

## CAPITULO 8

### TÉCNICAS COGNITIVAS

#### **Fundamento teórico de las técnicas cognitivas**

Como se ha mencionado anteriormente, el terapeuta novel debe ser consciente del hecho de que muchos pacientes depresivos están tan preocupados con sus pensamientos negativos que la introspección puede agravar sus ideas perseverantes. Cuando el paciente es capaz de emprender actividades más constructivas, y, por lo tanto, ha modificado la estimación negativa de sus capacidades, el terapeuta puede centrarse directamente en los componentes cognitivos de la depresión. Evidentemente, si parece que se pueden explorar los pensamientos, deseos y sentimientos del paciente ya al comienzo del tratamiento, pueden aplicarse inmediatamente las técnicas introspectivas, sin necesidad de aplicar previamente las estrategias conductuales. Las técnicas cognitivas, no obstante, deben aplicarse lo antes posible en el tratamiento de pacientes suicidas. La mayoría de los pacientes depresivos requieren una combinación de técnicas conductuales y cognitivas.

Específicamente, las técnicas cognitivas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad, etc., se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que éste último hace de la realidad. Ya que las preguntas del terapeuta y otras técnicas verbales derivan de su propia teoría, debe estar atento para evitar "poner ideas en boca del paciente". El terapeuta debe tener presente la sugestionabilidad del paciente y su deseo de agradarle, emitiendo las respuestas que, según él, espera el terapeuta.

Dado que se da una mayor interacción verbal durante la "fase cognitiva" del tratamiento, es probable que este aspecto de la terapia esté mucho más cerca de ser una empresa conjunta que la fase previa, en la que se enfatizan las técnicas conductuales. Aunque el terapeuta puede iniciar el espíritu de colaboración ya durante la fase conductual, a menudo se ve obligado a adoptar la postura contraria, debido a la inercia y a la indecisión del paciente durante las fases de depresión más profunda.

A la hora de aplicar las técnicas cognitivas, es importante que el terapeuta trabaje dentro del marco del modelo cognitivo de la depresión. Como se señaló en el Capítulo 1, la concepción reduccionista de la terapia cognitiva ve este método como una serie de pasos preestablecidos que se ejecutan a modo de vals o tango. En realidad, la terapia cognitiva es un sistema amplio que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos para identificar y modificar el "paradigma personal" del paciente. En este sentido, una parte crucial de la terapia consiste en que el terapeuta obtenga la información adecuada, de modo que le sea posible penetrar en el mundo del paciente y experimentar el modo como éste organiza la realidad. Debe verse implicado en sus conceptos idiosincráticos -las pautas cognitivas concretas que generan o mantienen la depresión.

Frecuentemente, la exploración conjunta de la vida interior del paciente engendra un espíritu de aventura y, por lo general, cuando éste descubre su peculiar construcción de la realidad, se motiva aún más para centrarse en los acontecimientos reales y en los significados que les atribuye. Descubriendo los significados inadecuados que ha estado atribuyendo a sus experiencias, la vida puede adquirir un "significado nuevo" -concordante con la realidad y abierto al tipo de satisfacciones y objetivos que persigue. Puede identificar directamente los obstáculos reales que se interponen para alcanzar determinados objetivos y/o determinadas fuentes de satisfacción y así desarrollar métodos para vencer o rodear dichos obstáculos.

### **Explicar el fundamento teórico al paciente**

En primer lugar, el terapeuta revisa los intentos que haya hecho el paciente para definir y resolver sus problemas psicológicos. Para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas asociadas con las áreas problemáticas, el terapeuta expone brevemente el modelo cognitivo de la depresión. Entre los puntos más importantes a exponer se encuentra el de la íntima relación entre los pensamientos de una persona acerca de sí misma, de su entorno y de su futuro (la tríada cognitiva) y sus sentimientos, motivaciones y conductas. El terapeuta subraya el efecto negativo que ejercen los pensamientos inadecuados o distorsionados sobre los sentimientos y la conducta del paciente. Sin embargo, decirle al paciente que "piensa de una manera irracional" puede ser contraproducente. Los pacientes depresivos están profundamente convencidos de que ven las cosas "tal como son en realidad". Así pues, el terapeuta debe proporcionar al paciente evidencia de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuye a mantener la depresión y de sus observaciones y conclusiones pueden ser "incorrectas" (no "irracionales"). El terapeuta puede hacer notar, por ejemplo, que, cuando son posibles varias interpretaciones de un mismo fenómeno, el paciente selecciona sistemáticamente la más negativa. En este mismo capítulo, se describirán métodos específicos para proporcionar este tipo de evidencia a la que nos referimos.

La idea principal que el terapeuta debe comunicar es que ambos (paciente y terapeuta) van a actuar como dos colaboradores científicos que

pretenden "investigar" el contenido de los pensamientos del paciente. En este trabajo conjunto, es crucial determinar la información relevante que se va a obtener e investigar. La información central que se necesita para la terapia cognitiva es cómo comprende e interpreta el paciente sus experiencias.

La investigación de los pensamientos del paciente se basa en dos premisas. Primera, que los pacientes depresivos piensan de un modo idiosincrático (esto es, presentan un sesgo sistemático en el modo de verse a sí mismos, el mundo y el futuro). Segunda, que su manera de interpretar los acontecimientos contribuye al mantenimiento de la depresión.

Como ya hemos dicho, la estrategia típica que adopta el terapeuta cognitivo es elicitación de las ideas del paciente acerca de la naturaleza de sus problemas, en lugar de ofrecerle interpretaciones y explicaciones. El terapeuta trata de comprender los factores que, según el paciente, contribuyen a mantener la depresión.

Es esencial conocer las expectativas del paciente ante el tratamiento (por ejemplo, lo que sucederá, los objetivos razonables, el resultado que puede esperar, etc.). A este respecto, mencionaremos el caso de una paciente que fue tratada por uno de nosotros (Brian F. Shaw). Esta paciente ya había recibido tratamiento anteriormente; le habían dicho que la depresión estaba causada por anomalías bioquímicas. Había sido tratada con tres fármacos antidepresivos distintos sin que ninguno de ellos produjese una mejoría clínica significativa. La paciente estaba convencida de que ningún método eliminaría la depresión. Por consiguiente, hubo que proporcionarle información específica sobre la terapia "basada en conversaciones" (o de entrevistas), sobre las diferencias de ésta con la quimioterapia, sobre su base teórica, sus implicaciones y la probabilidad de mejoría.

Paralelamente, un paciente que esté convencido de que la depresión tiene sus raíces en sus experiencias infantiles y que cree que es necesario recordar, "revivir" y analizar los acontecimientos significativos que tuvieron lugar en la infancia, necesita que le orienten hacia las bases de la terapia cognitiva. De lo contrario, este paciente podría llegar a la conclusión de que la terapia cognitiva, con sus énfasis en el "aquí y ahora", no es más que una "primera aproximación" al verdadero tratamiento. En casos como éste, puede ser útil para el terapeuta comentar el hecho de que se puede modificar un patrón de pensamiento o de conducta sin necesidad de identificar la causa ni el curso del aprendizaje.

Para ilustrar este punto, puede servirnos una analogía. Por ejemplo, aunque una persona hable con frases cortas, mal construidas y utilice frecuentemente palabras de argot, no es necesario revisar sus experiencias anteriores con respecto a la gramática. En lugar de ello, esta persona necesitaría un entrenamiento específico, consistente en la corrección de sus errores y en la especificación de frases bien construidas. En ocasiones, no obstante, puede ser conveniente revisar experiencias de aprendizaje anterior-

res para demostrar al paciente que está interpretando los acontecimientos de forma inadecuada.

Una manera de evaluar los puntos de vista del paciente acerca de la terapia, a la vez que se le proporciona información sobre el modelo conceptual de terapia cognitiva, es hacer que lea una introducción al método, tal como *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la Depresión) o *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (La Terapia Cognitiva y los Trastornos Emocionales). El terapeuta puede animar al paciente a subrayar las partes que considere relevante para su caso. El terapeuta debe cuidar especialmente de que el paciente comprenda el concepto de pensamiento distorsionado y la relación entre los pensamientos y los síntomas de la depresión.

En la siguiente conversación terapéutica, se expone un ejemplo de la exploración del *significado* atribuido a los acontecimientos. El paciente era un estudiante graduado de 26 años con una historia de cuatro meses de depresión recurrente.

PACIENTE: Estoy de acuerdo con la descripción que hace de mí, pero no con la idea de que es mi manera de pensar lo que hace que me sienta deprimido.

TERAPEUTA: ¿Cómo lo entiendes tú?

P: Me deprimó cuando las cosas van mal. Por ejemplo, cuando fracaso en un examen.

T: ¿Cómo puede deprimirte el hecho de fracasar en un examen?

P: Está claro; si suspendo, nunca conseguiré ingresar en la Facultad de Derecho.

T: Así pues, suspender un examen significa mucho para ti. Pero, si el hecho de suspender un examen fuese suficiente para producir una depresión, ¿no sería de esperar que todo el que suspendiese cayera en una depresión? ¿Sería una depresión tan profunda como para necesitar tratamiento?

P: No, pero depende de lo importante que sea el examen para la persona.

T: Bien, ¿y quién determina la importancia?

P: Yo.

T: Entonces, lo que tenemos que explorar es tu manera de percibir el examen (o tus *pensamientos* acerca del mismo) y cómo influye en la oportunidad de acceder a la Facultad de derecho. ¿Estás de acuerdo?

P: Sí.

T: ¿Estás de acuerdo en que tu forma de interpretar el examen te influye?

Podrías sentirte deprimido, podrías tener problemas de sueño, perder el apetito, o incluso abandonar el curso.

P: Sí, estoy de acuerdo.

T: Entonces, ¿qué significaría el fracaso?

P: (lloroso): Que no podría ingresar en la Facultad.

T: ¿Y qué representa eso para tí?

P: Que no soy lo suficiente inteligente.

T: ¿Nada más?

P: Que nunca podré ser feliz.

T: ¿Y cómo te hacen sentir estos *pensamientos*?

P: Muy desgraciado.

T: Así pues, el significado de suspender el examen es lo que hace que te sientas desgraciado. De hecho, la creencia de que nunca podrás ser feliz es un factor muy poderoso para producir infelicidad. Tú mismo te estás tendiendo una trampa —pensando que si no entras en la Facultad, "nunca podrás ser feliz".

La etapa más importante de la terapia cognitiva es el entrenamiento del paciente para observar y registrar sus cogniciones. Obviamente, si no se llega a un acuerdo sobre los datos relevantes que van a estudiarse, la comunicación terapéutica se verá seriamente limitada. El entrenamiento en la observación y registro de las cogniciones hace que el paciente se dé cuenta de la existencia de las imágenes y autoverbalizaciones ("corriente de pensamientos"). El terapeuta entrena al paciente a identificar las cogniciones inadecuadas y distorsionadas. A veces, el paciente necesita aprender previamente a discriminar entre sus propios pensamientos y los acontecimientos reales. También debe comprender la relación entre sus cogniciones, afectos y conducta, y los acontecimientos ambientales.

La tarea de entrenar al paciente a observar y registrar sus cogniciones debe realizarse en pasos sucesivos: (1) Definir lo que es un "pensamiento automático" (cognición); (2) demostrar la relación entre cognición y afecto (o conducta), valiéndose de ejemplos concretos; (3) demostrar la presencia de las cogniciones, tomando como base la experiencia reciente del paciente; (4) asignar para casa la tarea de registrar las cogniciones; y (5) revisar los registros del paciente y proporcionarle feedback.

#### *Definición de "Cognición" para el Paciente*

El terapeuta puede definir la *cognición* como "un pensamiento o una imagen de la que uno puede no ser consciente, a no ser que le preste atención". De forma característica, una cognición es una valoración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasada, presente o futura). Las cogniciones típicas que se observan en la depresión y en otros problemas clínicos se suelen denominar "pensamientos automáticos",

los cuales forman parte de un determinado patrón de pensamiento. Excepto en ciertas situaciones bien definidas (por ejemplo, el intento del artista o del poeta de ampliar las fronteras de lo real), las cogniciones suelen ser interpretadas por el individuo como representaciones objetivas de la realidad y, por lo tanto, se toman como verdaderas. Dado que las cogniciones son automáticas, habituales y creíbles, el individuo raramente se detiene a probar su validez. Por todo esto, no es infrecuente que el depresivo se vea abrumado por cuestiones retóricas ("¿Por qué soy tan débil?" o "¿Por qué soy una persona incompetente?") o por imágenes desagradables ("Tengo el aspecto de un cerdo, gordo y feo"). Da por supuesto que es débil, feo o incompetente y se pregunta por qué le ha caído una desgracia así.

### *Influencia de las Cogniciones sobre los Afectos y la Conducta*

Existen varios métodos para demostrar la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta. Muchos pacientes pueden ver una cierta relación entre ellos mismos y determinados estereotipos que no les impliquen personalmente. Un estereotipo típico se presenta en la siguiente conversación entre el terapeuta y un paciente de 43 años.

TERAPEUTA: La manera que tienen las personas de interpretar los acontecimientos influye en sus sentimientos y en su conducta. Por ejemplo, imaginemos a una persona que está sola por la noche y oye un ruido en otra habitación. Si pensara "Hay un ladrón", ¿cómo cree usted que se sentiría?

PACIENTE: Muy ansioso, aterrorizado. T: ¿Y cómo se comportaría?

P: Podría intentar esconderse; si fuera una persona inteligente, llamaría a la policía.

T: Bien, así que, en respuesta al pensamiento de que el ruido lo hizo un ladrón, esta persona se sentiría ansiosa y su conducta iría encaminada a protegerse. Ahora, imaginemos que ha oído el mismo ruido, pero piensa "Se han quedado las ventanas abiertas y el viento ha tirado algo".

¿Cómo se sentiría?

P: Desde luego no se asustaría. Podría sentirse triste si pensase que se había roto algo de valor; o enfadado porque los niños se hubiesen dejado abiertas las ventanas.

T: Según este pensamiento, ¿se diferenciaría su conducta de la del caso anterior?

P: Por supuesto, probablemente se levantaría a ver qué se había roto. Evidentemente no llamaría a la policía.

T: Muy bien. Lo que nos demuestra este ejemplo es que existen diferentes maneras de interpretar una situación. Asimismo, que el

modo de interpretar la situación influye sobre los sentimientos y la conducta.

Este ejemplo sirve para proporcionar al paciente una cierta distancia psicológica con respecto a sus propios problemas, constituyendo al mismo tiempo el marco para examinar sus propios pensamientos y sentimientos. Resulta difícil predecir la dificultad (o la facilidad) con que un paciente determinado va a comprender estos conceptos. La principal estrategia del terapeuta consiste en probar varias demostraciones, pero también debe estar preparado para desarrollar o ampliar el modelo en función de las experiencias del paciente.

Otra técnica para demostrar la relación entre pensamientos y afectos es la de las "imágenes inducidas". En primer lugar, el terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable. Si el paciente manifiesta una respuesta emocional negativa, el terapeuta puede preguntar acerca del contenido de sus pensamientos. A continuación, le pide que imagine una escena agradable y que describa sus sentimientos. Normalmente, el paciente será capaz de reconocer que, cambiando el contenido de sus pensamientos, puede modificar sus sentimientos. Para algunos pacientes, esta sencilla técnica sirve para poner de manifiesto el impacto de las imágenes que ellos mismos se forman y les hace comprender cómo los pensamientos influyen en el estado de ánimo. Esta técnica está indicada para los pacientes con una depresión moderada, quienes suelen experimentar períodos de tristeza transitorios.

#### *Cognición y Experiencias Recientes*

Algunos pacientes tienen dificultad para identificar los pensamientos o ideas inadecuadas; otros pueden no ver la relación entre pensamientos y sentimientos. Otros pacientes, sin embargo, pueden entender rápidamente la naturaleza de las cogniciones e incluso aportar cogniciones negativas típicas a partir de sus propias experiencias. En cualquier caso, es conveniente demostrar al paciente la presencia de las cogniciones. En el primer caso, lo esencial es que los pacientes se hagan conscientes de sus cogniciones negativas y sean capaces de detectarlas. En el segundo, resulta útil registrar las cogniciones junto con el paciente para asegurarse de que comprende la importancia de sus pensamientos. Este último procedimiento también sirve como salvaguardia, ya que el estar de acuerdo con las formulaciones del terapeuta de una manera automática indica más bien conformismo que un verdadero aprendizaje. Tales pacientes requieren el mismo entrenamiento que el paciente que no se da cuenta del papel que las cogniciones desempeñan en la depresión.

Un primer procedimiento para demostrar la presencia de las cogniciones consiste en preguntar al paciente por sus pensamientos inmediatamente anteriores a la primera cita. Muchos pacientes manifiestan haber experimentado pensamientos referentes al terapeuta, al tratamiento y a las posibles consecuencias de la ayuda que iban a recibir. A continuación, el terapeuta denomina o etiqueta los pensamientos o ideas como "pensamientos automá-

ticos" (cogniciones). Si el terapeuta piensa que el vocabulario del paciente es limitado, puede emplear otros términos para describir los fenómenos cognitivos, como, por ejemplo, "las cosas que se dice a sí mismo" o "autoafirmaciones".

Además de determinar la presencia de las cogniciones, el terapeuta puede corregir cualquier concepto o información incorrecta referente al tratamiento. Por ejemplo, a una paciente de 38 años, casada y madre de dos hijos, se le pidió que recordarse los pensamientos que hubiese experimentado en la sala de espera. Manifestó que su mayor preocupación era que no iba a sobrevivir al periodo de tratamiento. Aunque había sido informada de la duración media de la terapia cognitiva (sesiones semanales de 1 hora durante 12 semanas aproximadamente), no podía conjugar esta información con la que le habían dado anteriormente en otra consulta (3 sesiones semanales durante un periodo de 2 a 3 años). De hecho, la paciente no había llegado a entender que el terapeuta al que había acudido previamente se regía por un procedimiento terapéutico distinto (terapia psicoanalítica) y tenía un conjunto de objetivos diferente ("reconstrucción completa de la personalidad"). Cuando se dio cuenta de que la terapia cognitiva iba a centrarse en problemas concretos (específicamente, en su depresión), el miedo que había experimentado en la sala de espera dejó paso a preocupaciones más relevantes, como "¿Tendrá éxito *esta* terapia?" o "¿Qué ocurrirá si no mejoro?"

#### *Detección de los Pensamientos Automáticos*

Una vez que el paciente ha entendido la definición de la cognición y reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta expone un proyecto diseñado para poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas.

Lo que se le dice al paciente depende del problema concreto que se esté investigando. Lo más frecuente suele ser que se le den instrucciones de "atrapar" cuantas cogniciones sea posible y registrarlas en un cuaderno. Dado que es extraño que una persona esté "totalmente en blanco", si es que ello es siquiera posible, el paciente puede tomar las variaciones en su estado de ánimo como indicio o pista para identificar o recordar sus cogniciones\*.

Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después de que hayan tenido lugar. Sin embargo, por múltiples razones, un individuo puede no ser capaz de registrar sus cogniciones inmediatamente. Por lo tanto, un segundo método consiste en que el paciente reserve un cierto periodo de tiempo, por ejemplo, 15 minutos cada tarde, para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas con cada uno de ellos. El terapeuta le pide al paciente que registre cualquier pensamiento negativo con la mayor precisión posible. Es decir, en lugar de anotar, "Experimenté el sentimiento de que era incompetente en el trabajo", como si estuviera

---

\* La identificación de los pensamientos automáticos se verá facilitada por la lectura de sus características en *Coping with Depresión* (Beck y Greenberg, 1.974).



manifestando el pensamiento en el curso de una conversación, debería escribir, "Soy incompetente en el trabajo", reproducción más precisa del pensamiento. Este método de entrenamientos para registrar las cogniciones fuera de la sesión terapéutica resulta especialmente útil para los pacientes que han recibido la instrucción de mantenerse ocupados con objeto de evitar los pensamientos depresivos recurrentes.

Un tercer método para concretar las cogniciones consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación con la depresión del paciente. Por ejemplo, una paciente de 31 años, madre de tres hijos, manifestó que los "peores momentos del día" eran entre las 7 y las 9 de la mañana. Durante este periodo de tiempo era cuando preparaba el desayuno de su familia. La paciente no podía explicar por qué estas horas se le hacían tan difíciles hasta que comenzó a registrar sus cogniciones. Descubrió que lo que hacía era compararse sistemáticamente con su madre, quien se mostraba irritable y con ganas de discutir por las mañanas. Cuando los niños se portaban mal, la paciente solía pensar, "No te enfades o terminarán odiándote"; en consecuencia, los ignoraba. Con mayor frecuencia, sin embargo, no podía contenerse y "explotaba"; entonces pensaba, "Soy peor que mi madre. No sirvo para cuidar a mis hijos. Sería mejor para ellos si yo estuviese muerta". Se deprimía aún más el recordar las experiencias negativas de su infancia, como "mi madre pegándome en cuanto me quejaba por algo". Una vez que la paciente identificó estas cogniciones, ella y el terapeuta iniciaron una conversación ciertamente-fruitífera que dio como resultado la elaboración de una lista de las semejanzas y diferencias entre ella y su madre, la revisión de lo que ella consideraba mal comportamiento de los hijos y la refutación de su creencia de que cualquier muestra de enfado haría que sus hijos la odiasen para siempre.

Otra alternativa es que el terapeuta enfrente al paciente con una de las situaciones ambientales perturbadoras con objeto de activar e identificar las cogniciones depresivas. Por ejemplo, una paciente de 49 años se culpaba por la muerte de su hijo, que se había suicidado dos años antes de que ella acudiera a la terapia. Se dio cuenta de que muchos objetos y situaciones (por ejemplo, las guitarras, la música, las exposiciones de arte, etc.) le recordaban a su hijo, desencadenando un torrente de cogniciones negativas, un marcado pesimismo y un sentimiento de culpabilidad. Para sentirse mejor, la paciente solía evitar situaciones que evocaban a su hijo. Por esta razón, a la paciente le resultaba difícil identificar con claridad las cogniciones depresógenas. Consecuentemente, el terapeuta sugirió a la paciente que acudiesen a una galería de arte y se centrara en sus cogniciones. Lo que sucedió es que observó pensamientos automáticos autoacusatorios centrados en "su incapacidad para escuchar a su hijo", su decisión de mantener un matrimonio desgraciado y su incompetencia como madre". A la paciente le resultó muy útil identificar estas cogniciones, ya que, a partir de aquí, podía probar la validez de éstas. Al comentar con el terapeuta algunos aspectos concretos de sus ideas negativas, la paciente concluyó que sus autoacusaciones eran infundadas. El exagerado

sentimiento de culpa de la paciente desapareció y así comenzó a hacer frente a la tristeza producida por la muerte de su hijo.

Una técnica provechosa consiste en instruir al paciente para que registre las cogniciones que tengan contenidos comunes. Una estudiante de 21 años se hallaba en la sexta semana de tratamiento, cuando el terapeuta le dijo que tenían que cancelar la siguiente cita.

PACIENTE: Bien, tiene usted que ir a una cita. (Pausa). Hay algo que creo que debo decirle, tengo la sensación de que me está rechazando. No sé por qué. Porque, si lo pienso bien, veo evidente y necesario que anule nuestra cita.

TERAPEUTA: ¿Hay algún tipo de evidencia que apoye tu idea?

P: Bueno, francamente, me pregunto si usted no podría hacer un esfuerzo para quedar conmigo en otro momento. Y ni siquiera sé si va a estar en esta parte de la ciudad.

En este caso, se pidió a la paciente que prestase especial atención a otros pensamientos centrados en el tema del rechazo. Volvió a la siguiente sesión y manifestó su sorpresa por haber experimentado 27 pensamientos de este tipo en una semana. Además, se sentía más deprimida si pensaba que el "rechazo" era premeditado. Terapeuta y paciente se centraron entonces en la definición de "rechazo" por parte de la paciente y en su tendencia a esperar que los demás ("las personas a quienes importo") actuaran siempre en defensa de sus intereses. Estaba claro que había interpretado la anulación de la cita como un rechazo, ya que, según la idea, la conducta del terapeuta indicaba que ella "no le importaba".

Como hemos visto, existen diferentes métodos para ayudar al paciente a especificar las cogniciones que mantienen o agravan la depresión. Una vez que el paciente aprende a especificar sus cogniciones, él y el terapeuta pasan a examinar la fuente de la depresión.

#### *Examinar y Someter a una Prueba de Realidad las Imágenes y los Pensamientos Automáticos*

El terapeuta hace que el paciente someta sus ideas a pruebas de realidad no para inducir un optimismo pasajero haciéndole creer que "las cosas son realmente mejores de lo que parecen", sino para suscitar una descripción y un análisis más correctos de cómo son las cosas. Aunque el depresivo tiende a ver su mundo bajo una luz negativa, el terapeuta no debería caer en la trampa de suponer que todos los pensamientos pesimistas del paciente son necesariamente erróneos. Debería examinar una muestra de los pensamientos del paciente en colaboración con éste. La base o evidencia de cada pensamiento debe someterse a una prueba de realidad, aplicando las pautas que emplean las personas no depresivas a la hora de emitir un juicio.

Por ejemplo, una estudiante expresó su creencia de que no iba a poder acceder a la Universidad en la que había solicitado plaza. Cuando el terapeuta investigó las razones que le habían llevado a esta conclusión, descubrió que

no existían bases suficientes. La serie de preguntas fue la siguiente:

TERAPEUTA: ¿Por qué piensas que no te admitirán en la Universidad que has elegido?

PACIENTE: Porque mis notas no son suficientemente buenas.

T: ¿Cuál es la nota media?

P: Bastante buena hasta el último semestre en la escuela superior.

T: ¿Cuál es la medida total?

P: Sobresalientes y Notables.

T: ¿Cuántos sobresalientes y cuántos notables?

P: Bueno, creo que la mayoría son sobresalientes, pero tuve muy malas notas el último semestre.

T: Pero, ¿cuáles son las notas exactamente?

P: Dos sobresalientes y dos notables.

T: Si la nota media es prácticamente sobresaliente, ¿por qué crees que no vas a poder entrar en la Universidad?

P: Me dijeron que un Notable alto era suficiente.

T: ¿Y no es tu medida mejor que ésa?

P: Creo que sí.

En este caso, la paciente no trataba deliberadamente de estorbar al terapeuta, pero de hecho había llegado a una conclusión negativa (incorrecta) respecto a la probabilidad de ser admitida. Su razonamiento puede tomarse como ejemplo del pensamiento de "todo o nada", según el cual, cualquier nota inferior al Sobresaliente era considerada como un fracaso. La paciente apoyó esta conclusión incorrecta con otra igualmente errónea, referente a su posición relativa con respecto a otros compañeros de clase. Se dio cuenta de que, aunque creía que era una estudiante media, en realidad estaba más cerca del límite superior de la clase. Solamente cuando el terapeuta acudió a los hechos, la paciente logró darse cuenta de cómo había distorsionado la realidad.

El terapeuta pudo haber empleado dos métodos diferentes que podrían haber ejercido una influencia positiva sobre la paciente, pero que no la habrían enseñado realmente a examinar y autenticar sus ideas. Por ejemplo, podía haberle asegurado que, dado su nivel intelectual, entraría en la Facultad. También podía haber empleado el método que recomiendan los seguidores de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1962) y haber lanzado un reto a su creencia de que el acceso a la Universidad era un índice de su valía personal. Empleando otra técnica diferente de la T.R.E., el terapeuta podía haber investigado, en colaboración con la paciente, las consecuencias de no ser admitida en la Universidad.

Sin embargo, si el terapeuta hubiese elegido estos procedimientos en la fase de terapia en que se encontraban, habría olvidado un punto esencial porque (a) no habría establecido unos datos sólidos con los que contrastar las conclusiones de la paciente y (b) no habría dado a la paciente la oportunidad

de aplicar la evidencia para poner a prueba sus conclusiones. En consecuencia, aunque la paciente hubiese podido experimentar una mejoría temporal como resultado de los procedimientos racional-emotivos, sus cogniciones negativas habrían seguido influyendo. Es decir, habría seguido interpretando incorrectamente otras situaciones, o incluso habría vuelto a la conclusión errónea inicial sobre su admisión en la Universidad. Una vez que la paciente aprende a contrastar sus cogniciones con la evidencia real, tendrá la oportunidad de evaluar sus supuestos. Los pacientes depresivos necesitan una prueba de realidad antes de intentar modificar sus creencias (si es que se ha demostrado que éstas son incorrectas).\*

Evidentemente, sabemos que no todos los estudiantes que solicitan plaza en la Universidad tienen buenas notas; por eso, es posible que las expectativas de rechazo por parte de un estudiante depresivo constituyan, de hecho, una predicción correcta. En este caso, una vez que el terapeuta haya determinado que las afirmaciones del paciente son ciertas y sus predicciones plausibles, pasará a investigar el *significado* de no ser admitido en la Universidad y el cúmulo de actitudes con él asociadas. Por ejemplo, supongamos que el terapeuta sabe que las posibilidades de una paciente de comenzar una carrera universitaria son verdaderamente escasas, incluso nulas; podría dirigirse entonces a averiguar las actitudes del paciente con respecto a la admisión en la Universidad. El estudiante podría decir, por ejemplo, "Si no consigo entrar en la Universidad, significa que soy un verdadero estúpido", "... nunca seré feliz", o "... mi familia y mis amigos se sentirán defraudados".

Estas actitudes en sí mismas pueden investigarse con mayor profundidad para ver hasta qué punto se ajustan a la realidad. Si es cierto que la familia y los amigos se sentirían decepcionados, terapeuta y paciente pueden discutir por qué éste último ha de estar controlado por lo que piensen o sientan otras personas. El terapeuta puede señalar que no es que otras personas le *hagan* sentirse decepcionado, sino que, incorporando la actitud de los demás, el paciente se "*obliga*" a sí mismo a sentirse decepcionado. Es decir, que son sus propios pensamientos, no los de las demás personas, los que producen emociones desagradables.

---

\* En respuesta a esta afirmación, Ellis (comunicación personal, 1.978) escribe: La T. R. E. *no* excluye la posibilidad de recoger lo que usted llama "datos sólidos" con los que se pueda contrastar las conclusiones del paciente. Aunque los terapeutas que siguen la T. R. E. no tienen que proceder necesariamente del mismo modo que ustedes, pueden hacerlo sin ninguna dificultad, si lo creen conveniente. En muchos casos, yo he actuado como sus terapeutas lo hacen en el diálogo que se presenta en este apartado del manual; en otros, posiblemente habría discutido la valía personal del paciente o su tendencia a interpretar negativamente las situaciones —en el transcurso de la conversación, iría surgiendo la información necesaria para reunir unos "datos sólidos". En algunos otros, finalmente, ayudaría al paciente a aceptarse a sí mismo o a dejar de interpretar las situaciones en un sentido negativo sin necesidad de acudir a los datos que usted menciona— pero recogiendo, por supuesto, otras informaciones. La T. R. E. *no* sigue una única pauta para las preguntas y diálogos".

Lo esencial de la prueba de realidad es que permite al individuo corregir sus distorsiones. El análisis del significado y de las actitudes pone de manifiesto la naturaleza irracional y contraproducente de las actitudes. Sin embargo, hemos observado que, a medida que el individuo continúa distorsionando la realidad, los intentos del terapeuta de modificar su sistema de creencias y hacerlo más racional resultan ineficaces.

Resultó que una mujer que se quejaba de fuertes dolores de cabeza, así como de otros trastornos somáticos obtuvo una puntuación alta en depresión. Cuando se le preguntó acerca de las cogniciones que parecían hacerla desgraciada, dijo, "Mi familia no me aprecia"; "Nadie me aprecia, no me hacen ningún caso"; "Soy una inútil".

Como ejemplo, manifestó que su hijo (en plena adolescencia) ya no quería hacer cosas en su compañía. Aunque esta afirmación muy bien podría haber sido cierta, el terapeuta decidió determinar su autenticidad. En la siguiente conversación, el terapeuta buscó la "evidencia" que apoyase esta afirmación:

PACIENTE: Mi hijo ya no quiere ir al cine o al teatro conmigo.

TERAPEUTA: ¿Cómo sabe que no quiere ir con usted?

P: A los adolescentes no les gusta hacer cosas con sus padres.

T: ¿Le ha pedido que salga con usted?

P: No, el caso es que él me ha preguntado en varias ocasiones si quería que saliéramos a ..., pero yo creo que en realidad a él no le apetecía ir.

T: ¿Y si usted le plantease la pregunta directamente?

P: Bueno.

T: Lo importante no es si él sale o no con usted, sino saber si usted está decidiendo por él en lugar de dejarle que diga lo que piensa.

P: Espero que tenga usted razón, pero es que él es muy desconsiderado. Por ejemplo, siempre llega tarde a cenar.

T: ¿Cuántas veces ha ocurrido eso?

P: Oh, una o dos veces ...

T: ¿Piensa usted que el que llegue tarde a cenar se debe a que es desconsiderado?

P: Bueno, déjeme pensar; las dos noches que llegó tarde, dijo que había estado trabajando. En realidad, suele ser amable casi siempre.

Como la paciente pudo comprobar después, su hijo estaba deseando ir al cine con ella.

El terapeuta no aceptó sin más las conclusiones e inferencias de la paciente, sino que intentó determinar su validez. En el caso de que las conclusiones de la paciente hubiesen sido ciertas, el terapeuta habría investigado el modo como la paciente asignaba un significado al "rechazo" por parte de su hijo. El terapeuta podría también haberla animado a entablar relaciones y salir con otras personas.

Una característica de los pacientes depresivos es su tendencia a considerar sus ideas como hechos. Aunque esta característica es típica de los seres humanos en general, adquiere una mayor importancia en la depresión, debido al grado de distorsión que sufren las ideas. Además, el problema aumenta al comportarse el paciente de un modo consistente con sus pensamientos.

Cuando el paciente ha adquirido las habilidades de observación y registro necesarias, será capaz de reconocer que ciertas cogniciones son especialmente frecuentes en momentos de sentimientos negativos o desagradables. La estructura y contenido específicos de cada cognición se relacionan con el sentimiento negativo subsiguiente (Beck, 1976). Por ejemplo, la ansiedad se asocia con cogniciones en las que el paciente se considera en peligro inmediato (amenaza física o social). Las cogniciones asociadas con la depresión suelen reflejar la creencia del paciente en su incompetencia, falta de atractivo, fracaso en el "cumplimiento de sus responsabilidades", o aislamiento social.

Generalmente, con la ayuda del terapeuta, el paciente puede clasificar sus cogniciones en función de los contenidos de éstas (por ejemplo, culpabilidad, inferioridad, carencia, etc.). El terapeuta puede ayudar al paciente a identificar las distintas interpretaciones y significados que se pueden asignar a una determinada situación. Puede mostrarle el sesgo negativo sistemático que presenta al seleccionar sus interpretaciones e indicarle sus inferencias negativas indiscriminadas en contra de la evidencia real. Evidentemente, el terapeuta no puede esperar que el paciente modifique sus interpretaciones solamente por haberse hecho consciente del sesgo negativo que aplica sistemáticamente. En su lugar, la autenticidad de cada interpretación requiere un cuidadoso examen, de modo que el paciente pueda mejorar tanto su capacidad de observación como su capacidad para hacer inferencias lógicas y realistas.

El terapeuta puede valerse de distintas técnicas cognitivas para evaluar y validar las conclusiones del paciente. Modificar las respuestas negativas estereotipadas del paciente depresivo es esencial porque (1) provocan la experiencia de sentimientos negativos intensos y (2) desvían la atención del paciente de los problemas reales. Dos técnicas dirigidas a incrementar la objetividad del paciente son la "retribución" y la "conceptualización alternativa". Una de las ventajas principales de estas técnicas es que el paciente aprende a "distanciarse" de sus propios pensamientos; es decir, comienza a ver sus pensamientos como eventos psicológicos

### **Técnicas de retribución**

Un patrón cognitivo frecuente en la depresión consiste en autoatribuirse — incorrectamente— la culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos. Los pacientes depresivos presentan una fuerte tendencia a autoculpabilizarse por consecuencias negativas de situaciones que escapan a su control, así como por las relativas a sus acciones y juicios. La técnica de "reatribución"

se emplea cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o de esfuerzo. El terapeuta y el paciente revisarán los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda. Lo importante no es liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura.

El siguiente caso ilustra la utilidad de atribuir adecuadamente la responsabilidad en la solución realista de los problemas.

El paciente era un director de banco de 51 años, moderadamente deprimido. Se quejaba fundamentalmente de "ineficacia en el trabajo". Por "ineficacia" el paciente se refería a una dificultad que había experimentado para tomar decisiones de negocios. El paciente acudió a la cuarta sesión en un estado de profunda depresión.

PACIENTE: No sé cómo explicarle el lío que he formado. He cometido un error de tal calibre que podía haberme costado el empleo.

TERAPEUTA: Dígame qué error fue ése.

P: Di la aprobación para un préstamo que fue un fracaso total. Tomé mal la decisión.

T: ¿Recuerda los detalles específicos relevantes para la decisión?

P: Sí, recuerdo que todo parecía bien sobre el papel: buenos avales; estaba dentro de los límites de las facilidades crediticias ..., pero debí haberme dado cuenta de que habría problemas.

T: ¿Tenía toda la información pertinente en el momento de tomar la decisión?

P: En aquel momento, no; pero sí 6 semanas después. Me pagan por tomar decisiones provechosas, no para hacer perder dinero al banco.

T: Comprendo su situación, pero me gustaría dar un repaso a la información que usted tenía en el momento de tomar la decisión, no a la que podía haber tenido acceso 6 semanas más tarde.

Cuando el terapeuta y el paciente revisaron la información pertinente disponible en el momento de tomar la decisión, el paciente llegó a la conclusión de que su decisión inicial era correcta, de acuerdo con los principios de la banca. Incluso recordó haber revisado detalladamente el estado financiero de la cuenta del cliente. Al paciente le resultó útil el método de la reatribución, es decir, darse cuenta de que la causa del problema estaba fuera de sí mismo. No obstante, aún le quedaba otro problema por resolver. Como resultado de sus autocríticas, había evitado ponerse en contacto con la oficina

central para iniciar los procedimientos legales pertinentes contra el cliente. Se le dejó con un problema "del que sólo yo soy responsable", pero se le animó diciéndole que aún había tiempo para "corregir el error". Paciente y terapeuta elaboran un programa paso a paso para rectificar los errores anteriores del paciente. Aunque éste recibió de sus superiores algunas críticas debidas a su tardanza, logró aceptarlas en un sentido "constructivo" y sin autocastigarse.

La reatribución resulta especialmente útil con los pacientes que tienen tendencia a culpabilizarse y/o a atribuirse la responsabilidad de cualquier circunstancia adversa. El terapeuta puede decidir contrarrestar las cogniciones del paciente que se culpabiliza (a) revisando los "hechos" que dieron lugar a la autocrítica (como en el caso anterior); (b) mostrando los distintos criterios existentes para atribuir la responsabilidad que el paciente aplica a su propia conducta y demostrando cómo podrían haber sido aplicados a la conducta de otra persona; o (c) poniendo en duda la creencia de que el paciente es "100%" responsable de cualquier consecuencia negativa. Para referirse a esta técnica se ha empleado el término "de-responsabilización"

#### *Búsqueda de soluciones alternativas*

El sistema lógico y de razonamiento que el paciente depresivo presenta tan limitado se va ampliando a medida que el individuo se distancia de sus propias cogniciones y se da cuenta de sus rígidos patrones de pensamiento y de los contenidos de sus ideas. Los problemas que anteriormente se consideraban irresolubles pueden ahora conceptualizarse bajo otra óptica. En este momento, puede ser útil la "búsqueda de alternativas". Esta técnica se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciónela los problemas del paciente. Este procedimiento constituye la piedra angular de la resolución adecuada de los problemas.

Gracias a la definición cuidadosa de sus dificultades, el paciente puede llegar espontáneamente a soluciones para problemas que antes consideraba irresolubles. Además, con una comprensión de los problemas basada en la realidad, las opciones que anteriormente habían sido descartadas pueden ahora considerarse prácticas y útiles. El terapeuta no debe fiarse solamente de las afirmaciones del paciente de que lo ha "intentado todo". Dado que los pacientes depresivos creen sinceramente que han explorado todas las opciones posibles, es probable que rechacen automáticamente algunas de las alternativas y abandonen la búsqueda de otras nuevas, debido a que previamente habían llegado a la conclusión de que el problema era irresoluble. Como hemos indicado anteriormente, la base de la desesperanza del paciente depresivo proviene de su selección, sistemáticamente sesgada, de datos negativos. El siguiente ejemplo ilustra la tendencia de los pacientes depresivos a considerar que los problemas son irresolubles sobre la base de su--conjunto de cogniciones negativas.

La paciente era una mujer de 28 años moderadamente deprimida. Su marido le había abandonado a ella y a sus tres hijos un mes antes. La paciente



pensaba continuamente en la idea de que no podría salir adelante sin su marido. "Apoyaba" esta postura aludiendo a las dificultades que había experimentado en el pasado con respecto a la "independencia". Durante su adolescencia, la paciente tenía fobia a estar sola. "Siempre tenía problemas para desenvolverse" cuando su marido salía en viaje de negocios. No había recibido ninguna información sobre asuntos financieros y estaba convencida de que sus hijos pagarían las consecuencias. Describió como una "pesadilla" sus intentos para hacer frente a la pérdida de su marido.

Empleando el método de las "alternativas", lo que el terapeuta hizo en primer lugar fue listar los problemas (por ejemplo, hacerse cargo de las cuentas del banco, educar a los niños, la soledad, etc.). En todos los casos, la paciente concluyó que no sería capaz de resolver los problemas porque tampoco lo había logrado en el pasado. Decía, "Nunca se me han dado bien las matemáticas", "Nunca me ocupé de la disciplina de Jack", "Siempre me ha asustado quedarme sola en casa, por si ocurría algo".

Estas afirmaciones podían haber sido corregidas, en general, en el pasado; pero lo importante ahora era si la paciente iba a ser capaz de aplicar determinadas técnicas para hacer frente a los problemas en el presente. El terapeuta supo que la paciente no se había graduado en la escuela superior y que, de hecho, había estado sometida a un cierto dominio por parte de su marido, quien insistiría en "hacerse cargo de todo". Las soluciones alternativas elaboradas por la paciente pusieron de manifiesto una capacidad de resolución de problemas bien desarrollada. Por ejemplo, en el área de las finanzas, se enteró de la existencia de algunos cursillos, preguntó cuál era el nombre del director de su agencia bancaria; asimismo, estaba considerando la posibilidad de buscar un empleo de secretaria. El terapeuta, tras subrayar una serie de alternativas, volvió a la creencia original de la paciente de que "no podría salir adelante sin su marido". En aquellos momentos la paciente había experimentado una notable mejoría de su estado de ánimo y estuvo de acuerdo en abordar una de las soluciones posibles para su problema financiero (hacer unos cursillos). Consiguió obtener un préstamo y este éxito desbancó la idea de incompetencia. Como consecuencia de este logro, la paciente se mostró deseosa de emprender nuevas soluciones para el resto de sus problemas.

Hemos de mencionar que la "búsqueda de soluciones" suele producir cambios en los efectos del paciente depresivo. El reconocimiento súbito de que su situación puede no ser tan "desesperada" es lo que explica dichos cambios. El objetivo del terapeuta, sin embargo, no puede conseguirse considerando simplemente enfoques alternativos para resolver problemas. El terapeuta también revisa la conclusión del paciente ("Nunca he hecho nada bien") desde un punto de vista objetivo. Aunque es altamente improbable que dicha conclusión sea válida, el paciente depresivo *cree* que lo es y puede presentar "evidencia a favor" de su fracaso o incompetencia. El terapeuta, por lo tanto, debe estar preparado para dejar al paciente el tiempo suficiente para integrar la nueva conclusión ("He aprendido algo, pero

necesito más asesoramiento en el área de las finanzas, en el de la educación infantil y para hacer frente a la soledad"). La búsqueda de vías alternativas para afrontar los problemas constituye una técnica muy importante en el tratamiento de los pacientes suicidas (véase el Capítulo 10).

La búsqueda de explicaciones alternativas proporciona otro enfoque ante los "problemas irresolubles". El paciente depresivo presenta un sesgo negativo sistemático a la hora de interpretar los acontecimientos. Pensaren interpretaciones alternativas le permite identificar y contrarrestar sus sesgos y sustituir las conclusiones anteriores por otras más objetivas. El resultado de la modificación producida en la manera de pensar es un cambio positivo en los sentimientos y en la conducta. El siguiente ejemplo ilustra los efectos que se producen al corregir el conjunto de cogniciones negativas. Una estudiante de 22 años estaba convencida de que su profesor de Inglés le consideraba como "un fracaso". Para demostrar su punto de vista, trajo la copia de un ensayo que había hecho recientemente y por el que sólo había recibido un Aprobado, junto con dos páginas de críticas del profesor. La paciente estaba muy disgustada por esta nota. Había redactado el ensayo durante un periodo de gran angustia, producida por la creencia de que "no podía obtener buenos resultados en el curso". Al recibir esta nota, la paciente consideró que había "demostrado que no podía conseguirlo" y estaba dispuesta a abandonar el curso.

El terapeuta mencionó dos puntos importantes referentes a las conclusiones de la paciente. Primero, la paciente estaba deprimida cuando escribió el ensayo, por lo cual podría pensarse que no lo hizo lo mejor que podía. De hecho, cuando ella reflexionó sobre la época en que había escrito el ensayo, recordó que se había sorprendido de haber llegado a terminarlo. Su ejecución y la calificación obtenida debían interpretarse, por lo tanto, en este contexto. Antes de tomar este curso de acción, sin embargo, el terapeuta decidió que era prioritario ayudar a la paciente a investigar la idea de que era un "fracaso".

El terapeuta buscó explicaciones alternativas de la calificación y de las críticas del profesor, siendo estas alternativas discutidas y evaluadas por la paciente. La evaluación consistió simplemente en que la paciente determinase el porcentaje de "credibilidad" de cada una de las explicaciones. La lista de explicaciones alternativas, en orden decreciente de "credibilidad" fue la siguiente:

1. "Soy un fracaso; no tengo ninguna aptitud para el Inglés". 90%
2. "El profesor está especialmente predispuesto en contra de las estudiantes". 5%
3. "Mi calificación era muy parecida a la del resto de los compañeros". 3%
- 4 "El profesor me hizo algunos comentarios críticos para orientarme sobre futuros ensayos y, por lo tanto, piensa que tengo ciertas aptitudes". 2 %

Afortunadamente, el terapeuta convenció a la paciente de que buscara

más información antes de abandonar el curso. Le animó a llamar al profesor desde la propia consulta ("No hay mejor momento que el presente"). Gracias a la llamada telefónica, la paciente encontró que (1) la media de la clase era Aprobado y (2) el profesor pensaba que, aunque el estilo de su ensayo "dejaba mucho que desear", el contenido era bastante "prometedor". Además, le sugirió que podrían tener una conversación para explicarle sus críticas. Como resultado de esta nueva información, la paciente se animó algo más. En lugar de considerarse un "fracaso", comenzó a pensar que lo que le hacía falta eran algunas correcciones en su forma de escribir. Decidió acudir a alguien que pudiese guiarla y finalizar el curso.

Este ejemplo muestra los efectos que ejercen las interpretaciones negativas del paciente sobre sus sentimientos y su conducta. La paciente del ejemplo experimentaba una intensa disforia no sólo por haber obtenido una calificación mediocre, sino también porque, para ella, eso significaba que era un fracaso. Sin embargo, estaba preparada para *actuar* en relación con su conclusión negativa. El abandono del curso podría haber sido un gran error a la luz de la evidencia. De hecho, habría convencido a la paciente de la validez de la conclusión negativa referente a sus aptitudes. Cuando hubo explorado otras interpretaciones, logró tomar una decisión más razonable.

Tanto para la paciente como para el terapeuta resultó útil listar y evaluar las creencias de aquélla a la hora de formular hipótesis empíricamente comprobables. La paciente volvió a evaluar sus interpretaciones al final de la sesión y se dio cuenta de que había sobrestimado la hipótesis del "rechazo-falta de capacidad" a partir de una evidencia muy limitada. Es interesante observar que, una vez que la paciente se hubo formado una idea más adecuada de las críticas del profesor, dejó de prestar atención a la idea de que era un fracaso (que ya no le parecía plausible) para pasar a estudiar racionalmente los errores o incorrecciones en su forma de redactar. A diferencia del terapeuta que practica "el poder de los pensamientos positivos", el terapeuta cognitivo no intenta negar o ignorar la falta de objetividad y ajuste a la realidad.

Por supuesto, no siempre es posible que el paciente reúna los datos relevantes desde la, propia consulta, como en este caso. Cuando sea factible, sin embargo, el esfuerzo valdrá la pena, ya que el progreso en otras áreas se verá dificultado si el paciente se siente abrumado por las ideas de rechazo. Si los datos no se pueden recoger desde la consulta, se asignará al paciente una "tarea de emergencia para casa"; esto es, obtener la información (por ejemplo, contactar con el profesor) y llamar al terapeuta lo antes posible. De este modo, existen menos oportunidades de que los pensamientos y conclusiones negativas contaminen otros aspectos de la vida del paciente. Incidentalmente, hemos observado que, cuanto mayor sea la discrepancia entre la conclusión incorrecta original y los datos reales recogidos por el paciente-, mayor es el rechazo hacia la conclusión. En ocasiones, puede ser conveniente contar con una "persona significativa" o con un terapeuta auxiliar para ayudar al paciente a reunir los datos pertinentes fuera de la consulta.

### **Registro de pensamientos inadecuados**

Anotar las cogniciones y las respuestas en columnas paralelas es un modo de comenzar a examinar, evaluar y modificar las cogniciones. El paciente recibe la instrucción de escribir sus cogniciones en una columna y, a continuación, una "respuesta razonable" a cada cognición en otra columna. Se pueden incluir columnas adicionales donde se especifiquen los sentimientos y conductas del paciente, así como la descripción de la situación que precedió a la cognición. En este sentido, y en función del número de columnas, la técnica puede ser de dos, tres, o incluso cuatro columnas. Se dispone de una hoja de registros para facilitar al paciente la tarea de anotar sus pensamientos e imágenes inadecuadas. Los encabezamientos de las columnas de esta hoja son: Datos, Situación, Emoción(es), Pensamientos automáticos, Respuesta racional y Resultado.

El terapeuta debe explicar detalladamente el empleo de la hoja, una vez que el paciente haya entendido la noción de pensamientos (o cogniciones) automáticos. Es conveniente ofrecer algunos ejemplos de cogniciones inadecuadas y respuestas racionales durante la sesión. El terapeuta también debe enseñar al paciente a evaluar el grado de sus experiencias emocionales y a determinar hasta qué punto cree en sus pensamientos automáticos. El fundamento teórico de este procedimiento consiste en enseñar al paciente a discriminar con más precisión sus emociones y sirve para asegurarse de que el paciente anota los pensamientos que resultan "extraños" (esto es, que tienen un bajo grado de credibilidad). Las evaluaciones, naturalmente, proporcionan un método para cuantificar los cambios en las respuestas emocionales y en los pensamientos del paciente. El registro Diario de Pensamientos Distorsionados es un instrumento muy útil para la terapia cognitiva. A medida que avanza el tratamiento, muchos pacientes consultan sus anotaciones para recordar los tipos de situaciones y errores de pensamiento que puedan mantener o acentuar la depresión.

El objetivo principal del terapeuta es ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas. El siguiente ejemplo muestra el empleo de la hoja de registros. Al irse anotando las situaciones y las cogniciones, el paciente experimenta un cierto alejamiento de los efectos que producen. El objetivo del terapeuta consiste en incrementar la objetividad del paciente respecto a sus cogniciones; demostrar la relación entre cogniciones negativas, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas; y lo que es más importante, distinguir entre una interpretación realista de los acontecimientos y una interpretación distorsionada por significados idiosincráticos.

El terapeuta puede determinar el encabezamiento de las columnas en función de las necesidades concretas del paciente. El siguiente ejemplo ilustra tanto la adaptación de la técnica de las alternativas como la participación de una "tercera persona objetiva" que respondió a las cogniciones.

La paciente con una depresión de 6 años de duración estaba empleada en un Archivo de discos de Medicina.

Situación	Sentimientos	Cogniciones	Otras interpretaciones posibles
Cuando fui a recoger datos para la revista del Archivo, la enfermera responsable de la unidad de cuidados coronarios se comportó de forma brusca y dijo: "Detesto los discos sobre medicina"	Tristeza Ligero enfado Soledad	No le caigo bien	La enfermera jefe siempre suele estar de mal humor.  Detestar los discos de Medicina no es lo mismo que odiarme a mí; en realidad detesta el trabajo administrativo.  Experimenta grades presiones por razones desconocidas.  Hace mal en detestar los discos; podrían ser su única defensa en caso de pleito.

Una enfermera de 24 años con una depresión profunda presentó el siguiente registro poco después de haber sido dada de alta en el hospital:

Situación	Sentimientos	Cogniciones	Otras interpretaciones posibles
Poco después de que me hubieran dado de alta en el hospital, asistí a una fiesta; Jim me preguntó: "¿Cómo te encuentras?"	Ansiedad	Jim piensa que soy un caso perdido. Realmente debo tener muy mal aspecto para que él se preocupe.	Se preocupa porque verdaderamente le importo.  Se ha dado cuenta de que tengo mejor aspecto que antes de ir al hospital y quiere saber si realmente me siento mejor.

En el Capítulo 13 se exponen más descripciones en relación con el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados.

### Empleo del contador de pulsera

Hemos observado que, aunque no se dan cuenta de la naturaleza repetitiva y estereotipada de sus pensamientos automáticos negativos, el empleo de un instrumento técnico les ayuda a identificar y controlar sus cogniciones.

Para este propósito puede emplearse un Contador de Respuestas adaptado a partir de un contador de golf (parecido a un reloj de pulsera). Una vez que el paciente ha recibido instrucciones precisas del terapeuta para identificar los pensamientos automáticos y ha leído *Coping with Depression*, se le pide que anote sus pensamientos automáticos. Cuando el terapeuta piensa

que el paciente identifica correctamente sus cogniciones (y las distingue de los pensamientos "normales", adaptativos o neutros), pasa a mostrarle el empleo del contador de pulsera. Es esencial que el terapeuta efectúe comprobaciones periódicas para asegurarse de que el paciente registra las cogniciones que son relevantes para la terapia. Como se expone en *Cognitive Therapy Emotional Disorders* (Beck, 1976) y en *Coping with Depression*, estas cogniciones negativas tienen varias características específicas: (1) Son *automáticas* -aparecen como si fuesen reflejas, sin ningún proceso de razonamiento previo; (2) son *irracionales e inadecuadas*; (3) al paciente le parecen completamente *plausibles* y las acepta como válidas; (4) son *involuntarias* -al paciente le cuesta bastante "detenerlas".

Con el tiempo, el terapeuta va descubriendo que cada paciente tiene sus propios pensamientos automáticos *idiosincráticos*. Para algunos pacientes, los pensamientos automáticos pueden tomar la forma de interpretación de las situaciones y los acontecimientos en términos de rechazo; otros pueden pensar constantemente en el fracaso; otros pueden hacer predicciones negativas relativas a las interacciones o actividades que van a emprender. Algunos, en fin, pueden perseverar en pensamientos de inutilidad, enfermedad, etc.

El empleo del contador es útil para demostrar al paciente el modo como sus pensamientos producen, mantienen o intensifican sus sentimientos negativos y otros síntomas de la depresión. Sin embargo, en algunos casos, el empleo del contador y el registro de los pensamientos automáticos está *contraindicado*: Cuando el paciente se halla tan inmerso en sus propios pensamientos negativos que es incapaz de concentrarse en algo distinto, se le debe entrenar en *ignorar* la cognición y concentrarse en la tarea que tenga entre manos.