

ISABEL CARO GABALDA

**MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO
DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

Prólogo	13
Introducción	17
1. Introducción al modelo cognitivo en psicoterapia	21
1. Contexto socio-cultural del modelo cognitivo	21
2. Sobre definiciones	23
3. Origen de las terapias cognitivas	25
3.1. Origen de los principales modelos cognitivos	25
3.2. Relaciones entre la psicoterapia cognitiva y la psicología cognitiva	29
4. Principales modelos cognitivos	30
4.1. Los principales modelos cognitivos: definición	33
5. Fases de evolución	37
5.1. 1ª fase: La terapia cognitiva está en el aire (mediados de los 50-1980)	37
5.2. 2ª fase: El establecimiento cognitivo (1981-1991)	38
5.3. 3ª fase: Un mundo cognitivo feliz (1992-hasta la fecha)	39
6. ¿Terapia cognitiva o terapia cognitivo-comportamental? ..	41
7. La eficacia de las terapias cognitivas	43
8. Ventajas y limitaciones de la terapia cognitiva	45
9. Conclusión: hacia una definición de terapia cognitiva	49

2. El proceso terapéutico en el modelo cognitivo	57
1. El carácter especial de la terapia	57
2. Principios generales del modelo cognitivo	58
3. Indicaciones y contraindicaciones de la terapia cognitiva . .	62
4. Diseño del tratamiento: proceso a seguir	64
4.1. El plan de tratamiento cognitivo del caso clínico	65
4.2. Formulación cognitiva del caso clínico	70
5. El curso de la terapia cognitiva: estructura de las sesiones .	75
6. El curso de la terapia cognitiva: las tareas terapéuticas . . .	79
6.1. Motivos por los que no se hace tarea	83
7. Formación de los terapeutas cognitivos	84
8. Conclusión	87
3. La terapia racional emotivo conductual de A. Ellis	93
1. Introducción	93
2. Principales conceptos de la terapia racional emotivo conductual	94
2.1. El pensamiento racional e irracional	94
2.2. El concepto del A B C	96
2.3. La filosofía racional y la filosofía irracional	99
2.3.1. ¿Por qué somos irracionales los seres humanos? .	101
2.4. Las distorsiones cognitivas	102
2.5. La teoría sobre el cambio racional-emotivo-conductual	105
3. Formato, tipo de terapeutas y secuencia de tratamiento . . .	106
3.1. La tarea en la terapia racional emotivo conductual . . .	107
3.2. Características del terapeuta racional emotivo conductual	111
3.3. Secuencia básica de tratamiento	114
4. Principales técnicas de la terapia racional emotivo conductual	117
4.1. Métodos para lograr el insight racional intelectual	119
4.2. Métodos gráficos de disputa	127
4.3. Métodos para lograr el insight racional emocional	128
5. Conclusión	130
4. La terapia cognitiva de A. Beck	137
1. Introducción	137
2. Principales conceptos del modelo de Beck	139

2.1. La pérdida	139
2.2. La esfera personal	140
2.3. Las reglas	141
2.4. Los esquemas	141
2.5. Los modos	144
2.6. La tríada cognitiva	145
2.7. Los pensamientos automáticos	147
2.8. Las distorsiones cognitivas	148
3. Estructura y formato de la sesión	151
4. Las técnicas conductuales en el modelo de Beck	155
4.1. La técnica de programación de actividades	157
4.2. La técnica del dominio y la satisfacción	158
4.3. Las tareas graduadas	159
5. Finalidad de las técnicas cognitivas	160
6. Técnicas cognitivas de la terapia cognitiva de Beck	161
6.1. Socialización del paciente en la terapia cognitiva	163
6.2. Identificación y categorización de pensamientos automáticos	163
6.3. El análisis de la lógica incorrecta	168
6.4. La búsqueda de respuestas alternativas	169
6.5. La comprobación de hipótesis	172
7. Conclusión	174
5. El modelo de solución de problemas de A. Nezu	181
1. Introducción	181
2. Conceptos principales	184
3. El modelo de solución de problemas: cuestiones básicas	187
4. El proceso racional de resolución de problemas	192
4.1. Primera fase de la resolución de problemas	193
4.2. Segunda fase de la resolución de problemas	194
4.3. Tercera fase de la resolución de problemas	195
4.4. Cuarta fase del proceso de resolución de problemas	195
4.5. Quinta fase del proceso de resolución de problemas	195
5. Aplicación del procedimiento en poblaciones concretas	205
6. Conclusión	213
6. La terapia lingüística de evaluación de I. Caro	219
1. Introducción a la terapia lingüística de evaluación	219

2. Principales conceptos teóricos de la terapia lingüística de evaluación	221
2.1. El ser humano como enlazador del tiempo	222
2.2. El organismo como un todo	224
2.3. El papel de los símbolos	225
2.4. El proceso de abstracción	229
3. Principales conceptos terapéuticos	230
3.1. La evaluación	230
3.2. Las dos orientaciones básicas hacia el lenguaje y el mundo de los 'hechos'	232
4. Estructura del procedimiento de la TLE	238
4.1. Estructura del procedimiento	238
4.2. Número de sesiones y seguimiento	241
5. Técnicas principales de la TLE	241
5.1. El trabajo lingüístico con las evaluaciones	243
5.2. El debate semántico general	244
5.3. Los órdenes de abstracción	247
5.4. Los dispositivos extensionales	258
6. Conclusión	272
7. La terapia de valoración cognitiva de R. Wessler	291
1. Introducción	291
2. Conceptos principales	295
2.1. Reglas personales de vida	295
2.2. El afecto personotípico	297
2.3. El punto fijo emocional	300
2.4. Conductas o maniobras de búsqueda de seguridad	301
2.5. Cogniciones justificadoras	301
3. Características generales del proceso de tratamiento	302
4. El papel de la vergüenza como una emoción básica	305
5. El proceso terapéutico en la terapia de valoración cognitiva	307
6. Conclusión	313
8. La terapia centrada en esquemas de J. Young	319
1. Introducción	319
2. Conceptos básicos del modelo	321
2.1. Esquemas disfuncionales tempranos y dimensiones de esquemas	321

2.2. Operaciones	328
2.3. Modos	332
3. El proceso terapéutico en la terapia centrada en esquemas	335
3.1. Primera fase: fase de evaluación y educación	336
3.2. Segunda fase: fase de cambio	339
3.2.1. Técnicas cognitivas	340
3.2.2. Técnicas experienciales	343
3.2.3. Técnicas conductuales	345
3.2.4. Técnicas que trabajan con la relación paciente-terapeuta	347
4. Conclusión	349
Casos clínicos	355
Referencias bibliográficas	399
Soluciones a los cuestionarios de autoevaluación	423
Diccionario de términos	431
Índice temático	443

Prólogo

El término *psicoterapia* se ha empleado durante todo el siglo veinte para referirse a una colección de prácticas heterogéneas que, a veces, tienen poco que ver entre sí. Su adjetivación como *cognitiva*, que ha sido utilizada muchas veces como un especie de salvoconducto para hacerla presentable en foros en los que el sustantivo era considerado como sospechoso, está también muy lejos de acotar su significado de un modo claro e inequívoco.

Aún así, las *terapias cognitivas* han sido una referencia ineludible para los psicoterapeutas de cualquier orientación durante el último tercio del siglo veinte. Durante los años ochenta, la hegemonía del reduccionismo biologicista hizo desaparecer de lo que suelen llamarse *revistas biomédicas*, cualquier referencia a los sustentos psicológicos de los trastornos mentales y, de un modo aún más radical, a los abordajes psicosociales en general y a las psicoterapias en particular. Esta desaparición tuvo, en ese momento, dos excepciones. El grupo de Aaron T. Beck, que desarrolló la Terapia Cognitiva de la Depresión, cuyo manual vio la luz en 1979, y el grupo de Gerald L. Klerman y Myrna M. Weissman, que desarrolló la Terapia Interpersonal de la Depresión, cuya versión manualizada se publicó en 1984.

Las propuestas de estos dos grupos tenían unas características comunes que han conformado el modo en el que la psicoterapia reaparece, en esos años, en la consideración de los tratamientos de los trastornos mentales.

1. Ambos se presentan al colectivo profesional formalizando su intervención en un *manual*, y mostrando sus resultados según el modelo general del *ensayo clínico*
2. Ambas se definen como *tratamiento* de un trastorno definido (con lo que se hacen coherentes con la práctica médica en su acepción más tradicional) y no en función de otros valores como el autoconocimiento, el desarrollo personal...
3. Ambas se perfilan como una *destreza profesional* bien definida y para cuya adquisición existen procedimientos reglados.
4. Ambos conciben su utilidad como *complementaria con la de los tratamientos farmacológicos* y no como antagonica a estos.

La propuesta de Beck ofrecía, además, la ventaja adicional de insinuar un puente a utilizar por los clínicos con el trabajo de investigación de lo que en los medios más académicos y de investigación básica se conocía como *psicología cognitiva* y abrir la posibilidad de aplicar en la clínica sus hallazgos y poner a prueba sus propuestas.

Para los que observamos con interés, pero desde otros puntos de partida, estos desarrollos, a los que habría que añadir los de Albert Ellis, la propuesta inicial podía parecer lastrada por algunas limitaciones y sometida a algún riesgo.

Su principal limitación, a nuestro modo de ver, estaba ligada a la ventaja selectiva que la hacía aceptable por un medio inicialmente hostil, como la comunidad médica del momento, y se refiere a su inicial aceptación acrítica de la epistemología neopositivista que, en ese momento, ganaba hegemonía entre los clínicos.

Una segunda limitación, en buena medida derivada de la anterior y que también constituía en ese momento una ventaja selectiva, se relacionaba con su aceptación también acrítica de la definición de los problemas a abordar que proponían las entonces emergentes clasificaciones de consenso como el DSM.

Por último, el éxito alcanzado en la demostración de la eficacia para los fines propuestos pareció hacer innecesario profundizar la vinculación con los importantísimos desarrollos que la psicología cognitiva estaba desarrollando en los medios académicos y los terapeutas cognitivos desarrollaron su labor en muy buena medida ignorando estos, perdiendo, así la posibilidad de enriquecerse con ellos y sustentándose en conceptos que, en aras de la claridad, habían perdido su capacidad de dar cuenta de realidades complejas.

El riesgo que, desde nuestra perspectiva, presentaba el, por otra parte interesantísimo intento, era el de dar lugar, otra vez en la historia de la psicoterapia, a una nueva doctrina cerrada alrededor de la que organizar nuevas actitudes sectarias que, entre otras cosas, pretendieran hacer tabla rasa de la sabiduría acumulada en un siglo de prácticas psicoterapéuticas.

Los años que siguieron a estas propuestas dieron lugar a un amplio abanico de lecturas de las mismas en las que algunos de los autores originales jugaron un papel destacado y que este prólogo no es el lugar de analizar.

Cuando los firmantes de esta nota introductoria tuvimos que buscar alguien que pudiera dar una visión del panorama resultante de este proceso de transformación a los profesionales que pretendíamos formar como psicoterapeutas en una perspectiva integradora, tuvimos la suerte de contar con la buena disposición de Isabel Caro, con la que luego hemos mantenido un fructífera colaboración.

Isabel Caro, profesora de la Universidad de Valencia, encarnaba, a nuestro modo de ver, la superación de las limitaciones y evitación de los riesgos a los que hacíamos referencia más arriba. Con un profundo conocimiento de los avances de la psicología cognitiva, Isabel había sido capaz de detectar, incorporar y hacer sus aportaciones a la migración desde el neopositivismo originario a las posiciones epistemológicas que a ella le gusta calificar de postmodernas y dan cabida a una nueva visión de la complejidad con la que nos confronta la clínica (Y la vida). Sin olvidar por ello la necesidad de demostrar la eficacia de lo que se hace en la clínica, ha sabido zafarse del corsé de los sistemas diagnósticos y la ilusión de que existe una intervención para cada categoría por ellos definida independientemente de otras consideraciones

sobre la persona que pide ayuda por ello y la que la presta. Y, además, ha sabido convertir la teoría que sustenta su práctica en un instrumento, no para excluir a quienes no la comparten en todos sus términos, sino para integrar aportaciones de quienes, compartiendo objetivos, parten de posiciones o sustentan hipótesis diferentes en algunos aspectos, en un instrumento, en definitiva, integrador.

Esta concepción impregna todo el texto que el lector tiene entre manos, tanto la introducción sobre el modelo y los conceptos generales como los capítulos sobre las propuestas específicas (incluida, por supuesto, la suya propia). Responde, además la calificación que propone el título de *teórico-práctico* incluyendo material clínico, ejercicios prácticos y la posibilidad de una autoevaluación

Ser claro y accesible no implica necesariamente ser simplificador ni pretender ocultar la complejidad de los problemas abordados. Como ser riguroso no implica necesariamente ser abstruso y poco práctico. Creemos que este libro demuestra una cosa y otra.

Alberto Fernández Liria

Beatriz Rodríguez Vega

Introducción

En este texto se recogen algunos de los principales modelos cognitivos en la actualidad, desde los más clásicos como el de Beck o de Ellis a otros más actuales que suponen una evolución de los modelos clásicos, como el de Young, o la aparición de nuevos modelos cognitivos como el de Wessler, o la terapia lingüística de evaluación. Indudablemente, el texto no puede ser exhaustivo pues en el no aparecen otros modelos cognitivos, como los modelos de tipo construccionista. No obstante, los modelos que aquí se exponen permitirán al lector hacerse una idea bastante adecuada del estado actual de las psicoterapias cognitivas, en cuanto a cuáles son sus principales supuestos teóricos, líneas y recomendaciones de actuación, así como las técnicas principales. Este texto, pues, se preocupa de ofrecer una exposición teórica y aplicada que sitúe al lector y favorezca la aplicación de diversos modelos cognitivos, desde los más clásicos enfocados al tratamiento de la depresión y la ansiedad a los más actuales centrados en trastornos de personalidad.

Lo que ya parece innecesario es la justificación del modelo cognitivo. El modelo cognitivo está plenamente asentado en el campo actual. Para exponer este asentamiento planteamos los orígenes y la evolución del modelo cognitivo en el primer capítulo (“Introducción al modelo

cognitivo en psicoterapia”), señalando sus antecedentes más claros junto a la evolución socio-cultural que han tenido las terapias cognitivas hasta la actualidad. El campo es ciertamente plural, aunque con algunos elementos básicos y determinantes que cualquier modelo cognitivo va a asumir. No obstante, el modelo cognitivo (como cualquier otro modelo terapéutico) tiene problemas e insuficiencias, problemas que se señalan al final de este primer capítulo.

Otro rasgo básico de los modelos cognitivos es su estructuración. A dicha cuestión se dedica el capítulo 2 (“El proceso terapéutico en el modelo cognitivo”). Uno de los aspectos más destacados del enfoque cognitivo es la necesidad de que los terapeutas sean capaces de realizar una conceptualización y formulación cognitiva de cada caso clínico. Esto reduce el número de sesiones, facilita la alianza terapéutica y nos asegura un mejor diseño del tratamiento, con lo que estamos contribuyendo a la eficacia del procedimiento en cada caso clínico. Es decir, que cada paciente reciba lo que necesita y más puede beneficiarlo. Los capítulos 3, 4, 5, 6, 7, y 8 se dedican a los siguientes modelos:

3. La terapia racional emotivo conductual de A. Ellis.
4. La terapia cognitiva de A. Beck.
5. El modelo de solución de problemas de A. Nezu.
6. La terapia lingüística de evaluación de I. Caro.
7. La terapia de valoración cognitiva de R. Wessler.
8. La terapia centrada en esquemas de J. Young.

Cada uno de estos capítulos comienza exponiendo los principales conceptos del modelo, sus fases de tratamiento, y sus técnicas más destacadas. La meta básica consiste en que el lector conozca los conceptos alrededor de los cuales se articulan los diversos procedimientos clínicos cognitivos.

Los principales modelos cognitivos se definen, no por las técnicas que han desarrollado, sino por su particular conceptualización de los problemas emocionales. Así, el modelo de Ellis gira alrededor del concepto de *pensamiento irracional* (capítulo 3), el de Beck gira en torno al concepto de *esquema* (capítulo 4), el de Nezu sobre su formulación de la *solución de problemas* (capítulo 5), el de Caro sobre la *orientación*

hacia el lenguaje (capítulo 6), el de Wessler alrededor del concepto de *afecto personotípico* (capítulo 7), y finalmente, el de Young, lo hace alrededor del concepto de *esquema disfuncional temprano* (capítulo 8).

En los apartados dedicados a las técnicas de cada capítulo se presentan aquellas principales que, además, se pueden generalizar o emplear en los otros modelos. Se expone el fundamento de las técnicas, así como su finalidad principal y sus elementos más destacados. Nos aparecen, pues, técnicas enfocadas al tratamiento de la depresión o la ansiedad, como el diálogo socrático y los debates filosóficos, la comprobación de hipótesis o el análisis de la lógica incorrecta. O técnicas lingüísticas como los órdenes de abstracción y los dispositivos extensionales. Igualmente, las formulaciones de Nezu sobre la solución de problemas se pueden aplicar para el tratamiento de la depresión y la ansiedad, aunque han sido empleadas, también, para ayudar a los cuidadores de enfermos crónicos o en la toma de decisiones clínicas. Modelos como el de Young o el de Wessler introducen o utilizan técnicas nuevas, en una formulación más ecléctica. Las terapias cognitivas se ven mejoradas, pues, por la aportación de técnicas experienciales, conductuales, o de técnicas para manejar o disminuir la vergüenza.

Al final de cada capítulo se plantean una serie de *ejercicios prácticos* que el lector puede confeccionar para afianzar los conceptos de cada modelo, guiándose por lo expuesto en cada capítulo. Igualmente, tras cada capítulo aparecen 20 *preguntas* sencillas, tipo test (con sus soluciones correspondientes al final del texto), como una forma de ayudar al lector a fijar los principales elementos de cada modelo. A ello contribuye, también, el *diccionario* de algunos de los términos principales utilizados a lo largo del texto y que se ofrece, igualmente, al final del texto.

Finalmente, se presentan dos *casos clínicos* tratados con la terapia lingüística de evaluación, pero que pueden ser enfocados con los otros modelos de este texto. De manera que al final de cada caso clínico aparece un esquema de formulación del caso que el lector puede seguir para poder hacer un diseño de tratamiento adecuado. Si se ofrecen las “guías” y no la “solución” es porque creemos que no hay dos casos clínicos iguales. Pretender seguir el mito de la uniformidad (Kiesler, 1966) en terapia es totalmente equivocado. No hay dos procedimientos terapéuticos iguales, ni dos terapeutas o dos pacientes

que funcionen igual. El desarrollo de cada caso clínico se plantea como un ejercicio y nunca como un formato fijo a seguir.

Espero con esta introducción haber situado al lector con lo que se va a encontrar en los capítulos de este texto teórico-práctico. Los libros suelen ir dedicados a alguien. En este caso, mis pacientes me han enseñado más de lo que está en los libros, permitiéndome que me sienta cómoda con el modelo cognitivo y contribuya a su divulgación. A ellos está dedicado este texto.

Isabel Caro Gabalda