

TESIS
4877

Lic. Silvia B. Franchi

Adaptación Cultural de la Psicoterapia Cognitiva en Argentina

Su aplicación al tratamiento de la depresión y la ansiedad

Director de Tesis

Dr. Alfredo López Alonso

Co-Directora de Tesis

Dra. María Cristina Richaud de Minzi



Tesis Presentada en la
Facultad de Psicología de la Universidad del Salvador
Para Obtener el Grado de Doctora en Psicología.

Buenos Aires, 1998

BIBLIOTECA
R.P. ERNESTO DANN OBREGÓN, S.J.
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

Reconocimientos

Deseo expresar el agradecimiento que siento hacia las personas que me han ayudado a desarrollar las distintas etapas de este trabajo.

Cuando comencé a realizar la investigación sobre la *Adaptación Cultural de la Psicoterapia Cognitiva en Argentina*, la Dra. María Cristina Richaud de Minzi me aconsejó y estimuló a desarrollarla, guiándome en los aspectos teóricos y metodológicos que conformaron la base de este temática.

El Dr. Herbert Chappa, pionero de la Psicoterapia Cognitiva en Argentina, me transmitió su apoyo y experiencia, particularmente en los aspectos clínicos del abordaje.

Los Dres. Teodoro Argerich y Carlos Velasco Suárez consideraron el proyecto de investigación depositando su confianza en mí para desarrollar su fase clínica, en casos de Depresión y Ansiedad. Con generosidad me proporcionaron un ambiente propicio dentro del cual pude compartir las experiencias con un grupo interdisciplinario, como lo es la Fundación Argentina para la Salud Mental (FASAM).

Estoy agradecida por las sugerencias, comentarios e ideas originales referidas a la exposición del material que me proporcionara el Dr. Alfredo López Alonso, quien me ofreció puntos de vista críticos y objetivos que me permitieron pensar con mayor amplitud el tema, apoyándome y alentándome a concluir esta tarea.

Lic. Silvia B. Franchi

INDICE

Introducción	1
<i>El Modelo Cognitivo de la Psicopatología</i>	6
<i>Componentes de la Terapia Cognitiva asociados al Cambio</i>	10
<i>Desarrollos Recientes en Terapia Cognitiva</i>	10
<i>Objetivos de Nuestra Investigación</i>	11
<i>Método</i>	14

PRIMERA PARTE

El paradigma de la Psicoterapia Cognitiva

Capítulo 1. Psicoterapia Cognitiva: Perspectiva Histórica	17
<i>La Psicoterapia Racional-Emotiva</i>	17
<i>La Teoría de la Psicoterapia Racional-Emotiva</i>	20
<i>Diferencias entre la Terapia Racional Emotiva y el Racionalismo</i>	20
<i>Conceptos Básicos</i>	22
<i>La Teoría A-B-C de la Personalidad</i>	26
<i>El método de la Psicoterapia Racional-Emotiva</i>	27
Capítulo 2. La Psicoterapia Cognitiva Comportamental	29
<i>Perspectiva Histórica</i>	30
<i>Definición de la Psicoterapia Cognitiva Comportamental</i>	32
<i>Método</i>	34
<i>Distorsiones Cognitivas</i>	35
<i>Vulnerabilidad Cognitiva</i>	36
<i>Aspectos Técnicos Generales de la Psicoterapia Cognitiva Comportamental</i>	37
<i>Duración del Tratamiento</i>	39
<i>Técnicas Comportamentales</i>	40
<i>La Terapia Cognitiva como Paradigma Integrador</i>	41
Capítulo 3. El Modelo Cognitivo de la Depresión	42
<i>Modelos Cognitivos de la Depresión</i>	42
<i>La Tríada Cognitiva</i>	46
<i>Terapia Cognitiva-Comportamental de la Depresión:</i>	
<i>Características Generales</i>	47
<i>Variables para la Selección de Pacientes</i>	48
<i>La Estructura de las Sesiones de Tratamiento</i>	50
<i>El Comienzo del Tratamiento</i>	53
<i>Estrategias Terapéuticas de la Psicoterapia Cognitiva-Comportamental</i>	55

Capítulo 4.	Terapia Cognitivo-Comportamental de los Trastornos por Ansiedad	66
	<i>El Modelo Cognitivo de la Ansiedad</i>	66
	<i>La Vulnerabilidad Cognitiva en la Ansiedad</i>	70
	<i>Síntomas</i>	70
	<i>El Abordaje Cognitivo Comportamental</i>	72
	<i>Modificación del Componente Afectivo</i>	76
	<i>Modificación del Componente Comportamental</i>	78
	<i>Estrategias Mixtas</i>	80
Capítulo 5.	Reestructuración de los Esquemas Centrales	82
	<i>Antecedentes del Concepto de Esquema</i>	82
	<i>Los Esquemas Disfuncionales y los Trastornos Emocionales</i>	84
	<i>Esquemas Centrales en los Trastornos por Ansiedad</i>	85
	<i>Métodos</i>	88
	<i>Aceptación</i>	92
	<i>Rendimiento</i>	93
	<i>Control</i>	94
	<i>Motivación y Preocupaciones Centrales</i>	96
Capítulo 6.	Desarrollos Recientes en las Ciencias Cognitivas	98
	<i>El Constructivismo y las Metateorías Motoras</i>	99
	<i>Abordajes Sistémicos y Evolutivos</i>	100
	<i>La Epistemología Evolucionaria</i>	101
	<i>Autopoiesis</i>	102
	<i>Teorías del Aprendizaje Social y del Apego</i>	102
	<i>Diferencias Prácticas entre las Terapias Cognitivas Racionalistas y las Constructivistas</i>	103
Capítulo 7.	El Proceso Terapéutico: Una Perspectiva Integrativa	108
	<i>Estrategias Comunes para el Cambio Terapéutico</i>	110
	<i>El Rol del Cambio Cognitivo en Psicoterapia</i>	113
	<i>¿Qué es lo que Cambia en la Psicoterapia?</i>	117
	<i>Un Punto de Vista Integrativo</i>	119
Capítulo 8.	El concepto del Self desde el punto de vista de la Psicoterapia Cognitiva	121
	<i>Conceptos de Autoeficacia y Autoevaluación desde el Punto de Vista de la Teoría del Aprendizaje Social</i>	122
	<i>La Concepción Constructivista Cognitiva</i>	125

SEGUNDA PARTE

Metas para una Empatía Individual y Cultural

Capítulo 9. Metas para una Empatía Individual y Cultural	132
<i>La Empatía Terapéutica: Dos Personas y Cuatro "Participantes"</i>	133
<i>La Sensibilidad Cultural</i>	138
Capítulo 10. La Psicología Transcultural y la Investigación Comparativa	143
<i>El Pensamiento Implícito y la Emoción en la Cultura</i>	146
<i>Los Enfoques Atribucionales</i>	147
<i>Los Grandes Síndromes Culturales</i>	149
<i>Las Teorías Implícitas en el Conocimiento Cotidiano</i>	152
<i>Investigaciones Transculturales</i>	158
Capítulo 11. La Sociedad y los Valores en la Cultura Norteamericana	167
<i>Análisis de los Valores</i>	168
<i>Individualismo e Igualdad</i>	171
<i>Organización de la Familia Americana</i>	171
<i>Las Relaciones Sociales</i>	175
<i>Los Patrones de Pensamiento</i>	176
<i>Concepto y Uso del Tiempo</i>	178
Capítulo 12. La Sociedad y los Valores en la Cultura Argentina	180
<i>Análisis de los Valores</i>	182
<i>Vida Social y Familiar</i>	185
<i>El Estado y sus Ciudadanos</i>	188
<i>Algunas Opiniones Acerca de Cómo nos Ven y Califican en Otras Culturas</i>	190

TERCERA PARTE

Consideraciones para la Adaptación Cultural de la Psicoterapia Cognitiva en Argentina

Capítulo 13. La Adaptación Cultural de la Psicoterapia Cognitiva:	
Objetivos y Método	193
Objetivos	193
Método	196
Adaptación de los Instrumentos Metodológicos	198
Variables estudiadas	201
Capítulo 14. Motivo de Consulta	203
Entrevista Inicial	203
Capítulo 15. Establecer la Agenda al Principio de la Sesión	207
Diferencias Encontradas en Nuestra Muestra por Género	210
Diferencias por Edad y Nivel de Educación	211
Diferencias por Diagnóstico	212
Capítulo 16. Focalización en el Problema	218
Cogniciones Claves y Conductas	218
Comparación con Sesiones Mantenidas en Estados Unidos	221
Capítulo 17. Producción Verbal	224
Evaluación de la Producción Verbal en Sesiones Americanas	225
Consideraciones para la Aplicación de la Terapia Cognitiva en Argentina, en Base a Nuestra Mayor Producción Verbal	227
Capítulo 18. Relaciones Familiares	229
Las Relaciones Familiares en la Cultura Latina y Argentina	229
Las Relaciones Familiares en la Cultura Americana	233
Consideraciones para el Tratamiento en Argentina	235
Capítulo 19. Grado de Autonomía	238
Muestra Argentina	238
Muestra Americana	243
Consideraciones para el Tratamiento en Argentina	245

Capítulo 20. Valoración del Vínculo Terapéutico. Feedback.	247
<i>Evaluación del Feedback en la Muestra Argentina</i>	248
<i>Evaluación del Feedback en la Muestra Americana</i>	251
<i>Consideraciones para la Adaptación a Nuestro Contexto</i>	256
Capítulo 21. Evaluación de las Emociones	258
<i>Evaluación de las Emociones en la Muestra Argentina</i>	259
<i>Evaluación de las Emociones en la Muestra Norteamericana</i>	263
<i>Nuevos Aportes en la Psicoterapia Cognitiva</i>	265
<i>Consideraciones para la Adaptación de la Psicoterapia Cognitiva en Argentina</i>	266
Capítulo 22. Tareas para la Casa Entre-Sesiones	268
<i>Muestra Argentina</i>	269
<i>Muestra Americana</i>	272
<i>Sugerencias para la Aplicación de la Técnica de las Tareas Entre-Sesiones en Nuestro Contexto</i>	272
Capítulo 23. Lectura del Material Bibliográfico	275
<i>La Biblioterapia en Estados Unidos</i>	277
<i>Sugerencias para la Utilización de la Biblioterapia en Argentina</i>	278
Capítulo 24. Duración del Tratamiento y Seguimiento	279
<i>Muestra Argentina</i>	280
<i>Muestra Americana</i>	284
<i>Conclusión</i>	286
Capítulo 25. Influencia del Psicoanálisis	288
<i>Muestra Argentina</i>	289
<i>Muestra Americana</i>	291
<i>Algunas Consideraciones acerca de la Convergencia en Psicoterapia</i>	292
Capítulo 26. Conclusiones	295
<i>Panorama de la Psicoterapia Cognitiva</i>	295
<i>Limitaciones de la Terapia Cognitiva Clásica</i>	296
<i>Adaptación de las Técnicas Terapéuticas al Paciente</i>	297
<i>Tiempos de Globalización</i>	300
<i>La Psicoterapia en Tiempos de Globalización</i>	303

<i>Factores Relevantes para la Adaptación de la Psicoterapia Cognitiva Comportamental en Argentina</i>	306
<i>La Psicoterapia y la Cultura</i>	314
Anexo 1 - Instrumentos	316
<i>Carta del Consenso del Paciente para ser Tratado</i>	317
<i>Inventario de la Depresión de Beck</i>	318
<i>Escala de Pensamientos Suicidas</i>	320
<i>Inventario de Disfunción Cognitiva</i>	321
Anexo 2 - Biblioterapia	
<i>Cómo Hacer Frente a la Depresión</i>	323
<i>Cómo Afrontar la Ansiedad</i>	331
Bibliografía General	337



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

ADAPTACION CULTURAL DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA EN ARGENTINA

Su aplicación al tratamiento de la depresión y la ansiedad

INTRODUCCION

El tema central de esta tesis es la Adaptación Cultural de la Psicoterapia Cognitiva en Argentina, en casos de Depresión y Ansiedad. Considero necesario explicar al lector los motivos personales que me condujeron no sólo a interesarme en el tema, sino a realizar un trabajo de investigación que respondiera a la pregunta de por qué realizar adaptaciones o modificaciones en la aplicación de la Terapia Cognitiva en Argentina, modelo de psicoterapia que surge y se desarrolla originariamente en Estados Unidos.

Entre los años 1986 y 1988, tuve la oportunidad de obtener una beca de intercambio profesional, mediante la cual pude realizar experiencias de aprendizaje y entrenamiento clínico en dos centros de salud mental de Estados Unidos, ubicados en los estados de Michigan y Pennsylvania. En el primero, participé como observadora en un programa de Hospital de Día, en el que se ofrecían servicios de asistencia a pacientes que salían de una internación, con abordajes psicoterapéuticos y psicoeducacionales basados en distintas escuelas de psicoterapia: Comportamental, Existencialista, Racional Emotiva y grupos psicoeducacionales. Todo era nuevo para mí, ya que en Argentina había tenido una formación centrada básicamente en el psicoanálisis, por lo que fui incorporando un bagaje de conocimientos novedosos y diferentes. Luego continué

el programa en otro centro de salud mental en el estado de Pennsylvania, donde realicé un aprendizaje al mismo tiempo que una práctica clínica supervisada. En ese centro de salud se ofrecía una gran diversidad de servicios, y participé en tres de ellos: Post-hospitalización, Hospital de Día y Consultorios Externos. Asimismo integraba las reuniones de equipo, tanto clínicas como educativas, ya que se realizaban ateneos semanales y mensuales de actualización. Pude evaluar el sistema de salud norteamericano, la utilización de las distintas corrientes terapéuticas, y me fui introduciendo en los principios de la psicoterapia cognitiva comportamental a través de la práctica y la bibliografía.

Comenzaba a preguntarme si los conocimientos y experiencias que había incorporado en Estados Unidos serían aplicables cuando regresara a Argentina, y de ser así, cómo resultaría tal aplicación en nuestro contexto, ya que tenemos características culturales similares a las de los norteamericanos en algunos aspectos, y muy distintas en otros. Debía además realizar un cambio, al pasar de una terapia basada en la asociación libre (como la había practicado antes en Argentina) a otra focalizada, con tareas a realizar entre sesiones, y con una participación más activa por parte del paciente y del terapeuta. Fue así que en 1990 comencé a investigar el tema, realizando en primer lugar una revisión bibliográfica acerca de los patrones básicos de las culturas norteamericana y latina, del concepto del pensamiento tácito en la cultura y su influencia en la expresión de las emociones, al mismo tiempo que iba realizando la evaluación de una muestra clínica con pacientes argentinos, con el fin de explorar cuáles serían los elementos a tener en cuenta para adaptar la Psicoterapia Cognitiva Comportamental, como se propone en manuales y textos de origen americano, a

nuestro grupo de pacientes, *a fin de explorar y evaluar las modificaciones en la técnica y en los instrumentos que respondieran a nuestras características culturales.*

La psicoterapia cognitiva es aplicable a numerosos cuadros psicopatológicos. Con el fin de acotar la investigación, consideré que era conveniente estudiar la adaptación del método de la psicoterapia cognitiva en casos de depresión y ansiedad, pues, por razones de tiempo y de recursos, era imposible extender tal investigación a otros cuadros, ya que íbamos a evaluar una muestra de veinte pacientes.

Al leer el texto de Jerome Bruner (1990) "Actos de Significado", veía que el autor exponía la implicancia de la cultura para la adaptación y el funcionamiento del ser humano, considerando a la cultura un producto de la historia más que de la naturaleza, además de tener un papel constitutivo para el hombre. Comenzaba a encontrar una respuesta a mi pregunta acerca del rol que tiene la cultura en nuestra forma de evaluar las situaciones, de compartir experiencias, de atribuir significado a nuestras emociones, cuando Bruner decía "La participación del hombre *en* la cultura y la realización de sus potencialidades mentales *a través* de la cultura hacen que sea imposible construir la psicología humana basándonos sólo en el individuo" (pág. 28). Asimismo, Bruner me planteaba una segunda propuesta: "Dado que la psicología se encuentra tan inmersa en la cultura, debe estar organizada en torno a esos procesos de construcción y utilización del significado que conectan al hombre con la cultura ... En virtud de nuestra participación en la cultura el significado se hace público y compartido. Nuestra forma de vida, adaptada culturalmente, depende de significados y conceptos

compartidos, y depende también de formas de discurso compartidas que sirven para negociar las diferencias de significado e interpretación” (pág. 29). Además, advertía que Bruner pensaba que la psicología popular se encontraba enraizada en un lenguaje y una estructura conceptual compartida de la que estaban impregnados las creencias, los deseos y los compromisos.

De manera que si somos individuos que desde el nacimiento nos vemos sumergidos en un determinado contexto cultural, habremos de estar influidos por el sistema, al tiempo que intercambiaremos y modificaremos el contexto; es como entrar en escena en una obra de teatro ya comenzada, es decir que ingresamos a una cultura preexistente. La cultura es dinámica, va cambiando en el tiempo, y algunos aspectos se preservan en tanto que otros van cambiando, y vamos realizando intercambios tácitos. Una concepción dinámica nos previene de caer en el reduccionismo de pensar que seríamos seres pasivos que por hablar el mismo lenguaje o pertenecer a la misma cultura, compartiríamos los mismos conocimientos. Es decir que estamos “situados” en un contexto socio-cultural e histórico, a través de múltiples actividades compartidas cotidianamente en forma dinámica.

La Psicoterapia Cognitiva Comportamental, surgió en Estados Unidos en las décadas de 1960 y 1970, continuando su desarrollo hasta el presente; apareció en un contexto en el cual, como expondremos, se buscaba un alivio sintomático del paciente y la resolución de problemas en la psicoterapia, así como manejarse asertivamente, tomar decisiones, aumentar o recuperar el rendimiento y la autonomía, todo ello con la participación activa del paciente. Me surgieron entonces algunas preguntas, como las siguientes: ¿Podremos aplicar los

lineamientos propuestos en los textos de psicoterapia cognitiva en nuestro contexto sociocultural, del mismo modo que en ellos se plantean?; ¿Responderán los pacientes argentinos de la misma forma que lo hacen los pacientes norteamericanos?; ¿Compartirán nuestros pacientes la propuesta?; ¿Cuál será nuestra actitud como terapeutas?; ¿Se puede aplicar un método sin sensibilidad cultural?.

En Argentina se realiza escasa investigación en psicoterapia, y los estudios llevados a cabo son parciales y muchas veces poco confiables. Tradicionalmente hemos importado conceptos de numerosas escuelas de psicoterapia, y rara vez nos hemos preguntado cómo vamos a aplicar tales conceptos en nuestra población, teñida de rasgos culturales semejantes en algunos aspectos a los de las poblaciones a quienes fueron dirigidos originalmente, y al mismo tiempo diferentes, con expectativas basadas en otros sistemas de valores, o con diferencias en la atribución de significados, en la expresión y valoración de las emociones, y aún más, en el significado que puede tener un tratamiento psicoterapéutico en la vida de una persona.

Mi experiencia previa, obtenida a través de una formación de grado y posgrado centrada básicamente en la teoría psicoanalítica, así como mi experiencia personal del método psicoanalítico basada en la asociación libre se vio transformada al tener acceso a los principios de la Terapia Cognitiva. En el psicoanálisis el contenido cognitivo ocupa un lugar indirecto o secundario, pues desde este punto de vista el sujeto está condicionado por las pulsiones, y su forma de atribuir significado está relacionada con el conflicto básico entre el deseo pulsional y la defensa. A través del método de la asociación libre, se

realizará una introspección que conducirá al auto-conocimiento, el cual se constituye en el objetivo más importante. De allí que los resultados de una psicoterapia no tengan un valor prioritario, sino que lo trascendente es lograr el insight, es decir darse cuenta de cómo esos conflictos intrapsíquicos afectan el funcionamiento de la persona.

Ahora bien, ¿Cuál fue el impacto que me produjo la Terapia Cognitiva?

Desde el punto de vista de la Psicoterapia Cognitiva el sujeto deja de ser considerado pasivo, se lo considera un sujeto activo en el procesamiento de la información, capaz de reflexionar, de realizar nuevas atribuciones de significado a través de la reformulación cognitiva, así como de tener nuevas experiencias, ya que los cambios cognitivos redundarán en modificaciones comportamentales y afectivas. La cognición pasa a ocupar un primer plano, basados en el paradigma de Epícteto, que decía que "los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que hacen de ellas".

A continuación realizaré una breve descripción de aquellos conceptos que considero sobresalientes en el modelo cognitivo de la psicoterapia.

El Modelo Cognitivo de la Psicopatología

El modelo de la Psicoterapia Cognitiva reconoce que cognición, afecto y conducta están íntimamente relacionados, y que el ánimo influye sobre la cognición, así como la cognición influye sobre el ánimo. Asimismo, la cognición influye sobre el comportamiento provocando en ocasiones situaciones de tensión, lo que a la vez activará nuevas cogniciones -muchas veces distorsionadas- y mayor malestar. El modelo enfatiza *el rol que tienen las cogniciones en el*

procesamiento de la información, especialmente en los trastornos emocionales, y las intervenciones se dirigen primariamente hacia los procesos cognitivos (Ellis, 1962; Beck, 1976; Bandura, 1982). Vemos cómo el modelo se va diferenciando del psicoanálisis, pues el procesamiento cognitivo pasa a tener un primer plano.

Una meta prioritaria de la terapia cognitiva es proveer al paciente de un alivio sintomático, ayudándolo a que aprenda a detectar y desafiar aquellos *pensamientos o imágenes automáticas*, que tanto lo perturban. También se necesita mantener una *focalización* en la psicoterapia, destinada a reestructurar las actitudes disfuncionales y el sistema de creencias, que son los responsables de sus pensamientos automáticos. De manera que se mantiene una estructura y una dirección, que va posibilitando obtener un orden en el caos que aqueja y desorganiza al paciente, a través de la búsqueda de objetivos que faciliten la resolución de los problemas.

La terapia cognitiva se puede aplicar a una variedad de síndromes como la depresión, para cuyo tratamiento se diseñó originalmente (Beck et. al., 1979), y también en otros trastornos, con adaptaciones que fueron realizándose posteriormente, tales como: Trastornos por ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos psicosomáticos, discordancia matrimonial, trastornos de la alimentación, adicciones, aprender a manejar la ira y diversas dificultades de la infancia (Freeman et. al., 1989).

Como lo iremos describiendo en el transcurso de este trabajo, la psicoterapia cognitiva parte de ciertos conceptos básicos como son *los pensamientos automáticos, los esquemas o supuestos subyacentes y las distorsiones cognitivas*. Los pensamientos automáticos se consideran un nivel superficial de

cognición, que pueden traerse fácilmente a la conciencia tanto por el clínico como por el paciente. En general, las experiencias se van acumulando y asimilando de una manera particular en cada individuo, constituyendo los llamados *perfiles cognitivos* (Beck, 1976). Así, las personas deprimidas tienen pensamientos negativos acerca de sí mismos, su mundo y su futuro, y una temática particular basada en la culpa, la desvalorización, la derrota, las carencias o privaciones, la incompetencia, la soledad y la desesperanza. Otros trastornos se caracterizan por un perfil cognitivo diferenciado; por ejemplo, los pacientes con trastorno por ansiedad frecuentemente experimentan pensamientos relacionados con el peligro percibido o con situaciones amenazantes.

Los *pensamientos o imágenes* se consideran "automáticos" porque aparecen en la mente en forma espontánea, con gran rapidez, y pasan desapercibidos, excepto que el paciente aprenda a monitorearlos. Reflejan la evaluación subjetiva de la situación más que la situación real objetiva, y afectan directamente las respuestas emocionales y comportamentales del paciente. Estas respuestas son desadaptadas por las distorsiones y exageraciones de los pensamientos automáticos y aparecen por la activación de esquemas disfuncionales (Robins y Hayes, 1993).

Los *esquemas* son modelos internos o aspectos del Self y del mundo a través de los cuales el sujeto percibe, codifica y rememora o recuerda la información. Se desarrollan en el transcurso de numerosas experiencias particulares y son adaptativos en tanto facilitan un procesamiento de la información eficiente. Vemos que el lenguaje de la Psicoterapia Cognitiva está influido por el desarrollo de la informática, característica de nuestra época. La teoría cognitiva de la

psicopatología sostiene que las personas con trastornos emocionales tienen esquemas particulares que los llevan a percibir las situaciones en términos de pérdida, de peligro o de otros tipos de amenazas al Self. Los esquemas permanecen adormecidos o latentes la mayor parte del tiempo y se activan ante la ocurrencia de ciertos eventos estresantes de la vida o durante estados anímicos negativos. Una vez activados, estos esquemas dominan la percepción del individuo ante nuevas situaciones, manteniendo su estado emocional.

Las *distorsiones cognitivas* constituyen el enlace entre los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos. Cuando se incorpora nueva información o se procesan ciertos recuerdos, a menudo la información se distorsiona a partir de los esquemas más relevantes. Las distorsiones cognitivas más frecuentes son el *pensamiento dicotómico*, *la sobregeneralización*, *la abstracción selectiva*, *la personalización*, *la lectura de la mente*, *los pensamientos catastróficos*, *la minimización* y *la maximización*. Estas distorsiones se pueden separar conceptualmente pero cualquier pensamiento puede reflejar más de una distorsión cognitiva, como lo evaluaremos en los capítulos siguientes.

La psicoterapia cognitiva es muy rica en conceptos y herramientas clínicas, ya que ha integrado principios de la psicoterapia psicodinámica, del aprendizaje social y de la psicoterapia existencialista. Me parecía interesante el cambio que proponía en cuanto a la dirección de la psicoterapia, el rol activo del terapeuta y del paciente, y la búsqueda de metas que ayudaran al alivio de los consultantes. Veamos ahora en qué consiste el cambio desde la perspectiva cognitiva.

Componentes de la Terapia Cognitiva Asociados al Cambio

De acuerdo a los preceptos concebidos por Beck (Beck, 1976; Beck et. al. 1979; Beck y Emery, 1985) los efectos de la terapia cognitiva resultan de intervenciones destinadas a identificar las conceptualizaciones distorsionadas, probarlas en la realidad y corregirlas, para luego descubrir los esquemas disfuncionales subyacentes.

Cuenta con dos métodos: Concretos y abstractos. Los métodos concretos se focalizan en enseñarle al paciente a probar sus hipótesis examinando creencias específicas, probando en la realidad tales creencias y practicando la prueba de las hipótesis en ejercicios realizados entre-sesiones. Los métodos abstractos tienen por objetivo explorar los significados profundos de sus pensamientos (supuestos subyacentes) y trabajar en el contenido de las sesiones de psicoterapia (Robins y Hayes, 1993). Uno y otro se complementan. Por ejemplo, en el caso de la depresión, los investigadores descubrieron que los métodos concretos actúan sobre el cambio de ánimo, en tanto que los abstractos no lo hacen. Además, descubrieron que los pacientes mostraban cambios en sus pensamientos automáticos negativos al final de cada sesión, y mejoría en sus síntomas depresivos al final del tratamiento.

Desarrollos Recientes en Terapia Cognitiva

Los nuevos desarrollos en terapia cognitiva son más sofisticados, pero mantienen el marco conceptual que enfatiza el rol de los esquemas disfuncionales, con los aportes de Mahoney (1993), Safran y Segal (1991),

Güidano y Liotti (1983), entre los más importantes. Fundamentalmente apuntan a lo siguiente:

- a) Realizar una distinción entre esquemas centrales y periféricos;
- b) Evaluar el rol de los procesos defensivos en la evitación del material relacionado con el esquema;
- c) Se enfatiza la exploración de la relación terapéutica y las relaciones interpersonales del paciente en general;
- d) Se enfatiza el rol que tiene una mayor expresión afectiva en la detección y modificación de esquemas disfuncionales;
- e) Se enfatiza la exploración de las experiencias del crecimiento que pudieron ser significativas en el desarrollo de esquemas desadaptados.

Se desprende que la terapia cognitiva ha ido evolucionando, incorporando el rol activo del sujeto en la construcción de la realidad a la que responde (constructivismo) y adaptándose a las necesidades de las distintas poblaciones de pacientes ... y terapeutas. Es un paradigma integrador y abierto que puede asimilarse y combinarse con otras líneas de psicoterapia, también abiertas o no dogmáticas.

Objetivos de Nuestra Investigación

Toda modalidad terapéutica surge en determinado contexto y en determinado tiempo. La Psicoterapia Cognitiva surgió con el fin de dar solución a las dificultades y limitaciones que presentaban otros abordajes psicoterapéuticos, y responde en buena medida a los requisitos que hoy se esperan de una psicoterapia:

Focalización, tiempo limitado, alivio sintomático, eficacia, recuperación del rendimiento, y cambios perdurables.

Surge originalmente en Estados Unidos y sus conceptos se extienden y adoptan rápidamente en numerosos países europeos y latinoamericanos. Aunque su difusión y propagación ha sido rápida, no he tenido acceso a investigaciones en las que se haya planteado de qué forma se aplica en cada contexto socio-cultural, o antecedentes en los que surgiera la pregunta acerca de si serían necesarias modificaciones o adaptaciones al contexto en el que se va a aplicar este modelo de psicoterapia. Pareciera existir un divorcio entre la Psicología Transcultural y la Psicología Clínica, ya que generalmente no entrecruzan investigaciones o ponen excesivo énfasis en las pautas ambientales y culturales, o en los procesos de introspección, llegando a conclusiones un tanto reduccionistas. Cada día se torna más inadecuado y limitante estudiar a los sujetos en los laboratorios, ya que la cognición debe estudiarse *situada* en un contexto socio-cultural, a través de las múltiples actividades que se comparten momento a momento.

Se han realizado muchas investigaciones sobre la Psicoterapia Cognitiva en Estados Unidos, y continúan realizándose. En el ámbito clínico, se han estudiado numerosas adaptaciones para responder a la mayoría de los cuadros psicopatológicos, y cuenta con la adhesión de un gran número de profesionales que la incorporaron a su actividad terapéutica, ya sea como línea predominante en su práctica clínica, o en forma combinada o ecléctica con otras líneas. Obviamente no es una línea que ofrezca solución a todos los problemas de la Salud Mental, ya que cada abordaje es más eficiente si tiende a ser más

específico. Cada modelo terapéutico realiza su contribución, lo que permite una selección sistemática del tratamiento que responda mejor a los requerimientos de cada paciente.

Nuestro llamado responde a que tanto la línea cognitiva como otras líneas de psicoterapia que van surgiendo, se aplican y se investigan originariamente en contextos diferentes, y por lo tanto requerirán adaptaciones que respondan a las características culturales de las poblaciones en las que se han de aplicar, sin modificar sus principios teóricos básicos. Nuestra propuesta tiene la intención de rescatar la incidencia de las *teorías implícitas* y la emoción en los procesos culturales, buscando enlaces que eviten la reducción de la mente al terreno individual, por un lado, o al grupo social por el otro.

Para determinar cuáles son las adaptaciones y modificaciones más importantes de la terapia cognitiva en Argentina, procederemos a estudiar las metas para una empatía individual y cultural (Ivey et. al., 1987), los aspectos que hacen al concepto de la sensibilidad cultural basados en la psicología transcultural (Rogler, 1989), así como el pensamiento implícito y la emoción en la cultura (Rodrigo et. al., 1996; Ellsworth, 1994). Compararemos diversos síndromes psicopatológicos evaluados por distintas investigaciones transculturales (Sartorius, 1983/1987; Ohara e Iwai, 1972), así como las variables sobresalientes que hacen a la cultura norteamericana y la argentina, tales como el análisis de los valores, la vida social y familiar, las relaciones sociales, los patrones de pensamiento, la percepción del mundo, el concepto y uso del tiempo y la concepción del Estado (Aguinis, 1988; Ardila Espinel, 1982; Hareven, 1987; Loprete, 1985; Luedtke, 1987; McGiffert,

1964), a fin de descubrir los intrincados caminos en los que los individuos compartimos y distribuimos los procesos cognitivos momento a momento.

Método

Luego procederemos a evaluar la metodología a aplicar para especificar las variables que deberían tenerse en cuenta en la adaptación del método de la psicoterapia cognitiva.

Realizamos la investigación con una muestra de veinte pacientes, que respondían a los diagnósticos de depresión y ansiedad, tratados en una institución sin fines de lucro, en consultorios externos. En la primer etapa realizamos una tarea de observación, a fin de evaluar qué variables eran las que hacían a la adaptación cultural de la psicoterapia cognitiva en nuestro contexto, por medio de desgrabaciones de todas las sesiones que manteníamos con los pacientes. Pudimos sintetizar las variables en doce ítems, que iremos desarrollando en los sucesivos capítulos, al mismo tiempo que los fuimos comparando con desgrabaciones de sesiones obtenidas de un centro de investigación de Estados Unidos, así como con sesiones que se publican en los distintos textos, a fin de explorar los puntos comunes y las diferencias. Las variables más importantes son las siguientes:

- Motivo de Consulta
- Establecer la agenda al principio de la sesión
- Focalización en el problema
- Producción verbal
- Relaciones familiares

- Grado de autonomía
- Valoración del vínculo terapéutico
- Evaluación de las emociones
- Tarea para la casa, entre sesiones
- Lectura del material bibliográfico
- Duración del tratamiento
- Influencia del psicoanálisis

Hemos observado que las diferencias entre las culturas norteamericana y argentina no se limitan a cuestiones ambientales, sino que se extienden a las atribuciones de significado que cada cultura otorga a sus valores, a los vínculos interpersonales, y al valor del tiempo, de acuerdo a los perfiles de pensamiento tácito. Vemos que por sobre todo existen más tendencias comunes en ambas culturas que diferencias irreconciliables. El objetivo fue poner el acento en estudiar las diferencias a fin de *evaluar las modificaciones en el método que pudieran contribuir a una aplicación más efectiva y sensible de este abordaje integrador en nuestra población.*

La sensibilidad cultural, tanto en el terreno de la investigación como en la clínica, significa un esfuerzo incesante y continuado para calibrar y regular los componentes culturales en todas las fases del proceso de investigación, así como en la aplicación de las técnicas clínicas en el proceso terapéutico. Nos conduce a explorar la relación entre el área social y el área cognitiva, buscando una verdadera interacción entre ellas, y así adaptar los métodos a las personas y no las personas a los métodos.

PRIMERA PARTE



El Paradigma de la Psicoterapia Cognitiva

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

PSICOTERAPIA COGNITIVA: Perspectiva Histórica

Los orígenes filosóficos de la psicoterapia cognitiva se remontan a los filósofos estoicos: Epícteto, Séneca, Cicerón, Marco Aurelio. Epícteto escribió que "los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que hacen de ellas". También se basa en las filosofías orientales: taoísmo, budismo, que subrayaron que las emociones humanas están basadas en las ideas y que el control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio de ideas.

Sus autores más importantes y originales fueron Albert Ellis y Aaron T. Beck. Analizaremos sus propuestas, las que nos permitirán tener un panorama general acerca de los antecedentes de este abordaje y sus fundamentos teóricos.

La psicoterapia Racional-Emotiva

Su creador, Albert Ellis, se entrenó originalmente en psicoanálisis, tanto en el análisis didáctico como en los estudios de la obra de Freud (Ellis, 1962).

Ellis comenzó a tener sus reservas en cuanto a la teoría freudiana de la personalidad. En su libro "Reason and Emotion in Psychotherapy" (1962), dice lo siguiente:

"Desafortunadamente, el milagro de la terapia profunda, que yo esperaba confiadamente lograr a través del procedimiento analítico, nunca se pudo materializar" (pág. 4). Observaba en sus pacientes mejorías interesantes como resultado del análisis, pero algo no funcionaba; había serias resistencias con

respecto al método psicoanalítico y a la asociación libre (en el verdadero sentido del término), y no los podía aplicar a todos los pacientes. Algunos analizandos soñaban profusamente, mientras que otros raramente lo hacían y a menudo se olvidaban de lo que habían soñado. También se quejaban amargamente de que el analista no hacía nada para ayudarlos, lo cual era interpretado como sus resistencias a la relación transferencial y a sentirse mejor. El analista a menudo los convencía acerca de sus resistencias, pero Ellis comenzaba a dudar acerca de la eficacia del método analítico.

Poco a poco Ellis fue introduciéndose en nuevos tipos de análisis neofreudianos, en psicoterapias de orientación psicoanalítica, como las de Ferenczi, Rank y las de los norteamericanos Horney y Sullivan, entre otros. Sus conceptos eran interesantes y estimulantes, ya que se trataba de psicoterapias más directivas, de menor duración y que ayudaban al "insight" del paciente, pero debía admitirse que a pesar de que los pacientes presentaban una mejoría, no lograban disminuir su ansiedad y hostilidad. Entre 1952 y 1955 Ellis trabajó con esta orientación más "superficial", por así llamarla, con efectos aparentemente profundos y duraderos, pero aún no estaba conforme con los resultados obtenidos ya que pocos pacientes se "curaban" realmente, en el sentido de reducir al mínimo el nivel de ansiedad y de hostilidad.

El autor comenzó a darse cuenta de que el "insight" por sí sólo no llevaba al individuo a superar sus profundos temores y hostilidades, sino que además necesitaba un alto grado de acción para combatir el miedo y la rabia. Demostraba a sus pacientes los orígenes de sus temores y trataba de "hacerles ver que ya no necesitaban temer a ciertas cosas como por ejemplo el rechazo de los padres, sin

importarles cuánto les habían temido alguna vez sino también, y como lo más importante, traté de alentarlos y conducirlos a hacer las cosas que temían, como tomar el riesgo de ser rechazados por sus padres o por otras personas, de modo que pudieran ver más concretamente que esas cosas no eran temibles en realidad" (pág. 11).

Luego ordenó sus conocimientos filosóficos y psicológicos de una manera diferente, concluyendo que los seres humanos no son como los perros de Pavlov, ya que tienen un atributo que ningún otro ser viviente tiene: el lenguaje y la producción de símbolos que conlleva el lenguaje. Entonces vio claramente que los pacientes no sólo aprendían a temer a las palabras, los pensamientos y los gestos de los demás a través de sus padres, de otra gente y de los medios masivos de comunicación de la sociedad, sino que también por la facilidad del lenguaje, o sea la habilidad de hablar con otros y consigo mismo, aprendían a temer a sus propios auto-señalamientos y auto-conversaciones. Esta doble narración, la de los demás y la propia, en la mayoría de los casos, constituía su neurosis.

Gradualmente, Ellis tomó un rol más activo en la terapia, atacando la lógica del paciente, sus *creencias irracionales* -como las llamaba- y prescribiendo tareas para realizar entre sesiones.

Surge así la terapia *Racional-Emotiva* (Ellis, 1961), pionera de las terapias cognitivas, aunque el método de Ellis puede considerarse más amplio y ecléctico que otras propuestas cognitivo-conductuales.

La teoría de la Psicoterapia Racional-Emotiva

Muchos de los principios incorporados en la teoría de la psicoterapia racional-emotiva no son nuevos; algunos aparecieron miles de años atrás, especialmente en el pensamiento de los filósofos estoicos griegos y romanos, como Epícteto y Marco Aurelio (Ellis, 1962).

Lo nuevo y original de este abordaje psicoterapéutico son sus puntos de vista y los diferentes contextos en los que se puede aplicar. El tema central de la terapia racional-emotiva es que el hombre es el único ser tanto racional como irracional. Sus trastornos emocionales y psicológicos son para Ellis el resultado de los pensamientos ilógicos; el sujeto puede deshacerse de su infelicidad emocional o mental si aprende a maximizar su pensamiento racional y minimizar su pensamiento irracional. Dice Ellis: "El psicoterapeuta podrá demostrarle al paciente que:

1. Sus dificultades resultan ampliamente de una percepción distorsionada y de un pensamiento ilógico;
2. Hay un método relativamente simple, que requiere trabajo, para reordenar sus percepciones y reorganizar su pensamiento, removiendo la causa básica de sus dificultades" (pág. 36).

Diferencias entre la Terapia Racional Emotiva y el Racionalismo

La terapia racional emotiva no es el único método terapéutico efectivo, pero es probablemente uno de los abordajes más integradores y efectivos. Las técnicas pueden utilizarse parcialmente, combinadas con otros métodos terapéuticos básicos. Pero debemos considerar un aspecto elemental, y es que no debe

confundirse el precepto racional-emotivo con el racionalismo filosófico clásico. En filosofía el racionalismo, según lo explica Ellis (1962), es básicamente un modo idealista y anti-empírico de ver el mundo, dado que sostiene que la razón o el intelecto son la verdadera fuente del conocimiento, restando importancia al conocimiento de los sentidos. En el racionalismo clásico subyace un absolutismo en el que la razón es la autoridad máxima y suprema que determina qué es lo verdadero y qué curso de acción es el que uno debería tomar en la vida.

Los racionalistas modernos, especialmente británicos y norteamericanos, tienen una visión diferente a la clásica, y es a esta corriente a la que se acerca la terapia racional emotiva. La posición filosófica es la siguiente:

- a) La razón y la lógica no contienen evidencia o verdad en sí mismas, pero son herramientas muy valiosas para distinguir lo verdadero de lo falso;
- b) La ciencia es intrínsecamente empírica y el conocimiento científico debe, en principio, confirmarse con alguna forma de experiencia humana. El método hipotético deductivo puede ser más productivo para el avance científico que una pura adhesión a métodos inductivos de razonamiento;
- c) El racionalismo es una posición filosófica, que significa oposición a todas las formas de supernaturalismo, espiritualismo, misticismo, revelación, dogmatismo, autoritarismo y anticientificismo;
- d) A pesar de que el ser humano no puede vivir sólo de la razón, puede mejorar su existencia y disminuir considerablemente sus conflictos pensando con claridad, en forma consistente, lógica y realista.

En consecuencia, la terapia racional emotiva no sigue ninguna posición racionalista clásica pura, sino una posición racional-humanista, enfatizando

especialmente la idea que la emoción humana no existe como una cosa en sí misma, no tiene supremacía sobre el comportamiento humano, no puede diferenciarse claramente de la ideación y es ampliamente controlable por los procesos del pensamiento.

Se opone a la teoría de que el hombre está inevitablemente atado a sus emociones primitivas -perpetrado siglos atrás por la filosofía judeo-cristiana y luego por Freud- y propone que las emociones y motivaciones de los humanos adultos que han crecido en una comunidad civilizada, consisten de actitudes, percepciones, creencias, suposiciones e ideas que adquirieron a través de un aprendizaje biosocial y que, por lo tanto, pueden reverse, cuestionarse, desafiarse, reconstruirse y cambiarse con la ayuda y esfuerzo del individuo.

La posición del terapeuta es flexible, no es determinista ni absolutamente libre, tomando la convicción de que el ser humano es el único ser que tiene la posibilidad, si invierte tiempo y esfuerzo en el presente, de cambiar y controlar su comportamiento futuro.

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Conceptos básicos

La orientación racional-emotiva se dirige más a los pensamientos que a los sentimientos y considera que el individuo se vuelve víctima de sus propios patrones de pensamiento equivocados e irracionales (Ellis, 1961, 1962). La tarea terapéutica está dirigida a corregir esos patrones distorsionados, ayudando al paciente a liberarse de sus ideas o creencias irracionales.

Si las creencias o suposiciones distorsionadas se mantuvieran, el sujeto inevitablemente sentirá hostilidad, inhibiciones, culpa, ansiedad, inercia y estará más a la defensiva.

El fundamento teórico está basado en que pensamiento y emoción no están separados, ni son procesos diferentes, sino que están interrelacionados. Así como sensación y movimiento no se pueden separar, lo mismo sucede con las emociones y los pensamientos. Alguien siente, se mueve, tiene sensaciones y piensa simultáneamente acerca de su problema.

La creencia de que las emociones no pueden controlarse y que además el malestar es inevitable es popular, pero Ellis manifiesta que ésto puede modificarse, a pesar de que raramente intentamos ponerlo en práctica (Ellis, 1971).

El terapeuta asume que una persona neurótica es potencialmente capaz, pero de algún modo o en algún nivel de su funcionamiento el sujeto no se da cuenta que está boicoteando sus propios objetivos. O bien es un individuo que entiende lo que le pasa y cómo se hiera a sí mismo, pero por alguna razón irracional, persiste en repetir comportamientos que lo sabotean. Ellis sintetiza el concepto del siguiente modo: "La neurosis parece consistir esencialmente en un comportamiento torpe realizado por una persona que no es torpe" (Ellis, 1962).

Las preguntas terapéuticamente más relevantes, asumiendo que los individuos con trastornos emocionales actúan de modo ilógico e irracional, son las siguientes:

- a) ¿Cómo comenzaron a pensar de modo ilógico originalmente?
- b) ¿Cómo perpetúan sus pensamientos irracionales?

c) ¿Cómo se los puede ayudar para que sean menos ilógicos?

El individuo debe sentir y pensar que sus decisiones son correctas, por ejemplo, cambiando las falsas creencias y por consiguiente el comportamiento. La premisa esencial es que sentimiento, pensamiento, emoción y comportamiento están en constante interrelación. La estrategia básica consiste en detectar el pensamiento irracional y cuando éste sea observado, trabajar directamente sobre el mismo, en forma concreta e inmediata.

Ellis propone una síntesis de creencias o ideas irracionales (“irrational beliefs”), que mencionamos a continuación (Ellis, 1962, 1971):

Idea No. 1: *La idea de que es una necesidad absoluta para un adulto el ser querido o aprobado por casi todo el mundo y por todo lo que virtualmente haga.*

Idea No. 2: *La idea de que uno debería ser muy competente y adecuado en todos los aspectos posibles, para poder considerarse a sí mismo digno o meritorio.*

Idea No. 3: *La idea de que cierta gente es mala o tiene malas intenciones, incluyéndose uno mismo, y que todos deberían ser castigados severamente por sus malos actos.*

Idea No. 4: *La idea de que es terrible, horrible y catastrófico que las cosas no salgan del modo que a uno le gustaría.*

Idea No. 5: *La idea de que la infelicidad del ser humano tiene una causa externa y que la gente puede exiguamente controlar su tristeza o liberarse de sus sentimientos negativos.*

Idea No. 6: *La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debería hacer algo o bien angustiarse o torturarse ante la posibilidad de que ocurriese.*

Idea No. 7: *La idea de que es más fácil evitar el confrontarse con las dificultades y responsabilidades de la vida, en lugar de asumir otras actitudes más compensatorias o autodisciplinadas.*

Idea No. 8: *La idea de que lo más importante es el pasado en la vida de una persona, y que si algo nos afectó mucho alguna vez, ésto sucederá indefinidamente.*

Idea No. 9: *La idea de que la gente y las cosas deberían ser diferentes de como son en realidad, y que es una calamidad si no se encuentran soluciones perfectas e inmediatas para afrontar las realidades de la vida.*

Idea No. 10: *La idea de que la felicidad suprema se puede lograr por inercia o sin ningún esfuerzo o bien disfrutando pasivamente lo que recibimos, sin asumir ningún compromiso.*

Idea No. 11: *La idea de que uno debería depender de otros o contar con alguien más fuerte en quien apoyarse.*

Estas ideas no son únicas o definitivas, sino que sintetizan los alcances de los principales errores de pensamiento o "ideas irracionales".

La meta u objetivo más importante es el de aliviar el sufrimiento del paciente, reemplazando las estructuras cognitivas irracionales y/o disfuncionales por otras más adaptadas a la realidad y más funcionales, cambiando de este modo la percepción del mundo.

Aclaremos que Albert Ellis se expresa muy coloquialmente para esclarecer sus preceptos, y que las traducciones tratan de reflejar su forma de expresión genuina.

La Teoría A-B-C de la Personalidad

Tal vez la contribución más importante de Ellis es su teoría "A-B-C" de la personalidad, cuyo patrón transcribimos (Ellis, 1962):

- A. Los hechos objetivos, eventos, conductas o comportamientos que un individuo afronta.
- B. La creencia de la persona acerca de A.
- C. La consecuencia emocional, es decir cómo la persona se siente acerca de A.

Generalmente la mayoría de las personas tienden a considerar que A causa C, o sea que los hechos producen consecuencias emocionales por sí mismos. Ellis considera ingenua esta ecuación, ya que considera que son los procesos intermedios, o sea lo que la gente "piensa" acerca del evento, los que determinan cómo se sienten.

Por ejemplo un paciente fue a jugar al golf con un grupo de compañeros, y se sintió rechazado. El paciente asumió que él no les había caído bien, por lo cual se sintió rechazado y angustiado.

Veamos ahora la propuesta "A-B-C" que Ellis esboza:

- A) El hecho o evento desencadenante es que los compañeros lo rechazaron. Asumamos que fue así y que el paciente observó esa actitud.
- B) Es lo que el paciente se dijo a sí mismo mientras jugaba al golf con ellos: "¿Por qué me rechazan? ¿Por qué les disgusto?", "Debe haber algo en mí que produce rechazo".
- C) La consecuencia emocional es que el paciente se siente mal y angustiado, y continúa pensando que la situación no puede cambiar, sintiéndose cada vez más inhibido.

Retengamos el proceso intermedio que figura en el punto **B**.

El Método de la Psicoterapia Racional-Emotiva

Para realizar una intervención efectiva en el pensamiento circular, perseverativo, repetido del paciente, a menudo se requiere un rol más activo del terapeuta, trabajando sobre las cogniciones falsas y ayudándolo a encontrar soluciones alternativas eficaces para resolver sus problemas, disminuyendo los efectos perniciosos de sus sabotajes.

Esto no quiere decir que no aparecerán resistencias genuinas en el proceso terapéutico como sucede con toda otra técnica. La propuesta para el terapeuta es la de mantenerse activo, contrarrestando las defensas del paciente y demostrándole que puede sentirse mejor. Las siguientes son algunas de las técnicas sugeridas:

Aprender a detectar y manejar los pensamientos irracionales, por ejemplo "me siento rechazado", "no encuentro nada positivo en mí", "nada va a cambiar". Algunos señalamientos como encontrar evidencia a sus ideas fijas, o buscar otros modos evaluarse a sí mismos, o pensar qué es lo más productivo que podrían hacer, ayudarán a su progreso. Si bien algunos pensamientos son reales, la posición del terapeuta será la de guiarlos de una postura de desesperanza a otra más activa para resolver el problema.

Reconocer la conexión entre las ideas irracionales, las emociones y la conducta. La base es que no es el evento en sí mismo el que produce el problema, sino el modo en que pensamos acerca del evento, el modo en que interpretamos el mundo. En este sentido la intervención se realiza a nivel didáctico, educativo. El