

ESQUEMAS EMOCIONALES, EVITACION EMOCIONAL Y PROCESO DE CAMBIO EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Edwin Manrique Gálvez¹
Haydeé Aguado Molina²

Se revisa el modelo de esquemas emocionales propuesto por Leahy (Leahy, 2002), así como su relevancia en los problemas de ansiedad y depresión. Se examina la manera en que los esquemas emocionales afectan el acceso a las emociones, dificultan la autorrevelación y los cambios emocionales, así como su impacto en el cumplimiento de las asignaciones para la casa (en especial los ejercicios de exposición) y la manera en que afectan una adecuada relación terapéutica. Se presentan algunas estrategias generales que son relevantes para la modificación de los esquemas emocionales en el tratamiento de la ansiedad, depresión, alcoholismo, etc.

Del mismo modo, se introducen algunas técnicas (cognitivas, conductuales, experienciales) que habitualmente se implementan con el fin de producir cambios en la evitación emocional. Finalmente, se revisa sumariamente el importante rol que juegan los esquemas del terapeuta en su relación con el paciente y en el curso de la terapia.

Palabras Clave: *Esquemas emocionales, Evitación Emocional, Terapia Cognitivo-Conductual.*

We revised the emotional schemas proposed by Leahy (Leahy, 2002), in relevance to the problems of anxiety and depression. We examined the way that the emotional plans affect the access to the emotions, the difficult of self revelation and the emotional changes, as its impact in the completion of the homework assignments (specially the exposition exercises) and the way in which they affect an adequate therapeutic relation. We present some general strategies that are relevant for the modification of the emotional schemas in the treatment of anxiety, depression, alcoholism, etc.

In the same way, we introduce some techniques (experiential, cognitive, and behavioral) that are used commonly with the sole purpose of producing changes in the emotional avoidance. Finally, we revised summarily the important role that the therapist schemas play in the relation with the patient in the course of therapy.

Key Words: *Emotional Schemas, Emotional Avoidance, Cognitive-Behavioral Therapy*

¹ Psicólogo, Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación – Hospital Hermilio Valdizán. Coordinador del Programa de Especialización en Terapia Cognitivo-Conductual – PROMOTEC.
e-mail: emanriqueg@hotmail.com

² Psicóloga, Terapeuta Cognitivo-Conductual, Directora de PROMOTEC.

Una de las críticas habituales a la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) enfatiza la poca importancia que le otorga a las emociones en el proceso psicoterapéutico. Posiblemente, este señalamiento se vio fortalecido por el énfasis que se pone—sobre todo por parte de los modelos cognitivos—en la relevancia de los pensamientos como factores de inicio y mantenimiento de las perturbaciones emocionales. Sin embargo, la creciente literatura que aborda la dinámica de las emociones en el proceso de psicoterapia apunta a desmentir cada vez más este aparente descuido por parte de la TCC.

Aun cuando la Terapia Cognitivo-Conductual enfatiza la importancia de la cognición o del pensamiento en la activación o mantenimiento de los estados de ánimo negativos o de la ansiedad, ha habido un creciente énfasis para considerar el rol del procesamiento emocional (Caspar et al., 2000; Greenberg & Paivio, 2000; Greenberg & Safran, 1987; Greenberg, Watson, & Goldman, 1998; Leahy, 2002, Leahy, 2003). La irrupción de lo que ha venido a denominarse la tercera oleada de la TCC, con la aparición de modelos de tratamiento que se centran en las emociones—la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), la Terapia Conductual Dialéctica (Linehan, 2003), la Terapia Centrada en los Esquemas (Young, Klosko & Weishaar, 2003), la Terapia de Reprocesamiento Holográfico (Katz, 2005)—es un hecho que posibilita un abordaje integral de los problemas en el proceso de la terapia.

Leahy (2002) ha delineado un modelo de los esquemas emocionales que intenta describir el rol de las concepciones acerca de las emociones y las estrategias del procesamiento emocional. Se propone que las emociones como el miedo, la tristeza, la ansiedad y la soledad son experiencias universales pero que las diferen-

cias individuales en la conceptualización de estas emociones y en las estrategias de respuesta van a determinar lo problemático que lleguen a ser estas experiencias emocionales. Este modelo social-cognitivo—donde las emociones son el objeto de la cognición—se relaciona con las recientes formulaciones de los pensamientos intrusivos y de la activación emocional (Wells & Carter, 2001). Leahy señala el caso de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo que interpretan sus pensamientos intrusivos como indicadores de su falta de control, responsabilidad y patología personal. Los esfuerzos para suprimir o evitar estos pensamientos conducen a una gran sensación de vergüenza, pérdida de control y ansiedad, exacerbando adicionalmente los mismos pensamientos que se pretende eliminar. De una manera similar, un modelo metacognitivo de la preocupación propone que las personas creen con frecuencia que deben preocuparse para solucionar o prevenir los problemas, y que esta preocupación los llevará a una pérdida del control o a un daño personal, ya sea física o mentalmente (Wells, 2004).

El modelo de esquemas emocionales que Robert Leahy propone plantea los siguientes puntos básicos:

- Emociones desagradables—como la tristeza, la soledad, miedo, ansiedad y cólera—son un fenómeno universal.
- Los individuos difieren en su interpretación respecto a la significación de estas emociones.
- Estas interpretaciones reflejan creencias acerca de la duración, controlabilidad, extremidad, complejidad, patología y calidad moral de las emociones y de la persona que las experimenta.

- Los esquemas emocionales negativos, tal como son reflejados por las interpretaciones anteriores, exacerban adicionalmente la intensidad, negatividad y la duración de las emociones negativas.
- Estas interpretaciones negativas inhiben la expresión, validación y el procesamiento emocional.

PROCESAMIENTO EMOCIONAL Y ESQUEMAS EMOCIONALES

Los modelos actuales de la preocupación y de la rumiación sugieren que estos estilos de afrontamiento problemáticos son mantenidos por la evitación emocional. De esta manera, tal como lo plantea Borkovec (1994), las personas que se preocupan cambian más allá de una imaginación emocionalmente cargada hacia un contenido lingüístico más abstracto, y esta preocupación abstracta reduce temporalmente la activación fisiológica. Además, un componente significativo de la preocupación, tal como es señalado por muchas personas que tienden a preocuparse, es que la preocupación las ayuda a centrarse en algo menos amenazante. La modificación de la ansiedad (o miedo) puede requerir la activación del arousal de los estímulos temidos de tal manera que la persona pueda acceder al contenido cognitivo negativo o al esquema de miedo (Greenberg, 2002), aprender que la emoción o los pensamientos intrusivos no son abrumadores, y procesar el contenido de una manera que le permita a la persona tener un sentido de la experiencia.

Se ha definido el “procesamiento emocional” como una disminución de la inhibición emocional, un incremento del auto-entendimiento y una auto-reflexión positiva mejorada. Centrarse sobre el procesamiento emo-

cional incluiría factores que operan una vez que una emoción ha sido experimentada. Estos factores incluyen el reconocimiento y la etiquetación de la emoción, los intentos de inhibir o incluso magnificar una emoción, la hipervigilancia y las estrategias de solución de problemas, la expresión o la ventilación, confianza en una audiencia receptiva y que brinda soporte, distracción, y el examen de las propias distorsiones cognitivas.

Como se sabe, casi nadie acude a terapia quejándose acerca de sus pensamientos ilógicos o del inadecuado uso de la información. Los pacientes vienen porque se sienten emocionalmente perturbados. Los eventos negativos de vida pueden activar las estrategias cognitivas y emocionales que interactúan recíprocamente para determinar un resultado. Leahy (2004) señala el ejemplo de una persona que regresa a su departamento vacío, comienza a darse cuenta de una emoción negativa y cree que esta emoción debe ser eliminada inmediatamente por miedo a lo abrumadora que la experimenta y, por último, elige afrontar indefinidamente obnubilándose mediante episodios de comilonas o consumiendo alcohol. Su necesidad del abuso de sustancias o sus episodios de comilonas confirman su creencia respecto a que sus emociones no pueden ser toleradas.

El mismo Leahy (2004) señala otro caso de una persona que se siente vacía y sola, y puede embarcarse en una rumiación, centrándose en su estado de ánimo negativo e intentando tener un sentido completo de todos sus sentimientos y reducirlos a una simple fórmula. Al fallar en esto, cree que su perturbación emocional es un signo de algo más profundo y más problemático. Otra persona que incluso cree que nunca debería tener dificultades emocionales, se siente avergonzada y culpable, y se aísla en lugar de encontrar oportunidades para la expresión, validación y cla-

rificación. Su aislamiento y la falta de expresión confirman su vergüenza y culpa respecto a su emoción, complicando aun más su depresión.

Leahy (2002) traza un cuadro del contraste entre el procesamiento emocional problemático y el procesamiento emocional adaptativo, estableciendo una comparación entre dos personas ficticias (pero que, de hecho, existen en el mundo real) que enfrentan el mismo evento de vida: Willy Preocupado y Miguel Calmo. Ambos saben que sus deseables parejas—que coincidentemente tienen el mismo nombre, Mary—simplemente los han dejado.

Willy Preocupado, frustrado en su meta de contar con un romance perfecto, se daba cuenta que se sentía emocionalmente incómodo con esta situación. Reconocía que estaba perturbado, pero inicialmente tenía mucha dificultad para etiquetar sus sentimientos. Se daba cuenta que se estaba sintiendo colérico, pero creía que no debería sentirse colérico con alguien a la que presumiblemente amaba. Tenía temor de expresar su cólera, por temor a que Mary lo descubriera y cerrara cualquier posibilidad de reconciliación. Creía que no podía compartir con otros su cólera y tristeza porque lo verían como una carga. Tiene mucha dificultad para comprender por qué se siente tan triste, ya que sólo conocía a Mary desde hacía dos meses, y se siente avergonzado de ser tan “dependiente” de ella. Además se encuentra confuso debido a que no puede reconciliar sus emociones en conflicto, creyendo que “amas a alguien o la odias—pero no ambas cosas”. Tiene temor de que su tristeza y su cólera queden fuera de control, de tal manera que se preocupa sobre estos sentimientos y piensa que su infelicidad durará por siempre. Se pregunta si él tiene toda la culpa de su infelicidad, creyendo que no tiene ningún derecho para sentirse colérico. Se critica por sentirse tan “necesitado” y ve su deseo

de contar con Mary como un signo de su inferioridad como hombre. Willy Preocupado se tumba abatido en su departamento, sorbiendo una bebida y centrándose en lo malo que es, leyendo el Libro de Job, preguntándole a Dios, “¿Por qué a mí?”. Ya no pasa el tiempo con sus amigos y está faltando a su trabajo. Algunas veces sólo desearía obnubilarse y encuentra que unos cuantos tragos pueden solucionar el problema. Willy Preocupado ve a sus preocupaciones como un signo de su debilidad, demandando que siempre debería ser racional, en la medida que tiene un grado en leyes y lo ha hecho bastante bien en su examen de licenciatura. Teme que sus fuertes sentimientos negativos van a persistir en el verano, arruinando sus experiencias en la casa de playa que había soñado compartir con la perdida Mary. Willy Preocupado tiene la certeza de que nadie comparte estos sentimientos patéticos y confusos y, por lo mismo, se muestra renuente a compartirlos con otros.

En contraste, Robert Leahy retrata a un Miguel Calmo plenamente consciente de su rango de sentimientos—cólera, ansiedad, tristeza e incluso un toque de esperanza. Inicialmente perturbado con la novedad de que Mary se hubiera ido, reconocía que sus sentimientos no eran ni positivos ni negativos sino simplemente “humanos”—un signo de que tiene una plenitud de experiencias que le ha proporcionado su familia Calmo desde tiempos atrás. Actualmente estaba compartiendo un almuerzo con un amigo, Edgar Comprensivo, con quien Miguel se siente en confianza para poder expresar sus sentimientos y tener una audiencia receptiva. Miguel encuentra que esta experiencia le ayuda a clarificar sus sentimientos, a reconocer que otros se sentirían de la misma manera, y le ayuda a ver que tiene pleno derecho para sentir un rango de emociones. Reconoce que, con la ruptura, tenía sentido tener senti-

mientos en conflicto, simplemente porque la vida y las relaciones son complicadas. De esta manera, se sentía triste porque estaba perdiendo a una pareja, colérico por la desatención de ella que le comunicó su decisión mediante un e-mail, y aliviado porque ella era “altamente costosa”. Aun cuando puede sentir inmensa tristeza por momentos, sabe que estos sentimientos no lo abrumarán, que pueden ser controlados en algún grado y que no durarán por siempre. Consecuentemente, aun cuando disfruta de un buen vino con Edgar, no siente la necesidad de obnubilarse con una borrachera. Su perspectiva de la situación y su respuesta es que la tristeza que experimenta se debe tanto a factores externos como internos—esto es, una consecuencia de la ruptura y de su confianza en alguien que no era tan confiable. Se siente triste, lo reconoce, porque la intimidad y el compromiso son importantes para él y, aun cuando no va a tener esto con Mary Perdida, buscará conseguirlo con otra persona. Antes que tumbarse en su departamento rumiando acerca de su situación, está planeando varias posibles experiencias productivas, como ver a sus amistades, hacer ejercicio, trabajar y una cita con Juana. A Miguel le gusta pensar sobre sí mismo como alguien racional, pero también balancea esto con la conciencia de que, como otra gente, se sentirá mal después de una ruptura pero que los sentimientos simplemente son un signo de ser un “humano”.

Dimensiones de los Esquemas Emocionales

El modelo del esquema emocional propone que hay 14 esquemas emocionales que son relevantes para el procesamiento emocional. Estos esquemas no son exhaustivos y puede haber algún solapamiento entre ellos. Sin embargo, si se revisa estos esquemas, se puede ver su

potencial relevancia tanto en el mantenimiento de las experiencias emocionales negativas como en la creación de obstáculos en el proceso de psicoterapia (Leahy, 2003).

TABLA 1. Catorce dimensiones de esquemas emocionales

- | |
|--|
| 01. Validación |
| 02. Comprensibilidad |
| 03. Culpa y Vergüenza |
| 04. Simplicidad versus Complejidad |
| 05. Relación con Valores Elevados |
| 06. Controlabilidad |
| 07. Insensibilidad |
| 08. Racionalidad, Antiemocional |
| 09. Duración de Sentimientos Fuertes |
| 10. Consenso con Otros |
| 11. Aceptación o Inhibición |
| 12. Rumiación versus Estilo Instrumental |
| 13. Expresión |
| 14. Culpar a Otros |

Las personas pueden conceptualizar sus emociones como incomprensibles, no similares a las de los otros (consenso), que tienen una larga duración, fuera de control, no relacionadas con sus elevados valores y que inducen vergüenza o culpa. Pueden creer que no pueden aceptar o expresar estos sentimientos y que no van a experimentar una validación si es que las expresan. Pueden rumiar respecto a lo mal que se sienten, intentando centrarse exclusivamente en la racionalidad, y buscar simplificar sus sentimientos. Estos esquemas negativos problemáticos para las emociones dificultan el procesamiento o la regulación emocional, prolongando aun más la perturbación emocional.

En la figura que se inserta más abajo se puede ver como la persona puede seguir tres vías separadas, dada una emoción inicialmente desagradable. El individuo que en principio atiende a su emoción (p.e., tristeza) pero que es capaz de normalizarla, expresarla y experimentar su validación es menos probable que mantenga su tristeza. En contraste, en el segundo sendero, mediante una evitación emocional y cognitiva, una persona puede utilizar las comilonas, la bebida o la disociación para evitar los sentimientos negativos,

fortaleciendo la creencia de que las emociones negativas no pueden ser controladas o toleradas. Este hecho contribuye a la rumiación y a la preocupación improductiva. La tercera senda entraña ver a las emociones como incomprensibles, avergonzantes, no similares a las que otros tienen y que requieren una simplificación. Estas interpretaciones negativas también contribuyen a la rumiación, la preocupación y la prolongación o escalada de los sentimientos negativos (Leahy, 2004).

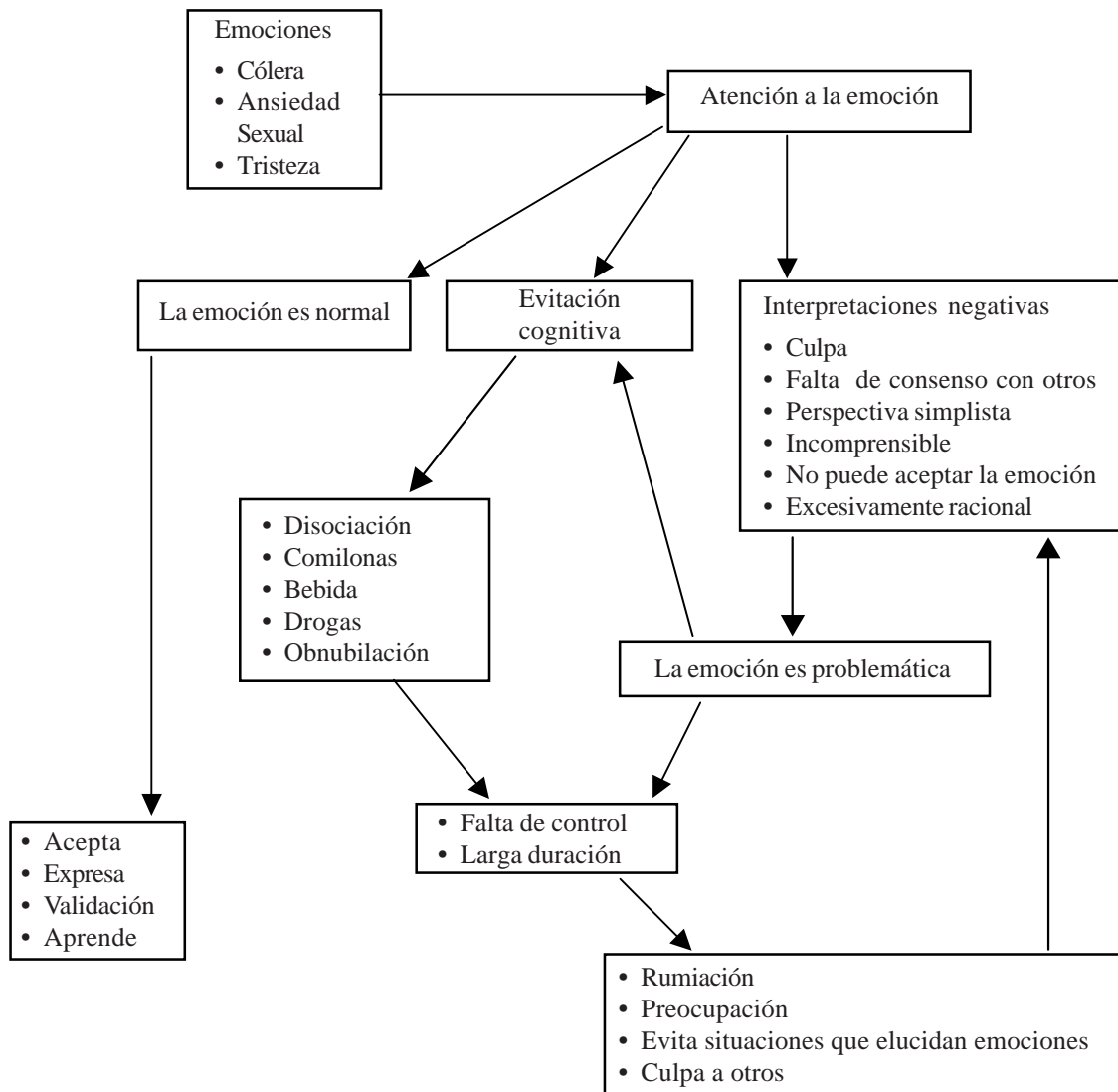


Figura 1. Esquema metacognitivo de las emociones (Leahy, 2004).

Esquemas Emocionales y Teorías Personales de la Emoción

La TCC ayuda al paciente a reconocer la diferencia entre pensamientos y sentimientos, lo instiga a una activación conductual, a examinar los costos y beneficios de ciertos pensamientos y conductas, a evaluar la evidencia y la lógica de las creencias negativas y a experimentar con nuevas maneras de pensar y comportarse (Beck, Shaw y Emery, 1983; Aguado y Silberman, 2004). El supuesto subyacente es que el paciente será capaz o estará motivado para tomar distancia de las emociones desagradables de tal manera que pueda identificar y modificar los pensamientos disfuncionales. Sin embargo, rara vez son los pensamientos los únicos aspectos problemáticos—el paciente también se encuentra preocupado por sus emociones y sentimientos. El modelo del esquema emocional permite examinar la “teoría de las emociones de los pacientes”, en la misma medida que los modelos cognitivos permiten examinar las teorías de los pacientes respecto a los pensamientos intrusivos, las imágenes traumáticas recurrentes, la naturaleza de la preocupación o el significado de los síntomas de pánico (Wells, 2002).

Las “teorías” individuales de las emociones pueden contribuir a la exacerbación de una emoción negativa. La persona que cree que su experiencia emocional de depresión es incomprendible (“Mi depresión no tiene sentido” o “No debería estar deprimido”) piensa que es alguien desvalido para afrontar. Los pensamientos depresivos también pueden elucidar un sentimiento de vergüenza (“Le pareceré un perdedor”) o de culpa (“Soy un egoísta—es por eso que estoy deprimido”), haciendo difícil entrar en un intercambio terapéutico. Las teorías de las emociones que se basan en el supuesto de “abrirse es peligroso”—de tal manera que la conciencia, aceptación y expresión son percibidas como abrir las compuertas del infierno—van a interfe-

rir con cualquier intento de elucidar los pensamientos y los sentimientos que son significativos. Leahy (2004) señala el ejemplo de una mujer deprimida que sufría de un trastorno por estrés postraumático relacionado con el abuso sexual que experimentó en su infancia, y que creía que hablar acerca de sus sentimientos podría re-traumatizarla y que la auto revelación de estos sentimientos ocasionaría su devaluación por parte del terapeuta. El mismo Leahy señala una teoría alternativa de las emociones donde la persona plantea que “otra gente es la causa de que yo tenga estos sentimientos”. Por ejemplo, el esposo que cree que toda su cólera es ocasionada por la conducta de su esposa tendrá poca motivación para un tratamiento individual y es poco probable que cumpla con los ejercicios de entrenamiento en comunicación en la terapia de pareja. Finalmente, como también lo señala Leahy, una paciente anoréxica que cree que sus emociones son signos de debilidad y de “confusión”, y que ve a la restricción alimentaria como un ejemplo de perfección puede tener poca motivación para modificar su dieta de hambre.

Por otro lado, un componente importante de la socialización es la adquisición de creencias y habilidades respecto a las emociones de uno. La socialización emocional incluye el hecho de reflejar la experiencia emocional por parte de los padres, la etiquetación de los sentimientos (ponerles un nombre) y la respuesta empática. Otro componente es la predicción de que los padres van a responder frente a la perturbación emocional, especialmente durante y después de los breves períodos de separación. Se ha identificado varios estilos de interacción emocional entre los padres y los niños y dentro de las parejas. Por ejemplo Gottman et al. (1996) identificaron cinco filosofías meta-emocionales: dominio emocional, alta aceptación/bajo dominio, rechazo, desaprobación y disregulación. El dominio emocional ayuda al niño a hablar acerca de las emociones, a etiquetar los sentimientos, a

identificar reglas para la demostración apropiada de sentimientos y a elaborar estrategias de solución de problemas. La alta aceptación/bajo dominio le permite al niño la expresión de las emociones pero le ayuda poco a identificarlos y a elaborar solución de problemas. En contraste, la estrategia de rechazo deniega la significancia de la emociones del niño. El estilo de desaprobación entraña crítica y excesivo control de los sentimientos del niño, en tanto que los padres que fomentan la disregulación se encuentran abrumados por sus propias emociones y rechazan las emociones de los niños. Se ha encontrado que el dominio emocional ayuda al niño al auto-apaciguamiento de las emociones.

Los padres pueden facilitar o inhibir el desarrollo de reglas apropiadas de demostración de las emociones, el conocimiento de las emociones conflictivas o ambivalentes y la regulación de las emociones. El temperamento innato (p.e., la predisposición hacia la inhibición o hacia una alta activación) también puede determinar el desarrollo de la socialización emocional (Kagan, 1992). El niño con un elevado nivel de activación o arousal puede provocar una conducta de mayor control y crítica por parte de sus padres, contribuyendo a la creencia del niño respecto a que sus emociones no son aceptables para otros.

Pero la socialización emocional no está limitada a la infancia o adolescencia. Las relaciones actuales en la vida del paciente también determinan su conceptualización y sus estrategias acerca de las emociones. Las pacientes con un esposo alcohólico y paranoide pueden llegar a la conclusión de que sus emociones no tienen sentido para otros, en parte porque su pareja ve a sus emociones como un ataque personal hacia él.

Al evaluar las dificultades actuales en la terapia, resulta útil examinar la forma en que el ambiente social temprano y actual de una persona

ha respondido a su expresión emocional. El terapeuta puede preguntar directamente, «Cuando era niño, ¿Cómo respondieron sus padres frente a sus sentimientos? ¿Le preguntaron acerca de sus sentimientos, lo criticaron, le hicieron sentir que sus emociones no eran importantes o actuaron como si estuvieran abrumados por la forma en que se sentía usted? Cuando sintió la necesidad de ser calmado o que se le preste atención ¿vaciló en aproximarse a sus padres? ¿Qué pensamientos tuvo acerca de aproximarse a ellos? ¿Cree que sus padres querían que usted los tranquilizara, calmara o los comprendiera debido a que estaban atravesando un momento difícil? Se pueden formular preguntas similares acerca del ambiente social actual—por ejemplo, cómo responden frente a las emociones la pareja, las amistades o los miembros de la familia (Leahy, 2004).

Las Emociones y los Temores Relacionados con su Expresión

Para muchos pacientes con esquemas emocionales problemáticos, la relación terapéutica es su única experiencia de inicio—una relación donde sus emociones son el foco más importante en un ambiente de aceptación y de soporte incondicional. Sin embargo, muchas veces la relación terapéutica también es intimidante, decepcionante y que suscita confusión. La intimidación es una consecuencia de la creencia de que uno va a quedar expuesto, humillado, engañado y juzgado: “Si le digo lo que realmente siento, va a pensar que soy una persona desagradable”. La decepción puede ser el resultado de la experiencia del paciente de que sus sentimientos no son comprendidos, validados o modificados de una manera apropiada: “Realmente le tiene sin cuidado como me siento—todo lo que quiere hacer es cambiar mi manera de pensar para que sea congruente con sus creencias”. Y la auto-revelación también puede suscitar confusión, en

la medida que el paciente puede creer que la terapia está enteramente basada en la auto-expresión pero que la TCC implica probar y modificar las creencias y someterse a exposiciones conductuales: “Pensé que vendría aquí y solamente hablaría acerca de mis sentimientos” (Leahy, 2003).

Aun cuando la mayoría de los pacientes buscan terapia debido a su deseo de modificar sus emociones, los esquemas emocionales negativos pueden impedir el cambio. Por ejemplo, la persona con las creencias de que las emociones negativas intensas son avergonzantes, que no son compartidas por otros o que son incomprensibles, tendrá dificultades para describir al terapeuta ciertas emociones. Una mujer se sentía avergonzada al describir su necesidad respecto a que el terapeuta comprendiera sus sentimientos coléricos hacia su hija. Aun cuando su relación con su hija era difícil—debido a problemas atribuibles a ambas—ella creía que el terapeuta pensaría menos acerca de ella si describía estos sentimientos, y creía que sus sentimientos no tenían sentido debido a que su hija pasaría el tiempo con ella. Su creencia era que, una vez que comenzara a describir sus sentimientos, sería obvio que se trataba de una persona indeseable, que el terapeuta la rechazaría y que este rechazo se añadiría a su creencia de que sus sentimientos no tenían sentido (Leahy, 2004).

La Relación Terapéutica

Los esquemas emocionales con frecuencia son difíciles de abordar para los terapeutas que focalizan su trabajo en los aspectos racionales, que están orientados a las técnicas, que buscan “soluciones rápidas” o que se encuentran orientados hacia las tareas. Como señala Leahy (2003), desafortunadamente puede parecer que con frecuencia la TCC resulta atractiva para los terapeutas que muestran un mínimo interés por

las emociones intensas. El énfasis en la “disputa racional” o en “desafiar los debería irracionales del paciente” frecuentemente tienen un efecto contrario en los pacientes con esquemas emocionales problemáticos (Leahy, 2003).

La experiencia de la emoción, la empatía y la validación son claves durante las primeras etapas del proceso terapéutico (Greenberg et al., 2000). Además, puede ser útil decirle directamente al paciente, “Lo más importante en la terapia van a ser sus emociones—cómo se siente usted. Es importante para usted que se sienta comprendido aquí, que sus emociones tengan un lugar seguro donde puedan ser expresadas, y que sus emociones pueden contener información bastante valiosa acerca de usted”. El modelo de “focalización emocional” de Greenberg tiene un valor considerable en la elucidación de las emociones mediante técnicas experienciales, incluyendo la imaginación, los recuerdos y la inducción de estados de ánimo. A los pacientes les puede ser de mucha utilidad reconocer que sus emociones contienen información valiosa acerca de sus necesidades y de sus esquemas cognitivos, antes que ser impedimentos para el tratamiento.

Sin embargo, el modelo de esquemas emocionales presentado por Leahy reconoce la importancia esencial de la alianza terapéutica. Frecuentemente la ruptura terapéutica ocurre cuando los esquemas emocionales son activados. Por ejemplo, la discusión de los recuerdos dolorosos del paciente o de su experiencia traumática puede activar las creencias respecto a que el terapeuta está induciendo aun más perturbación emocional o que el terapeuta puede no apreciar lo difícil que esta recolección o recuperación puede ser. Poner de manifiesto las emociones puede ser importante para modificar los pensamientos y las emociones implicadas pero también puede activar las creencias acerca de la confiabilidad, empatía y cualidades protectoras del terapeuta (Stevens, Muran & Safran, 2004).

Los esquemas personales del terapeuta también pueden interferir con la expresión emocional y con el procesamiento emocional. Leahy (2003) ha identificado cierto número de esquemas personales mantenidos por los terapeutas, incluyendo esquemas como estándares demandantes, esquemas de ser una persona única/especial, esquemas de sensibilidad al rechazo, esquemas de abandono, autonomía y control, y otros. El terapeuta que está altamente comprometido con el cumplimiento de “sus tareas” y “a su manera” (estándares demandantes) puede encontrar que la expresión emocional de los pacientes es un proceso frustrante, y aun inútil. El terapeuta con esquemas personales relacionados al abandono y sensibilidad al rechazo puede mostrarse renuente a cuestionar las creencias negativas del paciente asociadas con emociones poderosas como la cólera, por el temor a que éste lo rechace y lo abandone.

Abordaje de los Esquemas Emocionales

Al evaluar los esquemas emocionales, se ha encontrado que la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (LESS) resulta un instrumento muy útil para el proceso de entrevista del paciente. Después de que el paciente ha completado esta medida de autoinforme, éste y el terapeuta pueden examinar las creencias acerca de varias dimensiones emocionales. Enseguida se incluye el listado completo de los esquemas emocionales, así como las preguntas e intervenciones que—plantea el mismo Leahy—pueden ser utilizadas para modificar el esquema emocional del paciente (Leahy, 2003).

Validación

¿Hay alguna gente que acepta y comprende sus sentimientos? ¿Tiene reglas arbitrarias para la validación? ¿La gente tiene que estar de acuerdo

con todas las cosas que dice? ¿Comparte sus emociones con la gente que es crítica? ¿Acepta y apoya a otra gente que tiene estas emociones? ¿Tiene un doble estándar? ¿Por qué?

Comprensibilidad

¿Las emociones tienen sentido para usted? ¿Cuáles serían algunas buenas razones por las que se sentiría triste, ansioso, colérico, etc.? ¿Qué está pensando (qué imágenes tiene) cuando está triste? ¿Qué situaciones desencadenan estos sentimientos? Si otra persona ha experimentado esto, ¿qué clase de sentimientos diferentes tendría? Si piensa que sus sentimientos no tienen sentido ahora mismo, ¿Qué es lo que le hace pensar esto? ¿Tiene miedo de volverse loco o de perder el control? ¿Hay cosas que le han sucedido cuando era niño que explicarían por qué se siente de esta manera?

Culpa y Vergüenza

¿Cuáles son las razones por las que cree que sus sentimientos no son legítimos? ¿Por qué no debería tener los sentimientos que tiene? ¿Es posible que otros pudieran tener los mismos sentimientos en esta situación? ¿Puede ver que tener un sentimiento (como cólera) no es lo mismo que actuar con cólera (por ejemplo, ser hostil)? ¿Por qué ciertas emociones son buenas y otras malas? ¿Si alguien tiene estos sentimientos, pensaría menos respecto a él? ¿Cómo sabe si una emoción es mala? ¿Y si ve a los sentimientos y emociones como experiencias que le dicen que algo está perturbándolo—como un signo de cautela, un signo de detenerse, y una luz roja fulgurante? ¿Cómo se ve perjudicado alguien por sus emociones?

Simplicidad versus Complejidad

¿Piensa que tener una mezcla de sentimientos es normal o anormal? ¿Qué significa tener una mezcla de sentimientos respecto a alguien? ¿No es la gente complicada—de tal manera que podría tener diferentes sentimientos, y aun en conflicto? ¿Cuál es la desventaja de demandar que sólo tenga un sentimiento?

Relación con Elevados Valores

Algunas veces nos sentimos tristes, ansiosos o coléricos porque estamos perdiendo algo que es importante para nosotros. Digamos que se siente triste por la ruptura de una relación. ¿No significa esto que tiene un elevado valor que es importante para usted—por ejemplo, el valor de la cercanía y la intimidad? ¿No le dice este valor algo bueno acerca de usted? Si aspira a valores elevados, ¿No significa esto que a veces se sentirá desilusionado o decepcionado? ¿Le gustaría ser un cínico que no valora nada? ¿Hay otra gente que comparte sus elevados valores? ¿Qué consejo le proporcionaría, si estuvieran atravesando lo que atraviesa usted?

Controlabilidad

¿Piensa que tiene el control de sus sentimientos y logra librarse de sus sentimientos ‘negativos’? ¿Qué piensa que sucedería si no llegara a librarse enteramente de estos sentimientos? ¿Es posible que intente librarse completamente de estos sentimientos haciéndolos demasiado importantes para usted? ¿Tiene temor de que experimentar un sentimiento fuerte es un signo de algo peor? ¿Volverse loco? ¿Perder completamente el control? ¿No hay una diferencia entre controlar sus acciones y controlar sus sentimientos?

Insensibilidad

¿Hay situaciones que disparan “inconsciencia” de los sentimientos? ¿No sentimientos? ¿Hay situaciones que molestan a la mayoría de la gente pero no lo molestan a usted? ¿La gente piensa que está embotado en sus sentimientos? ¿Qué clase de fuertes sentimientos tiene? ¿Alguna vez se da cuenta que está teniendo un fuerte sentimiento y enseguida intenta no tenerlo? ¿Alguna vez tiene el sentimiento de que va a llorar, pero se detiene? ¿Qué teme que sucedería si se permite experimentar estos sentimientos? ¿Qué clase de pensamientos tiene cuando experimenta fuertes sentimientos? ¿Alguna vez ha bebido, ha usado drogas o se ha embarcado en una comilona para escapar de estos fuertes sentimientos?

Racionalidad, Antiemocional

¿Piensa que siempre debería ser lógico y racional? ¿Qué es lo que le preocuparía de no ser lógico y racional? ¿Piensa que la gente que es racional o lógica es “mejor” gente? ¿Qué sucedió en el pasado cuando no fue lógico/racional? ¿Es posible que algunas experiencias no sean lógicas/racionales sino simplemente emocionales? ¿Pueden decirle sus emociones lo que le hiere a usted? ¿Qué es lo que se necesita cambiar? ¿Son las emociones una fuente importante de información acerca de sus necesidades, deseos y aun de sus derechos como un ser humano? ¿Conoce a otra gente que es menos racional que usted, pero que tiene una vida más feliz o plena?

Duración de los Fuertes Sentimientos

¿Tiene temor de que los sentimientos fuertes van a tener una larga duración? ¿Ha tenido fuertes sentimientos antes? ¿Qué sucedió? ¿Tuvieron un fin? ¿Por qué terminaron? ¿Los sentimientos fuertes se elevan y bajan? Si tuviera un fuerte sentimiento en la sesión, ¿qué piensa que sucedería? ¿Qué es lo que ganaría si encuentra que sus fuertes sentimientos pueden ser expresados y desvanecerse?

Consenso con Otros

“¿Exactamente qué sentimientos tiene que piensa que otra gente no tiene? Si otra persona tiene estos sentimientos, ¿Qué pensaría respecto a ella? ¿Por qué piensa que las películas, novelas o historias muy emocionales agradan a la gente? ¿Piensa que a la gente le gusta descubrir que otra gente tiene los mismos sentimientos? ¿Es normal estar perturbado, tener fantasías, etc.? Si está avergonzado de sus sentimientos y no se lo dice a la gente, ¿Piensa que esto lo preserva de hallar que otros tienen los mismos sentimientos?

Aceptación o Inhibición

¿Qué va a suceder si se permite aceptar una emoción? ¿Va a actuar sobre la base de este

sentimiento (fusión sentimiento-acción)? ¿Teme que si acepta una emoción ésta no va a suspenderse? ¿O piensa que no aceptar sus emociones va a motivarlo al cambio? ¿Cuáles son las consecuencias negativas de inhibir un sentimiento—uso excesivo de atención y energía? ¿Efecto de rebote? ¿La emoción entra en conflicto con una creencia acerca de los sentimientos buenos-malos? Si deniega que algo lo perturba, ¿Cómo resuelve el problema? ¿Estaría dispuesto a permitirse tener una emoción y a observarla antes que a juzgarla o intentar cambiarla?

Rumiación versus Estilo Instrumental

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de centrarse en lo mal que se siente? ¿Piensa que si se mantiene pensando en esto va a terminar encontrando una solución? ¿Su rumiación (preocupación) hace que se preocupe respecto a que no puede controlar sus preocupaciones? Separe un tiempo de 30 minutos cada día durante el cual puede preocuparse intensamente y guarde sus preocupaciones hasta este momento. Re-frasee sus preocupaciones en conductas que puede llevar a cabo, problemas que puede solucionar. Distráigase poniéndose en acción o llamando a un amigo y hablando de cualquier cosa que no sean sus preocupaciones. ¿Hay alguna 'verdad' o 'realidad' que simplemente se rehúsa a aceptar?

Expresión

Si expresara un sentimiento, ¿piensa que perdería el control? ¿Se sentiría peor? ¿Cuánto tiempo se sentiría peor? ¿Puede expresar un sentimiento que le ayuda a clarificar sus pensamientos y los sentimientos de otros? Inversamente, si sólo se centra en expresar un sentimiento, ¿se va a centrar excesivamente en él? ¿Llegará a estar auto-absorbido? ¿Hay cosas que haría para distraerse o para solucionar sus problemas?

Culpar a Otros

¿Qué dice o hace otra gente que le hace sentir de la manera en que se siente? ¿Qué pensa-

mientos tiene que le hacen sentir triste, colérico, ansioso, etc.? Si pensará de una manera diferente acerca de esta situación, ¿qué sentiría o pensaría? ¿Sus sentimientos dependen de lo que otros piensan sobre usted? ¿Se está centrando en lograr la aprobación, el respeto, el aprecio o justicia? ¿Cuáles serían las ventajas y desventajas de no necesitar la aprobación, etc.? ¿Qué recompensas controla actualmente la otra persona? ¿Puede tener experiencias recompensantes a pesar de lo que esta persona diga, haga, etc.? ¿Es posible que sus sentimientos sean una combinación de lo que le está sucediendo y de lo que está pensando? ¿Qué es lo que le gustaría sentir—colérico, triste, curioso, indiferente, aceptado, desafiado? ¿Cuáles son los costos y beneficios de estos diferentes sentimientos? Dada la situación, ¿qué necesitaría pensar para tener cada uno de estos sentimientos? ¿Qué le gustaría que suceda? ¿De qué manera sería más asertivo? ¿Solucionar los problemas? ¿Qué sentimientos tendría que cambiar?

IMPLICACIONES PARA LA TERAPIA

La evitación de la emoción puede suscitar problemas al menos de tres maneras. Primero, la incapacidad para tolerar una emoción negativa puede hacer difícil el acceso y el cambio de los pensamientos y esquemas maladaptativos. En la terapia cognitivo-conductual es una práctica estándar tener como objetivo a las cogniciones "calientes"—es decir, las cogniciones que se encuentran asociadas con una emoción perturbadora. Sin embargo, como lo señala Holland (2004), si los pacientes no pueden tolerar el sofoco de una emoción, esto es, si tienen dificultades para tolerar la emoción y habitualmente la evitan, resulta difícil modificar sus creencias maladaptativas.

Segundo, al evitar una emoción, los pacientes se privan de las funciones adaptativas de la emoción: información, comunicación y motiva-

ción. Un paciente que tiene problemas para sentirse colérico puede ser incapaz de reconocer que está siendo lastimado en una situación y emprender una acción para defenderse. Los pacientes que habitualmente evitan las emociones también pueden tener dificultades para establecer relaciones personales cercanas, en la medida que estas relaciones habitualmente dependen de la comunicación y de compartir las emociones.

Tercero, las maniobras abiertas y encubiertas que los pacientes utilizan para evitar una emoción, frecuentemente tienen consecuencias negativas significativas. Las conductas activas como los rituales compulsivos, el abuso de sustancias o la excesiva dedicación al trabajo habitualmente traen consigo un mayor caos y sufrimiento. La evitación pasiva de las situaciones que ponen a los pacientes en riesgo de experimentar una emoción negativa—por ejemplo, las relaciones íntimas o los desafíos del trabajo—pueden conducir a restricciones en la vida y a una drástica reducción de los reforzamientos.

La perspectiva de que la emoción es una importante forma de procesamiento de información tiene implicaciones teóricas y prácticas. A nivel teórico, sugiere que los modelos del desarrollo y mantenimiento de trastornos específicos pueden tener la necesidad de prestar una mayor atención a los problemas en el procesamiento emocional. A nivel práctico, esta perspectiva implica que los terapeutas tienen la necesidad de (1) evaluar la manera en que los pacientes afrontan con la emoción y permanecer alertas frente a los signos de evitación emocional, y (2) ayudar a los pacientes a identificar, expresar y afrontar con la emoción negativa cuando resulta adaptativo hacerlo. Es en este punto donde se pueden implementar una serie de técnicas de reconocida utilidad que han sido apropiadamente descritas por Holland (2004).

El primer paso para ayudar a manejar adaptativamente las emociones negativas es identificar la evitación emocional y hacer que el paciente preste atención a esta conducta. Este procedimiento puede ser relativamente fácil cuando tanto la emoción como la maniobra de evitación ocurren en la sesión. Por ejemplo, una paciente puede comenzar a llorar y enseguida intenta ocultar sus lágrimas o cambiar de tema. En estos casos, el terapeuta simplemente puede anotar la conducta del paciente y preguntarle lo que estaba experimentando y por qué intentó interrumpir la expresión emocional.

Sin embargo, con una mayor frecuencia, se necesita inferir la emoción original y/o la función de evitación de la conducta del paciente. Por ejemplo, un paciente puede relatar un evento que tiene claras implicaciones emocionales sin ningún signo de sentimientos. O el paciente puede comportarse de una manera que es maladaptativa (p.e., automutilación o abuso de sustancias) y que parece tiene la función de ayudar a evitar la emoción.

Las técnicas cognitivas y conductuales estándar con frecuencia proveen buenas oportunidades para la observación de la evitación emocional. Por ejemplo, un paciente puede llegar a estar visiblemente perturbado cuando se le pide que haga una lista de la evidencia a favor de un pensamiento negativo y luego ser incapaz de pensar en cualquier evidencia adicional. Del mismo modo, cuando se le pregunta lo que ha ocurrido, indica que estaba comenzando a sentirse muy perturbado y tenía que dejar de pensar en el tema. De una manera similar, los pacientes pueden evitar una asignación para la casa debido a que temen que esto los abrumará emocionalmente.

Una vez que la atención del paciente se ha vuelto hacia la evitación de la emoción, el siguiente

paso es comenzar un proceso colaborativo para intentar identificar los disparadores, las funciones y las consecuencias de esta evitación. Entre los factores que se deberían considerar están (1) qué emoción o emociones intenta evitar el paciente; (2) bajo qué circunstancias; y (3) si la evitación es automática o está bajo un control consciente. Se deben explorar las creencias del paciente acerca de la emoción. Las creencias maladaptativas típicas incluyen:

- “Mostrar las emociones es una debilidad”
- “Si me permito experimentar una emoción negativa será algo insoportable”
- “No voy a ser capaz de detener el sentimiento negativo”
- “Voy a ser incapaz de controlar mis acciones”
- “Voy a volverme loco”
- “El hecho de que me sienta de esta manera significa que soy una mala persona”
- “Si expreso una emoción negativa, otros van a reaccionar negativamente (p.e., rechazar, atacar, juzgar, ridiculizar)”
- “Experimentar una emoción negativa no cambia nada y es inútil”.

Leahy (2002) ha encontrado soporte empírico para la relación entre creencias maladaptativas acerca de las emociones y la psicopatología. Al correlacionar los puntajes de la Escala de Esquemas Emocionales con las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), encon-

tró que mayores niveles de depresión estaban asociados con sentimientos de culpa respecto a las emociones, la creencia de que las emociones no eran comprensibles, y las percepciones de que las emociones implicarían una pérdida del control y que tendrían una larga duración. La ansiedad estaba asociada con culpa, la creencia de que las emociones no eran comprensibles, una perspectiva simplista de las emociones, una creencia en la falta de control, y menos aceptación de las emociones.

Es importante que se explore la historia de aprendizaje de los pacientes acerca de las emociones. ¿Qué mensajes se le proporcionó al paciente respecto a las emociones por parte de sus padres y pares? ¿Qué consecuencias han ocurrido en la vida del paciente cuando ha expresado una emoción? También se debe evaluar las reacciones de la gente frente a la expresión emocional por parte del paciente en su vida actual. ¿Los temores del paciente respecto a consecuencias negativas están basados fundamentalmente en su historia de aprendizaje, o también reflejan algunos aspectos de la realidad actual? (Holland, 2004; Leahy, 2003).

Resulta de crucial relevancia ayudar a los pacientes a identificar los efectos negativos y positivos de su evitación emocional. Esta evitación generalmente tiene beneficios a corto plazo, incluyendo la reducción de la perturbación y del conflicto interpersonal, que son reforzantes. Con frecuencia los pacientes son conscientes de estos beneficios inmediatos, pero pueden ser menos conscientes de las consecuencias negativas a largo plazo de la evitación emocional. El terapeuta debe ayudar a los pacientes a identificar estas consecuencias y su posible relación con los problemas actuales. Este proceso puede requerir de una atenta observación en una variedad de situaciones, antes que estas consecuencias resulten claras.

Después de haber identificado la evitación emocional y cuando se ha establecido un acuerdo colaborativo (el ‘empiricismo colaborativo’ del que habla Aaron Beck) con el paciente para manejar el problema, se pueden utilizar cierto número de técnicas que ayudan al paciente a afrontar más adaptativamente las emociones. Estas técnicas incluyen los desafíos cognitivos, la prevención de respuesta y la exposición, esto es, estrategias derivadas del paradigma cognitivo y conductual.

Desafíos cognitivos

La meta de los desafíos cognitivos es modificar los supuestos y creencias maladaptativos de los pacientes acerca de las emociones. En muchos casos, la primera fase de este proceso se centra en los aspectos educativos. Muchos pacientes ni siquiera saben etiquetar adecuadamente las emociones que experimentan. Los pacientes que ven a las emociones como amenazantes y/o vergonzantes pueden requerir de la presentación de un modelo de procesamiento emocional que enfatiza las funciones adaptativas de las emociones. El modelo puede ser presentado como una hipótesis alternativa acerca de las emociones que pueden ser puestas a prueba junto con las creencias de los pacientes (Greenberg, 2002).

Cuando los pacientes son confrontados inicialmente con su evitación emocional, habitualmente preguntan, “¿Por qué debería querer sentirme mal?”. Holland (2004) señala que una buena respuesta por parte del terapeuta sería la siguiente, “De hecho, tiene sentido que no quiera sentirse mal. Sin embargo, si se permite sentirse mal (triste, colérico, ansioso, etc.) probablemente no se va a sentir tan mal como espera, y el intento de evitar un sentimiento realmente le hace sufrir más”. Este principio general puede ser elaborado luego con ejemplos específicos extraídos de la vida del paciente (p.e.,

“Cuidarse de no sentirse herida al evitar las relaciones íntimas, la ha conducido a sentirse sola y deprimida, lo cual refuerza su idea de que no merece ser amada”).

A los pacientes se les puede pedir que examinen la evidencia para sus creencias, “¿Cuál es la evidencia de que si se permite sentirse triste no va a ser capaz de dejar de llorar? ¿Esto ha sucedido siempre? ¿Conoce a alguien que se ha pasado llorando toda su vida?” Se puede examinar el doble estándar (“¿Le diría a una amiga que ella nunca tiene derecho a estar colérica?”). También se les puede pedir a los pacientes que definan los términos (“¿Qué quiere decir cuando afirma que mostrar una emoción es un signo de debilidad? ¿Cómo define debilidad y fortaleza? ¿Puede ser alguien emocionalmente vulnerable a veces y aun ser fuerte de otras maneras? ¿La capacidad para tolerar antes que evitar una emoción sería un signo de fortaleza?”). A los pacientes se les puede pedir que examinen las ventajas y desventajas de sus creencias y esquemas emocionales. Como parte de este proceso a los pacientes se les puede dar la tarea de hacer un seguimiento de las consecuencias de la experiencia y expresión emocional versus la evitación (Leahy, 2003).

La empatía puede ser una estrategia útil para desafiar las creencias maladaptativas de los pacientes acerca de las emociones. Con mucha frecuencia los pacientes temen que sus emociones sean incomprensibles, intolerables o “locas”, y que el hecho de expresarlas les traerá consigo rechazo, venganza u otras consecuencias interpersonales negativas. Cuando el terapeuta es capaz de comunicar al paciente un entendimiento preciso de la manera en que éste se está sintiendo (aun si la emoción es fuertemente aversiva y/o el terapeuta cree que está basada en una evaluación errónea), el paciente puede comenzar a modificar estas creencias.

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Además de desafiar las creencias acerca de las emociones, puede ser útil enseñar a los pacientes habilidades más adaptativas de afrontamiento. Sin estas habilidades alternativas para el paciente puede ser muy difícil abandonar o modificar sus conductas de evitación. Dependiendo de las necesidades y déficit de los pacientes, se pueden implementar estrategias como el entrenamiento en relajación, distracción, solución de problemas, habilidades de comunicación, manejo de la cólera y entrenamiento asertivo.

En el caso de algunos pacientes, la dificultad puede no residir tanto en que el método preferido para tratar con las emociones desagradables sea problemático en sí mismo, sino más bien que usan inflexiblemente una forma de afrontamiento emocional en todas las situaciones. A los pacientes se les debe alentar (y entrenar) a desarrollar un menú variado de habilidades de afrontamiento de sus emociones negativas.

Prevención de respuesta

La prevención de respuesta es otra importante técnica para ayudar a los pacientes a afrontar sus emociones negativas. En esencia, los pacientes necesitan dejar de usar sus típicas maneras maladaptativas de evitar las emociones. Para algunos pacientes, esto significará la eliminación de obvias conductas destructivas, como el abuso de sustancias, los atracones en los trastornos alimentarios o la automutilación. Para otros, la prevención de respuesta implica bloquear los movimientos sutiles fuera de la emoción en el mismo proceso de las sesiones de terapia. De esta manera, se puede tomar nota de conductas como ocultar el llanto o cambiar repentinamente

el tema, y el paciente puede ser alentado a volver hacia las emociones. Este proceso generalmente tiene que ser repetido numerosas veces en el curso de la terapia.

Se necesita prestar una atención especial a las distorsiones cognitivas que funcionan para ayudar a evitar una emoción. Inicialmente estos pensamientos pueden ser desafiados utilizando las técnicas estándar. Sin embargo, cuando un pensamiento ha sido claramente identificado en su rol auto-protector, puede ser más útil simplemente tomar nota de éste y alentar al paciente a centrarse más bien en la emoción y en los pensamientos que están siendo evitados.

Holland (2004), refiere el caso de un paciente con depresión que pasaba horas reprochándose a sí mismo como una mala persona porque había fracasado en dar los pasos necesarios para emprender ciertos proyectos. Los desafíos cognitivos habían alterado poco este patrón. Al mismo tiempo, realmente el paciente nunca había dado los pasos necesarios para comenzar estos proyectos. Cuando se le hizo ver esta aparente contradicción, el paciente manifestó que, si bien se sentía mal reprobándose a sí mismo, esto era mejor que la ansiedad que sentía cuando contemplaba la posibilidad de iniciar acciones porque estaba seguro de que fallaría en cualquier cosa que intentara. Una vez que se identificó a los pensamientos auto-deprecatorios como una forma de evitación, se comenzó a interrumpirlos en la sesión y a trabajar directamente los temores subyacentes de incompetencia del paciente.

Exposición

Los pacientes que habitualmente evitan las emociones pueden necesitar ser expuestos a sus propias emociones, así como a los pensamien-

tos y situaciones que las desencadenan. Este proceso, de acuerdo a Holland (2004), tiene varias metas: (1) ayudar a los pacientes a darse cuenta que pueden tolerar las emociones negativas y que las consecuencias de hacer esto son menos aversivas que las consecuencias de la evitación; (2) alterar las creencias maladaptativas que sólo pueden ser accesibles cuando son activadas las emociones; y (3) ayudar a los pacientes a usar las emociones en sus funciones adaptativas de información, comunicación y motivación.

En algunas situaciones, la exposición a las emociones evitadas se puede cumplir a través de ejercicios planificados. Por ejemplo, se puede separar una sesión para discutir un tópico emocional que habitualmente es objeto de evitación. El proceso puede ser similar a la estrategia de “volver a contar” que se utiliza en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático, donde se graba la narración del paciente y se le da como tarea que preste atención a este registro de una manera repetida (Leahy & Holland, 2000). Alternativamente, a los pacientes se les puede dar como asignación que toleren una emoción o situación perturbadora *in vivo* durante un período de tiempo sin utilizar sus habituales mecanismos (maladaptativos) de afrontamiento. Greenberg & Safran (1987) señalan que las técnicas de la Gestalt, como el ejercicio de la silla vacía, también pueden facilitar la exposición emocional.

Se señala también que la relación terapéutica puede ser utilizada para fomentar la exposición emocional. Diferentes aspectos de la relación frecuentemente desencadenan esquemas emocionalmente cargados. La discusión de las reacciones del paciente frente a las interacciones con el terapeuta puede constituirse en una potente técnica para acceder a las emociones evitadas y para desafiar los miedos respecto a su expresión. Esto es particularmente verdadero cuando

las maniobras de un paciente para evitar estas emociones comienzan a interferir directamente con el proceso de terapia (Greenberg y Paivio, 2000).

LOS ESQUEMAS DEL TERAPEUTA

El terapeuta no se encuentra inmune frente a las distorsiones cognitivas y las repercusiones emocionales que traen consigo: “Este paciente es un ‘hueso’ ” (etiquetación); “Él no mejorará nunca” (Adivinación del futuro); “Él no logra ninguna mejoría” (pensamiento todo o nada); “Es mi culpa que el paciente siga deprimido” (personalización); “No puedo soportar cuando el paciente se queja” (catastrofización); “El paciente debería hacer su asignación” (pensamiento debería); “Siempre me pasa esto con los pacientes” (sobregeneralización), son ejemplos de pensamientos automáticos que reflejan determinados sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información, esto es, distorsiones cognitivas.

En principio, como lo señala Leahy (2001), se debe tener en cuenta que hay varios aspectos que hay que considerar en el tratamiento cognitivo-conductual de los pacientes. Primero, la meta de la terapia es ayudar al paciente, no al terapeuta. Segundo, ninguna terapia funciona para todos. Tercero, la terapia requiere de la colaboración del paciente y del terapeuta. No obstante, cuando el terapeuta examina y reconoce que está poniendo en juego algunas distorsiones cognitivas y supuestos maladaptativos, puede utilizar todas las técnicas que son útiles para desafiar los pensamientos de sus pacientes. En la siguiente tabla se proporciona una muestra de distorsiones cognitivas que se ha encontrado son habituales en los terapeutas que hacen terapia cognitivo-conductual (Leahy, 2001).

TABLA 2. Distorsiones cognitivas habituales y sus respuestas racionales

<i>Distorsión</i>	<i>Ejemplo</i>	<i>Respuesta Racional</i>
Personalización	“El paciente no mejora porque no soy un buen terapeuta”	Los pacientes no mejoran por muchas razones. El paciente ha tenido este problema antes de comenzar la terapia. Tú has ayudado a muchos otros pacientes.
Catastrofización	“Es terrible que el paciente esté pensando en el suicidio”	Pensar en el suicidio es muy común entre los pacientes deprimidos. Tú estás aquí para ayudar a la gente a pensar en sus problemas. No hay ninguna ventaja en que te muestres catastrófico. Nada terrible ha sucedido aun. Hay muchas cosas que puedes hacer para ayudar: Puedes analizar con el paciente alternativas, examinar metas a corto y largo plazo, ayudar al paciente a desafiar su pensamiento negativo
Etiquetación (del paciente)	“Este paciente es un problema, sólo se queja”	El paciente es un ser humano que está sufriendo. No quiere sufrir y la dificultad y resistencia que expresa probablemente le causa más incomodidad que lo que te suscita a ti. Intenta ver la vida a través de sus ojos y desarrolla una curiosidad compartida con el paciente acerca de los problemas actuales.
Etiquetación (del yo)	“Debo ser un mal terapeuta”	Hay alguna gente con la que tú trabajas bien y otros con lo que no lo haces. Aun los terapeutas más “afamados” cometen errores. Considera el rango de pacientes con los que has trabajado—¿Hay alguno al que le has ayudado? Ningún terapeuta es perfecto.
Lectura de mente	“El paciente piensa que soy incompetente”	Esto es poco probable si el paciente continúa buscando ayuda. Aun si el paciente piensa que fuiste incompetente, no significa que lo seas. Probablemente no sabes lo que el paciente realmente está pensando. Si el paciente piensa que eres incompetente, puede ser que sea la manera en que responde al apoyo en su vida.
Adivinación del futuro	“Este paciente jamás mejorará”	Tú no sabes que esto sea una verdad. En realidad, mucha gente mejora un poco y tiene buenos y malos momentos. Echa una mirada a las fluctuaciones del ánimo de este paciente y vas a descubrir algunos momentos mejores que otros. Hay una variedad de técnicas e intervenciones que aun no has intentado.
Pensamiento todo o nada	“Nada parece funcionar”	Nuevamente, puede haber algunas fluctuaciones en el funcionamiento de este paciente. El paciente ha llevado un registro del estado de ánimo y has encontrado que su ánimo varía con el momento del día, las actividades y los pensamientos.
Razonamiento emocional	“Me siento mal viendo a este paciente, así que la terapia debe estar yendo mal”	Tus sentimientos no son una guía para evaluar si el paciente está logrando o no algo con el tratamiento. Sin embargo, podrías examinar si la forma en que te estás sintiendo puede ser similar a la manera en que otra gente se siente al intentar ayudar a esta persona.
Descontar algo.	“Cualquiera hubiera ayudado a este paciente”	Tú no sabes si esto es verdad, pero aun si lo fuera, tú has ayudado algo. Esto es lo que cuenta.
Sobregeneralización.	“No he ayudado a este paciente. No puedo ayudar a ningún paciente”	Realmente tú no sabes que no has ayudado a este paciente. Pero si no lo has ayudado, has ayudado a otros y aun puedes ayudar a nuevos pacientes.

Leahy (2001) señala también que hay muchos motivos por lo que una persona se siente atraída a la profesión de psicoterapeuta. A muchos clínicos les gustaría creer—o desearían que otros crean—que su más importante motivo es el deseo de ayudar a la gente. Sin embargo, el rol de terapeuta permite también que la persona persiga otros motivos o necesidades. Se puede incluir el deseo de ser necesitado por otra persona, el poder y el control, el voyeurismo emocional, el deseo de experimentar vicariamente otras vidas o intensos sentimientos, el prestigio, el dinero, la necesidad de “reparar” o expiar las relaciones perjudicadas de uno mismo, la necesidad de ser una “buena persona” o de ser percibido como “bueno” por otros, y la necesidad de ser admirado. Esta lista, como bien lo señala el mismo Leahy, está lejos de ser exhaustiva.

Ya en el campo de la terapia cognitivo-conductual (TCC), algunas personas se sienten atraídas para ser terapeutas porque esto les permite un sentido de competencia, de superioridad y de aparente eficacia. Como señalan Beck et al. (1983) incluso en las etapas formativas, los fu-

turos terapeutas pueden volcarse a los libros más populares de TCC o a los manuales de tratamiento en una búsqueda ávida de técnicas con la idea de que estas estrategias le van a permitir al terapeuta “solucionar” todo. Esta *ilusión de competencia* puede permitirle al terapeuta perseguir otras metas de una manera no consciente.

De la misma manera que los pacientes tienen y ponen en juego diferentes esquemas cognitivos y emocionales, los terapeutas también hacen uso de estas estructuras en la relación terapéutica y en otros encuentros interpersonales. Hay todo un proceso de “auto-práctica” para tomar conciencia y manejar adecuadamente los esquemas que pueden interferir el proceso de terapia. Leahy (2001), ha delineado una variedad de esquemas maladaptativos comunes a los cuales pueden adscribirse los terapeutas (ver tabla 1). La tarea para el terapeuta implica algunos pasos: (1) examinar la tabla y preguntarse si algunos de los esquemas o supuestos se aplica a sí mismo; (2) preguntarse si hay ciertos pacientes que parecen elucidar un esquema antes que otro.

TABLA 3. Guía para los esquemas del terapeuta cognitivo-conductual

<i>Esquema</i>	<i>Supuestos</i>
Estándares demandantes	“Tengo que curar a todos mis pacientes. Siempre debo lograr estándares elevados. Mis pacientes deben hacer un excelente trabajo. Nosotros no debemos perder el tiempo nunca”.
Persona especial, superior	“Estoy intitulado para ser exitoso. Mis pacientes deben apreciar todo lo que hago por ellos. No debería sentirme aburrido cuando hago terapia. Los pacientes intentan humillarme”.
Sensibilidad al rechazo	“Los conflictos son perturbadores. No debería abordar problemas que van a molestar al paciente”.
Abandono	Si mi paciente se siente incómodo con la terapia, me podría dejar. Es una situación perturbadora cuando el paciente termina. Podría quedarme sin pacientes”.
Autonomía	“Me siento controlado por el paciente”. Mis movimientos, sentimientos o lo que digo están limitados. Debería ser capaz de hacer o decir lo que quiero. Algunas veces me preocupa que vaya a perder mi propio yo en la relación”.
Control	“Tengo que controlar mi ambiente y a la gente que me rodea”.

Enjuiciamiento	“Alguna gente es básicamente gente mala. La gente debe ser castigada si hace cosas malas”.
Persecución	“Con frecuencia me siento provocado. El paciente está intentando molestarme. Tengo que estar en guardia para que no saquen ventaja de mí o me hieran. Usualmente tú no puedes confiar en la gente”.
Necesidad de aprobación	“Quiero que el paciente guste de mí. Si el paciente no es feliz conmigo, entonces significa que estoy haciendo algo malo”.
Necesidad de gustar a otros	“Es importante que yo agrade al paciente. Me molesta si no agrado a un paciente. Nosotros debemos llevarnos bien—casi como amigos”.
Denegación	“Quiero preservar para mí los pensamientos y sentimientos acerca de mis pacientes. No deseo proporcionarle lo que quieren. Siento que soy emocionalmente reservado durante las sesiones”.
Indefensión	“Siento que no se qué hacer. Temo que voy a cometer errores. Me preocupa si soy realmente competente. Algunas veces siento que quiero darme por vencido”.
Inhibición de metas	“El paciente está poniendo dificultades para lograr mis metas. Siento que estoy perdiendo el tiempo. Debería ser capaz de lograr mis metas en las sesiones sin la interferencia de los pacientes”.
Excesivo autosacrificio	“Debería satisfacer las necesidades de mis pacientes. Debería hacerles sentir mejor. Con frecuencia las necesidades de los pacientes tienen prioridad sobre las mías. Algunas veces creo que haría casi cualquier cosa para satisfacer sus necesidades”.
Inhibición emocional	“Me siento frustrado cuando estoy con este paciente porque no puedo expresar la manera en que realmente me siento. Me es difícil suprimir mis sentimientos. No puedo ser yo mismo”.

COLOFON

Es importante precisar, como señala Leahy (2003), que los pacientes no responden simplemente a una técnica, a un plan de tratamiento o a la terapia cognitivo-conductual. Los pacientes responden fundamentalmente a un terapeuta particular—otra persona—alguien que tiene una historia de vida y un estilo propio de afrontar los eventos de la vida (incluyendo los desafíos del proceso de terapia); que posee un estilo de procesar la información donde no se excluyen las distorsiones cognitivas, y que muchas veces pone en juego sus intrincados esquemas cognitivos y emocionales. Dicho de un modo simple, los pacientes se relacionan fundamentalmente con otra persona.

A estas alturas del desarrollo de la TCC, resulta imprescindible tomar en cuenta los esquemas emocionales y las estrategias de evitación emocional del paciente (y del terapeuta) con tres objetivos fundamentales: 1) Implementar estrategias específicas para eliminar o disminuir los esquemas emocionales negativos y reemplazarlos por otros más funcionales y adaptativos, 2) Superar los bloques emocionales que pueden constituirse en una modalidad importante de resistencia en el proceso de la terapia, 3) Trabajar la evitación emocional implementando técnicas cognitivas, conductuales y experienciales. Son aspectos que, a no dudar, resultan de importancia crucial en el proceso de la Terapia Cognitivo-Conductual.

REFERENCIAS

- Aguado, H. y Silberman, R. (2004). La Terapia Cognitiva en Acción: Estrategias Para Detectar y Cambiar los Pensamientos y Supuestos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, Vol.V, 2, 61-80.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial DDB.
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions and origins of worry. In G.C.L. Davey & E. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment an treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Caspar, F., Pessier, J., Stuart, J., Safran, J.D., Samstag, L. & Guirguis, M. (2000). One step further in assessing how interpretations influence the process of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 309-320.
- Gottman, J.M., Katz, L.F. & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10 (3), 243-268.
- Greenberg, L.S. y Paivio, S.C. (2000). *Trabajando con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. y Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1987). *Emotion in Psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Holland, S.J. (2004). Avoidance of Emotion as an Obstacle to Progress. En R. Leahy (Ed.), *Contemporary Cognitive Therapy. Theory, Research, and Practice*. NY: Guilford.
- Kagan, J. (1992). Temperamental contributions to emotion and social behavior. En M. S. Clark (Ed.), *Emotion and Social Behavior: Review of personality and social psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Katz, L.S. (2005). *Holographic Reprocessing A Cognitive-Experiential Psychotherapy for the Treatment of Trauma*. London: Brunner/Routledge.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (3), 177-190.
- Leahy, R. (2003). *Cognitive Therapy Techniques. A Practitioner's Guide*. New York: Guilford.
- Leahy, R.L. (2004). *Contemporary Cognitive Therapy. Theory, Research, and Practice*. NY: Guilford.
- Leahy, R. & Holland, S.J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Linehan, M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Manrique, E., Aguado, H. y Silberman, R. (2005). Proceso de cambio y resistencia a los procedimientos cognitivo-conductuales. *Boletín de PROMOTEC*, Vol. 5 (2), 1-19.
- Stevens, C.L., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2004). Obstacles or opportunities?: A relational approach to negotiating alliance ruptures. En R. Leahy (Ed.), *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy*. NY: Guilford.
- Wells, A. & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85-103.
- Wells, A. (2004). Anxiety Disorders: Metacognition, and Change. En R. Leahy (Ed.), *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy*. NY: Guilford.
- Wells, A. (2002). Meta-cognitive beliefs in the maitenance of worry and generalized anxiety disorder: en R.G. Heimberg, C.L. Turk & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.S. (2003). *Schema Therapy: a Practitioner Guide*. New York: Guilford Press.

