

## LA TERAPIA COGNITIVA EN ACCION: ESTRATEGIAS PARA DETECTAR Y CAMBIAR LOS PENSAMIENTOS Y SUPUESTOS

Haydeé Aguado Molina<sup>1</sup>  
Raquel Silberman Pach<sup>2</sup>

*Las estrategias de intervención cognitiva en los problemas clínicos, han alcanzado un punto donde resulta difícil cuestionar su validez y utilidad para el proceso de cambio terapéutico. Lo que hace 25 o 35 años eran consideradas ideas escandalosas, son ahora una parte connotada del modelo conceptual de la Terapia Cognitivo-Conductual. En este artículo, se ofrece una revisión actualizada de algunas estrategias que facilitan el trabajo del terapeuta y que, como objetivo central, están encaminadas a producir cambios en las estructuras y procesos cognitivos de los pacientes. Su meta final es reestructurar los esquemas, supuestos, reglas y significados disfuncionales, y sustituirlos por otros más funcionales y saludables. Cada estrategia se complementa con formatos de asignación para la casa, una modalidad de trabajo ampliamente extendida en la Terapia Cognitivo-Conductual.*

**Palabras Clave:** *Terapia Cognitiva, Esquemas, Estrategias de Intervención.*

*Strategies of cognitive intervention on clinic problems have reached a point of difficult discussion about their validity and utility for therapeutic changing process. Scandal ideas of 25 or 35 years ago, are an important part of the conceptual model of Behavioral Cognitive Therapy. This is an up-date review of some strategies that facilitate the therapist work to change cognitive process and structures of patients. The final goal is the reconstruction of schemes, supposes, rules and dysfunctional significations, and to substitute them with more functional and healthy ones. Each strategy is complemented with a homework, a very extended modality in behavioral cognitive therapy.*

**Key words:** *Cognitive Therapy, Schemes, Intervention Strategies.*

---

<sup>1</sup> Psicóloga, Directora del Programa de Especialización en Terapia Cognitivo-Conductual (PROMOTEC)

<sup>2</sup> Psicóloga, Clínica Javier Prado. Docente de PROMOTEC.

**I** ngram (2003) señala que en el contexto de los problemas clínicos, la cognición es ampliamente reconocida como una legítima área de indagación e intervención científica y terapéutica. Sin embargo, como acota el mismo autor, esto no siempre fue así, y los nuevos profesionales y estudiantes de la especialidad pueden ser poco conscientes de lo radical que eran las ideas cognitivas 25 o 30 años atrás. Baste con decir que por aquellos tiempos el objetivo de trabajar con las cogniciones era considerado algo parecido a un suicidio profesional. Michael Mahoney, un destacado pionero de las ideas cognitivas, que a los 28 años escribió su texto seminal *Cognition and Behavior Modification* (en 1974), también refiere la respuesta escandalizada de la derecha skinneriana. Su libro apareció en la lista de las lecturas prohibidas en algunas de los más extremos cónclaves conductistas. En un artículo reciente, Mahoney cuenta que recibió llamadas y cartas insultantes, y en varias ocasiones sus presentaciones profesionales fueron interrumpidas por miembros encolerizados del auditorio (Mahoney, 2003). El modelo cognitivo enfatiza cierto número de aspectos comunes. Generalmente, los terapeutas cognitivos ponen hincapié en las conductas y pensamientos actuales y en el procesamiento consciente de la información. Sin embargo, como señala Leahy (2001), se intenta descubrir los supuestos básicos del paciente —esto es, las reglas o valores que lo predisponen a la depresión, la ansiedad o la cólera. Entre las reglas más comunes se encuentran: “yo debo ser perfecto”, “yo debo agradar a todos”, “mi valor depende de la aprobación de los otros”, “necesito tener la certidumbre” y “mi pareja debe comprender y satisfacer mis necesidades sin que tenga que decírselo”. Para el terapeuta es importante reconocer que cada persona tiene sus

propias reglas o supuestos idiosincrásicos. El proceso de indagación y de cuestionamiento empleado por los terapeutas cognitivos resulta útil para descubrir los supuestos subyacentes del paciente. Son estos supuestos subyacentes y los esquemas personales (las vulnerabilidades de una persona) los que propician los problemas psicológicos. La piedra angular de los enfoques cognitivos es su énfasis en que nuestras emociones y conductas son fundamentalmente el resultado de la manera en que pensamos, de la forma en que interpretamos los eventos externos (e internos). Desde esta perspectiva, Beck et al. (1983) enfatizan el rol central del pensamiento en el origen y mantenimiento de la depresión, ansiedad, cólera y otras emociones negativas. El modelo de Ellis, desarrollado casi contemporáneamente con el enfoque de Beck, enfatiza cierta clase de vulnerabilidades cognitivas comunes. Se incluyen la baja tolerancia a la frustración, los “debería” y otras distorsiones demandantes e irracionales (Ellis, 1994).

El modelo de Beck sugiere que hay varios niveles de evaluación cognitiva. A un nivel más inmediato se encuentran los pensamientos automáticos que surgen espontáneamente, parecen válidos y están asociados con conductas problemáticas y emociones perturbadoras. Estos pensamientos automáticos pueden ser clasificados de acuerdo a sus sesgos o distorsiones específicas (lectura de pensamiento, personalización, etiquetaje, catastrofización o pensamiento dicotómico). Los pensamientos automáticos pueden ser verdaderos o falsos; es decir, el pensamiento automático “yo no le agrado a ella” puede estar basado en una lectura de pensamiento (hay una falta de la suficiente evidencia para derivar esta creencia), pero sin embargo se puede llegar a comprobar si esto es verdad (Leahy, 2000).

La vulnerabilidad emocional frente a este pensamiento será el resultado de los supuestos o reglas subyacentes (p.e., “yo debo lograr la aprobación de todos para ser alguien valioso”) y de los esquemas personales subyacentes (p.e., “soy indigno de ser amado” o “soy una persona sin valía”) sostenidos por el individuo. Los supuestos o reglas maladaptativas subyacentes son típicamente rígidos, generalizantes, imposibles de conseguir y fomentan la vulnerabilidad para futuros episodios depresivos o para estados de ansiedad (Ingram, Miranda, & Segal, 1997). Las personas que creen que deben lograr la aprobación de todos son más vulnerables a la depresión y ansiedad porque inevitablemente les será imposible alcanzar estos estándares. Distorsiones cognitivas como la lectura de pensamiento y la personalización harán más

probable que perciban rechazo allí donde no necesariamente lo haya.

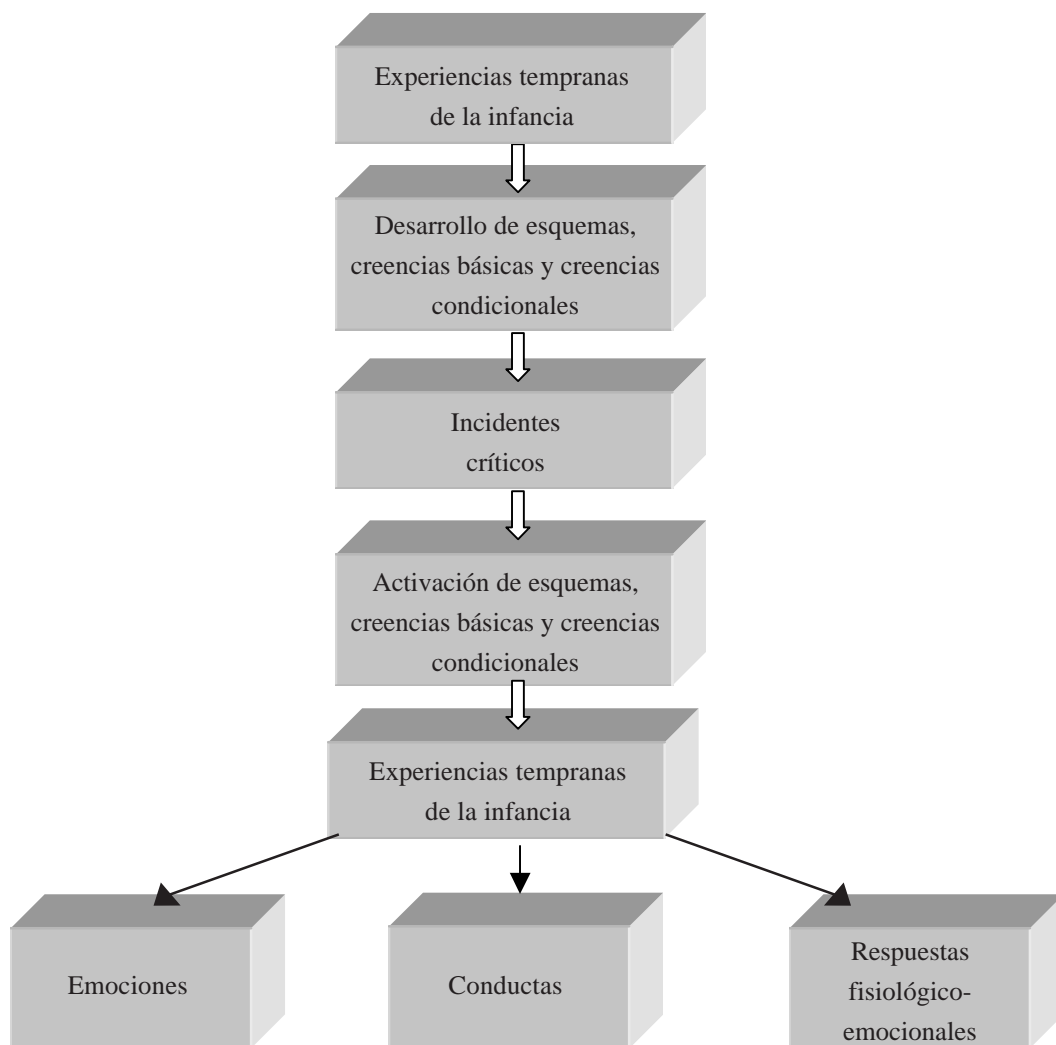
La información percibida es canalizada a través de estos pensamientos automáticos (p.e., “Ella me rechazará”) y luego evaluada de acuerdo a los supuestos subyacentes (p.e., “Si no logro aprobación, entonces soy alguien sin valía”). Los supuestos subyacentes se encuentran concatenados con el esquema persona (p.e., “Soy una persona indigna de ser amada”), reforzando aun más la creencia personal y adicionando más desconfianza y temor frente a los otros. Estos esquemas personales negativos propician atención y recuerdos selectivos, esto es, es mucho más probable que las personas detecten, interpreten y recuerden aquella información que es consistente con el esquema, fortaleciendo así aun más el esquema preexistente.

**TABLA 1.** Relaciones entre esquemas, supuestos y pensamientos automáticos

ESQUEMA	SUPUESTO	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS
Indigno de ser amado	Si ofrezco una buena impresión a la gente, sentirá agrado por mí. Si la gente me llega a conocer, pensará que soy un perdedor.	No le agrado a él/ella. Seré rechazado. Soy un perdedor
Desamparo	Si no tengo a alguien que me ayude, entonces no sobreviviré. No seré capaz de soportarlo yo solo.	No puedo hacer nada correctamente. Si cometo un error, las cosas irán de mal en peor.
Abandono	Si no logro un apoyo constante, seré abandonado. No es posible ser feliz por mí mismo.	Él/ella me dejará. Es terrible estar solo. Siempre estaré solo. Yo debo ser un perdedor.

Por otro lado, los terapeutas cognitivos conciben que las creencias, supuestos y esquemas de una persona comienzan a instalarse en la temprana infancia y se desarrollan a lo largo de la vida (Liese, 1994; Manrique, 2003). Las experiencias de la temprana infancia favorecen el aprendizaje de creencias básicas respecto de uno mismo y del mundo. Normalmente, las personas tienen la experiencia del soporte y del amor de sus padres, lo que las lleva a desarrollar creencias como “soy digno de ser amado” y “soy competente” que, a su turno, lleva a percepciones positivas de sí mismo en la edad adulta. En contraste, las

personas que desarrollan disfunciones psicológicas tienen experiencias negativas que pueden llevarlas a creencias como “soy indigno de ser amado” y “soy inadecuado”. Estas experiencias del proceso de desarrollo, junto con los incidentes críticos o experiencias traumáticas, influyen en los sistemas de creencias de las personas. Las experiencias negativas, como ser ridiculizado por un profesor, pueden conducir a creencias condicionales como “si a los otros no les agrada lo que hago, no soy digno de ser valorado”. La siguiente figura delinea lo básico del modelo cognitivo con relación al proceso del desarrollo.



**Figura 1.** Modelo Cognitivo y el proceso de desarrollo

Por otro lado, se debe poner énfasis en la importancia crucial de una buena relación terapéutica. Cada vez más, la terapia cognitiva conductual ha asumido este espacio interpersonal como un ámbito significativo de trabajo y, como en el caso de la Terapia Centrada en los Esquemas, la relación terapéutica es vista como una estrategia de intervención relevante para promover el cambio (Young, 2003). La terapia cognitiva está caracterizada por una relación colaborativa, donde el terapeuta trabaja conjuntamente con sus clientes para cambiar los patrones de pensamiento, así como las conductas, que interfieren con las metas de éstos. El establecimiento de una cálida relación terapéutica es esencial.

A continuación se describen sucintamente varias estrategias que el terapeuta puede utilizar para ayudar a que los pacientes identifiquen y evalúen varias clases de pensamientos. El principal aporte que sustenta los lineamientos que se proporcionan deviene del trabajo de Robert L. Leahy, reconocido investigador y terapeuta cognitivo-conductual que plasma su experiencia clínica en una reciente publicación (Leahy, 2003).

### Los Pensamientos Crean Sentimientos

El supuesto fundamental que guía la terapia cognitiva es que la interpretación que la persona hace acerca de un evento determina cómo se siente y comporta. De hecho, mucha gente se sorprende al escuchar que sus sentimientos son el resultado de sus pensamientos respecto a un evento y que modificando su interpretación, puede experimentar sentimientos muy diferentes. Se puede utilizar una variedad de técnicas para ayudar a los clientes a reconocer las formas en que sus pensamientos y sentimientos interactúan. Ante todo, se debe tener en cuenta que la gente

busca terapia no porque crea que es irracional sino porque su conducta, sentimientos y relaciones interpersonales son problemáticas. Aquí es importante considerar dos puntos fundamentales:

1. Los *pensamientos* y *sentimientos* son fenómenos distintos.
2. Los pensamientos crean sentimientos (y conductas).

Los pensamientos no son la misma cosa que los sentimientos. Los sentimientos son experiencias internas de emociones –por ejemplo, una persona puede sentirse deprimida, ansiosa, colérica, temerosa, desesperanzada, feliz, resentida, indiferente o autocrítica. Decir que tengo un sentimiento o emoción particular es similar a decir que “*esta plancha caliente me hiere*” o “*este bizcocho me sabe bien*”. No se desafían los sentimientos –no tendría sentido decir a un paciente que “realmente no está ansioso”. Hacer esto sería, en esencia, equivalente a decir que la plancha caliente no hace daño al paciente cuando él exclama ¡Ay!. “¡Ay!” es el reporte de una sensación –exactamente como las palabras “estoy feliz” o “estoy triste” son reportes de sentimientos. No se disputan los sentimientos. Se desafían y disputan los pensamientos que hacen surgir aquellos sentimientos.

Los terapeutas pueden explicar a sus pacientes cómo los pensamientos pueden crear sus sentimientos o pueden aumentar o disminuir un sentimiento.

Se puede ofrecer la siguiente explicación como un modelo que está exento de jerga profesional: “*Antes de que pueda desafiar y cambiar los pensamientos, tiene que comprender la manera en que los pensamientos afectan sus sentimientos. Cuando se está sintiendo decaído o ansioso, puede tener ciertos pensamientos. Por ejemplo, imagine que está*

*caminando por una calle de una parte desconocida de la ciudad, muy entrada la noche, y escucha que alguien camina detrás suyo. Viendo por sobre sus hombros, ve que son dos hombres muy grandes. Su pensamiento pudiera ser, ‘ellos me van a robar’. ¿Cómo se sentiría? ¿Temeroso? Pero, ¿qué pasa si piensa ‘son mis amigos del trabajo’? ¿Cómo se sentiría? ¿Aliviado? Cuando se encuentra decaído o ansioso en su vida cotidiana, tiene diferentes pensamientos. Así, déjeme*

*preguntarle, cuando se encontraba en su casa pensando y se dio cuenta de que se sentía ansioso, ¿qué era lo que estaba pensando?*

Tal como se pone en evidencia en la figura siguiente, los pensamientos pueden crear tanto pensamientos positivos como negativos. Algunas veces el paciente puede llegar a centrarse tanto en lo que está sintiendo que no reconoce que es un pensamiento particular el que origina el sentimiento.

<b>Pensamiento:</b> Yo pienso	<b>Sentimiento:</b> Entonces, me siento:
Nunca seré feliz de nuevo	Desesperanzado
No vale la pena vivir esta vida	Inclinado al suicidio
Ella me dejó porque era poco atractivo	Desesperanzado
Me volveré loco	Atemorizado, con pánico
Él se está aprovechando de mí	Colérico, vengativo, defensivo
No le importo a nadie	Solitario, rechazado
No soy capaz de asumir el cuidado de mí mismo	Ansioso, indefenso, dependiente
He solucionado problemas antes, puedo solucionarlo de nuevo	Esperanzado, con energías
No necesito ser perfecto	Aliviado, menos presionado
Debo reconocer mis esfuerzos por intentarlo	Orgullosa, feliz

**Figura 1.** Los pensamientos crean sentimientos

A los clientes se les pide que sigan el rastro de sus sentimientos y cómo éstos se relacionan con sus pensamientos. El terapeuta puede decir, “quiero que lleve un registro de sus sentimientos negativos durante la siguiente semana, utilizando el formato que le voy a proporcionar. Cuando se dé cuenta de que está teniendo un sentimiento o una emoción, escriba ese sentimiento en la columna izquierda de la tabla. Ejemplos de sentimientos son:

*triste, ansioso, temeroso, desesperanzado, colérico y confuso.* Luego, en la columna de la derecha, escriba el pensamiento que acompaña al sentimiento”.

Por ejemplo, el sentimiento podría ser estar “ansioso” y el pensamiento pudiera ser “*tengo miedo de hacer mal el trabajo*”. De esta manera, el pensamiento completo sería, “*me siento ansioso porque tengo miedo de hacer un mal trabajo*”.

Sentimientos: <i>Yo siento,</i>	Pensamientos: <i>Pienso que,</i>

**Figura 2.** Registro de Pensamientos y Sentimientos

### Distinguir los Pensamientos de los Hechos

Con frecuencia, cuando las personas se sienten coléricas o deprimidas, tratan a sus pensamientos como si éstos fueran hechos. Una persona podría decir, “*Él piensa que puede aprovecharse de mí*”, y pudiera pensar que está en lo absolutamente correcto – pero también pudiera estar errado. Cuando alguien está ansioso, podría pensar “*sé que haré una mala presentación*” –pero pudiera estar en lo correcto o estar equivocado. Otra persona podría pensar que es una jirafa, pero esto no significa que realmente es una jirafa. El sólo hecho de creer que algo es verdad no significa que necesariamente sea una verdad. Los pensamientos son hipótesis, descripciones, perspectivas y aun adivinaciones. Puede probarse si son verdaderos o falsos. Los pacientes necesitan aprender a identificar sus pensamientos y luego examinar los hechos. Para distinguir los pensamientos, sentimientos y hechos, los terapeutas pueden utilizar la técnica del A-B-C mediante la cual los pacientes tienen la oportunidad de reconocer cómo el mismo evento activador puede conducir a diferentes creencias (pensamientos) y consecuencias emocionales y conductuales. Si una persona cree que nun-

ca se desempeñará bien en un examen (su pensamiento), podría sentirse desesperanzado y comportarse congruentemente –por ejemplo, no molestarse en estudiar. Por otro lado, si esta misma persona cree que tiene una buena probabilidad de desempeñarse bien en el examen, pudiera sentirse esperanzado y por lo tanto estudiar para esto.

Lo interesante respecto al ejemplo anterior es que el pensamiento inicial de la persona - “*no voy a desempeñarme bien en el examen*” –conduce a la conducta maladaptativa de no prepararse para el examen, lo que luego trae consigo la profecía autocumplida de desempeñarse mal en el examen.

Mucha gente que está deprimida, ansiosa o colérica trata a sus pensamientos como si fueran hechos –esto es, “Es verdad que no me desempeñaré bien en el examen” o “Sé que ella me rechazará”. En la siguiente figura se muestran ejemplos de un mismo evento activador (A) que lleva a diferentes pensamientos (Bs), sentimientos y conductas (Cs).

A: Evento Activador	B: Creencia (Pensamiento)	C: Consecuencias (Sentimientos)	C: Consecuencias (Conductas)
Escucho fuertes vibraciones en la ventana	Alguien está rompiéndola para entrar en mi casa	Ansioso	Echo llave a la puerta, llamo a la policía.
Escucho fuertes vibraciones en la ventana	Es el fuerte viento y la ventana está vieja y floja.	Ligeramente irritado	Intento asegurar la ventana, vuelvo a dormir.
Un hombre se me aproxima de noche en una calle vacía	Voy a ser asaltado	Aterrorizado	Corro.
Un hombre se me aproxima de noche en una calle vacía	Me parece que es mi viejo amigo Esteban	Curioso, complacido	Lo llamo por su nombre, Esteban.
Mi esposo está sentado leyendo el periódico	A él le tiene sin cuidado mis sentimientos	Colérica, resentida	Le digo que es un egoísta y un ególatra.
Mi esposo está sentado leyendo el periódico	Se ha aislado de mí porque está colérico conmigo	Perturbada, culpable	Evito interactuar con él.
Siento que mi corazón golpea fuerte	Voy a tener un ataque al corazón	Ansiedad, pánico	Acudo a una sala de emergencia.
Siento que mi corazón golpea fuerte	He tomado demasiado café	Un poco arrepentido	Procuró reducir la cafeína

**Figura 3.** La técnica del A-B-C. El mismo evento suscita diferentes pensamientos que llevan a diferentes sentimientos y conductas

La importancia de distinguir un pensamiento negativo de posibles hechos queda ilustrada en la figura 4. En esta parte, se pide al paciente que se imagine que está teniendo un pensamiento negativo como, “*No estoy preparado para mi examen*”. La columna del lado derecho le sugiere al paciente que considere algunos hechos que pudieran ser re-

levantes para una evaluación válida de su grado de preparación. El pensamiento inicial es una creencia; los posibles hechos pueden *resultar* creencias una vez que han sido consideradas y examinadas. Al paciente se le puede preguntar, “¿Es posible que sus pensamientos no sean las únicas cosas a considerar? ¿No quisiera ver otros posibles hechos?”.

Pensamiento Negativo	Otros Posibles Hechos
Hay una fuerte lluvia afuera y nunca llegaré a tiempo a mi casa	Tal vez ha dejado de llover desde que vine hace una hora. Puedo salir para chequear los hechos.
No estoy preparado para mi examen	He leído el material, he asistido a clases, y he hecho mis trabajos
Siempre estaré solo	No tengo a disposición todos los hechos, puesto que no sé lo que hay en el futuro. Tengo amigos. Tengo muchas cualidades que la gente aprecia.

**Figura 4.** Pensamientos versus Posibles hechos



En esta parte, el terapeuta puede plantear al paciente el siguiente argumento, *“Los pensamientos y los hechos no son lo mismo. El solo hecho de que piense que algo es verdad no significa que esto sea necesariamente verdadero. Yo puedo pensar que soy una cebra –pero mi pensamiento no significa que soy una cebra. Tenemos que contrastar el pensamiento con los hechos”*.

Con el fin de consolidar la diferenciación entre pensamientos y hechos, el terapeuta puede solicitar al paciente que lleve a cabo el registro de los eventos activadores o precedentes que llevan a creencias y sentimientos específicos. Puede hacer esto utilizando el formato proporcionado en la figura 3. Alternativamente, puede usar el formato que se ilustra en la figura 4, para examinar cómo un pensamiento particular no siempre toma en cuenta todos los posibles hechos. Por ejemplo, el pensamiento *“No estoy preparado para el examen”* no incluye los posibles hechos de que la persona es inteligente, ha asistido a clases y ha estudiado la materia.

### **Evaluar el Grado de la Emoción y el Grado de la Creencia en el Pensamiento**

Las personas pueden tener muchas diferentes emociones y creencias acerca de un único evento. Lo realmente importante es lo fuertemente que se *siente* algo y la fuerza con que se sostiene una *creencia*.

Resulta obvio que las emociones varían en grado. Una persona puede sentirse ligeramente triste, algo triste, muy triste, extremadamente triste, o abrumadoramente triste. Puesto que mucha gente que está triste, ansiosa o colérica frecuentemente no hace mayores distinciones en sus pensamientos o en la observación de sus emociones, resulta útil enseñarle a distinguir los varios grados de sus emociones. Además, dado que el cambio en la terapia es casi siempre gradual, es importante que el

paciente sea capaz de detectar varios grados de cambio en sus sentimientos o emociones. Por ejemplo, un paciente cuyo sentimiento cambia de abrumadoramente triste a algo triste puede concluir realísticamente que se ha logrado un buen progreso.

Para facilitar el trabajo de la identificación de gradaciones en las emociones y en la convicción de la creencia en un determinado pensamiento, el terapeuta puede utilizar los siguientes planteamientos: *“¿En qué medida se siente perturbado, y cuán fuertemente sostiene su creencia? Evalúe su sentimiento (emoción) en una escala que va de 0% a 100%, donde 0% corresponde a no tener tal sentimiento y 100% corresponde a la experiencia más intensa de tal sentimiento. Haga lo mismo con sus creencias: 0% corresponde a no sostener tal creencia para nada, y 100% corresponde a creer su pensamiento en un 100 por ciento. ¿En qué grado cambian sus sentimientos y pensamientos? ¿Cuáles serían las razones por las que se siente mejor en ciertos momentos más que en otros momentos? ¿Está haciendo cosas diferentes cuando se siente decaído? ¿O cuando se siente animado? ¿Está pensando de una manera diferente cuando se siente decaído? ¿O cuando se siente animado?”*.

El terapeuta puede pedir a los pacientes que lleven un registro respecto a cómo el grado de creencia en sus pensamientos cambia durante el curso de la siguiente semana. A los pacientes se les pide que utilicen el siguiente formato para evaluar emociones y creencias, donde registran qué evento precedió a los pensamientos y sentimientos, y evalúan el grado de creencia y el grado de las emociones asociadas con cada evento. Después de que se hayan completado el ejercicio, se les puede sugerir que reflexionen respecto a lo que pudiera explicar las variaciones en los pensamientos negativos y en los sentimientos que experimentan.

Evento Activador Precedente	Pensamientos y grado de creencia en los pensamientos (0%-100%)					Sentimientos y nivel de los sentimientos (0%-100%)				
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nada (triste)	Ligeramente (triste)		Moderadamente (triste)			Muy (triste)		Extremadamente (triste)		
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ninguna creencia en el pensamiento	Ligera creencia en el pensamiento		Moderada creencia en el pensamiento			Mucha creencia en el pensamiento		Extremada-creencia en el pensamiento		

**Figura 5.** Formato de Autoayuda para evaluar Emociones y Creencias

### Explorar Variaciones en una Creencia Específica

Para lograr un distanciamiento de una creencia, con frecuencia resulta útil reconocer que aun en las circunstancias actuales las creencias pueden cambiar en fuerza o credibilidad. El terapeuta cognitivo está siempre interesado en la flexibilidad de las creencias; en contraste, las personas extremadamente deprimidas o ansiosas pueden pensar que sus creencias son fijas y que nunca cambian. Consecuentemente, el terapeuta evalúa directamente la variabilidad de la creencia. Esta técnica se encuentra estrechamente relacionada con la técnica de evaluar el grado de la emoción y el grado de creencia en el pensamiento que se ha descrito anteriormente. Aquí el énfasis está puesto en una creencia específica y sus variaciones a través del tiempo y de las situaciones.

Las preguntas que el terapeuta puede plantear para facilitar la identificación de variaciones en una creencia específica, pueden ser “¿Hay momentos en que cree en este pensamiento con menos convicción? ¿Qué es lo que pasa cuando cree menos en este pensamiento negativo? ¿Si su pensamiento fuera completamente verdadero, entonces cómo podría creer que es menos verdadero en ciertos momentos?”.

Los pacientes pueden utilizar un formato de autorregistro para seguir la huella de las variaciones en el grado de creencia en un pensamiento específico a lo largo de varios días. Presumiblemente, el foco y la preocupación acerca de una creencia variarán en función del momento del día, de los eventos y de otros pensamientos. La identificación de esta variación resulta sumamente importante, porque refuerza la idea de que una creencia fuer-

temente sostenida puede ser cambiada. Además la fuerza de una creencia fuertemente sostenida por un paciente puede variar durante una misma sesión terapéutica. Durante una sesión, cuando el terapeuta y el paciente se centran en desafiar creencias y planificar conductas, el terapeuta puede preguntar periódicamente al paciente cuán fuertemente sostiene una creencia en diferentes momentos esa consulta. No es raro que un paciente comience la sesión con una creencia que es sostenida con una convicción de un 90% y termine

la sesión con la creencia que sólo es sostenida con un 40% de fuerza.

El cambio en la creencia se relaciona luego al cambio en la emoción –por ejemplo, la tristeza ha disminuido en la medida que la fuerza en la creencia también ha mermado – reforzando además los supuestos de la terapia cognitiva y proporcionando al paciente la esperanza de que las creencias fuertemente sostenidas y las emociones desagradables pueden ser modificadas.

Pensamiento o Creencia Específico. \_\_\_\_\_

Día \_\_\_\_\_

Momento, Situación o Suceso en que Cambia la Fuerza del Pensamiento o Creencia	Evalúe la Fuerza del Pensamiento (0% - 100%)										
1	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ninguna creencia en el pensamiento	Ligera creencia en el pensamiento	Moderada creencia en el pensamiento	Mucha creencia en el pensamiento	Extremada creencia en el pensamiento						

Figura 6. Autorregistro del grado de creencia en un pensamiento

### Categorizar la Distorsión en el Pensamiento

La continua distorsión de los pensamientos –por ejemplo, personalizar los eventos negativos, sobregeneralizar o etiquetarse como un fracaso –son patrones habituales en las personas que están deprimidas o ansiosas. El modelo cognitivo propone que las emociones desagradables frecuentemente están asociadas con estos sesgos o distorsiones en el pensamiento. Los pensamientos automáticos (pensamientos que afloran espontáneamente) están asociados con el afecto negativo o la conducta disfuncional y le parecen plausibles a la persona. Ejemplos de pensamientos automáticos son, “*Nunca seré feliz*”, “*Soy un estúpido*”, “*No le agrado a nadie*”, “*Es mi culpa*”, “*Ella piensa que soy aburrido*”. Los pensamientos automáticos pueden ser verdaderos, falsos o tener una variación en el grado de su validez. El mismo pensamiento puede contener más de una distorsión –por ejemplo, “*Cuando voy a la fiesta, ella piensa que soy aburrido*”. Este pensamiento refleja tanto una lectura de pensamiento como adivinación. Beck et al. (1979) y Burns (1989) han

identificado varias distorsiones del pensamiento automático.

Con la finalidad de que el paciente pueda detectar sesgos en su estilo de pensamiento, el terapeuta puede plantear las siguientes preguntas, “*¿Está distorsionando continuamente su pensamiento de una misma forma? Eche una mirada a la lista de distorsiones . ¿Hay ciertas clases de distorsiones que está utilizando? ¿Cuáles son?*”.

El terapeuta explora los pensamientos automáticos del paciente preguntándole, “*¿Qué era lo que estaba pensando cuando se sintió triste?*” o proveyendo una una sentencia para que el paciente la complete, como “*Me siento ansioso porque pienso .....*” Los pensamientos automáticos son luego categorizados. El terapeuta explica: “*Escriba su pensamiento negativo o perturbador en la columna del lado izquierdo y establezca la distorsión en la columna del lado derecho*”.

La siguiente figura proporciona una muestra de pensamientos automáticos y sus respectiva categoría de distorsión.

Pensamiento Automático	Distorsión
<p><i>Soy un fracaso</i></p> <p><i>Ella piensa que no soy atractivo</i></p> <p><i>Nada me sale bien</i></p> <p><i>Cualquiera puede hacer este trabajo –esto no significa nada</i></p>	<p>Etiquetación errónea</p> <p>Lectura de pensamiento</p> <p>Pensamiento todo o nada</p> <p>Descontar lo positivo</p>

**Figura 7.** Ejemplos de Distorsiones

Al paciente se le puede proporcionar la asignación de hacer un autorregistro de sus pensamientos automáticos durante la siguiente semana, y categorizarlos utilizando un formato semejante al que se puede ver en la figura anterior. El valor de este ejercicio reside en que los pacientes ven como repiten las mismas categorías de pensamientos automáticos –por ejemplo, adivinación: “Nunca seré feliz”, “Nada me saldrá bien”, “Nadie me quejarse nunca más”, “Siempre estaré solo”. Si hay una clara repetición de una categoría específica de pensamientos negativos, entonces el terapeuta y el paciente pueden desarrollar una clase específica de desafío y debate que

puede ser utilizada repetidamente para invalidar los pensamientos. Por ejemplo, al paciente que continuamente elabora una lectura de pensamiento (“Él cree que soy una fracasada”, “Estoy segura de que no les agrado”, “Debo parecer patética”) se le puede instruir para que elabore una lista de desafíos para estos pensamientos negativos. Estos desafíos podrían incluir argumentaciones como, “No tengo ninguna evidencia”, “Estoy haciendo inferencias”, “¿Por qué les caería mal si aun no me conocen?”, “Yo soy tan buena como cualquiera”, “No necesito su aprobación”, “No necesito impresionar a nadie”, o “Tal vez están pensando si ellos me agradan a mí”.

*Inferencia arbitraria:* Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.

*Abstracción selectiva:* Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación (“visión túnel”) y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.

*Sobregeneralización:* Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre sí.

*Maximización y minimización:* Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.

*Personalización:* Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a él mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.

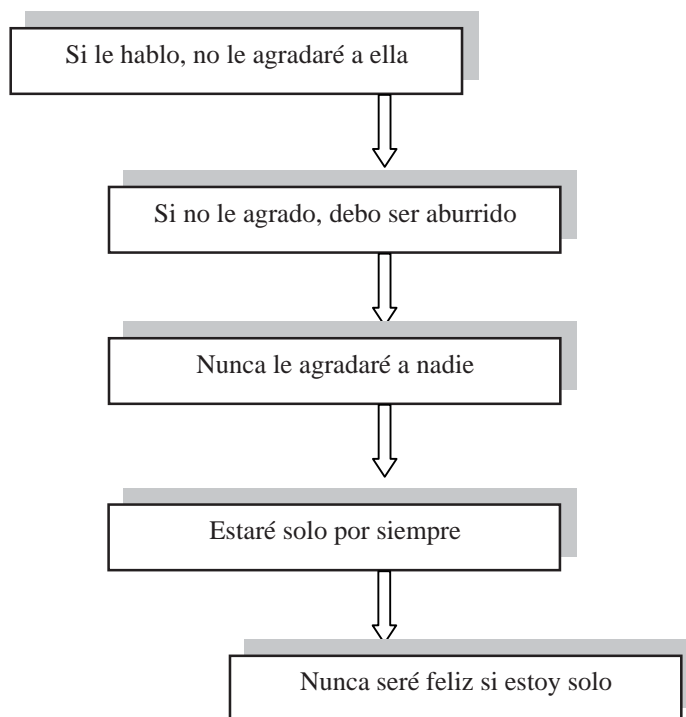
*Pensamiento dicotómico o polarización:* Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (p.e., “incapaz frente a capaz

**Figura 8.** *Distorsiones Cognitivas típicas de la Depresión*  
(Beck, et al., 1983)

## Descenso Vertical

Algunas veces los pensamientos negativos pueden transformarse en una verdad. Digamos que un paciente hombre predice que será ignorado o desairado en una fiesta. Esta es una adivinación, pero puede llegar a comprobarse que es precisa. Explorar las creencias subyacentes al miedo de tal resultado ayuda a mermar la potencia del pensamiento. Con esta técnica, el terapeuta continúa preguntando respecto a tal pensamiento o evento: “¿Qué

sucedería entonces si esto fuera verdad?” o “¿Qué significaría esto para usted si sucediera?”. A esta estrategia se le ha denominado Descenso Vertical o Flecha Vertical, y tiene como finalidad escudriñar lo más profundamente nuclear de la creencia. Congruentemente, el terapeuta escribe el pensamiento del paciente en la parte superior de una hoja y luego dibuja varias flechas verticales (↓) frente a una serie de pensamientos o eventos que están implicados por el pensamiento original, tal como se ilustra en la siguiente figura.



Evento y Pensamiento	Implicación
<b>Evento:</b> Posibilidad de ir a una fiesta <b>Pensamiento:</b> <i>“Me siento ansioso al acercarme a esa chica en la fiesta”</i>	
¿Qué piensa que sucederá?	Seré rechazado
Si eso sucede, entonces significa.....	Debo ser una calamidad
Si soy una calamidad, entonces quiere decir....	Nunca encontraré a nadie para una relación
Si nunca encuentro a nadie, entonces....	Siempre estaré solo
Si siempre voy a estar solo, esto me preocuparía porque....	No puedo ser feliz si estoy solo –siempre seré un miserable.
¿Cuál es mi supuesto subyacente?	Necesito a otra gente para sentirme feliz

**Figura 9.** Descenso vertical para analizar la implicación de un pensamiento

Para realizar este tipo de exploración, el terapeuta puede utilizar la siguiente interrogante, “*Si su pensamiento fuera verdadero, ¿Por qué le molestaría a usted? ¿Qué le haría pensar? ¿Qué sucedería entonces? ¿Por qué sería eso un problema para usted? ¿Entonces qué? ¿Qué significaría para usted?*”.

Como una asignación para la casa, se le pide al paciente que grafique la implicación de los pensamientos negativos utilizando el formato del Descenso Vertical. Este formato le pide al paciente que identifique una serie de implicaciones. El terapeuta podría decirle al paciente, “Sus pensamientos negativos están conectados con otros pensamientos negativos. Me interesa lo que piensa y qué significa cada pensamiento negativo para usted. Por ejemplo, alguien podría tener el pensamiento negativo ‘No estoy preparado para el examen’ que luego lleva al pensamiento ‘Voy a fracasar en el examen’, que deviene en el pensamiento ‘Voy a tener que dejar la universidad’. Procure identificar alguno de sus pensamientos negativos y enseguida examina la serie de pensamientos que le siguen. Continúe preguntándose, si esto fuera verdad, me molestaría porque podría significar...” (ver Apéndice 1)

### Asignar Probabilidades en la Secuencia

Al emplear el procedimiento del Descenso Vertical descrito anteriormente, el paciente puede estimar la probabilidad de ocurrencia de cada evento en la secuencia, dado que el evento precedente es verdad. Aquí no sólo se está interesado en los pensamientos que están implicados en el descenso vertical sino también en la estimación subjetiva de probabilidades. Estas estimaciones subjetivas usualmente van más allá de lo que se pudiera esperar que sea una verdad, dada la informa-

ción de línea base en la población general.

Con el objetivo de evaluar las probabilidades en la secuencia, el terapeuta puede plantear las interrogantes siguientes, “*¿Cuál es la probabilidad de que X pueda suceder?*” “*Cuál es la probabilidad de 0% a 100%?*” Enseguida se inserta un ejemplo respecto a cómo se trabaja esta técnica (Leahy, 2003)

*TERAPEUTA: La posibilidad de que alguna cosa suceda es llamada probabilidad. La probabilidad puede variar entre 0% y 100% -posiblemente hay muy pocas cosas que tienen una probabilidad de 0% o 100% de probabilidad. Por ejemplo, la probabilidad de lograr una cara cuando tiro una moneda es de un 50%. La pregunta que le voy a hacer es, ¿Cuál es la probabilidad de que cada uno de sus pensamientos sea verdadero? Vamos a ver el primer pensamiento “Yo no estoy preparado para el examen”. ¿Cuál es la probabilidad de que este pensamiento sea verdadero?*

*PACIENTE: Yo diría que es de alrededor de un 90%.*

*TERAPEUTA: Su siguiente pensamiento fue que iba a fracasar en el examen. ¿Cuál es la probabilidad de que fracase en el examen, dado que no está preparado?*

*PACIENTE: Bueno, yo diría que está cerca de un 30%. Realmente sé algunas de las cosas que vendrán en la prueba.*

*TERAPEUTA: Muy bien, pero si fracasa en el examen, ¿Cuál es la probabilidad de que abandone la universidad?*

*PACIENTE: Probablemente de un 2%. Yo ya he dado varios cursos y los he pasado.*

*TERAPEUTA: Muy bien, pero si abandona la universidad, ¿Cuál es la probabilidad de que nunca consiga un trabajo?*

*PACIENTE: Menos de 1 %.*

*TERAPEUTA: Muy bien, ahora veamos qué pasa si tomamos una calculadora y sumamos estas probabilidades. Lo haremos tomando su primer*

*estimado de 90%, entramos .90, y lo multiplicamos por cada una de las otras probabilidades. Así que tenemos .90 por .30 por .02 por .01. ¿Qué es lo que logramos? La calculadora dice .000054.*

*PACIENTE: Esto parece como un evento improbable.*

*TERAPEUTA: Está cerca de 5 en 100,000 o cerca de 20,000 a 1.*

### **Conjeturar el Pensamiento**

No siempre es posible para el paciente identificar el pensamiento negativo –a veces la intensidad de la emoción es tan grande que el paciente encuentra difícil reflexionar sobre los pensamientos que acompañan a los sentimientos. Beck (1995) recomienda que el terapeuta sugiera al paciente algunos posibles pensamientos para determinar si alguno de ellos parece consistente con la manera en que está pensando y sintiendo. El terapeuta debe ser cuidadoso de no sugerir que el paciente tiene una creencia “inconsciente” que sólo él puede identificar. Tanto el terapeuta como el paciente pueden intentar especular acerca de la naturaleza subyacente del pensamiento.

Para ayudar a implementar esta técnica, el terapeuta puede plantear lo siguiente durante el trabajo que busca identificar los pensamientos negativos que suscitan los sentimientos negativos: “*Usted no Puede decirme exactamente cuál es su pensamiento. ¿Qué clase de pensamientos podrían acompañar a estos sentimientos negativos? ¿Es posible que se esté diciendo las siguientes cosas a sí mismo? [El terapeuta sugiere algunos posibles pensamientos]*”.

A manera de ejemplo para ilustrar el trabajo con esta técnica, se inserta un extracto de una sesión donde una paciente se muestra incapaz de identificar los pensamientos subyacentes a sus sentimientos (Leahy, 2003).

La paciente se siente agobiado por la tristeza y la desesperanza después de una ruptu-

ra en su relación. Ella se centra en sus dolencias físicas –“*No puedo comer, y me siento tan cansada*”. Le dice al terapeuta, “*Me siento terrible desde que rompimos. No puedo pensar claramente*”. El terapeuta intenta elicitar pensamientos negativos específicos.

*TERAPEUTA: Usted dice que se siente terrible desde que se dio la ruptura. ¿Podría decirme que clase de pensamientos está teniendo?*

*PACIENTE: Sólo me siento terrible. No puedo dormir.*

*TERAPEUTA: Bien, estos son sentimientos que está describiendo ahora. Pero podría completar la frase “Me siento terrible desde la ruptura porque pienso....”*

*PACIENTE: Yo no nada. Sólo siento como si me estuviera muriendo.*

*TERAPEUTA: ¿Puede identificar algunos pensamientos que acompañan a este sentimiento de desesperanza?*

*PACIENTE: No, el sentimiento es demasiado intenso.*

*TERAPEUTA: Me gustaría que conjeturar en posibles pensamientos que podrían estar presentes. Yo no sé cuáles son, así que sólo algunas sugerencias y usted me si alguna de éstas le parece pertinente.*

*PACIENTE: Muy bien.*

*TERAPEUTA: ¿Pudiera estar diciéndose, “Nunca seré feliz de nuevo”?*

*PACIENTE: Creo que sí. Eso tiene sentido. Eso es lo que estoy pensando.*

*TERAPEUTA: ¿Entonces está diciéndose, “Jamás seré feliz a menos que tenga a él en mi vida”?*

*PACIENTE: Definitivamente. Eso es lo que estoy pensando.*

Para facilitar el trabajo con esta técnica, el terapeuta puede asignar la tarea consistente en identificar algunos estados de ánimo desagradables para, a continuación, identificar o “conjeturar” los pensamientos que los acompañan.



Emociones o Estados de Ánimo Desagradables	¿Qué pensamientos cree que acompañan a estos sentimientos o estados de ánimo desagradables?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Figura 10.** Formato para “conjeturar” pensamientos negativos

### Algunas palabras finales

La evolución de las ideas cognitivas en el ámbito clínico no ha concluido, ni mucho menos. El campo de la Terapia Cognitivo-Conductual se ha ido enriqueciendo continuamente con nuevos aportes y enfoques terapéuticos. Basta señalar dos promisorios modelos de intervención terapéutica: la Terapia Centrada en los Esquemas de Jeffrey Young (Young, 2003) y la Terapia Lingüística de Evaluación de Isabel Caro, un enfoque terapéutico que aplica los principios y técnicas de la Semántica General de Korzybski al ámbito clínico (Caro, 2001).

Como señala Ingram (2003), aquellas personas que puedan predecir exactamente el futuro de las aproximaciones cognitivas, tal vez debieran dirigir su atención a vaticinar los números ganadores de la lotería; nadie puede profetizar con certeza una dirección

de aquí en adelante. Sin embargo, hay algunos indicios que proveen tenues señales. Se debe recordar que hace aproximadamente treinta años, cuando la investigación clínica básica buscaba maneras de comprender y estudiar la cognición, encontró cierto número de teorías, paradigmas y metodologías en las ciencias psicológicas básicas (por ejemplo, la psicología cognitiva). Al parecer del mismo Ingram, nuevamente las ciencias básicas y las nuevas metodologías pueden desbrozar caminos. Por ejemplo, los avances en las neurociencias cognitivas y afectivas pueden ayudar a proveer importantes datos y conocimientos respecto a los procesos cognitivos en el funcionamiento maladaptativo, y pueden ser útiles para elucidar los factores cognitivos que son afectados por el tratamiento.

## REFERENCIAS

- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial DDB.
- Burns, D.D. (1990). *The Feeling Good Handbook*. New York: Plume.
- Caro, I. (2001). The Linguistic Therapy of Evaluation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 165 - 185.
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy* (Revised edition). New York: Carol Publishing Group.
- Ingram, R.E. (2003). Twenty Five Years of Inquiry and Insight. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 1-17.
- Ingram, R.E., Miranda, J., & Segal, Z.V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R.L. (2000). *Treatment Plans & Interventions for Depression & Anxiety Disorders*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R.I. (2001). *Cognitive Therapy: Basic Principles and Applications*. Jason Aronson Publishing Co.
- Leahy, R.L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.
- Liese, B.S. (1994). Brief Therapy, Crisis Intervention and the Cognitive Therapy of Substance Abuse. *Crisis Intervention*, 1, 11-29.
- Mahoney, M.J. (2003). Minding Science: Constructivism and the Discourse of Inquiry. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 105-124.
- Manrique, E. (2003). Antecedentes Tempranos y Modalidades de Vulnerabilidad Cognitiva Para la Depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, Vol. IV- 2, 43-62.
- Young, J. (2003). *Schema Therapy: a Practitioner Guide*. New York: Guilford Press.

APENDICE 1

Muestra de la Técnica de Descenso Vertical

