar</i>	Se considera un hecho aislado negativo propio y se generaliza a toda las situaciones y a toda la persona. Por ej. "Si cometí una injusticia con mis hijos, es porque soy una persona despreciable".
<i>Personalizar</i>	Se asume la responsabilidad de los acontecimientos negativos en la propia persona. Por ej. "Si ahora estoy sin pareja, es porque no debería haber actuado como lo hice con mi ex novia".
<i>Estafa</i>	Se considera una "estafa" a los demás, cuando los otros valoran las propias acciones, porque ellos <i>no saben</i> lo despreciable que es uno. Por ej. "tarde o temprano mis hijos se darán cuenta, que su padre es un tipo que no vale nada".
<i>Perfeccionismo</i>	Se piensa que siempre las cosas podrían haber sido hechas mejor de lo que fueron. Por ejemplo, "aunque no estuve tan mal, <i>debería</i> haberlo hecho mejor".

2.6 La Ansiedad del yo y la Ansiedad situacional.

Hemos señalado la relación que existe entre las creencias irracionales o pensamientos distorsionados, y la perturbación emocional que sufren las personas. La TREC plantea que esta perturbación o tensión perturbadora, puede agruparse en 2 categorías: *perturbaciones del yo* y *perturbaciones incómodas* (Ellis & Dryden, 1989), que actualmente se les ha llamado *ansiedad del yo* y *ansiedad situacional*, respectivamente (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

La "ansiedad del yo" corresponde a la tensión emocional que resulta de la idea de *autocondena* donde las personas piensan: i) que su valor como personas está siendo amenazado, ii) que siempre "deben" comportarse perfectamente, iii) y que es horrible y catastrófico cuando fallan y/o si otras personas les rechazan.

La "ansiedad situacional" es la tensión emocional que se genera cuando no se satisfacen las exigencias dogmáticas sobre *bienestar y condiciones de vida cómoda*, que el individuo se ha exigido a sí mismo, a los otros y al mundo.

Por lo tanto, parece quedar claro, que una "autoaceptación" y un "alto nivel de tolerancia a la frustración", son 2 de los pilares fundamentales para un estilo de vida psicológicamente sano (Ellis & Dryden, 1989). Además, esto muestra el carácter humanista de la TREC, ya que ayuda a los seres humanos a aceptarse como "humanos", lo que implica: i) que son seres sujetos a errores, y ii) pueden experimentar situaciones adversas, que en algunas ocasiones son difíciles de manejar, pero es necesario aceptarlas. (Ellis 1973, 1998c).

2.7 Influencias teóricas.

Ellis ha reconocido diversas influencias teóricas, en los postulados centrales de la TREC, donde destacan principalmente:

1. Las corrientes filosóficas antiguas como son: i) la filosofía oriental de Confucio y Buda, que afirma como premisa esencial: "Cambia tu actitud y podrás cambiarte a ti mismo" y ii) la filosofía griega y romana (estoicos y epureos) como Epicteto, Marco Aurelio y la filosofía estoica en general, que podrían simbolizarse en la frase de Epicteto: "no nos preocupan las cosas, sino la visión que tenemos de ellas" (Epictetus, 1890).
2. Las posturas de filósofos de las ciencias más modernos como: a) Bertrand Russell y su enfoque sobre los métodos empíricos de las ciencia y de la lógica, b) Immanuel Kant, que en su filosofía idealista, plantea la relevancia de las limitaciones de las *ideas (cogniciones)* con respecto a la "veracidad" de los acontecimientos, c) K. Popper y Reichenbach, que conciben al hombre como un elaborador constante de hipótesis sobre la naturaleza del mundo, y resaltan la importancia de comprobar tales hipótesis, en lugar de asumirlas como correctas.
3. Por otra parte, se ha señalado que la TREC, a pesar de no estar de acuerdo con la devoción religiosa, coincide con la filosofía cristiana, en el sentido de condenar el "pecado" y no al "pecador". Ellis enfatiza que los *actos* erróneos, viles o negativos que cometen las personas, no implican que *ellos* sean personas, 100% viles o negativas (Lazarus, 1981; Ellis & Dryden, 1989).
4. En el ámbito de la psicología, existe influencia de dos enfoques teóricos: el psicoanálisis y el conductismo: i) En el primero, es clara la influencia de Karen

Horney (1950), quién identifica, al igual que la TREC, el pensamiento dogmático y la "tiranía de los debería" como punto central de la perturbación psicológica; también es fundamental la influencia de A. Adler (1927), quién resaltaba la importancia de la relación existente entre ansiedad y autodevaluación, y proponía el uso del método cognitivo-persuasivo y la enseñanza activo-directiva en la psicoterapia (Ellis, 1997e); ii) Con respecto al conductismo, existe influencia de dos pioneros de la Terapia de Conducta, J. Watson y R. Rayner (que vimos en el Capítulo 5), cuyos métodos de condicionamiento, no sólo le permitieron a Ellis superar sus propios temores a hablar en público y aproximarse a las mujeres, sino, además, lograr exitosos resultados terapéuticos en las terapias sexuales activo-directivas. (Ellis & Dryden, 1989; Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Con respecto a estas influencias quisiéramos acotar un punto que nos parece relevante para una mejor comprensión de la TREC. Como muchos autores lo han señalado y lo hemos expuesto en el Capítulo anterior, el marco teórico de Ellis, es congruente con el modelo cognitivo del procesamiento de la información y específicamente corresponde a una terapia de reestructuración cognitiva, ya que concibe las perturbaciones emocionales como producto de un procesamiento distorsionado de la realidad, manifestado a través de las creencias y cogniciones "irracionales".

2.8 La TREC frente al “constructivismo”.

Algunos terapeutas constructivistas actuales, que se definen como “posmodernistas”, han criticado a la TREC por su *racionalismo* (Guidano, 1994; Mahoney 1997a, 1998; Neimeyer, 1998), en el sentido de mostrar al cliente un modelo racional de creencias, perteneciente a una *realidad objetiva y universal*, y que por tanto, toda interpretación del sujeto que se aleje o difiera de este modelo, es catalogada como falsa, incorrecta o irracional .

Ellis reconoce que en los comienzos de la TREC (1955) y basado en el positivismo lógico, creía que existía algo “real” u “objetivo” que podía ser hallado a través de la experimentación científica y, por tanto, validaba las creencias racionales, por ejemplo, como *verdaderas o correctas*. Sin embargo, posteriormente y en la actualidad se autodefine como “constructivista” (Ellis, 1997c, 1999a) y sostiene que no existe una verdad absoluta o una realidad objetiva, sino más bien una *realidad confirmable o social*, que corresponde al consenso social que existe frente a los acontecimientos, es decir, la descripción común que tendría un grupo numeroso de observadores frente a un mismo acontecimiento (Lega, Caballo & Ellis, 1997). Al mismo tiempo, la TREC distingue a esta realidad, de la *realidad percibida* (semejante a la “realidad personal” de los constructivistas), que corresponde a la realidad tal como la percibimos, evaluamos e interpretamos a través de nuestro sistema nervioso (Ellis, 1999a).

Por lo tanto, las creencias racionales no existen en sí mismas como “verdaderas” o “reales”, sino que están determinadas por los valores humanos (metas) individuales, los cuales no son intrínsecamente correctos o incorrectos, sino que más bien, en su

mayoría, son *elegidos*. La "racionalidad" del pensamiento, va a estar determinada por su *funcionalidad*, es decir, por cuanto les ayuda al individuo a conseguir sus metas u objetivos (Ellis & Dryden, 1989; Ellis, 1997a).

Por otra parte, Ellis señala que aunque se ha demostrado desde Epicteto, que el constructivismo es una excelente forma de terapia, es criticable la postura de los grandes terapeutas constructivistas actuales (por ej. Guidano y Neimeyer), que conciben la terapia como un proceso *no directivo*, en que dejan en la propias manos del cliente y a merced de sus propios juicios neuróticos, la reconstrucción de sus conductas alteradas (Ellis, 1999a). Esto es riesgoso para los clientes por 3 razones: i) al aceptar que son responsables de haber creado su neurosis, y considerando sus creencias autoculpabilizadoras y condenatorias, se pueden convertir en personas más neuróticas; ii) a pesar de que teóricamente todos tienen la habilidad para el cambio terapéutico, generalmente no saben *como* hacerlo, por lo tanto, es necesario enseñarles, de una forma *activo-directiva*, a reconcer estas habilidades y como pueden utilizarlas técnicamente, iii) esta forma de terapia *no directiva* difícilmente logrará cambios *rápidos* en el cliente, lo cuál para Ellis, es terapéuticamente contradictorio, ya que la mayoría de los clientes acuden a la terapia en un estado de gran sufrimiento y perturbación, que los está convirtiendo en personas cada vez más ineficaces, por lo cuál "resulta más sabio ayudarlos a aliviar su sufrimiento tan pronto como sea posible, y avanzar en ese sentido hacia una reconstrucción de sus vidas" (Ellis, 1999a, pág. 165)

3. Procedimiento.

La TREC es un procedimiento terapéutico de tipo educativo y activo-directivo, en que los terapeutas ayudan y enseñan a sus clientes a identificar y modificar el origen filosófico de sus perturbaciones emocionales.

En la presente sección, describiremos las principales características de este proceso. En primer lugar, expondremos las características esenciales que debe tener un terapeuta de la TREC; luego señalaremos, las diferentes etapas que abarca el proceso terapéutico de la TREC; y, finalmente, detallaremos las principales técnicas utilizadas en la TREC, abarcando las técnicas que son específicas de la TREC (TREC Preferencial), como aquellas que son compartidas por otros enfoques (TREC General).

3.1 Estilo terapéutico de la TREC.

Ellis señala que para desarrollar y llevar a efecto adecuadamente este procedimiento, es recomendable que los terapeutas de la TREC:

1. *Acepten incondicionalmente* a los clientes, como individuos propensos a equivocarse y autodestruirse, incluso dentro de la terapia. La TREC asume que “ningún ser humano, por muy antisocial y horrible que nos parezca, puede catalogarse como condenable o subhumano” (Ellis & Dryden, 1989, pág. 16), por lo cuál se les enseña a los clientes a aceptarse a sí mismos y a detener la autodevaluación en los momentos que reconozcan la ineficacia de alguno de sus actos (Ellis, 1999b).

2. No duden en dar información sobre ellos mismos cuando la terapia lo requiera, procurando ser *genuinos* y auténticos en las sesiones de terapia. Los terapeutas pueden utilizar ejemplos de sus propias vidas y cómo los han resuelto.
3. Posean y utilicen el *sentido del humor* con la mayoría de sus clientes, ya que es frecuente que sus perturbaciones se deban a que toman su vida "demasiado en serio" y "agranden" sus problemas. La TREC suele burlarse irónicamente de los pensamientos irracionales del cliente (aunque no de éste, obviamente) (Ellis, 1997a).
4. Muestren una clase "especial" de *empatía*, donde además de darle a entender al cliente que comprenden como se siente (empatía "afectiva"), también le demuestran comprender su filosofía básica, que es fuente de sus perturbaciones (empatía "filosófica").
5. Adopten un estilo *activo-directivo*, ya que es necesario actuar de manera directa y vigorosa con los clientes, para ayudarles a darse cuenta de sus propias ideas irracionales y luego corregirlas (Ellis, 1997e, 1998b). Además, es frecuente que algunos clientes, especialmente los más perturbados, presenten cierta "resistencia" a la terapia, por lo cuál es necesario "bombardear" activamente sus defensas y "empujarlos" al cambio (Ellis, 1980; Ellis 1997a).

3.2 Etapas de la TREC.

El procedimiento de la TREC incluye varias etapas, en las cuales se utilizan diversas técnicas para lograr el cambio terapéutico.

En el presente apartado, expondremos las principales etapas de la TREC, donde se incluyen necesariamente algunas de las técnicas que describiremos en más detalle, posteriormente, en el siguiente apartado.

El procedimiento terapéutico de la TREC, abarca 5 grandes etapas: 1) evaluación; 2) la explicación del esquema ABC al paciente; 3) la detección de ideas irracionales; 4) la discusión de las creencias irracionales; y 5) la consecución de una nueva filosofía de vida.

3.2.1. Evaluación.

La primera etapa de la TREC es la *evaluación*, que consiste en conocer y evaluar las características esenciales de los problemas del paciente, y determinar qué tipo de problema específico presenta y cuáles pueden ser sus posibles ideas irracionales.

La evaluación se realiza en las primeras sesiones y abarca los siguientes métodos:

- i) *Pruebas estandarizadas*, que están diseñadas para evaluar o medir ideas irracionales, como por ejemplo, el "Test de actitudes y creencias de Burges", que en 1990 se ha elaborado una adaptación en español (Lega, Caballo & Ellis, 1997) (ver Apéndice B), y el "Registro de opiniones de Davis" (Olivares & Méndez, 1998);
- ii) *Entrevistas clínicas de evaluación*, donde, en primer lugar, se le asigna al paciente una categoría diagnóstica basada en la nomenclatura del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), y, en segundo lugar, se ayuda al cliente a: 1) visualizar las características principales de su perturbación (por ej. identificación y distinción de emociones negativas, apropiadas e inapropiadas), y 2) identificar y verbalizar sus pensamientos,

creencias, actitudes y filosofías, a través de preguntas como “¿Qué pasaba por su cabeza en esos momentos?” o “¿Qué se decía a sí mismo?”. Como es común encontrar que, en respuesta a estas preguntas, aparezcan pensamientos automáticos o inferencias y no creencias irracionales nucleares, el terapeuta debe procurar ayudar al cliente, por medio de métodos de interpretación o encadenamiento (que veremos más adelante), a lograr identificar sus creencias irracionales.

Es necesario acotar, que en la metodología de la TREC, los A (acontecimientos activadores) y C (emociones y conductas perturbadoras) se evalúan antes que los B (creencias irracionales), ya que son éstos los que, comúnmente, el paciente refiere como: el o los “problemas” que lo perturban (la C) y sus respectivas “causas” (la A). Por ejemplo, si un paciente ha tenido una “ruptura amorosa” (A), y se encuentra en un estado depresivo (C), seguramente irá a la terapia por estar sufriendo C, a causa de A (ver modelo ABC que hemos expuesto en la sección 2).

Por otro lado, en el proceso de evaluación del C, es común encontrar lo que Ellis llama *problemas secundarios*, que se superponen a los *problemas primarios*, es decir, los pacientes se perturban (problema secundario) a causa de sus perturbaciones (problema primario), lo que generalmente hace difícil abordar el problema original. Es común, por ejemplo, que los sujetos se sientan *deprimidos por su depresión*, *ansiosos por su ansiedad* (cuando tienen una baja tolerancia a la frustración) o *culpables por sus enfados* (Ellis & Dryden, 1989).

El terapeuta junto al paciente, se centran en primer lugar en este tipo de problemas, que nosotros llamaremos *metaperturbaciones*, y, posteriormente en los problemas primarios.

3.2.2 Explicación del Esquema ABC.

Esta etapa consiste en explicar al paciente de manera directa y didáctica (por ej. Sank & Shafer, 1993, Cap. 5), las características principales del modelo ABC de Ellis (que hemos descrito en la sección anterior). Este es uno de los primeros pasos en la TREC y tiene como objetivo que el paciente: i) conozca y entienda el modo en que se producen nuestras emociones y conductas, para poder identificar y cuestionar, posteriormente, los aspectos irracionales de sus procesos cognitivos, y ii) logre aumentar su capacidad de autocontrol, al darse cuenta que es él, el propio responsable de sus cogniciones erróneas y que, por lo tanto, puede lograr cambiarlas si lo intenta.

Para que estos objetivos se cumplan es necesario que el paciente, a través del esquema ABC, comprenda y asuma específicamente que: 1) sus ideas y creencias tienen un papel fundamental en sus problemas emocionales y de conducta; 2) aunque sus ideas irracionales hayan sido aprendidas en experiencias tempranas desagradables, el verdadero problema es que sigue, actualmente, utilizando esas mismas creencias, en la interpretación de los acontecimientos de su entorno; 3) para librarse de sus problemas no existe otro método que observar, cuestionar y debatir enérgicamente las creencias irracionales, y, finalmente 4) puede aceptarse a sí

mismo, aunque haya creado y siga manteniendo sus propios problemas emocionales (Grieger, 1990; Carrasco, 1997).

3.2.3 Detección de Ideas Irracionales.

Esta etapa consiste en desarrollar en el cliente la habilidad para identificar sus creencias irracionales a partir de sus conclusiones, inferencias y pensamientos irracionales. El objetivo final es, en definitiva, ayudar al paciente a detectar sus "tengo que" y "debo de", que están determinando sus perturbaciones emocionales.

Este procedimiento, técnicamente, abarca 3 pasos:

- 1) *Diferenciación de conductas y emociones apropiadas de las inapropiadas.* Esta estrategia será explicada más adelante (en el siguiente apartado) en las técnicas emocionales de la TREC preferencial.
- 2) *Identificación de los acontecimientos en A que ocurren antes de las consecuencias desadaptativas en C.* Esto consiste en identificar qué situación (es) ocurre (n) justo antes de experimentar sentimientos o conductas disfuncionales, para luego identificar las cogniciones irracionales con respecto a estos acontecimientos.
- 3) *Detección de pensamientos y creencias irracionales (Bi) que acompañan los A que conducen a los C inapropiados.* Esta estrategia consiste en identificar las cogniciones evaluativas, inferencias, conclusiones y creencias irracionales que el sujeto tiene con respecto a los As y que están determinando las consecuencias emotivo-conductuales en C. Esta es el paso central de esta etapa y corresponde a una de las técnicas cognitivas más importantes de la TREC preferencial y lo explicaremos a continuación. Hemos señalado anteriormente a qué se refiere Ellis

con "ideas irracionales", y parece quedar claro que la mayor relevancia de este tipo de pensamiento es la disfuncionalidad y contraproducencia que significa para el sujeto. Ellis señala que una de las tareas fundamentales del terapeuta, y que cómo hemos mencionado, se hace importante desde la etapa de evaluación, es ayudar a sus pacientes a identificar y verbalizar estos pensamientos, con preguntas cómo: ¿qué estaba pasando por su cabeza en esos momentos?, ¿qué se estaba diciendo a sí mismo?, ¿qué pensaba sobre la (s) persona (s) que estaban ahí?, ¿qué pensaba sobre la situación?, etc (Caballo, Andrés & Bas, 1997; Lega, Caballo & Ellis, 1997). Sin embargo, las creencias e ideologías irracionales nucleares (qué hemos enumerado anteriormente) no son fáciles de hallar muchas veces, y no es habitual que aparezcan como respuestas a estas preguntas (aunque a veces sucede), por lo cuál es recomendable buscar y detectar las conclusiones irracionales que se derivan de ellas (ver Tabla N°8), junto a una gran cantidad de pensamientos distorsionados e irracionales como la minimización, el razonamiento emocional y el perfeccionismo (ver Tabla N°9), que pueden aparecer en las verbalizaciones del paciente, y que hemos descrito en la sección anterior. Los terapeutas de la TREC, entonces, buscan identificar junto al paciente, las distorsiones cognitivas y los "tremendismos", "no-soportantitis" y "condena", mostrándole a éste, cómo derivan de sus exigencias absolutistas *tengo que* y *debo de* (Ellis & Dryden, 1989), que se detectarán posteriormente. Sin embargo, también puede suceder que estas cogniciones (conclusiones y distorsiones), no sean tan claras de identificar, frente a lo cuál es pertinente tomar, en general, los pensamientos, inferencias, observaciones y evaluaciones del paciente y emprender la búsqueda de las creencias irracionales centrales, a

través de los siguientes métodos: (i) *insight inductivo*, donde se toman en cuenta y recogen una serie de inferencias y pensamientos irracionales, para intentar percibir algún aspecto común, que sugiera alguna creencia irracional subyacente (Lega, Caballo & Ellis, 1997), y, (ii) *encadenamiento de inferencias*, donde el terapeuta trabaja con la "hipótesis" de que el pensamiento irracional es verdad (aunque sabe que es falso), y va guiando al paciente a descubrir la (s) inferencia (s) que le sigue (n). Se le pregunta por ejemplo "¿Qué pasaría si eso fuese verdad?", "¿Qué significa que así sea?", las que van produciendo nuevas inferencias encadenadas, hasta que se llega a descubrir la creencia irracional nuclear.

Para lograr la generalización de estas estrategias, se asignan tareas que implican registrar los acontecimientos activadores, creencias irracionales y consecuencias emocionales que ocurren entre sesiones, como por ejemplo, las *hojas para la identificación de ideas*, donde los pacientes van registrando los acontecimientos activadores que suscitan ideas irracionales (Lega, Caballo & Ellis, 1997) (ver Apéndice C).

3.2.4 Discusión de las Ideas Irracionales.

El *Discusión (D) o Refutación de creencias irracionales* es la principal técnica de la TREC preferencial y núcleo central del procedimiento de la TREC (Ellis, 1999a). Se trata de un proceso lógico y empírico, en que se ayuda al paciente a que examine detenidamente y parte por parte, cada una de sus creencias irracionales, para enfrentarlas científicamente, es decir, a través de contrastaciones empíricas y

validaciones lógicas. Tiene como objetivo que el paciente aprenda y logre manejar una nueva forma (un método científico) para el análisis y cuestionamiento de su pensamiento disfuncional (Sank & Shafer, 1993; Lega, Caballo & Ellis, 1997). Al respecto, Ellis ha señalado recientemente que "lo científico" de la nueva forma de pensar, no sólo implica el uso de la lógica y el empiricismo (que caracteriza a las creencias racionales), sino que además implica la revisión y cambio constante de teorías que componen las creencias (en una postura Poppereana), cambiándolas por otras más válidas si es necesario, imponiendo la flexibilidad a la rigidez y la apertura al dogmatismo (en Ellis & Lega, 1993).

Este proceso de discusión, abarca 3 fases (las 3 D):

1.- La primera de ellas consiste en *distinguir* entre: lo que se quiere y lo que se necesita; los deseos y las exigencias (necesidades imperativas); las ideas racionales de las irracionales; el pensamiento lógico del ilógico, lo que es *indeseable* de lo que es *insoportable*, etc. (Ellis & Grieger, 1981; Méndez, Olivares & Moreno, 1998).

2.- Posteriormente, se ayuda al paciente a *definir* o redefinir semánticamente sus creencias irracionales, adquiriendo creencias más racionales, que podrán adoptarse en el futuro, de modo que produzcan y mantengan en el tiempo cambios significativos, tanto emocionales como conductuales. (Carrasco, 1997).

Uno de los obstáculos que existe en esta fase, es que las personas presentan cierta "resistencia" a dejar de pensar como lo hacen, aún sabiendo las consecuencias negativas que esto les trae. En general, en esta etapa de la TREC, los clientes suelen encontrarse con los siguientes conflictos (Grieger & Boyd, 1981):

1) la disonancia o desacuerdo cognitivo-emotivo, donde el cliente se da cuenta de sus ideas irracionales, pero sigue sintiéndose perturbado; 2) el miedo a perder la

propia "identidad" por asumir nuevas ideas que vienen de otros; 3) resistencia a la terapia, ya que debido a su tendencia autoculpabilizadora y autodevaluadora, tienen temor a encontrarse con sus errores y falencias; 4) miedo a ser "mediocres" por abandonar las ideas de perfeccionismo, de empeño y éxito, en cada una de sus tareas (Ellis & Grieger, 1981).

3.- La tercera fase y principal de esta etapa, es la de *debatir* las creencias irracionales (esta fase es la forma "técnica" de lograr la fase 2). Técnicamente, existen 2 tipos de debate: el *debate filosófico* y el *debate empírico* (Ellis & Grieger, 1981; Lega, Caballo & Ellis, 1997).

El "debate filosófico" pretende demostrar al paciente la falta de lógica de su pensamiento, lo contradictorio e inconsistente que puede ser, manifestado en el hecho de que las conclusiones no corresponden generalmente a las premisas en que se basan. Se podría preguntar, por ejemplo, ¿es lógico lo que usted está diciendo?, ¿en base a qué deduce usted esa idea?; por ejemplo, en el caso de la madre que tiene la creencia de que "la buena madre es aquella que es capaz de satisfacer todas las necesidades de sus hijos", que es una premisa básica errónea, es muy posible que piense además "este último tiempo no he podido dar a mi hijo toda la atención que necesita, por lo tanto, no soy una buena madre" (conclusión que se deriva de una premisa falsa por lo tanto es falsa), frente a lo cuál, el debate filosófico va a demostrar la carencia de lógica.

En el "debate empírico", lo que se busca es que el paciente pueda observar y comprobar la evidencia empírica o la objetividad de sus hipótesis (creencias). Se podría preguntar por ejemplo "¿cómo se puede probar lo que usted está diciendo?", "¿Cuándo Ud. dice *siempre*, significa que ocurre el 100% de las veces así?", "me has

dicho que eras un excelente estudiante en el colegio ¿cómo me puedes decir que *siempre* has sido un fracasado en todo?”.

Las preguntas y las forma en que se haga el debate, no sólo va a depender de cuál de estos dos tipos de debate se esté haciendo, sino del estilo que use el terapeuta y posteriormente el paciente para debatir. Existen 4 estilos principales de debate (Lega, Caballo & Ellis, 1997): *socrático, didáctico, humorístico y revelador de sí mismo* (ver Tabla N°10).

Es necesario señalar, que en muchas ocasiones los pacientes no tienen las habilidades intelectuales necesarias para realizar un debate o refutación cognitiva. Para estos casos es pertinente, según Ellis, hacer un *entrenamiento en autoinstrucciones* y consiste en que el paciente se diga a sí mismo una serie de instrucciones racionales que se irán pactando en las sesiones de la terapia y como tarea para la casa. Estas instrucciones se irán memorizando e interiorizando, y se utilizarán especialmente cuando se presenten los acontecimientos activadores, que causan malestar emocional o conductas desadaptadas (Carrasco, 1997).

Como resultado de la discusión, se van adquiriendo creencias racionales que reemplazan a las irracionales (Sank & Shafer, 1993; Plaud y otros, 1998), lo que va favoreciendo la salud psicológica de las personas.

Tabla N°10. Estilos de debate en la TREC.

ESTILOS DE DEBATE	
<i>Socrático</i>	Es el estilo más usado y consiste en preguntar al cliente sobre las ideas irracionales, apuntando a su carencia de funcionalidad, falta de lógica (debate filosófico) e inconsistencia empírica (debate empírico).
<i>Didáctico</i>	Consiste en explicar cada uno de los conceptos que se usan en la TREC, asegurándose (a través de preguntas) que el paciente comprende estos conceptos. Se puede preguntar por ejemplo, "¿podría explicarme con sus palabras en que consiste el <i>debate</i> que estamos haciendo?".
<i>Humorístico</i>	Consiste en "ridiculizar" las ideas irracionales del paciente (no a él) con el fin de ayudar al paciente a darse cuenta de la inconsistencia y falta de veracidad de sus creencias. Por ejemplo, si un paciente indica que "no puede soportar haber perdido una apuesta con un amigo", se le podría decir: "en realidad es terrible lo que Ud. me cuenta, si de solo escucharlo se me hace insoportable".
<i>Revelador de sí mismo</i>	Consiste en que el terapeuta se pone como ejemplo de un individuo que ha experimentado la irracionalidad de los pensamientos, en problemas similares a los del paciente, y que ha logrado superarla y reemplazarla por una manera de pensar más racional.

3.2.5 Adquisición de una nueva filosofía.

El objetivo final de la TREC, es justamente conseguir un nuevo Efecto (E) en el paciente, determinado principalmente por una nueva filosofía (efecto cognitivo) o modo de pensar del paciente, y que se reflejará, además, en nuevos efectos emocionales y conductuales, más funcionales que los que existían anteriormente en C (Sank & Shafer, 1993). En esto consiste precisamente esta última etapa de la

TREC, que tiene como objetivo una reestructuración cognitiva o filosófica en el sujeto, una nueva forma de pensar, lo que Ellis llama "solucion elegante" en terapia (Ellis, 1997a y b). Este efecto tiene la virtud de ayudar a los clientes no sólo a *sentirse* mejor, sino también a *estar* mejor (Ellis, 1997d).

Para que este nuevo efecto se logre, Ellis señala que el cliente debe:

1. Trabajar firme, energética y emotivamente, para deshacer las creencias irracionales, que tienen una base biológica y de aprendizaje fuerte, y seguir cambiándolas, a futuro, por deseos y preferencias de autoayuda (Ellis & Grieger, 1981; Ellis, 1997a).
2. Una vez superadas las etapas anteriores de la TREC (incluyendo la detección y discusión de las ideas irracionales), trabajar para interiorizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos multimodales de cambio (cognitivos, emotivos y conductuales) y mantener el enfrentamiento de las creencias irracionales por el resto de sus vidas, como si fueran sus propios terapeutas (Ellis & Dryden, 1989; Lega 1995; Lega, Caballo & Ellis, 1997).

En este sentido, Ellis señala que la visión del hombre de la TREC es bastante optimista, ya que a pesar de aceptar que éste tiene una tendencia biológica a pensar irracionalmente, también reconoce que tiene la capacidad de *elegir* trabajar arduamente para cambiar este pensamiento distorsionado y autodestructivo.

Una de las estrategias más utilizadas por la TREC en esta etapa, son las *tareas cognitivas para la casa* (otra de las importantes técnicas cognitivas de la TREC preferencial), entre las cuáles se encuentra:

- El *Formulario de Autoayuda* de la TREC (ver Apéndice D), donde los pacientes van detectando y debatiendo determinadas creencias irracionales, y registrando posteriormente las nuevas consecuencias emocionales y conductuales, fortaleciendo de este modo, esta nueva manera de pensar (Lega, 1997).
- El *Diario de debate*, donde se mantiene un registro de situaciones “provocadoras” de pensamientos irracionales, los cuales también se registran y se discuten (debate filosófico y/o empírico), para ser reemplazados por pensamientos racionales, que también son registrados (Lega, Caballo & Ellis, 1997) (ver Apéndice E).
- La *biblioterapia*, que consiste en asignar a los clientes la lectura de libros, artículos y panfletos, relacionados con la teoría y práctica de la TREC, con el fin de ampliar y consolidar la comprensión de los principios básicos de ésta.
- Los *casetes de audio*, en que se graban una o varias sesiones de la terapia y el paciente debe escucharlas entre sesiones practicando, por ejemplo, el debate de las ideas irracionales, lo cuál permite favorecer la generalización de los efectos terapéuticos.

Esta estrategia o técnica va a permitir 3 cosas: i) que el paciente practique la identificación y discusión de ideas irracionales, y por tanto, adquiera nuevas creencias más racionales, que es el objetivo final de la TREC; ii) que el terapeuta y el paciente tengan un “índice objetivo” del progreso de este último; y iii) que el paciente logre, a través de la práctica de las habilidades entrenadas en la terapia, enfrentar y manejar distintas situaciones estresógenas a futuro, generalizando el trabajo terapéutico.

Es común que las tareas sean asignadas al final de la sesión y se revisen al comienzo de la próxima sesión; además, son elaboradas entre terapeuta y paciente, lo cuál aumenta el grado de compromiso y cooperación del paciente.

3.3 Técnicas utilizadas en la TREC.

La TREC utiliza una gran variedad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales para lograr el cambio multimodal del paciente, y considera, además, que se pueden utilizar técnicas provenientes de otros enfoque terapéuticos, siempre y cuando sean consistentes con su teoría, lo que representa un "eclecticismo teóricamente consistente" (Ellis & Dryden, 1989; Carrasco, 1997).

Es necesario aclarar, que es probable que cada técnica utilizada por la TREC, tenga elementos cognitivos, emotivos y conductuales (no hay técnicas "puras"), sin embargo, siempre predomina un proceso psicológico que permite agruparlas de esta forma (Ellis & Dryden, 1989).

Las técnicas que son compartidas por otros enfoques terapéuticos (especialmente dentro de la TCC), constituirían la "TREC General", y las que son específicas de la TREC, la "TREC Preferencial".(Lega, Caballo & Ellis, 1997).

3.3.1 Técnicas de la TREC Preferencial.

La mayor parte de las técnicas utilizadas en la TREC, corresponden a la TREC preferencial, que tiene como objetivo animar a los clientes a lograr un cambio filosófico profundo, abandonando sus procesos de pensamiento perturbadores e irracionales, cambiándolos por pensamientos preferenciales y más racionales.

Las TREC preferencial está compuesta especialmente por técnicas cognitivas y en menor medida, por técnicas emocionales (las técnicas conductuales que utiliza la TREC pertenecen a la TREC general). Como hemos expuesto en las páginas anteriores, dentro del encabezado "Etapas de la TREC", en qué consisten las principales técnicas cognitivas, es decir, *Detección de creencias irracionales*, *Discusión o refutación de ideas irracionales*, y *Tareas para la casa cognitivas (formularios, grabaciones y biblioterapia)*, y que constituyen el aspecto central de la TREC preferencial, a continuación señalaremos las técnicas emocionales más importantes de la TREC preferencial.

Técnicas emocionales

1) Ejercicios para atacar la vergüenza

Ellis señala que cuando realizamos actos que llamamos "vergonzosos", sentimos incomodidad y pesar, y pensamos irracionalmente "no está bien lo que estamos haciendo... sería mejor dejar de hacerlo y no volver a repetirlo", y en consecuencia, tratamos de evitarlo. Esta tendencia humana a experimentar la vergüenza, que puede ser funcional en el sentido de protegernos de conductas antisociales o erróneas, sólo se hace disfuncional cuando sobregeneralizamos irracionalmente y en vez de considerar nuestro actos como vergonzosos, consideramos todo nuestro ser como "inpresentable" o "vergonzoso" (Ellis 1999a).

En los ejercicios para atacar la vergüenza se entrena al cliente para que se enfrente a aquellas situaciones que le provocan perturbación emocional (vergüenza y pesadumbre) (Gerbode, 1998). El objetivo es que el paciente se de cuenta: i) de todas las ideas irracionales que afloran en esa situación, ii) de cómo éstas

determinan las consecuencias emocionales que él experimenta; y iii) como al cambiar el pensamiento (haciéndolo más racional) cambian las consecuencias.

El procedimiento consiste en que el paciente se enfrente a diferentes situaciones que representan incomodidad y vergüenza, como por ejemplo, "anunciar en voz alta la nueva estación del tren" o "decirle a un mozo que no tiene como pagar lo que se ha servido". El paciente comprueba, por un lado, que puede realizar muchas de estas experiencias incómodas, que aunque son complicadas y desagradables, no son *terribles o insoportables*, y, aunque seas inadecuadas o ineptas, no implican que ellos, como personas, sean *inadecuados o ineptos* (Lega, 1997; Lega, Caballo & Ellis, 1997; Ellis, 1999a).

2) Distinción entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas

Esta técnica consiste en ayudar al paciente a reconocer la distinción entre emociones saludables o apropiadas y emociones perjudiciales o inapropiadas, donde las primeras se caracterizan por ser funcionales y basadas en preferencias, y las segundas son disfuncionales y basadas en exigencias y demandas (ver sección 2 de este Capítulo). Esta *distinción de emociones*, se va realizando durante todo el proceso de la TREC (desde la etapa de "evaluación") y de manera especial en la etapa de "detección de ideas irracionales", y tiene como objetivo: i) lograr un lenguaje o nomenclatura común para las emociones (entre terapeuta y paciente), y ii) que el paciente acepte y valide la existencia de emociones negativas saludables, que posiblemente siempre existirán en forma natural, frente a determinadas circunstancias negativas y, por lo demás, pueden ser adaptativas para enfrentar estas situaciones.

Para lograr fortalecer la comprensión de esta diferenciación, se utiliza frecuentemente la *lista de emociones apropiadas/inapropiadas*, donde se registran situaciones provocadoras de emociones negativas (“contexto”), frente a las cuáles se identifican, distinguen y registran, las emociones negativas perjudiciales (“irracionales”) y emociones negativas saludables (“racionales”) que producen (Lega, Caballo & Ellis, 1997) (ver Apéndice F).

Con el curso de la terapia y la aplicación de las distintas técnicas de la TREC (la “Refutación”, por ejemplo), el paciente va logrando identificar y refutar las ideas irracionales, e internalizar las nuevas creencias racionales, lo que implica ir transformando las emociones negativas inapropias en emociones saludables.

3.3.2 Técnicas de la TREC General.

Estas técnicas son compartidas con otras formas de terapia, sin embargo, son adaptadas por la TREC con el fin de hacerlas consistentes con su teoría. Entre las más importantes se encuentran las técnicas emotivas *Imágenes racional emotivas* e *Hipnoterapia racional emotiva*, y las técnicas conductuales *Entrenamiento en HHSS* y *Uso de refuerzos y castigos* (Ellis & Grieger, 1990; Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Técnicas emotivas

1) Imágenes racional emotivas

La técnica de *Imágenes racional emotivas (IRE)*, fue desarrollada inicialmente por M. Maultsby (1971), y posteriormente incorporada y adaptada a la TREC, como una de sus principales técnicas (Maultsby, 1981a y b; Carrasco, 1997),

La versión original de Maultsby tiene como objetivo que el paciente, según el esquema ABC, descubra y discuta las ideas irracionales en B y proponga creencias racionales más funcionales para una situación A determinada. Consiste en lo siguiente: i) se le pide al paciente que se relaje profundamente (por ej. con la "relajación progresiva" de Jacobson); ii) cuando ya se ha relajado, se le pide que imagine la situación A correspondiente, que provoca malestar emocional; iii) se le solicita al paciente que aplique todo lo entrenado anteriormente, es decir, el debate y la aplicación de las nuevas ideas racionales; y, finalmente, iv) se le pide que se *sienta* de acuerdo a los nuevos pensamientos. Por lo general los pacientes relatan sentirse mejor, debido al cambio de pensamientos.

Ellis replantea la técnica de Maultsby (aunque es semejante) y se trata de lo siguiente: i) se le pide al cliente que se relaje; ii) luego se le pide que imagine una situación A que causa perturbación emocional; iii) se le pregunta al sujeto sobre las emociones desagradables que está experimentando (depresión, ansiedad, ira, etc.) y se le pide que trate de cambiarlas por otras más saludables como tristeza, preocupación o malestar; y iv) cuando el paciente manifiesta que ha logrado el cambio emocional, se le pide que explique cómo lo hizo y que tipo de pensamiento utilizó para este cambio. Es frecuente que los pacientes señalen que han remplazado un pensamiento irracional hacia sí mismos, por uno racional (Ellis, 1999a).

Es necesario recalcar que esta técnica debe repetirse muchas veces. Ellis ha propuesto repetir las IRE 30 días seguidos por cada emoción negativa que se pretenda cambiar, para que el cambio sea verdaderamente eficaz (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Esta técnica también ha sido llamada *debate por medio de la imaginación* (véase Caballo, Andrés & Bas, 1997).

2) Hipnoterapia racional emotiva

Esta técnica consiste en dar instrucciones a los pacientes para identificar y discutir las ideas irracionales, bajo un estado hipnótico o de profunda relajación. La TREC desde sus comienzos fue incorporando la hipnosis entre sus procedimientos, (especialmente en pacientes "psicóticos límites"), ya que al enfatizar el uso repetitivo y enérgico de argumentos e instrucciones racionales, es de gran utilidad usar procedimientos sugestivos propios de la hipnosis (Dryden & Ellis, 1988; Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Esta técnica abarca las siguientes etapas:

1. Utilizando algunas variaciones de la relajación progresiva de Jacobson, se sumerge al paciente en la sesión terapéutica, dentro de un lapso de 10 minutos, en un estado de profunda relajación.
2. Una vez que el paciente está absolutamente relajado (en un estado prehipnótico o en hipnosis profunda), se le dan instrucciones, durante 10 minutos también, para que identifique las ideas irracionales específicas que causan sus perturbaciones emocionales y posteriormente las enfrente (discuta), tal como ha aprendido en la terapia.
3. Una vez que esto se realiza en la sesión de terapia, se graba en una cinta, y se le pide al paciente, como tarea para la casa, que escuche la cinta por lo menos una vez al día durante los próximos 30 o 60 días.

Uno de los mayores riesgos de la *hipnoterapia racional emotiva*, es que puede crear cierta dependencia del terapeuta (o de su voz), mientras que lo que más importa es que el paciente sea y se sienta el *agente* de su propio cambio.

Técnicas conductuales

Las técnicas conductuales que se usan en la TREC (TREC general), solo tienen sentido por el hecho de que el cambio conductual puede facilitar el cambio cognitivo (Carrasco, 1997; Jackson & Chadwick, 1997).

Las técnicas conductuales más utilizadas son las siguientes:

1) Entrenamiento en Habilidades Sociales¹

Esta técnica es una adaptación del "Entrenamiento en habilidades sociales" (Carrasco, 1997), perteneciente del enfoque del Aprendizaje Social de la Terapia de Conducta (ver Tabla N° 1).

Consiste en representar durante las sesiones, las situaciones sociales en las que se producen perturbaciones emocionales o conductuales, con el fin de debatir las creencias irracionales presentes en estas situaciones, reemplazándolas por nuevas creencias racionales. El proceso abarca los siguientes pasos: i) Se le pide al paciente que relate o represente las situaciones sociales perturbadoras para que afloren las creencias irracionales, ii) una vez detectadas estas creencias, el terapeuta ayuda al cliente a practicar las habilidades de discusión y debate aprendidas, iii) el terapeuta adopta el rol del cliente en estas situaciones, para que aparezcan nuevamente las

¹ Habría que aclarar que esta técnica, al estar basada en las teorías de Bandura, podría catalogarse como "cognitivo conductual" (modelo integrado), pero en ningún caso "puramente" conductual.

creencias irracionales específicas, iv) el paciente, en el rol de terapeuta, debate estas creencias, reemplazándolas por otras más racionales.

2) Uso de refuerzos y castigos

Esta técnica consiste en la autoaplicación por parte del paciente, de refuerzos y castigos en base al cumplimiento (o no cumplimiento) de los objetivos de la terapia y de las tareas para la casa. Esto tiene como objetivo, resaltar la idea de que el paciente es el agente de su propio cambio y que por lo tanto, puede autocontrolar su progreso y el cumplimiento de las actividades que demanda la terapia (Ellis, 1999a). El paciente puede elaborar un “contrato conductual”, en el que especifique: qué refuerzo (s) se va a otorgar por la realización de determinada (s) conducta (s) (por ejemplo, la práctica de la “discusión”), y qué castigo (s) se autoimpondrá, por la no realización de conducta (s) favorable (s) (por ejemplo, no atreverse a “atacar” su vergüenza).

Esto es especialmnete relevante para aquellos pacientes que son reacios a hacer las tareas para la casa, o para aquellos que, por su baja tolerancia a la frustración, tienden a ser irregulares en sus prácticas terapéuticas.

Entre las técnicas conductuales de la TREC general, también se ha utilizado frecuentemente la desensibilización sistemática en vivo y la inundación.

3.4 Consideraciones finales.

Hemos visto que el eje central del procedimiento de la TREC consiste, fundamentalmente, en lograr la identificación de cogniciones o creencias irracionales (disfuncionales) y sus correspondientes consecuencias emotivo-conductuales perturbadoras, para posteriormente, por medio de procedimientos multimodales, enfrentar y refutar estas creencias, reemplazándolas por nuevas formas de pensamiento racionales, que determinarán nuevas consecuencias (cognitivas, emotivas y conductuales) adaptativas y funcionales, que pueden ser mantenidas a futuro.

Ellis señala que una forma de evaluar si el proceso de la TREC ha sido eficaz, especialmente por ser una terapia breve e intensa, es analizar si en el cliente se han producido, de manera específica, 3 insights cognitivos (Ellis & Dryden, 1989; Ellis, 1999a):

Insight N°1. Darse cuenta de que las perturbaciones psicológicas están determinadas principalmente por las creencias absolutistas e irracionales que se sostienen sobre los acontecimientos negativos (esto se consigue generalmente al explicar el esquema ABC, en la 2ª etapa de la TREC).

Insight N°2. Darse cuenta de que las perturbaciones se mantienen *en el presente*, porque continúan readoptándose con sus creencias irracionales. (lo que se va logrando en la etapa de "detección de ideas irracionales").

Insight N°3. Darse cuenta de que la única forma de cambiar las creencias irracionales y hacer que disminuyan sus creencias irracionales, es trabajar constante y arduamente para combatirlos. (esto se logra generalmente en las últimas 2 etapas de la TREC).

4. Aplicaciones prácticas.

La TREC ha sido aplicada a un gran número de trastornos emocionales. En cada uno de estos cuadros específicos, las personas mantienen las mismas cogniciones irracionales (creencias, conclusiones, distorsiones) que hemos descrito en este Capítulo (centradas en los “tengo que” y “debo de”), con algunas distinciones de contenido mínimas.

Las aplicaciones clínicas más importantes de la TREC, han sido en los siguientes trastornos emocionales:

- Trastornos de ansiedad: fobia social, ansiedad de hablar en público (Buceta & Bueno, 1990), tartamudez, ansiedad ante los exámenes, agorafobia (Ellis & Grieger, 1990).
- Depresión (Lega, Caballo & Ellis, 1997).
- Disfunciones sexuales (frigidez, impotencia) (Ellis, 1980; Ellis & Grieger, 1981, 1990; Ellis & Bernard, 1990; Lega, Caballo & Ellis, 1997).
- Problemas de pareja (de adolescentes y matrimoniales) (Ellis 1980, Ellis & Grieger, 1981, 1990; Ellis & Bernard, 1990).

- Asertividad (Lange, 1981; Lega, Caballo & Ellis, 1997).
- Alcoholismo y drogadicción (García, 1996).
- Obesidad (Faith, 1997).
- Homosexualidad (Ellis, 1980)
- Esquizofrenia y psicosis (Ellis, 1980; Ellis & Grieger, 1981)
- Trastornos de impulsividad: obsesiones (Watkins, 1981).

La TREC se ha aplicado a adultos, adolescentes, estudiantes, niños (De Voge, 1981; Di Giuseppe, 1981), mujeres (Ellis & Grieger, 1981; Lega, 1991), grupos matrimoniales (Mc Clellan & Stieper, 1981), y a diferentes áreas como: salud (Ellis & Bernard, 1990; Maciá y otros, 1993; Buceta & Bueno, 1996;), industria (Lega, 1991; Caballo, 1997), deporte (Ellis & Bernard, 1990) y educación (Knaus, 1981; Vernon, 1998). Ellis recientemente (1997c) ha destacado especialmente esta área, ya que con la cantidad de métodos prácticos psicoeducativos de la TREC (libro, cassettes, video, clases, talleres, etc.) se puede "educar" terapéuticamente a una gran cantidad de personas.

CAPITULO 8

TERAPIA COGNITIVA DE A. BECK

1. Introducción.

1.1 Definición.

Formulada y desarrollada por el doctor **Aaron Timik Beck**, a partir del año 1962, la *Terapia Cognitiva (TCO)* se basa en la idea de que los trastornos emocionales y conductuales, son resultado de un procesamiento distorsionado de la realidad, producto de esquemas cognitivos negativos (Clark & Beck, 1997). La terapia consiste en intentar, a través de diferentes técnicas cognitivas, conductuales y emocionales, que el paciente logre identificar y corregir estas alteraciones en el procesamiento cognitivo de la información, lo que va a determinar, como consecuencia, una modificación en sus emociones y conductas disfuncionales.

1.2 Reseña histórica.

El mismo Aaron Beck, ha señalado que no existe una fecha exacta para el surgimiento de la TCO, pero sí está claro que surgió con la intención de desarrollar una nueva forma específica y breve de tratamiento para el trastorno de la depresión (Beck, 1976; Beck y otros, 1983; Freeman & Oster, 1997).

Beck, psiquiatra originalmente psicoanalista, en 1956 decide hacer un estudio exhaustivo del contenido de los sueños de los depresivos (desde el psicoanálisis), tratando de demostrar que la depresión estaba relacionada con la ira y la "hostilidad invertida" (idea psicoanalítica que plantea que el sujeto depresivo "necesita sufrir"). Al analizar detalladamente las descripciones que los pacientes con depresión hacían de su trastorno y los contenidos comunes de sus sueños, se pudo percatar que ninguno de ellos presentaba hostilidad invertida (no "necesitaba sufrir") como explicaban las teorías psicodinámicas, sino que, por el contrario, evitaban las conductas de "rechazo" y "desaprobación", y, tenían como tema común, la *pérdida* y la *tristeza*. Además, estos pacientes tenían consistentemente una visión negativa de sí mismos (se veían como perdedores, defectuosos o enfermos), de sus experiencias de vida, y del futuro, producto de una *percepción distorsionada de la realidad* (Beck & Shaw, 1981; Beck y otros, 1983; Cotroaux, 1991; Robins & Hayes, 1997).

Puede decirse que en 1963, se constituye en definitiva la TCO, cuando Beck publica el artículo *Thinking and depression: 1, Idiosyncratic content cognitive distortions* ("Pensamientos y Depresión: contenidos idiosincráticos de las distorsiones cognitivas"), donde se comienzan a enunciar los nuevos conceptos cognitivos (como "esquemas" y "distorsiones cognitivas") utilizados por Beck, para describir y explicar la depresión, los cuáles van a fundamentar la TCO. En 1967, con la publicación del libro *Depression: Causes and Treatment* ("Depresión: Causas y tratamiento"), Beck describe por primera vez, su modelo terapéutico (Carrasco, 1997), y diferencia 3 niveles de cognición (desadaptativos): *pensamientos automáticos negativos*,

esquemas (o supuestos subyacentes) negativos y distorsiones cognitivas (Robins & Hayes, 1997) y se comienza a difundir la TCO.

En 1976, con la publicación de *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* ("La terapia cognitiva y los trastornos emocionales"), se reconoció ampliamente esta nueva forma de terapia y el enfoque prometedor que representaba para un gran número de trastornos, además de la depresión (Dodson & Franche, 1995).

En 1979, Beck y otros, publican el libro *Cognitive therapy of depression* (trad. en 1983, "Terapia Cognitiva de la Depresión"), que además de describir los aspectos técnicos de la TCO, expone una serie de otros temas como: las características que debería tener un terapeuta cognitivo, la forma de estructurar un caso de terapia cognitiva, la terapia cognitiva frente a la farmacoterapia. Este libro, que abarca los aspectos teóricos y metodológicos fundamentales de la TCO, se considera esencial para la comprensión y/o aplicación de este enfoque terapéutico, y ha servido de base, además, para la mayoría de los estudios que han examinado la terapia cognitiva de la depresión y de otros trastornos emocionales (Dobson, 1988; Dobson & Franche, 1995).

En 1992, Beck, Freeman y otros, publican *Cognitive Therapy of personality disorders* (trad. 1995, "Terapia cognitiva de los Trastornos de Personalidad"), donde queda de manifiesto que la terapia cognitiva se había extendido a una gran cantidad de trastornos emocionales como los Trastornos de Personalidad.

Actualmente, la TCO constituye uno de los aportes más importantes en la investigación y desarrollo teórico de las terapias cognitivas.

2. Descripción y aspectos teóricos.

Según lo visto en el Capítulo 6, parece claro que la TCO se basa en el modelo cognitivo del procesamiento de la información, ya que concibe al hombre como un sistema que, frente a las características cambiantes del ambiente, selecciona, codifica, almacena y recupera ("procesa") la información que se encuentra en el medio (Beck y otros, 1983; Carrasco, 1997). Esta habilidad para procesar información y formar representaciones mentales de uno mismo y el entorno, es fundamental para la adaptación y supervivencia del ser humano (Clark & Beck, 1997) y va a determinar los patrones emocionales y conductuales en el individuo (Westermeyer, 1997; Méndez, Olivares & Moreno, 1998).

La TCO reconoce, además, que existe una interdependencia entre cogniciones, emociones (aspectos fisiológicos), afectos y conducta. (Wesler, 1993)

Los principales conceptos teóricos planteados por Beck en la TCO, son descritos a continuación:

2.1 Los esquemas cognitivos.

Los *esquemas cognitivos o supuestos subyacentes* corresponde a las creencias, supuestos y actitudes de un individuo, con respecto a sí mismo y al mundo, que están determinados y determinan la interpretación y percepción de la realidad (Gilbert, 1984; Cook, 1999).

Estos esquemas poseen las siguientes características:

- 1) Corresponden a "reglas internas", "postulados silenciosos" (Cotroaux, 1991), o "modelos internos" sobre aspectos de sí mismo y del mundo, que los individuos usan, consciente o inconscientemente, para percibir, codificar y recuperar la información..
- 2) Se elaboran por medio de interacciones repetidas entre el ambiente y estructuras preexistentes, innatas e indiferenciadas, llamadas *protoesquemas* (Clark & Beck, 1997).
- 3) Van a determinar qué aspectos de la experiencia serán considerados importantes, ya que permiten al sujeto clasificar, evaluar, asignar significado a los estímulos y dar sentido a los hechos (Carrasco, 1997; Freeman & Oster, 1997; Méndez, Olivares & Moreno, 1998). Se desarrollan como "hipótesis tácitas" que el sujeto busca confirmar (Dowd, 1999) y, por tanto, guían el objetivo y la dirección de su conducta cotidiana (Beck, Freeman y otros, 1995).
- 4) Son formados en los primeros años de vida, siendo reforzados por distintas experiencias validantes.
- 5) Frente a situaciones ambiguas o abstractas, es muy posible que el sujeto se base en estos esquemas e ignore la información inconsistente con éste (Beck y otros, 1983; Freeman & Oster, 1997; Colegiados, 1999). En este sentido, la TCO se hace consistente con los estudios de la psicología cognitiva experimental, que señalan la tendencia a codificar y recobrar la información consistente con el esquema.

- 6) Se eslabonan en organizaciones más amplias cognitivo-afectivo-conductuales, de personalidad, llamadas *modos*. (Clark & Beck, 1997).
- 7) Cuando estos esquemas o supuestos se forman frente a determinados acontecimientos *negativos* relevantes, de gran carga emocional, se habla de *esquemas cognitivos negativos* (ECN), los cuáles: i) son idiosincráticos, rígidos, impenetrables, inaccequibles, sobreinclusivos y concretos (Beck, 1967; Beck y otros, 1983), y ii) son latentes y crean vulnerabilidad, por lo cuál, frente a determinados acontecimientos negativos, van a determinar un *procesamiento distorsionado* de la realidad, que conducirá a los trastornos emocionales (Gilbert, 1984); iii) a través de los modos primarios constituidos a partir de ellos, dominan el sistema de procesamiento de la información del sujeto, produciendo *distorsiones cognitivas* y *pensamientos automáticos negativos* (que veremos más adelante) (Clark & Beck, 1997).

Es necesario señalar, que aunque Beck comenzó a definir sus conceptos teóricos (como los ECN, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos negativos) en base al estudio con depresivos¹, con la posterior extensión de la TCO a diversos trastornos, éstos han sido especificados para cada uno de sus trastornos emocionales (Wesler, 1993; Beck, Freeman y otros, 1995; Dreesen & otros, 1999). En la Tabla N°11 se pueden ver los ECN más característicos de la Depresión, Trastorno de ansiedad y Trastornos de personalidad.

¹ Por lo cuál se utilizará, en este Capítulo, el trastorno depresivo como marco explicativo para algunos conceptos de la TCO.

Tabla N°11. Esquemas cognitivos negativos de cuadros clínicos específicos.

TRASTORNO	ESQUEMAS COGNITIVOS NEGATIVOS
Trastorno de Depresión unipolar	<p>Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga. Si cometo un error significa que soy un <i>inepto</i>. Mi valía personal <i>depende</i> de lo que los otros piensen de mí.</p>
Trastorno de Ansiedad	<p><i>Tengo</i> que agradar a los demás. Si cometo una equivocación fracasaré. Si dejo que alguien se acerque demasiado, puede llegar a <i>controlarme</i>.</p>
Trastorno de Personalidad (TP) por evitación	<p>Es terrible ser <i>rechazado</i> y humillado. Si la gente conociera mi verdadero yo, me <i>rechazaría</i>. No tolero los sentimientos desagradables.</p>
TP por dependencia	<p><i>Necesito</i> de la gente para sobrevivir, para ser feliz. Necesito un flujo constante de <i>apoyo</i>, de aliento.</p>
TP pasivo-agresivo	<p>Los otros interfieren en mi libertad de acción. Ser <i>controlado</i> por otros es intolerable. Las cosas deben hacerse <i>a mi manera</i>.</p>
TP obsesivo-compulsivo	<p>Yo sé que es lo mejor. Los <i>detalles</i> son cruciales. La gente <i>debería</i> trabajar de mejor forma, esforzarse más.</p>
TP paranoide	<p>Lo que hacen las personas es <i>sospechoso</i>. Hay que mantenerse en guardia. No hay que <i>confiar</i> en nadie.</p>
TP antisocial	<p>Tengo derecho a violar las reglas. Debo ser el <i>agresor</i> o seré la víctima. Los otros son unos explotadores, por lo tanto tengo derecho a <i>explotarlos</i>.</p>

Tabla N° 11. Continuación.

TRASTORNO	ESQUEMAS COGNITIVOS NEGATIVOS
Trastorno de Personalidad (TP) narcisista	Soy una persona <i>especial</i> , por lo tanto merezco reglas especiales. Estoy por encima de las reglas. Soy <i>mejor</i> que los otros.
TP histriónico	La gente está para servirme o <i>admirarme</i> . No tienen derecho a negarme lo que <i>merezco</i> . Puedo guiarme por mis sentimientos.
TP esquizoide	Las relaciones interpersonales son desastrosas e <i>indeseables</i> . Puedo hacer mejor las cosas si los otros no me <i>estorban</i> .

2.2 Modelo de diátesis-estrés.

Beck ha explicado la forma en que se desencadena la depresión, a partir del modelo de *diátesis-estrés* (Beck & Emery, 1985; De Rubeis & Beck, 1988; Dobson & Franche, 1995; Freeman & Oster, 1997). Este modelo lo podemos resumir en 3 puntos:

1. Los ECN referentes a la realidad, son formados generalmente en los primeros 3 años de vida, debido a experiencias negativas con gran carga emocional, ocurridas en interacción con las personas más significativas para el sujeto, como padres y pares. Por ejemplo, el niño que adquiere la noción de que es un inepto,

como resultado de experiencias altamente emocionales de fracaso o "atribuciones de fracaso" por parte de otros.

2. Estas experiencias, y por ende, estos ECN, determinan una *predisposición o vulnerabilidad cognitiva (diátesis)* en el sujeto, para que se desarrolle el trastorno emocional depresivo, la cuál se mantendrá latente a lo largo de su vida.
3. Esta predisposición o actitud disfuncional preexistente y relativamente estable, sólo determinará el trastorno depresivo, si el sujeto se enfrenta a *experiencias negativas análogas (estrés)* a las que determinaron los esquemas negativos (en el caso anterior, por ejemplo, experiencias de fracaso escolar, aislamiento social o críticas de los pares). Estos acontecimientos estresantes refuerzan y activan los ECN (Méndez, Olivares & Moreno, 1998) y, por lo tanto, el sujeto procesa la información de manera coherente con éstos y aparecen las cogniciones negativas (productos cognitivos) propias de la depresión (Spangler y otros, 1997; Joiner y otros, 1999).

Un aspecto desarrollado recientemente y relacionado con este modelo, es la división que hace Beck, en una tipografía extrema, de los sujetos que desarrollan una depresión (Beck, 1991a). Beck los clasifica en:

- i) *individuos autónomos*, quienes se han desarrollado psicosocialmente en base a logros independientes, y se caracterizan por disfrutar de la soledad y ser independientemente activos. Estos sujetos van a desarrollar la depresión frente a "estresores autónomos", es decir, experiencias de fracaso, inmovilización o conformismo.

- ii) *individuos sociotrópicos*, quienes se han desarrollado psicosocialmente en dependencia de los otros y se caracterizan por ser hipersensibles a los juicios de los demás. Estos sujetos van a desarrollar la depresión frente a “traumas sociotrópicos”, es decir, experiencias de rechazo y/o privación social.

Es necesario recalcar, que el modelo de diátesis-estrés (incluyendo los estresores sociotrópicos y autonómicos) no sólo explica la etiología del trastorno depresivo, sino además, de la mayoría de los trastornos emocionales.

2.3 La triada cognitiva.

La *triada cognitiva* (Beck, 1976; Beck & Shaw, 1981; Beck y otros, 1983; Gilbert, 1984; Bas, 1997) hace referencia a las creencias y esquemas negativos que tienen los depresivos acerca de sí mismo, el mundo y el futuro:

- El *mundo* es percibido como un lugar lleno de demandas exageradas y obstáculos insuperables, y las relaciones con los demás son interpretadas como “derrotas” o “frustraciones” (Mood, 1999).
- El *futuro* se ve “negativamente”, ya que el sujeto cree y anticipa que los problemas que sufre actualmente continuarán para siempre, por lo cuál, tiene un sentimiento de desesperanza, y sólo ve tristeza y fracaso en el futuro.
- Se ve a *sí mismo* como inútil, desgraciado e inadecuado, ya que piensa que sus experiencias negativas son causadas por él y que es incapaz de otorgarse momentos de alegría y felicidad.

2.4 Las distorsiones cognitivas.

Las *distorsiones cognitivas* corresponden, específicamente, a los errores en el procesamiento de la información, producto de los ECN que se activan y se validan, a pesar de la evidencia que presenta la información en contra (Beck, 1967, Bas, 1997; Méndez, Olivares & Moreno, 1998). Estos errores pueden hacer que un acontecimiento que es neutro o inocuo, se interprete con valencia negativa o “acorde” a los ECN del sujeto, a través de pensamientos automáticos negativos.

En el texto “Terapia Cognitiva de la depresión” (1983), Beck describe 6 distorsiones cognitivas en base a la depresión, las cuáles pueden darse en cualquier trastorno emocional, dependiendo de sus ECN:

1. *Inferencia arbitraria*, que se refiere a anticipar determinada conclusión sin tener alguna evidencia que la apoye, o incluso con evidencia en contra.
2. *Abstracción selectiva*, que se refiere a centrarse en un aspecto particular extraído de una situación global, ignorando los otros aspectos importantes de la situación y conceptualizando la experiencia en base a este aspecto.
3. *Generalización excesiva*, se refiere a elaborar una regla o conclusión general a partir de un hecho particular aislado.
4. *Maximización y minimización*, se refiere al proceso de “agrandar” algunos aspectos de una determinada situación que son coherentes al esquema cognitivo, y “empequeñecer” los aspectos inconsistentes con el esquema.

5. *Personalización*, se refiere a atribuir a la propia persona la responsabilidad de algunos acontecimientos (de acuerdo con los esquemas), aunque no exista evidencia para ello.
6. *Pensamiento absolutista (dicotómico)*, se refiere a evaluar la experiencia en categorías extremas y opuestas (como blanco o negro), sin términos medios o matices (grados) (Bradley C., 1999).

Según Beck, los seres humanos tienen formas "primitivas" y "maduras" de procesar la información, donde las primeras se caracterizan por ser extremas, globales y absolutistas (distorsiones cognitivas), y las segundas, por ser reversibles, relativas y flexibles. Cuando se desencadena la depresión y cualquier trastorno emocional, la organización primitiva, a través de las distorsiones cognitivas, se apodera del pensamiento más maduro del individuo (Beck & Shaw, 1981; Beck y otros, 1983)

Las distorsiones cognitivas, como hemos señalado anteriormente, se han especificado en función de los trastornos. En la depresión, por ejemplo, se atiende selectivamente y se magnifica la información "negativa", y se ignora y minimiza la "positiva"², mientras que en la ansiedad, los sujetos magnifican las "amenazas" y las "pérdidas", basados en evidencias mínimas (Beck & Emery, 1985; Dodson & Franche, 1995).

² Esto correspondería, en términos de Selligman (1975), a una atribución causal interna, global y estable, de los eventos negativos, y externa, específica e inestable, de los acontecimientos positivos.

2.5 Los pensamientos automáticos negativos.

Los *pensamientos automáticos negativos* (PAS) son productos cognitivos (cogniciones), que surgen de los ECN del sujeto, cuando éstos son activados (Beck y otros, 1983; Clark & Beck, 1997). Los PAS guardan las siguientes características:

1. Aparecen de forma refleja o espontánea, sin razonamiento consciente previo, por eso se les llama "automáticos".
2. Son relativamente inestables, específicos a la situación y fugaces, por lo cuál es difícil prevenirlos. (Beck, 1976; Méndez, Olivares & Moreno, 1998)
3. Específicamente, los PAS representan las conclusiones obtenidas a partir de las reglas de un procesamiento disfuncional de la información (distorsiones cognitivas), producto de la activación de ECN frente a determinados acontecimientos negativos, por lo cuál, son ilógicos y disfuncionales.
4. Tienden a centrarse en temas específicos (por ej. pérdida, en el depresivo) y a ser repetitivos en el contenido y en el tono emocional (Freeman & Oster, 1997). En el paciente depresivo, por ejemplo, se dan pensamientos como "no sirvo para nada", "soy una persona incompetente", "¿cómo puedo ser feliz si todo está mal?", "nada me divierte", "la vida no tiene sentido".
5. El individuo, generalmente cree en estos pensamientos y los acepta como interpretaciones objetivas y "correctas" de la realidad.

2.6 Consideraciones finales.

En base a lo expuesto, quisieramos señalar que uno de los aspectos más importantes y más rescatables del modelo de Beck, es su conceptualización "tripartita" del funcionamiento cognitivo patológico (Howes & Parrot, 1991), ya que, como hemos descrito, el modelo incluye: contenidos y productos cognitivos (PAS), estructuras cognitivas (ECN o supuestos subyacentes) y procesos cognitivos (distorsiones cognitivas).

Por otra parte es importante aclarar, que aunque el modelo de Beck asume que la fuente de la perturbación emocional está en las valoraciones cognitivas de los sujetos, deja en claro que no se trata de que las cogniciones *causen* el trastorno emocional, como algunas veces se interpreta. Como señalabamos anteriormente, la TCO reconoce la interconexión entre cogniciones, afectos y conducta, por lo cual, los pensamientos automáticos, por ejemplo, constituyen una parte integral del trastorno emocional, tal como los síntomas motivacionales, afectivos y conductuales (Beck y otros, 1983; Wessler, 1993; Beck, J. S., 1998). Cada una de estas dimensiones está interconectada, de tal modo que los cambios en un sistema (por ejemplo el sistema cognitivo racional), van necesariamente a producir cambios en los otros sistemas. Existe una relación "causal-funcional", pero es multidireccional. Además, si tomamos como ejemplo el caso de la depresión, y tuviéramos que pensar o definir una "causa" de ésta, se deberían considerar una combinación de varios factores como son los biológicos, genéticos, ambientales (de estrés), culturales o de personalidad (Beck, 1991a).

3. Procedimiento.

El procedimiento de la TCO consiste en la aplicación de diferentes técnicas a tratamientos específicos, las cuáles son utilizadas de un modo lógico y adaptado a cada paciente individual (Beck y otros, 1983). Es un procedimiento directivo, activo y estructurado, que se desarrolla en una relación interpersonal concreta y que se aplica a diversos trastornos como la depresión, ansiedad, fobias, trastornos sexuales, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, entre otros (Beck, 1991b; Westermeyer, 1997; Persons, 1999).

El objetivo principal de la TCO es lograr la *identificación y modificación de los procesos y patrones cognitivos que son disfuncionales en el sujeto* (Beck y otros, 1983; Dobson & Franche, 1991; Carrasco, 1997; Persons, 1999). El terapeuta cognitivo debe enseñar y ayudar al paciente a: i) darse cuenta de cómo construye su mundo percibido y cómo ésta construcción determina trastornos en sus emociones y patrones conductuales (Méndez, Olivares & Moreno, 1998), y, ii) modificar sus PAS y ECN para lograr el cambio emotivo-conductual, a través de un funcionamiento cognitivo más racional y funcional (Beck, 1988; Clark & Beck, 1997).

En las siguientes páginas, explicaremos como se establece la relación terapéutica en la TCO, cómo se va dando el proceso de la terapia (estructura la primera entrevista, como se estructuran las sesiones, en general) y cuáles son las principales técnicas utilizadas en este proceso. A través de esta exposición, trataremos de graficar como el terapeuta cognitivo logra ayudar al paciente, a lograr la identificación

y modificación de sus cogniciones disfuncionales para lograr el cambio emotivo y conductual.

3.1 El terapeuta cognitivo y la relación con el paciente.

Según Beck, existen características generales del terapeuta que facilitan la adecuada realización de la TCO, ya que influyen en las actitudes y conductas de éste durante el tratamiento y aumentan la efectividad de la terapia (Beck y otros, 1983; Carrasco, 1997). Estas características son:

- 1) La *aceptación*, que se refiere a la preocupación e interés por el paciente, que puede ayudar a corregir algunos PAS del paciente depresivo sobre la relación terapéutica (por ej. "el terapeuta es indiferente y distante"). Esta aceptación no debe ser exagerada, ya que el paciente podría interpretarlo como "poca sinceridad" o "amor" por parte del terapeuta., ni tampoco debe ser mínima, porque se podría interpretar como "rechazo". En este sentido, lo que más importa es la "percepción de aceptación" por parte del paciente, más que la aceptación en sí.
- 2) La *empatía*, que hace referencia a la forma en que el terapeuta "entra" en la experiencia y vida del paciente, en su forma de estructurar los acontecimientos y procesar la información, logrando ver "a través de los ojos del paciente" (Shaw & Beck, 1981). En este sentido, Beck señala que es muy importante asegurarse de que los sentimientos y actitudes con los cuáles se está empatizando, son los del paciente y no los propios del terapeuta proyectados.
- 3) La *autenticidad*, y se refiere a la claridad y honestidad (por ej. frente a los "objetivos reales" de la terapia) que debe tener el terapeuta y que considerando

la tendencia del depresivo a maximizar y atender selectivamente lo negativo, debe ser acompañada de diplomacia y evitar que se confunda con crítica, rechazo u hostilidad (Beck y otros, 1983).

Paralelo a esto, es conveniente considerar algunos aspectos fundamentales de la "relación terapéutica", como son: i) la *confianza* entre terapeuta y paciente, que se basa en la autonomía que se le da al paciente en sus expresiones, y el interés, formalidad y discreción por parte del terapeuta frente a éstas; ii) el *rapport*, que es una relación armoniosa entre paciente y terapeuta, donde el primero ve que el segundo lo acepta, empatiza con él y por lo tanto, puede contarle todo lo que le pasa; y iii) el establecimiento de un compromiso de *colaboración terapéutica* entre paciente y terapeuta, en el cuál ambos se comprometen a trabajar conjuntamente para lograr los objetivos terapéuticos que se centran en identificar y modificar los pensamientos distorsionados del paciente (Beck y otros, 1983; Persons, 1999).

3.2 Proceso de la terapia.

Hemos explicado anteriormente que el objetivo central de la Terapia cognitiva (TCO), está en la identificación y modificación del procesamiento distorsionado de la realidad por parte del cliente. Para lograr este objetivo, la TCO, en general y cada sesión en particular, debe ser estructurada y planificada. En el presente apartado describiremos las diferentes etapas que debe abarcar la entrevista inicial de la TCO, cómo se estructuran y planifican las siguientes sesiones, y como se establece la finalización de la terapia.

3.2.1 La primera entrevista.

Beck ha señalado que desde la *primera entrevista*, se debe trabajar en el objetivo central de la TCO, que hemos explicado anteriormente. Este primer encuentro, va a abarcar 5 etapas: 1) búsqueda de información relevante, 2) educación en la TCO y redefinición de los problemas, 3) primer objetivo terapéutico, 4) selección de síntomas objetivos y cómo contrarrestarlos; 5) finalización de la primera entrevista.

Búsqueda de información relevante

Desde la entrevista inicial, es necesario buscar información en el cliente, que aporte datos generales y específicos sobre: los síntomas del paciente, su historia personal, la situación actual que está viviendo y la actitud hacia el tratamiento. (Beck y otros, 1983).

Para tal efecto se utilizan varios métodos, entre los cuáles se encuentran:

1. Los *autoinformes* previos a la primera entrevista, que permiten obtener información sobre los síntomas, enfermedades anteriores, tratamientos médicos o psicológicos previos, situación social, familiar y laboral (Carrasco, 1997).
2. Los *inventarios*, que permiten acceder a información más específica frente a determinados trastornos. Son instrumentos estandarizados, que con un alto grado de validez, permiten la evaluación de aspectos particulares como la ideación suicida, niveles de ansiedad o cogniciones disfuncionales presentes, y de paso, ayudan a conocer los aspectos que requieren de más rápida intervención (Santacreu, 1987; Glass & Arknoff, 1997). Los inventarios más frecuentemente utilizados en la TCO son: el *Inventario de Depresión de Beck* (ver Apéndice G), el

Inventario de Desesperanza de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Ideación Suicida y la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton.

En general, estos métodos van siendo complementados con las *preguntas* que hace el terapeuta acerca de la información que parece más relevante o que necesita ser aclarada. En este sentido, es importante aclarar que las preguntas constituyen una de las principales herramientas en la TCO, que el terapeuta va a utilizar a lo largo de toda la terapia, y se caracterizan porque:

- ayudan, en primer lugar, a especificar las verbalizaciones del paciente, especialmente sobre sus cogniciones y pensamientos.
- se basan en el *método socrático*, en el cuál el terapeuta, a través de sucesivas preguntas va ayudando al paciente a organizar su pensamiento mediante un "monólogo interno", descubriendo sus definiciones y cogniciones propias (especialmente negativas) y las inconsistencias y errores lógicos de sus conclusiones (Beck & Shaw, 1981), que luego las hará explícitas. De este modo se obtiene la información relevante *a partir del paciente* y no de manera "impuesta" por el terapeuta (Beck y otros, 1983).
- deben plantearse en momentos oportunos, sobre todo si implican "hipótesis" acerca de la manera de cómo piensa el paciente. En estos casos, además, el terapeuta debe solicitar una retroalimentación por parte del paciente, preguntándole cómo percibe estas posibles hipótesis (Dobson & Franche, 1995).

Educación en la TCO

Uno de los aspectos más importantes de la TCO y especialmente en la primera entrevista, es explicar al paciente los fundamentos básicos de ésta: qué son las cogniciones, los pensamientos automáticos negativos, las distorsiones cognitivas, la tríada cognitiva (en el caso de la depresión), y especialmente, cómo se relacionan sus cogniciones negativas con sus emociones desagradables y disfuncionales (Beck y otros, 1993; Caballo, Andrés & Blas, 1997).

Para ello, el terapeuta puede valerse de distintas estrategias como:

- 1) Indagar en las cogniciones negativas que tiene el paciente, especialmente con respecto a la terapia y al terapeuta.
- 2) Utilizar *ejemplos* relacionados con los propios problemas del paciente (experiencias concretas vividas por él) o cercanos a la experiencia de él (por ejemplo, experiencias personales del terapeuta), en los cuáles aparezcan pensamientos automáticos negativos (PAS) (Méndez, Rodríguez & Moreno, 1998).

Además, es importante que el terapeuta ayude al paciente a conceptualizar, de manera más precisa, sus problemas y síntomas, ya que es muy frecuente que: no tengan muy claro *cuál* es el problema o motivo que los trae a la consulta, definan de manera ambigua sus problemas, o presenten como problema central, alguna "consecuencia" del problema esencial en sí. (Beck y otros, 1983).

Primer objetivo terapéutico

Beck (1983) señala que el primer objetivo terapéutico de la TCO es lograr una "cierta mejoría de los síntomas" del paciente, ya que éste viene a la consulta en un estado de gran disfuncionalidad, por lo cuál necesita de experiencias concretas en la sesión terapéutica, que le permiten creer en el cambio terapéutico. Por ejemplo, en el caso del paciente depresivo, éste se encuentra en un estado de hipersensibilidad ante estímulos que sugieran la idea de *pérdida* o el recuerdo de *experiencias desagradables*, lo que va determinando un aumento gradual de sus síntomas depresivos (como la tristeza), frente a lo cuál, es de suma importancia propiciar una oportunidad inmediata de remisión de síntomas, para producir los primeros efectos terapéuticos.

Una de las formas de lograr este objetivo, señala Beck, es resaltar los comentarios acertados y adecuados realizados por los pacientes, frente a determinadas proposiciones que realiza el terapeuta (por ej. sobre el plan de tratamiento), lo cuál va a ayudar a aumentar, en el paciente, la sensación de que es capaz de enfrentar sus problemas, y, además, refutará empíricamente, la idea de que es "incapaz de hacer algo correctamente" o de que "no puede relacionarse con otras personas adecuadamente".

Selección de síntomas objetivo y cómo enfrentarlos

Beck (1983) plantea que los *síntomas objetivo*, corresponden a cualquiera de los componentes de un trastorno emocional, que implican algún grado de disfuncionalidad. En el caso de la depresión, por ejemplo, encontramos 5 categorías:

1) *síntomas afectivos* (tristeza, cólera, pérdida de la gratificación, ansiedad, desesperanza), 2) *síntomas motivacionales* (anhedonia, evitación de actividades cotidianas y sociales), 3) *síntomas cognitivos* (problemas de atención, de memoria, dificultad para concentrarse, distorsiones cognitivas), 4) *síntomas conductuales* (letargo, pasividad, lentitud), y 5) *síntomas fisiológicos* (fatiga, alteraciones del sueño y del apetito) (Beck y otros, 1983; Carrasco, 1997).

Es importante recalcar que hasta los síntomas más fisiológicos (físicos), van a determinar PAS. Por ejemplo, la fatiga puede generar pensamientos como “soy incapaz de hacer nada”, “me estoy destruyendo de a poco” (Beck & Shaw, 1981).

El terapeuta, conjuntamente con el paciente, van a determinar el orden por el cuál se comenzarán a “trabajar” los síntomas (*selección de síntomas*). Para establecer una cierta prioridad, suelen utilizarse 2 criterios: i) comenzar por los síntomas más complejos y problemáticos, y ii) comenzar por los más susceptibles a la intervención terapéutica (Beck y otros, 1983).

El *enfrentamiento de los síntomas*, consiste, principalmente, en la identificación y corrección de las alteraciones, deficiencias y distorsiones en el procesamiento de la información que están siendo responsables del trastorno. Esto se va a lograr por medio de diferentes habilidades y estrategias (que veremos en la próxima sección) a lo largo de toda la terapia. Sin embargo, es importante ayudar al paciente, desde la primera sesión, en este proceso, y, uno de los primeros pasos, en este sentido, es inducir a éste a una evaluación más “realista” de las situaciones relevantes, atendiendo a todos los datos de la situación (visión global), para que logre formular explicaciones alternativas para los problemas y cogniciones desadaptativas.

Finalización de la primera entrevista

Al final de esta primera sesión es pertinente abarcar los siguientes aspectos:

1. Encargar al paciente alguna tarea que éste pueda realizar para la siguiente sesión (Carrasco, 1997). Con esto se intenta: i) que el paciente revise y refuerze algunos conceptos claves de la TCO, vistos en la primera sesión; ii) mantener las “pequeñas mejorías” de síntomas que se hayan conseguido durante la primera entrevista. La asignación de tareas seguirá por toda la terapia.
2. Es importante, además, recalcar y prevenir al paciente de posibles *recaídas*, explicándole sobre la existencia natural de fluctuaciones en el proceso de terapia, las cuáles, por lo demás, pueden ser importantes para la mejoría (aunque parezca paradójico), ya que pueden otorgar la oportunidad para que se manifiesten las disfunciones cognitivas, y por lo tanto, el paciente pueda utilizar las estrategias terapéuticas aprendidas para modificarlas.
3. Finalmente, es importante recibir información del paciente sobre sus percepciones acerca de esta primera entrevista (los contenidos, la relación interpersonal, el terapeuta, la terapia en sí), y llegar a un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento de manera conjunta.

3.2.2 Estructura de las sesiones.

Hemos señalado las principales etapas de la primera entrevista. En lo que sigue del proceso terapéutico, las sesiones de la TCO tienen una estructura básica y relativamente homogénea, que consta de las siguientes etapas:

- 1) *Se revisan las tareas asignadas* en la última sesión. Se consideran y analizan los

aspectos relacionados con la ejecución de las tareas encomendadas en la sesión anterior, incluyendo: la forma en que el paciente intentó realizarlas, los posibles problemas que haya tenido en la ejecución y como podría enfrentarlos en una próxima oportunidad. No se debe olvidar que lo más importante es que el paciente *intente* realizar las tareas, más que el éxito de la ejecución en sí.

- 2) *Se establece el plan y los aspectos a tratar en la sesión y que orden van a tener.* Durante las primeras sesiones, esto va a ser diseñado por el terapeuta, el cuál debe consultar al paciente si está de acuerdo. Posteriormente, el paciente gradualmente va participando en el diseño mismo de esta planificación.
- 3) *Al final de la sesión se elaboran y asignan las tareas que el paciente realizará entre sesiones.* Estas tareas: i) surgen de los temas tratados en la sesión, ii) son explicadas por el terapeuta incluyendo los posibles problemas que podrían tener y el cómo enfrentarlos (Dobson & Franche, 1995; Carrasco, 1997); iii) deben tener un grado de dificultad en proporción a lo que el paciente puede realizar, es decir, se debe intentar asegurar la posibilidad de que el paciente realmente va a poder realizar la tarea; iv) deben aumentar progresivamente en el grado de complejidad y dificultad a lo largo de la terapia; v) al igual que el plan de la sesión, son diseñadas inicialmente por el terapeuta con la aprobación del paciente, pero paulatinamente, este último va interviniendo en el diseño de éstas. Las tareas asignadas, en la TCO, son un medio fundamental para el cambio terapéutico, y entre las más importantes están: la *programación de actividades*, los *autorregistros* y la *biblioterapia* (que expondremos más adelante).

3.2.3 Finalización de la terapia.

El sentido último de la TCO, es enseñarle al paciente el cómo enfrentar más eficazmente distintas situaciones estresógenas, sobre la base de todo lo aprendido en la terapia con respecto a sus formas de concebir y distorsionar la realidad. A diferencia de otras formas de psicoterapia, la TCO no intenta simplemente "librar de los síntomas" al paciente, sino que, además, educarle en el manejo de sus trastornos emocionales, para que puedan ser sus propios terapeutas, a largo plazo.

En este sentido y considerando que la TCO es una terapia directiva y de tiempo limitado, la finalización de la misma va a estar determinada por 2 aspectos:

1. Los índices de disminución de los síntomas objetivos, obtenidos de : i) evaluaciones formales de los inventarios, ii) síntomas informados por el paciente, iii) observaciones realizadas por personas cercanas a él (por ej. familiares), iv) observaciones, por parte del terapeuta, de la actividad y funcionamiento adaptativo del sujeto (Freeman & Oster, 1997).
2. Evaluación del aprendizaje del paciente en las principales estrategias y habilidades utilizadas en el proceso terapéutico, en especial, los procedimientos cognitivos.

Si estas condiciones están dadas, se puede ir planificando el término de la terapia, espaciando las sesiones de terapia (cada 2 semanas, mensualmente, cada 3 meses, etc.). Además, es importante que el paciente tome conciencia de sus logros terapéuticos (viendo por ejemplo, los resultados explícitos de los inventarios) y pueda comparar su estado actual con sus síntomas iniciales, observando sus nuevos patrones conductuales, cognitivos y emocionales.

3.3 Técnicas de la TCO.

En la TCO, el terapeuta basado en el modelo de Beck, utiliza los métodos y técnicas terapéuticas que más se adecúan a las características individuales de los pacientes. Por lo tanto, apoyado en las bases teóricas que sustentan la TCO, el terapeuta no sólo va a usar técnicas cognitivas, que de hecho son las más importantes, sino también técnicas conductuales o emocionales, si las características particulares del tratamiento así lo requieren (Dobson & Franche, 1995; Carrasco, 1997; Robins & Hayes, 1997). El modelo cognitivo de la TCO, representa un marco teórico, en base al cuál, se pueden utilizar técnicas de una gran variedad de psicoterapias distintas (Beck, 1991a y b).

En el presente apartado describiremos las principales técnicas conductuales y cognitivas utilizadas en la TCO:

3.3.1 Técnicas conductuales.

Como señala Beck, la modificación conductual en la TCO, es *un medio* para llegar a la modificación cognitiva que es el eje entrante de la terapia (Méndez, Olivares & Moreno, 1998). Plantea que es fundamental el abordaje conductual, sobre todo en las primeras etapas de la terapia, cuando las capacidades de procesamiento cognitivo del paciente, no se encuentran en las mejores condiciones (Beck y otros, 1983).

En pacientes que están muy deprimidos, por ejemplo, es muy pertinente comenzar la terapia con técnicas conductuales, ya que va a permitir: i) reestablecer algunos aspectos del funcionamiento que tenía antes del trastorno (Beck & Shaw, 1981), ii)

mantener la atención y el interés del paciente, iii) ayudarlo a evaluar empíricamente sus ideas sobre sí mismo, de "inutilidad" e "incompetencia", y iv) sacarlo de su estado de letargo y anhedonia.

Las técnicas conductuales más importantes de la TCO, son:

Programación de actividades

La técnica de *programación de actividades*, consiste en planificar actividades y tareas, que el paciente va a realizar con cierta periodicidad. Las actividades tienen como objetivo: por un lado, contrarrestar la falta de interés y movilidad del paciente, y, por otro lado, poner a prueba las "hipótesis" (que en el fondo son los pensamientos negativos automáticos, PAS) del paciente como: "soy incapaz de hacer nada", "no sirvo para nada", "las actividades no mejorarán mi ánimo", "es inútil que lo intente" o "nada me motiva", a través de un modo experimental y empírico. (Beck y otros, 1983; Beck y otros, 1993; Bradley Ch., 1999)

En este punto es importante aclarar uno de los conceptos más importantes y más difundidos de la TCO, el *empiricismo colaborativo* (por ej. Robins & Hayes, 1997). Este consiste en que el terapeuta se compromete a comprobar empíricamente, con la ayuda del paciente, la veracidad de los PAS (traducidos a hipótesis) de éste, lo que va a permitir, en la mayoría de los casos, que el paciente reconozca en su propia experiencia la "falsedad" o "invalidez" de estas hipótesis (Shaw & Beck, 1981).

En este espíritu se realiza la programación de actividades, que es elaborada entre paciente y terapeuta, favoreciendo que este último pueda mantener el "control de su tiempo" y hallar el "sentido" de lo que hace (Beck y otros, 1983). Fundamentalmente,

consiste en lo siguiente:

1. Se hace un listado de actividades diarias para que realice el paciente, estableciendo los horarios de cada una de ellas, tratatando de abarcar la mayor parte de un día completo.
2. Se le solicita al paciente que, además de realizar estas actividades, las registre en un cuaderno cada vez que las realice.
3. Se le puede pedir al paciente, además, que señale o registre la sensación de *dominio* y *agrado* que tiene frente a la ejecución de cada una de ellas, es decir, el nivel de logro alcanzado al realizar la actividad, y los sentimientos de placer y satisfacción producto de esta ejecución, respectivamente. Esto va a permitir al paciente: i) ver la diferencia entre las expectativas que tiene sobre sus actividades (hipótesis) y la experiencia de realizarlas (por ej. al experimentar agrado), y ii) comprender la relación entre cogniciones negativas y emociones perturbadoras (Beck, 1988; Cotroaux, 1991; Freeman & Oster, 1997).

Estas actividades se programan calculando las capacidades que tiene el paciente para realizarlas, lo que implica que vayan aumentando gradualmente en el nivel de dificultad, conforma se van haciendo más fáciles de ejecutar para éste (Carrasco, 1997)

Se deben aclarar finalmente, 2 cosas, con respecto a estas actividades: i) las posibles dificultades que podría encontrar el paciente al realizarlas y el cómo poder resolverlas, y, ii) que lo más importante en esta técnica, es *intentar* ejecutar las actividades programadas, aunque no se logren a cabalidad.

Práctica cognitiva

La *práctica cognitiva*, consiste en pedir al paciente que imagine, con detalle, cada una de las etapas o pasos, que componen la ejecución de una tarea específica (Beck y otros, 1983; Dobson & Franche, 1995; Carrasco, 1997).

Esta técnica tiene como objetivo principal, que el paciente: i) logre concentrarse y focalizar los detalles de una actividad, contrarrestando la tendencia a divagar la atención, ii) cuente con un sistema preprogramado para efectuar determinadas conductas (Beck y otros, 1983); iii) logre identificar los "problemas" (cognitivos, conductuales o ambientales), que puedan interferir en la realización de las tareas, frente a los cuáles, el terapeuta desarrollará soluciones alternativas para prevenir la experiencia de fracaso.

La técnica en sí, consiste en que el paciente se imagine, ya sea en la misma sesión terapéutica o como tarea para la casa, determinada actividad (por ej. ir al cine) que le es difícil de realizar actualmente, con el máximo de detalle, considerando cada una de las partes (o pasos) de ésta, las cuáles son encadenadas en una secuencia. En el caso que hemos dado, por ejemplo (ir al cine), se podrían abarcar los siguientes pasos: 1) arreglarme antes de salir, 2) asegurar de que llevo la entrada, 3) salir de la casa con la suficiente anticipación, 4) llegar al cine, 5) comprar cabritas, 6) ponerme en la fila, 7) entrar al cine y ubicarme en un lugar cómodo y 8) disfrutar la película.

Beck (1983) señala que es bastante frecuente encontrar, que los pacientes manifiesten *sentirse mejor* con el sólo hecho de imaginar mentalmente estas actividades.

Entrenamiento en asertividad

El entrenamiento en asertividad, corresponde al "Entrenamiento en habilidades sociales", que pertenece al enfoque del Aprendizaje social³, tal como hemos visto en el Capítulo 5. Este procedimiento (una adaptación de él), se utiliza en algunas oportunidades en la TCO, para favorecer la modificación cognitiva (Carrasco, 1997).

En términos generales, consiste en entrenar al paciente en conductas asertivas, de las cuáles carece o presenta déficit; tiene como objetivo primordial, que el paciente logre: i) aprender estas conductas apropiadas, que le permitirán superar algunos síntomas de su trastorno, ii) conocer nuevos puntos de vista con respecto a su propia conducta, y iii) reestructurar algunos PAS relacionados con su conducta interpersonal. (por ej. "mi conducta es inadecuada en la relación con otros", "yo no tengo ningún atractivo para los demás").

El procedimiento consiste en representar o "modelar" (generalmente por parte del terapeuta) conductas y respuestas asertivas en determinadas situaciones, que corresponden a conductas en déficit en el paciente. Estas conductas modeladas son observadas por el paciente, que luego intenta representarlas hasta llegar a conseguir una ejecución satisfactoria. Las conductas representadas por el paciente, están sujetas a la retroalimentación del terapeuta (o de los otros miembros del grupo, si se trata de terapia grupal), que le permite ir moldeando gradualmente su conducta hasta lograr una mejor realización, que luego se generalizará en situaciones reales de su vida cotidiana.

³ Debemos recordar nuevamente, que aunque este enfoque se sitúa tradicionalmente dentro de la Terapia de Conducta (ver Tabla N° 1), no se le puede considerar como "conductual", ya que al basarse en las teorías Bandura, incluye importantes conceptos cognitivos del procesamiento de la Información.

Otras técnicas conductuales utilizadas en la TCO, son la desensibilización sistemática y el entrenamiento en relajación (Beck y otros, 1993).

3.3.2 Técnicas cognitivas.

Corresponden al conjunto de procedimientos cognitivos específicos, diseñados para identificar y modificar los patrones de pensamiento del paciente que implican un procesamiento distorsionado de la realidad.

Para aplicar estas técnicas, es fundamental que el terapeuta busque la información necesaria para lograr tener una mayor comprensión de la organización cognitiva del paciente y el modo que interpreta la realidad (Beck y otros, 1983).

Las principales técnicas cognitivas de la TCO, son las siguientes:

Identificación y registro de Pensamientos Automáticos Negativos

Esta técnica consta de 2 etapas:

1) Explicar el fundamento de la TCO.

Esto corresponde a lo que hemos explicado en la segunda etapa de la primera entrevista ("educación en la TCO"). Beck plantea que es necesario explicar al paciente los fundamentos teóricos y conceptos claves de la TCO, lo cuál permite que éste comprenda en qué consiste el proceso terapéutico que está iniciando y, especialmente, descubra la relación entre sus cogniciones disfuncionales y sus perturbaciones emocionales. (Beck y otros, 1983).

2) Detección y registro de los pensamientos negativos automáticos (PAS)

Una vez comprendida la relación entre cognición y afecto, y la existencia de cogniciones disfuncionales en la propia experiencia del paciente, se le pide a éste que detecte la mayor cantidad de cogniciones negativas posibles (Shaw & Beck, 1981). Esta identificación y registro, se puede realizar a través de las siguientes formas:

a) Se podría preguntar, por ejemplo, cuáles fueron las cogniciones presentes justo antes de la primera entrevista (referentes a la terapia, al terapeuta o a ellos mismos) (Beck y otros, 1983).

b) Que el paciente realice un registro diario de sus pensamientos automáticos negativos (Cotroaux, 1991). Estos registros podrían ser anotados en un cuaderno u hoja de registros: a) inmediatamente después de que ocurren los PAS, b) dedicando 15 minutos del día para el registro, o bien, c) identificando situaciones ambientales que tengan gran relación con los PAS (por ejemplo, al despertar por la mañana), de tal manera que cuando éstas ocurran, se registren los PAS.

Confrontación de los PAS

Ya hemos señalado la importancia de registrar las cogniciones (PAS) para lograr identificarlas y modificarlas. La confrontación y modificación de los PAS, más que una técnica en sí, corresponde a un conjunto de técnicas que pretenden invalidar los PAS y reemplazarlos por pensamientos más adaptativos. Las más importantes de estas técnicas son:

1) Pruebas de realidad

Esta técnica consiste en enseñar al cliente a analizar lógicamente sus conclusiones negativas (incorrectas), los PAS, en base a datos empíricos sólidos (*pruebas de realidad*) (Beck y otros, 1983; Beck, Freeman y otros, 1995; Bradley, 1999).

En términos prácticos, consiste en definir los PAS del paciente en términos de "hipótesis", las cuáles se pueden confirmar o desconfirmar de forma empírica (Cook, 1999). La comprobación de estas hipótesis, corresponde a lo que hemos explicado anteriormente en la técnica conductual de *programación de actividades*, con la diferencia de que mientras en el caso anterior, el objetivo se centraba en sacar del letargo al paciente y contrarrestar hipótesis específicas de incapacidad o falta de sentido, en las "pruebas de realidad", además de verificar estas hipótesis, incluye una serie de otras hipótesis del paciente como por ejemplo "si ayer hice el ridículo en mi trabajo, siempre se van a reír de mí", "si no tuve éxito en esta relación nunca me irá bien en el amor", etc.; en otras palabras, es una técnica más "cognitiva". Entre paciente y terapeuta recogen la información necesaria para evaluar si las "hipótesis" han sido confirmadas por los hechos (Bas, 1997).

2) La reatribución

La reatribución, consiste en ayudar al paciente a analizar los acontecimientos más relevantes experimentados por éste, mediante un análisis lógico, que va a permitir realizar una adecuada atribución causal. Es frecuente, por ejemplo, que el paciente depresivo, atribuya los acontecimientos o experiencias negativas a sus propias deficiencias (como la "incompetencia"), y generalmente se autoculpabiliza y

responsabiliza por todo lo negativo que le ocurre. El objetivo de la reatribución es ayudar a los pacientes a "objetivizar" sus interpretaciones negativas de la realidad en términos atribucionales y, como consecuencia, cambiar sus perturbaciones emocionales. (Bradley, 1999)

Concretamente, el terapeuta lleva a efecto esta técnica a través de 3 pasos: 1) revisando los "hechos" o acontecimientos que están facilitando las atribuciones erróneas (por ej. la autocrítica) 2) mostrando los *distintos criterios* existentes para la atribución de responsabilidad de los actos y acontecimientos, y 3) poniendo en duda la creencia del cliente, de ser 100% responsable de los acontecimientos negativos (Méndez, Olivares & Moreno, 1998). Relacionado con esto, es importante considerar el *descentramiento* (que algunos definen como una técnica en la TCO), y que consiste, precisamente, en "descentrar" de la propia persona (de sí mismo), la responsabilidad de los hechos negativos o de las críticas de las personas significativas, considerando la posibilidad de responsabilidades "externas" y de "errores" en los otros.

3) Soluciones alternativas

Esta técnica consiste en la investigación activa de otras soluciones o interpretaciones de los problemas referidos por el paciente (Beck & Shaw, 1981; Freeman & Oster, 1997; Bradley, 1999). Tiene como objetivo, que a través del conocimiento de distintas alternativas y posibilidades frente a las situaciones evaluadas como problemáticas, el paciente logre modificar algunos de sus PAS.

El procedimiento guarda cierta semejanza con la "Terapia de solución de

Problemas” de T. D`Zurilla (que hemos descrito en el Capítulo 6). Consta de 5 etapas y se busca que el paciente: 1) adquiera un distanciamiento de sus propias cogniciones y redefina sus problemas, 2) busque soluciones alternativas (nuevos pensamientos) 3) analice la credibilidad de estos pensamientos o conclusiones, sus ventajas y desventajas (Beck & otros., 1993), y elija una de estas soluciones alternativas y las lleve a la práctica, 5) analice el grado de eficacia de la alternativa (pensamiento) elegida, y la posible necesidad de cambiarla (Carrasco, 1997). Estratégicamente, el terapeuta debe ayudar al paciente en estos pasos: i) utilizando preguntas socráticas como “¿me pregunto que otras alternativas has considerado?”; ii) usando preguntas estocásticas como “otra explicación para lo que tú estás pensando, podría ser...” (Freeman & Oster, 1997); o iii) mostrándole algún ejemplo de cogniciones negativas, y sus respectivas alternativas racionales (de él mismo o de otras personas).

Técnica de las tres columnas

Esta técnica es una integración de las 2 técnicas cognitivas anteriores (registro y confrontación de los PAS) y consiste en utilizar un *registro de tres columnas*, donde se puedan anotar: los PAS que le han ocurrido al paciente, las situaciones en que se presentaron y los pensamientos racionales alternativos a cada uno de ellos. Generalmente en esta técnica, se agregan una 4ª y 5ª columna, donde se registran las emociones sentidas frente a cada PAS y a sus alternativas racionales, respectivamente. El objetivo central de la “técnica de las 3 columnas” es que el paciente: a) vea hasta que punto cree en sus pensamientos automáticos negativos

(PAS), b) sea más "objetivo" frente a sus cogniciones, c) distinga entre interpretación realista y distorsionada de la realidad d) se convenza de la relación entre cogniciones negativas y sentimientos desagradables, y, finalmente, e) cuantifique los cambios que se van dando, con la terapia, en las emociones y los PAS (Beck y otros, 1983).

En definitiva, en esta técnica, el paciente debe anotar diariamente:

1. En una 1ª columna, las cogniciones negativas que se presentan en determinadas situaciones. Para ello puede utilizar cualquiera de las estrategias señaladas en la técnica de "Identificación y registro de los PAS".
2. En una 2ª columna, las situaciones específicas en que se presentan estos PAS.
3. En una 3ª columna, las emociones experimentadas al momento de presentarse los PAS.
4. En una 4ª columna, los pensamientos alternativos que se pueden plantear frente a los PAS. Para encontrar estos pensamientos alternativos, se pueden utilizar cualquiera de las técnicas de "Confrontación de los PAS" (explicadas en las páginas anteriores).
5. En una 5ª columna, las emociones experimentadas luego de plantear los pensamientos positivos alternativos (ver Apéndice H).

Identificación y modificación de los ECN

Esta técnica consiste en intentar identificar y modificar los esquemas (o supuestos subyacentes) cognitivos negativos (ECN), que están a la base de los PAS del paciente y por tanto, están determinando los trastornos emocionales. Beck señala

que para lograr un *real* cambio en la forma en que el paciente procesa la información, no basta con la identificación y modificación de los PAS, que son más bien productos de los ECN, sino que es necesario la modificación de los esquemas cognitivos negativos, que agrupados en "modos", determinan la "personalidad" del paciente, es decir, la forma en que el paciente se comprende a sí mismo y al mundo (Clark & Beck, 1997).

El procedimiento abarca 2 partes:

- En primer lugar, se realiza la *identificación* de los ECN. El terapeuta va a formular hipótesis sobre los ECN del paciente, (Beck, 1976; Safran y otros, 1986) para lo cuál:

1. Observa las formas en que el paciente justifica determinadas cogniciones o algunos aspectos de su perturbación (se debe tener mucha precaución de no "adivinar" estos esquemas, que generalmente se encuentran muy ocultos). Se deben ver los aspectos sociotrópicos (respecto a las relaciones interpersonales) y autonómicos (relacionado con la autonomía) (Beck, 1993a; Rubis & Hayes, 1997).
2. Ayuda al paciente a inferir, desde lo más específico y explícito (PAS), lo más general e implícito (ECN) (Beck y otros, 1983; Wessler, 1993). En otras palabras, el paciente va a identificar e informar acerca de sus PAS, luego va a reconocer los contenidos comunes entre éstos, y finalmente, va a inferir los ECN que pueden estar a la base. A este proceso se le ha llamado técnica de la "flecha descendente".
3. Analiza las distorsiones cognitivas del paciente expresadas en sus PAS. Por ejemplo, a partir del pensamiento automático negativo "nunca más voy a tener

una relación amorosa estable”, se puede analizar la distorsión cognitiva de *generalización excesiva*.

4. Va a poner atención en determinadas palabras que usa el sujeto, generales y vagas, que generalmente son aprendidas en la infancia (como por ej. “tonto” o “inútil”).
5. Presta atención en el modo que el paciente interpreta el comportamiento de otros y su propia experiencia.

- En segundo lugar, la *modificación* de estos ECN que se han identificado. Una vez que los ECN se pueden identificar y verbalizar, se plantean cómo “hipótesis” cuya validez se debe poner a prueba a través de 2 formas:

1. Realizando experimentos de comprobación de hipótesis, a través de la técnica “pruebas de realidad”, que hemos explicado anteriormente.
2. Elaborando contraargumentos frente a los ECN (Méndez, Olivares & Moreno, 1998), donde se analizan las ventajas y desventajas de estos supuestos (esquemas), reconociendo la falta de lógica o la disfuncionalidad de los mismos. Beck señala que lo importante es que el paciente logre desarrollar por sí mismo, estos contraargumentos.

Es importante señalar que este es el trabajo cognitivo más complejo dentro de la terapia, ya que lo que se pretende modificar son las formas en que el sujeto comprende e interpreta la realidad, por lo cuál es natural encontrar cierta resistencia, consciente o inconsciente, a dejar estos esquemas, que de alguna manera, están dando el sentido de “identidad” del individuo (Freeman & Oster, 1997).

4. Aplicaciones prácticas.

Como hemos indicado al comienzo de este Capítulo, el nacimiento de la TCO tuvo como objetivo crear una nueva forma estructurada y breve de tratamiento para la Depresión. En los primeros años de esta terapia, la mayor parte de las investigaciones y aportes teóricos y clínicos de A. Beck, se centraron en el trastorno de la Depresión Unipolar. Sin embargo, con el tiempo, la aplicación de la TCO se fue extendiendo a numerosos trastornos emocionales, como el Trastorno de Ansiedad (Westermeyer, 1997) y los Trastornos de Personalidad (Beck, Freeman y otros, 1995), con un apoyo empírico significativo (Beck, 1993a y b; Clark & Beck, 1997; Rubis & Hayes, 1997). Actualmente, podemos encontrar distintas aplicaciones clínicas de la TCO, en las cuáles se han especificado los diferentes pensamientos automáticos y ECN (Riskind, 12) (ver, por ej., Tabla N°11), lo cuál ha tenido gran relevancia para facilitar el trabajo terapéutico; como señala Clark y otros (1996): "la asociación de contenidos cognitivos específicos con los distintos trastornos psicológicos ha tenido importantes implicaciones para el diagnóstico y tratamiento" (pág. 136).

Entre las aplicaciones más importantes de la TCO se encuentran:

- Depresión unipolar (Sanderson & Beck, 1990; García & Rodríguez, 1991).
- Trastornos de ansiedad: ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia y fobias sociales (Beck & Emery, 1985; Sanderson & Beck, 1990).
- Abuso de sustancias (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993)
- Trastornos de Personalidad (Wesler, 1993; Beck, Freeman y otros, 1995;

Dreesen & otros, 1999).

- Trastorno por estrés postraumático (Astin & Resick, 1997; Deumore, Clark & Ehlers, 1999)
- Problemas de pareja (Dattilio & Padesky, 1995).
- Anorexia Nerviosa y pacientes con SIDA (Buceta & Bueno, 1990).
- Conducta suicida (Freeman & Reineke, 1995).
- Esquizofrenia y sintomatología psicótica (por ej. alucinaciones) (Jackson & Chadwick, 1997).

CAPITULO 9

TERAPIA COGNITIVA POSTRACIONALISTA DE V. GUIDANO

1. Introducción.

1.1 Definición.

Desarrollada por **Vittorio Guidano**, la *Terapia Cognitiva Postracionalista* es una terapia cognitiva constructivista, que se basa en la idea de que no existe una realidad única y estática, sino que cada sujeto construye su propia realidad, de un modo autorreferencial y evolutivo (Guidano, 1998; Ruiz, 1999, en conf.). Cada persona, en una dinámica constante, construye explicaciones sobre la propia experiencia vivida, en coherencia con su sentido de ser en el mundo, su *self* (sí mismo) en continuo proceso (Guidano, 1997a). Cuando el individuo experimenta sentimientos que no puede explicarse o autorreferirse en coherencia con su self, surge la psicopatología. La terapia consiste en ayudar al cliente a realizar, por medio de métodos de autoobservación, un reordenamiento progresivo (desde lo emocional a lo reflexivo) de la experiencia personal, haciendo inteligibles estos sentimientos perturbadores, con el fin de que sean coherentes con el funcionamiento del sujeto.

1.2 Reseña histórica.

En 1983, Vittorio Guidano y Gianni Liotti publican el libro *Cognitive process and emotional disorders* ("La terapia cognitiva y los trastornos emocionales"), donde

quedan sentadas las bases de una nueva forma de terapia, la *Terapia cognitivo estructural*, que posteriormente se llamaría *Terapia procesal sistémica*, y en 1994, V. Guidano utiliza el nombre con el cuál se conoce actualmente, *Terapia cognitiva postracionalista (TPR)*.

En el nacimiento de la TPR, como en toda terapia emergente, se dan variadas influencias históricas (algunas de las cuales veremos en la sección 2 de este Capítulo), incluyendo la psicología evolutiva, la teoría biológica del conocimiento, las teorías motoras de la mente, las teorías sistémicas y de la termodinámica, la neurobiología y la psicología social (Guidano & Liotti, 1983; Zagsmutt & Ruiz, 1988). Además, como esta nueva modalidad terapéutica, surge fundamentalmente en el marco del enfoque constructivista de las terapias cognitivas (es la primera terapia constructivista, después de muchos años en que apareciera la primera de ellas (1955), la "Terapia de los constructos personales" de G. Kelly), que hemos descrito en el Capítulo 6, podríamos decir que los antecedentes teórico-históricos que anteceden al constructivismo, se pueden extrapolar a la TPR. No obstante, quisiéramos resaltar 2 antecedentes teóricos, que fueron relevantes en el surgimiento de la TPR, y que favorecen, además, una distinción con las terapias cognitivas basadas en el procesamiento de la información (PI): 1) la nueva epistemología evolutiva (biológica, histórica y social), y 2) el énfasis en la dimensión emocional del conocimiento y del self.

(1) La epistemología hace referencia a las teorías del conocimiento. Basándose en el idealismo de Kant, en el racionalismo crítico y la epistemología evolutiva de Popper, la neurobiología, la teoría biológica del conocimiento de Maturana, Guidano y Liotti

postulan una terapia *constructivista, evolutiva y estructuralista*, poniendo énfasis en la forma en que las personas adquieren y autoorganizan el conocimiento (Zagmutt & Ruiz, 1988). La terapia naciente (la TPR), se va a adherir a la postura de que el hombre, como todos los seres vivos, es un sistema determinado estructuralmente, cuyas estructuras iniciales, van a estar en constante cambio según la interacción con el medio (Maturana, 1993; Ruiz, 1999). Estas estructuras van a determinar el desarrollo del conocimiento, mediante el cuál el sujeto es capaz de comprenderse a sí mismo y a la realidad, de una manera viable y efectiva (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987); el conocimiento humano es el resultado de un proceso de *adaptación evolutiva* del hombre a su medio, filogenética y ontogenética. Tal como señalaba Popper (Popper & Eccles, 1982) "hay 2 grandes fuentes de información: la que se adquiere por herencia genética y la que se adquiere a lo largo de la vida... y todo conocimiento adquirido puede remitirse, paso a paso, a modificaciones del conocimiento instintivo innato" (pp 137). Los organismos generan teorías (que "traducen" la experiencia) acerca del entorno, para *adaptarse* a las perturbaciones que les imprime el ambiente, las cuáles, además, están limitadas por las características biológicas (estructurales y funcionales) e históricas del organismo (Manoney, 1988). Como señala Maturana y Varela (1990) "no hay discontinuidad entre lo social y humano, y sus raíces biológicas...el fenómeno del conocer es todo de una sola pieza, y en todos sus ámbitos está fundado de la misma manera" (pág. 14).

Estas conceptualizaciones teóricas, van a tener repercusiones concretas en esta nueva forma de terapia, que como veremos posteriormente, pretende ayudar al cliente a *comprender* el modo en que ha formado, histórica y socialmente, el

conocimiento sobre sí mismo y sobre el mundo, para encontrar el modo como puede redefinir su experiencia, que le resulta perturbadora, "nos encontramos con el problema de entender, cómo nuestra experiencia está acoplada a un mundo que vivimos como conteniendo regularidades, que son resultado de nuestra historia biológica y social" (Maturana & Varela, 1990, págs.160-161).

(2) Otro aspecto fundamental en el surgimiento de la TPR y que marca una nueva conceptualización y mayor complejidad teórica en las terapias cognitivas, es el énfasis en los factores *tácitos* (inconscientes) del conocimiento, ligados al *sistema afectivo emocional* del sujeto (una de las "deudas" de las terapias cognitivas basadas en el PI). Para Guidano y Liotti (1983), al hablar de los aspectos *tácitos* (diferenciado de los explícitos) del conocimiento, se reconocen las "reglas internas inconscientes" del sujeto, ligadas al campo emocional y afectivo, por lo cuál se hace evidente, que el conocimiento no sólo es cognitivo, explicativo, explícito o racional, sino que además, implícito y emotivo.

Con esto parece quedar claro, que cognición y emoción son sólo aspectos diferentes de un mismo proceso, interdependientes e indiferenciables, y con un paralelismo funcional que fluye en pasos progresivos, en una constante reorganización del autoconocimiento (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987).

Es indudable que estos conceptos marcan un cambio histórico en las terapias cognitivas, ya que a diferencia de las terapias cognitivas tradicionales, la TPR no va a intentar lograr un cambio en las perturbaciones emocionales a través de una reestructuración *puramente cognitiva* (o racional), ya que cognición y emoción no se pueden diferenciar, y, aún más, el ser humano es ante todo emocional, y es en esta

dimensión donde ocurren sus experiencias. En la TPR se va a buscar, por tanto, que el cliente experimente nuevas tonalidades emocionales, que permitan un cambio cognitivo posterior. Como Maturana ha afirmado (1988), "todo sistema racional tiene fundamento emocional, y es por ello que ningún argumento racional puede convencer a nadie que no esté de partida (en la experiencia) convencido, al aceptar las premisas *a priori* que lo constituyen" (pag 17).

En 1991, Vittorio Guidano publica el libro *The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy* (trad. 1994, "El sí mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva postracionalista"), donde expone en detalle, los aspectos más importantes de su modelo teórico y el marco metodológico del proceso de la TPR, los cuáles han tenido una gran relevancia en los desarrollos más actuales en las terapias cognitivas, especialmente en el marco constructivista.

2. Descripción teórica.

2.1 Teorías motoras de la mente.

Las *teorías motoras de la mente*, son una parte fundamental en las bases del modelo constructivista, y en la postura epistemológica y ontológica de la TPR (Guidano & Liotti, 1983). Esta teoría fue propuesta por Weimer en 1977, y plantea que la mente no es un órgano que simplemente procesa la información proveniente de una realidad externa, sino que, basándose en una organización previa de constructos cognitivos, y a través de su interacción, interpretación y clasificación de los estímulos externos, va a *construir activamente* su propia realidad, creando información (Thomas, 1997). Weimer señala que los sujetos tienen una función “activa” frente al medio, ya que la mente, en un proceso constructivo, elabora expectativas, hipótesis y teorías (especialmente tácitas) sobre el medio y sobre su experiencia en él. En base a este enfoque, la mente ya no se considera un “almacenador pasivo” de sensaciones, donde se elaboran representaciones de la realidad, sino más bien, como un sistema que construye su propio modelo de realidad, que determina el orden y la regularidad de nuestra experiencia fenoménica (Guidano, 1987; Guidano & Liotti, 1988; Botella, 1995). Por lo tanto, Guidano y Liotti (1983) plantean que es necesario considerar la *generatividad y construcción natural* de los procesos de aprendizaje y conocimiento, para comprender la experiencia humana y los trastornos psicopatológicos.

2.2 El concepto de realidad.

Todas las influencias teóricas que hemos decrito, gatillan una nueva concepción de realidad, que es asumido por la TPR, y el constructivismo en general. A diferencia del enfoque cognitivo tradicional, basado en el modelo PI, se plantea que:

1. La realidad es *construida* por cada sujeto, de manera individual. Si consideramos la mente como un constructor activo de información y no un almacenador de representaciones, "la construcción de la realidad es, por tanto, labor nuestra..." (Popper, 1995, pág. 46).
2. Existen tantas realidades o versiones de realidad, como *construcciones* se hagan de ella, a través del conocimiento y dependiendo de las estructuras cognitivas de cada sujeto. (Ruiz, 1992; Guidano, 1994; Botella, 1995) Por lo tanto, como propone Maturana (1986), ya no se puede hablar de un "universo" sino de una *multiversa*, o múltiples versiones de la realidad. Cada una de estas realidades creadas, son únicas e igualmente válidas, no hay una más válida o más verdadera que otra.
3. El sujeto observador, ya no es un obserbvador independuiente de lo que está afuera (objeto), sino que es *parte* de lo observado (el sujeto es parte del objeto), por lo cuál, toda observación y conocimiento, es *autorreferencial*, y por ende, individual (Ruiz, 1992, 1994; Payán, 1999).
4. Se asume que el ser humano, como todo organismo vivo y entidad evolutiva, es un sistema capaz de *autoorganizarse* (Payán, 1999). A través del conocimiento y en interacción con el medio, el sujeto se autoorganiza constantemente, con fines adaptativos, pero no en el sentido de "adecuarse" a una realidad externa, sino de

mantener una coherencia y continuidad del propio self. (Maturana, 1993; Guidano, 1994).

2.3 El conocimiento humano.

Hemos visto como la TPR, y en general, el modelo constructivista, coloca una especial atención en el desarrollo del conocimiento humano. Uno de los aspectos más relevantes, en este sentido, es la importancia otorgada a los aspectos tácitos (ímplicitos) del conocimiento, que reduce el énfasis en la racionalidad y en los niveles explícitos del mismo. Esto permite, además, clarificar la distinción entre estos 2 aspectos del conocimiento que están interrelacionados, lo que favorece su comprensión (Guidano & Liotti, 1988; Botella, 1995). En base a esto, se habla de 2 "formas" de conocimiento:

2.3.1 Conocimiento tácito.

Corresponde al "núcleo metafísico central" (Guidano & Liotti, 1983, 1988; Guidano 1987), que guarda las siguientes características:

- Esta constituido por un conjunto de esquemas organizados jerárquicamente, que funcionan como "reglas profundas" (tácitas), que guían la percepción del mundo de forma coherente.
- Opera a nivel prerracional, ligado a la sensorialidad, la emoción y la afectividad (Ruiz, 1992).
- Es análogo, inconsciente y no requiere del lenguaje: se encuentra en la experiencia directa del vivir.

- En un proceso constructivo, va alcanzando reglas tácitas cada vez más abstractas, que permitirán la manipulación de modelos representacionales (*conocimiento explícito*) del sí mismo y de la realidad (Guidano & Liotti, 1988; Marchetti, 1992).

2.3.2 Conocimiento explícito.

Corresponde a los “modelos de representación”. (Guidano & Liotti, 1983, 1988; Guidano 1987; Botella, 1995), los cuáles:

- Consisten en un conjunto de modelos explícitos, sobre sí mismo y la realidad.
- Son conscientes y están ligados al sistema cognitivo-racional.
- Corresponden, de manera específica, a un conjunto de proposiciones y aspectos semánticos del lenguaje, que los sujetos elaboran o procesan para explicar su vivenciar, de una manera coherente al propio self.
- Ofrecen un imagen más incompleta de la realidad y el sí mismo, que el conocimiento tácito, ya que el contenido de éste último (que es el “vivir” mismo), no está en el flujo de la consciencia (explícito) en todo momento y con todos sus detalles (Guidano & Liotti, 1988).

En base a esta distinción, se podría decir que las cogniciones son “el resultado que emerge de la interacción en curso entre los niveles profundo y superficial del conocimiento; esto es, entre el nivel tácito y el explícito” (Guidano, 1997a).

2.3.3 La identidad personal.

El conocimiento tácito e implícito, están muy estrechamente interconectados, ya que los procesamientos cognitivos analíticos y explícitos, en una dinámica constante, organizan la experiencia (nivel emocional y tácito) en patrones específicos de comprensión, en una búsqueda constante de coherencia interna. Esta relación continua, determina la concepción consciente que el sujeto tiene de sí mismo y del mundo, y es lo que Guidano y Liotti (1983) llaman *identidad personal*. Esta se define como "una totalidad de creencias, memorias y procesos de pensamiento sobre el sí mismo, que produce una autoimagen coherente y un sentido de unidad personal y continuidad en el tiempo" (Guidano & Liotti, 1985, pág. 139). Esta identidad se basa en el conocimiento tácito (experiencia inconsciente), pero se conoce y se hace consciente, a través del conocimiento explícito, que actúa como mecanismo regulador (Marchetti, 1992).

Es necesario aclarar, además, que como el conocimiento explícito utiliza mecanismos reflexivos y conscientes, para referirse al tácito, ofrece un modelo sesgado de este último, lo cuál como veremos más adelante, guarda especial relevancia para la terapia.

En páginas posteriores señalaremos, las características principales de la identidad personal, que posteriormente Guidano llama *significado personal*.

2.4 La dinámica experiencia-explicación.

En la TPR es de gran importancia, la dinámica entre los aspectos tácitos y explícitos del conocimiento, que Guidano llama, *experiencia inmediata y explicación*,

respectivamente. La "experiencia inmediata", corresponde a la vivencia afectiva y emocional de todo ser humano, que nace de la praxis continua del vivir, de su "modo histórico" de ver la vida, de su existir inmediato (Maturana, 1986; Guidano 1994, 1997b; Ruiz, 1999, en conf.); la "explicación", corresponde a la reconstrucción o reordenamiento de esta experiencia inmediata, a través constantes referencias, definiciones y proposiciones (lenguaje), a nivel cognitivo.

En el desarrollo individual, se da de manera constante esta dinámica e interdependencia entre experiencia y explicación. Algunos aspectos fundamentales de este "baile dinámico y vitalicio" (Mahoney, 1997a) entre la experiencia inmediata y la reflexiva, son los siguientes:

1. Esta dinámica, es inherente a todo conocimiento humano y al hecho de tener un *sentido* de nosotros mismos (Guidano, 1997b, 1998). En el desarrollo humano, "la experiencia inmediata, está en un constante fluir que yo le intento dar sentido, dar una continuidad en el tiempo", lo que va generando el sentido de individualidad (Guidano, 1999, en conf.).
2. Para dar significado y reordenar esta experiencia, es fundamental el *lenguaje* y la representación simbólica, exclusiva de los seres humanos. Gracias al lenguaje, uno puede construir en términos de proposiciones verbales, una explicación de la experiencia inmediata (fundamentalmente emocional y afectiva) que percibo (Ruiz, 1994); "las palabras transforman la afectividad en información, que permite a las personas reconstruir la experiencia" (Guidano, 1999, en conf.) Además, el lenguaje no sólo es importante por ser *un* instrumento para la narración del vivir, sino por que constituye *el* instrumento explicativo que tenemos los seres

humanos para tal objetivo, ya que “no tenemos ninguna posibilidad de referirnos a nosotros mismos o a cualquier otra cosa, fuera del lenguaje” (Maturana, 1997, pag. 48). Guidano señala que “la experiencia en sí es inaccesible... la única forma que existe de *acercarse* [énfasis agregado] a ella y abordarla terapéuticamente, es a través del lenguaje” (Guidano, 1999, en comunicación personal).

3. Por otra parte, es imposible “equivocarse” o decir “algo incorrecto” con respecto a la experiencia inmediata, (que como hemos indicado está ligada a las emociones, afectividad y sensorialidad), ya que nuestro *sistema afectivo emocional* nos permite percibir el mundo de manera inmediata e irrefutable, es una experiencia *a priori*. En cambio, en nuestro *sistema racional cognitivo* que utilizamos *a posteriori* y que nos permite reordenar y explicar (a través del lenguaje) la experiencia en un metanivel, es perfectamente posible “errar”, ya que se basa en el punto de vista que pongamos como observadores (Guidano, 1995, 1997b, 1998). Por lo tanto, nuestra experiencia queda inevitablemente “sesgada” por la evaluación racional.
4. Según lo expuesto, podemos decir que el conocimiento y la identidad personal, corresponden a una construcción y reconstrucción continua de la experiencia de uno mismo (“yo” que actúa y experimenta), en base a un ordenamiento que el individuo realiza (“mi” que observa y evalúa) en forma abstracta, que va a permitir mantener la coherencia del sí mismo (self).
5. Esta conceptualización teórica (nueva epistemología) de la dinámica experiencia-explicación, permite, además, la distinción de este enfoque con los enfoques cognitivos tradicionales, ya que la TPR ubica las emociones en el nivel de la experiencia inmediata, diferente al nivel de las cogniciones (explicativos), y, por

tanto, no comparte la idea de que el cambio emocional, se pueda establecer por medio de reglas racionales y de procesamiento cognitivo (Ruiz, 1992), como, por ejemplo, en las terapias de *reestructuración cognitiva*; cognición y emoción, aunque interactúan, ocurren a *diferentes niveles* de procesamiento.

2.5 El sí mismo (*self*)

El *si mismo* o *self* se constituye a través del conocimiento (tácito e implícito) o construcción de la realidad, y otorga a la persona una organización de sí misma, que implica *continuidad* y *coherencia* a través del tiempo (Marchetti, 1992). Como dice Guidano (1987), sin un sentido del sí mismo, no habría ninguna apreciación de la continuidad de la experiencia a través del tiempo y, por tanto, ninguna estructura organizada para la experiencia. La experiencia humana, desde el nivel de percepción hasta el nivel de abstracción, presupone un nivel de estabilidad y coherencia. (Guidano 1997a).

Podríamos decir que el sí mismo, se caracteriza por lo siguiente:

- 1 Es *procesual*, es decir, se establece en una continuidad (*mismidad*). Esta continuidad es semejante, como señala Guidano (1999, en conf.), a los aspectos *transitivos* del "flujo de la conciencia" (sentido de continuidad y unicidad personal) del filósofo W. James, y se diferencia, por tanto, de los aspectos *sustantivos* de este flujo (contenidos, como pensamientos e imágenes), que aparecen cuando la conciencia se observa a sí misma, en una metapostura. Estos aspectos transitivos y del mismo modo, el sí-mismo, solo pueden observarse en movimiento, en *proceso*, ya que si se "detienen", se ven "fragmentados". El sí

- mismo, solo puede ser comprendido en un enfoque evolutivo (como el postracionalista), ya que todo sistema autoorganizado se conoce a través de su historia, "el sí mismo es un producto evolutivo..." (Guidano, 1999, en conf.).
- 2 Es un sistema *mutimodal*, que no pertenece sólo al dominio computacional o racional (como en el enfoque cognitivo tradicional), sino que incluye actividad motora, sensaciones, emociones, memoria, pensamientos, razón y pensamiento conceptual, "es una manera de percibir inmediatamente lo que hay sin procesar... es especialmente emotivo" (Guidano, 1999, en conf.).
 - 3 El ser humano, en la dinámica experiencia-explicación, que hemos explicado anteriormnete, busca amplificar e integrar los aspectos consistentes con el sí mismo y al mismo tiempo inhibe, aleja o aliena (hace extraños) los aspectos discrepantes, a través de *mecanismos de autoengaño* en la evaluación y decodificación de los mismos (Guidano, 1994, 1997b; Ruiz, 1999, en conf.). Cuando estos aspectos discrepantes, altamente emocionales, no pueden referirse en forme coherente con el sí mismo, ni tampoco inhibidos por medio de autoengaño, surge la psicopatología y lo que Guidano llama *estados disociativos* (Guidano 1999, en conf.), y por lo tanto el "yo" que siente, no puede integrarse con el "mi" que cuenta o explica (narrador). (Zagmutt, 1999, en conf.).
 - 4 En términos evolutivos, el conocimiento, y por tanto, la continuidad del sí mismo, progresa desde una condición exploratoria (ligada a las emociones), hasta la autoconciencia reflexiva, procurando una estabilidad en un medio cambiante, a través de niveles cada vez más altos de funcionamiento autorreferencial autónomo. Sin embargo, en el desarrollo humano, el conocimiento no se adquiere de un modo *acumulativo progresivo*, sino que los períodos de "estabilidad", se

interrumpen por *desorganizaciones* del self, donde ocurren “revoluciones personales” o reorganizaciones de la coherencia interna del sujeto, que van a determinar, como veremos más adelante, la aparición discontinua de niveles más inclusivos de conocimiento de sí mismo y del mundo (Guidano, 1994) . Esta “revolución personal” es la que se busca en el contexto terapéutico.

2.6 La intersubjetividad.

El conocimiento del sí mismo (self), es y se construye en interrelación con otros (Guidano, 1995). La capacidad que existe para diferenciar entre el sí mismo y los otros (*no - sí mismo*), es esencial para un autoconocimiento estable y coherente. (Guidano, 1999, en conf.)

En este sentido, uno de los aspectos fundamentales es la adquisición del *lenguaje*, que determina un nuevo nivel de ordenamiento autorreferencial, de acuerdo a reglas semánticas, que permiten explicar la experiencia inmediata a través de proposiciones, como hemos señalado anteriormente. Con el lenguaje, además, se comparten “explicaciones” de 2 o más sujetos en un ámbito cooperativo y de intersubjetividad. Esto favorece, por medio de una “imagen reflejada” dada por los otros, un mayor ordenamiento (explicación) de la propia experiencia y una mayor estabilidad de la coherencia interna (Guidano, 1994). Es un conocerse “a partir” de los otros.

2.7 Organización del significado personal.

El ser humano como todo organismo, es capaz de autoorganizarse (Maturana, 1986). A partir de la construcción del conocimiento, surge la *identidad o significado personal*, que se autoorganiza en forma continua. Como señala Ana M^a Marchetti (1992), el significado personal es “una manera específica de sentirse en el mundo que va determinando gradualmente el estilo de relación con él y con nosotros mismos” (pág. 167), a través de la dinámica experiencia-explicación de cada momento. Este significado o identidad personal, que es capaz de autoorganizarse, permite dar una continuidad al self en el tiempo (Guidano, 1994), y, además, el “mantenimiento de nuestra propia identidad personal percibida, llega a ser casi tan importante para nosotros como la vida misma” (Guidano, 1997a)

En la *organización del significado personal (OSP)* podemos distinguir algunas características esenciales:

1. Esta organización, es más un *proceso* que una *entidad*, ya que se hacen más importantes, los niveles de procesamiento del conocimiento (como flexibilidad, generatividad y nivel de abstracción), que los productos del mismo (Guidano, 1994).
2. Es un proceso *evolutivo*, que no se ordena de un modo progresivo lineal, sino más bien como un proceso “en espiral”, ya que la experiencia se encuentra siempre “antes” que la explicación de la misma (Guidano, 1997b), es decir, siempre vivimos y experimentamos antes de poder autorreferirnoslo. Por lo cuál, la dinámica experiencia-explicación constituye una circularidad oscilante (como un “espiral”) y continua, que permite mantener la coherencia de significado personal,

en niveles cada vez más estructurados de autorreferencialidad (Guidano, 1987, 1997b; Guidano & Liotti, 1988). Cuando van apareciendo las nuevas formas de discrepancias o estados emocionales inexplicables (que hemos explicado anteriormente), habrá nuevas formas de reestructuración y explicación, en niveles de autoconciencia más integrados, que puedan explicar estas discrepancias, en coherencia con el self. Estos son los *procesos de cambio*, que van permitiendo la evolución del significado personal y del self (Guidano, 1997a).

3. Es un *proceso ordenador unificador*, ya que la forma en que la explicación reconoce, organiza y da coherencia a la experiencia percibida, incluye patrones afectivos, motores y cognitivos (Guidano, 1994), debido a la naturaleza multimodal del sí-mismo, que hemos señalado anteriormente. Esta multimodalidad incluye, por ejemplo, niveles diferentes en el campo emocional, que se autoorganizan para dar coherencia al significado personal, y permiten adaptarse a un ambiente dinámico, variable y hostil.
4. Esta organización es "cerrada" a nivel tácito, y estructuralmente "abierta" a nivel explícito (Botella, 1995). Esto quiere decir que mientras la experiencia emocional y afectiva (nivel tácito) está implícita y no se puede cambiar, las explicaciones (nivel explícito) de esta experiencia en la OSP, van evolucionando a niveles cognitivos más flexibles y abstractos, que pueden extenderse o modificarse.
5. Guidano (1994) ha descrito el desarrollo evolutivo de 4 tipos de OSP (aunque señala que podrían haber 9 o 10), que se relacionan con 4 formas de psicopatología: depresión, fobia, trastornos de la alimentación y trastorno obsesivo-compulsivo (ver Tabla N°12). En este aspecto es pertinente aclarar, que a pesar de que Guidano y el postracionalismo en reiteradas ocasiones (por ej.

Guidano, 1994, 1995), han manifestado su descontento con la estandarización de las patologías, como por ejemplo, las calificaciones reduccionistas y generalizadoras de cuadros clínicos del DSM¹ IV, se han propuesto estos cuadros descriptivos (clasificaciones de OSP) como "llaves guiadoras para explicar y comprender determinadas patologías, que deben ser individualizadas en el setting terapéutico... ..desde luego que en este aspecto, queda bastante por investigar..." (Balbi, 1999, en comunicación personal).

2.8 El Apego y el desarrollo del sí mismo.

Como hemos podido observar, el desarrollar y organizar el sí mismo (self), representa el proceso por el cuál, el ser humano, aprende a reconocerse y a unificar, progresivamente, el conocimiento acerca de sí mismo y del mundo, en una identidad definitiva y relativamente estable, que es su propia realidad (Torricelli, 1996). Esta identidad se va colocando en el centro de todo su conocimiento (Guidano, 1997a).

Se ha recalcado que en el desarrollo del conocimiento y del sentido del self, es fundamental la relación con otros (Mahoney, 1991). Guidano, además de la epistemología evolutiva de K. Popper, ha utilizado la "teoría del apego" (vínculo afectivo) de J. Bowlby (Bowlby, 1990, 1993a y b, 1998) para explicar la importancia de la *relación de apego afectivo* con las "figuras significativas", en el desarrollo del significado personal, tanto en los primeros años de vida, como a lo largo de todo el ciclo vital (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1994; Botella, 1995).

¹ "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales".

Tabla N° 12. Desarrollo evolutivo de las Organizaciones de Significado Personal (OSP).

OSP	DESARROLLO DEL SIGNIFICADO PERSONAL
<p><i>Trastorno Depresivo</i></p>	<p>Las figuras de apego "desatienden" al niño, el cuál se enfrenta a reiteradas experiencias de <i>rechazo</i>, además de <i>amenazas de pérdidas</i> y <i>pérdidas reales</i>. Esto va a determinar un vínculo afectivo <i>inseguro-evitativo</i>.</p> <p>Las tonalidades emocionales van desde la <i>ira</i> al <i>desamparo</i>; la pérdida y el rechazo se ven como inevitables.</p> <p>En el self se da una experiencia de desamparo, ira, desvaloración y autoacusación, que se explica en términos de pérdidas, rechazos y fracasos "causados internamente" (por defectos propios).</p> <p>Como mecanismos de autoengaño, se realizan <i>conductas evitativas</i>, para evitar los rechazos y la soledad, que producirían angustia e ira.</p>
<p><i>Trastorno Fóbico</i></p>	<p>Las figuras de apego son "sobreprotectores", por lo cuál se inhibe la conducta exploratoria autónoma del niño, restringiéndolo y creando una <i>excesiva dependencia</i> de la figura de apego.</p> <p>Las tonalidades emocionales van desde <i>angustia-necesidad de protección</i> a <i>necesidad de libertad/miedo</i>.</p> <p>El self se experimenta como angustioso y en peligro, que es explicado como "causado externamente" (un <i>mundo peligroso</i>). También se experimenta una necesidad de libertad y a la vez miedo, que se explica como "necesidad de controlar el ambiente".</p> <p>Como defensa a este self, el fóbico <i>se aleja</i> de las cosas que le dan miedo o <i>sobrecontrola el ambiente</i> porque se considera limitado emocionalmente; también se buscan <i>relaciones afectivas seguras</i>.</p>
<p>Trastorno de la Alimentación (DAP)</p>	<p>Las figuras de apego son "protectoras sin afecto"(por imagen), y anticipan los sentimientos del niño, por lo cuál, éste <i>no logra reconocer</i> estos sentimientos (<i>autorreferírselos</i>).</p> <p>Existen sentimientos de vacío, angustia, ineficacia personal y desconfianza.</p> <p>El self es angustioso y desdibujado, que se explica como ineficacia personal. Para la anoréxica, los otros son "engañosos" en sus juicios.</p> <p>En defensa a este self percibido, se dan las <i>conductas alimentarias disfuncionales</i> ("perfeccionismo-delgadez" en la anorexia, "distracción-comida" en la obesidad), que evitan las desconfirmaciones de la autoimagen.</p>

Tabla Nº 12. Continuación.

OSP	DESARROLLO DEL SIGNIFICADO PERSONAL
<p><i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i></p>	<p>Las figuras de apego son "ambivalentes" (el rechazo se disfraza de preocupación), por lo cuál, en el niño se mezcla la fiabilidad y la hostilidad (no hay una autopercepción unitaria)</p> <p>Se impone la racionalidad a la emocionalidad (reglas externas, principios absolutos): las emociones son incontrolables, por lo cuál hay que racionalizar.</p> <p>En el self la experiencia ambivalencia y hostilidad, es dividida en detalles (intelectualizada), por lo cuál, no hay totalidad ni continuidad.</p> <p>Se racionaliza exageradamente y aparecen los insights bizaros, rituales, que aseguran una "certidumbre", que evitan los sentimientos ambivalentes de vergüenza, menosprecio o incompetencia. Se realiza un control normativo sumamente específico.</p>

En base a estas teorías (especialmente la "teoría del vínculo" de Bowlby), Guidano plantea lo siguiente:

- La tendencia a establecer lazos emocionales estrechos (*vínculo afectivo*) con los cuidadores (*figuras de apego*), es la condición ontológica fundamental para un ordenamiento de la experiencia, ya que permiten el contacto del niño con la realidad, a través de la exploración autónoma del medio. Ya el *reconocimiento facial* y la *imitación* del recién nacido, son actividades *ordenadoras* y *autorreferenciales* a nivel sensorio-motor. Los estímulos provenientes de los cuidadores, permiten que el niño empiece a vincular sentimientos básicos y vagos con percepciones, acciones y recuerdos, transformándolos en esquemas

emocionales específicos (base o matriz de operaciones sensoriomotoras) que se pueden experimentar subjetivamente.

- Paralelamente a la relación de vinculación, ocurre un proceso de *desvinculación* de la figura de apego, que es importante ya que va a permitir una progresiva autonomía y diferenciación de los otros (el *no sí mismo* de Guidano), que determinará el desarrollo de la identidad o significado personal del niño. El niño va logrando diferenciarse de los otros y del mundo (desde lo físico principalmente en los primeros 2 años), y a través de la conducta de los otros, van percibiendo su propia imagen (Guidano & Liotti, 1983, 1988; Guidano, 1995). Esto es semejante al "efecto del espejo" planteado por Popper y Eccles (1982), que señala que los niños aprenden a ser más conscientes de sí mismos, al verse reflejados, como en un espejo, en la conciencia que los otros tienen de él. De este modo, en la interiorización de la figura de apego, que implica, por un lado una "sintonía" (empatía) con el otro, y por otro, una diferenciación de los otros (sí mismo-no sí mismo), se va constituyendo el *sentido del sí mismo* y del mundo (Guidano, 1994). Guidano (1999, en conf.) señala que a veces los padres, por darles más protección a los niños, le impiden que éste diferencie entre interno y externo, y por ende, entre sí mismo-no sí mismo, lo cuál dificulta una definición estable del self.
- El estilo de la relación de apego, dependerá de la conducta de los progenitores. Por ejemplo, si el acceso a la figura de apego se percibe como *seguro*, también lo es el vínculo afectivo, si el acceso, en cambio, es *bloqueado*, el apego del niño va a ser *inseguro-evitativo*. En una patología específica, como en la OSP depresiva (ver Tabla N° 12), existe una *amenaza de pérdida o pérdida real* del vínculo

afectivo, lo que genera un apego inseguro-evitativo, e intensos sentimientos de cólera (ira) y ansiedad (Bowlby, 1990; Guidano, 1994). De este modo, Guidano comparte la idea de J. Bowlby (1990), de que hablar de psicopatología de las emociones (trastornos emocionales), es hablar de la "psicopatología del vínculo afectivo".

- Este sentido del self en desarrollo, se va a mantener a través del tiempo por medio de repetidas *confirmaciones* (y también *desconfirmaciones*) de la percepción del self, por parte de las "figuras significativas" (proyección de las "figuras de apego"), que se producen en el proceso de desarrollo (Botella, 1995). El sistema cognitivo siempre va a buscar evidencia confirmatoria.

Hacia niveles más abstractos y reflexivos

En base a lo expuesto, podemos ver que: por un lado, el desarrollo del self, está profundamente determinado por la relación apego con los "otros significativos", que a través de la empatía y la diferenciación, van permitiendo las primeras manifestaciones autorreferenciales que permiten establecer la identidad y el sentido del self; por otro lado, esto ocurre en los primeros años a un nivel más sensorio-motor, que luego se va complejizando, junto al desarrollo cognitivo-estructural, lo que va a permitir gradualmente, que las nociones autorreferenciales del niño (que ordenan su propia experiencia), vayan alcanzando niveles más explícitos y reflexivos. Este proceso constante, va a depender del crecimiento cognitivo gradual y de los dispositivos conceptuales (expectativas, creencias, atribuciones) que alcanzan niveles de procesamiento más integrados (capacidad de abstracción, flexibilidad, generatividad), que permitan una visión dinámica más general de sí mismo y del

mundo, donde es fundamental la interdependencia cognición-afecto (Guidano, 1994). Luego de una etapa más ligada a la sensorialidad (0 a 2 ½ años), el desarrollo del autoconocimiento y del self, se va realizando a través de los siguientes estadios (Guidano, 1997a):

1. *Infancia y edad preescolar (de 2 y ½ a 5 años)*. En esta etapa los niños pequeños (por su flexibilidad limitada) son más vulnerables que los niños mayores, por ser más "emocionales", a situaciones complejas y ambiguas, sin embargo, logran elaborar un núcleo primordial de autoconocimiento. Este autoconocimiento (self primitivo), va a estar limitado por el alcance de los significados que el niño construye de forma selectiva. Corresponde a la etapa "preoperacional" de Piaget.
2. *Infancia (de 6 a 12 aprox.)*. Los niños comienzan a mediatizar la experiencia con la comprensión semántica (explicación), por lo cuál, logran manejar de mejor forma los sentimientos perturbadores (difíciles de explicar en la propia experiencia), en coherencia con el self. (Guidano, 1994). Corresponde a la etapa de las "operaciones concretas" de Piaget, donde se realiza una organización más diferenciada de la experiencia y se elaboran autoconcepciones que permiten concebir al self como *objeto*.
3. *Adolescencia y juventud (de 12 a 18)*. Corresponde a las "operaciones formales" de Piaget y viene con el desarrollo de la "abstracción selectiva" en el sistema cognitivo. Se dan cambios cualitativos en el conocimiento y el joven se experimenta a sí mismo como un "agente" que ya existía previamente, como "algo" que se puede descubrir por la autorreflexión. Aparece la *conciencia de la propia conciencia* (una "metaconciencia"), que es un nuevo nivel de

autorreferencia, por lo cuál, los autoengaños (usados para "disfrazar" las experiencias discrepantes) que mantienen la coherencia interna del self, dependen cada vez más de valores filosóficos y autorreferencias abstractas del sujeto, y ya no tanto, de la confirmación-desconfirmación de los otros. Esta cualidad se va a extender a las etapas posteriores del ciclo vital.

3. Procedimiento.

El procedimiento terapéutico de la TPR, consiste en ayudar al paciente, a través de la autoobservación consciente y en etapas sucesivas y estructuradas, a lograr: por un lado, distinguir entre su experiencia y la explicación con la que se autorrefiere la misma, y, por otro lado, reordenar y redefinir, con nuevos niveles explicativos, su propia experiencia, incluyendo los sentimientos perturbadores . En cuanto a las técnicas terapéuticas de la TPR, Guidano no ha descrito la utilización de técnicas concretas (como en el caso de la TCO de Beck y la TREC de Ellis), a excepción de la técnica de la *moviola* (técnica de autoobservación que explicaremos más adelante), sin embargo, es posible observar a través del proceso terapéutico, la aplicación implícita de métodos de autocontrol, focalización (*focusing*) y redefinición semántica.

En la presente sección describiremos, en primer lugar, algunos conceptos generales sobre el cambio terapéutico desde la perspectiva postracionalista; posteriormente, explicaremos la importancia del método de autoobservación en la

TPR; y, finalmente, describiremos las distintas fases del proceso terapéutico de la TPR.

3.1 El cambio terapéutico.

Las bases teóricas de la TPR implican un cambio notable en la conceptualización y metodología del cambio terapéutico, y en la noción de psicopatología, con respecto al enfoque cognitivo tradicional (Guidano, 1988, 1994, 1995, 1997b; Ruiz, 1994). Según Guidano, las terapias cognitivas "racionalistas" (la TREC de Ellis y la TCO de Beck), al considerar el conocimiento como una "representación de una realidad objetiva", se basan en la idea de que los trastornos emocionales se derivan de una correspondencia o representación inexacta, incorrecta (distorsionada) de esta realidad por parte del sujeto, por lo cuál, la evaluación clínica, se basa en la identificación de creencias o pensamientos distorsionados o "irracionales" en el cliente, comparándolos con un conjunto de axiomas racionales (realidad objetiva) aceptados universalmente (Safran & Segal, 1994; Guidano, 1994, 1997b;). En este proceso terapéutico, por tanto, el terapeuta adopta una metodología de *persuasión* (para que el cliente logre el autocontrol), donde en una confrontación filosófica y dialéctica, intenta convencer al cliente de que elimine creencias irracionales y las reemplaze por otras racionales, lo que determinará emociones más positivas (Ruiz, 1992; Guidano 1997b).

Guidano plantea que este modo de enfrentar el cambio terapéutico, sólo abarca los aspectos semánticos (explícitos) de los procesos cognitivos, descuidando las reglas sintácticas y tácitas que están en la base de dichos procesos, y "más que una

reorganización del significado personal, sólo se ha producido un cambio semántico dentro de la misma tonalidad de significado" (Guidano, 1994, pág 131).

Además, si como se ha dicho, el reordenamiento de la experiencia es una construcción autorreferente, no podemos tomar como referencia una realidad externa para determinar la "racionalidad" o validez de una creencia disfuncional. Esta "racionalidad" o "grado de adecuación" de una actitud, sólo podríamos definirla o evaluarla, "si ésta es referida al significado personal específico que la generó, o al que pertenece" (Guidano, 1997b, pág 374).

Como hemos señalado, la TPR plantea que las perturbaciones emocionales, y por ende, los síntomas clínicos, están determinadas por los sentimientos discrepantes ("extraños", "irreales"), no reconocidos por el sí-mismo y la propia OSP, por lo cuál, la modificación terapéutica, va a consistir en el *reordenamiento de la experiencia inmediata, donde estos afectos negativos perturbadores ("extraños") pasan a ser evaluados como "reales" o autorreferidos (inteligibles) al propio sentido del self*. Es decir, al tener un cambio en la explicación de la experiencia, el paciente puede lograr una comprensión más articulada y exhaustiva de su propio funcionamiento².

Rol perturbador del terapeuta

La TPR, a diferencia de las terapias "racionalistas" (como la TREC de A. Ellis), plantea que existen diferencias importantes entre el funcionamiento de las emociones y los pensamientos, considerando a las primeras mucho más estables y

² Por eso se dice que en la TPR, y a diferencia de la terapias cognitivas "racionalistas", que procuran una *reestructuración cognitiva*, lo que se busca es una *reestructuración epistémica* (Guidano, 1997a), es decir una reestructuración del conocimiento del paciente, que abarca aspectos cognitivos (explícitos) y especialmente aspectos emocionales (tácitos).

difíciles de cambiar. En consecuencia, la única forma de modificar una perturbación emocional, es que el cliente pueda experimentar, en la situación de terapia, escenas o instancias *cargadas de afecto*, que faciliten la elaboración e integración de nuevos niveles de autoconsciencia.

Por tanto, para lograr el cambio terapéutico, es necesario:

1. Un procedimiento de *autobservación* (que explicaremos en el siguiente apartado)
2. Que el cliente experimente acontecimientos "cargados de afecto" que aumenten la flexibilidad y el nivel de autoconsciencia, para lograr gradualmente el reordenamiento de la experiencia personal. Estos acontecimientos van a estar determinados por perturbaciones emocionales provenientes de 2 fuentes: i) las explicaciones del terapeuta, ya que cuando el paciente percibe la discrepancia entre éstas y su sentido del sí mismo, se producen sentimientos perturbadores que provocan una reapreciación de su experiencia; ii) el compromiso emocional, ya que "una perspectiva cuestionadora puede producir un efecto discrepante sólo a través del nivel de autorreferencialidad que adquiere, en función de la calidad de la reciprocidad emocional estructurada hasta entonces en el contexto interpersonal" (Guidano, 1994, pág. 150). Esto significa que si oímos una explicación discrepante con nuestra autoimagen (por ej. una crítica), sólo nos "afecta" si viene de alguien que tiene alguna relevancia "afectiva" para nosotros.
3. Una relación terapéutica en que se dé una verdadera relación de interacción entre terapeuta y paciente, donde el terapeuta pueda facilitar la ocurrencia de acontecimientos perturbadores señalados en el punto 2.

Bajo esta perspectiva, la metodología del terapeuta en la TPR va a ser la de un *perturbador orientado estratégicamente*, ya que éste va a utilizar de un modo "estratégico" las oscilaciones emocionales del paciente identificadas en el contexto terapéutico interpersonal, para facilitar la comprensión del cliente de su experiencia y su posterior reconstrucción.

3.2 El método de Autoobservación.

La *autoobservación* es el método esencial para efectuar la evaluación e intervención en la TPR, ya que facilita la "reconstrucción" de los acontecimientos de interés terapéutico, operando en la interconexión entre la experiencia inmediata y su explicación simbólica. Este método por tanto va a permitir, el análisis de 3 niveles de procesamiento en el cliente: la experiencia emotiva inmediata (EI), las explicaciones mediatas (relatos explícitos), y la relación básica y evolutiva entre estos 2 niveles (dinámica experiencia-explicación), que hemos descrito en la sección anterior (Guidano, 1998).

Frente a esto, el rasgo crucial que debe tener el terapeuta, es la capacidad para diferenciar experiencia y explicación (Guidano, 1995), ya que le permitirá observar la situación del paciente diferenciando: i) cómo se produjo la experiencia de éste (sentimientos, rasgos fisiológicos, efectos emocionales asociados), y ii) cómo se autorrefiere y se explica su conducta (razones de porque actuó así, intenciones, causas externas).

3.2.1 Técnica de la "moviola".

La capacidad de distinción entre experiencia y explicación, debe ser también entrenada en el cliente, ya que esta va a ser el eje fundamental de todo el proceso terapéutico, y va a permitir lograr el objetivo final.

Para ello, Guidano ha utilizado una metáfora cinematográfica: la "técnica de la moviola", que consiste en lo siguiente:

Se entrena al cliente para que pueda dividir una determinada experiencia, en una secuencia de escenas, las cuáles va recorriendo con una "cámara de filmación" (*visión panorámica*), avanzando y retrocediendo en cámara lenta desde diferentes ángulos y puntos de vista (objetivo y subjetivo). Luego se acerca y amplifica una sola escena (cargada de afecto), enfocando un aspecto particular, que puede ser enriquecido (*reducción*) con nuevos detalles (aspectos sensoriales y emocionales), para posteriormente reinsertarla en la secuencia total (*ampliación*).

Este proceso va a ser fundamental en todo el proceso de la terapia, ya que:

1. Al dividir las experiencias en escenas, se va a facilitar la *secuencialización* de las mismas, es decir, la transformación de la EI en *experiencia narrada o temática*. Esto es esencial para lograr mantener la continuidad del sí-mismo, ya que como dice Guidano (1999, en conf.), "el elemento básico para entender nuestra experiencia y la de otros, es la secuencialización".
2. Va a permitir indagar en el *cómo* de la experiencia, y también en el *pórq*ue, que se van aprendiendo a diferenciar progresivamente. Esto se ve favorecido por el aumento de flexibilidad del cliente, al adoptar un punto de vista subjetivo

(analizando la escena en primera persona) y objetivo (analizando la escena desde un "observador externo").

3. Va a facilitar una mayor "apertura emocional" (ya que hay mayor flexibilidad, debido a nuevas tonalidades de sentimiento de la propia experiencia), y un mayor nivel de autoconciencia (nuevos puntos de vista sobre la EI, que modifican el modo en que se aprecia y autorrefiere la escena). Esto va a permitir, la reconstrucción y reordenamiento de la experiencia inmediata, modificando el sentimiento actual del self y el significado personal.

3.3 Fases del proceso terapéutico.

El proceso psicoterapéutico de la TPR consta de 3 fases: *evaluación y preparación del contexto clínico interpersonal, construcción del contexto terapéutico y análisis evolutivo del significado personal.*

3.3.1 Evaluación y preparación del contexto clínico interpersonal.

Esta fase consiste, principalmente, en comenzar a comprender el significado personal del paciente, redefinir su problema como causado "internamente" y establecer las bases del contexto interpersonal. Esta fase puede durar entre 1-2 a 7-8 sesiones, dependiendo del nivel de conciencia que tiene el paciente acerca de su problema (en el sentido autorreferencial) y de la predisposición a colaborar en la tarea de autoobservación que el terapeuta le propone implícitamente con sus preguntas y su actitud (Balbi, 1997). Esta fase avanza de la siguiente forma:

- Generalmente comienza con la pregunta clásica: “¿Qué problema le ha traído aquí?”, a lo que el paciente responde, por lo general, describiendo un conjunto de síntomas. Mientras esto ocurre, se debe intentar formular una hipótesis acerca de su OSP, lo que va clarificando los medios más eficaces para “reformular” el problema y tener una estrategia de “perturbación” congruente con las características del paciente (Guidano 1994; Balbi, 1997). Esto no es una tarea fácil, sobre todo cuando el cuadro no es tan claro.
- Cuando esto se ha logrado, se debe plantear una *reformulación del problema planteado*, redefiniéndolo como “causado internamente”, es decir, causado por sentimientos propios, que al no poder ser explicados o autorreferidos por parte del paciente, son percibidos como “extraños”, “ajenos” y perturbadores. En consecuencia, el problema ya no es visto como “causado externamente”, asociado a la idea de enfermedad o trastorno, con la que el cliente viene a la consulta generalmente. Esto determina que se vayan produciendo los primeros efectos “discrepantes” en la experiencia del sujeto, que permiten comenzar el reordenamiento de la experiencia.
- A partir de este momento, el terapeuta junto con el paciente, comienzan a explorar la OSP del paciente, y a definir la relación terapéutica como un “contexto interpersonal de colaboración recíproca”, donde, en lugar de evaluar si los contenidos del paciente son o no válidos, el terapeuta le propone “investigar” el significado general que estos contenidos tienen para él, para que pueda comprender otros aspectos del sí mismo (Guidano, 1998). Específicamente, se comienzan a enfocar situaciones vividas por el paciente (secuencia de escenas) en que aparecen generalmente los sentimientos y emociones perturbadoras, que

el paciente vive como extraños a él, para luego comenzar la reconstrucción (Balbi, 1997).

En estas primeras sesiones es fundamental no cometer "errores" (no tanto así, en etapas posteriores), ya que como cualquier vínculo afectivo significativo, entre el paciente y el terapeuta se están definiendo de manera implícita los roles y reglas de esta relación (Guidano 1995, 1998; Balbi, 1997), y, por lo tanto, cualquier "error" (por ej. descalificaciones) podría afectarla a futuro.

3.3.2 Construcción del contexto terapéutico.

Esta fase consiste en la práctica exhaustiva de la autoobservación por parte del cliente, que va a permitirle distinguir distintas tonalidades emocionales de su experiencia, y diferenciar la experiencia vivida, de su explicación. Una vez que se ha construido el contexto clínico interpersonal y reformulado el problema, el paciente está preparado para iniciar el proceso de autoobservación sistemática y focalizada (a través de la "moviola") de su EI, guiado por el terapeuta (Balbi, 1997).

Esta es la fase más importante del proceso terapéutico, donde habitualmente se produce una remisión estable y completa de los síntomas perturbadores. Consta de 2 etapas sucesivas, que se extienden entre 3-4 y 7-8 meses (Guidano, 1994, 1995, 1998; Balbi, 1997).

Etapas 1: Enfoque y reordenamiento de la EI

Esta etapa abarca los siguientes pasos:

1. Se pide al paciente que observe y anote los acontecimientos "significativos" de la semana, en base a la reformulación del problema inicial.

2. Estos acontecimientos son analizados junto al terapeuta, quién le enseña a dividirlo en "secuencias" que son pasadas por la moviola, con lo cuál va aprendiendo a diferenciar la experiencia inmediata de la explicación, el *cómo* del *porqué*, como hemos explicado anteriormente. El terapeuta debe dar todas las explicaciones necesarias para ayudar al cliente a lograr esta diferenciación (Guidano, 1998). Además, es especialmente pertinente o relevante, que el terapeuta ayude al paciente a autoobservar como está constituida la EI, en sus distintos aspectos, distinguiendo emociones, sentimientos, sensaciones e imágenes, que luego serán reconstruidos desde diferentes puntos de vista, analizando como el cliente experimenta cada uno de estos aspectos (Balbi, 1997).
3. Para profundizar y practicar esta nueva forma de autoobservar la propia experiencia, se le encarga al paciente la práctica en casa, durante la semana, de este método (autoobservación por medio de la moviola), que le va a permitir enfocar el o los aspectos específicos que se están reconstruyendo con el terapeuta, agregando nuevos detalles que puedan ir apareciendo (Guidano, 1994).

Es importante recalcar que el trabajo de reconstrucción es gradual, ya que se debe entrenar la *flexibilidad*³, para cambiar de punto de vista y hacer la distinción experiencia-explicación.

³ Augusto Zagsmuth (1999, en conf.) ha señalado que desde el postracionalismo, los niveles de psicopatología (el grado de perturbación emocional) están dados por el nivel de "no flexibilidad" en el procesamiento del autoconocimiento: a mayor flexibilidad, menor perturbación psicológica.

Con este proceso comienza a visualizarse: i) el modo en que el cliente elabora creencias y expectativas a partir de la EI (reglas básicas del propio funcionamiento), lo que va asociado a estados emocionales más intensos, ii) los límites que existen en sus modos explicativos para algunos aspectos de la experiencia, y los patrones de "autoengaño" que usa para mantenerlos (Guidano, 1994).

Al cabo de 4-8 meses, los pacientes generalmente, han tenido un cambio notable en el punto de vista sobre sí mismo y en el modo en que se autorrefieren su experiencia, lo que va acompañado de una *gran remisión de las perturbaciones emocionales*. Esto se explica por el hecho de que cuando se va realizando el reordenamiento de la experiencia, y se descubren generalmente algunas áreas de significado personal que antes se ignoraban (Ruiz, 1992), se produce el *primer nivel de reformulación* (nivel implícito) en el paciente. Este implica, en concreto, que el cliente puede:

- reconocer y autorreferirse los sentimientos perturbadores desatendidos ("extraños"), asociados a la idea de "enfermedad" (causa externa), como pertenecientes al propio significado y a la forma en que ordena la experiencia. El cliente reconoce que estos sentimientos, en su mayoría, son producto de la percepción de discrepancias o desconformaciones provenientes de las "figuras significativas", las cuáles no se habían podido autorreferir (integrar al self).
- experimentar diversos matices en la misma tonalidad de sentimiento, centrándose en estados emocionales más complejos, y percibiendo, además, la conexión entre diferentes sentimientos y afectos (Guidano, 1998).

Etapa 2: Reconstrucción del estilo afectivo

Esta etapa comienza cuando los pacientes han logrado el primer nivel de reformulación implícito del problema original. Con esta reformulación, se ha podido reconocer la conexión entre diferentes afectos, a partir de la cuál, el cliente puede observar, además, la relación que existe entre los estados emocionales más críticos y los eventos afectivos relacionados con "figuras significativas" (Balbi, 1997). El cliente comprende que la aparición de sentimientos perturbadores, tiene directa relación con la *discrepancias* percibidas a partir de estas personas.

Frente a esto, el objetivo primordial de esta fase, es reordenar y reconstruir estas discrepancias (integrarlas al self). Estratégicamente, esto se logra a través de una profunda exploración (por medio de la autoobservación) de la organización autorreferencial con la que el cliente estructura sus lazos afectivos (Guidano, 1994), lo cuál se realiza a través de los siguientes pasos:

- Comienza con un "análisis sistemático de la historia afectiva del paciente", abarcando 3 aspectos (Guidano, 1997b, 1998; Balbi, 1997):

1. *Inicio sentimental*. Corresponde a la primera relación afectiva significativa, donde aparecen los elementos básicos que determinarán el "estilo afectivo" del cliente. Analizando todas las variables implicadas en ese momento (incluyendo el contexto evolutivo, actitudes personales y la red social a la que pertenecía el cliente), se explora la forma en que el cliente experimentó, evaluó (explicó) y se autorrefirió aquella situación. Para ello, el terapeuta debe guiar al cliente a través de la moviola, para que reconstruya estas variables en diferentes momentos (desde el inicio hasta la ruptura de la relación).

2. *Criterios de significación.* Se revisan las distintas relaciones afectivas significativas, desde el inicio sentimental hasta ahora, para reconstruir los "criterios de significación" con los que el cliente evalúa las experiencias, descubriendo qué o quienes resultan significativos para el paciente según su propia OSP. Esto ayudará al terapeuta a distinguir los patrones específicos de clasificación y de significación, que son más coherentes con el estilo vincular del paciente.
3. *Coherencia del estilo afectivo.* Se pasan por la "moviola" las escenas más significativas de cada relación afectiva del cliente, para reconstruir: el modo en que éstas se han formado (como se hicieron significativas "estas personas"), el modo en que se han mantenido (mecanismos de autoengaño para excluir los sentimientos y emociones discrepantes, en cada oscilación de la imagen de la pareja) y cómo se dio la disolución del vínculo o relación (cómo mantuvo la coherencia del sí mismo, durante y después de la ruptura).

De este modo se logra ver, con más claridad, cómo se mantiene la estabilidad de la coherencia del sí mismo en las relaciones afectivas (Guidano, 1994, 1998).

- Junto con observar la continuidad del sí mismo a través de la historia afectiva, lo cuál va a determinar un cambio en la evaluación de la experiencia (un reordenamiento gradual de la EI), se va a dar un "reencuadre de esos mismos acontecimientos", en el sentido de que el cliente logra autorreferir la historia personal desde un nuevo orden, con una mayor comprensión de sus significados afectivos y la relación de éstos con su coherencia interna (self).

La *etapa 2* va a implicar un *segundo nivel de reestructuración* de las emociones percibibles, donde el paciente va a lograr:

1. Reconocer y autorreferirse el cómo sus diferentes estados emocionales se combinan y recombinan a lo largo del vínculo afectivo.
2. Comprender cómo las percepciones de los "otros significativos" regula la propia autopercepción, ya que crean un patrón de coherencia que ahora es posible comprender y visualizar, desde la observación de períodos evolutivos anteriores (Balbi, 1997; Guidano, 1998).

Guidano señala que este reordenamiento, puede verse favorecido por el conocimiento que tenga el terapeuta (alcanzado en etapas anteriores de la terapia), de la organización del significado personal (OSP) del cliente.

Al final de esta etapa, es muy común que se de una remisión general o total de los síntomas iniciales y los clientes se sientan muy diferentes que al principio del tratamiento. El terapeuta no debería impedir que el paciente deje la terapia, si así lo desea, ya que es él el único dueño de su propia vida (Balbi, 1997).

3.3.3 *Análisis evolutivo del significado personal.*

Esta es la última fase de la TPR, y consiste en aumentar el nivel de autoconciencia y reordenamiento de la experiencia, a través del reconocimiento del significado personal en diferentes acontecimientos significativos de su vida, desde la niñez hasta el momento actual. Esta fase dura entre 3 y 6 meses y su realización (o no realización) va a estar determinada por el interés del cliente en continuar la exploración personal, aunque hayan desaparecido la mayoría de las perturbaciones que lo afligían. (Guidano, 1994).

A diferencia de la fase 2, que se basa en experiencias actuales o de un pasado más o menos reciente, y que, por tanto, están enriquecidas con numerosos detalles relativamente fáciles de reconstruir, la fase 3, se basa en acontecimientos significativos que han ocurrido durante *toda la vida* del cliente, por tanto, éstos suelen ser más o menos vagos, imprecisos (menos detalles) y superpuestos entre sí, lo que dificulta su observación y reconstrucción.

Procedimiento de reconstrucción

En esta fase el paciente, debe lograr enfocar los acontecimientos significativos pasados, desde el nuevo nivel de autoevaluación y autorreferencialidad alcanzado en las etapas anteriores, lo que permite, entre otras cosas, no caer en un "relato biográfico" de su vida. Es necesario recalcarle al cliente que lo más importante de estos recuerdos, es reconstruir las *tonalidades afectivas* y el tipo de *resonancia emocional* con que aquella situación ha sido experimentada, y de qué modo fue *ordenada* esta experiencia en consistencia con el significado personal naciente (Guidano, 1994; Balbi, 1997).

El análisis se realiza abarcando 3 etapas madurativas (Guidano & Liotti, 1983, 1988; Guidano, 1994, 1998): *infancia y años preescolares (0 a 6 años)*, *niñez (+7 a 12-13 años)*, y *adolescencia y juventud (13 a 20-21)*.

Técnicamente, el procedimiento abarca las siguientes pasos:

1. Se realiza una visión panorámica (global y rápida) de cada una de estas etapas, en forma general.
2. El paciente es guiado en la identificación de los acontecimientos más significativos de cada etapa, los cuales serán observados para la reconstrucción.

3. Posteriormente, cada uno de estos sucesos son divididos en *escenas significativas* (secuencialización), que van a pasar de manera repetida por la "moviola" (Guidano, 1998) para su reconstrucción. En cada una de estas escenas, se enfoca: a) la secuencia de *interacciones* presentes en ella, para reconstruir patrones de apego, b) la *experiencia subjetiva del niño*, para reconstruir el sentido del self y del mundo experimentado en ese entonces (Balbi, 1997; Guidano, 1998). También se pide al cliente que se observe a sí mismo, en cada escena, desde 2 puntos de vista objetivos: i) desde fuera, con "los ojos de un niño de esa edad", ii) desde fuera, con "los ojos del presente".
4. Se procede a la reconstrucción de estas experiencias, en base a los niveles de autoreferencialidad alcanzados en las etapas anteriores.

En esta etapa el cliente se va a encontrar con situaciones vinculares recurrentes, en las que, como niño, organizó su significado personal en un sistema de coherencia interna, lo cuál va a permitir:

- Aumentar los puntos de vista de exploración (fundamental en toda autoobservación) del self, lo que aumenta la flexibilidad.
- Ayudar al cliente a reordenar su pasado, ya que se va "aclarando" y dilucidando su OSP, la cuál se experimenta como un proceso autoconstructivo de su propia *forma de ser* en el mundo.
- Aumentar flexibilidad y abstracción narrativa, ya que va cambiando el punto de vista actual que tiene el cliente sobre sí mismo, que es el objetivo de la terapia.

De este modo se ha logrado el *tercer nivel de reestructuración emocional* de la TPR:

La modulación emocional que proporciona continuamente el ir hacia atrás y hacia delante en el pasado y los procesos de reencuadre, provocan un reordenamiento paralelo de los temas afectivos básicos en los que el distanciamiento cada vez mayor de las dimensiones emocionales fundamentales, se equipara con su recombinación con las nuevas tonalidades de los sentimientos que han emergido (Guidano, 1998, págs.147-148).

Mientras se completa el análisis evolutivo del significado personal, se prepara el momento para culminar el trabajo terapéutico.

3.4 Finalización de la terapia.

Luego que el cliente ha pasado por estas 3 fases, es necesario establecer las condiciones para la finalización de la terapia. Para ello, se deben considerar los siguientes aspectos:

- 1) Generalmente, la toma de conciencia que ya posee el cliente de su propio funcionamiento, al haber cambiado el punto de vista sobre sí mismo y su propia historia, se acompaña de emociones contrastantes que provocan una sensación de ambigüedad, y si al principio de la terapia el problema es "no saber quién es", ahora el problema es justamente "saber quién es" (Guidano, 1994).
- 2) Se debe ayudar al cliente a considerar la dinámica y coherencia de su OSP, como una forma única y generativa de ordenamiento de la experiencia, que él ahora comprende y puede manejar en forma viable.
- 3) El terapeuta debe transformar la relación terapéutica en una relación de "supervisión", donde las sesiones comiencen a espaciarse en el tiempo (primero

una vez al mes, luego cada 2, 3, 4... meses), hasta que se interrumpen por completo cuando el cliente pasa a ser un "terapeuta bajo supervisión" (Guidano, 1995), que puede acudir a la terapia cuando lo estime necesario.

- 4) Por el hecho de que constituye una separación en una "relación afectiva interpersonal", es inevitable que aparezcan determinadas emociones fuertes, que el terapeuta debe intentar utilizar, para aclarar otros aspectos del estilo de apego del cliente, y, en base a esto, redefinir los roles de esta relación terapeuta-paciente.

4. Aplicaciones prácticas.

Hemos señalado en la sección 2, que V. Guidano describe el desarrollo evolutivo de 4 formas de OSP, asociadas a 4 cuadros psicopatológicos: depresión, fobia, trastornos de la alimentación y trastorno obsesivo compulsivo. Aunque la TPR se ha aplicado a diferentes trastornos psicológicos (incluida la esquizofrenia), las principales aplicaciones clínicas y sobre las cuáles se han publicado exitosos resultados, se ajustan a estos 4 cuadros, es decir:

- Depresión (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1994).
- Fobia (Guidano & Liotti, 1983, 1988; Guidano, 1987, 1994).
- Trastorno Obsesivo Compulsivo (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1994).

- Trastornos de la alimentación (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1994; Balbi, 1997).

No existe gran diferencia en cuanto al marco terapéutico con que se ha abordado cada uno de estos trastornos, la diferencia solo está dada por las diferentes formas de OSP (ver Tabla N°12).

En cuanto a la efectividad de la TPR, Guidano (1999, en conf.) señala que hay una enorme variabilidad en los pacientes, ya que no todos los pacientes pueden "aprovechar" o "disfrutar" de un método de autoobservación de la misma manera. Señala que, por ejemplo, si tenemos 2 pacientes fóbicos con los mismos miedos, la misma historia, clase social, éxito laboral, etc., puede darse que uno de ellos tarde 4 meses en lograr una reorganización de la experiencia, y el otro, en 4 años de terapia, todavía no pueda encontrar una continuidad estable del sí-mismo. No existe forma de predecir esto.

COMENTARIOS

Después de haber podido investigar y recopilar información actualizada, desde diversas fuentes, sobre las *terapias cognitivo conductuales*, y de haber procesado, asimilado y ordenado esta información, se ha pretendido hacer un reordenamiento, una sistematización y en definitiva, una exposición más clara y más coherente del tema.

Esperando haber logrado este objetivo, quisiera comentar algunos aspectos sobre esta investigación teórica. Con el fin de mantener el espíritu de esta monografía, quisiera ordenar estos comentarios en base a 3 temas diferentes: i) análisis final del contenido teórico, ii) la experiencia personal de haber realizado esta investigación, y iii) la relevancia, a futuro, de la presente tesis.

1. Sobre el contenido teórico de la tesis.

1.1 ¿Podemos hablar de “Terapia Cognitivo Conductual”?

A lo largo de esta monografía hemos presentado diversos puntos de vista con respecto a este tema, explícitos e implícitos. Sin embargo, espero que hayan quedado claros algunos aspectos:

1. Una modalidad de terapia, además de tener una metodología eficaz (por ej. el método científico), “debería” basarse en posturas epistemológicas y teóricas,

sólidas y coherentes, que permitan definir una concepción clara del funcionamiento humano, de la psicopatología, y por tanto, del cambio terapéutico. Como hemos podido observar, en el caso de la Terapia de Conducta (TC), ésta va a nacer sobre la base del paradigma conductista, y por tanto, se va a fundamentar, en sus comienzos, en los principios del aprendizaje propios del condicionamiento clásico y operante (con un énfasis en los métodos objetivos y experimentales de la ciencia), con lo cuál, los “prestigiosos” resultados empíricos de laboratorio (con ratas y palomas) del conductismo, se van a extender y extrapolar (desde el pequeño Albert y Peter) a la práctica clínica y a la psicopatología. En este sentido, concuerdo con Erwin, que en estos parámetros, la TC constituía un modelo paradigmático de terapia.

2. Con el tiempo se fue haciendo evidente, cada vez más, la importancia de las variables cognitivas en los organismos (en animales inferiores y especialmente en el hombre) y el simplismo del modelo de aprendizaje E-R (estímulo-respuesta), representado fundamentalmente en el condicionamiento clásico y operante, lo que afectaba, inevitablemente, el “antimentalismo” conductista y el desarrollo de la TC. Esto fue superado parcialmente con las teorías *mediacionales*, que basadas en un conductismo metodológico, admitían la existencia de variables cognitivas (internas) como “versiones mentales” de las variables externas (estímulos y respuestas), es decir, como “estímulos internos” y “respuestas internas”; entre estas teorías, de especial relevancia para la TC, fue la teoría del condicionamiento encubierto y sus diferentes métodos terapéuticos. De este modo, el conductismo y la TC, eran más que Pavlov y Skinner, aunque se seguía manteniendo una postura asociacionista E-R y, por tanto, un determinismo

ambiental de la conducta (las cogniciones no podían ser *causas* de la conducta). Sin embargo, llegaría el momento en que las limitaciones de esta postura se harían “insostenibles”, y su flexibilización rompería los parámetros básicos que la sustentaban. En los años 60 y 70, comienzan a aparecer teorías (dentro y fuera del conductismo) que desnudaban estos déficits teóricos, y no “cabían” en ninguna clase de conductismo. El acontecimiento más importante de este proceso, va a ser el “asalto” del nuevo paradigma, el *paradigma cognitivo*, a la Psicología y a la TC, que a través del modelo teórico del *procesamiento de la información (PI)*, va a convencer a la comunidad científica de que el hombre es un sujeto *activo* frente al medio, ya que selecciona, procesa y transforma la información proveniente de él, y además, este procesamiento, está determinado por estructuras, procesos y productos cognitivos, que van a permitir planificar y dirigir la conducta (ambiente, conducta y cogniciones, se influyen mutuamente). Quedaba desterrada la idea de un hombre determinado ambientalmente y de la “no causalidad” de las cogniciones, que habían caracterizado al conductismo y a la TC, hasta ese momento.

3. A esta base paradigmática, se ajustan las terapias, que en los 70, pasan a denominarse “cognitivo-conductuales” y se integran a la TC como el “enfoque cognitivo conductual”. Precisamente en este punto surgen algunos cuestionamientos: ¿por qué se le dio ese nombre a estas terapias?, ¿por qué esta supuesta integración?, ¿por qué la TC, se comienza a denominar “Terapia Cognitivo Conductual” (TCC)? Si estas terapias emergentes, se acomodaban al modelo PI, significaba que compartían la idea de que las variables cognitivas no se podían reducir a representaciones mentales (como en los métodos de

condicionamiento encubierto), ya que constituyen una dimensión esencial (y causal) en el funcionamiento humano, y diferenciable de las conductas y de los eventos externos. No se debe olvidar, por lo demás, que el paradigma cognitivo implicaba un paso radical desde el “rechazo al mentalismo”, al “interés primordial en el estudio de la mente humana”. Por lo tanto, frente a posturas tan discrepantes, podemos afirmar que las terapias nacientes constituían un nuevo modelo paradigmático de terapia y no *un complemento* de la TC, y es preferible, entonces, llamarlas *cognitivas* y no cognitivo conductuales.

4. Lo anterior no significa, y tal como lo he señalado en el Capítulo 5, que no pueda existir una integración de 2 o más modelos teóricos diferentes (como el conductismo y el cognoscitivismo). De hecho, podemos considerar un excepcional ejemplo en este sentido, al modelo del Aprendizaje social y de Autoeficacia de A. Bandura, ya que plantean explícitamente en sus postulados, que el ser humano es un procesador de información, y a la vez está regulado por refuerzos y estímulos ambientales (reales o vicarios), *integrando* principios del condicionamiento operante y del procesamiento de la información. De este modo, podemos perfectamente afirmar que el modelo teórico de Bandura es un modelo “cognitivo conductual”, y, por tanto, podemos considerar al enfoque terapéutico surgido a partir de él (“enfoque del Aprendizaje social”), como una “Terapia Cognitivo Conductual” (y no conductual, ni cognitiva). Aunque algunos terapeutas cognitivos como Ellis o Meichenbaum, por ejemplo, también reconocen principios conductuales, éstos no forman un aspecto central en su modelo teórico como en el caso de Bandura, por lo cuál, parece más pertinente considerar las terapias de estos autores, como “cognitivas”, tal como lo he hecho en esta monografía.

5. Con la excepción de Bandura, no existe en la TC, una integración de posturas conductuales y cognitivas en terapia, lo cuál parece hacerse más dificultoso aún, con las terapias cognitivas más actuales (“constructivistas”), que basadas en el modelo cognitivo constructivista, mantiene diferencias más discrepantes con las teorías conductuales. Es una realidad que cada uno de los modelos teóricos y enfoques terapéuticos que hoy se adscriben a la TC, mantienen sus principios teóricos de manera independiente de los otros, sin ningun nexo integrativo, y unidos, en algunos casos, por ciertos requisitos metodológicos. Esto queda muy de manifiesto en los manuales de TC o TCC, donde una gran cantidad de técnicas, basadas en modelos teóricos diferentes (incluso opuestos en algunos aspectos), se exponen bajo “un solo modo” (supuestamente) de terapia, y se mezclan en la aplicación a cuadros clínicos específicos. Exagerando un poco, perfectamente se podrían escribir manuales más amplios de TC, donde se incluya por ejemplo, en un Capítulo, la técnica de “interpretación de los sueños”, y su modelo teórico correspondiente, el psicoanálisis.
6. Pienso que mientras no exista integración, es pertinente separar los enfoques teóricos y sus respectivos modelos terapéuticos, tal como se ha hecho tradicionalmente (enfoque psicoanalítico, enfoque experiencial, enfoque sistémico, enfoque conductual), ya que sirve para una mejor comprensión de los postulados teóricos, epistemológicos, psicopatológicos y de cambio terapéutico de cada uno de ellos, especialmente al iniciar el estudio del campo clínico de la Psicología.

7. En cuanto al término compuesto “cognitivo conductual” y según lo expuesto, yo propongo que, a excepción de los casos en que se integren teorías cognitivas y conductuales, no se hable de “Terapia Cognitivo Conductual”, y más bien se distinga entre:

- i) una **Terapia Conductual**, basada en las teorías de aprendizaje E-R (incluyendo las mediacionales) propias del conductismo, que abarque los enfoques terapéuticos del “análisis conductual aplicado” y “conductismo mediacional”, y por lo tanto incluya, como procedimientos terapéuticos: métodos operantes, métodos aversivos, inundación, desensibilización sistemática, técnicas de relajación, condicionamiento encubierto, entre otros; y
- ii) una **Terapia Cognitiva**, basada en el paradigma cognitivo (ya sea en el modelo cognitivo del PI, o en el modelo constructivista), que abarque, como procedimientos terapéuticos, las “terapias cognitivas”: terapias de reestructuración cognitiva, terapias de afrontamiento, terapias de solución de problemas y terapias constructivistas.

1.2 Terapias de reestructuración cognitiva v/s terapias constructivistas

Pensamos que este es el otro “gran tema” de las terapias cognitivas (tc), sobre el cuál se ha escrito bastante en el último tiempo. Los conceptos descritos en esta monografía, pueden servir de base para argumentar una opinión al respecto.

Especialmente a manos de los terapeutas constructivistas, se han resaltado notoriamente las diferencias entre las terapias que ellos llaman "racionalistas" (la Terapia racional emotivo conductual [TREC] de A. Ellis y la Terapia cognitiva [TCO] de A. Beck) y las terapias constructivistas, de manera a análoga a la dicotomía modernismo-posmodernismo, respectivamente.

Creo que esto hay que analizarlo desde 2 perspectivas: a nivel teórico y a nivel terapéutico.

El aspecto teórico

He explicado que las tc se basan, teóricamente, en el modelo cognitivo del procesamiento de la información (PI) y en el modelo constructivista (MC). Las terapias "racionalistas" y las constructivistas, se basan en el PI y en el MC, respectivamente. Los constructivistas han destacado en reiteradas ocasiones el carácter *pasivo* de la mente en el modelo PI, donde se consideraría a la mente como un "mero almacenador" de información y representaciones mentales de la realidad, e imponen un concepto de *mente activa y creadora* de información (realidad individual creada). Pienso que esta diferencia, aunque existe, es más bien de grado, que dicotómica, por lo cuál, la comparación me parece "exagerada". Es decir, si bien es cierto que en el PI subyace la idea de una realidad externa y objetiva, que el sujeto procesa pero no crea, también es cierto que como mente "procesadora" de información (lo que implica procesos de atención, selección, codificación, almacenamiento, recuperación, etc.), es *mucho más* que un "almacén" de información, y difícilmente se le puede rotular de "pasiva".

Por lo tanto pienso que las diferencias de ambas posturas, son mucho menos discrepantes de lo que se plantea, y ambas modelos tienen bastante en común, tal como hemos visto en el Capítulo 6. Una forma de resumir estas convergencias, sería diciendo que ambas formas de terapia comparten la idea de que: la forma en que el sujeto experimenta su interacción con el medio (sí mismo y el mundo), no va a depender exclusivamente de variables externas, sino que principalmente, de los significados e interpretaciones que éste tenga de esta interacción, y que están determinados en gran medida, por las estructuras y procesos cognitivos del sujeto.

El aspecto terapéutico

Pienso que en el proceso terapéutico, también existen importantes diferencias entre ambas posturas de las tc, pero de igual modo que los postulados teóricos, han sido "sobredimensionadas" por parte de los constructivistas.

- Los terapeutas constructivistas señalan que el terapeuta, bajo esta postura, está centrado en conocer los significados, la forma en que narra o cuenta su experiencia el paciente, considerando no sólo los niveles explícitos (relato), sino también el nivel tácito (inconsciente) más profundo, ligado a lo *emocional*; mientras que el racionalista, se preocuparía más de los aspectos racional-cognitivos (esquemas cognitivos, creencias, pensamientos negativos, ideas irracionales) del paciente, es decir, de un nivel más "superficial" (explícito) de su funcionamiento. También pienso que estas diferencias son, en cierto grado, exageradas, ya que el terapeuta "racional" también está interesado en cómo el sujeto da significación a los acontecimientos (por ej. Beck). Como veíamos en el caso de la TCO de Beck, los esquemas cognitivos son definidos como "formas de

asignar significado” por parte del sujeto, que son formados en la infancia frente a acontecimientos “cargados de afecto”, por lo cuál, tienen un fuerte componente emocional, y, además, el terapeuta a través de los “pensamientos negativos automáticos” (productos cognitivos, nivel explícito), intenta inferir y llegar al nivel más implícito, el de los “esquemas cognitivos negativos”. El mismo Ellis, a quién se le ha criticado como “racionalista”, señala la interdependencia entre emociones y cogniciones, aunque señala, además, que una forma de afrontar la psicopatología cognitivo-emocional, es a través de las cogniciones.

- Según los principios teóricos de cada uno de estos modelos, se concibe de manera diferente las *psicopatologías*: mientras las terapias racionalistas (TR) plantean que los trastornos emocionales se producen por un procesamiento distorsionado de la información, debido a *estructuras cognitivas disfuncionales* latentes (ya sea los “esquemas cognitivos negativos” de Beck, o las “creencias irracionales” de Ellis), en las terapias constructivistas (TCr), las perturbaciones emocionales estarían determinadas por las dificultades en las *formas de explicar o relatar la propia experiencia*. Esto implica que los terapeutas racionalistas se empeñan en modificar las distorsiones cognitivas, y los constructivistas ayuden al paciente a redefinir su experiencia perturbadora. Esta diferencia es clara e inobjetable, pero ocurre una situación particular: los constructivistas señalan que esta diferencia en la forma de concebir las patologías, implica que las TCr tienen un abordaje terapéutico mucho más *profundo* en el cliente, que las TR. Esto es discutible, porque si bien las TCr realizan una mayor profundización en el funcionamiento del sujeto, dando mayor énfasis al componente emocional

(focalizando las tonalidades emocionales) que las TR, y ayudando al cliente a concebir una especie de "radiografía" de su self (sí mismo), no apuesta al *cambio* de este funcionamiento, o alguna modificación de su manera de enfrentarse al medio; es decir, en el caso de un paciente con fobia a las arañas, por ejemplo, éste va a seguir teniendo la fobia luego de la TCr, con la diferencia que va a "comprender" y "explicar" mejor los síntomas fóbicos, lo que va a implicar, una menor perturbación emocional. Las TR, en cambio, si bien son menos "respetuosas" de la forma en que el sujeto funciona (self), y menos profunda en la evaluación emocional, al centrarse más en el aspecto cognitivo, trabajan por *cambiar* el modo en que el sujeto asigna significado (a través de la modificación de estructuras cognitivas centrales), y por tanto, la manera en que funciona. De tal modo que si bien el paciente, y siguiendo con el ejemplo anterior, no va a lograr una comprensión exhaustiva de porqué teme exageradamente a las arañas, es muy probable que *deje* de temerle. ¿Qué clase de "profundidad" es la más importante en la terapia?. Es un tema que puede tener muchos matices, tantos como si preguntáramos qué debe perseguir una terapia; lo importante, para el tema que estamos tratando, es reconocer las ventajas de cada postura y porque no, ver la posibilidad de integrarlas.

- Otra diferencia que han resaltado los constructivistas, es lo que se refiere al *estilo terapéutico*. Estos han señalado, que a diferencia de los racionalistas, que a través de un "método persuasivo" intentan "convencer" al cliente a pensar de un modo objetivo, estándar, correcto, propio del terapeuta, ellos (los constructivistas) mantienen la estrategia de un "perturbador orientado", que

ayuda al cliente, a través de momentos altamente emocionales, a redefinir o construir un nuevo significado sobre su experiencia. Esta diferencia es evidente, pero es discutible en un punto. No creo que el terapeuta racional (por ej. en la TCO o en la TREC), intente imponer axiomas asumidos como “correctos”, “verdaderos” u “objetivos”, a diferencia de los “errados” o “falsos” y “subjetivos” de los clientes, como señalan muchos constructivistas, sino en cambio, lo que intenta es ayudar al cliente a que vea la falta de lógica (de evidencia empírica) de sus pensamientos, y por sobre todo, las perturbaciones emocionales que se están produciendo a partir de ellos, el énfasis, por tanto, no está puesto en una transmisión, desde una posición privilegiada, de “verdades” que el terapeuta conoce (para que el paciente las “aprenda”), sino en la *disfuncionalidad* que le producen determinados pensamientos, que al modificarlos por otros (más funcionales y compartidos socialmente), se generan emociones más adaptativas.

- Finalmente, quisiera indicar algunos aspectos relacionados con la *metodología*. Los constructivistas han indicado que en el cambio al posmodernismo, se abandonan los métodos experimentales y objetivos de la ciencia tradicional, característicos del modernismo, a los que se ajustan las TR. Al respecto quisiera señalar 2 cosas: i) los mismos constructivistas han reconocido, que sus teorías y modelos terapéuticos no tienen una base experimental que los valide empíricamente (por ej. Mahoney, 1997), lo cuál para muchos es el gran déficit de este novedoso enfoque, ya que no permite refutación, no permite validar o invalidar sus resultados, y queda en el “vértigo” del relativismo. Además, como la mayoría de las TCr ha surgido en los últimos años, no existe la suficiente

casuística o investigaciones que respalden sus tratamientos, a diferencia de las TR que sí tienen innumerables registros de “éxito terapéutico” (aunque sea discutible el concepto), y en su mayoría han sido validadas por numerosas investigaciones en diversos cuadros clínicos, ii) en términos más específicos y aun considerando estas diferencias, las metodologías de ambas formas de terapia, en lo concreto, tienen bastante similitud (como lo señalaba en el Capítulo 6), ya que ambas: 1) utilizan de manera especial la autoobservación (registro de ideas irracionales, identificación de pensamientos automáticos negativos, autoobservación por medio de la moviola, etc.), 2) utilizan la evaluación multimodal (sentimientos, pensamientos y conductas), aunque las TR se centren más en lo cognitivo, 3) implican “educación” al paciente, en el sentido de enseñarles los conceptos más importantes de la terapia, en qué consiste la misma, y el modo cómo funciona cada ser humano (en términos generales), 4) intentan redefinir el problema del paciente en base al propio funcionamiento de éste y no a causas externas, 5) incentivan el trabajo del cliente entre sesiones (tareas, registros), 6) intentan ayudar al paciente a ser consciente de sus progresos, y 7) se plantean como objetivo final de la terapia, que el paciente, con lo aprendido, esté preparado para ser su “propio” terapeuta.

1.3 Direcciones futuras de las terapias cognitivas

Es un hecho que lo más novedoso de las tc actualmente, es el surgimiento de las terapias constructivistas. Estas no sólo representan un modelo cognitivo diferente

dentro de las terapias cognitivas, sino que además, un nuevo planteamiento epistemológico en la Psicología.

La epistemología constructivista

Tal como lo he descrito en esta monografía, desde el nacimiento del paradigma cognitivo (en los 50), la Psicología había vuelto a interesarse en la mente y el conocimiento humano, con un gran apoyo de los métodos científicos y experimentales. Sin embargo, en el modelo del procesamiento de la información (que caracterizaba al nuevo paradigma), se persistía (aunque en menor medida) en la *epistemología objetivista* que había caracterizado a la ciencia positivista de principios de siglo, y al conductismo. Con la aparición del modelo cognitivo constructivista, se reforzaría la idea de estudiar la mente humana, pero con un mayor acercamiento al idealismo Kantiano y a la subjetividad, es decir, con una *epistemología relativista*, que hoy caracteriza al posmodernismo. Este suceso, de gran relevancia en la psicoterapia, ha significado, para algunos, un regreso a los métodos introspectivos o subjetivos de los inicios de la Psicología, que el conductismo se había encargado de erradicar.

Frente a este panorama, es curioso observar como la Psicología se ha movido en extremos: desde una epistemología subjetiva en sus comienzos y antepasados (filosóficos), se volcó a un objetivismo extremo, en el conductismo y en menor medida en el cognoscitivismo, y hoy, con el constructivismo, pareciera volver a una epistemología subjetiva o relativista. ¿Cuál es el la base de apoyo de la Psicología?, ¿cuál debiera ser la tendencia?.

El sentido común nos enseña que “todo extremo es malo”, y personalmente creo que para la Psicología, es tan “peligroso”, por ejemplo, un conductismo radical, que desconoce los eventos mentales, como un constructivismo radical, que desconoce una realidad externa, y es tan arriesgado quedarse en el objetivismo, como volver al relativismo. Considerando las enormes contribuciones otorgadas por ambas posturas epistemológicas, comparto la idea de Roberto Opazo, de que lo más acertado para la psicología y la psicoterapia, es sostenerse en un *objetivismo relativo* o en un *realismo crítico*.

La integración psicoterapéutica

Las terapeutas constructivistas, y no sólo ellos, han señalado en varias oportunidades la posibilidad de una integración teórica en psicoterapia. Es decir, establecer una nueva teoría que permita “integrar”, “asimilar” o “fundir” conceptos teóricos de diferentes modelos o enfoques existentes en Psicología en la actualidad (psicoanalítico, experiencial, conductual, sistémico, cognitivo).

Aunque este no ha sido el tema específico de esta monografía, nace como una inquietud o vaticinio en base a la información recopilada y a los contenidos elaborados, que puede incentivar una futura investigación. Además, según lo expuesto en estos comentarios y la distinción que propuse entre Terapia Conductual y Terapia Cognitiva (por falta de integración teórica), ha quedado claro que una terapia debe apoyarse en un marco teórico coherente y consistente, ya sea a partir de un modelo único o de varios integrados.

Esta propuesta ecléctica puede resultar novedosa, ya que desde hace tiempo existía acuerdo sobre el “eclecticismo técnico” en psicoterapia, pero no así a nivel

teórico. Desde que Lazarus difundiera este concepto, ha habido mayoritario acuerdo en la utilización, por parte del terapeuta, de cualquier técnica que pueda ser útil en su terapia, no importando a que enfoque pertenezca o en que teoría se sustente, siempre y cuando, sea utilizada en base a un modelo teórico único, que permita definir la psicopatología y el cambio terapéutico. Un ejemplo claro de este eclecticismo técnico, ha sido la TREC de Ellis (que he descrito en esta monografía), donde se utilizan diversas técnicas (conductuales, emotivas, hipnosis, etc.), pero siempre con el fin de lograr corregir las disfuncionalidades cognitivas (“creencias irracionales”) del paciente, para lograr el cambio emotivo conductual, es decir, en consistencia con su modelo teórico de base. Es lo que Beck ha llamado “eclecticismo teóricamente consistente”. Visto de este modo, no pareciera contradictorio ni revolucionario, un eclecticismo teórico (en el sentido integrativo), manteniendo los parámetros del eclecticismo técnico en base a una teoría consistente.

De esta forma, quizá no es tan aventurado pensar (tal vez es pertinente), en una verdadera integración de distintos modelos teóricos (de hecho, terapeutas como M. Goldfried trabajan en ese objetivo), y de este modo hablar, tal vez, de una Terapia “cognitivo experiencial” o “experiencial sistémica” o “cognitivo analítico conductual”, o de una terapia con un nuevo nombre. Además, como cada enfoque, a pesar de considerar distintas dimensiones del sujeto (afectivas, biológicas, cognitivas, sociales), tienden a centrarse más en un aspecto particular del funcionamiento psicológico (por ej. en las emociones los experienciales, en las conductas los conductuales, en el inconsciente los psicoanalistas), por lo cuál, la integración conceptual, apoyada en métodos empíricos y científicos, puede favorecer una

comprensión y explicación más amplia y más exhaustiva del funcionamiento humano.

Si contamos con una teoría que abarque de una manera más específica y a la vez sistémica y procesal, todas o gran parte de las dimensiones de la experiencia humana o del self, y que, además, explique las disfuncionalidades psicológicas y el modo de abordarlas desde la terapia, podríamos, tal vez, recurrir a métodos operantes para el manejo de eventos externos, a las redefiniciones semánticas y reestructuraciones cognitivas para corregir los problemas del pensamiento, a la “silla vacía” para abordar las emociones, a la “asociación libre” para indagar en los fenómenos inconscientes....

Es un anhelo ambicioso, pero válido al fin.

2. Una experiencia enriquecedora.

Pienso que esta experiencia ha sido muy enriquecedora en términos intelectuales y vocacionales, por diferentes razones:

1. A través del desarrollo de esta monografía, he podido percatarme de lo fascinante del tema investigado y me ha llamado la atención enormemente, la gran cantidad de “puertas” que se fueron abriendo en esta exploración. Mientras aparecían nuevos datos sobre las terapias cognitivo conductuales (tcc), tomaban relevancia otros temas como el de las ciencias cognitivas, el desarrollo

de la Terapia de Conducta, el constructivismo, el posmodernismo, etc., que hacían caer en la tentación de sobreargumentar el contenido de la tesis. Paralelamente, al intentar sistematizar y reorganizar estos datos, se fue produciendo un reordenamiento de mis propios conocimientos acerca de estos temas, que me permitía retomar conceptos un poco "olvidados" de los primeros años de la carrera, y que son sumamente importantes en la formación del psicólogo.

2. También fue importante y de gran riqueza intelectual, conocer a destacados terapeutas e investigadores de nuestro país como Ana María Marchetti, Alfredo Ruiz, Eugenio Suárez, Robero Opazo, además del argentino Juan Balbi y el español Gualberto Buela-Casal. En especial quisiera destacar la figura del italiano Vittorio Guidano, que es uno de los últimos grandes teóricos de este siglo en Psicología y que tuve la fortuna de conocer y de dialogar con él, antes de su lamentable muerte. Todos ellos me ayudaron a profundizar diferentes aspectos importantes de la psicoterapia y a distinguir, desde diferentes perspectivas, aspectos específicos de las tcc, y cómo se distinguen entre sí y de otros enfoques terapéuticos. Al conversar con estas personas, tuve la sensación de que tenía sentido la investigación que estaba realizando, y me percataba de lo interesante que puede ser el tema de la psicoterapia: conocer lo qué se ha investigado, explorar aspectos específicos de sus distintas modalidades o inquietarse por nuevas hipótesis y teorías.
3. Finalmente, quisiera señalar que todo el trabajo realizado, me ha permitido desarrollar un nivel de conocimiento muy importante sobre las terapias cognitivo conductuales (que ahora prefiero llamar "cognitivas"), y sobre otros temas muy

relevantes para la finalización de mi carrera. Aún más, me ha permitido descubrir una vocación que ya se venía gestando desde antes, pero que ahora aparece con mayor claridad y fundamento, y me refiero a la intención y motivación por investigar y desempeñarme en el *campo clínico* de la psicología. Los conocimientos adquiridos, me entregan una importante herramienta para cumplir este objetivo, que me puede permitir, conocer más sobre otros enfoques terapéuticos (bases epistemológicas, supuestos teóricos, métodos de terapia), sobre la psicopatología humana y sobre el ejercicio de la psicoterapia.

3. La relevancia de esta investigación.

Pienso que esta investigación puede tener una gran relevancia en diferentes aspectos, tal como lo señalaba en la Introducción. Por ser una monografía sistemática, actualizada y específica de las terapias cognitivo conductuales (o terapias cognitivas), puede servir:

1. Como fuente de información para cualquier alumno de Psicología que esté cursando los talleres clínicos (de cualquier enfoque, pero especialmente el cognitivo).
2. En el mismo sentido, para los docentes y ayudantes de estos talleres, como una forma de apoyo para la exposición de temas, o para incentivar el punto 1.

3. Para psicólogos clínicos (terapeutas) de cualquier enfoque (o integrativos), que les interese conocer las bases teóricas o metodológicas de las terapias cognitivas, y específicamente de la TREC, la TCO y la TPR (Terapia cognitiva postracionalista), que son las más utilizadas (aunque no en forma "pura"), en nuestro país.
4. Para terapeutas cognitivos, sean "constructivistas" o cognitivos más "tradicionales", que tengan interés por conocer la evolución, desarrollo y caracterización de las terapias cognitivas.
5. Para los alumnos egresados de psicología, que se interesen por tener una mayor comprensión del campo clínico y de algunos enfoques terapéuticos, y que puedan motivarse, quizá, por seguir investigando sobre el tema, ya sea en una tesis académica o en cursos de postítulo.
6. Finalmente, para terapeutas que se interesen por profundizar, rebatir o complementar los temas expuestos en esta tesis, de modo que puedan entregar nuevos aportes a la Psicología clínica de nuestro país.

REFERENCIAS

- Ascher, L. M. & Cautela, J. R. (1983). Condicionamiento encubierto, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Astin, M.C. & Resick, P.A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En Caballo, V. E. (dir.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos, (171-209) Madrid: Siglo XXI.
- Bach, A. K.; Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1999). The effects of false negative feedback on efficacy expectancies and sexual arousal in sexually functional males. En Behavior Therapy, 30 (1), 79-95.
- Balbi, J. (1997). El proceso terapéutico en la terapia cognitiva postracionalista. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (381-397). Barcelona: Paidós.
- Bandura, Albert (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1980). Reflections on self-efficacy. En Franks, C. M. & Wilson, T. G., Anual Review of behavior therapy. Therapy and practice 7, 137-191.
- Bandura, A. (1982). Teoría del Aprendizaje Social, Madrid: Espasa-Calpe. (orig. 1976, "Social learning theory").
- Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción. Fundamentos sociales, Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1988). Modelo de causalidad en la teoría del Aprendizaje social. En Mahoney, M. J. & Freeman, A. (comp.), Cognición y Psicoterapia, (103-122). Barcelona: Paidós.
- Bandura, A. (1995). Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought. En Journal of behavior therapy and experimental pschiatry 26 (3), 179-190.
- Barriero, A. (1997). Planificación y el origen de la Psicología cognitiva. En sitio WEB: <http://finisterrac.dc.fi.udc.es/ai/~barriero/cogdocen/cctema07/node2.html>.
- Bas Ramallo, F. (1997). Hacia una reconceptualización cognitivo conductual de los paradigmas cognitivos de aprendizaje: el caso de la auto-atención. En Psicología conductual, 5 (1), 27-54.
- Bechtel, W. (1991). Filosofía de la mente. Una panorámica para la ciencia cognitiva, Madrid: Tecnos.

- Beck, Aaron T. (1967). Depression: Causes and treatment, Philadelphia: University of Pensilvania Press.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders, New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1988). Terapia cognitiva, terapia conductual, psicoanálisis y farmacoterapia, un continuo cognitivo. En Mahoney, M. & Freeman, A. (comp.), Cognición y Psicoterapia, (349-371). Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T. (1991a). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. En American Psychologist, 46 (4), 368-375.
- Beck, A. T. (1991b). Cognitive therapy as the integrative therapy. En Journal of Psychotherapy Integration, 3, 191-198.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. En Journal of Consulting and clinical psychology, 61 (2), 194-198.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective, New York: Basic Books.
- Beck, A. T. & Freeman, A. y otros (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1983). Terapia Cognitiva para la Depresión, Bilbao: Desclée de Brouwer. (orig. 1979, "Cognitive therapy of depression")
- Beck, A.T. & Shaw, B.F. (1981). Enfoques cognitivos de la depresión. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia Racional-emotiva, (127-140). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T.; Wright F. D.; Newman C. F.; Liese B. S. (1993). Cognitive Therapy of substance abuse, New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (1998). Why you should attend. En sitio WEB: <http://www.ibh.com/beck.htm>.
- Becoña, E. (1997). Técnicas de solución de problemas. En Labrador, F. J.; Cruzado, J. A. & Muñoz, M., Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, (710-743) Madrid: Pirámide.
- Bernard, M. (1980). Private thought in RET. En Cognitive therapy and research, 5, 125- 142.

- Boerrec, C. G. (1999). Albert Bandura. 1925-present. En sitio WEB:<http://www.ship.edu/~cgboerrec/bandura.html>.
- Botella, C. (1995). Terapia cognitivo-estructural: El modelo de Guidano y Liotti. En Caballo, V. E. (ed.). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (581-606). Madrid: Siglo XXI.
- Bower, G. H. & Hilgard, E. R. (1989). Teorías del Aprendizaje, México: Trillas. (2ª ed.)
- Bowlby, John (1990). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión, Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1993a). La separación afectiva, Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1993b). El vínculo afectivo, Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). El apego. El apego y la pérdida (Vol.1), Barcelona: Paidós.
- Bradley Cheek (1999). Cognitive therapy. En sitio WEB: <http://www.wcsquare.demon.co.uk/training/cogther.htm>.
- Buceta, J. M. & Bueno, A. M. (1990). Modificación de Conducta y Salud. Perspectivas actuales en la aplicación de tratamientos en Psicología. Madrid: Ed. Universidad Complutense (EUDEMA)
- Buceta, J. M. & Bueno, A. M. (1996). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Pirámide.
- Bueno, R. (1996). ¿Revolución cognitiva?. En Terapia Psicológica, 6 (1), 25, 17-23.
- Caballo, Vicente. E. (1993a). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales, Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1993b). Ejercicios estructurados para el entrenamiento en habilidades sociales. En Simón, M. A., Psicología de la salud, (107-125), Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E. (ed.) (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, Madrid: Siglo XXI. (1ª edición, 1991)
- Caballo, V. E. (dir.) (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos, Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E.; Andrés, V. & Bas, F (1997). Fobia Social. En Caballo, V. E. (dir.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos, (25-87) Madrid: Siglo XXI.

- Caballo, V.E. & Buela-Casal, G. (1995). Técnicas diversas en terapia de conducta. En Caballo, V. E. (ed.). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (777-816) Madrid: Siglo XXI.
- Caro, I. (comp.) (1997), Manual de psicoterapias cognitivas, Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (37-52). Barcelona: Paidós.
- Carrasco, I. (1997). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En Labrador, F. J.; Cruzado, J. A. & Muñoz, M., Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, (667-709) Madrid: Pirámide.
- Carrobes, J. A. (1984). La psicología como ciencia, Madrid: Ayuso.
- Casado, M^a. I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. & Vidal, J. (1998). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de cambios en hábitos de alimentación. En sitio WEB: http://www.psiquiatría.com/ps./vol1num.1/artic_2.htm.
- Cautela, Joseph. R. (1970). Covert reinforcement. En Behavior therapy, 1, 33-50.
- Cautela, J. R. (1986). Covert conditioning and the reduction of pain. En Behavior modification, 10, 205-217.
- Cautela, J. R. & Groden, J. (1985). Técnicas de relajación, Barcelona: Martínez Roca.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (119-129). Barcelona: Paidós.
- Clark, D. A.; Steer, R. A.; Beck; Aaron T. & Snow, D. (1996). Is the relationship between anxious and depressive, an symptoms linear o curvilinear?. En Cognitive Therapy and Research, 20 (2).
- Colegiados (1999). Tratamiento de la agorafobia: hacia una terapia cognitivo-conductual constructivista. En sitio WEB: <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/agorafobia.html>.
- Cook, J. R. (1999). Principles of Treatment. En sitio WEB: http://www.pacificcoast.net/~aegis/prin_cb1.htm.
- Cottraux, J. (1991). Terapias comportamentales y cognitivas, Barcelona: Masson.
- Cruzado, J. A.; Labrador, F. J. & Muñoz, M. (1997). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En Labrador, F. J.; Cruzado, J. A. & Muñoz, M., Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, (31-46) Madrid: Pirámide.

- D`Zurilla, T. J. (1993). Terapia de resolución de conflictos: competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Dattilio, F. M. & Padesky, C.A. (1995). Terapia cognitiva con parejas, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- De la Cerda, P. E. & De la Maza, R. C. (1997). Aplicación y evaluación de un modelo de intervención cognitivo-conductual, en casos de depresión enmascarada. Tesis para optar al título de Psicólogo y al grado de Licenciado en Psicología. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- De Rubeis, R. J. & Beck, A. T. (1988). Cognitive therapy. En Dobson, K. S. (comp.), Handbook of cognitive-behavioral therapies. Nueva York: Guilford Press.
- De Vega, M. (1984). Introducción a la psicología cognitiva, Madrid: Ed. Alianza
- De Voge, C. (1981). Un enfoque conductual de la RET con niños. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia Racional-emotiva, (385-391), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Deffenbacher, Jerry L. (1995). La inoculación de estrés. En Caballo, V. E. (ed.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (627-654). Madrid: Siglo XXI.
- Deffenbacher, J. L. (1999). Cognitive behavior conceptualization and treatment of anger. En Journal of clinical psychology, 55 (3), 295-309
- Di Giuseppe, R. A. (1981). El uso de la modificación de la conducta para establecer auto-afirmaciones racionales en los niños. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia Racional-emotiva, (393-395), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Díaz, J. E. (1999). Algunos paralelismos entre la Teoría cognitiva y las Teorías clásicas del Aprendizaje. En sitio WEB: <http://asesores.uv.mx/Gaceta/Dic98/marfed2.htm>.
- Dobson, Keith. S. (dir.) (1988). Handbook of cognitive-behavioral therapies, Nueva York: Guilford Press.
- Dobson, K. S. & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En Dobson, K. S. (dir.), Handbook of cognitive-behavioral therapies, Nueva York: Guilford Press.
- Dobson, K. S. & Franche, Renee-Louise (1995). La práctica de la Terapia cognitiva. En Caballo, V. E. (ed.) (1995), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (493-526). Madrid: Siglo XXI.

- Dowd, E. Thomas (1997). La evolución de las psicoterapias cognitivas. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (25-58). Barcelona: Paidós.
- Dreesen, L.; Arntz, A.; Hendriks, T.; Keune, N. & Van den Hout, M. (1999). Avoidant personality disorder and implicit schema-congruent information processing bias: a pilot study with a pragmatic inference task. En Behavior research and therapy, 37 (7), 619-632.
- Dryden, W. & Ellis, A. (1988). Rational-emotive therapy. En Dobson, K. S. (dir.), Handbook of cognitive-behavioral therapies, Nueva York: Guilford Press.
- Ellis, Albert (1957). How to live with a neurotic: At home and at work, Nueva York: Crown.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. En Journal of general psychology, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1973). Humanistic psychotherapy: the RET approach, Nueva York: Mc Graw Hill.
- Ellis, A. (1980). Razón y emoción en psicoterapia, Bilbao: Desclée de Brouwer. (orig. 1962, "Reason and emotion in psychotherapy")
- Ellis, A. (1988). Desarrollando los ABC de la Terapia racional-emotiva. En Mahoney, M. & Freeman, A. (comp.), Cognición y Psicoterapia, (337-348). Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. (1997a). El estado de la cuestión en la terapia racional-emotiva-conductual. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (91-101). Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. (1997b). Extending the goals of Behavior therapy and of Cognitive behavior therapy. En Behavior Therapy, 28 (3), 333-339.
- Ellis, A (1997c). Reflexiones sobre la terapia racional-emotiva. En Mahoney, M. J. (ed.), Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica, (93-98) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1997d). Experiential therapy v/s RET. En sitio WEB: <http://www.rebt.org/essays/sep97essay.html>.
- Ellis, A. (1997e). Rational emotive behavior therapy today. En sitio WEB: <http://www.rebt.org/essays/nov97essay.html>.
- Ellis, A. (1998a). Rational-emotive psychotherapy. En sitio WEB: <http://www.rebt.org/essays/may98essay.html>.

- Ellis, A. (1998b). My philosophy of psychotherapy. En sitio WEB: <http://www.rebt.org/essays/july98essay.html>.
- Ellis, A. (1998c). Humanism y psychotherapy: a revolutionary approach. En sitio WEB: <http://www.rebtorg/essays/sep98essay.html>.
- Ellis, A. (1999a). Una terapia breve más profunda y duradera: enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual, Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. (1999b). The essence of Rational emotive behavior therapy. En sitio WEB: <http://www.rebt.org/essays/teorebta.html>.
- Ellis, A. & Bernard, M. E. (ed.) (1990). Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. & Dryden, W. (1989). Práctica de la terapia racional emotiva, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. & Grieger R. (1981). Manual de Terapia Racional-emotiva, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. & Grieger R. (1990). Manual de Terapia Racional-emotiva (vol.2), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. & Lega, L. (1993) Como aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. En Psicología conductual, 1 (1), 101-110.
- Erwin, E. (1985). Terapia de Conducta. Madrid: Ed. Pirámide. (orig. 1978, "Behavior therapy").
- Eysenck, H. J. (1957). Usos y abusos de la Psicología (orig. 1953, "Uses and abuses of the psychology").
- Eysenck, H. J. (1960). Behavior therapy and the neuroses, Nueva York: Pergamon Press.
- Eysenck, H. J. (1962). Las fronteras del conocimiento: Vol.I Enigmas de la Psicología, Madrid: Morata.
- Eysenck, H. J. (1972). Behavior therapy is behavioristic. En Behavior Therapy, 3, 609-613.
- Faith, M. S. (1997). Long-term weight management and self-acceptance: An ideal union!. En sitio WEB: <http://www.rebt.org/essays/sep97essays.html>.

- Feixas, Guillem & Gutiérrez, J. (1999). Psicología de los constructos personales. En sitio WEB: [http://www.ub.es/personal/cons.htm#La tecnica](http://www.ub.es/personal/cons.htm#La_tecnica).
- Feixas, G. & Neimeyer, R. A. (1997). El proceso terapéutico en la terapia de constructos personales. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (319-337). Barcelona: Paidós.
- Fernández, Y. (1999). Más allá de la revolución cognitiva. Significados, teorías de la mente y estructura narrativa. En sitio Web: <http://www.iruya.com/ent/claves/yolanda5.htm>.
- Fishman, D. B. & Franks, C. M. (1997). The conceptual evolution of behavior Therapy. En Wachtel, P. L. & Messer, S. B. (eds.). Theories of psychotherapy. Origins and evolution, (131-180). Washington, DC: American Psychological Association.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1997). Beyond the efficacy ceiling? Cognitive behavior therapy in search of theory. En Behavior therapy, 28 (3), 601-611.
- Franks, Cyril M. (1995). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En Caballo, V. E. (ed.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (3-25). Madrid: Siglo XXI.
- Franks, C. M. (1997). It was the best of times, it was the worst of times. En Behavior therapy, 28 (3), 389-396.
- Freeman, A. & Reineke, M. (1995). Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Freeman, A. & Oster, C.L. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En Caballo, V. E. (dir.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos, (543-574) Madrid: Siglo XXI.
- García, J. & Rodríguez, J. (1991). Depresión en la adolescencia: presentación de un caso. En Méndez, F. X. & Antón, D. M., Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos, Madrid: Pirámide.
- García, R. (1996). Tratamiento psicológico del alcoholismo. En Buceta, J. M. & Bueno, A. M., Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades (163-209). Madrid: Pirámide.
- Gardner, H. (1988). La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva, Barcelona: Paidós.

- Gerbode, M. D. (1998). Some reflections on Cognitive therapy. En sitio WEB: http://www.tira.org/metapsy/om/063_cognitive.html.
- Gil, F. & García, M. (1997). Entrenamiento en habilidades sociales. En Labrador, F. J.; Cruzado, J. A. & Muñoz, M., Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, (796-827) Madrid: Pirámide.
- Gilbert, P. (1984). Depresion: from psychology to brain state, Londres: Lawrence Erlbaum Associated.
- Glass, C. R. & Arknoff, D. B. (1997). Questionnaire methods of cognitive self-statement assesment. En Journal of consulting and clinical psychology, 65 (6), 911-927.
- Gluhoski, V. L. & Young, J. E. (1997). El estado de la cuestión en la terapia centrada en esquemas. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (223-234). Barcelona: Paidós.
- Golfried, M. R. & Golfried, A. P. (1993). Métodos de cambio cognitivo. En Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. Como ayudar al cambio en psicoterapia (123-165). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gonçalves, Oscar F. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. En Journal of Cognitive psychotherapy, 8, 105-126.
- Gonçalves, O. F. (1997a). Psicoterapia Cognitiva Narrativa: La construcción hermenéutica de significados alternativos. En Mahoney, M. J. (ed.), Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica, (21-37) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gonçalves, O. F. (1997b). El estado de la cuestión en la Psicoterapia cognitivo narrativa. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (339-350). Barcelona: Paidós.
- Gonçalves, O. F. (1997c). El proceso terapéutico en la Psicoterapia cognitiva narrativa. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (351-370). Barcelona: Paidós.
- Gonçalves, O. F. (1998). Hermenéutica, constructivismo y terapias cognitivo-conductuales: del objeto al proyecto. En Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J. (comps.). Constructivismo en psicoterapia, (179-217) Barcelona: Paidós.
- Grieger, R. M. (1990). El proceso de la terapia racional emotiva. En Ellis, A. & Grieger R. Manual de Terapia Racional-emotiva (vol.2), Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Grieger, R. M. & Boyd, J. (1981). Respuestas psicoterapéuticas a algunos incidentes críticos en la RET. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia Racional-emotiva, (261-275) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Guidano, Vittorio F. (1987). Complexity of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy, Nueva York: The Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1994). El sí-mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva postracionalista, Buenos Aires: Paidós. (orig. 1991, "The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy").
- Guidano, V. F. (1995). Desarrollo de la terapia cognitiva post-racionalista, Santiago: Instituto de Terapia Cognitiva. (Editor: Alfredo Ruiz).
- Guidano, V. F. (1997a). Un enfoque constructivista de los procesos del conocimiento humano. En Mahoney, M. J. (ed.), Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica, (115-129) Bilbao: Desclée de Brouwer
- Guidano, V. F. (1997b). El estado de la cuestión en la Terapia cognitiva postracionalista. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (371-379). Barcelona: Ediciones Paidós.
- Guidano, V. F. (1998). La Autoobservación en la Psicoterapia Constructivista. En Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J. (comp.), Constructivismo en psicoterapia, (135-148). Barcelona: Paidós.
- Guidano, V. F. & Liotti, Gianni (1983). Cognitive procesos and emotional disorders, Nueva York: The Guilford Press.
- Guidano, V. F. & Liotti, G. (1988). Una base constructivista para la terapia cognitiva. En Mahoney, M. J. & Freeman, A. (comp.), Cognición y Psicoterapia, (123-165). Barcelona: Paidós.
- Gutiérrez, C. (1999). Hacia una redefinición de la ciencia cognitiva, En sitio WEB: http://cariari.ucr.ac.cr/~claudiocg/ciencia_cognoc.html.
- Hardy, T. & Jackson, R. (1998). Aprendizaje y cognición, Madrid: Prentice Hall (4ª ed.)
- Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: a contextualistic perspective. En Journal of behavior therapy and experimental psychiatry 26 (3), 241-248.
- Homme, L. E. (1965). Control of coverants, the operantes of the mind. En Psychological Record, 15, 501-511.

- Howes, J. L. & Parrot, C. A. (1991). Conceptualization and flexibility in Cognitive therapy. En Vallis, T. M. , Howes, J. L. & Miller, P. C. The challenge of cognitive therapy. Applications to nontraditional populations, (25-42). New York: Plenum Press.
- Ingram, R. E. & Scott, W. D. (1990). Cognitive behavior therapy. En Bellack, A. S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (dirs.). International handbook of behavior modification and therapy, (2ª edición), Nueva York: Plenum Press.
- Irwarrizaga, I. & Salvador, M. E. (1999). Intervención cognitivo conductual en los problemas de ansiedad de evaluación. Tratamiento de un caso, En sitio WEB: http://psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/artic_7.htm.
- Joiner, T. E., Jr.; Metalsky, G. I.; Lew, A. & Klocek, J. (1999). Testing the causal mediation component of Beck's theory of depression: evidence for specific mediation. En Cognitive Therapy and Research, 23 (4), 401-412.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P (1993). Como ayudar al cambio en psicoterapia (477-517). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Karoly, P. (1993). Métodos Operantes. En Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. Como ayudar al cambio en psicoterapia (263-308). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kazdin, Alan E. (1982). History of behavior modification. En Bellack, A. S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (eds.), International handbook of behavior modification and therapy, (3-32), Nueva York: Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (1983). Historia de la modificación de conducta, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kazdin, A. E. (1995). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta. En Caballo, V. E. (ed.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (27-50). Madrid: Siglo XXI.
- Kazdin, A. E. (1996). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas, México: El manual moderno. (orig. 1984, "Behavior modification in applied settings").
- Kelly, G. A. (1955). The psychology of personal constructs (2 vols), Nueva York: Norton Press.
- Kiney, L. L. (1998). Should we use personal construct therapy? A paradigm for outcomes evaluation. En Psychotherapy, 35 (3), 366-380.
- Kohlenberg, R. & Tsai, M. (1999). I speak, therefore I am: A behavioral approach to understanding problems of the self. En sitio WEB: <http://www.cop.es/colegiados/GR00724/Funcio1.txt>.

- Knaus, W. J. (1981). La Educación racional-emotiva. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia Racional-emotiva, (417-427), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Jackson, C. & Chadwick, P. (1997). Terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes. En Caballo, V. E. (dir.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos, (171-209), Madrid: Siglo XXI.
- Labrador, F. J.; Cruzado, J. A. & Muñoz, M. (1997), Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, Madrid: Pirámide. (1ª edición, 1993)
- Lange, A. J. (1981). Entrenamiento cognitivo-conductual de la asertividad. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia Racional-emotiva, (309-323), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, Arnold A. (1980). Terapia conductista. Técnicas y perspectivas, Buenos Aires: Ed.Paidós. (orig. 1971, "Behavior therapy and beyond").
- Lazarus, A. A. (1981). Hacia un estado del ser sin ego. En Ellis, A. & Grieger R. Manual de Terapia Racional-emotiva, (119-125), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, A. A. (1997). Disenchantment and hope: will we ever occupy center stage? A personal odyssey. En Behavior therapy, 28 (4), 363-370.
- Lazarus, Richard & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos, Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, C. W.; Taylor, G. & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. En Cognitive Therapy and Research, 23 (4), 441-451.
- Lega, L.I. (1995). La Terapia racional emotiva: una conversación con Albert Ellis. En Caballo, V. E. (ed.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (475-492) Madrid: Siglo XXI.
- Lega, L.I. (1997). El proceso terapéutico en la terapia racional-emotiva-conductual. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (103-117). Barcelona: Paidós.
- Lega, L.I.; Caballo, V.E. & Ellis, A. (1997). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual, Madrid: Siglo XXI.
- López, G. (1998). La metodología cualitativa: un paradigma emergente en la investigación de la educación. En sitio WEB: <http://maryarena.maz.uasnet.mx/noviembre98/noviembre98/a2.html>.
- López, J. (1999). Desarrollos psicológicos contemporáneos. En sitio WEB: <http://www.unr.edu.ar/u-acad/fpsico/desarrollos/queslap.htm>.

- Maciá, D., Méndez, F. X. & Olivares, J. (1993). Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento, Madrid: Pirámide.
- Mahoney, Michael J. (1981). Ciencia personal: una terapia cognitiva del aprendizaje. En Ellis, A. & Grieger R. Manual de Terapia Racional-emotiva, (369-382), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mahoney, M. J. (1983). Cognición y modificación de conducta, México: Trillas. (orig. 1974, "Cognition and behavior modification").
- Mahoney, M. J. (1988). Psicoterapia y procesos de cambio humano. En Mahoney, M. J. & Freeman, A. (comp.) (1988). Cognición y Psicoterapia, (25-72). Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. J. (1991). Human changes processes: The scientific foundations of psychotherapy, Nueva York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (1995). Cognition and causation in human experience. En Journal of behavior therapy and experimental psychiatry 26 (3), 275-298.
- Mahoney, M. J. (ed.) (1997), Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mahoney, M. J. (1997a). Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas y constructivistas. En Mahoney, M. J. (ed.), Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica, (21-37) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mahoney, M. J. (1997b). El estado de la cuestión en la psicoterapia constructiva. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (399-410). Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. J. (1997c). Constructivist psychotherapy. En sitio WEB: <http://www.lehigh.edu/~aem3/conf/workshop.html>.
- Mahoney, M. J. (1998). La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas. En Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J. (comps.). Constructivismo en psicoterapia, (59-87) Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. J. (1999). Publication prejudices: an experimental study of confirmatory bias in the Peer review system. En sitio WEB: <http://www.mang.canterbury.ac.nz/courseinfo/AcademicWriting/Prejud.htm>.
- Mahoney, M. J. & Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En Garfield, S. L. & Bergin, A. E., Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis (689-717), Nueva York: Guilford Press.

- Mahoney, M. J. & Freeman, A. (comp.) (1988). Cognición y Psicoterapia, Barcelona: Paidós.
- Marchant, L. & Velásquez, E. (1997). Terapia cognitivo conductual con entrenamiento en habilidades de afrontamiento para mujeres mastectomizadas. Tesis para optar al título de Psicólogo y al grado de Licenciado en Psicología. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- Marchetti, A. M. (1992). Nuevos desarrollos en Terapia cognitivo-conductual. En Opazo, R. (comp.). Integración en Psicoterapia, (156-184). Santiago: Cecidep.
- Maturana, Humberto (1986). Ontology of observing: The biological foundations of self-consciousness and the physical domain of existence. Unpublished manuscript, Santiago: Universidad de Chile.
- Maturana, H. (1988). Ontología del conversar. En Terapia psicológica, 10 (7), 15-23.
- Maturana, H. (1993). Biología del fenómeno social. En Maturana, H. (ed.), Desde la biología a la psicología, Viña del Mar: Synthesis.
- Maturana, H. (1997). La objetividad: un argumento para obligar, Santiago: Dolmen Ediciones.
- Maturana, H. & Varela, F. J. (1990). El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano, Santiago: Editorial Universitaria.
- Maultsby, M. C. (1981a). Imaginaciones racional-emotivas. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia racional-emotiva, (236-241) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Maultsby, M. C. (1981b). Reeducación emocional. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia Racional-emotiva, (243-259) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Maultsby, M. C. (1984). Rational behavior therapy, Englewood Cliffs, Nueva York: Prentice-Hall.
- Maydeu-Olivares, A. & D`Zurilla, T. J. (1996). A factor-analitic study of the social problem-solving inventory: an integration of theory and data. En Cognitive Therapy and Research, 20 (2), 115-113.
- Mayer, R. E. (1991). El futuro de la Psicología cognitiva, Madrid: Alianza Editorial.
- McClellan, T. A. & Stieper, D. R. (1981). Un enfoque estructurado del consejo de grupo matrimonial. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia racional-emotiva, (297-307), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Meichenbaum, Donald (1979). Cognitive-Behavior Modification, Nueva York: Plenum Press.

- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculación de estrés, Barcelona: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1997a). Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva: pasado y futuro. En Mahoney, M. J. (ed.), Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica, (39-46), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Meichenbaum, D. (1997b). El estado de la cuestión en la modificación cognitivo-conductual. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (149-156). Barcelona: Paidós.
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1981). El potencial clínico para modificar lo que los clientes se dicen a sí mismos. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia racional-emotiva, (343-367), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1982). Cognitive-behavior therapy. En Wilson, G. T. & Franks, C. M. (eds), Contemporary behavior therapy: conceptual and empirical foundations, (310-335). Nueva York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. & Genest, M. (1993). Modificación de conducta cognitiva: una integración de los métodos cognitivos y conductuales. En Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. Como ayudar al cambio en psicoterapia (477-517). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Méndez, F. X.; Olivares, J. & Abásolo, F. (1998). Técnicas de resolución de problemas. En Olivares, J. & Méndez, F. X., Técnicas de modificación de conducta, (485-532). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Méndez, F. X.; Olivares, J. & Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En Olivares, J. & Méndez, F. X., Técnicas de modificación de conducta, (409-442). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Messer, S. B. & Watchel, P. L. (1997). The contemporary psychotherapeutic landscape: Issues and prospects. En Wachtel, P. L. & Messer, S. B. (eds.). Theories of psychotherapy. Origins and evolution, (1-38). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mood Sciences (1999). Cognitive therapy. En sitio WEB: <http://www.moodsciences.com/cognitive.htm>.
- Muñoz, M. & Larroy, C. (1997). Inoculación de estrés. En Labrador, F. J.; Cruzado, J. A. & Muñoz, M., Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, (744-775) Madrid: Pirámide.

- Murray, E. J. & Jacobson, L. I. (1978). Cognition and learning in traditional and behavioral therapy. In Garfield, S. L. & Bergin, A. E., Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis. Nueva York: Guilford Press.
- Neimeyer, Robert A. (1998a). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J. (comps.) (1998). Constructivismo en psicoterapia, Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A. & Feixas, G. (1997). El estado de la cuestión en la terapia de constructos personales. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (307-317). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J. (comps.) (1998). Constructivismo en psicoterapia, Barcelona: Paidós.
- Newell, A. (1987). Sistema de símbolos físicos. En Norman, D. A. (comp.), Perspectivas de la ciencia cognitiva, (51-107), Barcelona: Paidós.
- Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (1995). Entrenamiento en solución de problemas. En Caballo, V. E. (ed.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (527-553) Madrid: Siglo XXI.
- Nezu, A. M.; Nezu, C. M.; Deaner, S. L. & D`Zurilla, T. J. (1997). El estado de la cuestión en los enfoques en resolución de problemas. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (171-179). Barcelona: Paidós.
- Norman, D. A. (comp.) (1987). Perspectivas de la ciencia cognitiva, Barcelona: Paidós.
- Norman, D. A. (1987). ¿Qué es la ciencia cognitiva?. En Norman, D. A. (comp.), Perspectivas de la ciencia cognitiva, (13-24), Barcelona: Paidós.
- O`Donohue, W. & Krasner, L. (1999). Theories of behavior therapy. En sitio WEB: <http://www.apa.org/books/behvther.html>.
- Olivares, J. & Méndez, F. X. (1998). Técnicas de modificación de conducta, Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Olivares, J. & Méndez, F. X., & Bermejo, R. M. (1998). Técnicas de condicionamiento encubierto. En Olivares, J. & Méndez, F. X., Técnicas de modificación de conducta, (225-250). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva
- Olivares, J. & Méndez, F. X., & Lozano, M. (1998). Técnicas para la adquisición de habilidades de enfrentamiento. En Olivares, J. & Méndez, F. X., Técnicas de modificación de conducta, (443-483). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

- Patelis-Siotis, I. (1999). Cognitive behavior therapy for bipolar disorder. En sitio WEB: <http://www.mhsource.com/bipolar/bp9808cognitive.html>.
- Pavlov, Ivan P. (1960). Obras escogidas, Avellaneda (Argentina): Quetzal.
- Pavlov, I. P. (1967). Psicopatología y Psiquiatría. Psicofisiología experimental. Reflexología y tipología. Problemas y aplicaciones, Madrid: Morata.
- Pavlov, I. P. (1968). Fisiología y Psicología, Madrid: Alianza Editorial.
- Payán, J. C. (1999). Ciencia y alternativas, la revolución ortodoxa en la ortodoxia: grietas en el paradigma, En sitio WEB: http://www.web.sitio.net/faq/textos/0037_sigloxx.txt.
- Pedrals, B. & Vergara, I. Análisis de artículos de revistas periódicas y tesis de licenciatura de Psicología de la orientación cognitivo-conductual en Chile durante el período 1988-1997. Tesis para optar al título de Psicólogo y al grado de Licenciado en Psicología. Viña del Mar: Universidad de Valparaíso.
- Pellón, R. (1999). Control contextual de la conducta operante. En Revista de Psicología general y aplicada, 52 (1), 45-54.
- Perdomo, L. (1999). Niños inteligentes y felices. En sitio WEB: <http://www.geocities.com/Athens/Agora/3938/niños-int.html>.
- Persons, J. (1999). Cognitive behavior therapy as a treatment for depression. En sitio WEB: <http://www.sfbacct.com/treatment-dep.html>.
- Pinillos, J. L. (1999). La cultura y el origen de la mente. En Revista de Psicología general y aplicada, 52 (1), 9-16.
- Plaud, Joshep J.; Gaither, G. A.; Weller, L. A.; Bigwood, S. J.; Barth, J. & von Dullivard, S. P. (1998). Rational-emotive behavior tharapy and the formation of stimulus equivalence classes. En Journal of clinical psychology, 54 (5), 597-610.
- Plaud, J. J. & Plaud, D. M. (1998). Clinical behavior therapy and the experimental analysis of behavior. En Journal of clinical psychology, 54 (7) 905-921.
- Popper, Karl R. (1995). En busca de un mundo mejor, Barcelona: Paidós.
- Popper, K. R. & Eccles, J. C. (1982). El yo y su cerebro, Barcelona: Duplex. (orig. 1977, "The self and its brian").
- Pozo, J. I. (1997). Teorías cognitivas del aprendizaje, Madrid: Morata. (1ª edición, 1989).

- Rabossi, E. (comp.) (1995). Filosofía de la mente y ciencia cognitiva, Barcelona: Paidós.
- Reda, M. & Mahoney, M. (1984). Cognitive psychoterapies, Cambridge: Ballinger.
- Reitman, D. & Drabman, R. S. (1997). The value of recognizing our differences and promoting healthy competition: The cognitive behavior debate. En Behavior therapy, 28 (4), 419-429.
- Rimm, D. C. & Masters, J. C. (1980). Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos, México: Trillas. (orig. 1974, "Behavior Therapy: techniques and empirical findings")
- Robins, C. J. & Hayes, A. M. (1997). Una valoración de la terapia cognitiva. En Mahoney, M. J. (ed.), Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica, (63-89) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ruiz, M^a Angeles (1997a). Control del diálogo interno y autoinstrucciones. En Labrador, F. J.; Cruzado, J. A. & Muñoz, M., Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, (656-666). Madrid: Pirámide.
- Ruiz, M. A. (1997b). El proceso terapéutico en la inoculación de estrés. En Caro, I. (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, (157-169). Barcelona: Paidós.
- Ruiz, Alfredo (1992). La Terapia cognitiva procesal sistémica de Vittorio Guidano. Aspectos teóricos y clínicos. En Opazo, R. (comp.). Integración en Psicoterapia, (233-244). Santiago: Cecidep.
- Ruiz, A. (1994). Qué nos pasa cuando estamos deprimidos. Como entender y cómo cambiar nuestras experiencias depresivas a través de la terapia cognitiva. Santiago: Instituto de Terapia cognitiva.
- Ruiz, A. (1999). Las contribuciones de Humberto Maturana a las ciencias de la complejidad y a la psicología. En sitio WEB: http://www.inteco.cl/articulos/005/texto_esp.htm.
- Ruiz Fernández, M. A. (1992). Técnicas cognitivas y terapias cognitivo-conductuales, Madrid.
- Ruiz Vargas (1987). Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo, Madrid: Alianza Psicología.
- Sáfran, J. D. & Segal, Z. V. (1994). El proceso interpersonal en la terapia cognitiva, Barcelona: Paidós.
- Sanderson, W. C., & Beck, A. T. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. En American Journal of Psychiatry, 147, 1025-1028.

- Sank, L. I. & Shafer, C. S. (1993). Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Santacreu, José (1987). Evaluación conductual de la depresión. En Fernández Ballesteros, R. & Carrobes, J. A., Evaluación conductual, Madrid: Pirámide.
- Santacreu, J. (1995). El entrenamiento en autoinstrucciones. En Caballo, V. E. (ed.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (607-626). Madrid: Siglo XXI.
- Sewell, K. W. (1997). Terapia del constructo personal y la relación entre cognición y afecto. En Mahoney, M. J. (ed.), Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica, (151-169) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Shaw, B. F. & Beck, A. T. (1981). El tratamiento de la depresión con terapia cognitiva. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia Racional-emotiva, (325-341), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Shields, T. (1999). Social learning theory and the chaotic perspective: a comparative and integrative analysis. En sitio WEB: <http://www.tryoung.com/journal-grad.html/2kimmel/009SHEILDS.htm>.
- Simon, H. A. (1987). Ciencia cognitiva: la más nueva ciencia de lo artificial. En Norman, D. A. (comp.), Perspectivas de la ciencia cognitiva, (25-39). Barcelona: Paidós.
- Skinner, Burrus F. (1979). La conducta de los organismos. Barcelona: Fontanella (orig. 1938, "The behavior of organisms: an experimental analysis").
- Skinner, B. F. (1971). Ciencia y conducta humana, Barcelona: Fontanella. (orig. 1953, "Science and human behavior").
- Skinner, B. F. (1987). Sobre el conductismo, Buenos Aires: Orbis.
- Smith, J. C. (1992). Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Spangler, D. L.; Simons, A. D. & Monroe, S. M. (1997). Response to Cognitive behavior therapy in Depression: effects of pretreatment cognitive dysfunction and life stress. En Journal of consulting and clinical psychology, 65 (4),
- Spivack, G. & Shure, M. B. (1974). Social adjustment of young children: a cognitive approach to solving real-life problems, San Francisco: Jossey-Bass.

- Suárez, E. (1992). El conocimiento en el enfoque cognitivo-conductual: la continuidad de una tradición crítica. En Opazo, R. (comp.). Integración en Psicoterapia, (68-95). Santiago: Cecidep.
- Suinn, R. M. (1985). Anxiety management training. En Bellack, A. S. & Hersen, M. (comps.), Dictionary of behavior therapy techniques, Nueva York: Pergamon Press.
- Suinn, R. M. & Deffenbacher, J. L. (1988). Anxiety management training. En The counseling psychologist, 16, 31-49.
- Suinn, R. M. & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A non-specific behavior therapy program for anxiety control. En Behavior therapy, 2, 498-512.
- Sulzer-Azaroff, B. & Mayer, G. R. (1990). Procedimientos del análisis conductual aplicado en niños y jóvenes, México: Trillas.
- Tienson, J. L. (1995). Una introducción al conexionismo. En Rabossi, E. (comp.), Filosofía de la mente y ciencia cognitiva, (359-380). Barcelona: Paidós.
- Toledo, U. (1999). La epistemología según Feyerabend. En sitio WEB: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/feye.htm>.
- Torricelli, F. (1996). Terapia cognitiva postracionalista. En sitio WEB: <http://www.drelichman.com/ExpoMac/ILHNoctubre/adj258.htm>.
- Turner, R. M. (1995). La desensibilización sistemática. En Caballo, V. E. (ed.). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (183-215). Madrid: Siglo XXI.
- Ulrich, R., Stachnik, T. & Mabry, J. (1973). Control de la conducta humana (vol.1), México:Trillas.
- Vallis T. M. (1991). Theoretical and conceptual bases of Cognitive therapy. En Vallis, T. M. , Howes, J. L. & Miller, P. C., The challenge of Cognitive therapy. Applications to nontraditional populations, (3-24). New York: Plenum Press.
- Varela, F. J. (1990). Conocer. Las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales, Barcelona: Ed.Gedisa.
- Vernon, A. (1998). Rational-emotive therapy: classroom applications, En sitio WEB: <http://www.rebt.org/essays/feb98essay.html>.
- Vila, J. (1997). Los efectos de la terapia de conducta. En Revista de Psicología general y aplicada, 50 (4), 503-511.

- Von der Becke, C. (1999). Glosario de Carlos Von der Becke-conductismo. En sitio WEB: <http://pages.hotbot.com/edu/novohcop/conductismo.html>.
- Wachtel, P. L. & Messer, S. B. (eds.) (1997). Theories of psychotherapy. Origins and evolution, Washington, DC: American Psychological Association.
- Watkins, J. T. (1981). La dinámica racional-emotiva de los desórdenes impulsivos. En Ellis, A. & Grieger R., Manual de Terapia racional-emotiva, (141-157), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Watson, J. B. (1924). Behaviorism, Chicago: University of Chicago Press. (Trad. 1947, "El Conductismo").
- Weimer, W. B. (1977). A conceptual framework for Cognitive psychology: Motor theories of the mind, En Shaw, R. & Brandsford, J. D. (eds.), Perceiving, acting, and knowing: Toward an ecological psychology, Hillsdale, Nueva York: Erlbaum.
- Wessler, R. L. (1993). Enfoque cognitivo para los trastornos de personalidad. En Psicología conductual, 1 (1), 35-50.
- Westermeyer, R. (1997). What is cognitive therapy? En sitio WEB: <http://www.habitsmart.com/cogintro.html>.
- Wilson, G. Terence (1978). Cognitive behavior therapy: paradigm shift or passing phase?. En Foreyt, J. P. & Rathjen, D. P. (ed.). Cognitive behavior therapy: Research and application, (7-32). Nueva York: Guilford Press.
- Wilson, G. T. (1997). Behavior therapy and century close. En Behavior therapy, 28 (4), 449-457.
- Wilson, G. T. & Franks, C. M. (eds.) (1982). Contemporary behavior therapy: conceptual and empirical foundations, New York: Guilford Press.
- Wilson, Kelly G. (1997). Science and treatment development: lessons from the history of behavior therapy. En Behavior therapy, 28 (3), 547-558.
- Windholz, G. (1998). Pavlov's conceptualization of voluntary movements within the framework of the theory of higher nervous activity. En The American Journal of Psychology, 111 (3) 435-443.
- Wolpe, Joseph (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition, Nueva York: Pergamon Press. (trad. 1978, "Psicoterapia por inhibición recíproca").
- Wolpe, J. (1977). Práctica de la terapia de conducta, México: Trillas. (orig. 1969, "The practice of behavior therapy").

- Wolpe, J. (1997). Thirty years of behavior therapy. En Behavior therapy, 28 (4), 633-635.
- Yates, (1973). Terapia del comportamiento (orig. 1970, "Behavior therapy"), México:Trillas.
- Yates (1977). Teoría y práctica de la terapia conductual, México: Trillas.
- Zagmutt, A. & Ruiz, A. (1988). Terapia cognitiva hoy: una actualización. En Terapia psicológica, 7 (10), 7-15.
- Zahm, B S. (1999). About Cognitive behavior therapy. En sitio WEB: <http://psychhealth.navpoint.com/cbt.htm>.

APENDICES

APENDICE A

**CUESTIONARIO PARA SELECCION DE TERAPIAS
COGNITIVO CONDUCTUALES**

CUESTIONARIO DE OPINION

Se plantea como proyecto de tesis, elaborar un ensayo monográfico, sistemático y actualizado, sobre las terapias cognitivo conductuales (*tcc*), incluidas las más utilizadas en el ámbito clínico de nuestro país, actualmente. Con el fin de conocer cuáles son éstas últimas, se solicita a Ud. evaluar, en base a la siguiente escala, las *tcc* señaladas en la lista posterior*, según el grado de importancia en la práctica terapéutica actual que Ud. realiza.

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| 1 = Nada relevante | 4 = Relevante |
| 2 = Poco relevante | 5 = Muy relevante |
| 3 = Moderadamente relevante | |

- | | |
|---|-----|
| 1.- Terapia Racional emotivo-conductual de Ellis. | ___ |
| 2.- Terapia Cognitiva de Beck. | ___ |
| 3.- Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum. | ___ |
| 4.- Entrenamiento en el Manejo de la Ansiedad de Suinn y Richardson. | ___ |
| 5.- Entrenamiento en Solución de problemas de D' Zurilla y Goldfried. | ___ |
| 6.- Entrenamiento en Inoculación de estrés de Michenbaum. | ___ |
| 7.- Reestructuración Racional sistemática de Goldfried. | ___ |
| 8.- Terapia de Conducta racional de Maultsby. | ___ |
| 9.- Entrenamiento en habilidades de Autocontrol de Rehm. | ___ |
| 10.- Terapia Cognitivo-estructural de Guidano y Liotti. | ___ |
| 11.- Terapia de Valoración cognitiva de Wessler. | ___ |
| 12.- Terapia cognitiva centrada en los Esquemas de Young. | ___ |

* Para evitar diferencias en la interpretación o en la nomenclatura de las *tcc* mencionadas, es necesario señalar 2 cosas:

1. Se han considerado las terapias incluidas en esta lista, como *cognitivo conductuales*, según la clasificación que hace Dobson y Block (1988) y que ha sido adaptada por Lega, Caballo y Ellis (1997), por lo tanto no están incluidas otras formas de terapia que, según algunos autores, son llamadas "cognitivo conductuales".
2. En las siguientes hojas, se adjunta a este cuestionario, una lista con una de las posibles definiciones (inevitablemente muy breve) para cada una de estas *tcc*.

APENDICE B
ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS

ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS

(Tomada de Lega, Caballo & Ellis, 1997)

A continuación se presentan distintas actitudes o creencias que la gente mantiene a veces. Lea cada frase atentamente y marque con una cruz, el grado en que está de acuerdo o en desacuerdo con éstas.

Asegúrese de escoger solamente una respuesta para cada frase. Debido a que cada persona es diferente a otra, no hay respuestas "correctas" o "incorrectas" a estas frases.

Para saber si una determinada actitud es típica de su forma de ver las cosas, tenga presente cómo es Ud. la mayor parte del tiempo.

Puesto que nos interesan sus reacciones espontáneas, no es necesario que le dé muchas "vueltas" a una frase. Anote su respuesta rápidamente y pase a la siguiente pregunta.

1 = muy en desacuerdo

4 = relativamente en acuerdo

2 = relativamente en desacuerdo

5 = muy de acuerdo

3 = neutral

¿EN QUE GRADO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTAS
AFIRMACIONES?

1 2 3 4 5

1. Quiero caerle bien a algunas personas.....
2. A veces es desagradable cuando no hago las cosas bien.
3. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me es imposible funcionar adecuadamente.....
4. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona.....
5. Quiero hacer bien algunas cosas.....
6. A veces es desagradable cuando estoy tenso/a.....
7. Algunas veces, cuando no le agrado a la gente, me es imposible funcionar adecuadamente.....
8. En ocasiones, cuando hago las cosas mal, creo que soy un fracaso.....
9. De vez en cuando quiero estar relajado/a.....
10. A veces es desagradable cuando no logro agradar a la gente.....
11. Algunas veces, cuando no lo hago bien, es imposible que funcione adecuadamente.....
12. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, pienso que siempre estaré de esta manera.....
13. Necesito caerle bien a algunas personas.....
14. A veces es terrible cuando no hago las cosas bien.....
15. En ocasiones cuando estoy tenso/a, me es imposible funcionar adecuadamente.....
16. Pienso que no soy una mala persona incluso si no le caigo bien a algunas personas.....
17. Necesito hacer algunas cosas bien.....
18. En ocasiones es terrible cuando estoy tenso/a.....

19. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, me es difícil funcionar adecuadamente.
20. Pienso que no soy un fracaso incluso si no hago bien algunas cosas.....
21. De vez en cuando necesito estar relajado/a.....
22. A veces es terrible cuando no le caigo bien a la gente....
23. En ocasiones, cuando no lo hago bien, me es difícil funcionar adecuadamente.....
24. Pienso que no siempre estaré tenso/a, incluso si a veces no me encuentro relajado/a.....
25. Es esencial que le agrade a algunas personas.....
26. Algunas veces, cuando no hago las cosas bien, me siento perturbado/a.....
27. En ocasiones es frustrante cuando estoy tenso/a.....
28. Sólo porque no les agrade a algunas personas, no va a significar que yo sea una mala persona.....
29. Es esencial que haga bien algunas cosas.....
30. Algunas veces, cuando estoy tenso/a, me perturbo.....
31. A veces es frustrante cuando no le caigo bien a las demás personas.....
32. Sólo porque hago algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso.....
33. De vez en cuando es esencial estar relajado/a.....
34. Algunas veces cuando no le agrado a la gente me siento perturbado/a.....
35. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien.....
36. Sólo porque estoy tenso/a algunas veces, no significa que siempre estaré así.....
37. Es importante que le agrade a algunas personas.....
38. A veces, cuando no hago las cosas bien, me siento decepcionado/a.....
39. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso/a.....
40. Si no les agrado a algunas personas, significa que soy una mala persona.....
41. Es importante que haga bien algunas cosas.....
42. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me decepciono.....
43. A veces es insoportable cuando no le caigo bien a la gente.....
44. Si hago algunas cosas mal, eso significa que soy un fracaso.....
45. De vez en cuando es importante estar relajado/a.....
46. En ocasiones, cuando no le gusto a la gente, me siento decepcionado/a.....
47. A veces es insoportable cuando no hago las cosas bien..
48. Nunca voy a conseguir estar relajado/a.....

APENDICE C

HOJA PARA LA IDENTIFICACION DE IDEAS IRRACIONALES

HOJA PARA LA IDENTIFICACION DE IDEAS IRRACIONALES

El propósito de esta Hoja es recoger información sobre su forma de pensar en situaciones problemáticas, permitiéndole descubrir sus ideas irracionales (Bi) específicas más frecuentes, ya que éstas tienden a presentarse en más de una ocasión y bajo circunstancias/acontecimientos activantes (A) diferentes. Después de algunos días, es probable que comiencen a surgir ciertos patrones en los que un número dado de sucesos activantes (A) provoquen una idea irracional (Bi) en particular, o en los que un acontecimiento activante (A) específico, evoque más de una idea irracional (Bi). Esta información le permitirá saber cuándo y dónde estar alerta para utilizar sus habilidades de Debate.

Semana: _____

Columna 1: Expectativa/Idea irracional
(por ej. "debo ser tratado(a) de forma justa")

Columna 2: Acontecimiento/Situación
(por ej. discusión con mi pareja)

Primer día

Segundo día

Tercer día

Cuarto día

Quinto día

Sexto día

Séptimo día

ANALISIS SEMANAL

¿Qué idea irracional se manifestó en varias situaciones durante esta semana? (La misma Bi en la columna 1 frente a diferentes A en la columna 2).

Durante el mismo evento, ¿qué ideas irracionales surgieron? (Distintas Bi en la columna 1 bajo la misma A en la columna 2).

APENDICE D
FORMULARIO DE AUTOAYUDA DE LA TREC

FORMULARIO DE AUTOAYUDA DE LA TREC

(Tomado de Lega, Caballo & Ellis, 1997)

(A) ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES, pensamientos o sentimientos que ocurrieron justo antes de sentirme emocionalmente perturbado o de actuar de forma autodevaluadora:

(C) CONSECUENCIA O CONDICIÓN, sentimiento perturbador o conducta autodevaluadora que generé y que me gustaría cambiar:

(B) CREENCIAS Irracionales (Bi) que conducen a mi **CONSECUENCIA** (perturbación emocional o conducta autodevaluadora). Rodea con un círculo todas las que se apliquen a estos **ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES (A)**.

(D) REFUTACIONES para cada Creencia Irracional rodeada con un círculo.

(E) CREENCIAS Racionales eficaces (Br) para reemplazar a mis Creencias Irracionales.

- | | | |
|--|--|--|
| 1. ¡DEBO hacerlo bien o muy bien! | | |
| | | |
| | | |
| 2. Cuando actúo de forma estúpida es porque soy una PERSONA MALA o SIN VALÍA . | | |
| | | |
| | | |
| 3. ¡DEBO ser aceptado por la gente a la que considero importante! | | |
| | | |
| | | |
| 4. ¡NECESITO que me quiera alguien que se preocupe mucho por mí! | | |
| | | |
| | | |
| 5. Si me rechazan quiere decir que soy una PERSONA MALA, INDESEABLE . | | |
| | | |
| | | |

6. ¡La gente DEBE tratarme correctamente y darme lo que NECESITO!
7. ¡La gente DEBE vivir de acuerdo a mis expectativas; de lo contrario será TERRIBLE!
8. ¡La gente que actúa de forma inmoral es GENTE INDIGNA, CORRUPTA!
9. ¡NO PUEDO SOPORTAR las cosas malas o la gente difícil!
10. Mi vida DEBE tener pocas dificultades o problemas importantes.
11. ¡Es HORRIBLE cuando las cosas importantes no marchan como yo quiero!
12. ¡NO PUEDO SOPORTAR que la vida sea tan injusta!
13. ¡NECESITO mucha gratificación inmediata y TENGO QUE sentirme desgraciado cuando no lo consigo!

Otras creencias irracionales:

(E) SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS que he experimentado después de haber llegado a mis Creencias Racionales Eficaces: _____

ME ESFORZARÉ EN REPETIR FRECUENTEMENTE MIS CREENCIAS RACIONALES EFICACES, DE MODO QUE CONSIGA ESTAR MENOS PERTURBADO AHORA Y ACTUAR DE FORMA MENOS AUTODEVALUADORA EN EL FUTURO.

APENDICE E
DIARIO DE DEBATE

DIARIO DE DEBATE

Utilice este Diario para practicar sus habilidades de Debate o Discusión (D) aprendidas, y para reforzar su nueva filosofía racional (E), acumulando sus experiencias por escrito.

En la columna 1, resuma las situaciones (A) que suelen provocar pensamientos irracionales.

En la columna 2, haga una lista de cualquier idea o pensamiento poco productivo o irracional (Bi) que se le venga a la cabeza en cada acontecimiento o situación descrita en la columna 1.

En la columna 3, resuma los argumentos que utilizó, o que hubiese querido utilizar, para debatir o cuestionar cada una de las ideas irracionales de la columna 2.

Si lo desea, puede colocar una puntuación de 1 a 5 en el espacio al lado derecho de la columna 3 (con 1 = nada útil; 2 = poco útil; 3 = neutral; 4 = algo útil; 5 = muy útil), frente a cada uno de los argumentos utilizados para debatir o cuestionar sus ideas irracionales. Esto le permitirá evaluar lo eficaces que son. Recuerde que el cambio emocional cualitativo (Ce) es el criterio más importante en dicha evaluación.

COLUMNA 1

Situación o
Acontecimiento (A)

(Por ej. "Fallé en mi trabajo")

COLUMNA 2

Pensamiento
irracional (Bi)

(Por ej. "No puedo soportar
mis errores")

COLUMNA 3

Argumento que
contrarresta (D)

(Por ej. "Es preferible pero
no absolutamente necesario
tener éxito en todo")

APENDICE F

LISTA PARA LA IDENTIFICACION DE EMOCIONES APROPIADAS E INAPROPIADAS

LISTA DE EMOCIONES APROPIADAS/INAPROPIADAS		
CONTEXTO (Percepción de A)	EMOCION IRRACIONAL	EMOCION RACIONAL
Como amenaza o peligro	Ansiedad, angustia	Preocupación
Como pérdida o fracaso (con implicaciones para el futuro).	Depresión	Tristeza
Como frustrante: como ruptura de una regla personal (por parte de otros o de sí mismo)	Ira	Enojo, enfado
Como ruptura del código moral propio	Culpa	Remordimeinto
Como reveladora de un defecto personal	Vegüenza	Pesadumbre, pesar
Como traición de otros	Sentirse herido	Sentirse disgustado

APENDICE G
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Nombre

Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

- | | |
|---|--|
| 1 | 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. |
| 2 | 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1 Me siento desanimado de cara al futuro.
2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. |
| 3 | 0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3 Soy un fracaso total como persona. |
| 4 | 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo. |
| 5 | 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente. |
| 6 | 0 No creo que esté siendo castigado.
1 Siento que quizá esté siendo castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado. |
| 7 | 0 No estoy contento de mí mismo.
1 Estoy descontento de mí mismo.
2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
3 Me detesto. |
| 8 | 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2 Continualmente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que me sucede. |

- 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
 2 Desearía poner fin a mi vida.
 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10 0 No lloro más que antes.
 1 Ahora lloro más que antes.
 2 Lloro continuamente.
 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11 0 No estoy especialmente irritado.
 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 2 Me siento irritado continuamente.
 3 Ahora me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12 0 No he perdido interés por los demás.
 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 2 He perdido gran parte del interés por los demás.
 3 He perdido todo interés por los demás.
- 13 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
 1 Evito tomar decisiones más que antes.
 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 3 Me es imposible tomar decisiones.
- 14 0 No creo tener peor aspecto que antes.
 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
 3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15 0 Trabajo igual que antes.
 1 Me cuesta más esfuerzo que lo habitual comenzar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme a mí mismo a hacer algo.
 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16 0 Duermo tan bien como siempre.
 1 No duermo tan bien como antes.
 2 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.
- 17 0 No me siento más cansado de lo normal.
 1 Me canso más que antes.
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18 0 Mi apetito no ha disminuído.
 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 3 He perdido completamente el apetito.

- 19 0 No he perdido peso últimamente.
 (Estoy tratando intencionadamente de perder peso comiendo menos. Sí __ No __)
 1 He perdido más de 2 kilos.
 2 He perdido más de 4 kgs.
 3 He perdido más de 7 kgs.
- 20 0 No estoy preocupado por mi salud.
 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago o los resfriados.
 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 21 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
 1 La relación sexual me atrae menos que antes.
 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
 3 He perdido totalmente el interés sexual.

APENDICE H
TECNICA DE LAS TRES COLUMNAS

TECNICA DE LAS "TRES" COLUMNAS

SITUACION	PENSAMIENTOS NEGATIVOS	EMOCIONES	ALTERNATIVAS RACIONALES	NUEVAS EMOCIONES

Universidad de Valparaíso
Chile



00094346