



Facultat de Psicologia
 Departament de Personalitat, Avaluació
 i Tractament Psicològics

LA TÉCNICA DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Arturo Bados y Eugeni García Grau

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
 Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona

15 de abril de 2010

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
BASES TEÓRICAS DE LA RC	3
IDENTIFICACIÓN DE COGNICIONES	7
Identificación de supuestos y creencias	10
JUSTIFICACIÓN DE LA RC.....	12
CUESTIONAMIENTO DE LAS COGNICIONES DESADAPTATIVAS	15
CUESTIONAMIENTO VERBAL DE LAS COGNICIONES DESADAPTATIVAS	16
Examinar las pruebas de un pensamiento negativo.....	17
Examinar la utilidad de un pensamiento negativo.....	21
Examinar qué pasaría realmente y qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto	22
Extraer las conclusiones pertinentes.....	25
Aspectos a considerar a la hora del cuestionamiento verbal	26
Actividades entre sesiones	29
CUESTIONAMIENTO CONDUCTUAL DE LAS COGNICIONES DESADAPTATIVAS	32
CUESTIONAMIENTO DE LOS SUPUESTOS Y CREENCIAS	37
DIFICULTADES EN LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y SOLUCIONES	40
TABLAS	51
REFERENCIAS	62

INTRODUCCIÓN

En un sentido estricto, la **terapia cognitiva incluye** aquellas técnicas que se centran directa y primariamente, aunque no exclusivamente, en las cogniciones (verbales y/o en imágenes) de los clientes para modificar estas y las emociones y conducta manifiesta que, se supone, regulan. No se incluyen aquí, pues, las técnicas que presuponen mecanismos de cambio cognitivo, pero que no se centran en los componentes cognitivos *per se* (p.ej.: modelado participante). **Ejemplos de técnicas cognitivas** son: reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, resolución de

problemas y detención del pensamiento. Sin embargo, hay grandes diferencias en los modelos teóricos que están detrás de estas técnicas.

Lo más frecuente hoy en día es **combinar las técnicas cognitivas y conductuales**, de modo que no hay tratamientos puros, sino tratamientos que asocian ambos componentes, aunque la importancia de cada uno de ellos es variable según los casos.

La reestructuración cognitiva (RC) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual. Sin embargo, **su aplicación no es nada fácil por varios motivos**. Para empezar, se requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar. Asimismo, se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente. Por último, la técnica no está tan pautaada como otras técnicas de modificación de conducta y, por sus propias características, no puede estarlo en la misma medida.

Ha sido frecuente hablar de las denominadas terapias de reestructuración cognitiva, dentro de las que se incluyen la terapia racional-emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (Bados, 2008; Carrasco, 1995; Carrasco y Espinar, 2008). Sin embargo, este último procedimiento no incluye lo que es la esencia de la reestructuración cognitiva –tal como será definida un poco más abajo– y las aproximaciones de Ellis y Beck son en realidad enfoques terapéuticos muy amplios que incluyen muchas técnicas aparte de la reestructuración cognitiva propiamente hablando. Naturalmente que puede argumentarse que estas otras técnicas son medios de conseguir un proceso de reestructuración cognitiva, pero en este sentido todo sería reestructuración cognitiva. Creemos, en cambio, que es preferible acotar el significado de esta última, en cuanto técnica y por ello, este trabajo tiene como objetivo ofrecer una conceptualización de la misma así como una descripción detallada de sus elementos constitutivos.

La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC **los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles**. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de **preguntas** y diseña **experimentos conductuales** para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

La RC, en combinación con otras técnicas (lo que se conoce como **terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual**), **se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos** en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar (en combinación con fármacos), trastornos de alimentación, trastornos somatomorfos (trastorno de somatización, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal), trastornos por abuso de sustancias, juego patológico, algunos trastornos de personalidad (p.ej., límite), trastorno negativista desafiante, insomnio, ira, agresión sexual, disfunción eréctil, conflictos de pareja, problemas de salud (p.ej., dolor, síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica) e ideas delirantes y alucinaciones. Por otra parte, la terapia cognitiva parece un tratamiento prometedor para otros problemas como los trastornos disociativos, los intentos de suicidio, el trastorno de déficit de atención, la fibromialgia y los acúfenos (Butler et al., 2006). Asimismo, la terapia cognitiva también se ha aplicado a problemas que no se ciñen a una categoría diagnóstica, sino que subyacen a diversos trastornos psicológicos; por ejemplo, evitación del afecto, baja autoestima y problemas interpersonales) (Bennet-Levy, Butler et al., 2004; Harvey et al., 2004).

Aunque la RC se considera una técnica útil en el tratamiento de estos problemas, **saber si la adición de la misma** al programa de intervención resulta beneficiosa o no es algo que no está claro. En muchos trastornos aún no se ha investigado o se ha hecho poco, mientras que otros (trastornos de ansiedad, depresión mayor) no parece que el empleo de la RC aumente la eficacia de las técnicas conductuales (Longmore y Worrell, 2007); sin embargo, puede favorecer la aceptación inicial de tratamiento y reducir los abandonos del mismo. Por otra parte, si bien falta investigación empírica, **posibles limitaciones** en el empleo de la reestructuración cognitiva serían la presencia de limitaciones intelectuales, déficits de memoria y depresión melancólica grave.

BASES TEÓRICAS DE LA RC

La RC se basa en ciertos presupuestos teóricos:

- a) **El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen.** En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Imaginemos que quedamos con un nuevo conocido que nos gusta y este no ha aparecido al cabo de media hora. Si nuestra interpretación es que no lo interesamos, nos sentiremos tristes y no volveremos a establecer contacto; pero si pensamos que la tardanza se debe a un imprevisto o a una confusión de hora, nuestra reacción emocional y conductual será muy diferente. Por otra parte, afecto, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.
- b) **Se pueden identificar las cogniciones de las personas** a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a las mismas.
- c) **Es posible modificar las cogniciones de las personas**, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado modelo **A-B-C** por algunos autores (p.ej., Ellis, 1979a). Las tres letras se refieren a lo siguiente:

A se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real. Por ejemplo, ser criticado por una persona muy querida o fracasar en una tarea importante tal como el tratamiento del primer paciente.

B se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no. La palabra cogniciones puede hacer referencia tanto al contenido de la cognición como a los **procesos cognitivos**. Entre estos últimos se incluyen la percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación. Los supuestos y creencias que tiene una persona facilitan la ocurrencia de ciertos sesgos y errores en el procesamiento de la información tales como atención selectiva (p.ej., atender sólo a los fallos que uno comete), memoria selectiva (p.ej., recordar sólo las cosas negativas), sobregeneralización (p.ej., creer que tras un fracaso no se tendrá éxito con los pacientes posteriores) o pensamiento dicotómico (p.ej., pensar que la gente es buena o mala). Aparte de estos dos últimos, otros sesgos de interpretación pueden verse en la tabla 1.

Dentro del contenido, se han distinguido los siguientes tipos de cogniciones (Beck, 2005; Beck y Emery con Greenberg, 1985; Edelman, 1992; Rouf et al., 2004):

- **Productos cognitivos.** Son los pensamientos concretos que aparecen en situaciones externas o ante eventos internos en forma de autoverbalizaciones o imágenes y, que muchas veces, son automáticos e involuntarios. Son el resultado de la interacción entre los supuestos y creencias cognitivos (véase más abajo), los procesos cognitivos y los elementos situacionales. Son el tipo de cogniciones de más fácil acceso. Ejemplos serían el paciente agorafóbico que piensa que va tener un infarto cuando nota su corazón acelerado o el terapeuta que piensa algo de lo siguiente tras el fracaso en el tratamiento del primer paciente: “tengo que averiguar qué falló, para tomar las medidas oportunas” o bien “está claro que no valgo para terapeuta”.
- **Supuestos.** Son creencias condicionales que suelen expresarse como proposiciones del tipo si-entonces; p.ej., “si cuento cosas de mí mismo, se aprovecharán de mí”, “si intento cosas difíciles, seré incapaz de hacerlas”, “si cometo un error, significa que soy un incompetente”, “me pondré rojo y todo el mundo se reirá de mí”. Estos supuestos también pueden manifestarse a través de **normas** (p.ej., “no debo revelar muchas cosas de mí mismo”, “debo evitar cosas que sean muy complicadas”) y **actitudes** (“es terrible cometer un error”). Los supuestos condicionales están a medio camino entre los productos cognitivos y las creencias nucleares. Estas normas y actitudes están relacionadas con o derivan de presunciones condicionales. Así, la norma “no debo revelar muchas cosas de mí mismo” puede estar asociada a “si revelo cosas de mí mismo, la gente me hará daño”; y la actitud “es terrible cometer un error” puede derivarse de la presunción “si cometo un error, pensarán que soy un incompetente”.
- **Creencias nucleares.** Se trata de creencias incondicionales, duraderas y globales sobre uno mismo (p.ej., “soy vulnerable”, “soy incapaz”, “soy inferior”, “normalmente puedo manejar las dificultades”), los otros (p.ej., “la gente te manipula si puede”, “la gente es buena en el fondo, aunque a veces se equivoque”) y el mundo (p.ej., “el mundo es peligroso”). Representan el nivel cognitivo más profundo.

Se presentan a continuación **ejemplos de creencias y supuestos disfuncionales** agrupados por temas (Beck y Emery con Greenberg, 1985; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983; Clark, 1989):

- # **Tristeza:** a) para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga, b) para ser feliz, debo obtener la aprobación de todo el mundo en todas las situaciones, c) si cometo un error, significa que soy un inepto, d) no puedo vivir sin ti, e) si alguien se muestra en desacuerdo conmigo, significa que no le gusto, f) mi valía personal depende de lo que otros piensen de mí.
- # **Comunicación interpersonal:** a) uno debe siempre complacer a los otros, b) es infantil expresar los sentimientos positivos, c) ser criticado quiere decir que eres un inepto, d) las opiniones de uno no son tan valiosas como las de los otros, e) la gente no le aprecia a uno si se muestra desacuerdo con algo de lo que dicen, f) cuando alguien te dice que no a algo, es que no le importas.
- # **Aceptación:** a) no soy nada a no ser que me quieran, b) crítica significa rechazo personal, c) siempre hay que complacer a los demás.
- # **Competencia:** a) sólo hay ganadores y perdedores en la vida, b) si cometo un error, he fracasado, c) los éxitos de los demás quitan valor a los míos, d) tengo que hacer las cosas perfectamente, e) si algo no es perfecto, no es bueno.
- # **Responsabilidad:** a) soy el principal responsable de que los otros se lo pasen bien

cuando están conmigo, b) soy el principal responsable de cómo son mis hijos.

- # **Control:** a) soy el único que puedo solucionar mis problemas, b) tengo que mantener el control todo el tiempo, c) si intimo demasiado con alguien, me controlará.
- # **Ansiedad:** a) debo estar tranquilo siempre, b) es peligroso tener síntomas de ansiedad, c) las preocupaciones me ayudan a afrontar, d) pensar algo inmoral es tan malo como hacerlo.

Tanto los supuestos como las creencias nucleares forman parte del sistema de **esquemas o estructuras cognitivos**, los cuales son la forma en que la información es internamente organizada y representada en la memoria. Los esquemas incluyen elementos situacionales, sensoriales, fisiológicos, emocionales y conductuales junto con el significado que tienen para la persona. Al mismo tiempo determinan la forma en que vemos las cosas, es decir, influyen de modo fundamental en la información que la persona atiende, percibe, almacena y recupera y en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado (Bennett-Levy, Westbrook et al., 2004). Estos esquemas pueden ser más o menos específicos o generales según el número de situaciones con los que estén relacionados. Un esquema específico puede incluir la creencia “el terapeuta es siempre el principal responsable de que la terapia funcione o no”, mientras que uno más general podría incluir la creencia “soy responsable de prevenir cualquier daño que anticipe”.

Se cree que los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (muchas veces tempranas, pero no siempre; pueden aparecer por ejemplo tras un trauma) y **pueden permanecer latentes hasta ser activados por un evento significativo que interactúa con ellos**. Pongamos por caso el de una mujer joven cuyo padre muere repentina e inesperadamente a la edad de 40 años tras una breve historia de quejas somáticas raras y mal diagnosticadas. Esta persona puede desarrollar la creencia de que cualquier síntoma físico fuerte e inesperado puede llevar a una muerte súbita. Esta creencia puede tener poca influencia en sus emociones y conducta hasta que experimenta una sensación poco común tal como visión borrosa tras un exceso de trabajo o sensación de mareo debido a cambios hormonales. Estas sensaciones pueden activar la creencia y, como consecuencia, la mujer puede comenzar a estar preocupada por su salud, buscar repetidamente tranquilización médica e interpretar sistemáticamente sensaciones corporales inocuas de un modo catastrófico (Clark, 1989). Las creencias disfuncionales se mantienen por la influencia de sesgos de atención, interpretación y memoria.

C se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B. Por ejemplo, sentir miedo, temblar y salir corriendo al interpretar de modo amenazante la aparición de un perro que se aproxima ladrando. O bien sentirse triste y abatido al tomarse como un rechazo personal la no aceptación de una propuesta de cita. Emociones, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

Tal como se acaba de explicar, en el modelo A-B-C las cogniciones siempre preceden a la emoción. Sin embargo, la emoción puede existir por unos momentos sin cogniciones previas como cuando sentimos miedo o ira de repente al ver respectivamente como un coche ha estado a punto de atropellarnos o una persona nos ha dado un fuerte golpe. De todos modos, **se piensa que las cogniciones son necesarias para el mantenimiento de la emoción**. Si esto es así o bien las cogniciones simplemente potencian una emoción que tiene también otros factores que la influyen, es algo que está por dilucidar.

En resumen, una suposición básica en el empleo de la RC es que las cogniciones juegan un

papel importante en la explicación del comportamiento humano en general y de las alteraciones emocionales en particular. **No son los acontecimientos *per se* los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos.** En la **figura 1** puede verse una representación gráfica del modelo cognitivo (adaptado de Bados, 2008).

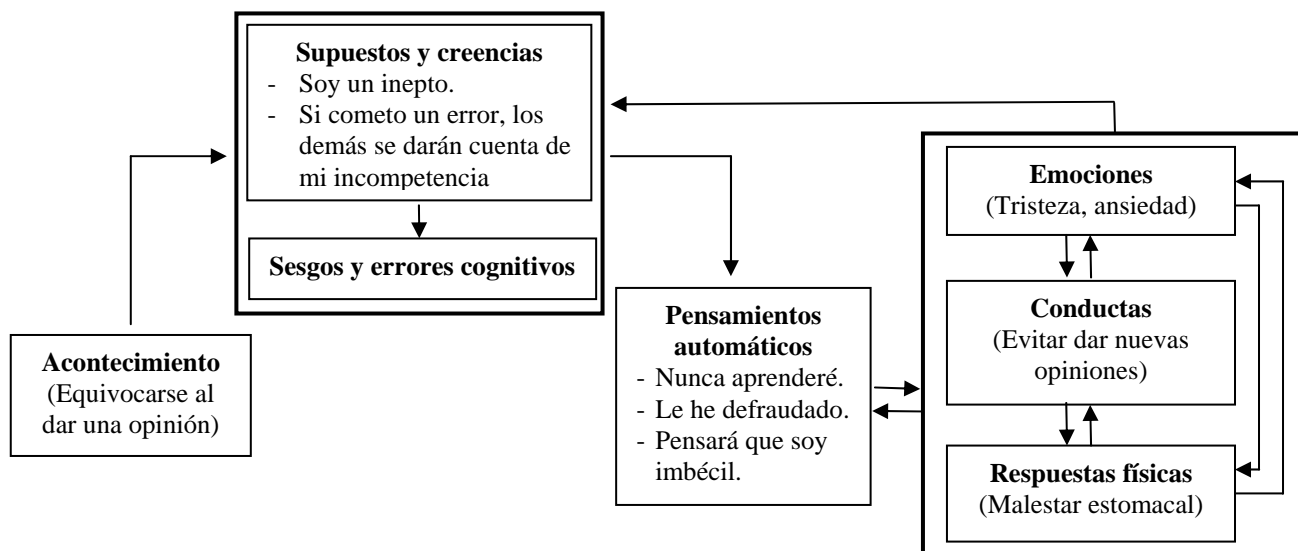


Figura 1. Modelo en que se basa la terapia cognitiva.

Sin embargo, **esto no quiere decir que las cogniciones tengan que ser siempre el factor fundamental en todos los casos ni que las reacciones afectivas no puedan preceder a las mismas**, exceptuando, claro está, la simple percepción del acontecimiento activador. Es muy plausible pensar que en muchas situaciones perturbadoras puede darse **en primer lugar una reacción afectiva automática** (p.ej., percepción y valoración automática de algo como amenazante o no) **seguida por un proceso controlado** en el que el cliente valora conscientemente si hay amenaza y si puede afrontarla, de modo que se siguen respuestas motoras, fisiológicas y emocionales, las cuales también se ven influidas por la reacción afectiva inicial (véase la **figura 2**). Así pues, la alteración emocional puede verse agravada por los factores cognitivos y estos contribuir a su mantenimiento. Al mismo tiempo, las cogniciones se ven influidas por las respuestas motoras, fisiológicas y emocionales en un **proceso de interacción recíproca** entre todos estos tipos de variables. En este proceso tampoco hay que pasar por alto la interacción de los factores ambientales con las variables anteriores.

Se han señalado algunos **problemas respecto al modelo cognitivo**: a) No se ha demostrado el papel “causal” de las cogniciones; estas podrían ser un simple correlato o una dimensión más entre otras (sentimientos, conductas, respuestas fisiológicas). b) No se sabe si la reducción de las cogniciones clave es o no el mecanismo crítico de acción de la terapia cognitiva. c) Terapias no centradas en modificar las cogniciones negativas consiguen el mismo cambio en estas que la terapia cognitiva. c) No todas las personas pueden acceder a las cogniciones que supuestamente mantienen sus problemas. Aparte de esto, gran parte del procesamiento cognitivo no es accesible a la conciencia. d) No siempre es posible modificar las cogniciones de una persona. e) El cambio cognitivo no siempre supone un cambio emocional. f) El papel de las emociones es minusvalorado; estas influyen mucho en cómo las personas estructuran cognitivamente sus experiencias (Rachman, 1997).

Problemas teóricos aparte, **en la RC el terapeuta ha de ayudar al cliente a**: a) identificar las cogniciones pertinentes, b) comprender el impacto de estas sobre las reacciones emocionales y conductuales, c) considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba, d) cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas, y e) modificar

estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado. Estas cogniciones alternativas deben ser al menos relativamente plausibles para el cliente y fáciles de recordar y utilizar.

El hecho de que en la RC las cogniciones inadecuadas sean cuestionadas no sólo verbalmente, sino también conductualmente (a través de la experiencia), pone de manifiesto que la técnica de la RC no sólo se basa en el sistema racional de procesamiento de la información, sino también en el sistema experiencial. Como ha señalado Epstein (1997/2002), el **sistema racional** es primariamente consciente, deliberativo, analítico, basado en conexiones lógicas, verbal y no emocional; codifica la realidad mediante palabras y números, es de procesamiento lento, adquiere experiencia activa y conscientemente, y cambia con facilidad ante argumentos y pruebas. El **sistema experiencial** es preconsciente, automático, holístico, basado en conexiones asociativas, dirigido a la acción y fuertemente ligado a las emociones; codifica la realidad mediante imágenes y metáforas, es de procesamiento rápido, adquiere experiencia pasiva y preconscientemente, y es lento y resistente al cambio.

Algunas personas **objetan a la RC** que si esta tiene éxito, se convertirán en seres fríos y racionales, carentes de emoción. Sin embargo, la RC no persigue controlar toda clase de emoción, sino sólo aquellas que son desadaptativas. Reacciones emocionales como la pena, tristeza, frustración, disgusto, enfado y ansiedad son adaptativas mientras no sobrepasen cierto punto, ya que motivan a las personas a cambiar ciertas condiciones para conseguir sus fines.

IDENTIFICACIÓN DE COGNICIONES

La identificación de cogniciones puede preceder a la justificación de la RC –como cuando se pide al cliente que registre diversos aspectos de su comportamiento en el proceso de evaluación inicial– o seguir a dicha justificación. **Si un cliente no ve la necesidad de explorar sus cogniciones**, será necesario proceder primero a emplear ejemplos relacionados o no con sus problemas que le hagan ver cómo las emociones y la conducta están influidas por lo que pensamos. Una cuestión importante a tener en cuenta es que la **identificación de pensamientos no es simplemente una fase inicial, sino un proceso continuo** que se prolonga a lo largo del tratamiento.

La identificación correcta de las cogniciones por parte del cliente requiere que este sea entrenado al respecto, lo cual incluye decirle que:

- **Muchos pensamientos son automáticos** e involuntarios y que pueden ser tan habituales y plausibles que escapan a la atención consciente, a no ser que se haga un esfuerzo para captarlos.
- **Se asegure de que ha identificado los pensamientos importantes** que producen el malestar emocional. Para ello, puede preguntarse a sí mismo si otras personas que pensarán eso se sentirían como él se siente.
- **Procure no confundir pensamientos y emociones**; “me sentí fatal” o “estoy nervioso” son estados emocionales, no pensamientos.
- **Escriba pensamientos concretos**; no hay que apuntar “quedaré mal” si lo que se piensa es “hablarán mal de mí y no me volverán a dirigir la palabra”.
- **Escriba cada pensamiento de forma separada**, en vez de los típicos largos párrafos de un diario personal.

- Las cogniciones pueden presentarse no sólo en forma de **pensamientos verbales**, sino también como **imágenes**. Por ejemplo, imaginar que uno se despeña con el coche o que tiene un infarto en la calle sin que nadie le ayude. Es infrecuente que los pacientes informen de imágenes sin que sean preguntados explícitamente al respecto.

Muchas imágenes son repetitivas y estereotipadas. Parecen muy reales y siempre se detienen en el peor momento. **A veces las imágenes no tienen un significado aparente claro** y hay que preguntar por el mismo al paciente. **Las imágenes tienen más impacto que las palabras.** Se experimenta más miedo con imagen de uno muriéndose que pensando uno mismo verbalmente que va a morir. Además, se confía más en aquello de lo que se tiene imágenes que en recuerdos verbales, sean las imágenes acordes con la realidad o no.

Los medios para identificar las cogniciones del cliente pueden clasificarse en:

- **Retrospectivos:** entrevista sobre los pensamientos tenidos en experiencias emocionales o situaciones pasadas o, mucho mejor, recientes (las cuales pueden ser revividas en la imaginación para facilitar la identificación de las cogniciones), cuestionarios de reconocimiento de pensamientos, escritura libre de pensamientos, registro al final del día de pensamientos tenidos durante el mismo, listado (autorregistro) o reconocimiento de los pensamientos que se acaban de tener en una situación, identificación de los pensamientos que se han tenido en una situación con la ayuda del visionado en vídeo de la misma. La cinta se para cuando el cliente muestra un cambio emocional y se le pregunta por el contenido de los pensamientos que tuvo en ese momento. Este método con ayuda de grabación magnetoscópica o magnetofónica es útil cuando el paciente debe distanciarse de un afecto situacional que le desborda y cuando está implicado en situaciones de interacción social que se verían perturbadas por preguntas o autoinformes sobre los pensamientos.

El grado en que estos métodos son retrospectivos depende de cuán lejana se encuentre temporalmente la situación o el momento al que hacen referencia. Así, el autorregistro rellenado inmediatamente tras una situación perturbadora es mucho menos retrospectivo que la discusión de una experiencia ocurrida hace varios días.

- **Concurrentes en situaciones imaginadas o simuladas:** pensar en voz alta o responder a preguntas sobre las cogniciones tenidas mientras se imagina o se simula una situación perturbadora. Este tipo de medios, al igual que el siguiente, facilita la activación emocional de los clientes y la accesibilidad de sus cogniciones significativas. De hecho, puede preguntarse sobre estas últimas sólo en aquellos momentos en que se observa una elevación de la respuesta emocional o el cliente informa de la misma.
- **Concurrentes en situaciones reales:** autorregistro o grabación (pensar en voz alta) de los pensamientos o responder a preguntas sobre los mismos mientras se está en una situación problemática; por ejemplo, exponiéndose a algo que se teme (externo o interno), eliminando conductas defensivas al hacer algo temido o mostrando un cambio emocional durante la sesión de terapia. En el caso de situaciones muy largas, pueden muestrearse distintos momentos.

Otros medios son la observación del lenguaje privado (sobre todo en niños) y la asociación libre durante la sesión. Los medios menos retrospectivos y que se emplean en situaciones reales permiten identificar con más claridad las cogniciones, especialmente las cogniciones *calientes*, aquellas con más carga emocional. Además, las cogniciones identificadas en las situaciones reales pueden tener un significado muy diferente de las informadas en la tranquilidad de la consulta. Ejemplos concretos de modos de identificar pensamientos negativos pueden verse en Wells

(1997).

Los medios más frecuentemente utilizados para identificar cogniciones son las preguntas más o menos retrospectivas del terapeuta, el autorregistro y los cuestionarios de reconocimiento de pensamientos. Con relación al primero, **preguntas fundamentales** que el terapeuta puede emplear a la hora de identificar cogniciones son: “¿qué pasa (ha pasado, pasó) por su cabeza *mientras* está (estaba) ansioso (o cualquier otro estado emocional o experimentación de síntomas)?, ¿le viene a la cabeza alguna imagen?, ¿qué piensa que puede pasar?, ¿qué es lo peor que cree que podría suceder?, ¿qué piensa que podría ocurrir si no hiciera tal cosa (conducta defensiva o de evitación)?”.

Por lo general, conviene evitar preguntas del tipo “por qué” y emplear en cambio preguntas del tipo “qué” y “cómo”. El paciente puede plantearse también en su medio preguntas similares a las mencionadas para identificar sus cogniciones. En cuanto al **autorregistro continuado** a lo largo del tratamiento, hace que el cliente sea más consciente de sus propias cogniciones y del impacto de estas, y facilita la reestructuración de las mismas. El empleo correcto del autorregistro requiere entrenamiento con ejemplos concretos, revisión continuada del mismo entre terapeuta y cliente, y que este último lo rellene lo más inmediatamente posible tras las situaciones perturbadoras.

- El **autorregistro de Ellis** (1979b) incluye situación activadora; cogniciones; consecuencias emocionales y conductuales; y –durante el tratamiento– evaluación de las cogniciones; y efectos cognitivos, emocionales y conductuales de esta evaluación.
- El **autorregistro de Clark** (1989) incluye seis columnas además de la fecha: a) situación que lleva a la emoción desagradable (qué se estaba haciendo o que se estaba pensando en general); b) emoción/es experimentada/s e intensidad de la/s misma/s (0-100); c) pensamientos específicos que preceden a la emoción [una alternativa es preguntar también por los pensamientos que intensifican la emoción] y grado de creencia (0-100) en los mismos; y, durante el tratamiento, d) pensamientos alternativos y grado de creencia en los mismos; e) creencia en los pensamientos negativos originales y tipo y grado de la/s emoción/es subsecuente/s; y f) acciones emprendidas o a emprender (esta última columna puede juntarse con la anterior).

El autorregistro propuesto por **Wells** (1997) es similar excepto que en la columna *d* se valora la creencia en los pensamientos automáticos originales en vez de en los pensamientos alternativos y que el tipo y grado de la emoción subsecuente y las acciones emprendidas o a emprender constituyen la última columna.

Razones de la dificultad para identificar pensamientos:

- Los pensamientos son **tan habituales y aparentemente plausibles** que no atraen la atención del cliente.
- Los pensamientos pueden ser **ansiógenos**, por lo que los clientes intentan evitarlos ya sea manifiestamente (silbando, cambiando de situación) o encubiertamente (pensando en otras cosas, *maquillando* los pensamientos ansiógenos).
- En el caso de las **imágenes**, estas suelen ser **breves** (menos de 1 segundo) y, por lo tanto, **difíciles de captar y recordar**. Además, **a veces son muy extrañas** y los clientes son **reacios a comentarlas**.
- **Falta de congruencia entre el estado anímico actual y el estado emocional cuando**

dichas cogniciones surgen. El recuerdo de las cogniciones depende de que exista esta congruencia y, por ello, en la consulta el cliente puede tener dificultades para acceder a dichas cogniciones al estar más relajado.

Si en una situación perturbadora no pueden identificarse pensamientos negativos, una estrategia útil es preguntar al cliente por el **significado que la situación** tiene para él. **En casos de evitación cognitiva** se pueden ir escribiendo en una **pizarra** o en una **hoja de papel** los pensamientos que se van identificando; esto puede facilitar el surgimiento de pensamientos nuevos y más atemorizantes.

Una regla que se aconseja seguir respecto a los pensamientos identificados es que el terapeuta se pregunte **“¿me sentiría yo (u otras personas) como el paciente si tuviera estos pensamientos y los creyera?”**. Si la respuesta es negativa, conviene seguir explorando las cogniciones del cliente. Esto es importante porque un problema frecuente tanto por parte de los clientes como de los terapeutas es no llegar a identificar aquellos pensamientos que son los responsables principales de las emociones negativas; en lugar de esto, la atención se centra en cogniciones menos importantes. Una manera de abordar el problema es, como se ha dicho, que terapeutas y clientes se pregunten si los pensamientos identificados producirían el mismo tipo y grado de emoción en otras personas que hicieran la misma interpretación. Otra manera es utilizar la técnica de la flecha descendente explicada un poco más abajo.

Es importante no sólo identificar las cogniciones de los clientes, sino también que estos califiquen el grado en que creen en ellas. **El impacto de una cognición no depende sólo de su contenido, sino también, y principalmente, del grado en que se cree en ella.** Este grado puede evaluarse en una escala de 0 (no creo en absoluto) a 100 (estoy absolutamente convencido) y es fundamental hacerlo **no sólo en la consulta, sino principalmente en las situaciones perturbadoras**, ya que en estas últimas la creencia en los pensamientos positivos y negativos es menor y mayor respectivamente; además, el cambio en la creencia en las cogniciones negativas durante las situaciones perturbadoras, pero no el cambio en la creencia en las mismas en la consulta, correlaciona significativamente con la mejora en los problemas presentados (véase Bakker et al., 2002). Una forma intermedia de calificación es preguntar al cliente por su grado de creencia en los pensamientos *si se encontrara* en la situación perturbadora o experimentando un evento perturbador (ataque de pánico, p.ej.).

IDENTIFICACIÓN DE SUPUESTOS Y CREENCIAS

Identificar los supuestos y creencias es generalmente más difícil que identificar pensamientos concretos. **Técnicas** para ello son (Bados, 2001; Burns, 1980/1990; Fennell, 1989; Wells, 1997):

- Identificar **temas o contenidos generales** a partir de los pensamientos, verbalizaciones (culpa, perfección, vulnerabilidad) y acciones del cliente, y de las resistencias a ciertos comportamientos por parte de este. Ejemplos de estos temas son normas perfeccionistas, preocupación por el rechazo de los demás y visión de uno mismo como inútil. Mora y Raich (2005, pág. 113) presentan un ejemplo de identificación de supuestos a partir de pensamientos automáticos.
- Técnica de la **flecha descendente**. Se trata de identificar la creencia básica que está por debajo de un pensamiento. Para ello, se comienza haciendo alguna de las preguntas siguientes: “si este pensamiento fuera verdad, ¿qué significaría para usted?”, “si este pensamiento fuera verdad, ¿qué habría de perturbador (o de malo) en ello?”, “si este pensamiento fuera verdad, qué sucedería” (o bien “¿qué pasaría si... (tal cosa fuera así)?”. A

continuación, se repite la misma pregunta referida a la nueva respuesta del paciente. El proceso continúa de la misma manera hasta que el cliente es incapaz de dar una nueva respuesta o no cree en la que da. Ejemplos de empleo de la flecha descendente, son los siguientes:

Esta fue una sesión terrible, no conseguimos nada → Esto significa que el paciente no mejorará → Esto significa que he hecho un mal trabajo → Esto significa que soy un terapeuta malísimo → Esto significa que tarde o temprano se llegará a saber → Esto significa que todo el mundo sabrá que no soy competente y me despreciará. Esto probaría que mi éxito hasta ahora ha sido pura suerte. (**Supuesto:** Tengo que tener éxito en todo lo que hago para tener una buena opinión de mí mismo y que los demás la tengan también.) (Fennell, 1989).

Balbupearé al hablar → La gente lo notará → Pueden reírse de mí → No me tomarán en serio → Pensarán que soy estúpido → Pensaré que soy estúpido. (**Supuesto:** Si balbuceo, la gente pensará que soy estúpido, lo cual significa que lo soy.) (Wells, 1997).

Me pondré roja → Los demás se darán cuenta → Se reirán de mí → Pensarán que soy rara → No querrán saber nada conmigo. (**Supuesto:** Debo evitar ponerme roja si quiero que los demás no me rechacen.)

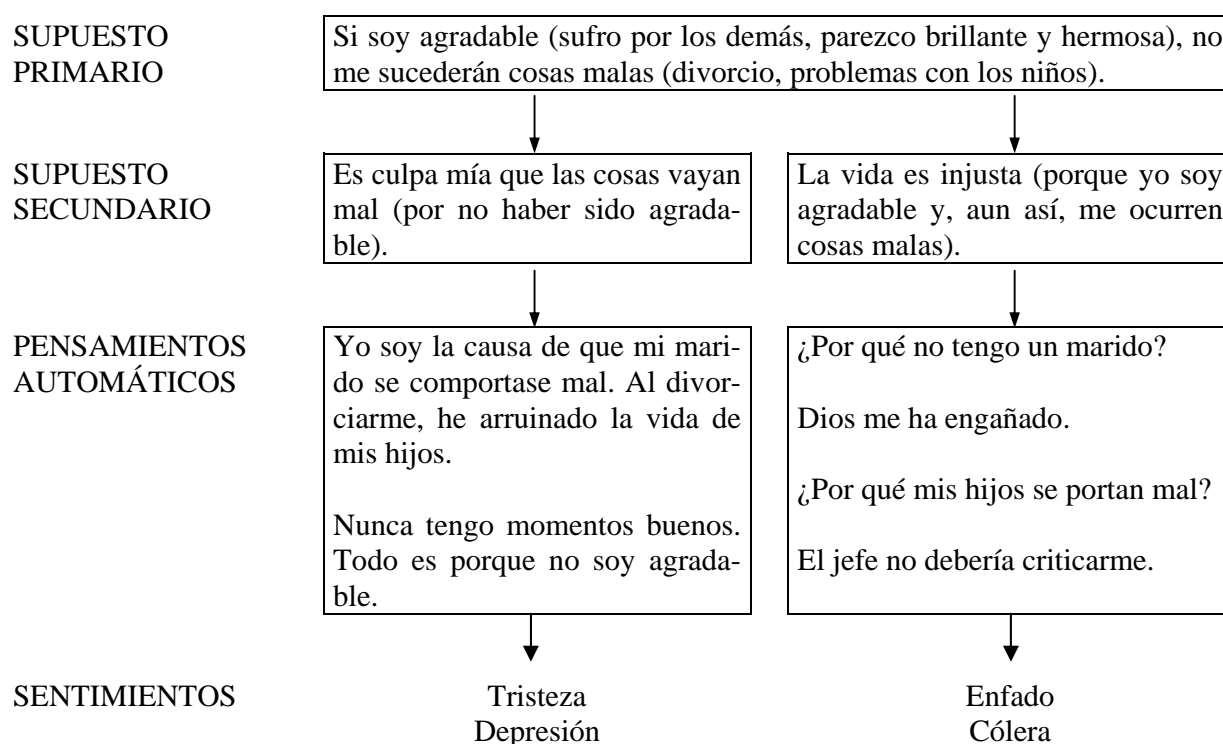
Al utilizar la flecha descendente, hay que **tener cuidado para que la creencia final identificada sea creíble** para el paciente. Así en el último ejemplo, una paciente podría llegar a decir que se quedará completamente sola y acabará como una indigente sin amigos. Pero si encuentran que esto es inverosímil, no se habrá identificado una creencia adecuada para la reestructuración.

- **Analizar los pensamientos del cliente o utilizar la técnica de la flecha descendente cuando se producen naturalmente emociones intensas**, ya sean positivas o negativas, o en situaciones preparadas para facilitar dichas emociones o mientras el paciente mantiene una imagen perturbadora en su cabeza.
- Prestar atención a las **memorias informadas por el paciente de acontecimientos significativos en su infancia** con las figuras de apego; por ejemplo, un padre que nunca estaba contento con lo que hacía el cliente a no ser que estuviera 100% bien o una madre que se molestaba mucho con él cuando hacía cosas que no complacían a los otros.
- Hacer que el **cliente analice sus imperativos internos** (los *debe* o *debería*), sus pensamientos de que es terrible cuando alguien o algo no es de cierta manera, sus pensamientos de que no puede soportar esto y los pensamientos de condena global de sí mismo o de otros.
- Utilizar un **cuestionario de actitudes o creencias disfuncionales**. Ejemplos de cuestionarios generales de este tipo pueden verse en Burns (1980/1990) y Young (1994). Hay cuestionarios más específicos según los trastornos considerados; por ejemplo, el Cuestionario de Meta-Cogniciones (Cartwright-Hatton y Wells, 1997) en el caso del trastorno de ansiedad generalizada.

Cuando el terapeuta crea que ha identificado posibles **supuestos y creencias** a partir de los pensamientos y conductas del paciente y una vez que cree llegado el momento de cuestionarlos, puede presentar los datos recogidos y dejar, con la menor directividad posible, que el paciente

llegue a la formulación del supuesto o creencia. El terapeuta no debe olvidar que los supuestos y creencias que cree haber identificado son **simplemente hipótesis**. Esto es especialmente importante cuando se requiere una estrategia más directiva y se informa al cliente de uno de sus supuestos o creencias. Conviene elegir bien las palabras y el momento, presentar el supuesto o creencia como hipótesis y solicitar la opinión del paciente. Si este no está de acuerdo con la formulación del terapeuta, será necesario analizar los datos a favor y en contra de la existencia del supuesto o creencia de cara a su aceptación, refutación o modificación. Naturalmente, es necesario llegar a un acuerdo sobre los supuestos y creencias antes de poder cuestionar verbal y conductualmente su contenido.

Veamos un **ejemplo de pensamientos concretos y posibles supuestos subyacentes** (Beck et al., 1979/1983, pág. 230):



Algunos autores como Ellis han enumerado una serie de creencias desadaptativas básicas tales como “tengo que actuar bien y ganar la aprobación de prácticamente toda la gente que es importante para mí”, “debo conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo”. Sin embargo, estas creencias están descritas de un modo muy general y extremo. Además, en vez de centrarse en ideas preestablecidas, es mejor investigar las **cogniciones idiosincrásicas y más o menos generales de cada cliente**.

A continuación se detallarán los distintos **pasos en la aplicación de la RC**: a) justificación de la técnica, b) cuestionamiento verbal de las cogniciones, c) cuestionamiento conductual de las cogniciones, y d) cuestionamiento de los supuestos y creencias.

JUSTIFICACIÓN DE LA RC

Antes de someter a prueba los pensamientos del cliente, es necesario que este: a) vea la **relación existente entre cogniciones, emociones y conductas, y, especialmente, el impacto que las**

primeras juegan sobre las otras dos; y b) reconozca **que los pensamientos son hipótesis, no hechos**, y que, por tanto, necesitan ser comprobados. No se trata de que el terapeuta proporcione una explicación formal, sino de que el cliente descubra por sí mismo, con la ayuda del terapeuta, el papel que juegan las cogniciones y la naturaleza hipotética de estas. Para ello, el terapeuta puede utilizar en primer lugar **uno o más ejemplos de situaciones no relacionadas con los problemas del cliente y después algún ejemplo extraído de los problemas del paciente**. Estos ejemplos son incompletos, es decir, el terapeuta no los explica enteros, sino que plantea una serie de preguntas al paciente (Bados, 2001).

Posibles **ejemplos para facilitar que el paciente vea el impacto que las cogniciones tienen** sobre las emociones y conductas son:

- **Ruido en mitad de la noche.** Se le dice al cliente que imagine que una persona se encuentra sola en casa y hacia mitad de la noche escucha un ruido en otra habitación. Si pensara “ha entrado un ladrón en la casa”, ¿cómo cree que se sentiría? (“muy asustado”). ¿Cómo se comportaría? (“intentaría esconderse o llamaría a la policía”). Bien, supongamos ahora que ante el mismo ruido la persona pensara “me he dejado las ventanas abiertas y el viento ha tirado algo”, ¿cómo se sentiría? (“asustado no, quizá enfadado o apenado por la pérdida de un posible objeto valioso”). ¿Y cómo se comportaría? (“iría a ver que ha pasado”). A partir de aquí se discutiría que el modo en que se interpreta una situación influye en cómo uno se siente y responde a la misma.
- **Estudiante con ansiedad ante un examen.** En un examen comienza a pensar que las preguntas son muy difíciles, que todo va a ir mal, que no lo va a sacar y que sus compañeros parecen estar respondiendo muy bien. Tras preguntar al paciente cómo se sentirá y reaccionará el estudiante, se supone que este cambia su línea de pensamientos en el sentido de intentar manejar la situación, organizar sus ideas y localizar las preguntas más fáciles para empezar por ellas. A partir de aquí, se sigue como en el ejemplo anterior.

También puede emplearse algún **ejemplo extraído de la experiencia del paciente, pero no relacionado con sus problemas**. Tras identificar la situación, cogniciones y reacciones, se le pregunta de qué otra forma podía haber enfocado la situación –no importa si apropiadamente o no– y cuáles hubieran sido entonces sus reacciones. Otra posibilidad para que el cliente reconozca que el contenido de las cogniciones influye en cómo uno se siente, es pedirle que **imagine una escena agradable y otra desagradable y que describa sus sentimientos** tras cada una de ellas.

Los ejemplos anteriores facilitan una comprensión intelectual de la RC. Sin embargo, para conseguir una comprensión emocional, Clark y Beck (1988) recomiendan **emplear lo más pronto posible ejemplos extraídos de los propios problemas del paciente**. Así, supongamos un paciente con temor a hablar en público que tiene mucho miedo a hacer preguntas y que no las hace porque cree que la gente pensará que son preguntas tontas. Se le pregunta si alguna vez anteriormente alguien ha hecho preguntas que él no se había atrevido a formular y si fueron consideradas tontas. Ante la respuesta positiva a lo primero y negativa a lo segundo, se le dice cómo se sentiría si pensara en esto último en vez de en sus pensamientos típicos.

Por otra parte, posibles **ejemplos para facilitar que el paciente reconozca la naturaleza hipotética de los pensamientos** son:

- Persona a la que **un día no le saluda un compañero de trabajo** y piensa que debe tener algo en contra suyo; otras interpretaciones son que el compañero no ha reparado en él, que está preocupado por algo, que está enfadado por algo y no saluda a nadie, etc. En la medida de lo posible se busca que estas interpretaciones alternativas sean dadas por el cliente, no por el terapeuta.

- **Subordinado al que su jefe** le dice que quiere hablar con él sobre un informe que le ha entregado y piensa que lo ha hecho mal y que es un incompetente. Naturalmente, el informe no tiene por qué estar mal: puede que el jefe no entienda algo del mismo, que lo quiera de otra manera, que desee añadir algo, que desee modificar una pequeña parte o que incluso quiera felicitar a su subordinado. Además, si se supone que el informe está mal, habría que preguntar si es sólo este informe o todos los informes. Si es sólo este informe o unos pocos, ¿significa esto que uno es incompetente en general?, ¿significa que uno es incompetente para hacer informes?
- Cuando el tratamiento es en grupo, otros autores (Sank y Shaffer, 1984) utilizan el siguiente método para que los clientes vean que hay diversas formas de enfocar las cosas. Se les pide que **piensen sobre sus reacciones a encontrarse en un grupo** y que digan los pensamientos negativos que ellos o cualquier persona que se implique en un tratamiento en grupo puedan tener con relación a sí mismos, los otros miembros o el progreso que puedan hacer. Los terapeutas enumeran los pensamientos; por ejemplo, “no seré capaz de hablar delante de toda esta gente”, “mis problemas son peores que los de cualquier otro miembro”, “si hablo, pareceré estúpido”, “necesito terapia individual para mejorar”, “si los otros averiguan cómo soy en realidad, no les gustaré”.

A continuación, **un terapeuta expresa el primer pensamiento en segunda persona y el otro terapeuta le responde en primera persona** de forma más adaptativa: “Es improbable que no sea capaz de hablar en este grupo. Realmente, esta es una situación segura y con poco riesgo. Puedo hablar realmente más aquí que en muchas otras situaciones de grupo. Incluso si no soy de los que más hablan, puedo ver que hay mucho que aprender y puedo beneficiarme mucho escuchando también”. Esto se puede hacer con varios pensamientos y luego animar a los clientes a participar en el proceso.

Pueden utilizarse ejemplos no relacionados y relacionados con los problemas del paciente, tal como se dijo antes, y se hacen preguntas al cliente para que este vea por sí mismo que cuando uno hace una interpretación, existen otras interpretaciones posibles. Conviene señalar que **puede emplearse el mismo ejemplo para conseguir los dos objetivos de que el cliente descubra el papel que juegan las cogniciones y la naturaleza hipotética de estas**. Así, podría hablarse de un chico que se ha citado con una nueva conocida que le gusta para ir a tomar algo. Tras media hora de espera piensa: “seguro que no le intereso en absoluto, si no, ya estaría aquí”. ¿Cómo se sentiría y actuaría este chico? (triste y abatido, no establecería ningún nuevo contacto con la chica). ¿Existen otras interpretaciones para la tardanza? (la chica se ha puesto mala, ha quedado cogida en un atasco, ha tenido un accidente, le ha surgido un imprevisto, ha habido un malentendido con el día u hora de la cita). ¿Cómo se sentiría y actuaría el chico si pensara de esta otra forma? (algo decepcionado, pero no abatido, llamaría a la chica para ver qué ha pasado). Así pues, existen diversas formas de interpretar una misma situación y su impacto emocional y conductual es muy diferente (Bados, 2001).

Aceptado por parte del cliente el papel que juegan las cogniciones en sus problemas y la naturaleza hipotética de estas, **se le explica esquemáticamente el procedimiento de la reestructuración** cognitiva (no es necesario hablar aún del componente de desdramatización). Si lo desea, el terapeuta puede **ilustrar la técnica** poniendo un ejemplo de una situación cualquiera de su propia vida (discusión con un hijo, problema de tráfico, agobio en el trabajo) en el que describa lo que pasó, sus emociones, sus pensamientos negativos, la forma en que cuestionó estos y los resultados logrados.

Otra posibilidad es trabajar conjuntamente con el cliente un ejemplo hipotético como el de un jefe que le dice a un subordinado que tiene un problema con el trabajo que este hizo ayer y

que quiere verle en 5 minutos. Tras identificar posibles reacciones somáticas (malestar abdominal, palpitaciones), afectivas (miedo, ansiedad) y conductuales (quedarse paralizado) a esta situación, se pide al cliente que identifique posibles pensamientos negativos ante la misma (no necesariamente los suyos propios), los cuestione con ayuda del terapeuta, llegue a pensamientos alternativos y enumere las supuestas consecuencias somáticas, afectivas y conductuales de estos nuevos pensamientos (Bados, 2001).

CUESTIONAMIENTO DE LAS COGNICIONES DESADAPTATIVAS

El cliente trabaja junto con el terapeuta para recoger datos retrospectivos y prospectivos que indiquen si sus cogniciones son válidas o útiles. La validez u objetividad de los pensamientos se refiere a en qué medida son correctos y realistas. La utilidad de los pensamientos se refiere a si sirven de ayuda para alcanzar los objetivos que uno se ha propuesto en un momento dado o bien generan consecuencias negativas. Las cogniciones válidas no tienen por qué ser útiles, mientras que cogniciones erróneas pueden serlo, al menos bajo ciertas circunstancias. Por ejemplo, pensar que se es más querido de lo que en realidad se es o creer que nuestras teorías sobre el comportamiento humano son las más adecuadas, cuando de hecho no lo son.

Las cogniciones negativas significativas del cliente son **cuestionadas de dos modos básicos**:

- a) **Verbalmente**, mediante el análisis lógico y la consideración de la información basada en las propias experiencias previas y/o en las de otros.
- b) **Conductualmente**, buscando datos obtenidos a partir de pruebas o experimentos realizados a propósito. Por ejemplo, un agorafóbico que se siente tambaleante cuando está muy ansioso y piensa que se desplomará si no se agarra a algo o a alguien, puede ir a comprar y permanecer en medio de los pasillos de un supermercado sin apoyarse en el carrito de la compra y observar lo que sucede realmente. O bien una persona que piensa que si se pone roja, queda en ridículo y la gente se ríe internamente de ella, puede preguntar a amigos y conocidos cómo reaccionan o reaccionarían internamente ante alguien que se sonroja o se sonrojara en público; el terapeuta podría también preguntar paralelamente a otras personas.

El cuestionamiento verbal y el conductual son conducidos más o menos en paralelo; el primero pone en tela de juicio ciertas cogniciones, las cuales terminan por someterse a prueba en la realidad. Las conclusiones extraídas del cuestionamiento conductual pueden requerir nuevo cuestionamiento verbal y nuevos experimentos.

Para poder reestructurar verbal o conductualmente un pensamiento de forma eficaz, es fundamental que este **pensamiento sea definido en términos específicos o concretos**. Así, por ejemplo, “mi hijo puede tener un accidente de coche y quedar parálítico o morir” versus “algo malo puede pasarle a mi hijo cuando sale fuera”; o “voy a tener un ataque al corazón” versus “me va pasar algo terrible”; o “me pondré a chillar y a decir cosas sin sentido” versus “perderé el control” (perder el control puede hacer referencia a aspectos conductuales, mentales o emocionales). Preguntas útiles para operacionalizar pensamientos son: ¿qué quiere usted decir con (perder el control, quedar mal)?, ¿en qué consiste (perder el control, quedar mal)?, ¿qué pasaría si (perdiera el control, quedara mal)?, ¿qué es lo peor que cree que podría suceder (si perdiera el control, quedara mal)?, ¿qué piensa que podría ocurrir si no hiciera tal cosa (conducta defensiva o de evitación)?

Conviene tener en cuenta que dentro de las cogniciones pueden distinguirse dos niveles básicos: los pensamientos automáticos y los supuestos y creencias; estos últimos tienen una mayor

estabilidad y transituacionalidad, y son más resistentes al cambio. Así pues, la estrategia que se sigue es **cuestionar los pensamientos automáticos negativos** (“no sabré qué decir”, “diré algo estúpido”) **en una primera etapa y posteriormente los supuestos y creencias disfuncionales** (“si no hago las cosas perfectamente, es un desastre”, “si no le gusto a alguien, es que algo malo pasa conmigo”, “una persona que se queda en blanco al hablar es vista como incompetente”, “soy inferior”).

Problemas frecuentes en la reestructuración cognitiva, tanto por parte de los pacientes como de los terapeutas, son el cuestionamiento de pensamientos poco importantes antes de identificar los más significativos y el cuestionamiento insuficiente de los pensamientos automáticos (generación de contraargumentos incompletos o inadecuados). Por otra parte, conviene **no comenzar reestructurando pensamientos con los que el cliente esté muy implicado**; al contrario, es mejor jerarquizar las situaciones emocionalmente activadoras y empezar por las cogniciones correspondientes a aquellas que susciten como máximo un nivel moderado de emoción.

CUESTIONAMIENTO VERBAL DE LAS COGNICIONES DESADAPTATIVAS

Pueden distinguirse de entrada **dos estrategias principales** (Bados, 2001):

- **Información directa contraria a los pensamientos inadecuados del cliente.** El terapeuta proporciona, verbalmente y/o por escrito, a) información de aspectos sobre los que el cliente no tiene ningún conocimiento o b) información dirigida a corregir ideas erróneas. Así, puede presentar pruebas y contraargumentos, rebatir errores lógicos y datos engañosos, y señalar las consecuencias negativas de ciertos comportamientos. Esta información es comunicada directamente por el terapeuta, pero el paciente debe tener la libertad en cualquier momento de discutir y emitir sus propias opiniones; cuando este es el caso, suele hablarse de **debate didáctico**.
- **Diálogo socrático.** El terapeuta cuestiona los pensamientos del cliente mediante preguntas para que así este tenga que reconsiderarlos. Además, el terapeuta entrena al cliente a formularse dichas preguntas y lo guía en la evaluación crítica de sus pensamientos. Así pues, el terapeuta formula más preguntas que respuestas para que sea el paciente quien lleve la carga de la prueba sobre sus creencias; de este modo, nunca se pone en la boca del paciente lo que puede salir de él mismo.

La **desventaja de la primera estrategia**, especialmente en su versión más directiva, es que las personas pueden resistirse ante los intentos directos de hacerles cambiar su forma de pensar. Este riesgo es menor con la segunda estrategia, aunque, en contrapartida, requiere más tiempo y puede no funcionar con clientes que prefieren un estilo más persuasivo o directivo (p.ej., que el terapeuta les dé información o les sugiera formas de ver las cosas que les serán más útiles). En general, el diálogo socrático es la estrategia preferida, siempre que no haya limitaciones de tiempo y se ajuste al estilo del paciente. Sin embargo, **ambas estrategias no son excluyentes**. Hay ocasiones en que en el marco de un diálogo socrático es útil proporcionar directamente información correctiva. Un ejemplo puede verse en la tabla 3; otros serían dar información para combatir mitos sexuales, explicar los efectos de la hiperventilación, señalar la ocurrencia normal de los pensamientos intrusos (p.ej., de tipo obsesivo) o explicar las diferencias entre síntomas psicóticos y síntomas de ansiedad a un cliente ansioso con miedo a volverse loco.

En el método socrático pueden seguirse los siguientes pasos: 1) examinar las pruebas o datos acerca de un pensamiento negativo; 2) examinar la utilidad de dicho pensamiento; 3) supo-

ner que es cierto lo que se piensa y luego: a) identificar qué pasaría y examinar las pruebas de esta nueva cognición; y b) buscar qué se podría hacer para afrontarlo; 4) extraer las conclusiones pertinentes tras el paso o pasos realizados. Cada uno de estos pasos será explicado a continuación, aunque conviene señalar que **no todos han de ser aplicados necesariamente** para cada pensamiento a reestructurar.

EXAMINAR LAS PRUEBAS DE UN PENSAMIENTO NEGATIVO

Se trata de examinar a través de preguntas en qué medida es cierto un pensamiento negativo que contribuye significativamente a la emoción o conducta desadaptativa del cliente en determinadas situaciones. En concreto, una buena **pauta a seguir es** la siguiente: a) evaluar el grado de creencia en el pensamiento negativo; b) obtener las pruebas o datos favorables a este pensamiento y discutir si realmente son favorables (muchas veces pueden no serlo); c) buscar las pruebas contrarias al pensamiento; d) identificar anticipaciones o interpretaciones alternativas; e) buscar la anticipación o interpretación más probable según las pruebas existentes a favor y en contra de las distintas alternativas (si se desea, puede establecerse también, en términos cuantitativos o cualitativos, la probabilidad de que las cosas sean como el cliente pensaba); f) evaluar el grado de creencia en la anticipación o interpretación alternativa seleccionada; y g) evaluar de nuevo el grado de creencia en el pensamiento negativo (Bados, 2001).

Es importante en la conducción del método socrático **no adoptar una actitud de tener la verdad e intentar convencer al paciente, sino una actitud de curiosidad e interés para intentar saber cómo pueden ser las cosas**. Por tanto, las preguntas socráticas no son preguntas de las que el terapeuta conoce la respuesta, sino que se trata de trabajar con el paciente para determinar hasta qué punto es adecuada su forma de ver las cosas.

Si las pruebas a favor de un pensamiento indican que este es cierto, entonces se considera con el cliente qué se puede hacer al respecto (p.ej., si un cliente no sabe expresar sus ideas con claridad, habrá que enseñarle). También puede preguntarse al paciente qué pasa o puede pasar cuando ocurre lo que piensa; luego se examinan las pruebas de esto para ver hasta qué punto es cierto. Así, una persona que se pone roja al hablar con personas del sexo opuesto, puede pensar que será rechazado por esto. En definitiva, lo que se hace cuando el pensamiento es cierto, es similar a lo que se explica más abajo con más detalle cuando se le pide al cliente qué pasaría y qué podría hacer si lo que pensara fuera cierto. La diferencia fundamental, es que aquí ya no se habla de algo hipotético y, por tanto, las posibles soluciones identificadas para cambiar la situación son puestas en práctica (Bados, 2001).

Cuando se examina hasta qué punto es cierto un pensamiento, conviene tener en cuenta los **errores cognitivos más frecuentes** que suelen cometerse, los cuales pueden verse en la **tabla 1** (para más información, véase Burns, 1980/1990). **Algunos clínicos, antes de pasar a cuestionar los pensamientos negativos, hacen que los clientes aprendan cuáles son dichos errores** y sepan identificar aquellos que están presentes en sus pensamientos automáticos o en los de otros; después, en las actividades entre sesiones el cliente debe identificar los errores presentes en sus pensamientos antes de generar pensamientos alternativos. Se supone que este enfoque facilita la refutación de los pensamientos negativos. Otros clínicos pasan directamente al cuestionamiento de dichos pensamientos y omiten el paso citado, aunque, naturalmente, durante la reestructuración pueden hacer preguntas que hagan ver al paciente el tipo de errores que está cometiendo. No hay datos hasta el momento sobre la posible eficacia diferencial de estos dos abordajes, aunque puede ser útil proporcionar a los pacientes un pequeño documento que describa los tipos de errores que suelen cometerse (Bados, 2001).

Modelos de **preguntas que pueden utilizarse** para evaluar las pruebas o datos acerca de los

pensamientos y para los otros pasos del método socrático pueden verse en la **tabla 2**. Naturalmente, estas preguntas no son exhaustivas. Además, no tienen por qué ser necesariamente las preguntas concretas a realizar, sino que deben adaptarse en función de la situación considerada y del paciente. A continuación se ofrecerán diversos ejemplos para las preguntas correspondientes a este apartado. Los ejemplos son simplemente eso, ejemplos de cuándo esas preguntas pueden ser pertinentes. En ningún caso se implica que *sólo* con esas preguntas puedan resolverse los problemas presentados.

Para otros ejemplos de reestructuración cognitiva, pueden consultarse también Beck y Emery con Greenberg (1985, cap. 11) y Wells (1997) para trastornos de ansiedad en general; Barlow y Craske (1989), Botella y Ballester (1997) y Clark (1989) para trastorno de pánico y agorafobia; Heimberg y Becker (2002) para fobia social; Clark (1989) y Craske, Barlow y O'Leary (1992) para trastorno de ansiedad generalizada; Resick y Schnicke (1993) para trastorno por estrés post-traumático; Freeston, Rhéaume y Ladouceur (1996) para trastorno obsesivo-compulsivo; Bas y Andrés (1994), Beck et al. (1979/1983) y Fennell (1989) para depresión; Fairburn, Marcus y Wilson (1993) para bulimia; y Nieto y Sotoca (2005) para trastorno delirante.

- **¿Qué datos tiene a favor de este pensamiento? ¿Son realmente favorables estos datos? ¿Qué datos existen en contra?**

Otras posibles preguntas son: ¿Qué le hace pensar eso? ¿Cómo sabe que sucederá? ¿Qué razones tiene para creer que esto que piensa pasará? ¿Son buenas estas razones? ¿Qué datos hay para pensar que no pasará? ¿Ha ocurrido alguna vez lo que piensa? ¿por qué no? Ejemplo: Persona que piensa que quedará en ridículo (la gente se mofará de él, al menos internamente) si se bloquea al hablar en público. ¿Ha tenido experiencias en que se haya bloqueado y haya quedado en ridículo? ¿Cómo sabe que ha hecho el ridículo? ¿Ha visto a gente bloquearse y quedar en ridículo por esto? ¿Ha habido veces en que usted u otras personas se hayan bloqueado y no hayan hecho el ridículo? Cuando alguien se bloquea, ¿usted u otras personas se mofan de él? Si no se mofan, ¿cómo reaccionan? ¿Basta un bloqueo para quedar en ridículo? Si no, ¿qué más hace falta? Podría abordarse también la siguiente cuestión: para que la gente reaccione, necesita darse cuenta del bloqueo. ¿Se da cuenta la gente de todos los bloqueos? ¿Que usted se dé cuenta quiere decir que los otros también se den? (Bados, 2001)

- **¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación? ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto? ¿Cuál es la probabilidad de estas otras interpretaciones? ¿Qué datos hay a favor y en contra? ¿Cuál es la interpretación más probable?**

Caso de un chico que se abate profundamente cuando una amiga que le gusta le dice que no podrá asistir a una fiesta que él da. La interpretación del chico es “no le intereso”. ¿Existen datos a favor de esta interpretación? ¿Son realmente favorables? ¿Cuáles son otras explicaciones razonables para la inasistencia? (otras obligaciones para ese día, decaimiento de ánimo). ¿Qué datos hay a favor y en contra de estas otras explicaciones? ¿Hay alguna que parezca finalmente más probable o se requieren nuevos datos?

Otras posibles preguntas para ayudar a un paciente a desarrollar perspectivas alternativas son: “¿qué le diría usted a otra persona que tuviera este problema?”, “¿qué le diría a usted una persona en quién confía sobre esto que piensa?”. Cuando sea necesario, el terapeuta puede sugerir también alternativas.

También puede emplearse el **enfoque de las consecuencias peores, mejores y más probables**. Se le pregunta al paciente que es lo peor que le puede suceder en una situación temida. Luego por lo mejor. Finalmente, se discute con él qué es lo más probable que puede suce-

der y se le pregunta por datos favorables a esta última interpretación. Los **gráficos circulares** son otra estrategia útil para explorar una gama de explicaciones alternativas. En primer lugar, cliente y terapeuta generan una serie de posibles explicaciones o interpretaciones de un evento; por ejemplo, si un cliente cree que sus dolores de cabeza son debidos a un tumor cerebral, se exploran con él otras posibles causas: fatiga ocular, migraña, tensión muscular, resaca, resfriado, deshidratación, postura, estrés, ansiedad. Luego se dibuja un círculo cuyas porciones, mayores o menores, serán asignadas a las diferentes causas en función de la probabilidad de estas. Se comienza por la explicación más benigna y se termina por la más temida, con la condición de que todas las probabilidades sumen 100. La consecuencia suele ser una reducción de la creencia en la interpretación negativa y una mayor consideración de explicaciones más probables. Ejemplos pueden verse en Wells (1997, págs., 73-75 y 195).

Explorar interpretaciones alternativas es especialmente importante en el caso de creencias que no se pueden someter a invalidación; Por ejemplo, “estos síntomas indican que tengo una enfermedad que no me descubren” o “iré al infierno si tengo estos pensamientos blasfemos”.

En la **tabla 3** se transcribe un diálogo en el que **se ejemplifica una reestructuración cognitiva** así como el valor de dar cierta información en el caso de un paciente que en mitad de un ataque de pánico pensaba que iba a desmayarse. En la reestructuración se utilizan las preguntas de este encabezamiento y las del anterior. Conviene tener en cuenta que la fobia a la sangre/heridas es el único trastorno de ansiedad en el que suelen ocurrir los desmayos (debido a una bajada del ritmo cardíaco y la presión sanguínea tras una leve subida inicial). Si un paciente sufre de esta fobia y de trastorno de pánico, hay que explicarle que el desmayo sólo es probable ante la sangre/heridas. Asimismo, se le pide que compare las sensaciones que preceden a un desmayo real con las que se experimentan durante un ataque de pánico. Nunca son las mismas. Antes de desmayarse, la gente siente frecuentemente que se está desvaneciendo. En cambio, durante un ataque, la gente está terriblemente consciente de sus intensas sensaciones de mareo.

Otro ejemplo de reestructuración, en la que se discutió la cognición “me va a dar un infarto”, puede verse en Botella y Ballester (1997, págs. 72-75). En la **tabla 4** puede verse también la reestructuración llevada a cabo en un caso de fobia social.

- **¿Está sobrestimando la probabilidad de que ocurra lo que piensa?**

En el caso de la ansiedad, las sobrestimaciones del peligro varían con factores que no están relacionados con las probabilidades objetivas. Por ejemplo, un fóbico a volar puede pensar que la probabilidad de que el avión se estrelle es mayor conforme se va acercando el momento del vuelo. La discusión de las sobrestimaciones de probabilidad y la provisión de datos sobre probabilidades objetivas pueden ser útiles. Sin embargo, algunos clientes reconocen la baja probabilidad de un evento temido (que el avión se estrelle) y siguen ansiosos, probablemente porque la consecuencia percibida del evento es muy grave (invalidez, muerte). En estos casos, pueden hacerse diversas cosas: discutir que la vida requiere una asunción de riesgos, analizar si compensa el precio que se paga por la búsqueda de seguridad a todo trance, desdramatizar el evento temido examinando cuán malo es realmente y cómo la persona puede afrontarlo, hacer una exposición imaginal prolongada al evento temido.

Algunas personas **parecen confundir posibilidad y probabilidad** o, al menos, mantienen que aquello que les preocupa (infarto, accidente de coche, muerte de un ser querido) es posible. Desde luego, hay que reconocerles que lo es, pero una cosa es que sea posible y otra, cuál es su probabilidad de ocurrencia. Como afirman Botella y Ballester (1997), la cuestión es si la probabilidad de que pueda ocurrir es suficiente como para estar tan preocupado y ansio-

so. El paciente debe asumir que la vida implica la aceptación de riesgos como la enfermedad, los accidentes y la muerte. Para ello, conviene discutir con él los pros y contras de vivir asumiendo algunos riesgos en oposición a intentar evitar todos los riesgos de la vida.

- **¿Están sus juicios basados en cómo se siente en vez de en lo que ha hecho?**

Un paciente puede pensar que no puede manejar una situación porque se siente ansioso durante la misma; en cambio, cuando se le pregunta, su comportamiento en la situación es adecuado. Un ejemplo es el de una enfermera sermoneada el día anterior por llegar tarde al trabajo. Cuando iba a salir de casa, su gato tiró un líquido venenoso y se revolcó en él. Ella comprendió que si se lamía, moriría. Sintió una gran ansiedad, cogió al gato, lo lavó bajo el grifo y este se revolvió, la arañó y le hizo sangre. Tras secar al gato, llamó al trabajo para explicar que llegaría tarde, curó sus heridas, salió disparada al trabajo y llegó 30 minutos tarde. Todo este tiempo se sintió ansiosa, preocupándose por su gato y por lo que pudiera decirle su jefa. A partir de su ansiedad y de su nerviosismo en el asunto del gato, infirió que este fue otro ejemplo de no saber afrontar las cosas. Sin embargo, una discusión cuidadosa de lo que hizo reveló que sus conductas fueron realmente apropiadas para manejar la difícil situación (Clark, 1989).

Otro ejemplo es el de los pacientes con miedo a hablar en público que dan una buena charla, pero piensan que lo han hecho fatal debido a la gran ansiedad experimentada.

- **¿Se está fijando metas poco realistas o inalcanzables?**

Ejemplos de estas metas son “tengo que rendir al máximo de mis capacidades todo el tiempo”, “tengo que estar perfectamente tranquilo todo el tiempo” y “tengo que estar absolutamente seguro de que no tengo cáncer” (Clark, 1989).

- **¿Está olvidando hechos pertinentes o sobreatendiendo a hechos no pertinentes?**

Por ejemplo, olvidando buenas ejecuciones anteriores al enfrentarse a una tarea difícil o cometiendo el siguiente error de representatividad: “como un amigo de mi edad ha muerto de un infarto, yo tendré también un ataque al corazón” (Clark, 1989). O bien infravalorando la propia actuación al hacer una reclamación por dar excesiva importancia a un pequeño *lapsus* y pasar por alto la buena ejecución de aspectos importantes tales como tono amable, solicitud clara de lo que se desea apoyada en razones, etc.

- **¿Está pensando en términos de todo o nada?**

“A la gente o le caes bien o le caes mal”; “si no puedo hacer un trabajo perfectamente, no merece la pena hacerlo”. Para romper este tipo de pensamiento dicotómico, puede construirse una dimensión. Por ejemplo, para el primer pensamiento puede dibujarse una línea de 10 cm con un extremo (“le caigo muy bien”), un punto medio (“no le caigo bien ni mal”) y otro extremo (“le caigo muy mal”); luego, el cliente sitúa a la gente que conoce en esta escala y comprueba probablemente cómo la gente no se agrupa en los extremos, sino que cubre toda la escala (Clark, 1989). Wells (1997, págs. 95-96) presenta otro ejemplo de cómo un terapeuta y una persona socialmente ansiosa que pensaba que era aburrida construyeron en colaboración un continuo de 0 a 100 en el que definieron seis puntos (de aburrido a interesante) en función de una serie de características.

- **¿Está sobrestimando su responsabilidad sobre cómo salen las cosas? ¿Qué otros factores influyen?**

Un cliente a quien un amigo pidió consejo sobre una inversión en bolsa informó favorablemente, pero luego la inversión fue un fracaso y él se sintió totalmente responsable de las pérdidas de su amigo. Se le preguntó cuál sería su responsabilidad si la bolsa hubiera subido mucho y él dijo que mínima. Así, el cliente se vio enfrentado a una contradicción: atribución interna en el primer caso y externa en el segundo. También se le podía haber preguntado por todos aquellos factores que influyen en las pérdidas del amigo y el peso de cada uno de ellos.

Las ideas de excesiva responsabilidad o control pueden cambiarse empleando **gráficos circulares**. El terapeuta dibuja un círculo que representa todas las causas posibles de un evento dado (los invitados no se lo pasan bien en una fiesta, ruptura matrimonial) y le pide al cliente que enumere todas las causas que están fuera de su control y que asigne a cada causa una porción del círculo proporcionalmente a la importancia de su contribución. Si el cliente olvida algún factor importante, se le sugiere para ver si lo acepta. Al final, queda una parte del círculo para los factores que están bajo el control del cliente que es más pequeña que lo que este pensaba. Por ejemplo, en el caso de la fiesta, otros factores son: si los invitados están actualmente congeniando con los que tienen al lado, las habilidades sociales de los invitados, si a los invitados les gusta la comida y bebida servidas (es imposible contentar a todos), si los invitados están actualmente preocupados por algún problema y el grado de solapamiento entre los intereses y puntos de vista de los distintos invitados (Clark, 1989).

Beck y Emery con Greenberg (1985) presentan una **versión diferente del gráfico circular**. El paciente valora su grado de responsabilidad en la ocurrencia de un evento. Luego, enumera todos aquellos factores que pueden afectar a dicha ocurrencia, estima el peso de cada factor y valora el grado de control que tiene sobre cada factor. Al final, el paciente vuelve a calificar su grado de responsabilidad y compara esta calificación con la primera, que es invariablemente más alta.

Para cuestionar la **sobrestimación de las consecuencias percibidas de haber sido responsable de algo**, puede emplearse la **técnica del doble criterio**. El terapeuta pide al paciente si consideraría a otra persona culpable si el suceso le ocurriese a esta y que compare esto con lo que piensa cuando le ocurre a él. Así, a una paciente obsesiva que creía que “si mi hermana enferma de cáncer, todo el mundo me condenará y no volveré a tener amigos” se le preguntó qué haría si una amiga tuviera un hijo enfermo de cáncer: ¿Le culparía por ello? ¿Ocurrirían las mismas consecuencias que ella teme? La paciente fue mucho más benigna con su amiga, pero pensaba que si le sucediera a ella la cosa sería completamente diferente. Se hizo explícito a la paciente el doble criterio y se investigaron las razones para mantener este doble criterio.

- **¿Está subestimando lo que puede hacer para manejar la situación?**

Conviene revisar cómo los clientes han manejado problemas similares en el pasado, cómo ve otra gente las habilidades de afrontamiento del cliente y enseñar medios de afrontar la dificultades venideras (Clark, 1989).

- **¿Qué le diría una persona en quien confía acerca de este pensamiento?**

Esto puede ayudar a restaurar la perspectiva, ya que afortunadamente los clientes no suelen creer que otra gente comparte sus cogniciones negativas.

EXAMINAR LA UTILIDAD DE UN PENSAMIENTO NEGATIVO

Se trata de evaluar hasta qué punto el pensamiento considerado sirve de ayuda para alcanzar

los objetivos que el cliente tiene o bien le sirve de estorbo y genera consecuencias negativas respecto a cómo se siente y actúa. **Mientras que la estrategia de examinar las pruebas o datos se centra en el contenido de los pensamientos, la estrategia de examinar la utilidad se dirige a la función que cumplen estos;** por ejemplo, las rumiaciones depresivas pueden tener la función de evitar problemas y retraerse, lo cual reduce el malestar a corto plazo, pero contribuye a mantener el problema. Si se concluye que un pensamiento no es útil, dos posibles soluciones son a) no centrar la atención en el pensamiento, sino en la experiencia inmediata, y b) buscar métodos alternativos de lograr los objetivos que uno desea. A continuación se ofrecen algunos ejemplos para las preguntas correspondientes a este apartado.

- **¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?
¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?**

Persona con dolor crónico que siempre está pensando en el mismo y en por qué le ha tenido que tocar a ella. ¿Consigue así sentir menos dolor, encontrarse más animada y realizar más actividades? ¿O más bien es al revés?

Persona con fobia a hablar en público que justo antes de la charla no hace más que pensar en que dirá cosas incoherentes. ¿Le tranquiliza esto o le pone aún más nervioso? ¿No le sería más útil pensar en cómo va a empezar?

Persona con síndrome de colon irritable que cree que se defecará encima si sale a la calle (ha tenido pequeñas pérdidas 2-3 veces al año). ¿Merece la pena quedarse en casa por eso? ¿Puede hacer así las cosas que le interesan en la vida? [También podrían emplearse otras estrategias como: a) plantearse qué consecuencias tiene realmente la pequeña pérdida y b) hacer un experimento: manchar un poco el pantalón con chocolate en la zona adecuada y salir a la calle para comprobar qué sucede (p.ej., cuántos se dan cuenta)].

- **¿Cuáles son los pros y los contras, a corto y largo plazo, de esto que cree?**

Esta es una buena pregunta para trabajar por qué se mantienen determinadas conductas, supuestos o creencias tales como “tengo que hacer las cosas perfectamente”, “he de hacer lo que la gente espera que haga”, “he de hacer felices a mis hijos siempre”, “he de evitar quedarme solo en esta vida”. Es posible ponderar cada ventaja y desventaja, asignándoles pesos distintos, de modo que al final puedan compararse los pesos totales de ambas. Si las desventajas predominan, el cliente estará más dispuesto a cambiar. Las ventajas asociadas con mantener creencias o conductas desadaptativas deben ser cuestionadas y deben explorarse medios alternativos y menos problemáticos de lograr las ventajas.

EXAMINAR QUÉ PASARÍA REALMENTE Y QUÉ SE PODRÍA HACER SI LO QUE SE PIENSA FUERA CIERTO

Es posible que a través de los pasos anteriores haya quedado más o menos claro que la anticipación o interpretación considerada es poco probable y útil, pero que el problema siga persistiendo. Por ejemplo, un cliente puede tener un gran miedo a desmayarse durante un ataque de pánico a pesar de reconocer que no le ha pasado nunca y que es muy difícil que le pase. Sin embargo, existe por una parte la posibilidad de que ocurra y, por otra, bajo cada pensamiento negativo subyace muchas veces otro u otros más básicos que están supuestamente más conectados con los problemas del paciente (recuérdese la técnica de la flecha descendente). Por lo tanto, es una buena idea en muchos casos pedir al cliente que **suponga que el pensamiento negativo previamente considerado es cierto** y que a partir de aquí haga dos cosas:

- **Identifique qué pasaría y examine las pruebas de esta nueva cognición.** Así, puede pensar que si se desmaya, la gente no le ayudará o se reirá de él. Los mismos pasos mencionados en el apartado de examinar las pruebas serían luego aplicados aquí para evaluar el nuevo pensamiento identificado. Cuando sea necesario, hay que señalar y justificar al cliente la conveniencia de ser sincero respecto a lo que cree que pasaría, por ilógico o ridículo que le parezca en ese momento. El identificar qué pasaría es uno de los modos que nos permite acercarnos a descubrir los supuestos y creencias del paciente.
- **Busque, si es el caso, qué podría hacer o qué soluciones tendría para afrontar lo que piensa.** Por ejemplo, un cliente con miedo a quedarse bloqueado al hablar en público podría pensar en posibles estrategias a emplear caso de que eso sucediera. Y un paciente con miedo a desmayarse podría pensar en lo que diría y haría una vez que saliera del desmayo (p.ej., explicar que se tiene un virus o un bajón de azúcar, comer o beber algo).

Cuando se puede hacer algo para afrontar lo que se piensa (p.ej., quedarse bloqueado), puede ser aconsejable que la **identificación de posibles soluciones preceda a la identificación y análisis de lo que pasaría**, ya que el sentir que se cuenta con recursos, disminuye la catastrofización.

Una vez reestructurada la nueva cognición, **se puede ir repitiendo el proceso** de suponer que es cierta **hasta que** el cliente es incapaz de identificar un nuevo pensamiento perturbador, no cree en el nuevo pensamiento negativo identificado o genera una nueva cognición neutral o de afrontamiento creíble, o hasta que el terapeuta lo considere oportuno (véase un poco más abajo la cuarta precaución sobre el empleo de la desdramatización). La repetición del proceso señalado puede hacerse en la misma sesión o a lo largo de distintas sesiones.

En el caso de los problemas de ansiedad, las preguntas terminarán por ir dirigidas a la discusión de los peores miedos: muerte propia o de un familiar, volverse loco, quedar desfigurado, acabar como pordiosero, etc. Esto es lo que se conoce como **desdramatización (descatastrofización)**: imaginar que lo peor que se teme es cierto, analizar cuán malo sería realmente y, según los casos, cuánto duraría, y ver qué se podría hacer para manejarlo. De hecho hay clínicos que tras pedir al cliente que suponga que lo que piensa es cierto, le solicitan que identifique no simplemente lo que pasaría entonces, sino lo peor que podría pasar según él. En la **tabla 5** se presenta un ejemplo de reestructuración cognitiva que incluye desdramatización.

Conviene señalar **varias cosas respecto a la desdramatización** (Bados, 2001):

- **No se trata de ver un evento negativo como poco importante o neutral** (p.ej., es perturbador para la mayoría de la gente perder un amigo), sino de evaluar críticamente su impacto real. Esto debe hacerse sin perder la actitud empática hacia el cliente.
- **El paso de suponer que lo que se piensa podría ser cierto, no tiene por qué ser introducido en la misma sesión que los anteriores.** Los clientes que tengan dificultad para cuestionar las pruebas de su pensamiento inicial necesitarán trabajar más en ello, tanto en las sesiones como en casa, antes de pasar a cuestionar las derivaciones de dicho pensamiento.
- Como la desdramatización es una inundación cognitiva, hay que dedicarle el **tiempo suficiente** para que el cliente pueda procesar la información y experimentar alguna reducción de ansiedad; en caso contrario, puede ser perjudicial. (Una alternativa a la desdramatización verbal es la imaginación prolongada de las peores cosas temidas.)

- **Puede que la desdramatización no sea siempre apropiada.** Por ejemplo, no es lo mismo que un agorafóbico tema durante un ataque de pánico desmayarse, hacer el ridículo o ponerse a correr y gritar que morir o volverse loco.

En estos dos últimos casos, puede ser más adecuado, como señalan Barlow y Craske (1989) y Botella y Ballester (1997), abordar la probabilidad de que esto suceda en vez de si sería tan malo morir o volverse loco. (Otros han señalado que la desdramatización puede ser adecuada en el miedo a la muerte, ya que algunos pacientes tienen creencias e imágenes disfuncionales sobre la muerte y el proceso de morir; por ejemplo, piensan que uno sigue experimentando dolor después de la muerte.) Similarmente, no es lo mismo pensar “no le gusto a él/ella” que “no le gusto a nadie”. En este último caso es mejor centrarse sólo en la validez de las interpretaciones hechas y en la búsqueda de soluciones para lograr cambios deseados en vez de plantear si es tan malo no gustarle a nadie.

Identificar lo que pasaría si lo que se piensa fuera cierto llevará tarde o temprano a la identificación y cuestionamiento de los supuestos o creencias básicos (véase más abajo el apartado correspondiente). A continuación se ofrecerán diversos ejemplos para las preguntas correspondientes a este apartado, ejemplos centrados, sobre todo, en la desdramatización.

- **¿Que pasaría si las cosas fueran realmente como piensa? Incluso si lo que piensa fuera verdad, ¿sería tan malo como parece? ¿Qué soluciones habría o qué podría hacer al respecto? Si las cosas fueran realmente así, ¿qué podría hacer para cambiarlas o cómo podría hacer frente a la situación?**

Persona que piensa que un amigo no querrá verle más o se enfadará muchísimo si no le presta cierta cantidad importante de dinero. Suponiendo que esto fuera verdad y su amigo no se contentara con las explicaciones que usted le diera, ¿piensa que esta es la reacción de un verdadero amigo? ¿Merecería la pena seguir contando con esa amistad? ¿No es una amistad algo interesada? ¿Perder esa amistad significa que su vida está acabada? ¿No tiene otros amigos? Si no los tiene, ¿qué puede hacer para conseguirlos?

Persona que piensa que las cosas con su pareja no van nada bien y esta puede abandonarle. ¿Qué pasaría entonces? ¿Su vida ya no tendría sentido? ¿Qué otras posibilidades le quedarían? (buscar nuevas relaciones, de pareja o no; dedicar más tiempo a sus aficiones).

Estudiante que piensa que si suspendiera unos exámenes importantes, sería desastroso. Sin embargo, se le hace darse cuenta a través de la discusión que podrá volverse a examinar 6 meses más tarde, que si estudia del modo acostumbrado es probable que pase los exámenes en esta segunda convocatoria y que, incluso si esto no fuera así, hay muchos trabajos agradables que podría considerar y que no requieren esos exámenes (Clark, 1989).

Ama de casa que piensa que su marido puede tener un accidente de coche camino del trabajo. Incluso reconociendo la baja probabilidad de esto –dada la forma de conducir de su cónyuge, su ausencia de accidentes pasados y el número de accidentes por año–, se analiza lo que pasaría si el marido muriera o quedara incapacitado; es muy probable que la tristeza y abatimiento duraran un tiempo, pero que luego la persona sería capaz de encontrar un trabajo, sacar adelante a sus hijos y superar el infortunio (Craske, Barlow y O'Leary, 1992).

Madre que se queja de que la relación con su hija adolescente cada vez es peor y se pregunta en qué falló al educar a su hija. Entre los muchos aspectos a abordar estaría el de comenzar a pensar qué es lo que realmente va mal, qué se quiere cambiar y cuáles serían las posibles soluciones para ir consiguiendo poco a poco estos cambios.

Persona que piensa que sería desastroso que se desmayara en un ataque de pánico. Aparte de la baja probabilidad de esto, ¿es tan terrible? El desmayo tras una hiperventilación intensa es realmente un mecanismo adaptativo que restablece la homeostasis corporal. Y lo peor que puede suceder, aparte de un mala caída (que no es frecuente), es una breve sensación de desorientación al recobrar el conocimiento.

Paciente que cree que los demás pensarán que es incompetente y ridículo si le ven temblar y ponerse rojo. ¿Realmente importa tanto lo que piense la gente? Si son extraños, ¿qué importancia tiene lo que crean? Si son amigos, ¿van a cambiar su opinión de usted por dicho motivo? Y si la gente piensa mal ¿qué pasa? ¿No se puede seguir viviendo y gozando de la vida a pesar de esto?

- **¿Cómo serán (serían) las cosas dentro de un tiempo? Esto que parece tan malo ¿durará (duraría) siempre?**

Estas preguntas son útiles para poner en su justa perspectiva una pérdida anticipada. Ante el abandono por parte de la pareja, uno no debe concentrarse sólo en los efectos inmediatos, sino pensar que el malestar se irá reduciendo a través de los meses, que se conocerá a nueva gente y que quizá se establezca una nueva relación íntima.

- **¿Qué le diría X con el fin de ayudarlo a afrontar la situación?**

X es una persona importante para el cliente o una persona con su mismo problema, pero que consigue afrontarlo. En un caso de dolor crónico con pensamientos constantes sobre el mismo, el cliente puede reconocer que X le recomendaría distraerse, relajarse, hacer ejercicio moderado y recibir masajes.

EXTRAER LAS CONCLUSIONES PERTINENTES

Tras la reestructuración de un pensamiento, el cliente debe extraer una conclusión, la cual suele implicar una forma alternativa (más adaptativa) de enfocar la situación. A continuación se presentan **ejemplos de pensamientos reestructurados junto con una síntesis** de los mismos que resume su significado y es más fácil de utilizar en las situaciones reales (Bados, 2001).

- A. **Pensamiento inicial:** “La gente pensará que lo que voy a decir no es muy interesante”.
- Reestructuración:** “Bien, no sé por qué la gente va a pensar eso. En realidad, me he preparado bien esta charla pensando en el público y en estas condiciones la mayor parte de la gente reacciona de un modo favorable o neutral. Incluso si hay gente que responde negativamente, puedo pensar si esa respuesta está justificada o no. Que alguien responda negativamente no quiere decir necesariamente que yo haya hecho algo mal. Si su respuesta no está justificada, ¿qué se le va a hacer! Uno no puede contentar a todo el mundo ni todos tenemos las mismas opiniones. Si está justificada, desde luego me sentiré molesto, pero me servirá para ver qué aspectos me es conveniente cambiar para la próxima ocasión. Todos cometemos errores; haberme equivocado en algo no me hace estúpido, al revés, es de sabios aprender de los propios errores”.
- Síntesis:** “Me he preparado bien, así que lo más probable es que la charla resulte interesante. Y si me equivoco en algo, me sentiré molesto, pero me servirá para aprender”.
- B. **Pensamiento inicial:** “El corazón se me va a *poner a mil* como siempre [pensamiento correcto en este caso] y no lo voy a poder soportar”.
- Reestructuración:** “Inquietándome por esto no va a impedir que suceda, incluso va a agravarlo. En vez de preocuparme, puedo pensar en cómo solucionar las cosas. Por ejem-

plo, puedo dejar de pensar en ello, puedo aceptarlo y esperar que se vaya reduciendo como normalmente sucede, y puedo concentrarme en pensamientos más adaptativos tales como ver de qué forma voy a comenzar mi charla. Además, incluso si las primeras veces no consigo mucho, es comprensible. Claro que me sentiré algo molesto, pero estas cosas no se logran en un día; se requiere práctica repetida”.

Síntesis: “Pensar en esto no me ayuda, lo mejor es centrarme en cómo voy a empezar”.

- C. **Pensamientos iniciales:** “Si le digo de verla otra vez, pensaré que estoy demasiado deseoso y echaré a perder esta ocasión. Además, si me dice que no, me sentiré fatal ya que no querrá verme nunca más”.

Reestructuración: “Decirle a una chica que me gustaría verla otra vez no es tan difícil. Puede sentirse muy halagada y estoy expresando mis deseos francamente. Y si no se lo digo, puedo estar perdiendo la oportunidad de verla otra vez. Si ella no acepta mi cita, esto no significa necesariamente que no quiera verme nunca más. Incluso si fuera así, al menos lo he intentado y he expresado sincera y valientemente mis sentimientos”.

Síntesis: “Sólo si se lo pido tendré una oportunidad; y si me dice que no, ya habrá otras ocasiones. Por el momento, lo importante es expresar mis deseos”.

Recapitulando las distintas estrategias empleadas en el método socrático, puede decirse que una **reestructuración verbal puede resumirse en unos pocos aspectos clave:** a) ¿Cuál es la probabilidad de que las cosas son como piensa? (considerar las pruebas a favor y en contra); ¿existe una interpretación alternativa más probable? b) ¿Le resulta útil pensar así? c) Si las cosas fueran como piensa, ¿qué podría pasar?, ¿cuán probable sería?, ¿qué podría hacer? O bien, si se imagina lo peor, ¿cuán probable es?, ¿qué otras alternativas existen?, ¿qué podría hacer si lo peor ocurriera? (Bados, 2001).

ASPECTOS A CONSIDERAR A LA HORA DEL CUESTIONAMIENTO VERBAL

No deben cuestionarse todos los pensamientos negativos de un cliente, sino sólo aquellos que contribuyen significativamente al malestar emocional y/o conductas problemáticas del paciente. Así, en el caso de los trastornos de ansiedad, los pensamientos importantes no son los que tienen que ver con el escape/evitación de las situaciones temidas (“tengo que salir de aquí”) o con la experiencia de ansiedad, sino los relativos a temas de peligro (p.ej., “me faltará el aire y me ahogaré” en el caso de un claustrofóbico). Un fóbico social puede pensar “no sabré expresarme bien”, “los demás se darán cuenta”, “se reirán de mí”. En este caso, se comenzaría abordando los pensamientos automáticos iniciales para pasar posteriormente al pensamiento final de la cadena, que es el que expresa la consecuencia más temida. Es fundamental no limitarse a las predicciones sobre la ocurrencia de síntomas de ansiedad (p.ej., “me pondré rojo”); hay que incluir las consecuencias, significados o implicaciones de experimentar estos síntomas. En el caso de un agorafóbico con frecuentes ataques de pánico que piensa que tendrá uno de ellos y que si no lo para, sufrirá un infarto, se cuestionaría la creencia que liga el ataque de pánico o ciertas sensaciones cardíacas de ansiedad con el infarto.

Hay que centrarse en cada pensamiento el tiempo suficiente para cuestionarlo suficientemente. De todos modos, **lo importante no es tanto que el cliente quede convencido de que las cosas son de otra manera (esto requiere tiempo y acumulación de pruebas), sino que acepte que pueden ser de otra manera y esté dispuesto a comprobarlo.** Por lo tanto, el papel de la reestructuración verbal es reducir en cierta medida la creencia en los pensamientos negativos, disminuir la ansiedad y facilitar los experimentos conductuales.

Al evaluar un pensamiento negativo, es normal que surjan otros. Si sirven para defender el pensamiento original, se pasará también a cuestionarlos. Sin embargo, no hay que perder de vista la interpretación o predicción de partida y habrá que volver a ella para ver si el cliente es capaz de reestructurarla. En el caso de que los nuevos pensamientos no estén directamente relacionados con el inicial, pero sean importantes, convendrá anotarlos para discutirlos en sesiones posteriores.

Las **preguntas realizadas por el terapeuta** a la hora de reestructurar un pensamiento determinado deben obedecer a un **objetivo claro** que debe tenerse en mente para evitar el frecuente error de desviarse del mismo. Las preguntas deben ser una función de aquello que se quiere que el paciente llegue a ver en vez de ser hechas sin orden ni concierto. Además, las preguntas concretas a hacer dependerán también de las respuestas dadas por el paciente a las preguntas anteriores.

Especialmente las primeras veces que se utiliza la RC o cuando el terapeuta se enfrenta a pensamientos resistentes, conviene, siempre que sea posible, **pensar previamente** en las preguntas que puedan ser más oportunas, en los posibles contraargumentos del cliente y en las respuestas más convincentes a los mismos.

No hay que acorralar a los clientes con las preguntas. Hay que evitar que el cliente se sienta interrogado, atacado o avasallado. No se trata de inducir al paciente a abandonar rápidamente las explicaciones de que dispone y a adoptar otras que el terapeuta considera más adecuadas. Para conseguir un convencimiento eficaz, es el propio cliente quien debe hacer este proceso a su propio ritmo. En este sentido, también hay que evitar persistir en preguntas o argumentos que son convincentes para el terapeuta, pero no para el paciente (Bados, 2001).

Un cliente puede no cuestionar cuidadosamente una cognición o puede no encontrar datos persuasivos. En estos casos, el **cliente puede limitarse a aplicar de modo mecánico respuestas estándar** tales como “no hay datos para esta creencia” o “no tiene sentido creer esto”. Queda así claro que el cliente no está convencido de lo que se dice, tal como refleja frecuentemente su tono de voz. De esta forma, los efectos son nulos. Se trataría entonces de ayudar al cliente a examinar los propios pensamientos más cuidadosamente y a buscar datos más persuasivos.

Como se dijo antes, conviene que el **cliente sintetice** la reestructuración realizada en uno o más pensamientos alternativos breves que sean fáciles de recordar y de usar en las situaciones reales. Es útil apuntar estos pensamientos en **un papel** para centrar una atención que puede estar limitada por la ansiedad y para favorecer el recuerdo. **El cliente debe valorar el grado de creencia en el pensamiento alternativo y en el pensamiento original.** Conviene tener en cuenta que muchas veces el cambio de pensamientos de manera que resulten creíbles es algo gradual, aunque en alguna ocasión puede ser súbito. Este cambio se ve facilitado por la consideración continuada y por la repetición de los nuevos pensamientos, por la reestructuración de otros pensamientos negativos relacionados y, especialmente, por el sometimiento a prueba de las cogniciones negativas (Bados, 2001).

Una reestructuración aparentemente válida de un pensamiento negativo conducirá a una reducción de la creencia en este último y a una disminución del malestar emocional. Si esto no es así, lo más probable es que el paciente tenga reservas sobre la reestructuración, las cuales habrá que cuestionar igual que se ha hecho con los pensamientos negativos.

Relacionado con lo que se acaba de decir, **algunas personas afirman que se creen los pensamientos alternativos en el plano intelectual, pero no en el plano emocional.** En este caso, la persona simplemente está reconociendo la posibilidad de que lo que se está diciendo sea verdad, pero no le concede demasiado valor; es decir, la persona no cree lo que se dice. Si ocurre lo anterior, puede ser útil recordar que es muy probable que si uno no cree en la nueva forma de pensar

es por la sencilla razón de que dichas ideas le resultan nuevas y extrañas. Se trata entonces de seguir las trabajando, de someterlas a comprobación, de averiguar si son ciertas. Hay que discutir las, buscar alternativas, considerar las pruebas disponibles, realizar experimentos. No se trata de creer algo porque sí; hay que comprobar si las ideas son correctas. De todos modos, conviene no perder de vista que **la reestructuración centrada en examinar las pruebas fracasará si lo importante de un pensamiento es su función** (p.ej., al centrarse en pensar algo se evita afrontar algún problema) en vez de su contenido.

El **modelado puede ser una técnica útil para ayudar al cliente a adoptar una perspectiva más adecuada de las situaciones perturbadoras**. Puede hacerse de varias maneras: a) El terapeuta demuestra al cliente una forma más adecuada de enfocar la situación perturbadora. b) El terapeuta muestra al cliente cómo este enfocó anteriormente de un modo apropiado una situación relacionada con el problema. c) El terapeuta cuenta cómo enfocó una experiencia vivida por él y relacionada en cierta medida con la situación perturbadora para el cliente.

La **utilización del humor y de ciertas dosis de ironía** por parte del terapeuta puede ayudar a **desdramatizar situaciones** y facilita una evaluación más adecuada de estas por parte del cliente. (Véase un ejemplo en Costa y Serrat, 1982, pág. 120.) El humor debe ser natural y adaptado a la situación y al paciente.

Una vez que el cliente ha alcanzado un cierto dominio de la reestructuración cognitiva, el terapeuta puede emplear la **técnica del punto-contrapunto**, previo acuerdo con el paciente. El terapeuta comienza expresando un pensamiento negativo significativo del cliente como si fuera suyo (“no querrá saber nada más de mí si le digo esto”) y el cliente debe buscar argumentos para refutarlo, a lo cual el terapeuta responde con nuevas ideas cuya validez debe evaluar el cliente. Si en un momento determinado el cliente tiene dificultades para seguir, se pueden invertir los papeles y entonces es el terapeuta el que continúa desafiando los pensamientos negativos (Bados, 2001).

Relacionada con el procedimiento anterior está la **técnica del tribunal o simulación de un juicio** en la que el paciente actúa como un abogado de la defensa y/o de la acusación aportando argumentos empíricos sólidos (¿dónde están los hechos?). Cuando el paciente interpreta los dos papeles, considera y compara dos puntos opuestos de vista; por eso le es más fácil modificar su valoración. En concreto, el paciente identifica un pensamiento concreto y luego adopta el papel de abogado para convencer a los miembros de un jurado de que su pensamiento es válido. Una vez que ha expuesto todos los argumentos a favor, pasa a representar el papel de fiscal para convencer al jurado de que el pensamiento no es válido. El papel del terapeuta es hacer de juez y cortar toda aportación de datos inadmisibles, tal como rumores (“una vez oí que...”) o argumentos irracionales.

Similarmente, la **reestructuración puede dramatizarse en un momento dado a través de una adaptación del diálogo de las dos sillas**. Por ejemplo, el cliente puede defender ciertas creencias y pensamientos desadaptativos mientras se sienta en una silla y pasar a desafiarlos cuando cambia a la otra silla. Mientras está en la primera silla puede representar, por ejemplo, el papel de su yo crítico o el de una figura del pasado de quien aprendió algo que está interfiriendo en su vida (para una visión más detallada, véase Elliot, 1992, 1995). La ventaja de la reestructuración dramatizada es que hay una mayor movilización del afecto y que puede ser más eficaz que la simple reestructuración verbal. Además, en el caso de la figura del pasado, el cliente es capaz de lograr una mayor discriminación entre el pasado y el presente y de reconocer que no tiene por qué mantener las decisiones que tomó cuando era niño.

Hacia el **final del tratamiento** el terapeuta puede hacer de **abogado del diablo**, si lo considera conveniente. Es decir –previo acuerdo con el cliente o, en ocasiones, de un modo inesperado

para este-, el terapeuta se dirige a él como si estuviera de acuerdo con alguna cognición negativa ya trabajada (“quizá X no quiera saber nada más de usted si le dice esto”) y el cliente debe ser capaz de encontrar argumentos para refutarla. El empleo de esta estrategia requiere estar seguro de que el cliente está convencido de sus nuevas interpretaciones y que estas no se basan simplemente en la influencia social ejercida por el terapeuta.

ACTIVIDADES ENTRE SESIONES

El cuestionamiento verbal de los pensamientos durante las sesiones se complementa con el cuestionamiento conductual paralelo (véase el punto siguiente) y con actividades entre sesiones tendentes a facilitar y mantener el cambio cognitivo y conductual. Para aquellas actividades que implican la realización de reestructuraciones, hay que **proporcionar al paciente una selección de preguntas** que puede utilizar como guías; naturalmente, el cliente puede emplear otras preguntas más específicas para la situación considerada. También puede darse por escrito un ejemplo de un pensamiento reestructurado mediante el empleo de dichas preguntas, ejemplos de las cuales se presentan a continuación:

- a) **Preguntas para examinar las pruebas de un pensamiento:** ¿Qué datos tengo a favor de este pensamiento? ¿Son realmente favorables estos datos? ¿Qué datos tengo en contra de este pensamiento? ¿Hay otras interpretaciones alternativas? ¿Cuán probables son estas otras interpretaciones? ¿Qué datos hay a favor y en contra? ¿Cuál es la probabilidad real de que las cosas sean como pensaba? ¿Cuál es la anticipación o interpretación más probable? ¿Qué me diría (persona en quien confío) acerca de lo que pienso?
- b) **Preguntas para examinar la utilidad de un pensamiento:** ¿Me ayuda este pensamiento a conseguir mis objetivos y a solucionar mi problema? ¿Me ayuda esta forma de pensar a sentirme como quiero? ¿Cuáles son los pros y los contras de esto que creo?
- c) **Preguntas para examinar qué pasaría realmente si lo que se piensa fuera cierto.** ¿Que pasaría si las cosas fueran realmente como pienso? (Identificada la nueva cognición, pueden emplearse las preguntas dirigidas a examinar las pruebas disponibles.) Incluso si lo que pienso fuera verdad, ¿sería tan malo como parece?
- d) **Preguntas para examinar qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto:** Si las cosas fueran así, ¿qué podría hacer al respecto?, ¿cómo podría hacer frente a la situación? ¿Qué me diría una persona importante para mí con el fin de ayudarme a afrontar la situación? Si otra persona tuviera este pensamiento, ¿qué le diría yo para ayudarlo a afrontar la situación?

Entre las actividades entre sesiones, las cuales se revisan al comienzo de la siguiente sesión, se encuentran:

- **Escuchar en casa la grabación de las reestructuraciones realizadas en la consulta.** Esto es muy útil para combatir problemas de atención y memoria y para facilitar la comprensión de ciertas cosas por parte del paciente al volver a escuchar la sesión en unas condiciones diferentes.
- **Reestructurar por escrito o mediante grabación en cinta** diversos pensamientos, primero los trabajados en la sesión y posteriormente, también otros. Aunque un paciente no escriba la reestructuración completa con las preguntas utilizadas, sí que es conveniente que escriba las conclusiones a las que ha llegado. Por otra parte, conforme el cliente va

adquiriendo habilidades de reestructuración, llega a ser capaz de automatizar el proceso y de responder directamente con pensamientos alternativos a sus pensamientos negativos sin utilizar las preguntas de cuestionamiento de estos últimos.

- **Repetición o consideración varias veces al día de los nuevos pensamientos**, aquellos que han venido a sustituir a los negativos. Por ejemplo, un cliente poco asertivo puede leer en una tarjeta o recordarse afirmaciones tales como “si le digo *no* a alguien y se enfada, no significa que debiera haberle dicho que *sí*”, “puedo defender mis derechos, aunque cause inconvenientes a otros”.
- **Imaginarse en una situación perturbadora y reestructurar los pensamientos tenidos**. Este ensayo cognitivo puede hacerse como práctica de reestructuración (sin exposición inmediatamente posterior a la situación temida) o como preparación justo antes de exponerse a la situación perturbadora.
- **Reestructurar los pensamientos negativos en situaciones perturbadoras reales**. Pueden emplearse situaciones que ocurran naturalmente y situaciones de una jerarquía de exposición. Esta tarea **es esencial** ya que, al igual que la relajación, de poco sirve saber reestructurar en condiciones de tranquilidad –aunque este es un importante paso previo– si no se sabe hacerlo en las situaciones problemáticas. Varios puntos son importantes aquí:

En cada situación conviene llevar a cabo:

- a) Una **reestructuración justo antes** de la exposición de los pensamientos negativos identificados o un empleo de los pensamientos alternativos previamente generados y validados.
- b) Un empleo **durante la exposición de pensamientos alternativos** o un **cuestionamiento** de los pensamientos perturbadores, si la situación lo permite y no se perjudica la propia actuación. Ciertas situaciones (p.ej., las sociales) no permiten un cuestionamiento detallado de los pensamientos durante las mismas ni el empleo de pensamientos positivos de forma repetitiva; esto interferiría el desarrollo de la interacción o la propia actuación y reduciría la atención hacia la información externa que sirve para invalidar lo que se piensa.
- c) Una **evaluación realista tras la situación** de lo ocurrido durante la misma con el fin de introducir los cambios oportunos en caso necesario; esta evaluación la hace el cliente y luego se revisa en la siguiente sesión a partir del autorregistro. Si, debido a la emoción, a un cliente le resultara muy difícil cuestionar sus pensamientos inmediatamente después de la situación, podría esperar a hacerlo más tarde; pero, una vez calmado, debería hacer el cuestionamiento lo más pronto posible.

Llevar un **autorregistro** en el que el cliente apunte situación perturbadora, tipo y grado de emoción, pensamientos negativos, reestructuración de estos, tipo y grado de emoción subsecuente, y conducta realizada o a realizar (véanse más arriba los modelos de Ellis y Clark).

Cuando sea difícil pensar con claridad en las situaciones problemáticas, puede ser útil que el cliente lleve escritos en **tarjetas** los pensamientos negativos y pensamientos alternativos que dan respuesta a los mismos; o bien, puede escribir por un lado de la tarjeta un pensamiento alternativo y por el otro lado, los datos que lo apoyan. Otra posibilidad, no incompatible con la anterior, es que el cliente emplee **respiración**

controlada o relajación para reducir una ansiedad excesiva antes de aplicar la RC.

Es importante que el paciente comprenda que las cogniciones dependen del estado emocional. Por lo tanto, en el caso de clientes ansiosos la tendencia a percibir peligro y sobrestimar las consecuencias negativas será mayor bajo condiciones de elevada ansiedad o miedo. Sin embargo, la probabilidad de que ocurra la consecuencia negativa es independiente, salvo excepciones, del nivel de ansiedad. Así, la probabilidad de volverse loco no es mayor durante un ataque de pánico en comparación a cuando uno está relajado.

Hay que **vigilar cómo se emplean los pensamientos alternativos y, en general, las estrategias de afrontamiento**, ya que si bien pueden resultar útiles cuando se emplean para afrontar la ansiedad y mantener la atención centrada en la tarea, también pueden convertirse en conductas defensivas. Esto ocurre cuando se utilizan para controlar la ansiedad a toda costa y para prevenir la ocurrencia de consecuencias catastróficas temidas. En este caso sería más adecuado dejar de emplear más o menos progresivamente las estrategias y poder comprobar así que, a pesar de ello, no se cumplen las expectativas catastróficas.

- # No basta con reestructurar los pensamientos en las situaciones perturbadoras, sino que el **cliente debe comportarse en estas de acuerdo con su nueva forma de pensar**. Así, el cliente con conductas de evitación deberá ser alentado a superar estas conductas. Esto ayuda a restar credibilidad a los pensamientos negativos, a dar mayor credibilidad a los nuevos pensamientos y a mejorar la ejecución.
- **Ayudar a otra persona a reestructurar sus pensamientos** acerca de ciertas situaciones, lo cual facilita que el cliente haga lo propio consigo mismo.
- **Lectura de libros y artículos** adecuados a los problemas del cliente.

En algunos casos puede ser útil que la reestructuración de pensamientos en situaciones reales sea precedida por una **reestructuración en situaciones imaginadas o simuladas**. Existen dos procedimientos para llevar a cabo la reestructuración en situaciones imaginadas. El primero es la **imaginación racional emotiva**, ya sea en la versión de Maultsby (1981) o en la de Ellis (1979b, 1981); Carrasco (1995) y Ruiz (1993) hacen una breve presentación de las dos versiones. El segundo es la **reestructuración racional sistemática** de Goldfried (Goldfried y Davison, 1976/1981; Goldfried y Goldfried, 1980/1987). Los pasos de esta última son:

- Terapeuta y cliente **construyen una jerarquía** de situaciones progresivamente más perturbadoras.
- El **terapeuta sirve como modelo de cómo llevar a cabo la reestructuración**. Para ello, emplea el primer ítem de la jerarquía. La activación emocional sirve como señal para identificar pensamientos negativos y estos como estímulo para aplicar la reestructuración.
- El terapeuta describe una situación de la jerarquía y **el cliente se imagina en ella y observa su nivel de activación emocional** (ansiedad, depresión, enojo). Si este nivel **excede un cierto punto** (p.ej., 20 sobre 100), debe **identificar y expresar en voz alta sus pensamientos**.
- El **cliente procede también en voz alta a evaluar sus pensamientos negativos** y a reemplazarlos por otros más adecuados **mientras continúa imaginándose en la situación**.

En **caso necesario el terapeuta ayuda** al cliente en la reestructuración hablando en primera persona como si fuera el cliente. Esta asistencia se va retirando hasta que el cliente es capaz de hacer la reestructuración por sí solo, primero de **forma manifiesta y luego, encubierta**.

- **El cliente continúa imaginándose en la situación hasta** que consigue reevaluarla y reducir su activación emocional o hasta que transcurre un cierto tiempo prefijado (5 minutos).
- Terminada la reestructuración, **el cliente califica de nuevo su nivel de activación emocional**. Antes de presentar otra vez el ítem o de comenzar con uno nuevo, terapeuta y cliente comentan la reestructuración realizada.
- **Un ítem se da por superado cuando** se han conseguido dos imaginaciones seguidas del mismo sin experimentar ansiedad o en las que esta ha sido reducida rápidamente.
- **Si tras dos o tres presentaciones de un ítem la ansiedad no se va reduciendo, existen varias posibilidades:** a) elaborar un ítem menos difícil, b) ver si el cliente cree en la reestructuración, c) ver si son los pensamientos evaluados los que provocan la activación, y d) considerar que los pensamientos no juegan un papel en este caso y que se han pasado por alto otros factores relevantes.

CUESTIONAMIENTO CONDUCTUAL DE LAS COGNICIONES DESADAPTATIVAS

Aunque el cuestionamiento verbal puede facilitar la realización del cuestionamiento conductual y de otras partes del tratamiento, es sólo un paso preliminar. Por lo general, la **consecución de cambios más amplios y duraderos** (a nivel cognitivo, afectivo y conductual) **requiere el cuestionamiento conductual** de las cogniciones del paciente, por lo que hay que darle mayor importancia. Este cuestionamiento conductual corre paralelo al cuestionamiento verbal; una vez que una cognición ha sido reestructurada verbalmente, es sometida a prueba mediante un experimento conductual siempre que sea posible.

En el cuestionamiento conductual terapeuta y **cliente generan predicciones específicas a partir de los pensamientos negativos** (expectativas, interpretaciones, atribuciones, valoraciones), **y diseñan experiencias para comprobar si tales predicciones se cumplen o no**. Es decir, a través de tareas o experimentos conductuales, y siguiendo por lo general un enfoque gradual, se somete a prueba la validez de los pensamientos.

Los **experimentos conductuales son** actividades planeadas, basadas en la experimentación o en la observación, que son realizadas por los pacientes en las sesiones o fuera de estas con el fin de obtener información que ayude a **poner a prueba** la validez de sus cogniciones (p.ej., estas palpitaciones indican que voy a tener un infarto) y/o la validez de cogniciones alternativas (p.ej., estas palpitaciones son una consecuencia de la ansiedad o del estrés). Aparte de esta finalidad de prueba de hipótesis, también existe una de **descubrimiento** cuando los pacientes tienen poca idea o no tienen ninguna sobre los procesos que mantienen su problema o lo que podría suceder si actuaran de otro modo. Por ejemplo, se puede pedir a un fóbico social que mantenga en la sesión una conversación con un interlocutor centrándose en sí mismo y a continuación otra conversación con la atención centrada en la otra persona y en la interacción; luego se le pediría que identificara las consecuencias de ambas formas de comportarse.

Existen **dos tipos básicos de experimentos** (Rouf et al., 2004):

- **Experimentos activos.** Son los más frecuentes en la práctica clínica. El paciente hace o deja de hacer algo de modo deliberado en una situación, observa lo que sucede y extrae sus conclusiones. Por ejemplo, un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo que cree que si tiene cerca un objeto afilado, no podrá resistir el impulso de usarlo, puede permanecer en la consulta con un cuchillo de cocina encima de la mesa y con la punta dirigida hacia el terapeuta.

Los experimentos activos pueden realizarse en **situaciones reales o simuladas**. Estas últimas son útiles cuando los clientes tienen miedo de hacer cambios en la vida real, cuando las situaciones problemáticas son raras o cuando se quiere probar cuál de diversas respuestas funciona mejor (p.ej., en una situación social).

- **Experimentos de observación.** Estos experimentos se diferencian de los anteriores en que el paciente es sólo un observador o recolector de datos, no un actor. Son útiles cuando el cliente encuentra el experimento activo demasiado amenazante y cuando se requiere más información ante de planear un experimento activo. Existen tres formas de llevar a cabo un experimento observacional:

- # **Observación directa (modelado).** El paciente observa el comportamiento de otros. Así, un fóbico a los perros que teme ser mordido por estos puede observar cómo el terapeuta interactúa con diversos perros.

- # **Encuesta.** El paciente y/o el terapeuta preguntan a otros acerca de lo que piensan, sienten o hacen con la intención de obtener información sobre una cuestión relevante para las preocupaciones del paciente. Así, un paciente hipocondríaco que piensa que sus dolores de cabeza, cansancio y pinchazos son un signo de enfermedad puede preguntar a sus amigos sobre la frecuencia de estos síntomas durante el último mes y sobre sus explicaciones para los mismos.

Al hacer encuestas, es importante que el paciente prediga lo que cree que los otros responderán. También hay que decidir con él las preguntas que se harán y la gente a la que se preguntará. En ocasiones, un pequeño número de personas puede reaccionar como el paciente cree; en estos casos, puede discutirse las razones que pueden tener para pensar así y en qué medida debe permitir uno que las opiniones de los otros determinen las propias. Por otra parte, cuando el terapeuta haga una encuesta, es útil que grabe las respuestas de los otros, ya que esto aumenta la credibilidad de los datos.

- # **Información de otras fuentes.** El paciente puede obtener información de otras fuentes como internet o libros de cara a someter a prueba ciertas ideas.

Bennett-Levy, Butler et al. (2004) ofrecen una guía detallada de cómo llevar a cabo experimentos conductuales, tanto en general como en diversos trastornos psicopatológicos. **Ejemplos de experimentos conductuales** se presentan en la **tabla 6** y también puede consultarse Bennett-Levy, Butler et al. (2004), Botella y Ballester (1991, 1997) y Clark (1989). Scholing, Emmelkamp y van Oppen (1996) presentan una explicación sobre los experimentos conductuales que puede darse a los pacientes; el ejemplo que emplean hace referencia a la fobia social.

Varios son los **pasos a la hora de diseñar y llevar a cabo un experimento conductual** (Rouf et al., 2004; Fennell, 1989; Wells, 1997):

- **Identificar una o más cogniciones objetivo** que sea importante abordar. Por ejemplo, “me tiemblan mucho las piernas cuando estoy ansioso y necesito agarrarme a algo para no caerme”. Evaluar el grado (0-100) en que el paciente cree en la cognición.
- **Revisar las pruebas existentes a favor y en contra de la cognición.** Esto es realmente una forma de cuestionamiento verbal que es útil para proporcionar ideas sobre las variables a manipular en el experimento, reducir la creencia en la cognición y facilitar la realización del experimento. Además, siempre que sea posible, es útil **desarrollar una o más perspectivas alternativas** a la cognición objetivo y evaluar el grado en que el paciente cree en la misma. Así, una perspectiva alternativa al pensamiento “si no planeo lo que voy a decir en una conversación y no lo controlo mientras hablo, diré cosas estúpidas y habrá silencios en la conversación” puede ser: “planear y controlar todo lo que se dice es algo difícil para cualquiera y hace que la conversación no sea fluida; si no lo hago, me sentiré más cómodo y la conversación será más interesante”.
- **Hacer una predicción específica** que pueda someterse a prueba y evaluar el grado de creencia en la misma. Esta predicción puede coincidir con la cognición objetivo o ser un ejemplo más específico o una derivación de la misma. Ejemplos de predicciones son: “Si suelto el carro en el súper cuando estoy nervioso, me desplomaré”, “si le digo a mi amigo H. lo que pienso sobre X, nunca más hablará conmigo”; “si no abandono el supermercado cuando mi ansiedad es máxima, me desmayaré”. Predicciones como “perderé el control” o “haré el tonto” pueden significar diversas cosas y necesitan ser operacionalizadas. Por otra parte, las predicciones requieren especificar la gravedad o intensidad de las consecuencias predichas.
- **Justificar al paciente la necesidad de llevar a cabo el experimento** que permitirá comprobar la validez de la predicción y, si es el caso, de la alternativa; al paciente debe quedarle claro el objetivo del experimento. De todos modos, no siempre es conveniente explicar a un paciente cuál es el objetivo de un experimento; una excepción es cuando los efectos de expectativa puedan interferir con el resultado del experimento. Por ejemplo, si una persona cree que las variaciones que nota en su corazón son indicativas de una anomalía y el terapeuta cree que son debidas a la hiperatención hacia el funcionamiento cardíaco, podría pedir al paciente que describiera en voz alta el contenido de la habitación y luego discutir el efecto que esto ha tenido en las variaciones cardíacas percibidas (supuestamente una disminución). En este caso, haber avisado previamente al paciente sobre la finalidad del experimento podría haber afectado a los resultados obtenidos.

Otra excepción pueden ser ciertos experimentos que se utilizan a) para provocar sensaciones corporales con la finalidad de establecer sus causas o b) exagerar dichas sensaciones para comprobar qué sucede. En estos casos, en vez de explicar por anticipado qué se pretende específicamente con el experimento, suele ser más aconsejable hacerlo después. De este modo, es más fácil que el paciente haga la prueba y aumenta la probabilidad de que el elemento sorpresa dé lugar a una experiencia más similar a la de la ansiedad intensa o pánico.

- **Acordar en qué consistirá exactamente el experimento:** lo que el paciente hará y cómo, dónde, cuándo y con quién (si es el caso); las conductas que debe eliminar debido a que contribuyen a mantener la predicción negativa (p.ej., evitación, conductas defensivas); y los aspectos que se tendrán en cuenta para decidir si la predicción se ha cumplido o no. Es especialmente importante: a) escuchar y resolver las dudas y objeciones del paciente, y b) anticipar posibles dificultades y modos de solucionarlas. Si el paciente no tiene una gran confianza en realizar el experimento, lo más probable es que no lo haga.

En el tratamiento de la ansiedad, los experimentos conductuales implican exposición, pero esta difiere de la exposición estándar tanto en la explicación que se da a los pacientes como en la forma de llevarla a cabo: la finalidad no es permanecer en la situación temida hasta que la ansiedad se reduzca, sino que el paciente pueda someter a prueba determinadas predicciones. Por lo tanto, la frecuencia, duración o graduación de la exposición no son tan importantes como el que se activen los miedos de los pacientes y estos puedan comprobar a través de sus acciones o falta de ciertas conductas si sus creencias son ciertas o no.

- **Llevar a cabo el experimento y tomar nota detallada de los resultados.** Conviene que el cliente complete un **autorregistro** en el que consten a) fecha y situación, b) predicción (consecuencias específicas anticipadas, gravedad o intensidad de las mismas, grado de creencia en la predicción), c) perspectiva alternativa y grado de creencia en la misma, d) experimento (qué se hará y en qué se fijará uno), e) resultados (consecuencias que han ocurrido realmente, gravedad o intensidad de las mismas, medida en que se ha cumplido la predicción), y f) conclusión (qué se ha aprendido respecto a la predicción y la alternativa, grado de creencia en las mismas, ¿hay que hacer algo más?).

- **Discutir cómo se llevó a cabo el experimento y los resultados de este.** Hay que explorar qué se hizo realmente, qué sucedió y las implicaciones que esto tiene para las ideas preexistentes del paciente. Si la **predicción no se cumplió**, esto suele ayudar al cliente a darse cuenta de la invalidez del pensamiento o a plantearse la validez del mismo, aunque también puede tener explicaciones alternativas que le ayuden a mantener sus creencias (p.ej., que una sola prueba es insuficiente). Por lo tanto, hay que comprobar el grado en que el paciente sigue creyendo en la predicción; una disminución es indicativa de la eficacia del procedimiento, mientras que un mantenimiento requiere explorar las razones para el mismo. Para lograr reducir en la medida suficiente el grado de creencia e invalidar la predicción, un experimento puede tener que ser repetido varias veces en su forma original o con modificaciones o bien nuevos experimentos deben ser llevados a cabo. McNally (1994) ha señalado diversos motivos por los que un paciente puede **mantener sus creencias negativas a pesar de los resultados contrarios de uno o más experimentos conductuales**:
 - # Un experimento (p.ej., producir mareo deliberadamente en la consulta) pone a prueba una predicción (p.ej., que el mareo producirá desmayo), pero también implica la aceptación de una serie de **suposiciones auxiliares** (la producción deliberada del mareo es equivalente al mareo producido en condiciones normales). Si la predicción no se cumple, el cliente puede rechazar las suposiciones auxiliares en vez de la predicción.

 - # Una serie de constataciones en una determinada línea **no prueba que las cosas siempre vayan a ser así**: no desmayarse tras varios episodios de mareo no prueba que este nunca dará lugar al desmayo. Esto es cierto, pero la cuestión estriba en si debemos regirnos por certidumbres o por probabilidades. La meta sería aprender a funcionar mediante estas últimas y a tolerar la incertidumbre.

 - # Un cliente puede estar suscribiendo la **versión negativa de la falacia del jugador**. Según esta falacia, tras varias tiradas de mala suerte, debe venir alguna buena tirada. A la inversa, un paciente agorafóbico, por ejemplo, puede creer que tras haber sobrevivido a una serie de ataques de pánico, su buena suerte se ha acabado y el próximo ataque puede tener consecuencias funestas.

Si la **predicción resultó correcta** –lo cual requiere basarse en datos concretos y no

en posibles sesgos de percepción o interpretación por parte del paciente—, esto constituye también una información útil. Hay que analizar si el comportamiento y los pensamientos del cliente contribuyeron a los resultados y si la situación puede manejarse de modo diferente la próxima vez. Si una situación no puede cambiarse, habrá que trabajar sobre la forma de enfocarla, de modo que sea vivida de forma diferente. Conviene recalcar que la finalidad de un experimento conductual no es que el paciente compruebe que las cosas no son como él piensa, sino someter a prueba una predicción de modo que haya algo que pueda ser aprendido, ya sea que la predicción resulte refutada o no.

De este modo, un experimento conductual puede indicar que determinado pensamiento del paciente es correcto. Así, una madre puede sentirse deprimida porque un hijo no quiere saber nada con ella y esto último ser cierto. En este caso, y dado que no se pudiera hacer nada para modificar la situación, se emplearían preguntas tendentes a identificar y discutir las implicaciones para la madre del alejamiento del hijo (p.ej., “la vida sin mi hijo no tiene sentido”), se podría enseñar alguna estrategia para manejar la emoción correspondiente y se buscarían alternativas en la forma de vida que dieran un mayor sentido a esta.

- **Extraer conclusiones a partir de los resultados.** Tras la discusión anterior, debe pedirse al paciente que resuma lo que ha aprendido del experimento. Por ejemplo: “Mi amigo se enfadó, aunque ni mucho menos lo que yo esperaba. Además, probablemente hubiera reaccionado mejor si yo hubiera elegido mejor mis palabras. Lo que está claro es que la gente no reacciona muchas veces tan mal como espero”. Una conclusión muy diferente sería: “Mi amigo se enfadó mucho menos de lo que esperaba, pero probablemente fue porque tenía un buen día”. Conviene preguntar por el grado de creencia en la conclusión.
- **Planificar qué más conviene hacer.** A partir de las conclusiones extraídas, terapeuta y paciente deciden cuáles son las implicaciones prácticas del experimento. Por ejemplo, actuar en correspondencia con lo que se ha aprendido (“si mi amigo no se enfada cuando le digo las cosas bien, entonces se las digo en vez de callarme”) o llevar a cabo nuevos experimentos o ciertas acciones (p.ej., enseñar ciertas habilidades).

Aunque los pacientes suelen llevar a cabo los experimentos, en algunos casos pueden darse **problemas de incumplimiento** debido principalmente a dos razones: incomprensión de la razón para realizar el experimento (hay que explicarla entonces más claramente) o miedo a que ocurran las consecuencias predichas. En este último caso, el terapeuta dispone de varias **estrategias**: a) Emplear una persuasión amable, pero firme, insistir para que el paciente realice el experimento sin llegar a poner en peligro la relación terapéutica. b) Llevar a cabo el experimento con el paciente e incluso servir de modelo realizando el experimento antes que el cliente; esta estrategia puede ser llevada a cabo por el terapeuta o por familiares o amigos del cliente. c) Emplear un enfoque gradual y descomponer el experimento en unidades más fáciles; por ejemplo, un fóbico social que no se atreve a dejar caer todas las carpetas al entrar en una reunión, puede comenzar dejando caer uno o dos bolígrafos (Bados, 2001; Wells, 1997).

En ocasiones, un experimento conductual aparentemente correcto puede ir en la dirección equivocada. Scholing, Emmelkamp y van Oppen (1996) presentan el caso de un paciente que pensaba que sus colegas y amigos le veían ponerse rojo frecuentemente y le juzgaban débil y vulnerable. Escribió a estas personas y les explicó sus miedos. Las respuestas le tranquilizaron mucho ya que pocos habían notado que se ruborizaba, apenas pensaban sobre ello, su opinión sobre él tampoco se había visto influida por ello y estaban contentos por su franqueza. Sin embargo, el paciente siguió hablando con más gente sobre su rubor, con lo que se vio claro que la estrategia era antiterapéutica y que se estaba pasando por alto la consideración de una creencia más básica: el convencimiento del cliente de que su valor como persona dependía de la opinión de los

demás sobre él. Cuando se discutió esto con el paciente, admitió que le perturbaría mucho si una sola persona confirmara sus expectativas negativas a pesar de toda la retroalimentación positiva recibida. El foco del tratamiento cambió a la nueva creencia descubierta.

El objetivo de la fase de cuestionamiento verbal y conductual se consigue cuando el cliente es capaz de refutar sus pensamientos negativos y sustituirlos convincentemente por otros más apropiados, de modo que se produzca además el cambio emocional y conductual esperado.

El cuestionamiento verbal y conductual se emplean tanto con pensamientos verbales como con las imágenes. Además, caso de ser necesario, pueden utilizarse con las **imágenes** otras técnicas como las siguientes (véanse Beck y Emery con Greenberg, 1985, cap. 12; Carrasco, 1995; Ruiz, 1993):

- **Modificación de la imagen y afrontamiento.** El paciente forma la imagen y luego pasa a afrontar la situación, es decir, introduce modificaciones que contrarresten el afecto negativo y la amenaza. **Ejemplos:** a) Tras imagen de desmayarse, imagen de levantarse. b) Paciente con imágenes de que abusaron sexualmente de ella a los 5 años pasaba a imaginar cómo crecía hasta su tamaño actual y cómo plantaba cara asertivamente al familiar responsable. c) Paciente con trastorno de pánico con imágenes de un psiquiatra que le había dicho que padecía un trastorno mental grave que sólo podía tratarse farmacológicamente pasaba a imaginar que volvía a la consulta del psiquiatra, le explicaba sus progresos con la terapia psicológica y le censuraba por su información equivocada. Si es necesario, puede detenerse la imagen inicial con un estímulo físico (ruido, golpe en muñeca) o con una orden subvocal (*¡basta!*).
- **Mantenimiento prolongado de la imagen.** Útil para imágenes que el paciente encuentra difícil interrumpir. La imagen o variantes de la misma debe mantenerse continua y deliberadamente hasta que se reduzca notablemente el malestar que suscita.
- **Proyección temporal.** Cuando surge la imagen perturbadora, el cliente imagina cómo serán las cosas semanas, meses o incluso años después.
- **Imaginación descatastrofizadora.** Ante una imagen catastrófica, el paciente debe intentar incluir también los aspectos positivos y neutrales de la situación para tener una visión más realista.
- **Detención de la imagen y distracción.** La imagen se detiene con un estímulo físico (ruido, golpe en muñeca) o con una orden subvocal (*¡basta!*) y luego se emplean técnicas de distracción como concentrarse en la descripción de algún objeto, concentrarse en el entorno con todos los sentidos (vista, oído, gusto, olfato, tacto), hacer ejercicios mentales (p.ej., contar hacia atrás de 7 en 7), concentrarse en memorias o fantasías agradables, dedicarse a una actividad absorbente. En principio, esta es la técnica menos recomendable, aunque puede ser útil en algunos casos para producir un alivio temporal.

CUESTIONAMIENTO DE LOS SUPUESTOS Y CREENCIAS

El trabajo sobre los pensamientos automáticos permite ir identificando y empezar a cuestionar los supuestos y creencias que subyacen a los problemas del paciente. De este modo, el cuestionamiento de los pensamientos automáticos puede emplearse para empezar a socavar los supuestos y creencias, especialmente si el terapeuta hace explícita la conexión entre ambos [p.ej., ¿cómo se ajusta esto que acabamos de comentar (o los resultados de este experimento) con su creencia de

que no se puede confiar en los demás?]. **La terapia termina por centrarse en el cuestionamiento intensivo de los supuestos y creencias cuando se ha conseguido un alivio de los síntomas o cuando los esquemas interfieren con la marcha del tratamiento** o con el progreso logrado (Wells, 1997). Así pues, es mejor empezar a trabajar sobre lo específico y concreto y pasar después a temas más generales y abstractos. Se supone que identificar y modificar los supuestos y creencias disfuncionales produce **cambios más profundos** que el simple cambio de pensamientos concretos y que ello es **útil para prevenir más eficazmente las recaídas**.

Los métodos para identificar supuestos y creencias han sido ya presentados anteriormente. **Antes de centrarse en el cuestionamiento de los supuestos y creencias, conviene educar al paciente sobre los mismos y justificar por qué es necesario abordarlos.** Puede proporcionarse la siguiente información: a) los supuestos y creencias influyen de modo fundamental en cómo interpretamos las cosas y en nuestras emociones y conductas (pueden emplearse las creencias religiosas y políticas como ejemplo), b) provienen en gran medida de experiencias tempranas de aprendizaje o de experiencias posteriores traumáticas o altamente emocionales, c) para prevenir la reaparición de los problemas, es necesario identificar y modificar los supuestos y creencias en los que se basan.

Para cuestionar los supuestos y creencias, se emplea el cuestionamiento verbal y el conductual hasta establecer creencias más moderadas, realistas y adaptativas. Sin embargo, puesto que las creencias nucleares están más arraigadas que los pensamientos concretos, su modificación requiere más tiempo y puede suscitar mayores resistencias por parte del cliente. Además, se puede poner más énfasis en el origen de las creencias y en las dificultades interpersonales duraderas. Fennell (1989) y Wells (1997) han propuesto varios **medios útiles para cuestionar verbalmente los supuestos y creencias:**

- **¿De qué modo es el supuesto o creencia no razonable?** Se trata de ver aquí los datos a favor y en contra del supuesto o creencia: ¿en qué medida se ajusta este a cómo parecen ser las cosas? Como han señalado Beck et al. (1979/1983), conviene tener en cuenta que, al igual que ocurre con los pensamientos concretos, el cambio de los supuestos y creencias **no depende del número de contraargumentos**, sino de encontrar aquellos argumentos o datos particulares que tienen para el paciente un significado especial. Asimismo, es más fácil encontrar argumentos persuasivos si estos se derivan o se apoyan en creencias adaptativas del paciente. De este modo, para modificar la creencia de que “las cosas hay que hacerlas perfectamente o no merece la pena”, podrían emplearse otras posibles creencias existentes tales como “querer ser perfecto consume mucho tiempo e impide hacer otras cosas deseadas”.
- **¿De qué modo es el supuesto o creencia poco útil?** ¿Le es de ayuda al paciente para conseguir lo que quiere en la vida o le sirve de estorbo? Una estrategia valiosa es analizar las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de mantener la creencia. Por ejemplo las normas perfeccionistas pueden producir actuaciones de alta calidad, pero a costa de ansiedad, problemas con los otros y evitación de oportunidades. La exploración de las ventajas percibidas por el cliente de mantener una determinada creencia o conducta refleja también sus percepciones respecto a las consecuencias negativas de abandonar dicha creencia o conducta. Debe intentarse que las desventajas superen a las ventajas. También es posible ponderar cada ventaja y desventaja, asignándoles pesos distintos, de modo que al final puedan compararse los pesos totales de ambas. Si las desventajas predominan, el cliente estará más dispuesto a cambiar. Las ventajas asociadas con mantener creencias o conductas desadaptativas deben ser cuestionadas y deben explorarse medios alternativos y menos problemáticos de lograr las ventajas, tal como se expone a continuación.

- **¿Cuál sería una alternativa más moderada que proporcionaría las ventajas del supuesto o creencia disfuncional sin sus desventajas?** Las creencias disfuncionales suelen ser extremos y admiten pocas matizaciones y excepciones. En vez de ver algo como blanco o negro, se trata de tener en cuenta también los grises. Así, la creencia “debes valerte siempre por ti mismo, no importa lo mal que te sientas” puede ser reformulada en términos más realistas y útiles: “es bueno saber manejar los propios problemas independientemente, pero no siempre tengo por qué ser capaz de hacerlo; soy humano y necesito ayuda a veces como cualquier otro”. Las creencias disfuncionales y sus alternativas pueden ser escritas en **tarjetas**, las cuales son leídas repetidamente por el paciente hasta que aprenda a comportarse de acuerdo con las creencias alternativas. Las tarjetas también pueden utilizarse para recordarse las conductas deseadas y para escribir argumentos en contra de las creencias disfuncionales (véase la tabla 7).
- **¿De dónde proviene la creencia?** En algunos casos, la adopción de una perspectiva histórica que ayude a comprender cómo se adquirieron las creencias disfuncionales puede ayudar a distanciarse de las mismas. Lo que fue importante en la niñez puede no serlo o serlo mucho menos en la vida adulta. Más importante aún pueden ser los diálogos imaginarios o las representaciones simuladas con los padres o personas allegadas. Arntz y Weertman (1999) describen dos métodos experienciales (imaginación con reelaboración y representación histórica de papeles) dirigidos a explorar y reinterpretar memorias de experiencias de la temprana infancia afectivamente ligadas con los problemas actuales y a expresar emociones y necesidades insatisfechas. Esto produce un cambio tanto emocional como de las creencias disfuncionales básicas.
- **Emplear continuos** para modificar el pensamiento dicotómico que suele caracterizar a muchas creencias. Un continuo establece matices de gris en el sistema de juicio del paciente. Para crear un continuo, terapeuta y paciente rotulan y definen ambos extremos del mismo (p.ej., aburrido e interesante; una persona aburrida podría ser una sin amigos ni aficiones, que no sale nunca, ignorada por los demás, que nunca dice nada interesante, que no ha viajado nunca y que no tiene personalidad propia). Luego, se definen algunos puntos intermedios (el 2, 4, 6 y 8 si el continuo va de 0 a 10); un ejemplo puede verse en Wells (1997, págs. 95-96). Finalmente, se pide al cliente que se sitúe en el continuo.

Como con los pensamientos automáticos, el cuestionamiento verbal de los supuestos y creencias disfuncionales debe ser acompañado del **cuestionamiento conductual** y reforzado por los cambios correspondientes en el comportamiento. Los experimentos conductuales pueden tener que ser más frecuentes y abarcar un mayor número de situaciones que los experimentos relativos a pensamientos concretos. Entre los diversos **tipos de experimentos** se encuentran obtener información sobre las normas de otras personas y no dar por supuesto que las de uno son compartidas por todo el mundo, observar el comportamiento de otros para inferir las normas que profesan, actuar contra los propios supuestos y creencias (p.ej., cometer errores o pedir ayuda en el caso de una persona con normas perfeccionistas o ir expresando lo que uno quiere a alguien con quien se ha mantenido una relación de sumisión) y observar las consecuencias, y comprobar las nuevas creencias a través de la acción (Fennell, 1989).

Una técnica útil es pedir al cliente que lleve un **registro diario de experiencias que contradigan la creencia disfuncional y apoyen creencias más positivas**. Por ejemplo, un paciente que piensa que es aburrido podría apuntar durante varios días diferentes tipos de atención que recibe de los demás, incluyendo miradas, sonrisas, saludos, cumplidos, conversaciones, etc. Este registro podría ir acompañado, caso de considerarse necesario, de instrucciones para atender y corresponder a los demás, lo cual facilitaría respuestas por parte de estos que contribuirían a desmontar la creencia original (Bados, 2001).

Clark (1989) presenta el siguiente ejemplo de un paciente con **ansiedad generalizada** que se describía a sí mismo como ansioso en una gran variedad de situaciones y durante al menos el 80% del día. Al discutir estas situaciones, se vio que casi todas ellas suscitaban **preocupaciones acerca del desempeño**. Estas preocupaciones parecían surgir de la creencia mostrada en la **tabla 7**: “Soy incapaz a no ser que tenga éxito. Todos mis éxitos anteriores no valen para nada al menos que tenga éxito hoy. Nadie me querrá al menos que tenga éxito”. Para cuestionar y modificar la creencia, se emplearon varias técnicas. Por medio de una *revisión histórica* el paciente vio que la creencia fue probablemente el resultado de una historia temprana de reforzamiento, lo que le ayudó a distanciarse algo del mismo. La discusión de las posibles *ventajas y desventajas* de mantener la creencia le permitieron ver que aunque la valoración del éxito incrementa la motivación de logro, el extremismo en esta creencia le conducía a una ansiedad constante y probablemente a una peor ejecución.

La suposición también reveló que el paciente tenía considerables dudas sobre su *autoestima*. Para contrarrestar estas dudas y aumentar la autoestima, el cliente hizo una lista de sus cualidades y discutió con el terapeuta los datos a favor y en contra de sus déficits percibidos. Finalmente, se le alentó a *actuar en contra de la creencia* haciendo cosas por placer en vez de por la consecución de un logro. Esto último fue inicialmente difícil debido a la aparición de pensamientos automáticos y ansiedad. Para ayudar al paciente a actuar contra su creencia, tuvo que escribir esta y los argumentos en contra de la misma en una tarjeta que llevaba encima y que tenía que leer al ponerse ansioso (véase la tabla 7).

Otro ejemplo sobre la creencia de “siempre tengo que hacer las cosas perfectamente” puede verse en Clark (1989). Clark y Wells (1995) señalan las siguientes preguntas que pueden emplearse siguiendo el método socrático para cuestionar el **supuesto “si no le gusta a alguien, significa que soy incompetente”**: ¿cómo sabe que no le gusta a alguien?; ¿existen razones por las que alguien pueda no responderle positivamente aparte de su incompetencia (p.ej., su estado de ánimo, el que usted le recuerde a otra persona, el que tenga la cabeza en otro sitio, etc.)?; ¿puede pensar en ejemplos actuales o históricos en los que alguien no ha gustado a otros, pero no ha sido incompetente (p.ej., Jesús y los fariseos)?; si usted no le gusta a una persona y a otra sí, ¿quién tiene razón?; si usted no le gusta a alguien, ¿le anula esto como persona? Esta reestructuración verbal debería completarse mediante experimentos conductuales dirigidos a poner a prueba el supuesto. Así, el cliente podría preguntar a otras personas qué opinan respecto a que si alguien no le gusta a otra persona, es un incompetente. Otros supuestos y estrategias para cuestionarlos son mencionados por Wells (1997):

Supuesto: Si me pongo rojo, todos se reirán de mí.

Estrategias: Examinar toda la gama de reacciones habidas en el pasado cuando se enrojció. Explorar todos los posibles significados de la risa. Realizar una miniencuesta para averiguar las reacciones de la gente. Llevar a cabo experimentos: observar las reacciones de la gente cuando otra persona se pone roja, ponerse rojo (p.ej., pensando en veces anteriores en que uno se ha puesto rojo, pensando en cosas vergonzosas, conteniendo la respiración y tensando los músculos de la cara, mediante maquillaje de tonos rojizos) y observar las reacciones de los otros.

Supuesto: Si me equivoco al hablar, la gente pensará que soy incompetente.

Estrategias: Enumerar todas las cosas que hacen a alguien incompetente. ¿Cuántas de estas características tiene el cliente? ¿Cuál es la importancia de equivocarse al hablar entre todas estas características? Realizar una miniencuesta. Llevar a cabo un experimento.

DIFICULTADES EN LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y

SOLUCIONES

Se enumerarán ciertas dificultades no consideradas previamente, así como la posible pauta de actuación para las mismas (Bados, 2006). Algunas dificultades son generales, mientras que otras son propias del tratamiento de los trastornos de ansiedad. Las dificultades vienen enumeradas en la siguiente tabla:

Dificultades en la reestructuración cognitiva
- El cliente informa de pensamientos demasiado generales que no especifican lo que teme que ocurra.
- El cliente teme informar de ciertos pensamientos negativos por miedo a la evaluación negativa.
- El cliente indica una probabilidad desproporcionada de que ocurra una posible consecuencia temida; por ejemplo, dice que tiene un 10% de probabilidades de tener un infarto durante un ataque de pánico cuando, dadas sus condiciones de salud, la probabilidad es prácticamente cero.
- El cliente afirma que en alguna ocasión le ha sucedido lo que teme (p.ej., desmayarse, gritar).
- El cliente informa o se muestra fácilmente de acuerdo con formas alternativas de pensar supuestamente para complacer al terapeuta o evitar una discusión más profunda que interpreta como evaluación negativa.
- Al comienzo del tratamiento el cliente no cree que haya modos alternativos de ver las cosas. Acepta que la alternativa es plausible intelectualmente, pero sigue pensando que su interpretación es la correcta.
- El cliente se siente frustrado con el empleo del método socrático.
- El cliente mantiene que algo es cierto porque lo siente así (p.ej., “está claro, X me odia”) y aunque se le hace ver la existencia de interpretaciones alternativas, las rechaza como falsas porque cree que lo fundamental es lo que uno siente.
- El cliente parece no quedar convencido con la reestructuración verbal y el terapeuta persiste en la misma a costa de la exposición y/o los experimentos conductuales.
- El cliente reconoce que una consecuencia temida es poco probable (p.ej., que se rían de él al hacer una cita o desmayarse en una situación agorafóbica), pero mantiene que hay una posibilidad de que ocurra, que no podría soportarlo y que no está dispuesto a correr riesgos.
- El cliente dice que puede reestructurar sus pensamientos negativos en la sesión, pero que no puede pensar fríamente cuando está ansioso.
- El cliente dice que a pesar de haber reestructurado sus pensamientos negativos varias veces en las situaciones temidas, siguen reapareciendo y continúa experimentando ansiedad.
- El cliente sigue creyendo que puede ocurrirle una consecuencia catastrófica a pesar del empleo de la reestructuración cognitiva y de múltiples exposiciones en vivo.
- El cliente no identifica ninguna consecuencia catastrófica (desmayo, infarto, azoramiento, pérdida de control) implicada en los ataques, dice temer sólo la ocurrencia de estos ataques porque son muy desagradables.
- El cliente afirma que, después de tantos ataques, ya no le preocupa desmayarse, tener un infarto, asfixiarse, perder el control o hacer el ridículo; sin embargo, sigue teniendo ataques. O bien dice que no cree que las sensaciones sean peligrosas, sino simplemente desagradables y que a nadie le gusta tener esas sensaciones.
- El cliente teme que los ataques de pánico puedan provocarle un infarto (o una angina de pecho), ya que padeció hace tiempo o padece actualmente un problema cardíaco.
- El cliente cree que tendrá un infarto durante un ataque de pánico y aporta como prueba que

su padre murió de un infarto y que recientemente un amigo de su misma edad murió también de un infarto.

- El cliente no quiere correr ningún riesgo y pide seguridad de que no tendrá un infarto.
 - El cliente teme que los ataques de pánico puedan provocarle un infarto y fuma mucho, pero no está dispuesto a dejar de fumar.
 - Un cliente agorafóbico dice que a pesar de reestructurar sus pensamientos negativos, las sensaciones tardan en desaparecer.
 - Un cliente agorafóbico no se atreve a volver a conducir porque teme perder el control del coche al sentirse mareado y como consecuencia quedar gravemente herido o morir o causar daño a otros. Alguna vez que se había mareado en el pasado mientras conducía, siempre había salido de la carretera para no correr riesgos.
 - Un cliente agorafóbico no acepta, como último paso en la aplicación del tratamiento, intentar tener un ataque de pánico en una situación difícil.
-

- **El cliente informa de pensamientos demasiado generales que no especifican lo que teme que ocurra.** Si los pensamientos expresados por el cliente son muy generales (“es terrible”, “estoy fatal”, “no lo puedo soportar”, “tengo que salir de aquí”), se le puede decir que bajo los mismos subyacen otros pensamientos que indican aquello que se tiene miedo que pase (p.ej., desmayarse). Estos últimos son los pensamientos que mantienen el miedo y los que es necesario identificar y reestructurar. Por tanto, se le pide que piense en lo que es tan terrible o en lo que pasaría si no pudiera dejar la situación. Si es necesario, se pueden dar ejemplos de posibles consecuencias temidas o pasar un cuestionario que las enumere.

Si los pensamientos sugieren lo que se teme, pero no lo describen claramente (p.ej., “perderé el control”, “voy a tener un ataque de pánico”, “me va a dar algo”), se pide al paciente que clarifique lo que quiere decir con “perder el control” o “darme algo” o que piense en lo que le pasaría o en lo peor que cree que le ocurriría si perdiera el control o tuviera un ataque de pánico. Por ejemplo, “¿qué pasaría si... (perdiera el control)? (respuesta X); ¿y que pasaría si X?; etc.”. Si lo anterior no es suficiente, se pide al cliente que imagine alguna situación reciente para facilitar la identificación de las consecuencias temidas específicas.

- **El cliente teme informar de ciertos pensamientos negativos por miedo a la evaluación negativa.** Lo primero es mostrar empatía hacia la vacilación o renuencia del paciente (“comprendo que es difícil decir ciertas cosas a un extraño”). Se explica que no es raro que las personas con su problema tengan pensamientos que consideran extremos y se ponen ejemplos de dichos pensamientos informados por otros clientes: por ejemplo, en el trastorno de pánico, sufrir un ictus y ser abandonado por el cónyuge, agredir a otros o destruir objetos durante los ataques de pánico, acabar en un manicomio blasfemando y profiriendo obscenidades, etc. Se pregunta al cliente si a él le pasa algo similar o desea comentar algo al respecto. Si el cliente informa, no hay que mostrar asombro ni emitir ningún juicio de valor, sea cual sea el pensamiento. Al revés, hay que aceptar la ocurrencia de dicho pensamiento y explorar cuáles son los datos que lo pueden sustentar.

Si el cliente prefiere no hablar, se le expresa comprensión por su postura y se le dice que si lo considera oportuno, ya se abordará el tema más adelante. Si una vez avanzado el tratamiento, el cliente sigue sin querer informar de esos pensamientos y estos parecen importantes, se le puede preguntar qué cree que pasaría y cómo reaccionaría el terapeuta si los dijera. Una vez identificadas estas predicciones por parte del cliente, pueden ser reestructuradas con el fin de facilitar la expresión de los pensamientos atemorizantes.

- **El cliente indica una probabilidad desproporcionada de que ocurra una posible consecuencia temida; por ejemplo, dice que tiene un 10% de probabilidades de tener un infarto durante un ataque de pánico cuando, dadas sus condiciones de salud, la probabilidad es prácticamente cero.** Se discute con el cliente lo que significa la cifra que ha proporcionado. Por ejemplo, que de cada 10 ataques, en uno ha tenido un infarto. ¿Es este su caso? O bien, que de cada 10 ataques que tiene la gente con sus condiciones de salud, uno va acompañado de un infarto. ¿Cree que esto es así? (Si fuera necesario, podría darse al cliente información al respecto.) A partir de la discusión anterior, puede establecerse aproximadamente la probabilidad real de ocurrencia. También puede comentarse con el paciente que el hecho de temer algo nos hace exagerar la probabilidad de que ocurra.
- **El cliente afirma que en alguna ocasión le ha sucedido lo que teme (p.ej., desmayarse, gritar).** Conviene explorar primero qué ocurrió realmente, ya que un paciente puede hablar de desmayo cuando sólo se mareó intensamente o de gritar cuando simplemente elevó el volumen de voz. Si la consecuencia temida ocurrió, se analiza bajo qué circunstancias sucedió. Por ejemplo, un cliente puede haberse desmayado, pero no durante un ataque de pánico (que es lo que teme), sino como consecuencia de hipoglucemia, hipotensión, enfermedad vírica o extracción de sangre. Si este fuera el caso, se discutiría esta información con el paciente.

Si se confirma la ocurrencia de la consecuencia temida bajo las circunstancias oportunas (ataque de pánico, situación temida), existen dos opciones compatibles: a) Analizar cuál es la probabilidad de que ocurra la consecuencia temida (“De todas las veces que ha tenido un ataque de pánico, ¿cuántas se ha desmayado?”), probabilidad que es muy pequeña en la mayoría de los casos. En caso necesario, cabe la posibilidad de enseñar estrategias para prevenir el desmayo (p.ej., tensión aplicada). b) Emplear la desdramatización: ¿Qué pasaría realmente si llegara a desmayarse? ¿Qué datos hay a favor y en contra de esta/s nueva/s cognición/es? ¿Es probable que pasen otras cosas (más positivas) no mencionadas? ¿Es tan malo como parece lo que se cree que pasará? ¿Qué podría hacer cuando salga del desmayo?

- **El cliente informa o se muestra fácilmente de acuerdo con formas alternativas de pensar supuestamente para complacer al terapeuta o evitar una discusión más profunda que interpreta como evaluación negativa.** Se dice al paciente que es normal y comprensible que muchas veces hagamos o digamos ciertas cosas para complacer a los demás o evitar enfrentarnos con ellos. Luego, se muestra comprensión afirmando que es difícil decir ciertas cosas o manifestar opiniones divergentes a un extraño, incluso cuando este es el terapeuta. A continuación, se le pregunta qué cree que pasaría si se mostrara en desacuerdo con lo que dice el terapeuta o con lo que él cree que piensa el terapeuta. Una vez identificados los pensamientos negativos correspondientes, pueden analizarse los datos favorables y contrarios a los mismos. Asimismo, hay que fomentar que el paciente exprese gradualmente sus propias opiniones y cualquier tipo de pensamientos, aunque sin obligarle a ello, reforzarle por dicha expresión y, desde luego, no reaccionar de ningún modo que implique evaluación negativa.
- **Al comienzo del tratamiento el cliente no cree que haya modos alternativos de ver las cosas. Acepta que la alternativa es plausible intelectualmente, pero sigue pensando que su interpretación es la correcta.** Es mejor **no forzar la situación**, sino acordar ir revisando los datos que vayan surgiendo. Para que el cliente admita la posibilidad de que lo que uno cree puede cambiar, pueden **buscarse otras creencias que el cliente ha modificado en otros ámbitos** de su vida porque ya no eran verdad o resultaban inútiles o incluso dañinas. Ejemplos para un ex-fumador serían “fumar no me hace daño” o “puedo dejarlo cuando quiera”. Otras áreas en que pueden buscarse creencias modificadas son hábitos dietéticos, sobreprotección de los hijos, práctica religiosa, conducta sexual, actitudes políticas, uso del cinturón de seguridad o del casco, etc.

- **El cliente se siente frustrado con el empleo del método socrático.** Con clientes que prefieren un estilo más persuasivo o directivo, puede ser mejor, al menos de entrada, no emplear el diálogo socrático. En estos casos suele ser más útil proporcionar información y sugerir formas más útiles de ver las cosas y autoinstrucciones que pueden emplearse en las situaciones temidas.
- **El cliente mantiene que algo es cierto porque lo siente así (p.ej., “está claro, X me odia”) y aunque se le hace ver la existencia de interpretaciones alternativas, las rechaza como falsas porque cree que lo fundamental es lo que uno siente.** Pueden seguirse diversas vías de actuación: a) Buscar ejemplos de otras personas que a pesar de haber sentido algo como cierto, hubieran terminado por ver que las cosas eran de otra manera. b) Buscar ejemplos de otras personas que sienten algo como cierto, pero el propio paciente y/u otras personas piensan de modo muy diferente. c) Buscar ejemplos previos del propio paciente en que a pesar de haber sentido algo como cierto, hubiera terminado por ver que las cosas eran de otra manera. d) Buscar o poner un ejemplo de dos personas que sienten que son ciertas dos cosas totalmente opuestas; ¿cuál de las dos tiene razón si nos basamos sólo en lo que sienten? e) Hacer una encuesta a otras personas para ver lo que opinan de la creencia de que si uno siente algo como cierto, lo es. f) Hacer un experimento conductual para someter a prueba si cosas que el cliente siente como ciertas lo son.
- **El cliente parece no quedar convencido con la reestructuración verbal y el terapeuta persiste en la misma a costa de la exposición y/o los experimentos conductuales.** El terapeuta debe recordarse que la finalidad de la reestructuración no es convencer al cliente, sino ayudarle a cuestionar por sí mismo ciertas formas de enfocar las cosas. Esto, por una parte, requiere tiempo. Y por otra, la mejor fuente de información para cuestionarse los propios pensamientos es la experiencia dirigida a ponerlos a prueba. La reestructuración verbal es sólo un modo de facilitar el que se lleve a cabo esta experiencia, pero no es necesario que el cliente esté previamente convencido de que sus pensamientos son inadecuados, sólo de que las cosas pueden ser de otra manera y esté dispuesto a comprobarlo. Así pues, es un error dar preferencia a la reestructuración verbal sobre la exposición y/o los experimentos conductuales. Es más, en algunos casos, los clientes pueden intentar alargar la reestructuración verbal para postergar la exposición a las situaciones temidas.
- **El cliente reconoce que una consecuencia temida es poco probable (p.ej., que se rían de él al hacer una cita o desmayarse en una situación agorafóbica), pero mantiene que hay una posibilidad de que ocurra, que no podría soportarlo y que no está dispuesto a correr riesgos.** Se discute con el paciente el hecho de que está reaccionando como si la consecuencia temida fuera a ocurrir y que esta reacción se basa en cómo se siente en vez de en su experiencia: ¿cuántas veces ha pensado que iba a ocurrir lo que teme y cuántas realmente ha ocurrido (ninguna, por lo general)? Hay que hacer ver al paciente que debido a su miedo de que la consecuencia temida suceda está sobrestimando la probabilidad de que ocurra. El cliente debería recordarse todo esto cuando le asalte su miedo. También puede utilizarse la desdramatización: ¿Qué pasaría realmente si llegara a suceder lo que teme? ¿Qué datos tiene a favor y en contra de esta/s nueva/s cognición/es? ¿Es probable que pasen otras cosas (menos negativas) no mencionadas? ¿Es tan malo como parece lo que cree que pasará? ¿Qué puede hacer si ocurre lo que teme?

Por otra parte, puesto que no hay garantía de que lo que se teme no sucederá, conviene discutir si merece la pena o no aceptar el pequeño riesgo de que ocurra lo que se teme. Se comenta que la vida está llena de peligros de muy baja probabilidad de ocurrencia (p.ej., ser atropellado) que aceptamos porque salimos ganando si comparamos los beneficios que obtenemos (poder realizar muchas actividades de la vida diaria) con los costes que supone la evitación y la pequeña probabilidad de que ocurra lo que se teme. A continuación se pide al

cliente que repase la información de que dispone sobre la probabilidad de que ocurra lo que teme, que analice los beneficios de no evitar y el precio que está pagando por evitar ciertas actividades y situaciones para prevenir supuestamente lo que teme, y que decida qué es lo que le compensa más. Suponiendo que decida afrontar, el cliente debe utilizar en las situaciones la información sobre la bajísima probabilidad de que ocurra lo que teme y los beneficios que supone no evitar. Si el paciente no está dispuesto a exponerse, puede emplearse la exposición imaginal a las peores consecuencias temidas.

- **El cliente dice que puede reestructurar sus pensamientos negativos en la sesión, pero que no puede pensar fríamente cuando está ansioso.** Se le reconoce que conseguir esto es especialmente difícil al principio, ya que es una habilidad que requiere práctica. Por lo tanto, se enfatiza la necesidad de seguir intentándolo. Por otra parte, para aumentar las probabilidades de éxito, puede recomendarse al paciente:
 - Aplicar la reestructuración cuando detecte que está empezando a ponerse ansioso, en vez de esperar a que el nivel de ansiedad sea muy alto.
 - Cuando le sea difícil pensar con claridad en las situaciones problemáticas, puede llevar escritos en tarjetas los pensamientos negativos y pensamientos alternativos que dan respuesta a los mismos; o bien, puede escribir por un lado de la tarjeta un pensamiento alternativo y por el otro lado, las pruebas que lo apoyan.
 - Si la ansiedad es elevada y resulta difícil reestructurar, puede aplicar también primero la respiración controlada. También, como paso previo a la exposición en vivo a las situaciones temidas, puede emplear la exposición imaginal a las mismas junto con el empleo de la reestructuración cognitiva antes, durante y después de la exposición en la imaginación.
- **El cliente dice que a pesar de haber reestructurado sus pensamientos negativos varias veces en las situaciones temidas, siguen reapareciendo y continúa experimentando ansiedad.** Hay que enfatizar la necesidad de practicar repetidamente hasta que la nueva forma de pensar se convierta en habitual. Mientras tanto, la ansiedad seguirá apareciendo y habrá que combatir repetida y deliberadamente los pensamientos automáticos. Estos, por experiencia, se han convertido en algo usual, y se requiere contrarrestarlos repetidamente, cada vez que vienen a la mente. Conviene enfatizar también que el hecho de que los pensamientos negativos sigan reapareciendo no quiere decir que sean correctos. Reaparecen igual que cualquier respuesta que hemos practicado durante años, aunque ahora ya no sea útil. Por ejemplo, si siempre hemos abierto una cerradura hacia la izquierda y la nueva se abre hacia la derecha, nos llevará un tiempo de práctica adquirir el nuevo hábito.

Si el problema persistiera, habría que comprobar si el cliente está aplicando la reestructuración de modo correcto. Puede ser que el cliente utilice sólo la reestructuración en ciertas ocasiones o únicamente cuando está fuera de las situaciones temidas. En estos últimos casos, debe pedirse al cliente que reestructure sus pensamientos en cada situación temida y antes de exponerse a la misma.

- **El cliente sigue creyendo que puede ocurrirle una consecuencia catastrófica a pesar del empleo de la reestructuración cognitiva y de múltiples exposiciones en vivo.** Se comprueba si se han seguido correctamente las guías para aplicar la reestructuración y la exposición en vivo. Si es así, una opción es emplear la exposición imaginal prolongada a las peores consecuencias temidas hasta que la ansiedad se reduzca significativamente. La exposición no incluye ningún tipo de estrategia de afrontamiento y puede durar 90-120 minutos en las sesiones iniciales. Puede comenzarse ya por la imaginación de la situación más temida o, lo que es más frecuente, incluir una cierta graduación y comenzar por situaciones que provocan una an-

siedad de alrededor de 5 sobre 10. Las escenas deben incluir no sólo las peores consecuencias temidas, sino también los elementos situacionales y síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales asociados con el miedo. Un ejemplo puede verse en el cuadro 3.

Hay que tener en cuenta que el excesivo intento de control de los pensamientos ansiógenos tiene el efecto paradójico de hacerlos más probables. En estos casos, la solución no está ni en intentar deshacerse de ellos ni en discutir su validez, sino en emplear la exposición prolongada para habituarse a los mismos y a la ansiedad que producen.

En pacientes no dispuestos a llevar a cabo el anterior tipo de exposición, puede emplearse alguna otra alternativa. Por ejemplo, una paciente que se agarraba a las papeleras del andén para evitar tirarse a la vía o que el metro la aspirara, consiguió abandonar esta conducta defensiva, pero a pesar de la reestructuración de sus pensamientos y de múltiples exposiciones, seguía reaccionado con gran miedo mientras estaba en el andén y teniendo imágenes creíbles de las consecuencias temidas. La solución que funcionó en este caso fue pedirle que imaginara que había una barandilla alta que le impedía saltar a la vía y que el metro la aspirara. Otros ejemplos son los siguientes. Un paciente imaginaba que se levantaba cada vez que tenía una imagen de desmayo. Otro cliente que tenía imágenes de un psiquiatra que le había dicho que padecía un trastorno mental grave que sólo podía tratarse farmacológicamente pasaba a imaginar que volvía a la consulta del psiquiatra, le explicaba sus progresos con la terapia psicológica y le censuraba por su información equivocada.

A continuación se presentan algunas dificultades que pueden surgir en la aplicación de la reestructuración cognitiva con pacientes que presentan trastorno de pánico/agorafobia:

- **El cliente no identifica ninguna consecuencia catastrófica (desmayo, infarto, azoramiento, pérdida de control) implicada en los ataques, dice temer sólo la ocurrencia de estos ataques porque son muy desagradables.** Se supone que se han realizado las preguntas pertinentes para tratar de identificar dichas consecuencias. Si estas preguntas no han permitido detectar ninguna consecuencia amenazante, se pide al paciente que se siente cómodamente en un sillón, que cierre los ojos y que reviva en su imaginación del modo más vívido y detallado posible la última experiencia en la que tuvo un ataque de pánico intenso. El paciente debe ir contando en voz alta y en tiempo presente qué pasa en la situación, con quién está, qué sensaciones experimenta, qué cosas pasan por su cabeza, etc. Esto facilita la activación emocional y el acceso a las cogniciones significativas. Si el cliente no dice nada sobre estas, puede preguntarse sobre las mismas en aquellos momentos en que se observa una elevación de la respuesta emocional o el cliente informa de la misma.

Si la imaginación anterior no ha permitido identificar consecuencias negativas implicadas en los ataques, se puede pedir al paciente que se exponga a una situación temida y que apunte o grabe cómo se siente y los pensamientos que aparecen por su mente. Si a pesar de todo el cliente sigue sin identificar consecuencias catastróficas, habrá que prescindir del empleo de la reestructuración, aunque sigue existiendo la posibilidad de emplear autoinstrucciones de afrontamiento junto con la respiración controlada y la exposición. En otros casos, los pacientes llegan a ser conscientes de las consecuencias que temen a medida que se van exponiendo a las situaciones evitadas.

- **El cliente afirma que, después de tantos ataques, ya no le preocupa desmayarse, tener un infarto, asfixiarse, perder el control o hacer el ridículo; sin embargo, sigue teniendo ataques. O bien dice que no cree que las sensaciones sean peligrosas, sino simplemente desagradables y que a nadie le gusta tener esas sensaciones.** Se le pregunta si cuando nota las primeras sensaciones de pánico, pone gran empeño en reducirlas o escapar de ellas. La

respuesta suele ser positiva. Se le pide que imagine que pasaría si las sensaciones continuasen y no pudiese escapar de ellas. Es usual que diga que serían cada vez más fuertes y llegaría a tener un ataque y pasarle algo que teme. Si a pesar de lo anterior, el paciente dice que sólo llegaría a tener un ataque de pánico desagradable, hay que aceptar esto como la consecuencia que teme. Un cierto número de clientes teme sólo los ataques de pánico y no otras posibles consecuencias asociadas.

- **El cliente teme que los ataques de pánico puedan provocarle un infarto (o una angina de pecho), ya que padeció hace tiempo o padece actualmente un problema cardíaco.** Se explora en qué consistió o consiste el problema cardíaco y se pregunta al paciente qué le dijo o le ha dicho su cardiólogo. Se consulta con el cardiólogo para confirmar el alcance del problema y las repercusiones que pueda tener sobre el corazón del paciente la experiencia de ansiedad intensa o ataques de pánico en interacción con el problema presentado. Si no hay peligro, se comenta la información anterior con el paciente. Es importante enfatizar que la ansiedad o el pánico no provocan por sí solos ataques cardíacos; sólo aumentan el riesgo de tenerlos cuando se combinan con otros factores. En concreto:

- Los factores principales que aumentan directamente la probabilidad de sufrir un infarto son tener una enfermedad cardíaca o arterial importante, el consumo de tabaco, el nivel elevado de colesterol en sangre (resultado frecuente de dietas hipercalóricas y/o ricas en grasas animales o colesterol) y la hipertensión arterial. Otras variables que pueden contribuir, debido frecuentemente a su asociación con las variables anteriores, son los antecedentes familiares de enfermedad coronaria, el sobrepeso, la inactividad física, la excesiva competitividad, la hostilidad, el consumo excesivo de estimulantes o alcohol, la diabetes y el estrés.
- El estrés y la ansiedad excesiva o el pánico pueden aumentar el riesgo de angina de pecho o infarto de miocardio en personas que padecen una enfermedad cardíaca importante, lo cual, según el cardiólogo, no es el caso del cliente; también, pueden aumentar el riesgo cuando conducen a hábitos inadecuados para manejarlos (p.ej., consumo excesivo de tabaco, comidas excesivas o ricas en grasas) o a hipertensión arterial. Ahora bien, por sí solos no dan lugar a ataques cardíacos (o bien la probabilidad es mínima). Si hubiera hábitos negativos de respuesta ante la ansiedad, sería necesario abandonarlos y aprender estrategias más adecuadas para manejar la ansiedad.

El paciente puede volver a hablar con su cardiólogo para confirmar la ausencia de peligro en su caso. A pesar de esto y de la discusión de la información anterior, algún cliente puede decir que siempre existe una probabilidad mínima de sufrir un infarto y pedir seguridad de que no lo tendrá. Esta dificultad es considerada un poco más abajo.

Si el cardiólogo afirma que existe un cierto peligro o que no se sabe seguro lo que puede pasar, conviene preguntarle cuál es la probabilidad aproximada que tiene el paciente de sufrir un infarto y qué medidas preventivas es aconsejable que siga. Es importante en estos casos seguir trabajando en colaboración con el especialista médico. Se discute con el cliente la información anterior. Varios puntos son importantes aquí:

- Sin negar el riesgo existente, hay que buscar que el cliente no sobrestime la probabilidad de infarto; una cosa es tener algún factor de riesgo y otra que vaya a ocurrir un infarto. Existen también factores protectores y la experiencia del cliente indica que ha experimentado con frecuencia ansiedad elevada y ataques de pánico sin tener infarto.
- Hay que enfatizar que el tratamiento proporcionará estrategias para manejar la ansiedad y prevenir la ocurrencia de los ataques. Es útil explicar un poco estas estrategias y su modo

de actuación.

- Conviene discutir qué cosas puede hacer, dado su problema médico y los consejos del cardiólogo, y qué otras no son convenientes. En este sentido, no se incluirá en el tratamiento la exposición interoceptiva. Además, la exposición en vivo será muy graduada para que no se alcancen niveles elevados de ansiedad y puede ser preferible que el criterio para finalizar la exposición no sea la reducción de la ansiedad, sino la consecución de logros progresivos en la ejecución de situaciones temidas (p.ej., tiempo invertido, distancia recorrida, conductas defensivas permitidas). A medida que se van logrando estos objetivos, se incrementan gradualmente las exigencias.
- **El cliente cree que tendrá un infarto durante un ataque de pánico y aporta como prueba que su padre murió de un infarto y que recientemente un amigo de su misma edad murió también de un infarto.** Se dice al cliente que es comprensible que piense en la posibilidad de sufrir un infarto, ya que experimenta sensaciones cardíacas durante un ataque y dos personas próximas han muerto de un ataque al corazón. Sin embargo, se le plantea también que muchas veces hacemos asociaciones que luego resultan no ser correctas (p.ej., atribuimos un malestar intestinal a una comida reciente, cuando en realidad es debido a un virus) y que es necesario que analice hasta qué punto esas dos muertes indican que él también va a sufrir un infarto. Se revisa en primer lugar por qué la muerte de un amigo, con el que no se tiene ningún tipo de parentesco biológico, hace más probable que vaya a morir de un infarto. De hecho no hay ninguna conexión, excepto la asociación que el cliente hace entre las sensaciones cardíacas temidas y la ocurrencia de una fatalidad cardíaca en una persona cercana.

Se analiza a continuación la muerte del padre y sus circunstancias. Aquí sí que puede compartirse un factor de vulnerabilidad biológica, si bien no es necesario que sea así. Sin embargo, aunque se compartiera, lo importante es examinar los factores de riesgo para el infarto tanto en el padre como en el cliente. ¿Tenía el padre ciertos factores de riesgo (enfermedad cardíaca o arterial grave, hipertensión, colesterol elevado, consumo excesivo de grasas, consumo excesivo de tabaco) que el cliente no tiene? El estrés o la ansiedad excesiva pueden aumentar el riesgo cuando se combina con las condiciones anteriores, pero por sí solos no dan lugar a ataques cardíacos (o bien la probabilidad es mínima).

Si el cliente no presenta los factores de riesgo (si es necesario, puede hacerse el examen médico correspondiente), se le dice que recuerde la información anterior cuando note las sensaciones y que estas son una parte normal de la respuesta de emergencia del organismo ante una situación que se considera peligrosa, respuesta que es debida a una activación del sistema nervioso simpático. Si el cliente presenta algún factor de riesgo, habrá que situarlo en perspectiva: no todos tienen la misma importancia y no es lo mismo tener un factor que varios. Además, el cliente deberá adoptar, en colaboración con un médico, las medidas oportunas para reducir estos factores o minimizar su influencia. A pesar de esto, el cliente puede mostrarse preocupado porque existe una probabilidad de tener un infarto y/o porque quiere tener la seguridad de que no tendrá un infarto. La primera de estas dificultades ha sido ya considerada y la segunda se expone a continuación.

- **El cliente no quiere correr ningún riesgo y pide seguridad de que no tendrá un infarto.** Conviene remarcar que aunque la búsqueda de seguridad es comprensible, no hay garantía absoluta de que un suceso determinado no vaya a ocurrir. La idea no es buscar una seguridad absoluta, sino tener clara cuál es la probabilidad de que algo ocurra y no exagerar esta ocurrencia. Se comenta que la vida está llena de peligros de muy baja probabilidad de ocurrencia (p.ej., ser atropellado) que aceptamos porque salimos ganando si comparamos los beneficios que obtenemos (poder realizar muchas actividades de la vida diaria) con los costes que supone la evitación y la pequeña probabilidad de que ocurra lo que se teme.

A continuación se pide al cliente que repase la información de que dispone sobre la probabilidad de sufrir un infarto en su caso, que analice los beneficios de no evitar y el precio que está pagando por evitar ciertas actividades y situaciones para prevenir supuestamente el infarto, y que decida qué es lo que le compensa más. Suponiendo que decida afrontar, el cliente debe utilizar en las situaciones la información sobre la bajísima probabilidad de sufrir un infarto y los beneficios que supone no evitar. Finalmente, puede emplearse la desdramatización si se considera oportuno: ¿Qué pasaría realmente si llegara a tener un infarto? ¿Qué pasaría si muriera? (a él, a su familia) ¿Qué pasaría realmente si sobreviviera? ¿Cómo sería su vida entonces? ¿Sería tan mala como piensa? ¿Qué podría seguir haciendo? En el caso de descubrir un gran miedo a la muerte, podría utilizarse desensibilización sistemática o exposición imaginal, combinadas ambas con exposición en vivo.

Si en sesiones posteriores el cliente volviera a pedir seguridad de que no tendrá un infarto, se le dice que recuerde lo que se discutió previamente y que lleve a cabo por su cuenta el análisis de los siguientes aspectos: ¿es posible la seguridad total?, ¿cuál es la probabilidad real de sufrir un infarto?, ¿me compensa asumir el riesgo? Terminada esta labor, se discuten con él las conclusiones que ha extraído por si fuera necesario hacerle reflexionar sobre algún aspecto omitido. La idea es ayudar al cliente a aplicar por sí mismo lo aprendido en vez de ofrecerle repetidamente una información tranquilizadora, que no va a conseguir los resultados perseguidos.

Si un paciente llegara a pedir repetidamente tranquilización a algún familiar para reducir el miedo a tener un infarto, habría que hablar con todos ellos y hacerles ver –a través del análisis de experiencias previas y/o de experimentos conductuales– que el alivio producido por la tranquilización es transitorio. Una vez hecho esto, la idea es acordar que el cliente deje de buscar tranquilización y que los familiares dejen de proporcionársela. Aunque esta medida es terapéutica, suele producir ansiedad y/o ira en el paciente. Por ello, conviene preparar a todas las partes. Un medio útil es que ante las demandas de tranquilización, un familiar le pida al cliente que recuerde lo que ha discutido previamente con el terapeuta. Si a pesar de esto, insiste, el familiar puede responder diciendo: “sé lo mal que te sientes, pero como acordamos todos con el terapeuta, no es conveniente que te responda a lo que me pides”; luego, podría pasar a hablar de otro tema. Si el cliente insistiera, el familiar podría recordarle la justificación de su negativa y si siguiera insistiendo, decirle que hablara con el terapeuta.

- **El cliente teme que los ataques de pánico puedan provocarle un infarto y fuma mucho, pero no está dispuesto a dejar de fumar.** Se reestructura la idea de que los ataques de pánico le provocarán un infarto y se recuerda el modelo explicativo de los ataques y el significado de los síntomas experimentados. Se dice al cliente que es comprensible que pueda tener más miedo a los ataques que a fumar demasiado. En el primer caso, algunos de los síntomas, pero no todos, son similares o coinciden con los del infarto, mientras en el segundo, el proceso de daño cardíaco procede lenta e insidiosamente, sin síntomas llamativos. Se comentan con el cliente los factores importantes que pueden conducir a un infarto y se le proporcionan datos concretos sobre la influencia del consumo de tabaco. Asimismo, se enfatiza que la ansiedad excesiva o el pánico no suelen aumentar por sí solos el riesgo de infarto a no ser que existan otros factores de riesgo, en su caso el consumo excesivo de tabaco.

Se pide al cliente que reflexione sobre los pros y contras, a corto y largo plazo, de fumar y dejar de fumar (o fumar menos), y que los escriba en una tabla. Esta información es discutida con él haciendo especial hincapié en su deseo de no tener un infarto. Si el paciente decide reducir o eliminar el consumo de tabaco, se inicia un programa al respecto en el que deben enseñarse estrategias alternativas al fumar para manejar la ansiedad. Si el cliente no cree en los efectos negativos de la conducta de fumar o minimiza su importancia, se le puede poner en contacto con un centro médico especializado. Si decide no ir o va, pero sigue fumando,

puede aplicarse la intervención sobre el trastorno de pánico/agorafobia sin modificar la conducta de fumar.

- **Un cliente agorafóbico dice que a pesar de reestructurar sus pensamientos negativos, las sensaciones tardan en desaparecer.** Se comenta que el objetivo de la reestructuración no es que las sensaciones desaparezcan inmediatamente, sino corregir los pensamientos distorsionados. Esto hace que la ansiedad y las sensaciones se reduzcan, aunque puede llevar un tiempo. Así pues, se pide al paciente se recuerde que la persistencia de las sensaciones no significa que sus nuevas interpretaciones más realistas son falsas o que la reestructuración no sirve para nada. Sencillamente, es necesario saber esperar un tiempo.

Por otra parte, se le dice que aprender a reestructurar lleva su tiempo. Por tanto, en aquellos casos en que la técnica no se domina aún bien, es de esperar que sus efectos sean menores y las sensaciones tarden más en disminuir. Finalmente, se señala que algunas sensaciones ocurren aunque no se esté ansioso. Todo el mundo se siente alguna vez falta de aliento, tembloroso, mareado o con el corazón acelerado. Es decir, aunque el cliente no esté ansioso ni tenga pensamientos atemorizantes, habrá ocasiones en que experimentará sensaciones que le puedan hacer pensar en ataques de pánico.

- **Un cliente agorafóbico no se atreve a volver a conducir porque teme perder el control del coche al sentirse mareado y como consecuencia quedar gravemente herido o morir o causar daño a otros. Alguna vez que se había mareado en el pasado mientras conducía, siempre había salido de la carretera para no correr riesgos.** En este caso, y debido al empleo de la conducta defensiva (salir de la carretera al sentirse mareado), no puede discutirse la validez del pensamiento analizando con el cliente cuántas veces se ha mareado conduciendo y cuántas de estas ha perdido el control del coche. Una solución es preguntar al paciente por otros pensamientos que creía que eran ciertos, pero que demostraron no serlo. Estos pensamientos pueden ser otras consecuencias temidas relacionadas con el pánico o consecuencias relacionadas con otras situaciones ansiógenas (p.ej., suspender un examen, ser ridiculizado, caerse de un sitio alto, etc.).

Si el cliente informa de otros pensamientos que resultaron ser incorrectos, pero dice que es diferente, se le puede contestar que el pensamiento es diferente, pero que el proceso es el mismo. El cliente pudo comprobar que su pensamiento era falso porque no evitó las situaciones que le permitían obtener información al respecto. La pregunta es, ¿no pasaría lo mismo si sometiera a prueba su miedo a perder el control al sentirse mareado mientras conduce?

El cliente puede reconocer que podría ser como se le plantea, pero que de no serlo, el riesgo es demasiado grande. En este caso se le reconoce que no hay datos para saber lo que pasará, pero se le señalan dos cosas: a) el trabajo con múltiples pacientes indica que la probabilidad de que ocurra lo que él teme es ínfima; y b) para saber lo que sucederá realmente en su caso, puede comenzar a afrontar la actividad de conducir empezando bajo condiciones que considere más seguras; por ejemplo, yendo acompañado de alguien, empezando por distancias cortas, conduciendo en una explanada sin coches y luego por sitios poco transitados, conduciendo lentamente, etc. A partir de estas pruebas, el paciente podrá comenzar a decidir si sus miedos están fundados o no. (Entre paréntesis, la dificultad planteada también podría intentar resolverse directamente con las estrategias de este párrafo, sin necesidad de llevar a cabo lo expuesto en los dos anteriores.)

Los pacientes suelen aceptar el comenzar a exponerse gradualmente. Sin embargo, alguno afirma que el riesgo implicado es demasiado grande, aunque su probabilidad de ocurrencia sea mínima. Esta dificultad de asumir riesgos ya ha sido discutida.

- **Un cliente agorafóbico no acepta, como último paso en la aplicación del tratamiento, intentar tener un ataque de pánico en una situación difícil.** Se le pide que describa qué puede ocurrir realmente como consecuencia de un ataque.
 - Si la respuesta es simplemente que pasarlo mal, se le alienta a intentarlo y se enfatizan los beneficios que conseguirá: comprobará que, caso de ocurrir, los ataques no son peligrosos (aunque sí desagradables), aumentará su confianza para manejar la ansiedad/pánico y las situaciones temidas, y reducirá la probabilidad de recaída. Si el paciente se sigue negando, no conviene insistir.
 - Si la respuesta del paciente indica que sigue viendo los ataques de pánico como peligrosos, habrá que seguir reestructurando los pensamientos disfuncionales y llevando a cabo nuevos experimentos conductuales.

Si el cliente acepta intentar tener un ataque, pero no lo consigue, se complica la situación; por ejemplo, hiperventilando durante la misma o empleando la situación en que tuvo su primer ataque de pánico o su peor ataque. Si el paciente vuelve a intentar tener un ataque, pero sigue sin tenerlo, se refuerza su decisión y se enfatiza que el hecho de haberlo intentado indica que acepta que los ataques de pánico no son peligrosos. Si tiene un ataque, se discute con él cuáles han sido las consecuencias reales del mismo.

TABLAS

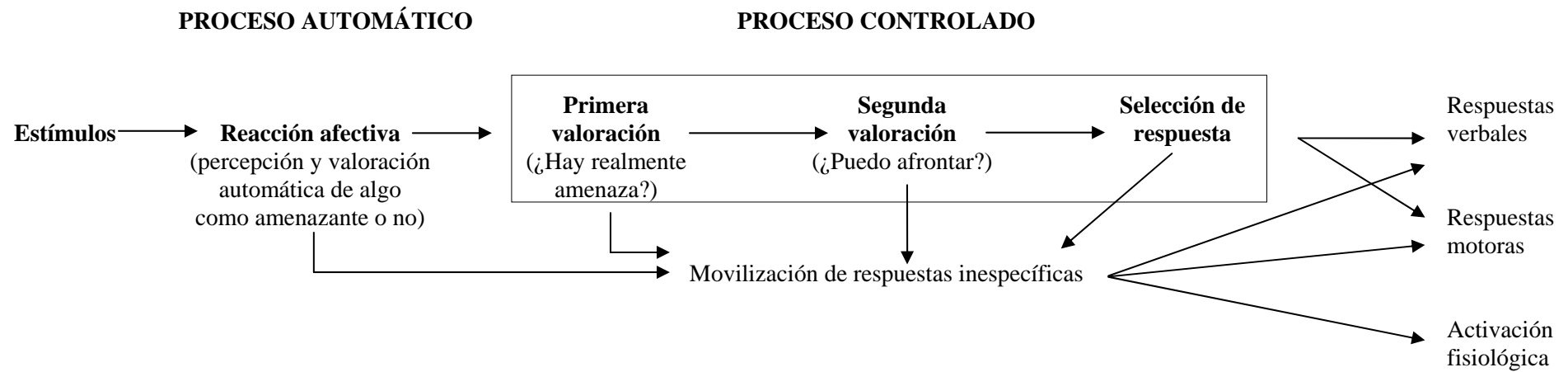


Figura 2. Modelo explicativo de reacción ante estímulos.

Tabla 1. Errores cognitivos más frecuentes.

Inferencia arbitraria. Consiste en extraer una conclusión cuando se carece de datos o cuando estos son realmente contrarios a la conclusión. Ejemplos: Una persona ve fruncir el entrecejo a un miembro del público y piensa: “debo estar diciendo estupideces”. Un cliente que piensa que haber tenido un hijo deficiente es un castigo por su mal comportamiento. Se han distinguido dos tipos frecuentes: a) **Lectura de la mente:** dar por supuesto lo que el otro está pensando o lo que significa su comportamiento (“mi pareja habla poco hoy, está enfadada conmigo”). b) **Error del adivino:** estar convencido de que las cosas que se anticipan son ciertas, aunque no hay base para ello (p.ej., agorafóbico que piensa que se volverá loco durante un ataque de pánico).

Sobregeneralización. Consiste en extraer una regla general injustificada a partir de un único incidente o de hechos aislados. Ejemplos: Una persona a la que le ha ido mal al hablar en público una vez y piensa: “nunca lo conseguiré”. Otras sobregeneralizaciones: “todos los hombres son iguales”, “siempre puedes confiar en un amigo”. Una forma extrema de sobregeneralización es la **etiquetación:** adscribir etiquetas generales a uno mismo o a los otros en vez de pensar en términos de conductas concretas (p.ej., una persona castiga injustamente a su hijo y piensa que es un fracaso como padre en vez de que ha cometido un error).

Exageración. Consiste en exagerar el significado o importancia de un acontecimiento o conducta. Es lo que ha sido llamado “catastrofismo” cuando una persona espera los peores resultados posibles en una situación sin que haya suficientes razones para ello. Ejemplos: Persona que se nota el corazón un poco acelerado y lo interpreta como indicio de un miedo espantoso; profesor que piensa que si se queda bloqueado al dar su primera clase, su carrera habrá acabado.

Minimización. Consiste en subestimar la importancia de acontecimientos o conductas. Ejemplos: Persona que tras lograr controlar ciertos gestos extraños durante la charla, piensa que no tiene mérito ya que normalmente la gente no hace esas cosas; persona que minimiza los logros o capacidades propias y/o las imperfecciones de los otros; persona que no valora los pequeños cambios que va haciendo su cónyuge. Dentro de aquí entra lo que otros han llamado **descalificación de lo positivo:** quitar importancia a los aspectos positivos de las personas o las cosas o transformarlos en algo negativo (persona que cuando le alaban algo que ha hecho piensa que lo hacen sólo por cumplir; persona que atribuye algo fruto de su esfuerzo a la suerte; persona que piensa que si le invitan a una fiesta es porque quieren pedirle algo).

Abstracción selectiva o filtro mental. Consiste en no tomar en cuenta uno o más aspectos importantes de una situación; de esta forma, la persona enfoca ciertos detalles de una situación multifacética, mientras hace caso omiso de otros detalles relevantes, ya sea por no atenderlos, no integrarlos o no utilizarlos. Ejemplos: Persona que interpreta su actuación al hablar en público como fatal porque sólo se da cuenta de sus errores y pasa por alto progresos reales; paciente deprimido que sólo se fija en sus experiencias negativas, mientras ignora las positivas.

Razonamiento dicotómico. Consiste en evaluar una situación sin matices (bueno o malo, correcto o equivocado, blanco o negro). En vez de reconocer un continuo, la persona razona en términos de “todo o nada” y fuerza sus evaluaciones en sistemas de dos categorías discretas y antagónicas. Ejemplos: Persona que piensa que ser criticado es totalmente negativo; persona que piensa que las cosas se hacen perfectas o no se hacen.

Personalización. Consiste en pensar sin datos suficientes que ciertos sucesos están relacionados con uno; la persona tiende a atribuirse fenómenos sin una base firme para hacer tal conexión. Ejemplos: Cliente que cree que un miembro del público tose porque su charla es aburrida; persona que cree que unas malas notas de su hijo se deben a que es una mala madre.

Razonamiento emocional. Consiste en considerar las emociones o sensaciones como prueba de que algo es verdad o va a suceder: “me siento inútil, por lo tanto soy un inútil”. Otros ejemplos: “me siento culpable, por tanto he hecho algo malo”; “me siento abrumado y desesperanzado, por tanto mis problemas no tienen solución”; “siento que pueden despedirme, por tanto es probable que lo hagan”.

Imperativos categóricos. Consiste en pensar que uno mismo, los otros o las cosas deben o no deben actuar o ser de cierta manera; se establecen así normas absolutas y se cierra la posibilidad a otras opciones. Se sobrestima lo malo que es no cumplir los imperativos. Cuando uno mismo no satisface los imperativos, se genera vergüenza y culpa; cuando no los satisfacen los demás, frustración, ira y resentimiento.

Nota. Basado en Burns (1980/1990).

Tabla 2. Reestructuración verbal: Preguntas guía.

Preguntas para examinar las pruebas de un pensamiento

- ¿Qué datos existen a favor de este pensamiento? ¿Qué es lo que le hace pensar que las cosas son así? ¿Son realmente favorables estos datos?
- ¿Qué datos existen en contra de este pensamiento?
- ¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación?
- ¿Está sobrestimando la probabilidad de que ocurra lo que piensa?
- ¿Está pensando en que porque algo puede suceder, sucederá?
- ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto?
- ¿Cuál es la probabilidad de estas otras interpretaciones? ¿Qué datos hay a favor y en contra?
- ¿Cuál es la anticipación o interpretación más probable?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Y lo mejor? ¿Qué es lo más probable que suceda?
- ¿Están sus juicios basados en cómo se siente en vez de en hechos?
- ¿Está confundiendo una forma habitual de pensar con un hecho?
- ¿Está empleando palabras que son extremas o exageradas (siempre, nunca, debería)?
- ¿Se está fijando metas poco realistas o inalcanzables?
- ¿Está olvidando hechos pertinentes o sobreatendiendo a hechos no pertinentes?
- ¿Está pensando en términos de todo o nada?
- ¿Está pensando en término de certeza en vez de probabilidad?
- ¿Está sobrestimando su responsabilidad sobre cómo salen las cosas? ¿Qué otros factores influyen?
- ¿Está subestimando lo que puede hacer para manejar la situación?
- ¿Qué le diría una persona en quien confía acerca de este pensamiento?
- ¿Qué le diría usted a otra persona que tuviera este pensamiento?

Preguntas para examinar la utilidad de un pensamiento

- ¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?
- ¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?, ¿a conseguir lo que quiere?
- ¿Cuál es el impacto que este pensamiento tiene sobre sus sentimientos y sobre su conducta?
- ¿Cómo repercute este pensamiento en sus relaciones con otras personas?
- ¿Qué cosas importantes deja de hacer en su vida al estar pendiente de este pensamiento?
- ¿Cuáles son los pros y los contras, a corto y largo plazo, de esto que cree? ¿Predominan las desventajas sobre las ventajas?

Preguntas para examinar qué pasaría realmente si lo que se piensa fuera cierto

- ¿Que pasaría si las cosas fueran realmente como piensa? (Identificada la nueva cognición, pueden emplearse las preguntas dirigidas a examinar las pruebas disponibles.)
- ¿Qué es lo peor que podría suceder si las cosas fueran realmente como piensa?
- Incluso si lo que piensa fuera verdad, ¿hasta qué punto sería malo?, ¿sería tan malo como parece? (puede situarse lo que se piensa en un continuo que tenga en un extremo un evento poco negativo y en el otro, el evento más catastrófico que le puede suceder a uno en la vida).
- ¿Sería algo realmente grave o un contratiempo?
- ¿Cómo serán (serían) las cosas dentro de un tiempo? Esto que parece tan malo ¿durará (duraría) siempre?

Preguntas para examinar qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto

- Si las cosas fueran realmente así, ¿qué podría hacer al respecto?; ¿cómo podría hacer frente a la situación?
- ¿Qué le diría una persona importante para usted con el fin de ayudarlo a afrontar la situación?
- Si este pensamiento lo tuviera X, ¿qué le diría para ayudarlo a afrontar la situación?

Nota. Tomado de Bados (2001, págs. 157-158). (*) Uso limitado.

Tabla 3. Diálogo entre paciente (P) y terapeuta (T) en el que se ejemplifica una reestructuración cognitiva.

- P En mitad de un ataque de pánico pienso normalmente que voy a desmayarme.
- T ¿Cuánto cree en esto estando sentado aquí ahora mismo y cuánto creería si tuviera las sensaciones experimentadas durante el ataque?
- P 50% ahora y 90% en un ataque.
- T Bien, veamos los datos que tiene para este pensamiento. ¿Se ha desmayado alguna vez durante un ataque?
- P No.
- T ¿Qué le hace pensar entonces que puede desmayarse?
- P Me siento mareado y esta sensación puede ser muy fuerte.
- T Resumiendo, ¿su prueba de que va a desmayarse es el hecho de que se siente mareado?
- P Sí.
- T ¿Cómo puede explicar el hecho de que se haya sentido mareado cientos de veces y no se haya desmayado?
- P Hasta ahora, los ataques han terminado justo a tiempo o he conseguido agarrarme a algo para evitar caerme.
- T Bien, así que una explicación del hecho de que se ha mareado frecuentemente y ha pensado que se desmayará, pero no se ha desmayado realmente es que usted siempre ha hecho algo para salvarse a tiempo. Sin embargo, una explicación alternativa es que la sensación de mareo que usted tiene durante un ataque de pánico nunca acabará en un desmayo, aunque usted no la controle.
- P Supongo que sí.
- T Para decidir cuál de estas dos posibilidades es correcta, necesitamos saber qué tiene que sucederle a su cuerpo para que usted se desmaje. ¿Lo sabe usted?
- P No.
- T Su presión sanguínea necesita descender. ¿Sabe lo que le ocurre a su presión sanguínea durante un ataque de pánico?
- P Bien, mi pulso se dispara. Supongo que mi presión debe subir.
- T Correcto. En la ansiedad, el ritmo cardíaco y la presión sanguínea tienden a ir juntos. De modo que es *menos* probable que usted se desmaje cuando está ansioso que cuando no lo está.
- P Esto es muy interesante y bueno es saberlo. Sin embargo, si es verdad, ¿por qué me siento tan mareado?
- T Su sensación de mareo es un signo de que su cuerpo está reaccionando de un modo normal a la percepción de peligro. La mayoría de las reacciones corporales que experimenta cuando está ansioso fueron diseñadas probablemente para manejar las amenazas experimentadas por el hombre primitivo, tal como ver que se acercaba un tigre hambriento. ¿Qué sería lo mejor que podría hacerse en esta situación?
- P Escaparse tan rápido como uno pueda.
- T Correcto. Y para que le sea más fácil correr usted necesita la máxima cantidad de energía en sus músculos. Esto se logra enviando más sangre a los músculos y relativamente menos al cerebro. Esto significa que hay una pequeña caída de oxígeno en el cerebro y esta es la razón de que usted se *sienta* mareado. Sin embargo, esta sensación es engañosa en el sentido de que no significa que usted se va a desmayar, ya que su presión sanguínea global es alta, no baja.
- P Esto está muy claro. Así que la próxima vez que me sienta mareado, puedo comprobar si me voy a desmayar tomando mi pulso. Si es normal o más rápido que lo normal, sé que no me desmayaré.
- T Correcto. Ahora, teniendo en cuenta lo que hemos discutido hasta ahora, ¿En qué medida cree que puede desmayarse durante un ataque de pánico?
- P Digamos 10%.
- T ¿Y si estuviera experimentando las sensaciones?
- P Quizá 25%.

Este paciente nunca se había desmayado, pero otros pacientes sí. En tal caso, debe preguntárseles si estaban ansiosos cuando se desmayaron. Normalmente la respuesta es negativa y no es extraño que el desmayo preceda al desarrollo de los ataques de pánico. El desmayo fue debido probablemente a cambios hormonales, virus, hipoglucemia, hipotensión arterial, etc., pero los pacientes no fueron conscientes de esto y posteriormente interpretaron su sensación de mareo al estar ansiosos como prueba de ir a desmayarse; esta interpretación errónea favoreció asimismo la ansiedad y la sensación de mareo. La fobia a la sangre es el único trastorno de ansiedad en el que ocurren desmayos.

Nota. Tomado de Clark (1989, págs. 76-77).

Tabla 4. Ejemplo de reestructuración cognitiva en un caso de fobia social.

- T: Cuando dice que puede actuar tontamente, ¿qué quiere decir exactamente?
- P: La gente pensará que soy tonto.
- T: ¿Qué hará que la gente piense esto?
- P: Haré algo tonto y atraeré la atención sobre mí.
- T: ¿Qué hará?
- P: No acertaré con las palabras y no sabré qué decir.
- T: ¿Así que su pensamiento negativo es que no acertará con las palabras y que la gente pensará que es tonto?
- P: Sí. No quiero que la gente piense eso.
- T: ¿Tiene pruebas de que sucederá?
- P: Me ha sucedido antes cuando he estado ansioso en las situaciones. No sé qué decir y mi mente se queda en blanco.
- T: Es cierto que su mente se queda en blanco a veces, pero
- P: Bien, no lo sé seguro.
- T: ¿Cómo reaccionaría la gente hacia usted si pensarán que es tonto?
- P: Supongo que no me hablarían y que me ridiculizarían.
- T: ¿Hay alguna prueba de que la gente le haga esto?
- P: No. Alguna gente puede, pero la gente no hace generalmente esto.
- T: Así que parece como si hubiera alguna prueba contraria, alguna prueba de que la gente no piensa que usted es tonto.
- P: Sí, supongo que sí cuando lo miras de este modo.
- T: ¿Qué pruebas hay de que la gente no piensa que usted es tonto?
- P: Tengo un par de buenos amigos y me llevo bien con la gente en el trabajo.
- T: ¿Qué quiere decir con llevarse bien con la gente en el trabajo?
- P: Algunas personas me piden consejo sobre cosas en las que están trabajando.
- T: ¿Es esto prueba de que piensan que es tonto?
- P: No, justo lo contrario.
- T: Parece que a veces tiene dificultades para saber qué decir cuando está ansioso, pero parece que la gente no piensa que usted es tonto. Si la gente no piensa que usted es tonto, ¿qué otra cosa puede pensar?
- P: Bien, probablemente ni se darán cuenta de que estoy callado.
- T: Incluso si se dan cuenta, ¿qué pueden pensar?
- P: Pueden pensar que simplemente estoy callado o pensativo o algo.
- T: Pensando en ello ahora, ¿en qué medida cree que la gente pensará que es tonto?
-

Nota. Tomado de Wells (1997, págs. 69-70).

Tabla 5. Diálogo entre terapeuta (T) y paciente (P) en el que se muestra una reestructuración cognitiva con desdramatización.

-
- T Usted dijo antes que se preocupa una y otra vez sobre la posibilidad de morir y el efecto que esto tendrá en su familia. Dígame más cosas sobre esta preocupación.
- P Bien, me preocupo porque no quiero que mis hijos pasen por lo que yo pasé y todavía estoy pasando cuando mi padre murió el año pasado. Aparte del terrible sentimiento de tristeza que sufrirían, ¿quién cuidaría de ellos y qué les sucedería si yo no estuviera?
- T ¿Qué tipo de situación imagina si muriera? ¿Qué les sucedería a sus hijos?
- P (Con lágrimas) Es realmente difícil hablar de ello porque pienso que sería tan terrible... Los veo solos y llorando y no sabiendo qué hacer.
- T ¿Y cuánto duraría esto?
- P Uhm!, nunca he pensado en esto. Simplemente lo he visto de este modo.
- T Así que, en cierto sentido, usted está casi asumiendo que ellos se sentirían siempre de ese modo.
- P Sí.
- T Este tipo de pensamientos son obviamente muy ansiógenos y perturbadores. Evaluémoslos. Primero, consideremos la posibilidad de sobrestimar el riesgo. ¿Tiene alguna razón para pensar que morirá inesperadamente y pronto?
- P Sólo que mi padre murió de repente.
- T ¿Cuál fue la razón?
- P Aparentemente tenía un problema cardíaco que no conocíamos.
- T ¿Qué pruebas tiene para decir que usted tiene el mismo problema?
- P Ninguna, realmente. Me hice un chequeo completo unos meses después de que muriera porque estaba muy preocupada y estoy en buena forma.
- T Así que, dada las pruebas disponibles sobre su propia salud y las estadísticas de la población de que una mujer de su edad muera inesperadamente sin razón aparente, ¿cuál es la probabilidad real de que usted muera pronto? Use la escala de 0 a 100.
- P Cuando lo pienso de esta forma, supongo que es realmente baja, quizá un 10%.
- T ¿Está diciéndome que por cada día que usted vive tiene una probabilidad de uno sobre diez de morir en ese día?
- P (Se ríe) No, pienso que es más baja que eso. Quizá 0,1%.
- T De acuerdo, ahora hay otras áreas en las que parece haber hecho suposiciones sin tener en cuenta los datos. ¿Se le ocurre alguna?
- P ¿Quiere decir el modo en que se sentirían mis hijos? Creo que se sentirían terriblemente.
- T No, no estoy poniendo en duda la tristeza y la pérdida, pero sí su suposición de que sus vidas seguirán siempre así. Aunque es difícil pensar sobre ello, intente imaginar lo que sucedería con el transcurso del tiempo. ¿Estarían ellos siempre tan perturbados o finalmente se recuperarían y tendrían una vida relativamente normal?
- P Supongo que finalmente las cosas se normalizarían; y su padre es un buen padre..., podría cuidarlos probablemente.
- T Una vez más, quiero enfatizar que no estamos diciendo que haya una fuerte probabilidad de que usted muera pronto ni que usted deba pensar sobre ello con una actitud descuidada. Sin embargo, dándose cuenta de que a pesar de lo negativa que su pérdida sería, sus hijos serían capaces de sobrevivir y continuar sin usted es un modo muy diferente de ver las cosas a como usted las veía. ¿Está de acuerdo?
- P Sí, comprendo. Creo que tiendo a hacer esto con un montón de cosas. Pienso en lo peor y me centro en ello sin considerar las alternativas.
-

Nota. Tomado de Craske, Barlow y O'Leary (1992, págs. 7.5-7.7).

Tabla 6. Ejemplos de experimentos conductuales.

CLAUSTROFOBIA

Persona que cree que en una habitación cerrada no se renueva el aire y uno puede llegar a asfixiarse. Se echa ambientador perfumado fuera de la habitación totalmente cerrada en que se encuentra para que perciba el olor y compruebe que el aire entra por las rendijas de puertas y ventanas. O bien se le pide que haga una predicción de cuánto tiempo cree que durará el oxígeno y se hace que ella u otra persona permanezca en la habitación durante un tiempo bastante superior.

Paciente que al aplicar el entrenamiento en respiración lenta tiene miedo de poder dejar de respirar completamente. Terapeuta y paciente intentan retener su respiración durante tanto tiempo que lleguen a perder el conocimiento; el terapeuta obtiene primero la predicción del cliente a este respecto y luego hace su propia predicción en términos de que “el cuerpo le forzará a uno a respirar”. O bien, se pide al cliente que retenga la respiración hasta que se le avise y se hace como que se mide el tiempo, pero se espera hasta que el paciente reanuda la respiración. Entonces se le hace ver que es imposible dejar de respirar aunque se quiera porque lo impide el centro respiratorio cerebral.

ANSIEDAD GENERALIZADA

Persona que piensa que es una mala madre y que no puede conjugar su trabajo de ama de casa y trabajadora a tiempo parcial. Como prueba cita que llevó al niño con el familiar que lo cuida 45 minutos antes que lo usual para recuperar trabajo perdido. El niño se comportó horriblemente y ella lo atribuyó a haber jugado poco con él antes de ir a trabajar; además creyó que tenía que abandonar sus planes para ponerse al día en el trabajo. El terapeuta le señaló que una explicación alternativa es que el niño tuvo un mal día y se habría comportado mal en cualquier caso. Para probar esto, la madre accedió a continuar con sus planes de ir a trabajar temprano durante una semana más. Para su sorpresa, el niño se adaptó muy bien y su creencia de que era una mala madre se redujo (Clark, 1989).

Persona que experimenta un hormigueo en los dedos al tocar objetos sólidos y cree que esto indica algún problema neurológico grave. Una explicación alternativa es que el hormigueo sea debido al pensamiento de que tiene un problema neurológico y a un cambio en el umbral táctil producido por dicho pensamiento. En la prueba conductual comprobó que los amigos a los que pidió que acariciaran suavemente objetos y se concentraran mucho en ello detectaron sensaciones similares. Como segunda prueba, el terapeuta le dijo que si la sensación era debida al miedo sobre su significado, debería reducirse al exponerse a ella repetidamente. De hecho así sucedió cuando la paciente intentó producir deliberadamente la sensación varias veces al día; además, cuando esta ocurrió naturalmente, siguió tocando los objetos hasta que desapareció (Clark, 1989).

Persona que cree que no puede controlar su ansiedad. Se le pueden enseñar técnicas de control de ansiedad rápidas y fáciles de aprender (distracción, respiración).

(continúa)

Tabla 6. Ejemplos de experimentos conductuales (continuación).

TRASTORNO DE PÁNICO/AGORAFOBIA

Paciente que cree que las sensaciones que experimenta durante los ataques indican la existencia de una enfermedad. Se trataría de ver si la hiperventilación deliberada u otros medios de exposición interoceptiva (sobreingesta de cafeína, ejercicio físico, movimientos que producen mareo) reproducen las sensaciones (con lo cual podrían ser atribuidas a estos) y si la respiración controlada u otras estrategias de manejo de síntomas las reducen.

Persona que cree que los pinchazos que ha comenzado a sentir en su cabeza durante la sesión indican un tumor o hemorragia cerebral. Se le pide que describa en voz alta el contenido de la habitación y luego se le pregunta por los pinchazos y se ve que han desaparecido. Si fueran debidos al tumor o hemorragia, ¿habrían desaparecido tan fácilmente? ¿No podrían ser debidos al miedo a tener un tumor?

Paciente que cree que sufre una enfermedad cardíaca; para ello, se basa en que nota su corazón más que su marido o colegas del trabajo a pesar de los análisis médicos negativos. Se le dice que el problema puede consistir en que su creencia de que hay algo mal en su corazón le lleva a atender selectivamente a su cuerpo y a ser más consciente de su corazón. Para someter esto a prueba, se le pide que cierre los ojos y se concentre en su corazón durante 5 minutos. Comprueba con sorpresa que esto le lleva a notar su corazón en la frente, cuello, brazos, pecho y piernas, sin tocar ninguna de estas partes. Luego, se le pide que describa en voz alta los contenidos de la habitación durante 5 minutos y se ve que ella deja de ser consciente de su corazón (Clark, 1989).

Otro experimento consistiría en demostrar el papel de los pensamientos en los ataques de pánico intentando inducir uno de estos ataques mediante un método puramente cognitivo tal como a) imaginarse en una situación experimentando las sensaciones temidas y la aparición de las consecuencias catastróficas anticipadas; b) concentrarse y leer en voz alta una serie de pares de palabras en las que la primera es una sensación y la segunda una catástrofe (palpitaciones-muerte, dificultad para respirar-ahogo).

Persona que cree que corre peligro de volverse loca durante un ataque de pánico y que si esto no ha sucedido hasta ahora es porque intenta controlar sus pensamientos durante los ataques. Se le pide que produzca los síntomas temidos y que intente no controlar sus pensamientos. El paciente comprueba que los ataques de pánico no producen locura y que, de hecho, los intentos para controlar sus pensamientos reforzaban su creencia original, ya que durante tales intentos de control algunos de sus pensamientos irrumpían en su cabeza inesperadamente (Clark, 1989).

Persona que cree que al sentirse mareado en una situación temida terminará por desplomarse si no se apoya en algo. Se le pide que evite apoyarse cuando siente mareos y que observe lo que sucede.

Persona que cree que su corazón se acelera en exceso en ciertas situaciones. Se mide su ritmo cardíaco y se compara con el de otras personas en dichas situaciones (p.ej., bicicleta estática para un paciente con trastorno de pánico).

(continúa)

Tabla 6. Ejemplos de experimentos conductuales (continuación).

ANSIEDAD SOCIAL

Persona que cree que un bloqueo o un temblor de manos en público hará que la gente se ría de él. El cliente observa cómo responde la gente mientras el terapeuta u otra persona queda deliberadamente bloqueado o le tiemblan las manos. Otra opción es hacer una encuesta y que cliente y terapeuta pregunten a la gente qué piensa cuando alguien queda bloqueado o le tiemblan las manos en público.

Persona que cree que la gran ansiedad que experimenta internamente al hablar en público es notada por el auditorio. Se le graba en vídeo y se le pide que vea la grabación y compruebe cuáles son los signos y grado de su ansiedad manifestada.

Persona que teme que sus manos puedan temblar en público y comprueba repetidamente que están bien levantándolas enfrente de él con los dedos extendidos y separados. El paciente puede comprobar que este es uno de los mejores modos de producir temblor incluso en gente sin miedo a que le tiemblen las manos (Clark, 1989).

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Paciente que cree que la ansiedad será insoportable, que no se reducirá y que sucederá algo malo al exponerse a una situación temida. Se le pide a) que prediga el nivel de ansiedad que experimentará, las consecuencias que ocurrirán y la intensidad o gravedad de estas cuando se exponga durante un tiempo prefijado a los estímulos temidos sin hacer conductas neutralizadoras; y b) que se exponga, que registre lo que realmente sucede y que compare.

Persona que piensa que es beneficioso que el terapeuta le tranquilice con relación a si ha podido causar un daño o no (p.ej., si ha atropellado a alguien o no mientras conducía. El terapeuta piensa en cambio que el alivio producido es temporal y que la tranquilización ayuda a mantener el problema obsesivo). Se pide al cliente que registre en una escala 0-100 su ansiedad sobre el posible daño causado, su creencia en los pensamientos al respecto y la necesidad de tranquilización. Luego, se le ofrece esta y el cliente tiene que seguir registrando durante un periodo más o menos largo para ver si los efectos conseguidos son permanentes o sólo temporales.

DEPRESIÓN

Persona deprimida que piensa que es un inútil total, incapaz de hacer nada. Se le pide que realice diversas actividades de la casa, ordene papeles personales, etc.

Paciente que cree que haga lo que haga siempre se siente igual de mal. Se le pide que haga un autorregistro diario hora a hora en el que apunte las actividades realizadas y el grado en que disfrutó de cada una de ellas.

Paciente que tras varias semanas de tratamiento con resultados positivos lleva varios días encontrándose peor y piensa que lo suyo no tiene remedio. Para comprobar si se trata de esto último o de un simple contratiempo, se acuerda con él que retome los fundamentos del tratamiento (planificación de actividades que produzcan una sensación de agrado y logro, mantenerse ocupado, intentar hallar alternativas a los pensamientos negativos, emplear tácticas de distracción, hablar sobre el tema con una persona que le sabe escuchar).

Tabla 7. Ejemplo de una creencia disfuncional, respuestas racionales a la misma y plan de cambio.

1. La creencia

Creo que “soy incapaz a no ser que tenga éxito. Todos mis éxitos anteriores no valen para nada al menos que tenga éxito hoy. Nadie me querrá al menos que tenga éxito”.

2. Respuestas racionales y plan de acción

Es comprensible que crea esto; es debido a que en el pasado mis padres nunca me dieron una alabanza inequívoca por mis éxitos, sino que en lugar de ello siempre sugirieron que había otro importante obstáculo inadvertido que atacar.

Sin embargo, esta creencia es falsa porque hay cosas sobre mí en mi pasado que son buenas y que nadie puede quitarme. Además, yo soy la misma persona cuando lo hago mal en la escuela. Ningún miembro de mi familia o amigos me trata diferentemente. Todavía me quieren.

Además, la creencia es disfuncional porque me hace estar constantemente ansioso.

Cómo he mantenido esta creencia durante un largo tiempo, tendré que trabajar duro para cambiarla y esto llevará un tiempo. Dos cosas que puedo hacer para ayudar a cambiarla son a) hacer una lista de mis cualidades; b) gastar un poco de tiempo cada día haciendo algo simplemente por el placer de hacerlo, no por lo que puedo lograr con ello.

Nota: Tomada de Clark (1989, pág. 88).

REFERENCIAS

- Arntz, A. y Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2006). *Tratando... pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2008). Terapia cognitiva de Beck. En F.J. Labrador (Coor.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 517-533). Madrid: Pirámide.
- Bakker, A., Spinhoven, P., van Balkom, A.J.L.M. y van Dyck, R. (2002). Relevance of assessment of cognitions during panic attacks in the treatment of panic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 158-161.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A.T. y Emery, G. con Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1979.)
- Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa. (Original de 1995.)
- Beck, J.S. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Madrid: Gedisa. (Original de 2005.)
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A. y Mueller, M. (Eds.). (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bennett-Levy, J., Westbrook, D., Fennell, M., Cooper, M., Rof, K. y Hackmann, A. (2004). Behavioural experiments: historical and conceptual underpinnings. En J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann y M. Mueller (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 1-20). Oxford: Oxford University Press.
- Heimberg, R.G. y Becker, R.E. (2002). *Nature and treatment of social fears and phobias*. Nueva York: Guilford.
- Botella, C. y Ballester, R. (1991). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico: Adaptación del programa cognitivo-comportamental de Clark. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 871-894.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Burns, D.D. (1990). *Sentirse bien*. Barcelona: Paidós. (Original de 1980.)
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. y Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Carrasco, I. (1995). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (2ª ed., pp. 667-709). Madrid: Pirámide.
- Carrasco, I. y Espinar, I. (2008). Terapia racional emotivo-conductual y reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador (Coor.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 499-516). Madrid: Pirámide.
- Cartwright-Hatton, S. y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D.M. y Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches. En C. Last y M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders* (pp. 362-385). Nueva York: Pergamon.
- Costa, M. y Serrat, C. (1982). *Terapia de parejas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Craske, M.G., Barlow, D.H. y O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, Nueva York: Graywind.
- Edelmann, R. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Chichester: Wiley.
- Elliot, J.E. (1992). Use of anthetic dialogue in eliciting and challenging dysfunctional beliefs. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 137-143.
- Elliot, J.E. (1995). The WILFY method: Unlearning lessons from the past. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 259-266.
- Ellis, A. (1979a). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 33-60). Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1979b). The practice of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 61-100). Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1981). Enfoque racional-emotivo de la terapia sexual. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional-emotiva* (pp. 207-224). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Epstein, S. (2002). Lo que he aprendido tras 40 años de investigación en personalidad. *Escritos de Psicología*, 6, 1-17. (Original de 1997.)
- Fairburn, C., Marcus, M.D. y Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). Nueva York: Guilford.
- Fennell, M.J. (1989). Depression. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 169-234). Oxford: Oxford University Press.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J. y Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Goldfried, M.R. y Davison, G.C. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Buenos Aires: Paidós. (Original de 1976.)
- Goldfried, M.R. y Goldfried, A.P. (1987). Métodos de cambio cognitivo. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia* (pp. 123-165). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1980.)
- Harvey, A.G., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorder*

- ders: *A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Leahy, R.L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford.
- Longmore, R.J. y Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- Maultsby, M.C. (1981). Imaginaciones racional-emotivas. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional-emotiva* (pp. 235-241). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mora, M. y Raich, R.M. (2005). *Autoestima*. Madrid: Síntesis.
- Nieto, M. y Sotoca, A. (2005). Trastorno delirante (tipo persecutorio). En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 299-327). Madrid: Pirámide.
- Rachman, S. (1997). The evolution of cognitive-behaviour therapy. En D.M. Clark y C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive-behaviour therapy* (pp. 3-24). Oxford: Oxford University Press.
- Resick, P.A. y Schnicke, M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rouf, K., Fennell, M., Westbrook, D., Cooper, M. y Bennett-Levy, J. (2004). Devising effective behavioural experiments. En J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann y M. Mueller (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 21-58). Oxford: Oxford University Press.
- Ruiz, M.A. (1993). Técnicas cognitivas y terapias cognitivo-conductuales. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta 2* (pp. 429-530). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Sank, L.I. y Shaffer, C.S. (1984). *A therapist's manual for cognitive behavior therapy in groups*. Nueva York: Plenum.
- Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. y Van Oppen, P. (1996). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. En V.B. Van Hasselt y Hersen (Eds.), *Source of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 123-177). Nueva York: Plenum.
- Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.