



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IZTACALA

**EL TIEMPO Y SU INFLUENCIA EN ALGUNAS TÉCNICAS
DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.**

TESIS TEÓRICA

**PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

AUTOR: ENRIQUE MEJÍA ARELLANO

COMISIÓN DICTAMINADORA

**LIC. EDY ÁVILA RAMOS
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES
MTRA. MARGARITA CHÁVEZ BECERRA**

TLALNEPANTLA ESTADO DE MÉXICO 2004





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

RESUMEN.	6
INTRODUCCION.	7
CAPITULO 1. ALGUNAS CONSIDERACIONES HISTORICAS SOBRE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL. (TCC)	22
1.1 ASPECTOS HISTORICOS.	22
1.2 PRINCIPALES COLABORADORES EN EL SIGLO XX: KELLY, ELLIS, BECK.	24
A)ALBERT ELLIS.	24
B)AARON BECK.	26
C) GEORGE KELLY.	28
1.3 OTROS COLABORADORES.	30
A) ALBERT BANDURA.	30
B) JULIAN ROTTER.	33
C) DONALD MEICHENBAUM.	36
D) WALTER MISCHEL.	37

E) MICHAEL MAHONEY.	40
CAPITULO 2 CONCEPTOS DEL TIEMPO Y SU INFLUENCIA EN ALGUNAS TECNICAS DE TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES.	42
2.1 CARACTERISTICAS GENERALES.	42
2.2 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS.	46
2.3 EJEMPLO DE UN CASO TRATADO CON TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.	53
2.4 SEGUNDO CASO TRATADO CON TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.	57
2.5 AARON BECK Y SU TERAPIA COGNITIVA.	61
2.6 EJEMPLO DE UN CASO TRATADO CON TERAPIA COGNITIVA DE AARÓN BECK.	66
2.7 INTERVENCIÓN EN CRISIS.	73
2.8 ALGUNOS PROBLEMAS COMUNMENTE ENCONTRADOS EN LA INTERVENCION EN CRISIS.	75
2.9 ETAPAS EN EL TRATAMIENTODE LAS CRISIS.	76

2.10 ALGUNAS TECNICAS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.	80
A) HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO.	80
B) TERAPIA DE RESOLUCION DE PROBLEMAS.	82
C) RESTRUCTURACION COGNITIVA.	83
2.10.1 EJEMPLO DE UN CASO TRATADO CON TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.	84
2.10.2 SEGUNDO CASO TRATADO CON TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.	87
2.10.3 TERCER CASO TRATADO CON TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.	89
2.11 TERAPIA PARA EL ESTRES POST-TRAUMATICO.	91
2.11.1 ALGUNAS TECNICAS USADAS EN LA TERAPIA PARA EL ESTRES POST-TRAUMATICO.	94
A) EXPOSICION	94

B) TERAPIA DE INOCULACION DE ESTRES.	105
C) RE-ESTRUCTURACION COGNITIVA.	105
2.11.2 EJEMPLO DE UN CASO TRATADO CON TÉCNICAS PARA EL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO.	106
2.11.3 SEGUNDO CASO TRATADO CON TÉCNICAS PARA EL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO.	109
2.11.4 TERCER CASO TRATADO CON TÉCNICAS PARA EL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO.	112
CAPITULO 3: TIEMPO Y PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.	118
3.1 TIEMPO, SUJETO Y T.C.C.	118
3.2 CONCEPTOS COGNITIVOS DEL TIEMPO Y SU INFLUENCIA EN LOS DESORDENES COGNITIVO CONDUCTUALES.	121
DISCUSION	127
BIBLIOGRAFIA	136

RESUMEN.

El objetivo de esta tesis es investigar la influencia del concepto tiempo en el tratamiento de problemas psicológicos con técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual. o T.C.C. El tiempo está definido como cambio de acuerdo a la segunda ley de la termodinámica y la definición del mismo es complementada a lo largo del trabajo con una serie de conceptos que forman las raíces teóricas de la T.C.C. y que se encuentran en los escritos filosóficos de los primeros pensadores griegos, del Asia menor y lejano oriente. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica que incluyó lo propuesto por algunos de los más prominentes autores en la psicoterapia cognitivo conductual. Lo descubierto hasta ahora nos indica que la T.C.C. es una tecnología ahistórica, rompe con el modelo psicoanalítico de trauma, por lo menos desde un punto de vista psicodinámico, hay acuerdo entre diferentes autores de que la T.C.C. se centra en el cliente y en el concepto de aquí y ahora, lo cual no es definido nunca de manera explícita pero que dentro de este trabajo consiste en el primer paso que se debe de dar dentro de la terapia y que puede llevar a que el terapeuta lleve al paciente hacia el pasado o el futuro, dependiendo de su situación, después de una amplia revisión bibliográfica se expusieron diferentes casos, pacientes que fueron tratados con terapia racional emotiva, terapia cognitiva, intervención en crisis y terapia para el estrés post-traumático. Lo encontrado nos hace afirmar que el concepto de tiempo como un estado cambiante que se manifiesta solamente en el individuo se encuentra dado de manera implícita en los postulados y métodos de la terapia cognitivo conductual con los que se trabajó en esta tesis, sin embargo el trabajo que se ha implementado con ellos nos lleva a pensar que son una buena opción para trabajar junto con los pacientes en la búsqueda de una solución para sus problemas. Adicionalmente se menciona que la conducta es una de las manifestaciones del tiempo, mientras que el tiempo es el potencial de la conducta para manifestarse, de acuerdo a la idea de Platón, el tiempo es inteligible si se piensa en él como algo eterno e igual a sí mismo, el individuo refleja este fenómeno al llevar a cabo su conducta que nunca es igual, siempre cambiante, por lo que la paradoja es que el tiempo es siempre igual porque está en un cambio permanente. Es este cambio, o actitud hacia el cambio la que debemos cultivar para lograr enfrentar mejor la vida junto con sus retos y continuos cambios.

INTRODUCCION

Una definición de tiempo es necesaria como el primer paso dentro de esta tesis. Ya que hablaremos de psicología diremos lo siguiente. Tiempo y conducta, consideramos, comparten la característica de ser interdependientes. Nadie puede mostrar una conducta en sí, ni el tiempo por sí mismo. Para que la conducta se materialice es necesario que alguien hable, mueva un brazo, piense y escriba, o haga un dibujo, haga algo que podamos ver, medir y cuantificar.

Nadie puede mostrar el tiempo en sí mismo tampoco como decíamos anteriormente y es por esto que al tiempo lo entenderemos como cambio a partir de este momento. Los cambios que experimenta un sujeto en su crecimiento, desarrollo, edad, o aquellos que se pueden observar en su conducta. No puede haber conducta sin tiempo y es imposible conocer el tiempo sin la conducta. El tiempo es una potencialidad de la conducta para expresarse, y la conducta es una manifestación del primero por medio del cual podemos conocerlo indirectamente. La definición aquí usada tiene que ver con la segunda ley de la termodinámica que dice que todos los sistemas cerrados tienden al desorden, mientras que los abiertos tienden a tener un mínimo de desorden. (Trefil, 1992) En cualquier caso hay un cambio. El cambio puede observarse en las propiedades físicas de la materia, las manifestaciones de su conducta. El cambio como una manifestación del tiempo que “fluye” o que está pasando nos indica su existencia.

Habiendo dejado en claro que desde nuestro punto de vista tiempo y conducta (cualquiera de sus tres modalidades) están intrínsecamente unidos, ahora expondremos a los autores más importantes en las áreas de terapia cognitivo conductual.

En el área de T.C.C. o Terapia Cognitivo Conductual los autores de más peso para esta tesis serán Ellis, Beck, y Meichenbaum, entre otros. Adicionalmente mencionamos a Kelly, quien cuenta con un marco teórico sólido, si bien no desarrolló una tecnología propia. De todos estos autores trataremos de exponer las características más determinantes de sus teorías, así como también otros aspectos que puedan ayudarnos a dilucidar si el aspecto del tiempo como un factor que se toma en cuenta dentro de estas

mismas terapias y si los fundamentos del tiempo definido como cambio están presentes en sus postulados.

Estos empiezan aproximadamente en la década de los cincuentas y principios de los sesentas, cuando un grupo de psicólogos estudiosos del psicoanálisis se comenzaron a preocupar por los aspectos poco verificables, medibles o cuantificables que daba el psicoanálisis como resultado de su tecnología, lo que involucraba el aspecto de la terapia. La teoría conductista del aprendizaje fue el marco teórico de donde estos psicólogos derivaron una nueva teoría psicológica. Esencialmente esto decía que las conductas con una sintomatología solo eran el resultado de una serie de patrones de conducta aprendidos que se podrían modificar si se aplicaban diferentes técnicas de aprendizaje. (Western, 1999) Algunas de estas técnicas se denominan cognitivas o cognitivo-conductuales.

La psicología cognitivo conductual, al igual que la mayoría de los descubrimientos o desarrollos tecnológicos hechos con anterioridad, no fue un invento ni un desarrollo fortuito, por el contrario, sus influencias se pueden encontrar en épocas anteriores al nacimiento del cristianismo de acuerdo a lo que afirman algunos autores.

Meichenbaum (1988) afirma que la historia de la terapia cognitivo conductual se puede trazar desde los filósofos griegos hasta los teóricos contemporáneos. En primer lugar podemos mencionar a Epicteto y Kant y recordar al primero, cuando dice: “Los hombres no se trastornan por los acontecimientos, sino por las opiniones que tienen de los mismos.” Klimke y Colomer (1953) hablan de él, cuando mencionan su obra más grande, que consiste en su Manual, o colección de 78 máximas. La síntesis de su doctrina se basa en hacer uso estrictamente de lo necesario, de aquello que es deleitable, la resistencia pasiva y por último, la reflexión, base de su entendimiento sobre los acontecimientos. Ellis opina que esto es un punto de vista constructivista al hablar de Epicteto. (Huber, Barath, 1991) Para Kant, por ejemplo, la persona que no puede adoptar su sentido privado al común necesariamente experimentará una “enfermedad mental.” Al revisar al Klimke y Colomer (1953) estos mencionan que Kant afirma algo que puede entrar dentro de los postulados de la TRE o Terapia Racional Emotiva. Esto es el “no poder adaptar el sentido privado al común.” Nuevamente al revisar a Meichenbaum, este habla de que Alfred Adler describe este mismo sentido privado

como “opiniones erróneas” que son la base del comportamiento neurótico. “Procesos de evaluación sesgados”, “constructos desordenados”, “creencias irracionales”, “distorsiones cognitivas”, “habilidades inadecuadas de resolución de problemas y afrontamiento” son algunos de los conceptos que los teóricos contemporáneos emplean para atribuir a factores de pensamiento o cognitivos el papel que estos mismos juegan en los problemas que la teoría cognitivo conductual se esfuerza por resolver. (Meichenbaum, 1988)

Ellis, y Bernard (1990) hablan de autores como Ralph Waldo Emerson, Emile Coué, John Dewey, Sigmund Freud, Bertrand Russell, y John B. Watson como investigadores que influyeron grandemente a Ellis, el principal impulsor de la terapia racional emotiva. El interés de Ellis por conocer a estos autores se vio impulsado por sus problemas físicos y de comportamiento. Beck y Rush mencionan que esto incluía su timidez, miedo a hablar en público y a encontrarse con mujeres. El los denominaba como sus “inútiles problemas emocionales.” Adoptó la desensibilización en vivo y tareas activo directivas que pronto lo ayudaron a superar sus ansiedades de tipo social.

Los filósofos americanos y como antecedente a ellos los griegos fueron el factor que decidió el desarrollo de la TRE, especialmente Epicteto y Marco Aurelio. (Winston Bush, 2001)

Sin embargo, un pensador aún más temprano fue una de las influencias en el desarrollo de la T.C.C. Sus filosofías dieron quizás involuntariamente inicio a una religión con un número importante de seguidores. En orden de aparición el vivió 500 años antes de Jesucristo y su nombre fue Siddharta Gautama, conocido mejor como Buda.

Allen y Block (1996) mencionan al budismo como un factor que ha influido la terapia cognitiva de Beck al decir en su libro “An Introduction to the Psychotherapies” que una técnica implica entrenar al paciente en algo que se conoce como “mindfulness” o en español “mentalización”, lo cual es un concepto que se pidió prestado de la doctrina del budismo, y que quiere decir tomar conciencia de la experiencia que el paciente está viviendo. El Dhammapada recoge 400 años de tradiciones orales en donde se transmiten las enseñanzas del Buda, y en el primer capítulo afirma que lo que el hombre es surge de sus pensamientos. La felicidad surge cuando el hombre deja de pensar en el odio y

piensa en lo que le trae la felicidad. Dominar la “mente” es la clave de la felicidad. Observar los propios errores, el desapego del dinero, poder, etc., vivir la juventud con disciplina, no lamentar el pasado, futuro ni presente, abandonar este, amarse a uno mismo, no cargar errores ni preocupaciones, dejar odios y pasiones, descubrir los “cuatro nobles caminos” que son descubrir el sufrimiento, la causa de este, su fin y el camino de ocho senderos que termina con el sufrimiento. (Blanco, A. 1995) Como resultado de seguir estos pasos, el individuo alcanza un estado de perfección o ausencia de deseos que es virtualmente perfecto y en el que desaparecen los renacimientos infinitos a los que están sujetos todos los que están dominados por sus vidas y sus deseos que no pueden seguir las reglas mencionadas anteriormente. (Klimke, Colomer, 1953)

El tiempo como una variable que afecta la conducta en cualquiera de sus tres modalidades de respuesta está presente en la teoría/doctrina de Siddharta Gautama. No lamentar *el pasado*. No queda claro que es lo que hay que hacer sin embargo cuando se ha olvidado el pasado, el presente y el futuro, pero definitivamente el tiempo está presente dentro de su doctrina, mientras que en el aspecto de los pensamientos es un reflejo de la terapia cognitivo conductual. Tal como se piensa, así se es.

Como otra influencia tenemos a Epicteto, nacido en el año 55 después de Cristo, fue uno de los principales exponentes del estoicismo. El papel del maestro del estoicismo era enseñar a sus alumnos lo que se conocía como la “eudaimonia” o felicidad, es decir vivir de acuerdo a los preceptos de la razón, virtuosidad o naturaleza. La imperturbabilidad, libertad de la pasión, buenos sentimientos, conciencia y capacidad de cómo debe de vivir un ser racional, entender que nada es bueno ni malo eran las metas del estoico. Los estudiantes debían de ser seres sociables a través del logro de sus necesidades y responsabilidades al mismo tiempo que aguantando el destino que el mundo tenía para ellos y la inteligencia divina que lo había hecho posible. Hacer uso de lo estrictamente necesario de lo deleitable, resistencia pasiva, reflexión, son otros aspectos destacables de esta aproximación. (Kemmerling, 2001. Colomer, Klimke, 1953)

Lo más destacable del autor anterior es que desde entonces ya se concebía a los acontecimientos como “neutrales,” sobresaliendo la importancia de lo que pensamos de ellos. Aquí hay un rasgo claro de la T.C.C. El tiempo no se menciona para nada.

Ahora tenemos a Marco Aurelio quien dijo, entre otras cosas, lo siguiente: “..y acuérdate que cada uno no vive más de lo que es el tiempo presente en que vive, que es un punto indivisible, y que todo el resto de su vida, o ya lo acabó de vivir, o es incierto.” “..de la mente provienen los principios.” “Echa de ti la presunción y suprimirás el ‘se me ha injuriado.’” Suprime el ‘se me ha injuriado’ y suprimirás la injuria.” “Todo es efímero, el recuerdo y lo que se recuerda.” “Piensa muy a menudo en la brevedad y presteza con que se nos arrebatan y quitan delante de los ojos las cosas existentes y las que se van haciendo. Porque a la verdad, la naturaleza, a la manera de un río, está en un curso continuo; las acciones consisten en una perpetua mutación; las causas se ven en mil vueltas y revueltas, y que casi no hay cosa firme ni estable. Piensa también en la inmensidad del tiempo pasado y en lo interminable del venturo en donde desaparecen todas las cosas. ¿Cómo, pues, no se reputará por insensato el que con estas se engría o se aflija, o el que en alguna adversidad, molestándole por tan corto espacio, se lamenta como si fuese por más tiempo.” Esto último guarda relación con el dicho de Heráclito, respecto a que “hadie se baña dos veces en el mismo río porque este no es en dos veces sucesivas el mismo lugar.” (Montes de Oca, 1975, Klimke, Colomer, 1953)

En las sentencias de Marco Aurelio encontramos algunos de los principios de la T.C.C. en la frase: “..de la mente provienen los principios.” También el tiempo se encuentra aquí: “Todo es efímero, el recuerdo y lo que se recuerda”, como un posible antecedente teórico importante en nuestra búsqueda de la influencia del tiempo.

Ahora revisaremos a teóricos más contemporáneos. Entre los primeros hablaremos de John Dewey y Sigmund Freud.

La filosofía de John Dewey se denomina instrumentalismo. Sostiene que las actividades humanas son solo herramientas que las personas usan para resolver problemas individuales y sociales. Estas herramientas evolucionan debido a la naturaleza de estos mismos problemas. Por lo tanto la verdad no pertenece a un principio único e

inmutable, sino a la experiencia de quien se empeña en descubrirla. (Kemerling, G. 2001)

Dewey afirma que los problemas de las personas tienden a evolucionar o cambiar. Así las herramientas con que se resuelven tienden a cambiar también. El cambio o evolución en los problemas de las personas y los métodos con que se resuelven los considero como un buen método para observar el tiempo. Esto refleja algunos aspectos mencionados anteriormente en el aspecto de solamente conocer el tiempo y la conducta cuando están juntos, ya que solo así es posible medirlos, cuantificarlos. Adicionalmente se habla de un cambio, lo que está también presente en nuestra definición.

La principal contribución de Freud fue el psicoanálisis, que es difícil de definir brevemente, pero podemos decir que es un método de investigación que se usa para estudiar procesos mentales en la forma de sueños, emociones, fantasías, pensamientos (especialmente inconscientes). También es un procedimiento terapéutico enfocado a la neurosis y un cúmulo de conocimientos sobre la mente. (Kemmerling, G. 2001)

El objetivo principal del psicoanálisis es hacer al paciente consciente del significado de sus pensamientos reprimidos (que se presentan por medio de lapsus de la lengua, sueños, obsesiones, fobias, etc.) de alguna manera, el objetivo es lograr que el individuo se conecte con el pasado, que se reconcilie con este e identifique el acontecimiento que ha sido abolido o censurado por el ego. Aquí hay una visión del pasado y consecuentemente del tiempo.

Los más importantes contribuyentes a la teoría de la terapia cognitivo conductual o T.C.C. son Kelly, Ellis y Beck apoyados por pioneros de la psicología, destacando a Pavlov. Los puntos comunes a sus terapias serían los siguientes: 1.- Las cogniciones afectan a la conducta. 2.- Las cogniciones pueden ser controladas y alteradas. 3.- El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio de las cogniciones. En cuanto al método terapéutico cabe destacar lo siguiente: el terapeuta adopta un papel directivo, son terapias con procedimientos activos, tienen pautas estructuradas y no suelen durar mucho tiempo (Martorell, 1996) En cuanto al tiempo, ninguno de estos autores muestra un interés específico o destacable por el tiempo en sí a pesar de que se le menciona. El trabajo de Beck es nodal, debido a su interés en la psicología y su orientación, que era el

psicoanálisis ortodoxo. Desde un punto de vista psicodinámico descubrió que esta no se encontraba demasiado alejada de la conciencia del paciente y decidió ubicar sus estudios en un campo que denominó terapia cognitiva. Desarrolló a partir de esto lo que dio en llamar “Tríada Cognitiva.” (Dank, N. 2000)

Beck y Ellis estudian las cogniciones, pero una diferencia es que Beck elabora tres factores que suponen salud o malestar psicológico para las personas y Ellis elabora una lista mucho más amplia como resultado de sus experiencias a la que llama ‘creencias irracionales.’ Ambos rechazaban el psicoanálisis.

El psicoanálisis fue la base de Ellis como terapeuta. Este investigador opinaba que el psicoanalista era una especie de detective que trataba de interpretar la vida de los demás, así como simplemente ser “un sujeto de transferencias.” Ellis elaboró una terapia que a diferencia del psicoanálisis lograba en unas cuantas sesiones que el paciente descubriera lo que con la técnica de Sigmund Freud le llevaría muchas más sesiones por asociación libre. (García Vega, 1993)

El enfoque de la personalidad de George Kelly es cognoscitivo. Un sentido personal al mismo es nuestro objetivo, de acuerdo con su teoría. Al igual que un científico con sus hipótesis se trata de encontrar acontecimientos en nuestra vida. Se puede interpretar que se trata de anticipar, predecir acontecimientos porque estamos más influidos por el presente y el futuro que el pasado. Eventos y personas son divisibles en categorías, a esto se le conoce como constructos personales, clasificables en categorías. Estos tienen referentes o definiciones operacionales, por ejemplo “bueno,” “molesto,” etc. Un mismo hecho puede ser clasificado de manera opuesta por dos personas diferentes. (Smith, Sarason, Sarason, 1984)

La teoría de Kelly dice que a pesar de no compartir las otras características de las teorías cognitivo conductuales si afirma que es una teoría de procesos sociales, psicológicos e individuales con una posición constructivista para modelar el conocimiento humano pero se basa en una posición científica positivista que caracteriza a las estructuras conceptuales para estudios teóricos y aplicados de cómo el conocimiento es adquirido por las personas y como se representa ese mismo. (Kenny, V. 1984)

La de Kelly es una de las teorías con una influencia más fuerte del tiempo en un intento por explicar la conducta del ser humano. Esto es así, debido a su afirmación de que el mundo es algo dinámico, cambiante, exigente de que el individuo se adapte al mismo, más o menos como Heráclito lo describió 500 años antes de Jesucristo. Los actos del ser humano y del universo están conectados en la dimensión del tiempo. Los constructos deben de cambiar constantemente para poder predecir los acontecimientos del futuro. Es esta una teoría donde el tiempo está presente de manera destacable.

Los autores anteriores se conocen como cognitivo semánticos, la segunda línea de trabajo proviene de Julian Rotter, Albert Bandura, Walter Mischel, Michael Mahoney y Don Meichenbaum, y se involucra principalmente en ajustar la terapia de la conducta usando la aproximación de la teoría del aprendizaje. (Meichenbaum, 1988)

Mischel, uno de los siguientes autores, puede tener al tiempo definido como cambio presente en sus teorías, así como Meichenbaum y sus teorías acerca del estrés post-traumático.

Walter Mischel desarrolló la teoría de la especificidad conductual y el determinismo recíproco. La primera establece que la conducta depende de la situación específica en la que se está desarrollando. Las personas no dependen del medio ambiente completamente, también ellos regulan su propia conducta. La segunda refiere que hay una interacción recíproca entre la persona cognitiva, la conducta de la persona y el medio ambiente externo. Adicionalmente Mischel era un desencantado del psicoanálisis. Junto con Nancy Cantor establece la aproximación del prototipo cognitivo para conceptualizar disposiciones que mostraban tanto discriminación como consistencia dentro de la conducta social. Esta aproximación demuestra que las personas tienen creencias sistemáticas y ampliamente compartidas para estudiar a las personas y a las diferentes situaciones con que se enfrentan. Así las personas categorizamos todo lo que percibimos en taxonomías basadas en categorías prototípicas. (Metcalf, Shoda, Y. 1995)

La especificidad conductual se relaciona con el tiempo por la idea de la variación de la conducta en el individuo. Los sistemas personales apuntan al pasado como determinante del presente.

Las intervenciones de tipo cognitivo tratan de lograr un cambio por medio de influir las cogniciones. Experiencias y otros factores son tomados en cuenta pero lo principal radica en como el individuo toma en cuenta un evento y determina su conducta. También es de considerar los efectos de la conducta en ocasiones pasadas. (Hollon, Beck. 1994)

No hay un criterio universal que unifique el concepto de malestar en la T.C.C. por lo que el malestar se mide de diferentes maneras. En esto entran las teorías de Beck, Ellis, Mahoney, Meichenbaum, etc. Algunas orientaciones están encaminadas a cambiar varios constructos cognitivos al mismo tiempo. (Haynes, 1998)

En general la terapia se desarrolla en poco tiempo, 15-20 sesiones, se delimitan objetivos claros, no se habla de lo inconsciente, se habla de suposiciones acerca del mundo, interpretaciones de experiencias pasadas y personales. Se tratan creencias y emociones rígidas y absolutistas para lograr objetivos del paciente, pensamientos automáticos en relación al pasado, presente y futuro del mismo. Ambos, terapeuta y paciente, deciden objetivos de la terapia, se usa el método socrático para que el paciente identifique pensamientos asociados con sentimientos y así evaluar sus cogniciones y la raíz de las mismas. (Bellack, 1993)

La terapia racional emotiva afirma que las personas no son alteradas por eventos sino por interpretaciones de los mismos. Estas mismas personas caen en creencias erróneas y pensamientos defectuosos, que resultan en conductas no efectivas y disturbios emocionales. (Froggat, W. 2001)

La T.R.E. o terapia racional emotiva sostiene que la manera que toman nuestras respuestas emocionales ante cualquier momento depende de nuestras interpretaciones, creencias y pensamientos acerca de esa misma situación. Son las ideas irracionales las que nos hacen deprimirnos, estar ansiosos, que nos odiamos, etc. Entre otros, estos son conceptos de Epicteto y la Biblia cristiana. El objetivo de la T.R.E. es confrontar estas ideas para lograr la terapia, ser más racional pero no más científico. El pasado, como parte de la lista de ideas irracionales de Ellis, afirma que determina la vida de las personas, especialmente desde un punto de vista negativo. Aquí se presenta la T.R.E. como una técnica que busca lograr el cambio a través de la conducta del paciente, la

cual se desarrolla en el tiempo, es una interpretación desde el punto de vista de nuestro objetivo. (Tucker, Ladd, C. 2002)

Para Ellis las terapias más eficaces instruyen a sus clientes. Orientan a meditar sobre emociones, pensamientos irreales, ilógicos; esto conlleva a un cambio en la conducta. El terapeuta orienta a enfrentarse a pensamientos irracionales y cultivar otros que encajen en la realidad y no provoquen angustia. El terapeuta debe de orientar sobre lo que es pensar de manera productiva y obrar más convenientemente. (Smith, Sarason y Sarason, 1984)

Beck acuñó el término de “Empirismo Colaborativo” lo que consiste en que paciente y terapeuta hallen hipótesis que prueben lo que el primero piensa del mundo y posteriormente re-evaluarlo a la luz de los hechos. Las técnicas se emplean para lograr que los pacientes implementen sugerencias terapéuticas. (Western 1999)

Para Martorell (1996) respecto a Beck, el terapeuta toma un papel activo en la terapia para encontrar una alternativa a sus errores cognitivos y sus hipótesis disfuncionales. Las técnicas no son un fin en sí mismas, sino lo que ellas logran que es localizar lo que se conocen como “pensamientos automáticos” o pensamientos que carecen de reflexión o razonamiento y que se cree que son lógicos, “científicos” o plausibles.

Beck piensa que los deprimidos tienen respecto al pasado, presente y futuro una serie de ideas que no los dejan vivir confortablemente. En el aspecto del futuro, es de tanta relevancia para el deprimido, que si la terapia no hace que éste deje de considerarlo, o lo modifique cognitivamente si es un factor a tomar en cuenta para la terapia.

La intervención en crisis es otra área donde la T.C.C. está involucrada. Aquí podemos encontrar algo respecto al tiempo. Una crisis es una situación para la cual el individuo no tiene una respuesta inmediata. (Slaikeu, 1996) Hay una crisis cuando el individuo enfrenta una situación nueva para él. (Aguilera, Messick, 1978) La intervención en crisis cuenta a grosso modo con los siguientes pasos: evaluación, delimitación de un objetivo, intervención, resolución y cierre, seguimiento.

El término de recursos en habilidades de afrontamiento se refiere a factores relativamente estables y sociales que influyen como las personas manejan crisis y transiciones. Esto incluye lo cognitivo y lo conductual para manejar el estrés. Cuando toman una forma personal se vuelven estables características que afectan la evaluación el enfrentamiento y los resultados de estos procesos. Pueden tomar los siguientes nombres: A) Autoeficacia. B) Optimismo disposicional y C) Sentido de coherencia. A es como las personas se enfrentan a sus problemas y lo que hacen de manera activa y persistente. B se refiere al optimismo o resultado de situaciones difíciles o ambiguas, lo cual nos hace pensar en el aspecto del futuro. C es una orientación estable y duradera que hace referencia a tres cosas: 1) Comprensibilidad o qué tanto un individuo ve el mundo como un lugar estructurado y predecible. 2) Manejabilidad o cuanto creen los individuos que pueden enfrentarse a las demandas del medio ambiente por medio de recursos personales y sociales. Y 3) Significado que se refiere a que valga la pena tratar de contender con circunstancias estresantes. (Goldfried, 1996)

El entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y la auto instrucción son parecidos. Se tratan de auto afirmaciones que modelan la conducta, basadas en el ensayo encubierto y abierto de las verbalizaciones y la práctica de la conducta.

Las habilidades para la solución de problemas están basadas en interacciones personales, lo que no es el foco del entrenamiento en auto instrucción. Habilidades para la resolución de problemas tiene cinco características de acuerdo a Kazdin: pensamiento de solución alternativa, de medios encaminados a un fin, de consecuencias, causal y sensibilidad hacia problemas interpersonales. (Kazdin, Alan E. 1994)

Al igual que las habilidades de afrontamiento la terapia de resolución de problemas solo tiene implícita la presencia del tiempo. Se aprende de manera encubierta lo que el individuo se encontrará o *podría* llegar a encontrarse en el futuro. No es el objetivo centrarlo en alguna parte del tiempo, sino más bien hacer de él una persona más racional y estimularlo a que pruebe sus hipótesis.

Don Meichenbaum es uno de los autores de la revolución cognitiva y defensor de la perspectiva constructivista. Su especialización es el entrenamiento en estrés post-traumático. (Schwedninger, C. 2001)

Se dice que las víctimas de traumas experimentan lo que se conoce como flashbacks, o recuerdos repentinos de eventos desagradables que traen sufrimiento, un recuerdo indeseable que tratan de borrar, que les es imposible o muy difícil de olvidar. Discutir estos eventos puede tener un efecto beneficioso en el paciente, ayuda a sobrellevar su depresión, se concentra mejor en su trabajo, se vuelve más paciente en su relación con las personas, es así como comienza la reestructuración cognitiva o pensamientos diferentes del paciente respecto a su problema y que le pueden evitar problemas en el futuro. Toda la información del flashback se procesa y se integra en lo que la persona piensa acerca de la existencia humana. (Van Der Beer, 1998) Aquí hay una buena razón para aproximarnos a lo que el paciente piensa acerca del tiempo. Otro ejemplo lo es los padres que perdieron a un hijo, los eventos se localizan en el pasado, en un lugar específico. (Paul C. Rosenblatt, 1999) Esto es lo que se llama estrés post-traumático.

La persona con estrés post traumático ha presenciado un evento en el que su vida o la de otras personas estuvo en peligro. Miendo intenso, horror e impotencia son las respuestas de esta persona ante el evento. Los niños presentan conducta agitada y desorganizada. Recuerdos no deseados y pesadillas son otros elementos del cuadro. En los niños se añade el juego donde se repite el evento como parte del estrés. El paciente evita los estímulos que de alguna manera se relacionan con el trauma (lugares, personas, pensamientos, actividades). Está emocionalmente insensible y siente que su futuro se ha acortado. Se siente hipervigilante, irritable, tiene dificultad para dormir, los síntomas persisten por un mes y no dejan que el paciente se desempeñe adecuadamente en su trabajo y vida social. Son síntomas parecidos a la ansiedad o depresión. La desensitización en estrés debe de aplicarse inmediatamente al evento traumático, o una terapia con características cognitivo-conductuales especialmente pacientes con un historial de traumas significativos. (American Family Physicians, 2001)

En resumen, por estrés post- traumático entiendo que hay conductas que hacen referencia a recuerdos en relación a un acontecimiento localizable en tiempo lugar y espacio que son revividos por el paciente en períodos que se establecen al azar y que lo llevan a ese momento y lugar en particular y que son indeseables. Aquí es donde debe de estar presente su aportación y su posición respecto a la terapia en la cual es mejor ubicar al paciente en el presente más bien que en el pasado.

En concordancia con nuestro punto de vista, haremos una interpretación de este problema, y es que en el paciente no hay un cambio, que sería natural para él al ver pasar el tiempo. Re-experimenta su malestar al estar en contacto con los estímulos que de alguna manera se relacionan con el trauma. Terapia racional emotiva, terapia cognitiva de Beck considero que son buenas alternativas dado que el tiempo se encuentra presente en ellas. Kelly provee de un buen marco teórico en el que lo esencial es desarrollar la tecnología que el investigador considere sea necesaria para el trabajo que esté llevando a cabo. El problema de los pacientes son las conductas de evitación, hipervigilancia y re-experimentación del acontecimiento. Un paso básico es la discusión de las ideas irracionales. Enfrentar las memorias traumáticas y los estímulos que las motivan dentro del marco que se está manejando es lo adecuado. Esto se puede lograr por medio de terapias de inundación, inoculación de estrés, etc. El principal exponente en el área de estrés post-traumático es Meichenbaum. (TARRIER, 1998) El papel de la terapia es en este caso involucrarse con el pasado. El condicionamiento encubierto podría ser de utilidad también en estos casos. (Joseph R. Cautela, 1979)

La diferencia entre estrés y estrés post-traumático está en que el primero es un malestar presente en nuestras sociedades y que tiene que ver con un sinnúmero de cosas a diferencia del segundo que se asocia con eventos relacionados con la muerte. El paciente recuerda el estímulo que le provocó el malestar. Teme un encuentro con él en el futuro, su presente se caracteriza por tener un recuerdo constante del estímulo, no tiene presente, no en relación con el estímulo. Sus cogniciones se enfocan al pasado. El énfasis en el aquí ahora o alguna otra manera de tratar el caso puede quedar a juicio del terapeuta.

Otra diferencia con el estrés es que este último es una excitación o sentimiento de ansiedad que un individuo experimenta cuando las exigencias de su entorno han sobrepasado su capacidad para afrontarlas, como trabajo y conflictos psicosociales. (Western, 1999)

La inoculación de estrés es una forma de anticipar el futuro, de prepararse para una situación. Al identificar un potencial estresor uno se vuelve más o menos inmune a sus efectos en la vida real. Es posible implementar diversas estrategias de afrontamiento y

relajación, los resultados se generalizan a otras situaciones similares en el futuro. (Western, 1999) Esto es porque el estrés no deja que el paciente haga planes para el futuro ni vivir el presente.

El tiempo deja evidencia de su paso por todas las cosas. De manera similar a Heráclito y su idea del río que siempre es diferente podríamos decir también que las cogniciones debieran de variar también, y que nadie debiera de pensar las mismas cosas dado que el tiempo pasa por ellas, también de manera similar a Block (1990) cuando afirma que la memoria no almacena nada y que simplemente cambia como una función de la experiencia. Podemos mostrar al paciente la transitoriedad de las cosas y sugerir como una opción, que lo que pensaba era un hecho respecto a un determinado acontecimiento en el pasado puede no serlo más en el presente. Si no es posible ponerlo en contacto con esto, entonces podríamos trabajar con las cogniciones, que son las base sobre de la que trabaja el terapeuta. La posición que se quiera adoptar respecto al pasado, el presente o el futuro es una decisión que depende del paciente y a la cual debe de llegar después de haber logrado un consenso con el terapeuta. Los problemas de los pacientes en muchas ocasiones se expresan en términos de pasado, presente y futuro. Se habla por ejemplo de personas con síndrome de estrés posterior al trauma que se refieren a sí mismos como víctimas del pasado, inclusive años después de que esto ocurrió. La víctima llega a describirse como una persona por la que “haya ha ocurrido.” Interpreto que el paciente necesita un cambio que se pretende lograr por la influencia del concepto tiempo en el tratamiento de problemas psicológicos con la T.C.C. y que es nuestro objetivo descubrir, si bien algunos indicios nos hablan de que esta se encuentra presente de manera implícita y en otras ocasiones de forma algo más abierta en los postulados de la T.C.C.

Nuestro énfasis en el tiempo se presenta después de haber leído o escuchado en diferentes medios que lo último en psicología hace énfasis en el tiempo, no sabemos si con el pasado, el presente o el futuro, y con la salud cognitiva de los individuos. Después de haber estudiado en la FESI y nunca haber revisado que la psicología hablara de tiempo, pensé que esta sería una buena oportunidad para investigar este concepto a profundidad. En segundo lugar una razón importante para nuestra tesis es que nunca hemos podido dejar de meditar en el tiempo y como este penetra todos los campos del saber humano. Si es imposible que la conducta exista sin el tiempo e indirectamente

conocemos el tiempo a través de la conducta, también es imposible que cualquier otro campo de la actividad humana se manifieste sin el tiempo.

A continuación expondremos nuestro objetivo.

El objetivo de esta tesis es investigar la influencia del concepto tiempo en el tratamiento de problemas psicológicos con técnicas de la T.C.C.

Esto se llevará a cabo por medio de una revisión bibliográfica que abarcará: en el capítulo uno aspectos históricos de la T.C.C, Kelly, Ellis, Beck y otros. En el capítulo dos: concepto del tiempo y su posible presencia en algunas técnicas de terapias cognitivo-conductuales, características generales, la terapia racional emotiva de Ellis, Beck y su técnica de terapia cognitiva, intervención en crisis, etapas de la misma y técnicas, y terapia para estrés post-traumático. En todas las técnicas anteriormente mencionadas se incluirá el ejemplo de un caso. En el capítulo tres se analizará el tiempo, el sujeto y la terapia cognitivo conductual y como se pueden llegar a integrar, y por último se hablará de conceptos del tiempo y su influencia en los desórdenes cognitivo conductuales. Posteriormente, se llevará a cabo una discusión.

CAPITULO 1 ALGUNAS CONSIDERACIONES HISTORICAS SOBRE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC).

1.1 Aspectos Històricos.

Para empezar podemos decir que la consolidación del estudio de las cogniciones por parte de la psicología empieza aproximadamente durante los cincuentas cuando una serie de psicólogos desencantados con el psicoanálisis se dedican a desarrollar sus propios aspectos y técnicas de psicoterapia, pero un antecedente importante empieza mucho antes que el siglo XX. Esto es en el siglo XIX cuando Wundt en 1888 y James en 1890 definen a su objeto de estudio como la ciencia que estudiaba la vida mental. El objeto de estudio de estos primitivos métodos de investigación tenía que ver con la manera como la información de diferentes sujetos entrenados en métodos de introspección era percibida, almacenada y usada en sus mentes. El conductismo de los 20's rechazó esta metodología en un esfuerzo por hacer de la psicología una ciencia "legítima", en mayor parte por la dificultad de demostrar esta serie de datos generados por una introspección. La alternativa del conductismo era ofrecer una serie de datos cuantificables y demostrables experimentalmente basados en la conducta observable y cuantificable. (Allen, 1996)

Si prestamos atención a lo que dice Alonso Fernández, (1989) la historia del neoconductismo se inicia mucho antes de los cincuentas durante el siglo XX al iniciarse un proceso de revisión interna que se empieza a consolidar con la obra de Tolman "Propósitos de conducta en hombres y animales" publicada 1932. En esta obra el autor discrepa de lo que hasta ese momento se ha considerado como conducta que viene a ser únicamente la suma de elementos puramente fisiológicos e incluye en ellos el acto de pensar, pero lo relega a un segundo plano al afirmar que todo comportamiento tiene un fin, un objetivo en el cual se encuentra una especie de instancia psíquica que sirve de intermediario entre el estímulo y la respuesta, pero que está demasiado en un espacio demasiado "oscuro y escondido" lo cual lo elimina como posible objeto de investigación. Esto podría parecer ilógico, puesto que admitir su existencia es incluir también la realidad de la conciencia psicológica. Los estudios del neo conductismo se siguen centrando en reacciones fisiológicas, musculares, pero este estudio forma un antecedente importante. Algunas nuevas características de este nuevo conductismo, sin

embargo parecen estar relacionados con los siguientes aspectos: 1) Objetivismo y el apoyarse en técnicas de laboratorio. 2) Estudiar el estímulo y la respuesta, las cuales se desarrollan fuera del espectro de la barrera de la piel. 3) Explicar los fenómenos que para los europeos tienen tanta importancia y que se denominan psíquicos mediante la hipótesis periférica. 4) Explicar el desarrollo de la teoría del aprendizaje por medio de procesos de acondicionamiento, y 5) Valorar los factores ambientales. Todo esto refleja el anhelo de llegar a transformar la psicología en una ciencia físico matemática. Podemos así concluir que el conductismo clásico fue abandonado en los años treinta, tanto a niveles metafísicos como fisiológicos. El estímulo y respuesta se considera insuficiente para estudiar con él la conducta. El origen de la conducta se visualiza como un haz en el que intervienen varios factores que la causan. Se elaboran teóricamente los fenómenos observables mediante variables intervinientes que recogen estados o fenómenos que no se manifiestan tales como el propósito, el hábito y la cognición entre otros.

Es obvio que todos aquellos que se han interesado por el neo-conductismo y sus aplicaciones en el campo de la terapia cognitivo conductual tienen una formación científica que les permite integrar las observaciones clínicas. La revolución de los años cincuenta se caracterizó por un rechazo entre otras cosas a los tests de Rorschach. También es común encontrar entre los más tempranos practicantes de esta tecnología una inicial inclinación por el psicoanálisis. A principios de esta década, sin embargo, se publicó un texto que fue un gran mediador entre las teorías del aprendizaje y psicodinámicas, "Personalidad y psicoterapia." Se considera que los principios de la terapia cognitivo conductual están presentes en esta obra. Otra contribución fue el artículo de Breger y McCaugh en donde se afirmaba que en las extrapolaciones de los experimentos de laboratorio al medio clínico solo se hacía referencia al condicionamiento clásico y operante en detrimento de los aspectos cognitivos de la terapia que en ese momento comenzaban a surgir. Goldfried, Davison, D'Zurilla, L. Paul, Stuart Valins y Breger participan en un simposio organizado para la American Psychological Association después de los cuales concluyen que se deberían de tomar en cuenta a partir de ese momento los aspectos cognitivos para lograr una mejor evaluación y tratamiento. Esta decisión fue aplaudida por Bergin en la presentación de la revista "Behavior Therapy" en el año de 1970. (Goldfried, 1996)

Es aproximadamente entre los 50's y 60's cuando diferentes tendencias se combinan en su esfuerzo por descubrir el papel de los procesos cognitivos, especialmente en el aprendizaje, debido a la falta de precisión del modelo conductual. Otra área de interés fue el aprendizaje del lenguaje, la adquisición vicaria de Bandura, el retardo de gratificación de Mischel, los estudios de Kelly de los constructos personales y el estudio de Jean Piaget de los conceptos cognitivos. Conforme el conductismo fue cuestionado, los investigadores se dieron cuenta no solo de que estaban ignorando datos importantes sino también que muchos desórdenes que buscaban tratar eran de naturaleza cognitiva. (Allen, 1996)

Otra área de cambio en la psicología fue la crítica hecha a las técnicas psicoanalíticas y su énfasis en la terapia prolongada, el inconsciente, el estudio de la historia personal y la transferencia. (Allen, 1996)

En toda la bibliografía revisada hasta el momento encontramos un solo autor que menciona el tiempo como un factor de influencia en la terapia cognitivo conductual a partir de estos años, nos referimos a Kelly, como lo veremos más adelante.

Es así como se viene a preparar el comienzo de lo que significó el cambio en la psicología que se origina en los años cincuentas en el siglo XX.

1.2 Principales Colaboradores en El Siglo XX. Kelly, Ellis, y Beck.

A) Albert Ellis.

Antes que nada hay que mencionar que la orientación de Ellis fue la primera que casó el debate filosófico con la reestructuración cognitiva en la terapia conductual y experimental. Otros autores como Bandura en 1969, Beck en 1967, y Lazarus en 1966 crearon, al parecer, sus técnicas de terapia independientemente de Ellis, pero lo lograron hasta diez años después de que Ellis lo hubiera hecho en el año de 1955 y hubiera dado su primera conferencia en la asociación psicológica en Chicago en 1956. Otros autores

como Golfried y Davison en 1976, Lazarus en 1971 y 1981 y Mahoney en 1977, al parecer han sido ampliamente influidos por Ellis. (Ellis, Bernard, 1990).

Al parecer, el camino que ha tomado Ellis en cuanto a su aproximación a la terapia cognitivo conductual ha servido como un derrotero para que otros investigadores desarrollen sus propias teorías, con la probable adopción de algunos puntos de vista de éste autor.

En el pasaje anterior mencionamos que el inicio del cuestionamiento hecho en contra de los métodos del conductismo puro dio como resultado el cognitivo conductual que vio sus primeros albores al principio del siglo XX. Curiosamente esto coincide (años 20-30) con la época en la que Ellis, uno de los principales colaboradores y contribuidores al estudio de la terapia cognitivo conductual, en su niñez y adolescencia, se empieza a preocupar por lo que el denomina como sus, aparte de problemas físicos caracterizados por la nefritis aguda, “inútiles problemas emocionales” que se caracterizan por timidez en general, miedo a hablar en público y encontrarse con mujeres en particular y se interesa en aspectos filosóficos con respecto a la felicidad, lee cientos de artículos y libros de filosofía, psicología y campos relacionados, en especial Epicteto, Marco Aurelio, Ralph Waldo Emerson, Emile Coué, John Dewey, Sigmund Freud, Bertrand Russell y John B. Watson. Como resultado de una experimentación consigo mismo (desensibilización en vivo, asignación de tareas activo directivas, un enfoque filosófico cognitivo combinado con lo anterior) logró superar por completo sus impedimentos. Esto fue alrededor del año de 1932. A partir del año de 1939 Ellis comenzó a asesorar a amigos y conocidos como resultado de su conocimiento de temas sexuales, amorosos, de pareja y familia. Se volvió psicólogo en 1943 por la universidad de Columbia, tuvo el doctorado en filosofía en 1947, habiendo empezado a ejercer la terapia sexual y de pareja en 1943. Hasta el año de 1953 fue que ejerció el psicoanálisis, pero progresivamente se empezó a desilusionar de su teoría e intentó reformar la teoría del psicoanálisis en términos científicos, pero posteriormente lo abandonó. (Allen, 1996) El autor de esta cita al mencionar cuales eran las características de la terapia racional emotiva al principio de los cincuenta menciona entre ellas, desensibilización en vivo, entrenamiento en habilidades componentes conductuales y evocativo emotivos. Aquí al llevar a cabo una interpretación puedo decir que al parecer el tiempo definido como cambio, al principio en la introducción, ya tenía una influencia en los métodos que Ellis

había dado en sus primeros pasos como terapeuta racional. Desensibilización en vivo quiere decir que el terapeuta tiene que ayudar al paciente a librarse de antiguas memorias en relación con el objeto con respecto al cual se debe de desensitizar y adquirir nuevas memorias en relación con el mismo. Todo sin embargo está dado de manera implícita en relación con el tiempo, nunca explícita. La Terapia racional emotiva estuvo influida por el interés de Ellis en la filosofía desde una edad temprana, los dieciseis años. Sus principales influencias se encuentran en Epicteto, Marco Aurelio, Baruch Espinoza, John Dewey, Bertrand Russell, A.J. Ayer, Hans Reichenbach, Y Karl Popper. También psicólogos, como Adler, Cové, Dubois, Frankl, Herzberg, Horney, Johnson, Kelly, Low y Rotter. Algunos de estos autores fueron conocidos por Ellis cuando éste ya se había formado como psicólogo. Actualmente se sitúa a Ellis como uno de los cuatro técnicos en psicoterapia más influyentes de todos los tiempos, incluyendo a Carl Rogers, Sigmund Freud, Virginia Satirs y el mismo Ellis, haciendo así a la terapia racional emotiva una de las más influyentes y populares formas de psicoterapia y de terapia de pareja y de familia. (Ellis, Bernard, 1990, Neenan, Dryden 1999.)

B) Aarón Beck.

Nacido en Providence, Rhode Island, siempre tuvo interés por la psiquiatría, probablemente por el alto grado de precisión que requiere este tópico. Fue miembro asociado de el Brown Daily Herald y recibió una serie de premios y reconocimientos, incluyendo el Phi Beta Kappa, la beca Francis Wayland, el premio al ensayo Bennett, y el premio Gaston por oratoria. Después de graduarse con honores en 1942 se dedicó a estudiar de tiempo completo en la universidad médica de Yale. Hizo su internado en diversas universidades incluyendo un servicio en patología en el hospital de Rhode Island. Se interesó en la psiquiatría y en la neurología. En el hospital Cushing de administración de veteranos en Framingham, Masachusets, pasó dos años en el centro Austin Riggs en Stockbridge donde adquirió una gran experiencia llevando a cabo psicoterapia de duración prolongada. La guerra de Korea cambió el área de trabajo de Beck al hospital de Valley Forge donde fue jefe de asistentes de neuropsiquiatría. Beck se unió al departamento de psiquiatría de la universidad de Pensilvania en 1954, desde entonces es profesor emérito de la misma institución. Beck fue formado primeramente

en psicoanálisis al igual que Ellis. Sin embargo, encontró esta teoría “demasiado nihilista y poco satisfactoria.” Beck ha sido desde siempre un teórico e investigador, a diferencia de Ellis que en un principio fue clínico. Siempre intentó demostrar que la depresión estaba relacionada con la ira y la hostilidad invertida. Así logró darse cuenta de que los sueños de los deprimidos tenían como uno de sus principales componentes temas de pérdida o tristeza. A partir de aquí fue que Beck desarrolló el modelo cognitivo o tríada de la depresión que tenía como característica principal el contenido de los pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Estos temas según el mismo no estaban considerados en el psicoanálisis. Su trabajo ha tenido el apoyo del instituto nacional de salud mental y una beca del centro de control de enfermedades para determinar la efectividad de la intervención con terapia cognitiva de poco tiempo en suicidas potenciales. (De hecho el 4 de Febrero del año 2000 la fundación americana para la prevención del suicidio otorgó un reconocimiento a Aaron Beck por sus contribuciones a la psiquiatría y la psicología en un hospital de Pensilvania.) Ha publicado 375 artículos y catorce libros. Beck ha sido miembro o consultor del instituto nacional de salud mental, ha trabajado para las editoriales de varias revistas y ha dado conferencias en todo el mundo. Fue científico visitante en el consejo de investigación médica de Oxford y es miembro de la universidad Wolfson, en años recientes ha usado la terapia cognitiva para poner en marcha programas de hospitalización total, parcial, y de pacientes que salen de instituciones clínicas. Sus trabajos abarcan desde 1959 la depresión, suicidio, desórdenes de ansiedad, desórdenes de pánico, alcoholismo, drogadicción y desórdenes de personalidad. (Allen, 1996, Dank, N.2001)

En Beck podemos observar otro claro ejemplo de preocupación por el tiempo y el cómo éste influye a la terapia cognitivo conductual. Nos referimos a su interés por estudiar las cogniciones negativas que el paciente tiene sobre el futuro, incluyendo los dos aspectos mencionados anteriormente. Este aspecto de la terapia cognitiva puede tener su origen en los trabajos de Ellis, los cuales tuvieron su origen con anterioridad a los de Beck, y los cuales también tienen un sustento filosófico más sólido. Por otra parte el hecho de hablar de una fundación que se dedica a prevenir el suicidio definitivamente puede considerarse como una influencia de la tecnología de Beck, especialmente, lo interpretamos así, en lo referente al aspecto de la *prevención*, lo cual nos ubica en una preparación para el futuro, desde una perspectiva necesaria e inevitablemente presente

que se debe de abordar para tener la perspectiva más objetiva o coherente de los acontecimientos

C) George Kelly.

George Alexander Kelly nació en 1905 y murió en 1967. Originó la teoría de los constructos personales. Nació en una granja cerca de Perth en Kansas en donde transcurrió una buena parte de su niñez. Su educación en esos años tempranos fue, según sus propias palabras, más bien irregular. Sus padres se encargaron de otorgarle lo que pudieron en cuanto a educación académica, aparte de las cuatro o cinco escuelas a las que fue. A los 16 años se trasladó a la universidad Friends en Wichita Kansas. Posteriormente se trasladó a la universidad Park en Missouri, donde se graduó en 1926 con la licenciatura de matemáticas y física. Durante estos años se dedicó a la oratoria y el debate. Planeaba seguir estudiando ingeniería, pero su habilidad para el debate le originó el deseo de dedicarse a las ciencias sociales. Se inscribió en la Universidad de Kansas, donde estudió sociología y relaciones laborales. Posteriormente se enroló en la universidad de Minesota, donde se dedicó a estudiar biometría y sociología. Terminó su tesis de maestría en 1927. Comenzó a enseñar psicología y lenguaje el mismo año, adicionalmente de arte dramático. En Wichita trabajó posteriormente como ingeniero aeronáutico. Posteriormente fue a la universidad de Edinburgo como parte de un intercambio estudiantil y se graduó como educador en 1930. En la universidad de Iowa se recibió como doctor en psicología en 1931. Su tesis de disertación fue en factores comunes en problemas de lectura y habla. El mismo año aceptó una posición en la facultad de la universidad de Fort Hays en Kansas, donde permaneció durante 12 años. Había tratado de seguir trabajando en el campo de la psicología fisiológica pero no encontró oportunidad para hacerlo, así fue que decidió dedicarse a ayudar a niños y adultos del campus que tenían necesidad de ello, entre otros aspectos, en el de la psicoterapia. Al final hubo una necesidad de estos servicios en áreas más allá del campus universitario, así fue que Kelly desarrolló un programa clínico que atendía necesidades rurales en Kansas, que se encontraba bajo los efectos de una severa depresión económica, sequías y cuyas familias se encontraban completamente devastadas. Kelly y su equipo se encontraron con personas que tenían serios problemas en sus vidas cotidianas, la necesidad de estos servicios fue tan grande, que los

legisladores del estado patrocinó la clínica directamente a través de un acto legislativo. Se encontró con que las aproximaciones Freudianas servían, pero también las suyas si ayudaban a la persona a ver sus problemas bajo una óptica diferente. En esto consistía su teoría de que diferentes personas observan el mundo bajo diferentes puntos de vista y que cada uno de ellos puede mostrar un elemento de verdad. De alguna manera todas las personas construyen su propia realidad. Poco después de que empezara la segunda guerra mundial Kelly entró en la marina en la división de psicología de la aviación y se dedicó a seleccionar a los mejores candidatos navales. Después de la guerra Kelly entró a la universidad de Maryland antes de que se le otorgara una cátedra en la universidad del estado de Ohio en 1945. En 1946 se volvió director del programa de psicología clínica donde permaneció hasta 1965. En el mismo año se volvió miembro de la cátedra distinguida de psicología teórica en la universidad de Brandeis, hasta su muerte en 1967. La teoría de los constructos personales de Kelly es su más valiosa contribución a la psicología. Es una teoría que se basa en la idea que las personas son como científicos que prueban que tanto sus teorías acerca del funcionamiento del mundo y de las personas son válidas y lo corroboran mediante experimentos que son sus conductas. Lo que los individuos buscan es predecir lo que pasará después de que apliquen una cierta variable o experimento a una determinada situación, respecto al mundo o a ellos mismos, con el propósito de lograr controlar los eventos que sucederán. El creía que las personas tienden a creer en una serie de constructos personales que son la guía más importante de sus vidas y que controlan sus conductas. Estos constructos deben de ser verificados cuando se presenta una situación en la cual haya información conflictiva o contradictoria, o pueden volverse estables e internalizados como tendencias personales básicas. Esta teoría ha gozado de gran popularidad especialmente en Gran Bretaña. Desde la muerte de Kelly en 1967 su popularidad y prestigio han crecido considerablemente, desde el año de 1975 se han llevado a cabo congresos bienales en la psicología de los constructos personales y cada dos años se organizan conferencias regionales. La revista internacional de los constructos personales se fundó en 1988 para cambiar su objetivo y título a Revista de la psicología constructivista en el año de 1994. Podemos así concluir que Kelly fue el primer psicólogo cognitivo antes de que existiera la psicología cognitiva y que su teoría se basa en lo siguiente. Los constructos personales esperan una réplica o respuesta, son diferentes de persona a persona, o podríamos decir, se dan dicotomías o polarizaciones, de las cuales las personas eligen un polo o extremo. La experiencia de las personas cambia cada vez que estas se

involucran en algún aspecto de la realidad. Los elementos de malestar humano se caracterizan por: La sensación de amenaza, o el conocimiento de que hay cambios en el centro del constructo de uno. Miedo, lo cual se refiere a algún aspecto específico de alguna experiencia. Ansiedad, lo que quiere decir que la experiencia que estamos teniendo se encuentra más allá de lo que nuestros constructos pueden abarcar y finalmente el sentimiento de culpa, que se refiere a la aceptación de que uno no ha sido exitoso en su papel desempeñado hasta ese momento. (Kenny, 1984, Marie Doorey, 1995)

1.3 Otros Colaboradores.

A) Albert Bandura.

Albert Bandura nació el 4 de Diciembre de 1925 en el pequeño pueblo de Mundare en el norte de Alberta en Canadá. Después de terminar la preparatoria se dedicó a trabajar llenando baches en la carretera de Alaska en el Yukón. Se recibió de psicólogo en la universidad de Columbia Británica en 1949. Obtuvo el doctorado en 1952 de la universidad de Iowa. Fue ahí donde se puso en contacto con la tradición conductual en la teoría del aprendizaje. Mientras que vivió en Iowa conoció a Virginia Varns, una maestra de enfermería. Se casaron y tuvieron dos hijas, después de graduarse Bandura como doctor, tomó una posición post-doctoral en el centro de enseñanza Wichita, en Wichita Kansas. En 1953 comenzó a enseñar en la universidad de Stanford, en 1959 publicó el libro “Agresión entre adolescentes,” en colaboración con uno de sus primeros graduados, Richard Walters. En la actualidad sigue trabajando en la universidad de Stanford. La teoría de Bandura tenía fuertes desacuerdos con el conductismo clásico, con su énfasis en variables que se pudieran observar, medir, cuantificar, y manipular y su evitación en fenómenos subjetivos, internos e inevitables, por ejemplo, los mentales. En resumen, el medio ambiente es el que causa la conducta. En la teoría de Bandura la conducta y el medio ambiente son mutuamente determinantes. Esto fue lo que denominó como determinismo recíproco, el mundo y la conducta de la persona son mutuamente influyentes. Posteriormente determinó que la personalidad era una interacción entre tres cosas, el medio ambiente, la conducta y los procesos psicológicos de la persona. Estos mismos procesos psicológicos consisten en la habilidad de las

personas para producir imágenes en nuestras mentes y en nuestro lenguaje. El añadir la capacidad de imaginar y el lenguaje a la teoría de Bandura le permite así elaborar dos teorías sobre el ser humano: el aprendizaje observacional y la auto regulación. En un estudio realizado por Bandura se observó que un grupo de niños de Kindergarten tendían a imitar la conducta mostrada por un modelo en una película sin que a estos mismos niños se les recompensara por hacerlo. Esto no estaba de acuerdo con la teoría conductual del aprendizaje. Bandura llamó a este fenómeno aprendizaje observacional o modelado y a esta teoría se le suele llamar teoría del aprendizaje social. Bandura introdujo algunas variaciones en este estudio, hizo que el modelo fuera castigado o premiado de diferentes maneras, los niños fueron también recompensados al imitar, al modelo lo cambiaron para que fuera menos atractivo o prestigioso, etc. De esta manera Bandura pudo establecer varias leyes involucradas en los pasos del modelamiento. La primer ley es la que tiene que ver con la atención. Si hay algo que supone un obstáculo para la atención entonces el aprendizaje se verá impedido o no será tan bueno, tampoco será efectivo si hay algún estímulo que compita con el que trata de obtener nuestra atención. Si el modelo que está mostrándonos la conducta a seguir aparece atractivo, prestigioso, o parece ser competente entonces definitivamente prestaremos mayor atención, de hecho si el modelo se parece a uno, la persona presta mayor atención. La segunda ley es la de la retención. Si el sujeto desea reproducir la conducta que ha visto llevar a cabo a un modelo, entonces debe de tener la capacidad de reproducirla por medio de imágenes mentales o descripciones verbales. Si se almacena de esta manera se puede reproducir posteriormente por medio de la conducta de uno. La tercer ley es la de la reproducción, la cual tiene que ver con que el individuo sea capaz de reproducir la conducta que recuerda. Aquí está implícito el que la persona debe de ser capaz de llevar a cabo la conducta que está observando, es imposible aprender a patinar simplemente a partir de observar a alguien haciéndolo, pero sí es posible mejorar el desempeño de alguien en una conducta con la cual se esté familiarizado a partir de observar a otros que la hacen mejor que esta persona en particular, e incluso si imaginamos que podemos hacerlo. La cuarta ley habla de la motivación. Esta habla de que la persona no hará nada por imitar a menos que haya una buena razón para hacerlo. Entre estas razones puede estar el reforzamiento pasado, de la manera tradicional del conductismo, reforzamiento prometido o incentivos que podemos imaginar, el tercero de ellos es el reforzamiento vicario, o sea el poder recordar y ver el modelo al ser reforzado. Las motivaciones negativas se encuentran presentes también, entre estas se encuentran: el castigo pasado,

el castigo prometido y el castigo vicario. La autoregulación viene a ser el otro aspecto de la teoría de Bandura. En este caso Bandura sugiere tres pasos. El primero de ellos es la auto – observación, observamos lo que hacemos y mantenemos un registro de ello. El segundo de ellos es el juicio, evaluamos lo que hacemos con un estándar. Nos comparamos con nosotros mismos o con otros. La tercera de ellas es la auto – respuesta. Si el desempeño de la persona en comparación con sus propios estándares ha sido el adecuado la recompensa puede ser abierta o implícita. Si la persona es capaz de cumplir sus objetivos entonces es probable que goce de autoestima adecuada, si no es así, lo más probable es que tienda a castigarse a sí misma excesivamente lo cual puede traer consigo problemas como los siguientes: compensación, o un complejo de superioridad e ilusiones de grandeza. El siguiente viene a ser la inactividad, apatía, aburrimiento, depresión. El último son escapes como alcohol, drogas, fantasías como en la televisión o inclusive el suicidio. Algunas recomendaciones por parte de Bandura para aquellos que sufren de auto – conceptos malos son las siguientes: Practicar la auto – observación, conocerse a uno mismo y asegurarse de que la imagen del comportamiento de uno es la adecuada. La siguiente es estudiar los propios estándares de uno y asegurarse de que no son demasiado exigentes. Finalmente tenemos el de auto – motivarse, no auto – castigarse, es decir, usar auto – recompensas para motivar las conductas deseadas para motivar su más pronta aparición. Todas estas ideas han sido incorporadas en una técnica de terapia llamada terapia de auto – control. Esta incorpora en primer lugar gráficas conductuales. Esto quiere decir que se deben de mantener registros de los cambios que ocurran, antes y después de que se empezó la terapia. Esto permite que la persona se de cuenta de cuando ocurren los cambios, como, donde, etc. Así como las variables que pudieran tener algo que ver con ellos. En segundo lugar tiene que ver con la planeación medio ambiental. Partiendo de las gráficas o diarios conductuales se puede comenzar a alterar el medio ambiente en donde vive la persona para así promover las conductas que se quieren tener. En tercero están los auto – contratos. Esto tiene que ver con que uno se encarga de auto – recompensarse cuando uno se adhiere al plan de trabajo y castigarse cuando no lo hace. Deben de escribirse y ser atestiguados por ejemplo por el terapeuta al mismo tiempo que los detalles se especifican claramente. Se pueden involucrar a varias personas y pedirles que controlen las recompensas que se otorgan si uno no es lo suficientemente estricto. (Boeree, G. 1998)

La aproximación de Bandura está aparentemente ausente del tiempo como lo hemos estado trabajando hasta ahora. Pero creemos que puede hacerse una conciliación entre ambos puntos de vista, el tiempo entendido como cambio y la terapia de Bandura, si observamos que en sus terapias está involucrado el cambio conductual que el paciente busca especialmente cuando hablamos del segundo paso mencionado en el proceso de aprendizaje. Nos referimos al proceso de retención. En este aspecto podemos ver un reflejo de nuestra teoría porque la persona tiene que recordar en imágenes o instrucciones verbales lo que vimos hacer al modelo, lo cual nos permite reproducirlo con nuestra propia conducta. Es entonces que tiene que recordar el *pasado*, para poder hacer que haya un cambio, que es como creemos que el tiempo se manifiesta. Este fenómeno, consideramos, se reproduce nuevamente cuando la persona considera la motivación, en el primer aspecto, que es cuando se recuerda el refuerzo *pasado*, y el segundo, que tiene que ver con el refuerzo *prometido*, la persona se imagina o piensa lo que se le dará por llevar a cabo la conducta que está moldeándose. Esto sin lugar a dudas es un acontecimiento que se encuentra en el *futuro*. El mismo punto de vista puede aplicarse al cuarto aspecto respecto de la motivación, el cual tiene que ver con el castigo *pasado*, o quizás sería mas apropiado decir *el recuerdo* del castigo pasado y posteriormente la *promesa* del castigo que necesariamente estará en el futuro. Este último recibe el nombre de “amenazas.”

B) Julian Rotter.

Nació en 1916 en Brooklyn, de padres judíos inmigrantes. El padre de Rotter tuvo un negocio exitoso hasta que llegó la depresión de los treintas. Esta situación tuvo una gran influencia en Rotter que se dio cuenta de las injusticias sociales y de los efectos del medio ambiente en las personas. Durante la estancia de Rotter en la preparatoria se dio cuenta de su interés en la psicología al leer trabajos de Freud y Adler, y seminarios de este último en el hogar de Adler. Rotter estudió la patología del lenguaje en la universidad, Wendell Johnson, al tener uno de sus profesores, una gran influencia en el pensamiento de Rotter respecto a los usos y abusos del lenguaje en psicología. Al terminar su maestría Rotter tomó un internado en psicología clínica en el hospital Worcester en Massachusetts. En 1939 comenzó su doctorado en la universidad de Indiana, ahí se graduó en 1941. Después de servir en el ejercito y en la fuerza aérea

durante la segunda guerra mundial, Rotter aceptó una posición de enseñanza en la universidad del estado de Ohio. Fue aquí donde logró su mayor proyecto: la teoría del aprendizaje social. Esto es una integración de la teoría del aprendizaje con la teoría de la personalidad. Desde 1963 es profesor emérito de la universidad de Connecticut. En 1989 se le dio el premio de la asociación americana psicológica por contribuciones científicas distinguidas. Hablando de sus teorías respecto a la psicología, Julian Rotter también fue un desencantado del psicoanálisis y del conductismo clásico al quedar claro para él que las teorías del psicoanálisis hablaban con respecto a la conducta en términos de que era algo fijo y determinado, siendo el organismo pasivo respecto a su destino. Una crítica similar podría arguirse respecto al conductismo clásico con su rigidez en cuanto a estímulos procedentes del exterior y el organismo actuando como una especie de máquina cuya conducta era estratificada e inmóvil en términos de adaptación. Para rechazar estos presupuestos Rotter trabajó en la teoría del aprendizaje social que incluye el que la persona interactúa de manera dinámica y fluida con el ambiente, sin pretender que la personalidad del individuo sea algo fijo y preestablecido. La historia del individuo, sus experiencias, su vida, y el ambiente, los estímulos, las situaciones a las cuales responde la persona, en síntesis, la personalidad para Rotter es solo una serie de potenciales con los cuales la persona puede responder a una determinada serie de eventos posibles. Rotter cree que las experiencias e historia personal del individuo son lo que determina la conducta de ésta misma persona sin que la última llegue a ser algo fijo y predeterminado, para cambiar la conducta del individuo lo que hace falta es cambiar el medio ambiente en el que vive la persona, pero a mayor historia y conductas de un determinado tipo, es mucho más arduo y demandante hacer esto. Para Rotter los individuos quieren incrementar los refuerzos que obtienen del medio ambiente y al mismo tiempo reducir su tasa de castigo lo más que sea posible y tratar de alcanzar sus objetivos, que son los que los impulsan en una determinada dirección. Los cuatro componentes principales de su teoría del aprendizaje social son: Potencial de la conducta, expectativas, valor del refuerzo y situación psicológica. La primera no parece estar demasiado bien definida en la literatura revisada, pero podríamos decir que en una determinada serie de situaciones los individuos tienen no una sino toda una serie de conductas potenciales que podrían aparecer en un determinado momento. La conducta con el más alto nivel de potencial es la que se mostrará cuando las circunstancias así lo exijan. La expectativa es lo que la persona espera que ocurra cuando la conducta tome lugar o que en otras palabras se le refuerce. El tener una serie de expectativas amplias, o

altas, quiere decir que la persona espera que lo que ocurra tenga una grave probabilidad de ser reforzado. Tener una serie de expectativas bajas quiere decir que no esperamos una gran probabilidad de que nuestra conducta resulte recompensada. Las expectativas en general se forman a partir de experiencias pasadas. Mientras con mayor frecuencia haya sido reforzada la conducta de la que se está hablando en el pasado, es mayor la probabilidad de que la persona crea que esa misma conducta sea reforzada ahora. Hay que especificar que la expectativa es algo completamente subjetivo, y puede no haber ninguna relación entre lo que la persona espera subjetivamente y la probabilidad real de que esto ocurra. Las personas pueden sobre – estimar, o desestimar estos eventos, y así estas distorsiones pueden volverse un problema. El valor del refuerzo es otro nombre para las consecuencias de nuestra conducta. Las cosas que queremos, que deseamos, tienen un alto valor de refuerzo para nosotros. Lo contrario se aplica también. Si la probabilidad de lograr el refuerzo viene a ser la misma, entonces es probable que llevemos a cabo la conducta con la mas alta probabilidad de lograr el refuerzo deseado. El valor del refuerzo es subjetivo, lo cual es contingente o dependiente de la historia de refuerzo del sujeto. Por ejemplo, los golpes propinados por un padre pueden tener diferente significado para personas diferentes, porque para uno de ellos el hecho de ser castigado puede tener mayor valor que ser ignorado mientras que para el otro la atención puede tener otra forma. La situación psicológica quiere decir que diferentes personas interpretarán la misma situación de manera diferente. Es de poca relevancia para las personas la existencia objetiva de una serie de estímulos en el medio ambiente, sino más bien lo que estas mismas personas interpretan de este último. Hay un aspecto importante de la teoría de Rotter, y esta es el “centro de control”, lo cual se refiere a cual es el aspecto que controla la conducta de las personas y que puede ser interno o externo. Las personas con una orientación interna opinan que el refuerzo yace esencialmente en ellos, es decir, que son sus propios esfuerzos los que determinan su éxito o falla. Por otro lado las personas con una orientación externa de control son aquellos que creen que el refuerzo yace en el exterior, debido a agentes tales como la suerte, gente con poder o cosas tales como la fortuna. (Rotter, 1993)

Es en la segunda ley de su teoría del aprendizaje social cuando nos damos cuenta de cual podría ser la influencia del tiempo nuevamente presente. En esta ocasión la persona espera que algo pase, en *el futuro*, como consecuencia de sus conductas. Al mismo tiempo esto es contingente al pasado, porque la persona recuerda sus conductas *pasadas*

y la manera como estas fueron reforzadas cuando las llevó a cabo, lo cual le confiere a estas la probabilidad de ser recompensadas una vez que estas vuelvan a darse. Podría decirse que en un cierto nivel el pasado es determinante de lo futuro en este caso.

C) Donald Meichenbaum.

El doctor Donald Meichenbaum es uno de los fundadores de la revolución cognitiva en psicología y uno de los más importantes proponentes de la perspectiva constructivista. Es profesor de psicología en la universidad de Waterloo en Ontario, Canada. Es un escritor prolífico, investigador y conferencista internacional. Meichenbaum es autor del clásico: "Modificación cognitiva de la conducta: una aproximación integral." Sus otros libros incluyen los títulos: "Reducción del estrés y prevención." Del año de 1983 escrito en colaboración con Jaremko, "Dolor y medicina conductual: una aproximación cognitivo-conductual," escrito en colaboración con Turk y Genest. "El inconsciente reconsiderado," escrito en colaboración con Bowers en 1984. "Entrenamiento en inoculación de estrés: Una guía clínica," del año de 1985, y "Facilitando la adherencia al tratamiento: La guía de un practicante," escrito con Turk en 1987. (Behavioronline, 2000.)

El aspecto terapéutico que al parecer es el área de mayor interés para el doctor Meichenbaum parece ser el como rehabilitar a las personas que sufren de estrés, especialmente el que se relaciona con el desorden posterior al trauma, o estrés post-traumático. El doctor Meichenbaum ha estudiado éste último fenómeno y ha llegado a la conclusión de que en los estados unidos (un país bajo una considerable influencia de parte suya en el aspecto de la psicología cognitivo conductual) las personas experimentarán por lo menos un evento relacionado con la muerte (propiciatorio del trauma por estrés pos- traumático) a lo largo de sus vidas, y por el cual necesitarán terapia psicológica. La terapia cognitivo conductual en la que ha colaborado el doctor Meichenbaum para el tratamiento de este problema tiene también mucho que ver con el tiempo, porque según afirma este autor, el paciente habla de sí mismo como una víctima del pasado (entre muchos otros aspectos). La labor del terapeuta es ayudarle a vivir el presente, o por lo menos no dejar que sus memorias se adueñen de su vida. Estos aspectos terapéuticos no vienen a ser una interpretación nuestra, sino que hacen

referencia explícita al tiempo dicho por el mismo doctor Meichenbaum. (The american academy of experts in traumatic stress, 1998, Behavior OnLine, 2000)

D) Walter Mischel.

Nació en Viena, estudió en 1951 en la universidad de Nueva York, donde obtuvo su licenciatura en psicología, la maestría en 1953 en la universidad de la ciudad de Nueva York, y el doctorado en 1956 en la universidad del estado de Ohio. Enseñó por algún tiempo en la universidad de Colorado y Harvard antes de unirse a la facultad de Stanford en 1962, donde permaneció sirviendo como presidente del departamento de psicología hasta que llegó a la universidad de Columbia como profesor en 1983. Su investigación fue patrocinada por el gobierno federal durante 30 años. Hace poco recibió fondos del instituto nacional de salud mental por sus estudios. Es autor de dos clásicos de la psicología de la personalidad, "Introducción a la personalidad," y "Personalidad y evaluación." Es miembro de la asociación americana de psicología y de la academia americana de artes y ciencias. En 1982 recibió el premio de la contribución científica distinguida de la asociación americana de psicología y en 1989 el premio MERIT del instituto nacional de salud mental. Ha sido miembro del centro de estudios avanzados en las ciencias conductuales y miembro William James de la sociedad psicológica americana. Ha servido como miembro de los equipos editoriales de la revista británica de psicología clínica y social, la revista internacional de evaluación psicológica, computadoras en la conducta humana, cognición social, investigación psicológica y la revista de experimentación psicológica y por último la revista de revisión psicológica. Ha trabajado como consultor de los cuerpos de paz de las naciones unidas y los hospitales de la administración de veteranos. (Doorey, 2000)

Walter Mischel elaboró la teoría de la especificidad conductual, la cual se originó a partir de sus desacuerdos con las teorías imperantes en los cincuentas. Las cuales tenían que ver con el psicoanálisis, y con la teoría de las características. Esta última hacía énfasis en el hecho de que una determinada característica conductual de las personas cortaba indiscriminadamente a través de cualquier barrera de tipo social, situacional, etc. Dando como resultado el que se podía categorizar a la persona de acuerdo a sus características conductuales, las cuales se daban como una especie de constante la cual

no podía disolverse de ninguna manera. Para Mischel la conducta era un fenómeno que variaba de acuerdo con la situación, por lo cual dio en enfatizar el aspecto del momento y lugar en el cual se desarrollaba la misma. Una vez que su teoría se aplicó por primera vez al medio ambiente clínico comenzó a dar como resultado una serie de postulados completamente diferentes a aquellos en los cuales hacía énfasis el psicoanálisis, tales como el tender a ver una determinada conducta como resultado de una serie de traumas originados en la infancia como resultado, por ejemplo, de un encuentro cercano con la muerte. Aquí se menciona un caso en el que el paciente era completamente reacio a cooperar y así tendía a decir que no había ningún problema desde el punto de vista de memorias originadas en la infancia. Al volver a las situaciones que lo había hecho experimentar problemas tales como sensaciones de náusea, mareo y desmayos sin que hubiera aparentemente ninguna razón fisiológica regresó a la atención de un psiquiatra, obviamente de orientación psicoanalítica que finalmente lo convenció de que su problema estaba relacionado con una causa de tipo freudiano. Mischel parece estar sugiriendo que el psiquiatra en realidad únicamente se dedicó a crear una serie de memorias para el cliente que en realidad eran inexistentes. Todo el problema del paciente podía explicarse desde el punto de vista del aprendizaje social, al estar en contacto con los factores que anteriormente le habían hecho dar como respuesta la conducta de sentirse mareado, y en general, con malestar, era que seguramente volvería a experimentar lo mismo. El paciente había sido un piloto que volaba bombarderos durante la segunda guerra mundial. En una ocasión había sido alcanzado por una ráfaga de metralla y su aparato se precipitó hacia tierra, sin embargo, la persona logró nivelar el avión, y remontar el vuelo nuevamente. En otras palabras, de acuerdo con Mischel, todo el problema se debía a una conducta aprendida. (Mischel, 1984)

La paradoja de la consistencia fue originada en 1982 y dio como resultado la siguiente pregunta: ¿cómo era posible que las personas se comportaran de manera diferente cuando se encontraban en diferentes contextos situacionales, independientemente, al parecer, de las teorías de las características y psicoanalíticas? (La investigación por parte de Mischel en esta área había probado que era así.) Mischel y Nancy Cantor propusieron como respuesta la teoría de la aproximación del prototipo cognitivo, la cual consiste en que la persona posee una serie de conocimientos que la capacitan para discriminar y mostrar al mismo tiempo consistencia en sus conductas en lo que viene a ser conducta social. Esto se caracteriza por una serie de conocimientos categóricos

sobre personas y situaciones sociales, que tienen que ver con una cierta correlación en esa categoría en particular. De acuerdo con esto se puede concluir que el Homo Sapiens tiene la habilidad de categorizar todo lo que percibe dentro de taxonomías que se basan en una serie de características prototípicas que el ser humano percibe. Esta teoría es útil para explicar la paradoja de la consistencia y puede también explicar la diferencia entre las predicciones que se dan entre diferentes individuos y también las que se dan a nivel individual. Hace ya casi 20 años Mischel comenzó a preguntarse si las atribuciones que se observaban en la conducta de una persona estaban más bien en la cabeza del observador que en las características objetivas de la persona observada. Esto haciendo énfasis especialmente en las teorías psicodinámicas y de las características. A partir de observaciones hechas de los contextos donde se encontraba la persona, discriminación de observaciones sociales, Mischel trató de explorar áreas donde la conducta pudiera en realidad ser predicha. Las conductas consistentes y predecibles pertenecían a individuos con problemas de adaptación o emocionales. (Mischel, 1984)

Es en la teoría de la especificidad conductual donde quizás también sea posible encontrar acomodo para nuestra teoría del tiempo definido éste como cambio. El paciente tiene que adaptar su conducta a la situación específica por la cual está atravesando en un momento específico, esto es, aparentemente, tiene que concentrarse en vivir el *presente*, o lo que popularmente se ha dado en llamar *el aquí y ahora*. Lo que está en el pasado es lo que quizás no sea, o también pueda ser lo más adecuado para la situación por la cual se está dando la conducta de la persona en particular. Esta tiene que evaluar lo que es mejor llevar a cabo, de acuerdo a sus experiencias. Estas pueden ser similares a lo que vive en el *presente*, por lo cual sus acciones serán muy parecidas a lo que hizo en ese contexto en particular en el pasado. Las taxonomías prototípicas tienen que ver con recuerdos de la persona, que las experimentó anteriormente, en el pasado. La conducta predecible, fija y estable de la persona con problemas que, considero, son fáciles de categorizar como “psicológicos” es alguien cuya conducta no se adopta a las necesidades del *presente*, su conducta sólo está reflejando un *pasado*, que no logra satisfacer sus necesidades conductuales.

E) Michael Mahoney.

Michael Mahoney terminó su doctorado en 1972 en la universidad de Stanford. Su libro publicado en 1974 fue parte de las primeras contribuciones en la llamada ‘revolución psicológica’ de principios de los años setenta. Es miembro en cuatro divisiones de la asociación americana de psicología, para la cual ha trabajado como conferencista y presentador en el tópico de procesos de psicoterapia. Se le eligió como miembro para esta organización en el año de 1989 por sus ‘contribuciones teórica y empíricas al entendimiento de procesos básicos en el desarrollo humano y en la psicoterapia. El doctor Mahoney ha servido en los equipos editoriales de numerosas revistas científicas. Es el autor o editor de 15 libros, algunos de los más recientes vienen a ser Human Change Processes (1991), Cognitive and Constructive Psychotherapies (1995), Constructivism in Psychotherapy (1995). Actualmente es editor ejecutivo de la revista Journal Constructivism en the Human Sciences. (Lima Associates, 1997)

El doctor Mahoney ha estado colaborando en la teoría del constructivismo, de la cual él es uno de sus mas fervientes colaboradores. Esta teoría se deriva del trabajo pionero de Mahoney en el área de la psicoterapia conductual, la cual era demasiado limitada y recalcitrante en el aspecto de su negación de las experiencias privadas del individuo, tales como imágenes, sentimientos, inclusive sueños. Todo ello ha contribuido para que Mahoney se dedique a trabajar en la teoría del constructivismo, de la cual ha escrito un libro intitulado ‘CONSTRUCTIVE LIFE COUNSELING.’ El constructivismo es una aproximación cognitivo – conductual cuyo objetivo es la rehabilitación del cliente en algún área que a este interese, y que busca lograr su objetivo a través del *cambio* que se logra a través de la teoría de Mahoney que no somos prisioneros del pasado. Es ciertamente un reto lograr evitar el estancamiento, la estratificación de nuestras conductas, por hacer alguna analogía en referencia a las ciencias físicas clásicas, las cuales, como ha sido mencionado por otros autores, se vuelven predecibles y estereotipadas y conllevan a problemas emocionales, conductuales, o psicológicos. El constructivismo busca evitar esto por medio de una integración que quizás podríamos denominar como holística y que abarca aspectos de filosofía, relaciones sociales, conducta y que podríamos decir, busca ubicar al paciente en un aquí y ahora mutable, flexible, que le permita vivir una vida más feliz y productiva.

Todos estos autores compartían una visión de descontento con el psicoanálisis y se esforzaron por elaborar una teoría que se adaptara a las necesidades de los Estados Unidos en aquel tiempo, aproximadamente mediados de los cincuentas y sesentas en el siglo XX. Según podemos ver fue Ellis quien tuvo mayor influencia en el resto de los colaboradores al ser el primero en elaborar una teoría que contaba con un sustento filosófico que fue aprovechado por diversos estudiosos interesados en el desarrollo de una psicología que les resultara de más utilidad que las aproximaciones dinámicas. En muchos de ellos podemos darnos cuenta que el tiempo entendido como cambio está presente en sus teorías pero únicamente de manera implícita en la mayoría de las técnicas que vimos brevemente. También es obvio que hay en estos colaboradores una tendencia a tratar de ubicar al paciente en el presente, en el “aquí y ahora,” y ayudarlo a considerar el pasado y el futuro únicamente como aspectos de su vida que vienen a darse de manera inamovible en el primer caso y en el segundo únicamente como posibilidades. Es en realidad el cambio lo que nos hace experimentar el paso del tiempo, en este caso el cambio conductual que se manifiesta en nuestras cogniciones, conducta y también fisiología. En Norteamérica había la tendencia a considerar la conducta como algo mecánico, siempre supeditado a un estímulo y a la disposición explícita de las consecuencias de la respuesta, esto fue lo que dio origen a las teorías del conductismo clásico y cognitivo conductual. Nada de esto puede ocurrir sin el tiempo como un mediador que viene a ser el que permite que ocurran estos eventos, siempre uno solo a la vez. El tiempo es el potencial que la conducta tiene para manifestarse, la conducta es solo una de las muchas maneras en que el tiempo se manifiesta.

CAPITULO 2 CONCEPTOS DEL TIEMPO Y SU INFLUENCIA EN ALGUNAS TECNICAS DE TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES.

2.1 Características Generales.

Como ya hemos visto anteriormente la terapia cognitivo conductual se originó principalmente en la década de los setenta, siguiendo el que había tantos clínicos que consideraban que el modelo puramente conductual omitía aspectos importantes tales como el pensamiento y las actitudes de las personas en el estudio de la conducta humana. (Lundin, 1991, Plante, 1999) Parece no haber diferencia significativa entre las tendencias cognitivo semánticas y las cognitivo conductuales siendo la única que las últimas se enfocan en un beneficio mutuo desde el punto de vista de las ideas y las conductas y la primera tiene como objetivo alterar la conducta solamente a través de las ideas. Actualmente ambas son llamadas tanto cognitivas como cognitivo conductuales, además, estas aproximaciones se centran en el presente del paciente, a diferencia de tipo psicodinámico que tratan de “desenterrar traumas” pre-existentes en la personalidad psíquica del individuo que se encuentran en el pasado. (Beck, Hollon, 1994, Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999) La terapia cognitivo conductual se centra en el *aquí y ahora*. Esto al parecer tiene la intención de hacer que el paciente internalice una nueva imagen y un nuevo cúmulo de conceptos sobre él mismo y los otros. Bajo otro punto de vista la TCC (Terapia Cognitivo Conductual) toma en cuenta eventos antecedentes (pasado), pero que están inmediatamente relacionados con la conducta estudiada y no tan alejados en tiempo (y probablemente también en espacio) del evento estudiado, nuevamente a diferencia de las técnicas psicodinámicas, o sea que el significado de estas conductas no es el objetivo de la TCC. (Terapia cognitivo conductual.) (Western, 1999) Así tenemos que la actividad cognitiva tiene un efecto sobre la conducta, la primera puede ser controlada y en fin el cambio de la conducta se modifica con los cambios hechos en las cogniciones. En cuanto al terapeuta, este es directivo, colaborativo, actúa como un instructor o facilitador de nuevas alternativas que se deben de cumplir fuera de la terapia, la terapia toma un procedimiento activo y estructurado y es de corta duración. Adicionalmente es incuestionable la técnica conductual y científica

en la cual la terapia tiene como compromiso los métodos de tratamiento y la evaluación objetiva de las conductas que son el objetivo de las sesiones, lo cual debe de explicarse al paciente para lograr los cambios que este desea, esto en términos operativos tanto para tratamiento como objetivos. (Kendall, 1981, Allen, 1996, Freeman, 1996, Martorell, 1996, D'Alarcón, 1998, Gelso, 1998, Mooney, 1998, Coon y colaboradores, 1999, Western, 1999)

La terapia cognitivo conductual se caracteriza por ser de corta duración, el paciente y el terapeuta colaboran para aliviar síntomas por medio de habilidades que el paciente debe de aprender durante las sesiones. Los pacientes por lo general tienen una serie de problemas internos y externos de tipo psicológico que se deben de especificar para poder ser corregidos. Los problemas de los pacientes se caracterizan por originarse en déficits de conductas adecuadas o pensamientos. (Beck, Young, 1984) Las aproximaciones a la terapia cognitiva establecen de esta manera que los procesos cognitivos o de pensamiento tienen un factor de mediación en la conducta. Las evaluaciones cognitivas de los eventos pueden afectar las respuestas de las personas a esos eventos, la actividad cognitiva puede ser registrada y cambiada, finalmente los cambios en las creencias de las personas pueden llevar a cambios en sus conductas. (Ford, Burban, 1998.) El posible significado de las conductas del paciente no es de interés del terapeuta.

Pero podemos preguntarnos cual es la posición de la TCC con respecto a la conducta y nos daremos cuenta de que la terapia cognitivo conductual toma en cuenta también a las conductas como una forma de mantener una cognición inadecuada o adecuada o de modificarla. Entre estas aproximaciones se podrían incluir la relajación progresiva para reducir la ansiedad, uso de contingencias costo - respuesta como un incentivo de manipulación de niños impulsivos, modelado para el mejoramiento de habilidades metacognitivas. En estas aproximaciones se usa una técnica de contacto directo con la conducta, aunque el cambio se ve facilitado por la atención que se puede prestar a factores cognitivos. (Hollon, Kendall, 1979.) Esto es lo que se conoce como desensibilización sistemática. Esto se trata de asociar un estímulo futuro a una situación de comodidad, tranquilidad, etc. es decir, aparejar un estímulo futuro neutro con un estímulo incondicionado, tal como un accidente (estímulo incondicionado) provoca en el sujeto una respuesta de miedo al ir manejando (estímulo condicionado). Aparejar el

estímulo condicionado con un estímulo diferente al incondicionado, o aislarlo completamente normalmente extinguirían la respuesta de ansiedad. Esto como es sabido puede llevarse a cabo de manera encubierta o explícita. A esto último se le llama técnica de exposición, en la cual el paciente se enfrenta al estímulo condicionado hasta que la respuesta indeseable desaparece, esto se logra por aproximaciones sucesivas o lo que se podría denominar como pasos graduados, o acercar al paciente poco a poco con el estímulo hasta lograr el objetivo deseado. Una forma más drástica de esta misma aproximación tiene que ver con la exposición repentina y completa ante el estímulo temido y se conoce como inundación, la teoría afirma que un enfrentamiento inescapable y completo al problema muy pronto vendrá a tener como consecuencia que el paciente se vuelva insensible ante el mismo. Las técnicas de condicionamiento operante se basan en la economía de fichas, la cual consiste en un procedimiento por medio del cual se intercambian puntos o fichas por recompensas tales como comida, privilegios, cigarrillos, etc. Cuando el paciente cumple con las conductas que se le han marcado como objetivos y que pueden ser de naturaleza cognitiva o de conductas mecánicas. En el modelamiento el terapeuta muestra al paciente la conducta deseada y gradualmente lo invita a que participe en la misma. El paciente se desensibiliza gradualmente de manera vicaria, esto altera las expectativas de éxito personal, porque ver al terapeuta aproximarse gradualmente y sin peligro al estímulo sugiere que él también puede hacerlo. El entrenamiento en habilidades se traduce en que el terapeuta le enseñe al paciente las habilidades que este necesita para lograr un objetivo. Esto es un proceso que requiere que el paciente se centre conscientemente en un conjunto de procedimientos hasta que este se vuelva rutinario. (Western, 1999)

Podemos así decir que la terapia cognitivo conductual tiene como objetivo en términos generales enseñar a los pacientes a identificar y modificar los pensamientos negativos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de alguna conducta inadecuada, usando para ello las cogniciones del paciente o también su conducta.

Por citar un ejemplo concreto, las obsesiones sobrevienen como el resultado de un estímulo presente en el ambiente donde vive el sujeto y que recuerda al sujeto el miedo de que algo contrario a sus deseos ocurra. Especialmente algo como la muerte de algún ser querido, que sufra un accidente, etc. Las compulsiones o conductas compulsorias solamente sobrevienen como el deseo de parte del paciente de aliviar sus síntomas de

estrés o de desesperación y miedo. Es en casos como estos en donde la terapia cognitivo conductual puede entrar en acción, al hacer que el paciente experimente esta sensación por un período de tiempo más bien extenso (a esto se le llama inundación) para permitir que se de la habituación. La idea es que el paciente se desacostumbre a experimentar una reducción de estrés una vez que lleva a cabo la conducta ritual. En terapia cognitivo conductual este proceso terapéutico se identifica como exposición (tanto en vivo como encubierta) y prevención de respuesta. En la exposición en vivo los pacientes enfrentan cara a cara la situación que les provoca su incomodidad. En la exposición a través de la imaginación los pacientes crean una escena detallada en sus mentes que es la que les provoca el malestar, este proceso permite que se ayude a un paciente que esté demasiado afectado por la situación que lo dañó, y que pueda, tentadoramente, exponerse paulatinamente a esta misma situación una vez que ha practicado lo suficiente en su imaginación. Las técnicas de exposición exigen que el paciente lleve a cabo la conducta indeseada, en este caso sus compulsiones, pero al mismo tiempo el objetivo de la terapia lleva a que estas conductas se eliminen. Es esta una de las áreas en las que la TCC (Terapia Cognitivo Conductual) puede entrar en juego. En casos como este el tiempo está presente, especialmente en la forma del pasado. Un paciente que tenía conductas obsesivas se refería a un niño que no había sido capaz de salvar de un fuego (el paciente era un bombero) tenía imágenes intrusivas de este fuego, pesadillas del mismo y *flashbacks* disociativos, o lo que se podría decir con algunas palabras más o menos en español, tenía momentos en que regresaba a la escena del incidente. (Estos eran síntomas claros del estrés pos-traumático.) Todas estas memorias habían sido reprimidas hasta cierto punto por el paciente, lo cual la TCC ayudó a solventar. (Matthews, Edsette. 1999)

Por ejemplo, ha quedado demostrado que una actitud positiva hacia el tiempo futuro tiene mucho que ver con el resultado de interacciones emocionales cognitivas en la persona, más bien que con el mundo objetivo en el que vive. En la vejez, estos se relacionan en gran medida con la capacidad que tiene el individuo para enfrentar activamente sus problemas de salud, estilo de vida, apertura mental, respuestas emocionales. Se ha demostrado que una actitud cognitiva adecuada para el individuo hacia el tiempo futuro tiene buenos efectos en la salud de la conducta de las personas de edad avanzada. Una actitud cognitiva inconveniente se relacionaba normalmente con adherirse tenazmente a influencias pasadas en la vida de estas personas. La conducta

cognitiva es la que construye y reconstruye el tiempo de la persona, o más bien las perspectivas que esta misma persona tiene sobre el mismo, y al mismo tiempo la conducta explícita de la persona. Claro está que hay otros factores, tales como la clase social a la que uno pertenece, desempleo, condiciones de vida frustrantes y enfermedad. Como podemos ver el campo de acción de la terapia cognitivo conductual no tiene el poder de afectar todas las áreas de la vida de las personas que afectan su concepto del tiempo, pero sí es posible influir sus cogniciones lo cual es una gran ventaja. Podemos decir que el componente más importante en la construcción de una actitud positiva hacia el futuro es el factor emocional. (Birren, 1992) Otra área de aplicación podría yacer al tratar de ayudar a personas que han sufrido de algún tipo de incapacidad que las ha dejado imposibilitadas para intentar llevar a cabo lo que anteriormente hacían sin problemas. Alguien que sea capaz de desarrollar nuevas expectativas, no quien se aferre a las del pasado, será capaz de encontrar un nuevo objetivo. Es la persona que vive más para el momento quien tiene menor probabilidad de sufrir por su privación.(Harvey, 1998)

Hay que hacer notar sin embargo que a lo largo de la bibliografía revisada, hemos descubierto que el aspecto del tiempo es solo uno entre varios factores para los diferentes puntos de vista de los autores, si bien es importante no es el factor más prominente. Podríamos decir que el cambio conductual que tiene lugar conforme pasa el tiempo se logra indirectamente a través de la manipulación de las cogniciones del paciente pero no son del tipo que pudieran estar asociadas con esto mismo. Es decir, el terapeuta pocas veces puede llegar a decir: “¿Cómo se siente respecto al tiempo?” o “¿Qué pensamientos tiene respecto a su pasado?” y consideramos que esto resultaría de utilidad por lo menos para lograr que el paciente se interesara en la preponderancia de la conducta como un factor que nos permitiría conocer la naturaleza del tiempo.

2.2 Terapia Racional Emotiva de Ellis.

Anteriormente hemos hablado de aspectos históricos de la terapia racional emotiva de Ellis, en esta ocasión hablaremos mayormente de las características filosóficas de esta teoría, con el propósito de encontrar en ella algo que nos permita saber si el tiempo definido como cambio puede estar presente en la misma.

Kemmerling, (2001) habló de varios autores del campo de la filosofía que habían influenciado a Ellis en su creación de la terapia racional emotiva cognitivo conductual. Entre estos se encontraban Epicteto, Marco Aurelio, Baruch Spinoza, John Dewey, Bertrand Russell, A.J. Ayer, Hans Reichenbach y Karl Popper.

Como sabemos es en los estoicos de donde Ellis parte para formular el sustento teórico de su técnica de psicoterapia, particularmente la tercera escuela que incluye a Seneca (3-65 después de Cristo.), Epicteto (50-120 después de Cristo), y Marco Aurelio (reinó de 161-180). (Klimke, Colomer, 1953.)

Podemos decir que la piedra angular de Epicteto como su contribución principal a la terapia racional emotiva cognitivo conductual y en general a la terapia cognitivo conductual es la siguiente frase. “No son las cosas las que atormentan a los hombres, sino las opiniones que se tienen de ellas.” La parte restante de esta misma cita prosigue: “Por ejemplo: la muerte (bien considerada) no es un mal; porque, si lo fuera, lo habría parecido a Sócrates como a los demás hombres. No, no; la opinión falsa que se tiene de la muerte la hace horrible. Por lo cual, cuando nos hallamos turbados o impedidos, debemos echar la culpa a nosotros mismos y a nuestras opiniones.” (Montes de Oca, 1975, Huber, Barath, 1991) Es en la primera parte de la frase donde se encierra la esencia de la teoría cognitivo conductual y de donde también seguramente Ellis toma el punto de partida de su terapia racional emotiva cognitivo conductual, al hablar de su modelo ABCDE.

En Epicteto no logramos encontrar nada en su Manual y Máximas que nos permita decir que el tiempo fuera una de sus principales preocupaciones o que pensara que es algo de naturaleza cambiante e impermanente.

Es en Marco Aurelio donde podemos comenzar a encontrar características de la terapia racional emotiva al observar algunas de sus sentencias en las cuales hace observación de la importancia del raciocinio. “Mi naturaleza es racional y sociable; mi patria y ciudad es roma, pero en cuanto hombre es el mundo; y así, lo que fuere útil a estas ciudades, Roma y mundo, esto será mi único bien.” Otra de ellas dice: Es propio del hombre amar aún a los que le ofendan, esto se hará si al mismo tiempo se te ofreciera que también son

de tu misma naturaleza y que pecan por ignorancia y como forzados; además de que así tú, como ellos, moriréis dentro de poco tiempo y, sobre todo, que ellos no te hicieron daño, puesto que no han hecho que tu alma fuese peor de lo que antes era.” (Klimke, Colomer, 1953)

Sin embargo hay más cosas que tienen que ver con el tiempo. “Todo es efímero, el recuerdo y lo que se recuerda.” “El tiempo es como un río y aun como un rápido torrente, que arrastra cuanto hay en el mundo. Lo mismo es dejarse ver cada una de las cosas, que desaparecer precipitadamente, y sucederla otra, y también ser arrebatada con igual prontitud.” “Piensa muy a menudo en la brevedad y presteza con que se nos arrebatan y quitan delante de los ojos las cosas existentes y las que se van haciendo. Porque a la verdad, la naturaleza, a manera de un río, está en un curso continuo; las acciones consisten en una perpetua mutación; las causas se ven en mil vueltas y revueltas, y que casi no hay cosa firme ni estable. Piensa también en la inmensidad del tiempo pasado y en lo interminable del venturo en donde desaparecen todas las cosas. ¿Cómo, pues, no se reputará por insensato en que con éstas se engría o se aflija, o el que en alguna adversidad, molestándole por tan corto espacio, se lamente como si fuese por más tiempo?” (Montes de Oca, 1975) Todos estos aforismos hacen referencia al tiempo, especialmente desde una perspectiva en la cual este no puede ser eterno, aun cuando desde el punto de vista de Marco Aurelio, y de cualquier otro, el tiempo tiene un largo camino recorrido, y también un largo camino por recorrer. Si las cogniciones deben de tener un espacio en el cual se desarrollan de manera en la que deban de pensar de manera racional y usando las emociones del paciente, entonces también es probable que Ellis haya tomado en cuenta las máximas de Marco Aurelio respecto al tiempo y su naturaleza, prácticamente eterna, pero el mismo tiempo breve, efímera. Esto lo veremos posteriormente cuando revisemos el caso.

Según los postulados de la TRECC (Terapia Racional Emotiva Cognitivo Conductual.) las personas tienen objetivos entre los que se encuentran permanecer vivo, ser razonablemente feliz al estar solo o asociarse con otras personas, cuando se está en una relación íntima con otra persona, al trabajar para vivir, al inmiscuirse en actividades deportivas. Las cogniciones racionales son las que ayudan a lograr lo anterior, las irracionales sabotean las mismas. (Esto podrías sintetizarse al decir que las personas tienden tanto a maldecirse como a deificarse a sí mismas y a otros. Esto es lo que viene

a significar el que las personas se conviertan en problemáticas y disfuncionales) (Sutton, 1981, Ellis, 1986, Huber, Barath, 1991, Thomaes, 1992, Castanedo, Henning, 1993, Shapiro, 1995, Pike, 1997, Vega, 1997)

En el modelo de la terapia racional emotiva, mencionado brevemente con anterioridad, se habló del ABCDE de la misma. En este caso la letra A vendría a ser un evento activador, el cual puede ser fácilmente identificable en espacio lugar y tiempo, esto puede ser también la conducta de una persona a quien uno haya influido directa o indirectamente. También puede ser lo contrario, como una inferencia la cual puede estar más allá de aquello que se observa y que puede ser una sospecha la cual puede ser cierta o falsa. Y por último, de acuerdo al autor de esta cita y en concordancia con nuestro objetivo, se puede tratar de un evento pasado, presente o futuro. (Esto tiene un eco al listar las ideas irracionales más adelante.) Así, tenemos que el evento activador de la conducta en el organismo, viene a ser para empezar la A. B representa una serie de creencias, o autoaseveraciones, que pueden ser o no, irracionales, C, son consecuencias que pueden ser emociones negativas y comportamientos relacionados. (Adicionalmente, hay consenso en cuanto a que estos tres elementos no son independientes uno de otro.) D viene a ser el disputar las creencias irracionales por parte del paciente, E viene a ser la eliminación de los pensamientos irracionales. Ahora ampliaremos este concepto. (Ellis, 1988, Huber, Barath, 1991, Slaikeu, 1996, Haaga, Davidson, 1997, Dryden, 1998) Posteriormente al evento activador que se identifica con A, la siguiente fase del modelo ABCDE de la TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual) viene a ser obviamente la parte más importante de todo este modelo, a nuestro parecer, es decir la letra B o cogniciones. Podemos decir, en resumen que la idea central de la terapia racional emotiva vienen a ser las ideas irracionales y las racionales. Las primeras vienen a ser rígidas, extremas, ilógicas y discordantes con la realidad, y no son sanas para el individuo, en el sentido de que no lo llevan a la obtención de sus objetivos. Las segundas se caracterizan por ser flexibles, concurrentes con la realidad, lógicas y porque no se van a los extremos. Cada una de ambas tiene cuatro tipos. Las irracionales se caracterizan para empezar por ser exigentes, catastróficas, baja tolerancia a la frustración y creencias donde uno mismo, los otros y demás condiciones de la vida cotidiana se desprecian. Las racionales se caracterizan por dar la oportunidad al paciente de elegir, creencias no catastróficas, alta tolerancia a la frustración y creencias donde los otros, el yo y las condiciones de vida son aceptadas. De hecho es aquí donde Ellis se

concentra en pedir al paciente que describa no como fue el evento activador A, sino como fue que el paciente lo experimentó. (Huber, Barath, 1991, Dryden, 1998, H. Ford, 1998, Neenan, Dryden. 1999)

La siguiente letra, C, viene a significar lo que son las consecuencias para el individuo, a partir de el evento activador, de alguna manera filtrado por sus cogniciones, lo cual viene a ser representado por B (Beliefs, creencias). Cada una de estas consecuencias vienen a tomar una forma emocional, conductual y cognitiva. De las primeras podemos tener dos tipos, las cuales podrían referirse en primer lugar a ansiedad, depresión, culpa, dolor, vergüenza, ira no saludable, celos, y envidia no saludable. El lado positivo de las anteriores se podría referir a preocupación, tristeza, remordimiento, melancolía, desilusión, ira saludable, preocupación por la relación de uno y envidia saludable. Las siguientes consecuencias se refieren primordialmente a las tendencias conductuales, las cuales pueden constituir una especie de defensa por parte del individuo para evitar el estímulo activador en A y las consecuencias indeseables que esto trae. Por otra parte los terapeutas pueden motivar a sus pacientes para que actúen en contra de esta costumbre y se enfrenten directamente con aquello que los molesta. Por lo general se acepta que las conductas más sanas psicológicamente son aquellas precisamente asociadas con cogniciones más saludables, tales como las mencionadas anteriormente en la segunda lista. Finalmente las consecuencias cognitivas se desatan a partir de lo que las personas piensan sobre los eventos activadores. De hecho puede haber consecuencias a nivel cognitivo sobre cada uno de los cinco componentes del modelo. Estas ocurren principalmente al principio del modelo, en la letra A, bajo la forma de inferencias, estas son corazonadas respecto a un determinado evento, las cuales pueden o no pueden ser verdaderas una vez que se les ha probado. Las inferencias por lo general ocurren en A, las más importantes de las cuales son las que desencadenan las consecuencias en B. Estas consecuencias pueden entonces tener otro grupo de consecuencias cognitivas en C. De hecho esto es un fenómeno que se conoce como interaccionismo psicológico, y que consiste en que ABC no actúan de manera aislada sino que se encuentran unidas de manera inextricable. La letra D del modelo viene a significar la disputa de las creencias irracionales. Esto incluye el que el terapeuta discuta de manera activa con el paciente las creencias irracionales y enseñarle a la persona a criticar o retar sus propias creencias no saludables usando una serie de métodos cognitivos, emotivos y conductuales. El estilo como el terapeuta puede lograr esto varía desde un estilo socrático o retórico, en el que

no se hacen explicaciones didácticas. El siguiente estilo tiene que ver con esto último, y consiste en explicar al cliente porque sus creencias vienen a ser convenientes o inconvenientes para él. El uso del humor viene a ser dirigir esto mismo en contra de las *ideas* del cliente, no contra el cliente en sí. Y por último el estilo metafórico, el cual tiene que ver con contarle historias al cliente que tienen que ver con sus problemas, pero las cuales tenemos que explicar en ocasiones, porque no siempre es el cliente capaz de entenderlas. La disputa puede también abarcar un nivel emocional, el cual tiene que tener un nivel de fuerza mucho mayor que con el que se disputa a un nivel cognitivo, es decir, esto tiene que llevarse a cabo hablando en voz alta al retar estas mismas creencias. El siguiente nivel involucraría a la disputa a un nivel conductual, esto es, para empezar a cambiar de manera cognitiva el paciente o cliente tiene que empezar a actuar de manera *diferente*. Esto involucra que ambos deben de estar en concordancia, ya que cualquier cambio cognitivo que no haya sido acompañado por un cambio conductual será solamente teórico, de acuerdo con los expertos en psicoterapia cognitivo conductual. La idea es que idealmente debieran de llevarse las ideas irracionales a un nivel donde estas dejan de ser una exigencia y se vuelven solamente una preferencia, lo cual es más factible o aprovechable que los “tengo que”, o “debo de”. Es de hacer notar que las ideas irracionales también incluyen el “que tal si..” o “¿No sería horrible si...” los cuales son las ideas irracionales que toman la forma de un miedo completamente fuera de control. Es decir, es la “catastrofización” que experimenta el paciente. Finalmente vienen los efectos (E) después de la disputa, lo cual toma lugar si el cliente ha practicado un rango amplio de métodos de disputa cognitiva, conductual y emocional de manera efectiva, entonces los efectos serán que los clientes habrán cambiado sus creencias distorsionadas en algo más saludable. Este cambio es constante y los clientes deben de estar alertas en caso de que el proceso contrario ocurra. El efecto dependerá de dos factores básicamente: que tan específico se ha sido con respecto a las creencias distorsionadas que han sido cambiadas y en segundo lugar el número de creencias distorsionadas que han sido cambiadas. Muchas veces suele hacerse que el terapeuta cambie los deberías o debo de, por sería mejor, o me gustaría. (Huber, Barath, 1991, Ellis, 1997, Haaga, Davidson, 1997, H. Ford, 1998, Mooney, 1998, Windy, Dryden. 1998)

En general la TRECC se opone a la rigidez, y por el contrario promueve la flexibilidad y la apertura a la aprobación y apoyo, busca la aprobación, utilizar los conocimientos

científicos para lograr la felicidad humana, la cual es aún imperfecta. Así las personas tenemos la habilidad para contrarrestar los caminos autoderrotistas que hemos creado. De acuerdo con Ellis la tecnología racional emotiva tiene la ventaja de poder enseñar a las personas el que se acepten de acuerdo con sus hechos y realizaciones de acuerdo a sus metas y deseos, así, el paciente es capaz de aprender a decir ‘‘Está bien que tenga éxito’’ en vez de decir, ‘‘Yo soy bueno por haber tenido éxito.’’ Una idea irracional puede definirse como aquella que no ayuda a las personas a vivir de manera más feliz ni fácil, así estas conducen a la disfunción. Estas ideas en realidad son definidas más precisamente dentro del contexto de la terapia entre el cliente y el terapeuta. Así las creencias racionales son lógicas. Es flexible porque ayuda a los clientes a lograr sus objetivos dentro de su contexto cultural, es proactiva, de corta duración y enfocada a un objetivo y provee una unión entre los pensamientos afectos y conductas de las personas (Ellis, 1997.)

A continuación veremos una lista de ideas irracionales, como las llama Ellis, que pueden brindar un mejor entendimiento de estas.

- 1.- Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por todos los demás, casi siempre.
- 2.- Debo ser infaliblemente competente y perfecto en todo.
- 3.- Las personas que me ofenden son malas, y debo culparlas y castigarlas con severidad.
- 4.- Es horrible, o catastrófico que las cosas no salgan como uno quiere.
- 5.- Tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos o para librarme de sentimientos negativos como la depresión, la hostilidad y sentimientos similares, causadas por eventos externos.
- 6.- Encuentro más fácil evitar las muchas dificultades y responsabilidades de la vida, que enfrentarlas.
- 7.- Si algo me parece peligroso o amenazante debo de preocuparme y perturbarme por ello.
- 8.- Mi *pasado* es tan importante que sólo porque algo haya ejercido una enorme influencia en determinado momento de mi vida, tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas del *presente*.
- 9.- Las personas y las cosas deberían de ser mejores y debo considerar horrible no encontrar rápidamente soluciones buenas a los problemas de la vida.

10.- Puedo alcanzar la felicidad a través de la inercia, actuando pasivamente y sin comprometerme.

11.- Debo de tener un alto grado de orden o certeza de las cosas que me interesan para sentirme bien.

12.- La calificación con que me valoro como humano, valoración ó autoestima, dependen de mis acciones y aprobación de los demás. (Lefton, Valvathe, 1988, Meichenbaum, 1988, Bas, Andrés, 1996, Martorell, 1996, Mooney, 1998,)

Es en la creencia irracional número 8 (ocho) que encontramos algo que concuerda con nuestro objetivo, que es la obsesión, o mejor dicho, creencia irracional que un paciente puede tener respecto al tiempo y que lo retribuye al pasado, afectando de manera negativa sus conductas. De acuerdo con H. Ford Donald (1998) la conducta solamente puede ocurrir en el aquí y ahora, o en el *presente* (otra concordancia con nuestro objetivo) y que solamente puede ser cambiada cuando ocurre, de acuerdo a esto hay quienes suelen tratar de orientar las terapias a acontecimientos pasados, especialmente eventos de su niñez. De hecho de podría hacer una distinción entre las ideas que tienden a orientarse hacia el futuro y aquellas que se centran en el presente y el futuro.

Es en el caso que analizaremos a continuación donde esta creencia irracional puede estar presente.

2.3 Ejemplo de un caso tratado con T.R.E.

El paciente había mostrado conductas homosexuales casi toda su vida adulta y pensaba que era tiempo de casarse. Era un hombre de treinta y cinco años y llevaba la fábrica de juguetes de su padre inválido. A su madre la describía como muy religiosa y muy neurótica y a su padre como débil y dominado. Estaba ligado a su madre y cumplía sus ordenes. El era un zoólogo que había estado en la marina durante tres años. No tenía muchas ganas de llevar el negocio de su padre, hasta que este sufrió un ataque grave. Nunca le había hecho ninguna proposición a ninguna mujer por temor a ser rechazado. Había tenido su primera experiencia homosexual en la marina a los diecinueve años. Sus experiencias homosexuales las reservaba a los baños públicos y nunca había tenido

relaciones realmente profundas con sus parejas. De vez en cuando salía con mujeres pero nunca hacía insinuaciones ni se comprometía con ninguna de ellas.

El procedimiento terapéutico que se siguió fue el de la terapia racional emotiva.

El terapeuta (Albert Ellis) procedió a atacar directamente la homosexualidad del paciente ya que esta era su principal preocupación de conducta cuando vino a terapia. Desde el punto de vista de este, la homosexualidad del cliente era una manifestación neurótica ya que limitaba demasiado sus relaciones con la mayoría de las mujeres que conocía, era demasiado rígida y además podría llegar a dificultades sociales y legales, incluidos el arresto o el chantaje.

Se le manifestó desde un principio que el terapeuta no tenía ninguna razón de hacerle cambiar de punto de vista respecto a la homosexualidad, pero que el objetivo de la terapia sería hacerle superar sus bloqueos contra la heterosexualidad. Una vez superados estos y de que deseara y disfrutara activamente tener relaciones con mujeres sería poco importante si llegaba a tener inclinaciones homosexuales.

El patrón de conducta homosexual del cliente era de la siguiente forma: entraba en un bar o en un baño público y siempre esperaba que alguien se le acercara y se dirigiera a él para tener relaciones sexuales. Ni una sola vez en toda su historia homosexual se había acercado para hacer ninguna proposición activa.

A partir de lo anterior el terapeuta llegó a la conclusión de que el principal motivo de la homosexualidad del cliente era porque éste tenía miedo de ser rechazado por las mujeres y por hombres también. Así había dispuesto toda su vida sexual de modo que no era necesario que él hiciera ninguna aproximación activa y no hubiera posibilidad de rechazo. Este miedo al rechazo provenía de una edad temprana y en el hecho de que su madre había insistido en decirle que tendría dificultades para encontrar y conseguir una mujer atractiva. Esto no fue realmente el punto alrededor del que giró la terapia, más bien que su temor de ser rechazado por chicas era originado por una creencia ilógica de que ser rechazado por una mujer o un hombre era una experiencia terrible.

Durante las sesiones el terapeuta se dio cuenta de que el paciente había pensado con anterioridad que ser rechazado era una experiencia innecesariamente espantosa y esto se lo había estado repitiendo a sí mismo irreflexivamente durante una buena parte de su vida. Adicionalmente se decía a sí mismo que esto se basaba en una evidencia comprobada cuando en realidad no era así. Su temor al rechazo a que se le señalaran sus defectos, a que otros le criticaran o que se burlaran de él fue señalado por el terapeuta quien le hizo ver que sería estúpido y frustrante para cualquier persona tener una preocupación excesiva acerca de lo que otros piensan porque se viviría de acuerdo a las normas establecidas y pensadas por otros para ellos y no para uno y la felicidad se volvería así imposible. La homosexualidad del paciente fue atacada desde el punto de vista de que se estaba limitando, frustrándose a sí mismo, y haciendo suposiciones básicas que tenían ramificaciones en el resto de su vida y que le impedían realizarse en muchos otros sentidos.

Con la ayuda del terapeuta el paciente comenzó a tratar de relacionarse con mujeres, advertido de antemano que sus primeros intentos podrían resultar frustrantes o ineficaces. Conoció a tres mujeres con las que salió e incluso con una de ellas llegó a tener relaciones sexuales, pero no llegaron a tener una relación mas honda o satisfactoria. Durante estas experiencias el terapeuta logró dar retroalimentación en cuanto a los fallos del paciente, sus logros, y como usar los primeros para lograr aprender más de las mujeres y relaciones en general, es decir, verlos como algo positivo. Al final el paciente logró conocer una cuarta chica con la que pensaba no llegaría a ninguna parte. El terapeuta lo motivó a que intentara seguir con esta mujer, y así logró hacer avances en varias áreas, especialmente en el campo sexual, para sorpresa de ella. Lo que más sorprendió al paciente fue su capacidad de conseguir despertar el interés emocional de esta mujer, aun en medio de las abrumadoras fuerzas iniciales, después de convencerse de que no tendría éxito.

No se hizo énfasis en lograr que el paciente terminara sus relaciones homosexuales, pero este comenzó a tener éxito sexual y social con las mujeres. Esto se logró aproximadamente después de la duodécima semana. Casi nunca más estuvo interesado en tener relaciones homosexuales. Adicionalmente se mejoraron aspectos de salud y vocacionales del cliente. (Abandonó la fábrica de su padre y dejó de tener palpitaciones que le ocasionaban dolor en el pecho. Se preparó para ser profesor de zoología en una

universidad del medio oeste de Estados Unidos, lo que le llenó de grandes satisfacciones.

En resumen, se hizo un ataque frontal a las ideas ilógicas subyacentes a la conducta homosexual del cliente. Se le hizo ver que su patrón de conductas homosexuales no estaba profundamente arraigado sin esperanzas y que podía cambiar su propio destino cambiando sus suposiciones. Se le ayudó a ver que no era tan importante si no se le aprobaba o amaba, que fracasar en una tarea no era un crimen y que no hay relaciones perfectas. Todo esto ayudó al paciente a dejar de lado su homosexualidad, ayudándolo de paso a mejorar otras áreas de su vida también. (Ellis, 1980)

Nuestra interpretación de este caso viene a ser que el paciente estaba dejándose influir por un evento del pasado que no debería haber tenido mayor peso en su vida y que lo estaba limitando. En este caso, en su adolescencia no había sido demasiado atractivo y además su madre lo había adoctrinado respecto a la importancia de una perfección en sus relaciones con mujeres. (Pasado). Todo esto lo predisponía a tener una actitud de miedo ante la posibilidad de fallar (futuro), lo cual coartaba su posible éxito. Durante su exposición de la técnica de psicoterapia racional emotiva, Ellis afirma que una de las labores del terapeuta consiste en ubicar al paciente en su aspecto presente, sabiendo o no, de sus creencias irracionales, y como readoctrinarse a sí mismo a través de juicios de valor más racionales y conscientes.

En este caso, las cogniciones sobre el pasado y el futuro, el primero como un determinante indeseado de las conductas del paciente, solo se dan de manera implícita en la terapia, Es en este caso que puedo observar que una serie de ideas irracionales respecto a aspectos claros e identificables en el tiempo, tanto pasado como futuro son las que se pueden responsabilizar como las causantes de las conductas inadecuadas del paciente. Es obvio que estas tienen necesariamente que ubicarse en el tiempo, por lo que hay que preguntarse cual es la actitud que el paciente mantiene respecto a los eventos y si estos se localizan en el pasado o en el futuro, mientras que se conscientiza al mismo de su situación presente. Adicionalmente hay que redundar en que, según palabras de Ellis, la terapia racional emotiva se esfuerza por centrar al paciente en el presente, o en el aquí y ahora como se le ha dado en llamarse, a diferencia de la terapia de Beck que busca identificar cual es el posible futuro del paciente. Es posible por un lado, que hacer

que el paciente se centrara exclusivamente en el presente lo librara de cogniciones indeseables e imprácticas respecto a los dos extremos que yacen hacia delante y atrás, o sea pasado y futuro. Pero entonces esto implicaría que también habría que enseñarle a tener y cultivar una serie de cogniciones prácticas sobre el presente que debería de cultivar constantemente.

El texto consultado no brinda mayor información respecto al número de sesiones que se usaron.

Aquí tenemos otro caso con el propósito de ilustrar mejor nuestro punto de vista.

2.4 Segundo caso tratado con T.R.E.

El paciente tenía veinticinco años, era hijo de una familia acomodada, se le había descrito como antisocial, mentía y robaba, tenía una conducta sexual irresponsable, y atacaba de manera física desde los catorce años. Lo habían arrestado en cinco ocasiones, y había pasado un año en el reformatorio. No parecía sentir culpa por sus acciones, y no le importaba haber dejado inválido a un anciano junto con algunos secuaces al llevar a cabo un robo junto con ellos. Tenía dos hijos ilegítimos de dos mujeres diferentes, pero no hacía por verlos ni por contribuir económicamente a mantenerlos. Había ido a psicoterapia con Ellis, bajo insistencia de su abogado que le dijo que la única manera de obtener la libertad condicional y evitar ser llevado a la cárcel por su último delito era decirle a la corte que estaba trastornado emocionalmente y que se estaba tratando de rehabilitar con respecto a esta perturbación.

Durante las primeras sesiones el paciente llegaba diez o quince minutos tarde, no intentaba cooperar con el terapeuta y decía que olvidaba prácticamente todo lo que discutían durante la terapia tan pronto como esta terminaba. Ellis descubrió que era hijo de una madre excesivamente cariñosa y de un padre comerciante, que se había mostrado flexible con él, pero que a cambio le había trazado unas metas casi imposibles de seguir, lo cual lo contrariaba enormemente cuando el joven no quedaba a la altura de las mismas. Había sido un niño consentido con respecto a los demás niños a los cuales siempre había querido dominar, nunca había tenido un desempeño bueno en el colegio,

y se había ganado la antipatía de profesores y compañeros por su comportamiento grosero y presumido. Tenía un tratamiento masoquista a las mujeres. No había hecho ningún intento por tratar de establecer una conexión entre las demandas excesivas de su padre y su comportamiento, ni sus conductas antisociales como un medio de demostrar a los demás “lo grande” que se sentía. Por un lado porque se oponía tenazmente a lo que él llamaba “la porquería psicoanalítica,” y en segundo lugar porque el terapeuta no hacía aclaración de esta situación histórica, porque no la consideraba como un factor que provocara un cambio básico de personalidad. Por el contrario, el terapeuta se esforzó por ubicar al paciente en el presente y se le mostró que se estaba dañando a sí mismo y también incluyendo el pasado, según explicaciones de Ellis. El paciente consideraba seriamente violar su libertad condicional y “largarse” de la ciudad, a lo que el terapeuta replicó que tenía poca probabilidad de vivir una vida confortable y sana de esta manera y que pasaría poco tiempo antes de que lo capturaran nuevamente.

El terapeuta mostró que las demandas unilaterales del paciente resultarían en un perjuicio para él, porque a la larga resultaría frustrante decirse que podía hacer lo que quería sólo porque lo quería sin tener en cuenta las consecuencias que esto atraería para él y los demás, incluido el sistema legal, su familia y la confianza que habían depositado en él incondicionalmente. En un punto de la cuarta sesión el paciente preguntó con sinceridad porque no podría obtener las cosas a su manera. El terapeuta le hizo ver que era perfectamente posible desear algo siempre y cuando se cumpliera una condición, y esta consistía en que era factible desear algo si al mismo tiempo uno estaba consciente de que había una “maldita probabilidad” de no obtenerlo. El paciente estaba haciendo precisamente esto, tratar de obtener las cosas, y así lo había convertido en una exigencia, una demanda absoluta que no admitía demoras ni falta alguna. En este caso la persona que quisiera esto se frustraría infinitamente, se pondría ansiosa o tendría que hacer algo desesperado por obtenerlo, tal como, el terapeuta hizo notar, el paciente lo había estado llevando a cabo a todo lo largo de su historia delictiva. Suponiendo que el paciente lograra llevar a cabo su deseo tendría que ser mientras que no perjudicara sus propios fines al hacerlo. El terapeuta le preguntó si él hubiera ganado al vivir el resto de su vida con el temor constante del arresto o si hubiera tenido que dejar todo aquello que amaba e irse, por ejemplo, a Sudamérica donde nadie le conociera. El paciente parecía estar sinceramente dudoso de esta posibilidad, pero el terapeuta, a través de algunas palabras más o menos fuertes le ayudó a entender que, desde el punto de vista este

último, no se exigía demasiado a sí mismo a lo cual el paciente respondió haciendo ver que se le había ofendido. El terapeuta no adoptó ninguna postura “ética” ni trató de hacer ver el “mal” que había en las acciones del paciente sino que en lugar de eso y al escuchar al paciente replicar que de hecho le gustaría vivir en un mundo en el cual hubiese violencia, robo y fraudes, le hizo observar su invulnerabilidad respecto a lo que les pasaba a los demás al cometer sus actos criminales, su indiferencia ante las consecuencias de sus actos. Al no importarle al paciente cual pudiera ser el origen de esa especie de coraza en la que todo resbalaba fríamente, el terapeuta le hizo ver que realmente *sí* importaba. El origen de esto radicaba en la hostilidad, ofendiendo, odiando, aborreciendo al mundo contra el que se comportaba de un modo criminal. El paciente tenía dudas respecto a si verdaderamente odiaba al mundo, a lo cual se le hizo ver que era muy poco probable que no fuera así, porque, planteó la siguiente pregunta ¿con qué objeto habría de meterse una persona con otras si no les odiara de alguna manera, o si no tuviera un resentimiento defensivo contra los demás? A colación vinieron los compañeros de delito que había traicionado, las mujeres que había embarazado y abandonado, y sus padres a quienes había vuelto a pedir ayuda después de romper todas las promesas que había hecho. El resentimiento que había sentido por estas personas lo habían hecho sentir bien momentáneamente, aunque a insistencia del terapeuta, el paciente finalmente confesó su falta de felicidad al llevar a cabo estas acciones. El paciente estaba tan perplejo por haber descubierto el origen de sus acciones que cuestionó en varias ocasiones al terapeuta y prometió pensar al respecto con seriedad.

Se atacaron sistemáticamente las creencias irracionales del paciente, se cuestionaron severamente sus ideas básicas, subyacentes a sus conductas y pensamientos antisociales.

Después de veintidós sesiones de este tipo comenzó a darse cuenta de que en alguna ocasión se había dado cuenta de lo destructor y equivocado de su conducta delictiva, pero que había temido que fuera incapaz de cambiarla, no tendría la habilidad para controlar sus tendencias antisociales y que no podría seguir adelante si trataba de vivir más honestamente. Aquí comenzó otro ataque frontal a estas ideas inconvenientes, afirmando que la capacidad del individuo para controlar su conducta provenían principalmente de la idea de que lo puede o no lo puede hacer, de que los sentimientos antiguos son innatos e inmanejables y que uno no debe de ser gobernado por ellos, o que por el contrario, los sentimientos humanos son invariablemente controlables si uno

busca las frases propagandísticas apropiadas. “Debo hacer esto.” “Tengo poder para obligarme a mí mismo a hacer esto.” Los sentimientos de incapacidad del paciente, sus sentimientos de que nunca podría ganarse la admiración de los demás a menos de que fuera un niño problema, y sus sentimientos posteriores de que no podría competir en un medio ambiente civilizado a menos que robara y mintiera fueron rastreados hasta sus raíces, hasta las creencias propagadas desde hacía tiempo: “No tengo ningún valor a menos que sea siempre el centro de atención, aunque obtenga esta atención mediante un comportamiento antisocial.” “ Si compitiera con los demás me daría de bruces y eso sería totalmente vergonzoso e imperdonable.” Etc. No solamente fueron seguidas hasta sus raíces tempranas, sino que fueron lógicamente analizadas, cuestionadas, desafiadas y contraatacadas hasta que el paciente aprendió a analizarse y desafiarse a sí mismo.

Después de treinta y una sesiones de este tipo una vez por semana, el paciente aceptó el empleo que su familia le ofrecía en sus empresas y decidió retomar sus estudios para ser contador. En la última sesión dijo que durante toda su vida había estado tratando de evitar hacer cosas difíciles por miedo a fallar y por tanto probarles a los demás y a sí mismo que no valía nada. Se dijo a sí mismo que a partir de ese momento intentaría el camino difícil y si fracasaba, pues lo haría, pero era preferible fallar al intentar que tener “éxito” de la otra manera en que triunfaba antes.

Dos años de seguimiento después descubrieron que iba bien en sus estudios y que era probable que siguiera así durante mucho tiempo más. (Ellis, 1980)

Al analizar el caso podemos darnos cuenta de que en realidad era un paciente bastante difícil principalmente por sus conductas potencialmente peligrosas y por el hecho de que estaba involucrado en diferentes problemas con la ley. Su negativa a asistir temprano a las sesiones de terapia y su falta de interés no facilitaban de ninguna manera las cosas, así fue que el terapeuta tuvo que desarrollar el interés del paciente por ayudarse haciéndolo que se diera cuenta de su situación *presente* únicamente después de muchos rodeos. Nos parece que el proceso de pensar racionalmente y con emociones se vio obstaculizado en muchas ocasiones por culpa del paciente que se encontraba demasiado reacio a cooperar. El proceso de cambio a través del tiempo pasó mas bien de manera indirecta primeramente haciéndole ver el origen de su hostilidad hacia las demás personas, a lo cual se llegó, consideramos, por medio de un formidable trabajo de

análisis por parte del terapeuta, y por el hecho de que estas ideas irracionales estaban en el *pasado* del paciente, lo cual sigue estando dado de manera implícita. El caso es que estas ideas irracionales e inconvenientes le estaban afectando en el presente, no dejarlo vivir la vida como a *él* le hubiera gustado vivir, es decir, sin las exigencias absolutistas que su padre le había inculcado ni la excesiva permisividad de su madre, así como las experiencias con sus compañeros de escuela, es un largo rodeo el que se tiene que dar para lograr hacer ver el predominio inconveniente del pasado. Si aplicamos nuestra lógica, un énfasis más directo en aspectos del pasado resulta más conveniente en términos de brevedad de la terapia para lograr el objetivo, si bien esto debe de quedar a juicio del terapeuta, además de que como hemos visto se considera a la terapia cognitivo conductual como no histórica, consideraríamos de gran ayuda que se considerara como parte integral de la terapia ver cuanto de las ideas irracionales del paciente se originan en el pasado y afectan con esto su presente, siempre y cuando se prescindiera de un aspecto de tipo inconsciente y psicodinámico. En este caso no queda muy claro en un principio cual era la idea irracional del paciente que controlaba sus conductas antisociales, esta queda más clara después de un período de trabajo con el mismo. Por lo general creemos que es en el pasado donde se encuentra la mayor parte de “cargas” que llevan a que el paciente tenga el tipo de conducta que por lo general lo lleva a tener problemas, las ideas del presente tienen como su corolario lo que el pasado dictó en el momento en que aun era presente. Nos parece que otra opción hubiera sido decir al paciente la realidad de su presente y como es tan demandante en nuestras vidas al grado de exigir que llevemos a cabo nuevas ideas, constantes y renovadas que nos lleven al cumplimiento de nuestras metas.

2.5 Aaron Beck y su Terapia Cognitiva.

Aaron Beck también ha sido entrenado en psicoanálisis con anterioridad y tiene el mismo desencanto con esta técnica que varios de sus colaboradores. Su interés principal radica en explorar el significado idiosincrático que le otorgan sus clientes a sus pensamientos. Se dice que una posible diferencia con Ellis podría ser que al principio Beck estaba mas inclinado al énfasis en aspectos empíricos de su terapia que Ellis. Lo que es decir que Beck motiva más a sus clientes a comportarse como si fuesen científicos que tratan de probar sus creencias como hipótesis y que deben de usar sus

conductas como experimentos que intentan examinar la exactitud de estas mismas creencias. Ellis usa la lógica y el cambio filosófico, pero también aspectos más palpables, tales como la conducta para lograr el proceso terapéutico. (Rush, 1979, Beck, Hollon, 1994, Lewis, 1999)

La teoría de Beck tiene como su fundamento teórico un modelo de procesamiento de información en el que las unidades básicas son los esquemas cognitivos. Cuando un grupo de estas constelaciones cognitivas se ve activado por un estímulo, el contenido vienen a afectar las percepciones, interpretaciones, memorias y asociaciones las cuales le asignan el significado al estímulo experimentado. Los grupos de cogniciones también contienen reglas, al relacionarse con las estimaciones que tienen que ver con el peligro, vulnerabilidad y capacidad de contención, en los desordenes de ansiedad, el individuo puede terminar por evaluar que no es capaz de tratar con la situación. De acuerdo con esto, el proceso de un ataque de pánico lo constituye un pensamiento o imagen automática que aparece rápidamente, como si fuera un reflejo, después de un estímulo plausible de ansiedad, tal como un aumento repentino en la presión sanguínea y que al mismo tiempo es seguido por una ola de ansiedad. Así, nuestras reacciones a los acontecimientos de la vida dependen de nuestras interpretaciones cognoscitivas y nuestras creencias (Slaikeu, 1996, Turner, Hersen, 1997)

Por ejemplo las personas deprimidas tienden a verse a sí mismos, al mundo y a los demás de una forma más negativa que las personas que no están deprimidas. También al mismo tiempo esperan fallar en la mayoría de las cosas que hacen y piensan que los eventos con los cuales se encuentran en su vida simplemente vienen a confirmar lo anterior. (Turner, Hersen, 1997) La terapia cognitiva de Beck hace énfasis en lo que este autor llama la tríada cognitiva, la cual afirma que la depresión del paciente se centra en sus pensamientos negativos respecto a sí mismo, el mundo y *el futuro*, como podemos ver esta técnica se presta para el tratamiento de esta disfunción cognitiva. (Lefton, Valvathe, 1988, Fombonne, 1995.)

Los postulados de Beck se pueden extender a los trastornos de ansiedad. En estos casos es que los esquemas negativos están mayormente presentes. En la depresión al parecer, lo que está presente es una sensación de pérdida y fallas. (Esto, por lo menos en la fase de pérdida podría estar involucrado el pasado.) En la ansiedad los esquemas nos hablan

de peligro y amenazas (futuro, desde nuestra interpretación.) El tema difiere pero el papel de los esquemas es el mismo, y así en el evento de un estímulo que sea congruente con el contenido de los mismos, los individuos se volverán deprimidos o ansiosos. Otra forma en la que difiere el contenido de las memorias en la psicopatología de la depresión es en que tan específica es la memoria del paciente. Los recuerdos negativos se tardan menos en llegar a la memoria del paciente que los positivos. Adicionalmente el paciente no es demasiado específico al momento de dar detalles sobre una memoria y tiende a generalizar. Esto tiende a dificultar la reinterpretación del pasado. Si alguien no voltea a ver al paciente este puede interpretarlo como que la gente no lo quiere. Detalles más específicos pueden ayudar a una re-interpretación, mientras que lo menos específico puede no tener esto como resultado y hacer más difícil la adquisición de habilidades para la solución de problemas. A esto se añade otra característica de las personas deprimidas, la cual viene a ser una constante tendencia a pensar y hablar en voz baja sobre sus problemas, lo cual hace que tengan una más mala actitud hacia señales de tipo positivo en su futuro que personas que son más exaltadas y positivas. Eliminar estas conductas puede motivar al paciente a ser más positivo sobre su futuro. (Gotlib, Abramson, 1999, Mogg, Bradley, 1999, Segal, Lau, Rokke, 1999)

Estos pensamientos comienzan a formar con el tiempo una especie de ventana a través de la cual, uno evalúa el mundo, con el paso del tiempo esto conlleva a la formación de una serie de pensamientos erróneos que ocurren de manera más o menos automática y que son autoreforzantes hasta que son cuestionados y nuevos datos son generados que vienen a demostrar lo erróneos que eran los pensamientos originales de pensamiento por medio de una exposición de los defectos del pensamiento y su lógica defectuosa y reemplazándolos con otros que sean más realistas constructivos y adaptables. En los deprimidos el proceso es en general un reforzamiento de lo negativo (Wilson, 1988, Coon, Rider, Gallagher-Thompson, Thompson, 1999,)

Las características de los pensamientos automáticos vienen a ser que: Ocurren espontáneamente, por ello el nombre de automáticos, activados, por ejemplo, por un suceso crítico que se relaciona con el contenido de las ideas disfuncionales de un individuo. Vienen a ser una interpretación de lo que ocurre alrededor de nosotros, más bien que la realidad. Dependen de diferentes factores, tales como nuestro nivel de autoconfianza, y el como están ocurriendo las cosas en nuestras vidas. En general los

pensamientos automáticos vienen a reflejar esto, es decir, si nos sentimos exaltados y felices los pensamientos automáticos serán iguales. No sirven ningún propósito útil, son solo una visión del yo del individuo. Si no son irracionales, solamente hacen que el paciente se sienta peor o que no quiera intentar mejorar su estatus presente, porque lo convencen de que no hay razón para tratar de hacerlo, por una razón u otra. Pueden parecer creíbles y válidos aun cuando no sean razonables ni puedan ayudar en nada. Así, este tipo de pensamientos son automáticos, discretos, idiosincráticos, frecuentes, creíbles, alteran el estado de ánimo de la persona y la conducta de la misma. (Ackermann, 1993, Freeman, 1996)

Beck usa una técnica que es básica en el tratamiento o quizás mejor dicho, en el cuestionamiento de los pensamientos automáticos. Esto es el cuestionamiento socrático. Básicamente incluye indagar sobre la evidencia de lo que uno está pensando, las posibles alternativas que hay para los pensamientos del paciente, que tipo de errores comete el paciente al pensar (esta puede ser una categoría difícil tanto para terapeuta como cliente, sugerimos considerarla cuidadosamente) y las acciones que se pueden tomar. En la cuarta sección es donde se puede incluir preguntas respecto al *futuro*, y la sensación de inmediatez que este tienen para el cliente. No hay que olvidar que hablando de la tríada cognitiva, uno de los factores que son de importancia dentro de la misma viene a ser (esto) el futuro. De aquí podríamos partir que las otra dos, uno mismo y mundo, se ven imbuidas dentro de esta. De hecho en un plan diseñado para ayudar a personas que sufren de bulimia, el énfasis está en el futuro, no en el presente o el pasado. (op. Cit.) De hecho las personas que aprenden a desarrollar ideas positivas sobre su futuro y su terapia son quienes más mejoran. (Lefton, Velvathe, 1988)

Algunos de los pensamientos negativos que algunos pacientes pueden llegar a tener se basa en lo siguiente. (Especialmente adultos mayores.) Los pensamientos que asignan etiquetas negativas a sí mismo o a otros, omnipresencia de los “debo de”, “debería de”, tomar en cuenta únicamente lo malo de cualquier situación y dejar de lado los logros positivos, esto o aquello, es decir no tomar en cuenta nada intermedio, da resultados extremistas, sobreinterpretación o exagerar cualquier evento sin tener toda la información como si fuera la única verdad, pensar que los esfuerzos que uno hace no sirven de nada, y por último, pensar en términos de “si tan solo hubiera...” al referirse a eventos pasados. (Es de subrayarse que al parecer a Beck le interesa ubicar las

cogniciones que el paciente tiene respecto al pasado al igual que a Ellis, si bien no lo considera como una dimensión en la cual pudieran ubicarse una buena parte de los problemas del paciente, nuevamente al igual que a Ellis. Otro enfoque lo tiene Ackermann, (1993), que ubica las creencias de las personas que guían la percepción, interpretación y memoria de las personas acerca de los eventos en el *pasado*. (Adicionalmente pueden o no estar sujetas a una interpretación consciente por parte del individuo.) Las acciones recomendadas para combatir los pensamientos automáticos vienen a ser: Que el cliente se comporte de manera diferente para cambiar situaciones que no sirven sobre diferentes eventos o personas, el cliente se debe hablar a sí mismo siguiendo las pautas del ejemplo anterior, considerar alternativas intermedias en vez de extremos y sus ventajas igual que desventajas y consecuencias que del espectro conductual, tanto encubiertas, en un determinado momento, como abiertas. (Coon y colaboradores, 1999)

Las recaídas son frecuentes en el proceso terapéutico. Apegándonos a nuestra interpretación del futuro, el terapeuta puede llevar a cabo lo siguiente: Esto consiste en pedirle al paciente que imagine problemas futuros que pudieran causar la reaparición de síntomas y también la reacción (del paciente) ante estos eventos. Esto tiene como propósito el refuerzo de las habilidades que el paciente ha aprendido hasta ese momento, adicionalmente a un roleplay que sirve para el mismo objetivo. (Ackermann, 1993)

Ha habido diferentes intentos de medir las actitudes de los pacientes en cuanto al futuro. Estas mismas escalas han medido los constructos o pensamientos de los pacientes respecto a algo que no necesariamente se describe con palabras respecto al futuro, sino que se enfoca en pensamientos y actitudes que llevan implícitamente hacia el futuro, tales como el *Life Orientation Test* que se enfoca en medir las expectativas que una persona puede tener respecto de resultados negativos o positivos de un determinado evento en su vida. La escala *Hope* tiene el objetivo de medir que diferencias hay de individuo a individuo en cuanto a la posibilidad de que sus objetivos se cumplan. La escala *Consideration of future consequences mide* como diferentes individuos consideran las consecuencias inmediatas y distantes de sus conductas. Se han hecho estudios tratando de encontrar niveles de correlación entre estas actitudes y resultados de estudios médicos y físicos. En aspectos concretos de perturbaciones emocionales,

las dos escalas que son más relevantes en este aspecto son el *Beck Hopelessness Scale*. Y el *Penn State Worry Questionary (PSWQ)*. El primero mide actitudes globales hacia el futuro por medio de frases que se deben de calificar con cierto/falso, tales como: “Mi futuro me parece oscuro.” Este cuestionario, se ha descubierto, es importante en el descubrimiento de conductas de depresión y suicida. El cuestionario *PSWQ* está mas relacionado con la visión de la ansiedad y su pensamiento orientado hacia el futuro. Todas estas herramientas nos dejan ver la actitud que tiene el practicante de terapia cognitivo conductual hacia el futuro, la importancia que tiene para él. (Macleod, 1999)

2.6 Ejemplo de un Caso tratado con Terapia Cognitiva de Beck.

La paciente era una mujer casada de treinta y seis años, con dos hijos (niños) de catorce y nueve años y una niña de siete años. Su esposo tenía treinta y siete años de edad y había estado casado con ella durante quince años. Ella lo describió como un hombre confiable, cariñoso, y a ella misma como “una don nadie” que no podía hacer nada bien, un fracaso como esposa y madre. Tenía dudas de si verdaderamente ella amaba a su familia y había considerado el suicidio en varias ocasiones como una manera de liberar a su familia de su presencia. Había sido diagnosticada por un psiquiatra (que no era el terapeuta de la aproximación cognitiva) con “depresión,” y “problemas de personalidad.” Se le recomendó la terapia cognitiva porque tenía una tendencia a la autocrítica y a la desesperanza. Una terapia marital de seis sesiones y farmacoterapia con preparaciones antidepresivas por diecisiete semanas resultaron en una ligera mejora en los pasados diecinueve meses. El terapeuta entrevistó a la paciente y confirmó el diagnóstico de depresión. La evaluación en la escala de depresión de Beck fue de 41 y la escala Hamilton de depresión fue de 21, ambos factores de una severa depresión.

Sesión uno.

La paciente llegó y expresó su preocupación de sentir que se encontraba en crisis por su perdida de afecto a los miembros de la familia. Había considerado el suicidio pero había visto la descripción de su propio caso en un folleto sobre la depresión y había cultivado alguna esperanza. Pensaba que era egoísta y que pensaba como un niño. Creía que su trabajo en su casa no era importante y temía encontrarse con un total rechazo por parte

de su esposo, aceptaba que sus autocríticas la hacían sentir peor pero se daba cuenta de que las críticas de otras personas la hacían sentir peor. El terapeuta le hizo notar que ella estaba deprimida y que su negatividad podía ser síntoma de su depresión. Su tarea fue completar el cuestionario de historia de vida de Lazarus, lo que ayudaría a obtener datos relevantes de su historia pasada.

Segunda sesión.

La paciente se presentó en crisis, debido a que su esposo la había invitado a salir al cine en respuesta a un cambio positivo que ella había tenido en su estado de ánimo. Pero ella se enojó con él por proponerle una actividad que “solo iba a desperdiciar dinero.” Decía que no podía entender por qué su esposo no se daba cuenta de la irritabilidad que ella sentía hacia él y sus hijos. Ella lo atribuía a la “insensibilidad” de él y a su actitud de “poca preocupación,” lo que los llevaría al divorcio. Ella misma decía sin embargo que no podía culparlo. El terapeuta le señaló lo del cine, pero esto no pareció tener demasiado efecto. En cuanto a los sentimientos de la paciente estos se orientaban hacia el aspecto del futuro en la tríada cognitiva.

Tercera sesión.

La paciente describió su día como “rutinario.” Se quejaba de sí misma por no hacer “lo que se suponía que debía estar haciendo.” Particularmente se sentía molesta con la falta de habilidad que tenía para hacer que su hijo mayor se levantara temprano en la mañana. Otros problemas incluyeron una falta de comunicación con su esposo y una falta de logro en sus actividades. El paciente se mantenía activa durante el día, por lo que el énfasis en la terapia se centró en sus cogniciones. Su tarea incluyó escribir sus cogniciones durante períodos de apatía, tristeza, ansiedad y enojo, para elicitarse la relación que había entre su pensamiento, conducta y afecto.

Sesión cuatro.

En esta sesión la paciente llegó con una lista de situaciones que la hacían enojarse, deprimirse o sentirse culpable. Estas involucraban a sus hijos lo que la llevaban a la conclusión de que era una “madre incompetente.” Tendía a castigarlos para que otros, su esposo, familia, no la criticaran. Por otro lado solía también consentirles. Sus pensamientos seguían centrándose en lo que “debía” de hacer en la casa, para complacer a su esposo, aun cuando pensaba que ella merecía que se le rechazara. El terapeuta discutió con ella diferentes métodos en los cuales podría tratar de educar a sus hijos, a lo cual ella mostró un cierto interés aun cuando su actitud era de escepticismo.

Sesión cinco.

Aquí la paciente discutió como estaba fallando en sus tareas como esposa. Creyó que tenía que librarse de su depresión repentinamente. La idea del terapeuta era que debía de usar sus cogniciones para entenderse mejor a ella misma y así aprender a lidiar mejor con su depresión. La actitud de la paciente hacia la sugerencia del terapeuta fue positiva. “Sabía” que no podía cambiar tan pronto y de hecho se burlaba de las exigencias de su esposo por modificarla. Sus tareas incluyeron escribir sus cogniciones y listar sus responsabilidades hacia su esposo y también las responsabilidades de él hacia ella.

Sesiones seis, siete, ocho.

El objetivo de estas sesiones fue repasar sus expectativas, sus “debería” y sus “quiero,” y discutir sus pensamientos sobre sus responsabilidades maritales. En las siguientes tres sesiones el terapeuta intentó definir las expectativas de la paciente. En las pasadas, ella había podido ver que su autocrítica estaba relacionada con su comparación respecto a ser una madre ideal, esposa, etc. Solía pensar interminablemente sobre sus errores del pasado e ignoraba las realidades de sus logros. Era un hecho que su esposo tenía una actitud cariñosa y comprensiva. Esto era para encontrar cual era la noción de ella respecto al “rechazo” de él hacia ella. Pero esto solo resultaba en más llantos y culpas. La paciente comenzó a entender que sus ideas no reflejaban la realidad sino solo una

interpretación. Los objetivos de la paciente fueron demasiado globales al principio. Se definía como “una mejor esposa,” “una mejor madre, “ etc. sin definir específicamente lo que esto quería decir. Cuando se le daba una tarea específica respecto a su esposo o hijo su respuesta era “no puedo.” Los éxitos que tuvo a través del ensayo encubierto fueron minimizados por ella al principio y después pensaba en la “abrumadora” cantidad de problemas que tenía que enfrentar. El paciente señaló y discutió sus pensamientos autoderrotistas y ella reconoció que tendía a devaluarse a ella misma por no intentar con suficiente insistencia una vez que se daba cuenta de que no era “buena.” Cuando se volvió consciente de sus errores cognitivos y sus pensamientos automáticos observó una caída significativa en sus depresiones. Se sintió motivada y al mismo tiempo con síntomas de ansiedad (difíciles de entender para el terapeuta) cuando los demás (familiares, esposo) comenzaron a comentar el notable incremento en su auto confianza. Su tarea fue reconocer sus errores cognitivos y encontrar explicaciones alternativas para sus pensamientos automáticos negativos.

Sesiones nueve, diez, once.

El plan fue el enfocarse en sus autocríticas y trabajar en sus habilidades de afrontamiento y tratar de hacerla concentrarse en sus deseos mas que en sus “deberías.”

La paciente fue muy específica sobre una serie de situaciones en que se autocriticaba. Especialmente la hora de las comidas que preparaba. Su opinión era que no estaban bien hechas, pero su cambio consistió en evaluar su esfuerzo por cocinar más bien que el resultado. De aquí nació un cambio en sus cogniciones al evaluar lo que hacía más bien que el resultado. Un segundo foco de atención fueron sus deseos. Los objetivos del tratamiento incluyeron discusiones de asertividad, manejo del tiempo y planificar el futuro. Ella solía pensar que si expresaba sus sentimientos se le rechazaría, “tengo que ocuparme de las necesidades de los demás y nadie me debiera de ayudar.” “Solía gustarme trabajar en una tienda pero ya no.” Se debía de concentrar bastante tiempo y esfuerzo en los pensamientos disfuncionales del cliente

Sesiones doce a quince.

El objetivo consistió en enfocarse a las autocríticas y especialmente sus suposiciones subyacentes. La paciente se dio cuenta de que era capaz de controlar su depresión si al mismo tiempo evaluaba su tendencia a autocriticarse. Esta se originaba de un período anterior cuando su esposo le exigía que mantuviera un hogar limpio e imaculado y le hiciera sus comidas favoritas y si no lo cumplía se volvía altamente crítico con ella. Lo que ella normalmente esperaba es que él la criticara acremente así es que ella misma hacía esto antes que su esposo tuviera la oportunidad de lograrlo. La paciente nunca se había comunicado con su esposo respecto a sus deseos y sus necesidades. Durante la terapia descubrió que muchas de las tareas del hogar le parecían desagradables, por lo cual decidió que era hora de que se le diera una palabra de felicitación por hacerlo o alguna otra clase de premio. Así, solía hacer lo que “se esperaba” que ella hiciera, mas bien que hacer lo que *ella* hubiera querido, y todo esto se debía al temor que experimentaba de pensar que la gente se disgustaría con ella si no se esforzaba por complacerlos. Tenía miedo de volverse una persona egoísta que quisiera que otros complacieran sus caprichos. Poner a un lado sus deseos y hacer lo que su esposo quería le resultaba altamente gratificante. Su tarea fue enfocarse en sus objetivos futuros para así centrarla en sus necesidades y expectativas.

Sesion dieciséis a diecinueve.

La paciente dijo que tenía el deseo de regresar a un empleo de medio tiempo, pero inmediatamente comenzó a descartar la idea, lo cual no había pasado por cuatro sesiones. Una visita reciente de sus padres la había preocupado porque a partir de una serie de eventos conflictivos que presenció había llegado a la conclusión de que siempre debía de preocuparse por ellos, estar siempre dispuesta a ir cada vez que la llamaran, y que era su obligación mantenerlos felices. Esta reacción nuevamente tenía que ver con satisfacer las necesidades de otros y no las suyas. Se preocupaba demasiado por saber

cual sería la reacción de su esposo hacia ella si aceptaba tomar el trabajo de medio tiempo que había estado considerando, especialmente tenía miedo que él la dejara o hacer críticas de ella hacia su familia. Este período en la terapia fue crítico porque parecía que habría una *recaída*. Al parecer había vuelto a su antigua manera de pensar, de decirse a ella misma: “Haz lo que se espera de ti, o estarás mal.” El terapeuta se concentró en revisar las similitudes entre sus reacciones presentes y sus formas de pensar pasadas. Ella propuso como alternativa, que en realidad estaba siguiendo el antiguo patrón de pensamiento. Su esposo comentó de ella que le había comenzado a gustar más su “nueva esposa,” que su “antigua esposa.” En este punto la mujer comenzó a tener una nueva motivación para perseguir un objetivo razonable. Después de esta sesión la paciente obtuvo un empleo de medio tiempo en una tienda, al respecto comentó que no se sentía excesivamente feliz, sino diferente, solamente. Sus tareas consistieron en discutir sus objetivos con su esposo en mas detalle particularmente cuando se trataba de sus responsabilidades caseras.

Sesion veinte a veintidós.

Las sesiones finales intentaron consolidar los resultados logrados en la terapia. Una anécdota de la paciente fue lo que mejor describió los cambios en su conducta. El primer día de su trabajo regresó a su casa y le comentó a su esposo que no se sentía demasiado contenta en su nuevo trabajo. El le sugirió que renunciaran y entonces ella se dio cuenta de su antigua tendencia a tratar de satisfacer las expectativas de otros y no las propias. Además tomó en cuenta sus expectativas, demasiado elevadas con respecto a lo que ansiaba lograr de su empleo, este tenía que ser perfecto para que valiera la pena alejarse de su casa. Su esposo también comenzó a reaccionar más positivamente a su ausencia de casa y como resultado ella empezó a disfrutar más su empleo.

Seguimiento a seis meses.

Durante el período de seguimiento la paciente permaneció sin depresión y estaba más confiada. Se enroló en varios cursos con su esposo, para volverse más efectiva como madre. Todavía tenía problemas con su familia cuando se volvían demasiado exigentes

con ella, estaba consciente de que quizás sus viejos pensamientos automáticos todavía estaba allí, pero también sabía que la mejor manera de aproximarse a esta situación era a través de una cuidadosa evaluación de la situación. La medida de depresión del Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck) fue de 2 después de seis meses. Este fue el fin de la terapia. (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979).

Podemos darnos cuenta de que en cuanto al tiempo tomado en cuenta como un concepto de cambio dentro de la terapia, éste se encuentra virtualmente ausente de la misma al tratar a la paciente, el cambio se lleva a cabo al tratar las cogniciones lo cual lleva como una consecuencia indirecta al cambio dentro del tiempo, pero directamente al cambio conductual y emocional para el paciente al ayudarla a terminar su depresión que se originaba por sus pensamientos automáticos. La tríada cognitiva tiene como temas básicos el individuo, su mundo y su futuro, la mujer tenía una serie de expectativas automáticas las cuales tenían siempre que ver con los demás, o *futuro*, que necesariamente dependía de lo que los demás querían. Aquí se estaba hablando de un futuro que no tenía nada que ver con el futuro de ella, sino con uno ajeno. Este era, desde nuestro punto de vista, el principal problema de la mujer. Aquí el cambio logrado a través del tiempo se logró a expensas de éste, al tratar las cogniciones equivocadas de la mujer, si bien esto requirió demasiado trabajo por parte del terapeuta para poder lograr que ella se diera cuenta de su problema. Aquí parecería que estamos sugiriendo que todos los cambios cognitivo conductuales podrían lograrse a través de que los terapeutas hablaran a los pacientes de lo que puede hacerse si cambiamos las cogniciones que tenemos respecto a como el tiempo pasa a través de nosotros, especialmente por nuestros pensamientos. Nuestra posición sería que es conveniente identificar aquello que yace en *nuestro* futuro, pasado o presente. En el caso de la terapia cognitivo conductual de Beck, se trataría del tiempo que pertenece a nadie más que al paciente. No hay que olvidar que la TCC de Beck habla de la tríada que incluye el futuro. Esto podría ser un paso dentro de la terapia, además claro está de nunca dejar de modificar los pensamientos de la mujer, intentar siempre llevar a cabo una re estructuración de lo que esta pensaba en referencia a su vida y sus objetivos. Debemos de incluir un poco de pensamiento con respecto a su tiempo como algo conveniente, un poco de modificación en cuanto a lo que ella pensaba respecto al tiempo mismo definitivamente ayudaría también.

2.7 Intervención en crisis.

Según algunas definiciones, una crisis es un momento de trastorno y desorganización, la cual se da por una incapacidad del individuo para manejar situaciones usando un método determinado que le permite solucionar problemas y por la posibilidad de que el resultado sea positivo o negativo. Se dice que un conflicto tensionante puede ser percibido como una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física y emocional, puede ser la pérdida de una persona, la necesidad de adquirir una habilidad o aptitud especiales, un reto que puede ser percibido como algo demasiado demandante para uno. Las cogniciones de la persona son las que están entre el evento y la respuesta del individuo a este, al mismo tiempo, es muy importante determinar lo que el evento en cuestión significa para la persona en crisis, el anterior es uno de los tres factores que pueden determinar el que una persona desarrolle una crisis, los dos siguientes tienen que ver con problemas en el área de habilidades de afrontamiento y apoyo en el aspecto social. Esto último significa que la persona que tiene relaciones significativas con otros le da una amplia gama de apoyo y de recursos que son vitales para afrontar una amplia gama de estresores. El significado que una persona atribuya a una crisis tiene que ver con qué tanto es capaz de verla de manera realista. El término intervención en crisis se relaciona con la gente que tiene personalidades estables y un historial de habilidades adecuadas de afrontamiento que repentinamente se enfrentan a dificultades transitorias, que impiden la consecución de un objetivo importante y que son imposibles de sobrepasar por medio de la utilización de métodos tradicionales de resolución de problemas. Lo que sobreviene es un período de desorganización durante el cual se hacen varios intentos por encontrar una solución, o por recobrar el equilibrio conseguido a través del enfrentamiento constante a diferentes dificultades, consecuentemente una falta de balance ocurre cuando el individuo se enfrenta a un evento nuevo, algo para lo que no está preparado. Durante esta situación, el individuo está por lo general expuesto a nuevas formas de métodos de afrontamiento o que rara vez son usados. Algunos de estos métodos pueden ser constructivos y adaptables al largo plazo, pero otros pueden ser destructivos. Adicionalmente se puede interpretar que la crisis involucra un cambio demasiado abrupto en el sujeto, este cambio el individuo

trata de interpretarlo de acuerdo a su pasado mientras que está en el presente, pero como es algo que no ha experimentado antes el afrontamiento es imposible de lograr. (Aguilera, Messick, 1978, Slaikeu, 1996, Bancroft, Graham. 1996, Callahan, 1998, Rivera Gonzalez, 2002)

Habría también la necesidad de hacer una distinción entre lo que es una crisis y una emergencia. Esta última es limitada y tiene cuatro situaciones. 1.- Riesgo de suicidio. 2.- Riesgo de daño físico a los demás. 3.- Estados de juicio severamente dañado en el que una persona está en peligro y 4.- Situaciones de riesgo a una víctima indefensa. O sea que hablamos de una situación repentina que demanda acción inmediata para evitar un daño posible. Una crisis es un aspecto no específico de un evento que es de mayor duración, y no incluye peligros para la persona que la experimenta y que involucra una pérdida de equilibrio psicológico, una especie de homeostasis lo cual les permite resolver una serie de problemas de diferente índole, a través de varias estrategias diferentes las cuales también encuentran diferencias de persona a persona y a través del tiempo. (Callahan, 1998)

Se dice que el estímulo más importante de toda la vida humana viene a ser la sobrevivencia. Si alguien considera que su vida está en peligro, todos los demás elementos tienden a palidecer al compararse con el alivio que brinda el saber que una persona se aleja del estímulo que le provoca esta sensación de peligro inminente, real o imaginada. O sea que cualquier otro proceso se verá interrumpido cuando el individuo esté demasiado ocupado en encontrar una salida a sus problemas de permanecer vivo. En las vidas de las personas siempre se presentan una serie de estímulos que pueden provocar un desequilibrio temporal a los cuales el individuo se adapta al usar patrones de adaptación el cual sirve para resolver el siguiente conflicto. Una crisis viene a ser más que un estado temporal de molestia, una falta de habilidad para funcionar apropiadamente como consecuencia de algún problema, una falta de habilidad en la resolución de problemas es lo que constituye una situación de crisis. El primer elemento en una situación de crisis lo constituye el evento que precipita todo, esto puede ser un divorcio, un embarazo o el retiro de la actividad que uno lleva a cabo diariamente en su trabajo, es decir, un evento identificable. Normalmente se ha querido ver en la situación de crisis una oportunidad y al mismo tiempo un problema para la persona que lo está experimentando. Las interpretaciones que se le dan a este evento pueden depender de

las experiencias pasadas o presentes, las cuales vienen a asignarle a éste un significado percibido, que es el segundo componente de la crisis, por lo cual una crisis solo puede ser entendida si se le observa desde el punto de vista de la persona que la experimenta. Es el saber lo que el evento significa para el paciente algo que importa bastante. El siguiente factor tiene que ver con la poca capacidad de resolución de problemas que la persona tiene y de su capacidad de afrontamiento y sus patrones de adaptación. El exceso en las manifestaciones de la respuesta de la persona en crisis también es un factor que diferencia a la persona en ese estado de alguien normal. También se debe de tomar en cuenta que la persona que no reacciona de manera excesiva a un evento, por ejemplo la muerte de alguien que ama, paradójicamente puede estar reaccionando de manera anormal. (Dixon, 1987, Callahan, 1998)

2.8 Algunos problemas comúnmente encontrados en la Intervención en Crisis.

Entre ellos se pueden encontrar aspectos que tienen que ver con el desarrollo normal de la persona, mientras que también hay otros que se denominan accidentales y que incluyen desastres naturales, enfermedades físicas o heridas, privaciones y repetición de estas en diferentes períodos de la vida de las personas. Cuando ambas se combinan u ocurren al mismo tiempo, un evento que tiene que ver con el desarrollo que coincide con uno accidental, esto puede dejar a la víctima en un estado que puede muy bien propiciar una crisis. Uno de estos problemas tiene que ver con pérdidas, las cuales tienen diversas formas. Pérdida de un ser amado por muerte o por separación, pérdida de la auto-estima, una función corporal o también una amputación corporal, pérdida de recursos, tales como los financieros, confianza, libertad, identidad. La pérdida lleva a una respuesta de horror o en inglés, de *shock*. Posteriormente sigue la negación lo cual se ve seguido de un sentimiento de tristeza. El trabajo del terapeuta debe de centrarse en encontrar alternativas para la tristeza, la cual debe de ser reestructurada para que la persona pueda llenar el vacío que se le ha creado. El siguiente problema tiene que ver con el cambio. Este puede involucrarlo en el trabajo, estado marital y paternidad, identidad, la crisis de la madurez por ejemplo. Todo esto puede probar ser un reto, pero al mismo tiempo se puede ver una amenaza implícita en ello. Posteriormente vienen los problemas interpersonales, entre esposos, o miembros cercanos de la familia, los cuales

tienen como resultado períodos de depresión. El terapeuta debe de facilitar la comunicación entre los protagonistas. La elección entre diferentes alternativas, que parecen imposibles y que presentan al paciente con un conflicto, cierra el cuadro de problemas encontrados en este campo. Principios de resolución de problemas son pertinentes en este contexto. (Bancroft, Graham. 1996)

2.9 Etapas en el tratamiento de las Crisis.

La meta del tratamiento de las crisis es reestablecer la capacidad del individuo para contender con un problema determinado. Al mismo tiempo el apoyo que el terapeuta proporciona al paciente genera la atmósfera en la que éste último puede expresarse más cómodamente. El terapeuta puede reducir la posibilidad de mortalidad cuando está presente, tomando medidas tales como deshacerse de armas, hospitalización de urgencia y finalmente enlazar con fuentes de asistencia, tales como uno de los padres, un trabajador de línea telefónica de urgencia, un vecino, un abogado, o alguien que provea de empleo temporal. Los elementos clave de la intervención en crisis son los siguientes. El factor común a todos ellos es una forma de resolución de problemas que no siempre está expresado claramente. A) Evaluación. B) Delimitación de un objetivo. C) Intervención. D) Resolución y cierre. E) Seguimiento.

En términos generales la evaluación puede tomar la forma de una entrevista con el paciente en la cual el terapeuta le ayuda a encontrar y definir problemas en términos operacionales y que son básicamente cuantificables, medibles, observables. Estos pueden ser conductas del paciente, pensamientos, especialmente el tipo de pensamientos que Beck denomina como automáticos y que se presentan como una respuesta ante un estímulo que el paciente debe de aprender a identificar con ayuda del terapeuta. Dentro de estas respuestas también se incluyen emociones y reacciones fisiológicas. Escuchar de manera empática lo que el paciente dice es el punto central del proceso, contacto físico, todo esto reduce el dolor de estar solo durante la crisis que puede redirigirse a hacer algo respecto a la situación. (Slaikou, 1996)

La delimitación de un objetivo involucra haber llegado a un acuerdo respecto a lo que estaba involucrado en el paso anterior, el paciente y el terapeuta deben de aprender a

delimitar aquello a lo cual el paciente quisiera llegar después de haber aprendido a identificar su malestar, lo que lo causa, etc. El uso de las unidades subjetivas de malestar considero que son de utilidad, porque pueden ayudarnos a darnos cuenta o a evaluar cual es el sentimiento o malestar interno de la persona. Esto es recomendable que no se maneje en números muy grandes, porque el proceso terapéutico podría llevar demasiado tiempo. Un objetivo puede redactarse de la siguiente manera: “El paciente adquirirá las habilidades de las que carece actualmente y que le ayudarán en el desarrollo de conductas de autoseguridad para manejar su crisis y reintegrarse a su anterior nivel de funcionamiento” (Esto abarcaría lo social, profesional y/o estudiantil.) Este puede parecer un propósito demasiado ambicioso por lo cual este puede dividirse en segmentos más manejables, por ejemplo: “El paciente desarrollará habilidades sociales que le den confianza en circunstancias como fiestas y trabajo.” El objetivo puede incluir las conductas que se juzguen como las más prioritarias y que a su vez pudiera de alguna manera abarcar la mayor cantidad de beneficio posible para el paciente. Un descubrimiento interesante es que examinar las dimensiones del problema nos lleva a analizar el pasado inmediato y futuro inmediato, además de presente. El primero son los acontecimientos que llevaron a la crisis, el pasado inmediato, incluyendo el incidente específico que la desató, si ha pasado algo así antes, el presente implica el quién, qué, dónde, cuándo, cómo. ¿Cómo se siente ahora la persona? ¿Está bajo el influjo de alguna droga? ¿Cuál es el impacto en la vida familiar y los amigos? ¿En lo fisiológico? ¿Qué es lo que piensa la persona a lo largo del día? ¿Cuáles son las consecuencias para la persona de pensar en el futuro inmediato? Y en cuanto a los auxilios psicológicos, ¿cuales son los criterios por los que se da prioridad a determinados objetivos y se dejan otros para más tarde? Todo esto implica determinar un rango de posibles soluciones para necesidades inmediatas y las demás. Una técnica consiste en preguntar que se ha intentado ya, generar alternativas juntos a partir de esto, añadir posibilidades, ventajas y desventajas de cada solución y se jerarquiza de acuerdo a cada solución. La idea es hacer que le gente haga tanto como puedan por sí mismos en términos de generación de ideas. (Slaikue, 1996, Rivera y Gonzalez, 2002.)

La intervención es el momento en el cual el terapeuta aplica la variable independiente que será el proceso de intervención propiamente dicho. Esto puede incluir el entrenamiento de habilidades de afrontamiento por medio de condicionamiento encubierto, o abierto, igualmente técnicas de desensibilización usando la misma

aproximación, técnicas de relajación. En este caso el terapeuta está ayudando al cliente a enfrentarse con el futuro, porque es precisamente ahí donde se encuentra el evento que nuestro cliente teme. Es dar una solución inmediata a necesidades iguales. Esto debe de ser realista y puede incluir desde verse al día siguiente hasta la hospitalización. Esto incluye lo que él o ella sea capaz de hacer. La incapacidad de un paciente implican el involucramiento gradual del terapeuta. Esto es cuando el terapeuta puede asumir un papel directivo más que facilitador. Esto último implica que el paciente se hace responsable de cualquier acción. En el primer caso la acción puede incluir al terapeuta también y otros. La resolución y el cierre se tratan precisamente de recapitular, llevar a cabo una síntesis de los logros del paciente, lo que estos implican para su vida y como los podrá implementar al enfrentarse a su problema, lo que ahora sabe y lo que no puede hacer, y sus potencialidades. Es importante recalcar el seguimiento, lo cual nos habla de lo que el terapeuta y el paciente lograron juntos, y que al mismo tiempo sigue siendo una parte importante de la terapia, ya que sin ella el paciente podría llegar a sospechar que es solamente una especie de objeto, una especie de conejillo de indias que solamente pasó por un período experimental del que el psicólogo depende de manera profesional. El seguimiento permite verificar que lo que ha llevado a cabo en la terapia continúe en el presente del paciente, y como dijimos antes, al mismo tiempo permite que la terapia siga. La intención es hacer que el psicólogo y el paciente estén en contacto en un tiempo después de la terapia. Esto puede ser llevado a cabo personalmente, por teléfono, chat, etc. Se debe de especificar quien contactará a quien, a que hora, el lugar. El propósito del seguimiento es completar la retroalimentación, determinar si se lograron los objetivos, suministrar apoyo, reducir la mortalidad y enlazar al cliente con fuentes de soporte. Cada paciente se estudia para ver si la solución que se tomó fue la adecuada para la necesidad que hubo, y si la acción acordada no ayudó como debía, se analizan nuevamente las áreas del problema en su estado actual. (Slaikeu, 1996.)

Redundando en algunos aspectos de lo anterior, el objetivo de la terapia de crisis es en general hacer que una persona regrese a su previo nivel de funcionamiento social que al mismo tiempo le permite progresar en la terapia, obviamente se incluye la terminación de la crisis, restaurar el equilibrio emocional, fortalecer sus recursos, y alivio de sus síntomas. Algunas de las habilidades requeridas del terapeuta es obtener información de la manera más eficiente que sea posible, establecer una teoría acerca de la posible condición del paciente, definir el evento que precipita la crisis y su significado para el

mismo, involucrarse con la situación profesionalmente, ser capaz de motivar sentimientos poderosos y dolorosos en el paciente, tolerar estas mismas emociones, estar dispuesto a asumir un cierto rango de responsabilidad en otros y tener confianza en su habilidad para ayudar, que considero es diferente a tener una ilusión, por la capacidad que esto tiene de malograr su objetividad de las cosas y cuya fuente, es la ignorancia del psicólogo del medio ambiente, la vida de aquellos que sufren de problemas que pueden estar derivados del trabajo entre otros factores y para los que aquí hemos descrito algunas soluciones y también de otros factores como los aquí expuestos. La ilusión o involucramiento es una mezcla inconveniente de timidez y agresividad, una neutralidad mal entendida, una falta de compromiso con el paciente lo que puede provocar este problema y que redunde en el psicólogo en conflictos con su pareja, su familia, su trabajo, y una crisis con la consecuencia de que no será capaz de atender a sus clientes. (Montmollin, 1998, Rivera Gonzalez, 2002.)

El proceso de búsqueda de información para lograr lo anterior puede darse de diferentes maneras, una de ellas es la entrevista. La entrevista puede tomar diferentes modalidades que incluyen conversaciones informales hasta preguntas específicas bien organizadas con el objetivo de lograr una serie determinada de respuestas. El psicólogo extrae información confidencial durante la entrevista, partes esenciales de la vida del entrevistado que normalmente éste no discutiría con nadie. De aquí la importancia del profesionalismo del terapeuta. (Smith, Sarason, Sarason, 1984)

El proceso de la entrevista tiene por objetivo básicamente que el cliente comparta con el terapeuta un sentimiento de comprensión y evaluar el funcionamiento social y condición del paciente para que ambos puedan lograr la terapia. (Smith, Sarason, Sarason, 1984, Dixon, 1987.)

La historia del paciente es de importancia para el terapeuta también. Esto en referencia a acontecimientos similares que hayan ocurrido previamente al que el paciente experimenta. Especialmente si hablamos de crisis que nunca se hayan resuelto. El propósito de hacer preguntas en relación a aspectos históricos es porque el terapeuta debe darse cuenta de si lo que le pasa al cliente en el presente viene a ser una crisis o no, un alcohólico o un drogadicto crónicos pueden no estar en una crisis, simplemente porque están acostumbrados a estar en un estado inconveniente. (Callahan, 1998)

Un enfrentamiento efectivo podría incluir dos actividades principales. La primera viene a ser el cambio de situación - solución de problemas que comprendería: la exploración de conflictos reales, pedir ayuda a otros, descomponer el problema en fragmentos manejables, confiar en sí mismo y los otros y tener confianza en la propia capacidad de resolver problemas. El segundo aspecto viene a ser el manejo de los componentes subjetivos del problema que incluye manejar sentimientos positivos y negativos y tolerar diferentes cantidades de frustración, manejar la fatiga y las tendencias hacia la desorganización mientras que existe el control. Mas o menos como otra aproximación que es la siguiente: definir problemas, evaluar sentimientos, tomar decisiones o aprender nuevas formas de solucionar problemas o nuevas conductas de enfrentamiento, identificar conflictos subyacentes a la crisis, definir y movilizar recursos individuales externos e internos hacia la solución y reducir afecciones desagradables e incómodas relacionadas con la crisis, mientras que para un tratamiento eficaz el terapeuta debe de establecer o simplificar la comunicación entre el cliente y otras personas en crisis, otras personas significativas, etc. Asistir al cliente o a su familia en percibir de manera correcta la situación, o sea darle un enfoque objetivo en sucesos concretos, su significado y posibles efectos y finalmente asistir al paciente y su familia en manejar sentimientos y emociones abiertamente. (Slaikeu, 1996)

2.10 Algunas técnicas de intervención en Crisis.

A) Habilidades de Afrontamiento.

Las habilidades de afrontamiento son un proceso que en términos generales se aprende tanto a nivel cognitivo como conductual cuando en las vidas de las personas se presenta una transición o una crisis, esto es el como respondemos a una situación amenazante. Los estilos de afrontamiento pueden variar de manera estable, pero estos siempre están supeditados a la situación. El afrontamiento depende de evaluar qué tanto uno puede hacer para alterar la situación. Un aspecto esencial de la habilidad de afrontamiento es que el paciente desarrolle un sentido de autoeficacia. Un afrontamiento exitoso promueve expectativas de ser auto eficaz, lo cual lleva a esfuerzos más persistentes y vigorosos para dominar nuevas tareas. Las habilidades de afrontamiento se definen más

claramente como un grupo no único de factores que incluyen personalidad, cogniciones y conductas que son parte de un contexto psicológico de afrontamiento. Los recursos personales son características relativamente estables que afectan los procesos de selección de procesos de afrontamiento y que a su vez son afectados por los resultados de estos procesos. Algunos de estos recursos se orientan a hacer que el individuo se oriente a depender de su contexto o ser independiente del mismo. En el primer caso el individuo se concentra en identificarse con su ambiente social, en ser expresivo emocionalmente, usar sus habilidades sociales para resolver sus problemas, en el segundo caso el individuo tiene una identidad mejor definida y es más autónomo y sensible a sus propias necesidades internas, son más analíticos y auto dependientes. El equivalente podría ser lo que se conoce como cambiar una situación o afrontamiento enfocado a problemas en el segundo mientras que lo primero es regular la emoción generada por la situación. Otros definen al individuo en términos de estilos de procesos de información. En un estudio llevado a cabo en términos de búsqueda o evitación de información se descubrió que los individuos con tendencia a buscar información respecto a escenas que elicitan estrés y que eran más enfocados, se ponían más excitados y nerviosos conforme se imaginaban esta situación. Las personas con tendencia a evitar la información y permanecer sin enfocarse podían distraerse más y relajarse. De aquí podemos definir los diferentes estilos que una persona emplea al tratar con un problema, básicamente enfrentarlo o evitarlo. Esto incluye el campo conductual o de acción y el cognitivo. Si la evaluación cognitiva de una persona decide que no hay nada que hacer respecto a un problema en particular, entonces se puede desplegar un proceso cognitivo que venga a cambiar únicamente la manera como interpretamos o prestamos atención a la situación. Negarlo o tratar de distanciarnos de él pueden ser dos ejemplos de esto. Normalmente esto es una estrategia que solamente agrava la situación, la inercia es un buen ejemplo de esto, lo cual refleja un estado de depresión o desesperanza. Si el afrontamiento toma lugar de manera activa es entonces que se entra en la fase de resolución de problemas. Algunos pacientes con problemas de dolores de cabeza provocados por estrés aprendieron a controlar su malestar cultivando pensamientos tales como: "Tranquilo, concéntrate en el presente." Como corolario, se sabe que las relaciones sociales promueven las habilidades con las que algunas personas son capaces de enfrentar y no evitar un determinado problema. Algunos investigadores han descubierto la depresión en personas con malas habilidades de afrontamiento, con déficits en el área de habilidades interpersonales. Los individuos deprimidos tienen

pocos contactos sociales, tienen menos habilidades sociales y se ven más afectados por problemas interpersonales. La depresión es contingente a la importancia que las personas ubiquen en la socialización. En general el apoyo social provee a un individuo de confianza, ayuda y cuidado. (Moos, Schaefer. 1993, Bancroft, Kazdin, 1994, Graham, 1996, Turner, Herien, 1997, Callahan 1998 y Western, 1999)

La transición o crisis desde mi punto de vista me hace enfrentarme con un nuevo presente al que no puedo eludir o más bien resolver si me enfoco solamente en mis experiencias del pasado. Es preciso que me enfoque al futuro enfrentándolo en la única zona del tiempo en la que puedo vivir que es el presente, ésta es la función de la terapia de resolución de problemas.

B) Terapia de Resolución de Problemas.

La resolución de problemas requiere que haya una serie lógica de razonamientos que se aplique a una situación en la cual una respuesta se requiera para la cual no hay una fuente confiable de información. Este proceso requiere que haya un número lógico de pasos, cada uno de ellos dependiente del que le precede. El paciente y el terapeuta deben de definir una situación claramente antes de tomar cualquier acción que la cambie, las preguntas tales como: “¿Qué necesito saber?” y “¿Qué debe de hacerse?” deben de tener una respuesta específica con miras a definir el problema y encontrar una respuesta correcta. El terapeuta debe de fijarse en el problema inmediato, no hay tiempo para ir a profundidad en la historia del paciente. El siguiente paso tendría que ver con lo que este evento significa para él, su efecto en el futuro, si percibe el evento de manera realista, o si sus pensamientos lo distorsionan. La terapia de resolución de problemas en general debe de enseñarle a los pacientes a tener más autoconfianza, porque en general personas así perciben un control en ellos mismos respecto al evento al que se enfrentan, tienen una aproximación más coherente a la resolución de problemas, son más persistentes y asertivas, tienen mayor probabilidad de ser exitosas que personas que están ansiosas y deprimidas, son más saludables y experimentan menores síntomas de enfermedades, son menos depresivas al enfrentarse a grandes estresores, al parecer estos individuos dependen más de habilidades de afrontamiento que de evitación. Esto es un proceso sistemático que incorpora una aproximación gradual que ayuda a los pacientes a

lidar con las dificultades. Esto es una aproximación que exige una madurez en la relación entre terapeuta y paciente porque es este último quien lleva a cabo la resolución de problemas y no el terapeuta. Algunas etapas pueden ser las siguientes: 1) Orientar al paciente en relación al problema, lo que incluye la habilidad de identificar situaciones problemáticas, sentimientos de autoeficacia, y la capacidad de no reaccionar instintivamente ante una situación sino de esperar. “¿Qué se supone que debo de hacer?” 2) Definición de problemas y formulación. Obtener información sobre los problemas en términos específicos, decidir cuales atacar primero, definir objetivos específicos y especificar resultados deseados. 3) Generar soluciones alternativas en un amplio rango. El paciente debe de sugerirlas en número infinito. 4) Toma de decisiones. El paciente ensaya de forma cognitiva cada una de ellas y evalúa sus consecuencias a corto y largo plazo. “¿Cuál es mi plan?” 5) Implementar las mejores soluciones y verificación. El paciente elige una opción, observa y evalúa el resultado. “¿Cómo lo hago?” (Aguilera, Messick, 1978, Meichenbaum 1988, Moos, Schaefer. 1993, Kazdin, 1994)

La resolución de problemas tiene como base las experiencias que el individuo ha resuelto con anterioridad al evento con el que se enfrenta en el presente. Cuando estas fallan se dice que es entonces que se presenta un conflicto porque el paciente carece de habilidades con las que puede enfrentar sus dificultades. El pasado es el determinante del presente en este caso. Para poder tener un presente exitoso, el paciente debe de aprender con ayuda del terapeuta lo que requiere saber para enfrentar el futuro.

C) Reestructuración Cognitiva.

La reestructuración cognitiva es el objetivo de las intervenciones cognitivo conductuales. Considero que en el caso de la intervención en crisis el mejor método de manejarlo puede estar dentro de la teoría de Beck, ya que su tríada cognitiva es más directa que la de Ellis, más enfocada a tratar una serie de malestares en general que la de Beck, orientada a tratar al individuo, el mundo y el futuro, lo cual es el área o dimensión del tiempo la cual el paciente teme. Así mismo sus pensamientos automáticos, los cuales la terapia ayuda al paciente a identificar y combatir así como las actitudes disfuncionales. (Bas, Andrés, 1996.)

Como hemos visto hasta ahora la crisis y la intervención en crisis son definitivamente un concepto que incluye al tiempo definido éste como cambio. El problema se suscita cuando este cambio es algo no buscado o es algo abrupto como hemos visto que ocurre aquí. Consideraría que el objetivo de la terapia se debe de encaminar a enfocar al cliente hacia el futuro al mismo tiempo que se le ubica en el presente como el primer paso de la terapia. Callahan (1998) menciona al tiempo como un factor en el que se puede profundizar como un aspecto que ayuda en la terapia, pero no parece estar demasiado interesado en hablar al respecto. Es el cambio que forma parte de la definición del tiempo lo que provoca el problema y paradójicamente lo que también viene a ayudar en el proceso terapéutico. Por su parte Slaikeu (1996) y Rivera Gonzalez (2002) comparten ideas sobre algunas de las preguntas que se pueden formular al paciente, que tienen relación con el tiempo, pero que realmente no buscan del todo lograr el cambio sino más bien sondear a la persona. Sin embargo interpreto también que las conductas cambian conforme el paciente trabaja en ellas ayudado por el factor tiempo, especialmente si se ayuda al paciente a ver esto último.

Ahora veremos un caso.

2.10.1 Ejemplo de un Caso tratado con técnicas de intervención en crisis.

Un contador de 38 años y su esposa de 35 habían estado casados durante 12 años. Tenían dos niños de 11 y 8 años. Durante un mes, un amigo de ellos que tenía dificultades financieras y cuyo matrimonio había terminado, se había estado quedando con ellos en su casa. 12 horas antes de que el paciente (el contador) fuera mandado a una unidad de atención a casos de crisis, había descubierto a su amigo y su esposa teniendo relaciones sexuales. Después de una pelea les había dicho que abandonaran la casa, lo que ellos hicieron, a media noche, abandonando el lugar en el auto del amigo. Un vecino encontró al paciente al día siguiente en un estado de estrés y agitación, al igual que a los niños quienes estaban estresados por haber escuchado como a su madre la habían expulsado de la casa. Cuando llegó a la unidad de atención en crisis, el paciente seguía agitado, expresando un intenso enojo contra su esposa y su amigo, y

también una intensa preocupación ante la posibilidad de tener que cuidar a los niños él solo. Amenazó con suicidarse si su esposa no estaba dispuesta para cuidarlos lo cual jamás hizo. Después de una evaluación inicial se decidió entre paciente y terapeuta que el enojo del paciente, humillación y la posibilidad de la paternidad en solitario no le favorecían para cuidar a sus niños o para permanecer en soledad. Se indicó cuidado intensivo de este paciente y después se implementó el siguiente plan: 1) Se integró a la unidad durante tres días y sus hijos fueron cuidados por el personal de la unidad. 2) Se hicieron arreglos para que los niños fueran cuidados por un amigo de la familia. 3) Discutió y habló de sus sentimientos de estrés y resentimiento con un miembro de la unidad. 4) Se le dio un sedante para ayudarlo a dormir. Después de 36 horas regresó a su hogar porque había recuperado su estado normal y aunque estaba muy enojado podía cuidar a sus hijos de acuerdo con la unidad. Aquí terminó el cuidado intensivo, también se le dijo que tenía que cuidar de sí mismo y de sus hijos, pero que si se sentía incapaz de esto tenía que contactar a la unidad inmediatamente. Al día siguiente tenía que atender la consejería de crisis y también durante la siguiente semana en la cual se cubrieron los siguientes aspectos: como tratar con sus hijos en el corto plazo, para lo cual se decidió que tendría que tomar tiempo de su trabajo para llegar temprano a su casa hasta que su situación se aclarara. En segundo lugar tenía que tomar una decisión respecto a su trabajo. Tenía que seguir discutiendo sus sentimientos, y también se decidió que el terapeuta debía contactar a la esposa con miras a una posterior sesión. Después de llevar esto a cabo durante las siguientes tres semanas fue evidente que el matrimonio había terminado y que su esposa había decidido quedarse con el amigo. Reveló que no se sentía contenta con el matrimonio con el paciente, quien arregló contratar una niñera de medio tiempo para poder regresar al trabajo. Posteriormente comenzó los trámites del divorcio. La terapia de intervención en crisis se llevó seis sesiones en total. Adicionalmente a todo esto, el cuidado intensivo requiere de recursos especiales. Estos pueden ser proveídos por familiares o amigos, pero en ocasiones el profesional necesita considerar ambientes institucionales, los cuales deben de ser evaluados cuidadosamente, porque no siempre brindan las atenciones aquí descritas, y pueden prolongar la dependencia. Una atención multidisciplinaria puede ser recomendable. La consejería de atención en crisis puede ser llevada a cabo en la casa del paciente también, puede incluir a los parientes del amigo o a sus amigos. Por lo común la terapia dura entre seis y ocho semanas, los espacios entre las sesiones se debe

de basar en necesidades particulares. Por lo general las entrevistas se llevan a cabo de manera individual. (Bancroft, Graham. 1996)

Quiero añadir que el uso de fármacos nunca ha sido ignorado en la atención en crisis. Este es un asunto de atención psiquiátrica el cual no debe de ser confundido con lo que es la ayuda de tipo psicológico.

En este caso, al igual que en todo el sustrato teórico de la intervención en crisis, todo el asunto del tiempo está dado de manera todavía más implícita que en las demás técnicas mencionadas en este libro. La orientación está enfocada al futuro, lograr un cambio conductual por medio de que el paciente reinterprete las posibilidades, retos, ventajas y desventajas que su problema le plantea. En este caso el presente toma la forma de un matrimonio estable, durante 12 años, el presente se basa en el pasado. Un pasado de apariencia estable que repentinamente viene a terminar en un presente para el cual el paciente no tiene ninguna preparación, ya que no tiene otra experiencia más que la estabilidad que le presenta su esposa y su matrimonio. Un día el presente adquiere una tonalidad, una serie de demandas, exigencias, de las que el paciente carece, esto debido al rompimiento con su esposa, y al mismo tiempo su futuro, el del paciente, le presenta una serie de retos y conflictos que pueden no tener mayor objetividad que la que él les da en sus cogniciones. En este caso no se habla del muy probable y necesario uso de alguna técnica de reestructuración cognitiva, ni de qué tipo. Por otra parte, la atención dada por un hospital que muy probablemente solamente estaría al alcance de las clases más favorecidas en nuestro ambiente es de considerarse al tratar de tomar las indicaciones de esta caso y adaptarlo a nuestra realidad. Desafortunadamente el concepto tiempo comprendido dentro de la terapia está presente de manera muy empobrecida desde nuestro punto de vista. A continuación mencionaremos algo respecto a esto aplicado el campo de los suicidios, lo que nos parece que vale la pena de mencionar.

Un paciente que haya intentado suicidarse puede involucrar para él, el paciente, una serie de eventos que tienen un significado de tal magnitud que lo sumerjan en una profunda depresión, la cual no debe de ser minimizada de ninguna manera por el terapeuta, ya que el cliente puede seleccionar las interpretaciones más catastróficas de estas situaciones y de lo que estas implican para el futuro. En estos casos se recomienda

la terapia de inoculación de estrés en la cual el paciente imagina algunas situaciones estresantes, con miras a generar dentro de la sesión algo de la desesperanza y nerviosismo que se siente fuera de la situación de la terapia. Para algunos terapeutas hay dos aspectos de relevancia, estos son la necesidad de combatir pensamientos negativos y la falta de habilidad para imaginar futuros posibles, me parece que esto último es la fuente de lo primero, y aún hay más: hay pacientes con tendencias suicidas que al mismo tiempo que tienen la idea de que nadie puede ayudarles sienten que han desperdiciado el tiempo de los demás desde su niñez, lo que me habla de una especie de estancamiento en lo pasado, el cliente considera que nunca ha sido capaz de “defenderse él solo.” El terapeuta puede tomar el paso de preguntar al paciente que se imaginara una posibilidad, por ejemplo: “Si no fuera débil o incapaz de defenderse usted sólo, ¿cómo cree Ud. que las cosas cambiarían?” Aquí el psicólogo intenta enfocarse en un posible futuro si el cliente pudiese superar algunos de sus problemas. Esto es importante porque durante una depresión, es de hacer notar para el terapeuta, se enfatizan solamente las cosas negativas del pasado y el presente, y el paciente puede estar persuadido de que eso es todo lo que hay. (Williams, Wells. 1989.)

2.10.2 Segundo Caso tratado con técnicas de intervención en crisis.

Como ejemplo tenemos el de una paciente de 25 años que vivía sola y que había sido admitida en un hospital después de haber tomado 25 pastillas de paracetamol, buscó ayuda cuando después de vomitar fue obvio que no iba a morir, un psiquiatra le diagnosticó que ya no era suicida y que no tenía ningún desorden psiquiátrico, así que fue dada de alta después de dos días. Cuando fue a ver al psicoterapeuta describió su niñez, y sus visitas a un hospital para ver a su madre enferma, su desconocimiento de las causas que la mantuvieron ahí, la muerte de ésta última, su sentimiento de culpa por su ausencia de sentimientos hacia esto, y su ira hacia su padre por no haberle dicho de este deceso. Su adolescencia y sus peleas con su padre, la envidia hacia su hermana. Se usaron cuatro sesiones de exploración para determinar una probable aproximación terapéutica. Su intento de suicidio había sido precipitado por su rompimiento con un hombre y concluyó que jamás iba a poder tener una relación exitosa (futuro, obviamente). No había podido regresar a su trabajo como gerente de ventas, dormía

pobrememente y era inestable en sus estados de ánimo y se preguntaba sobre porque debería de vivir si “nada había cambiado” desde el momento de la sobredosis. Fue en el momento de que la paciente dijo esto último que el terapeuta comenzó a ayudar con el aspecto del futuro al sugerirle que se dijera a sí misma lo siguiente: “Si nada ha cambiado, entonces podría intentarlo nuevamente y hacerlo bien esta vez.” Pero ella veía esto como una situación sin esperanza, el terapeuta sin embargo sugirió que entonces la situación no era tan mala, porque solo abarcaba un tiempo reciente, lo cual no involucraba todos los años de su vida. Había si embargo un aspecto que salió durante la terapia y el cual tenía que ver con el presente de la paciente, y esto involucraba el momento en el que salía de su casa para el trabajo y cuando llegaba a ella, por la tarde/noche, en el crepúsculo. Se refería a su trabajo como algo “sin significado.” Al llegar a su casa veía una “noche vacía frente a ella” y se sentía tan solitaria como el año anterior. Este último aspecto es de gran importancia para que el terapeuta lo considera posteriormente, pero por el momento este enfocó como una prioridad la parte del “nada ha cambiado” lo que la paciente logró por fin verbalizar, y que eran aspectos de su vida que no incluían a su casa, ni su trabajo, en el primero porque pronto se mudaría a una nueva dirección, y el segundo porque había obtenido una promoción importante. El aspecto del “nada ha cambiado” tenía que ver con su novio, porque “no sabía si habría algún futuro con él.” Esto era el quid de la cuestión. El punto aquí es que el terapeuta puede ayudar al paciente a buscar fuentes alternativas de satisfacción como parte de la terapia. Esto en términos del artículo citado aquí se llama habilidades para imaginar el futuro, lo que involucra la técnica de Beck, y adicionalmente prestar atención a sentimientos de desesperanza y tristeza, y la disposición que el paciente tenga para discutir razones para morir y para vivir. Los pacientes suicidas tienen esta dificultad para imaginar futuros alternativos, lo cual echa a perder los intentos del terapeuta. (Williams, Wells. 1989)

Esta técnica llamada proyección del tiempo, se usa en este caso, en el que nuevamente se omiten el número de sesiones que se aplicaron y los resultados, en el que una mujer parece estar no solamente atrapada en alguna dimensión del tiempo, sino según nuestra interpretación en dos de ellas por lo menos, que vendrían a ser el pasado y el presente, y por lo que toca al futuro, este solamente existe en una forma que es la peor que la paciente pudiera imaginar dada su depresión. La cliente tiene el pensamiento constante de su presente, el cual toma la forma de su pasado al pensar en su padre, la muerte de su

madre y finalmente la relación con su hermana, a la que envidiaba. Esto lo interpretamos de esta manera dado que era una mujer de 25 años y aún veía esos eventos con un aspecto esencialmente negativo. El foco de la evaluación en ese momento sin embargo no se centró en este aspecto de su pasado, el que tanto hubiera beneficiado la terapia puede volverse un asunto de controversia una vez que tomamos en cuenta que verdaderamente era el futuro, basado en el pasado, lo que le llena de problemas, su falta de conocimiento sobre lo que pasaría con su novio o ex novio, no me queda claro cual, respecto del futuro, lo cual ella asume como una sola posibilidad. Es en el momento de aplicar la técnica de proyección del tiempo en que la paciente comenzaría a darse cuenta de cuales eran sus probabilidades, sus limitaciones, etc. Desafortunadamente no se menciona en el resto del artículo. Yo le auguraría un buen resultado, siempre y cuando se diera prioridad a aquella necesidad más imperiosa del paciente, como considero que aquí se hizo. Finalmente el concepto tiempo está plenamente inscrito en este caso, lo cual es para nosotros un gran acierto y contribución. Ahora veremos otro caso.

2.10.3 Tercer Caso tratado con técnicas de intervención en crisis.

Un maestro de escuela de 40 años fue admitido en un hospital luego de ingerir 50 paracetamoles, cuarenta aspirinas y una botella de whisky. Su sobredosis mostró un considerable intento de suicidio, en el hospital un psiquiatra comprobó que no sufría ninguna enfermedad psiquiátrica. Su intento de morir se originó a partir de una aventura extramarital que había tenido durante el año anterior, su esposa lo había convencido de dejar a su amante, pero él había retomado su relación. Un día antes de la sobredosis ella, su esposa, lo había dejado y él sentía que les había fallado a ambas. Su terapia psicológica la comenzó a tomar una vez a la semana, en la cual admitió que se seguía sintiendo con ganas de suicidarse en ocasiones. En una ocasión había visitado a su esposa y su hijo, y él había rogado que le dieran pastillas para tratar de morir de una sobredosis. Había superado este episodio después de que tuvo noticias de su amante de que había encontrado un departamento al que se podían mudar los dos. Se usaron varias sesiones, no se especifican cuantas, para ayudar al paciente a controlar sus pensamientos suicidas, se le sugirió que los escribiera así como las circunstancias en las que pasaban, para lograr mayor separación de ellos. También debía escribir razones para vivir como

un ataque frontal contra estos pensamientos así como llevar a cabo visualizaciones de su hijo con tanto detalle como le fuera posible, en el presente y el futuro, para que una imagen vivida del mismo le sirviera de razón para vivir. Lo siguiente es interesante, según el terapeuta la situación del paciente estaba en relación con un presente intolerable más que un futuro sin esperanzas, él no podía imaginar varios posibles futuros que podrían tener algún efecto contrario a sus ideas sobre el suicidio, lo cual es de hecho un tratamiento terapéutico. El propósito de la terapia fue tratar de visualizar su vida como sería en cinco horas, cinco días, cinco meses y cinco años. Con quien estuviera no importaba El objetivo fue que lograra tener una sensación de progreso y continuidad. Al imaginar lo que podría estar haciendo en cinco horas pensó inmediatamente en su novia y en estar cenando con ella posteriormente. Con respecto a cinco días, pensó en su hijo y en una visita a un muelle cerca de su casa de donde podrían zarpar en un bote. Al principio sin embargo los pensamientos del paciente tendían a no ser muy específicos, carecían de detalle, porque al preguntársele que podría estar haciendo la noche de ese mismo día su respuesta no variaba de ser “cualquier cosa.” Con un poco de preguntas del terapeuta comenzó a hablar de noticias, chismorreo, tomar una taza de café, y escuchar un disco de los que le gustaban a su novia. Cuando se le preguntó sobre sus planes a cinco años contestó que para entonces podría ser el director de la escuela donde trabajaba, habló de la edad de su hijo y de mantenerse en contacto con él si no regresaba con su esposa. Pensaba sobre todo en su hijo y en como podrían ser amigos y las actividades que podría llevar a cabo con él. La conclusión del terapeuta después de esta sesión fue que el paciente tenía una buena habilidad para proyectarse al futuro, la idea como se le explicó después era que estos pensamientos le servirían cuando se sintiera triste o con ganas de suicidarse, si era capaz de imaginar una imagen detallada del futuro entonces sería capaz de sentirse menos desesperanzado en el presente. Una recomendación por parte de los autores es que se trate de mantener el ejercicio de proyección del tiempo por todo lo que sea posible, y después hacer que el paciente regrese lentamente en el tiempo, hasta el presente, mientras que este está relajado todavía y después intentar llevar a cabo lo que imaginó, antes de abandonar la proyección en el tiempo. (Williams, Wells. 1989)

El artículo termina sin mencionar los resultados de la terapia, ni el período de seguimiento, lo cual hubiera esclarecido bastante la efectividad de esta especie de variación a la tríada cognitiva de Beck en la que el aspecto del futuro se retoma, se

sopresa para lograr el desarrollo de habilidades que permiten al paciente enfrentar en esta ocasión el presente. Durante la terapia de inoculación de estrés el paciente debe de imaginar el aspecto que le causa malestar y al mismo tiempo desarrollar una inoculación, una indiferencia si se quiere que le permita Posteriormente, el futuro llega, pero nunca como tal, jamás se le llega a conocer con ese nombre, sino como presente, y ese entonces que el paciente está mejor preparado para enfrentarlo. En el caso mencionado aquí, el paciente parece no temer al solamente al futuro, sino también el presente, por lo que se decide trasladarlo al futuro y observar las cosas desde un punto de vista más positivo, más colorido, si se quiere. Por ese medio no se pretende desarrollar habilidades, más bien el ejercicio en sí *es* la habilidad que el paciente requiere para poder enfrentar el presente y sus demandas imposibles. Adicionalmente el evento precipitante de la decisión del paciente de tratar de terminar con su vida parece haber sido sus relaciones con dos mujeres diferentes, por lo que su terapia puede haber incluido otros aspectos, a pesar de que consideramos que usar conceptos del tiempo como en este caso es un acierto, resolución de problemas por ejemplo, donde se sabe por Mahoney (1983) que los suicidas tienen déficits en esta área. Suponemos, en palabras de Allen, que se enfatizó trabajar en un problema a la vez, o que se dividieron los objetivos en sub-tareas, que en este artículo abarcaron el aspecto del futuro. Pensamos que todo lo visto hasta ahora en este capítulo, técnicas, métodos de terapia, puede verse enriquecido si se le ubica en un contexto de pasado, presente o futuro.

2.11 Terapia para el estrés post- traumático.

Hay toda una serie de desórdenes que se han revisado en esta tesis, los cuales han sido del interés de la psicología por estar presentes a lo largo de la historia del hombre, especialmente después del advenimiento de la revolución industrial y de la concentración masiva de la población en las metrópolis.

Entre estos se encuentra el desorden por estrés post- traumático. Consideramos que es difícil que cualquier descripción hecha con cualquier tipo de términos en una tesis pueda llegar a abarcar la intensidad, el horror y la inconveniencia que este mal representa para quien lo padece.

Con todo esperamos que la exposición de los casos aquí usados y las técnicas serán de utilidad para los interesados en el tema.

El desorden posterior al trauma o estrés post-traumático se caracteriza por una serie de manifestaciones o síntomas que vienen a ser la consecuencia de una exposición a un acontecimiento en el cual el paciente presencié un evento en el que, de manera explícita, implícita, real o imaginada, la muerte estuvo presente, o una amenaza a la integridad física de los demás, en términos generales. La respuesta de la persona involucra normalmente una serie amplia de conductas en las que hay un miedo intenso, impotencia u horror. Son la mayoría de las siguientes: En los niños esto se puede manifestar por medio de acciones desorganizadas o agitadas. Se pueden presentar memorias repentinas y disociativas del evento traumatizante, o lo que en inglés se llaman flashbacks, también juegos repetitivos, nuevamente en los niños, que expresan temas o aspectos del trauma experimentado. Sueños frecuentes y estresantes del evento o sueños sin un contenido reconocible en los menores de edad. En estos últimos, se da un fenómeno en el cual el tiempo sufre de distorsiones que son expresadas dramáticamente en sus conductas. Actuar o sentir como si el evento traumático estuviese pasando nuevamente, ilusiones, incluyendo aquellas que ocurren cuando se está despierto o intoxicado. Una reacción psicológica intensa durante la exposición a eventos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del evento traumático. Más síntomas: El paciente lleva a cabo una serie de esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones, actividades, lugares o gente que estimule recuerdos asociadas con el trauma, debido a sus memorias de horror y sufrimiento. No puede recordar un aspecto importante del trauma, hay una marcada falta de interés por participar en actividades significativas, un sentimiento de desapego de otras personas. Los sentimientos se reducen, por ejemplo la víctima no puede sentir que “ama” a alguien. El paciente tiene un sentimiento de reducción de su futuro, siente que no podrá tener una profesión, un matrimonio, hijos ó un rango de vida normal. Parece que hay un futuro, en los casos de tortura porque cuando ocurre esto el paciente asume que su vida acaba cuando la tortura empieza. Como podemos ver, una buena parte de los síntomas se orienta a acontecimientos del futuro. Estos síntomas permanecen con una característica particular: no decaen con el tiempo, se siguen presentando a pesar de los años y acontecimientos que pudieran ocurrir. Hay una teoría que busca explicar la causa de estos acontecimientos, y lo más probable es que el individuo da por sentado que el

mundo es un lugar seguro y que su persona es lo suficientemente competente para lidiar con cualquier problema que se le presente. Cuando la realidad se presenta como algo diferente de lo que el individuo espera, la representación de la misma es coexistente con aspectos incompatibles de la misma. Es lo que se llamaría la paradoja de la representación y no representación la cual se expresa a través de la re-experimentación del evento traumático que toma lugar de una manera persistente. Hay una especie de conflicto en el que el trauma y las creencias de la persona acerca del mundo no son compatibles. Es como si el paciente al experimentar el trauma se diera cuenta de que su teoría acerca del lugar donde vive es falsa, pero debe de ser preservada o de lo contrario su vida se vuelve insostenible, por lo tanto, desde su perspectiva, el trauma en realidad no ocurrió, pero en realidad, para un observador externo con mayor objetividad, podría decir que en realidad el evento traumático *sí* ocurrió, así que se repite el ciclo desde el momento en el que el trauma ocurrió al principio y todo se vuelve un círculo vicioso. Por otra parte también podría ser una forma de negar que la experiencia fue tan terrible como en realidad lo fue. Esto al parecer persiste hasta que lo que representa el pasado y el futuro adolecen de características que permitan distinguirlos claramente. En algunos casos la víctima llega a identificar momentos en los cuales hay un antes, un durante y un después del evento traumático. Las memorias pueden llegar a producir una amplia gama de respuestas generalizadas a una gran cantidad de estímulos tanto internos como externos, estímulos ambiguos pueden llegar a asociarse con sensaciones de amenazas (Peterson, Prout, Schwarz, 1992, Gonsalves, Ross, 1993, Beck, Hollon, 1994, Bolton, Hill, 1996, Othmer, 1996, Bisbey, Bisbey, 1998, Elliot, Davis, Slatick, 1998, Foa, Olasov, 1998, Flack, Litz, 1998.)

Al revisar los casos presentados aquí creemos que si en los capítulos anteriores el tiempo estuvo presente en el momento de presentar los pacientes su síntomas, esto es mucho más evidente aquí. En el estrés post traumático, el tiempo ha dejado de pasar por las víctimas, este se ha quedado, casi nos parece obvio decirlo, en el pasado.

En las víctimas del trauma, los recuerdos de este mismo ocurren cuando algún evento externo los activa, cuando el individuo comienza a envejecer, cuando llega la edad del retiro o cuando hay una enfermedad seria. (Hyer, 1999)

2.11.1 ALGUNAS TECNICAS USADAS EN LA TERAPIA PARA EL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO.

A) Exposición.

La exposición es un proceso bastante simple. Se trata como su nombre lo indica de exponer al paciente ante un estímulo condicionado que viene a dar una respuesta incondicionada que por lo general es de miedo, o de pánico desbordado. Es la labor del terapeuta decidir, con ayuda de su cliente, si el proceso de exposición debe llevarse a cabo de manera encubierta, es decir usando las cogniciones o imágenes que el paciente puede generar dentro de su cabeza o si es pertinente llevar esto a cabo en vivo, es decir, hacer que el paciente confronte directamente el estímulo condicionado que aprendió a temer a través del evento en el cual estuvo expuesto a la muerte. Esto último consideramos que podría ser el estímulo incondicionado. Muchas técnicas se derivan de esta aproximación, como las siguientes, que deben mucho a Meichenbaum y en general a la terapia cognitivo-conductual. (Western, 1999) En diferentes estudios se ha probado que la exposición es superior a las técnicas de relajación en el tratamiento de pacientes con fobias, y también se hace una comparación en los que a la exposición se añaden técnicas de re-estructuración cognitiva. Contribuyen a eliminar pensamientos negativos y aumentan la probabilidad de resultados satisfactorios con la exposición reducen la tendencia de las metas perfeccionistas y así minusvalorar los logros obtenidos con las experiencias de la exposición. (Echeburúa, 1998) Esto se considera necesario ya que el suprimir los pensamientos de ese pasado puede llevar a una sensación subjetiva de estrés y de malestar. (Gotlib, Abramson. 1999)

Se dice que hay dudas respecto a la eficacia en general de la terapia para el estrés post-traumático. El objetivo de la misma es, sin embargo, bastante claro: la alteración de las memorias que son el foco de malestar en el paciente. Después de un proceso en el que el paciente y el terapeuta se asocian, o forman una alianza terapéutica, el psicólogo evalúa la capacidad de su cliente para soportar el proceso, lo cual con frecuencia se basa en la

historia que el paciente le ha contado. Tarde o temprano, lo que llega es una revisión al trauma que toma lugar en repetidas ocasiones lo que permite llevar a cabo una evaluación de los sentimientos, cogniciones o emociones del paciente. Así el paciente puede conocer sus pensamientos, sus emociones y alterarlas. Aquí es donde puede entrar en acción la técnica llamada ‘Reminiscencia,’ la cual no ha tenido el rigor metodológico que ha recibido la terapia cognitivo conductual tradicional, pero parece tener buenos efectos en cuanto al desarrollo de la autoestima, es agradable para el paciente y promueve la socialización. Es una técnica a través de la cual el paciente se esfuerza por recordar los rasgos positivos y negativos de sus memorias, con el tiempo y la práctica pueden llegar a formar un nivel razonable de experiencia con sus memorias y es entonces cuando deben de esforzarse por recordarlas en el ‘ahora’ impulsados por un proceso de información que tiene que ver más con la reconstrucción que con la reproducción, lo cual podemos decir que es la característica más sobresaliente de la memoria. La narrativa pareciera tener un buen efecto en los pacientes. Se trata simplemente de revelar la memoria traumática y validarla. Se trata de acuerdo a esta cita, de organizar la memoria explícita, de tratar de explicar lo que está involucrado en ella, o recordar lo que haya de positivo en ella, con una consecuente mejoría en el paciente. La técnica de la reminiscencia consiste en exponer la historia, desenterrar las distorsiones que el paciente ha introducido y motivar las creencias alternativas con técnicas que retan de una manera natural las distorsiones cognitivas que se dan en el proceso del trauma. (Hyer, 1999) Aquí se trata evidentemente de involucrar al paciente en el proceso de afectar su pasado, o más bien dicho de lograr cambiar la manera como piensa de su pasado. El autor hace una diferenciación entre la técnica de la reminiscencia y las técnicas cognitivo conductuales, (TCC) sin que aparentemente haya una línea que establezca claramente la diferencia entre ambas. Al hablar de esta última se refiere al hecho de que la TCC se esfuerza en cambiar estructuras ‘superficiales’ y también ‘centrales’ de lo que suponemos se trata de padecimientos conductuales en cualquiera de sus tres modalidades de respuesta al estímulo. Asumo a partir de este punto que la reminiscencia, como una especie de técnica independiente, en realidad se basa en dos puntos, el primero de ellos es hacer que el paciente recuerde, y reconstruya, lo cual viene a tener un efecto terapéutico al reconfigurar cognitivamente las memorias, y el segundo es que por medio de un proceso de aparejamiento con estímulos incondicionados, es un simple esquema de conductismo clásico.

El modelo de tratamiento, de la Reminiscencia, viene a constar de seis pasos. Hay que añadir que éste sistema se debería de aplicar en personas de edad avanzada, entre sesenta y cinco y setenta años de edad. 1.- Estabilizar los síntomas incluyendo aquellos de comorbilidad y estresantes. 2.- Consolidación de la relación, construir empatía, y promover la habilidad de combatir el trauma con un terapeuta en quien se confíe. Respetar una relación de consentimiento en algunas áreas que sean importantes para el paciente. 3.- Dar atención a los factores que permiten que el paciente adapte un nivel "normal", u optimo para él mismo. 4. - Reducir síntomas de evitación. Y Finalmente los factores 5 (cinco) y 6 (seis). El primero de ellos se trata de construir memorias positivas. Esto es promover una narración del yo con memorias centrales que se generalicen a situaciones actuales de la vida. Esto último es con frecuencia una situación central en la vida del paciente, la identidad de la persona, la cual puede ayudar a lograr balancear su vida. El último es descondicionar las memorias traumáticas por medio de AMT o EMDR. El primero son las siglas en inglés de Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad (Anxiety Management Training) y el segundo implica las iniciales de Movimiento Ocular, Desensibilización y Reprocesamiento (Eye Movement Desensitization Reprocessing) Este último implica el uso de técnicas de re - estructuración aplicadas a las emociones, sensaciones, cogniciones e imágenes para desenterrar el trauma experimentado por el cliente. También se usan componentes de asimilación y exposición. El grado de exposición se dosifica de acuerdo con el deseo del cliente, la ansiedad se maneja dentro del contexto de tratamiento y se enseñan técnicas de afrontamiento. Al igual que la exposición se maneja de manera dosificada, el alteramiento de las cogniciones y las intervenciones conductuales se introducen cuando la intervención no resulta de manera natural. Es entonces cuando la historia cautiva o atascada del trauma se repara con una considerable intervención de las cogniciones. Como podemos ver es en las fases cinco y seis donde las memorias y consecuentemente el tiempo, en esta ocasión el pasado, están más involucrados. El paso cinco consiste en ayudar al cliente a involucrarse con memorias positivas, historias reales que ayuden al cliente a desarrollar nuevas perspectivas respecto a eventos del presente, o para facilitar la integración de eventos pasados no resueltos y otros. El terapeuta tiene como tarea resaltar los aspectos positivos de la vida del cliente, esta vez únicamente enfocándose en el pasado. Los terapeutas que practican esta técnica afirman que tiene un buen resultado al centrarse en re-escribir las memorias disfuncionales que el individuo trae consigo. Esto se ha aplicado en varios estudios pero se define como una memoria auto definida,

una forma medular de representar el yo en forma de memorias autobiográficas por terapeutas del tipo narrativo. La razón por la cual ayuda es porque el individuo que recuerda de esta manera tiene la oportunidad de ver su Yo de manera más realista, diferente y compasiva. Aquí podemos darnos cuenta de que es posible cambiar las memorias de las personas de edad avanzada, a través de las palabras. Lo que no está dicho es algo que ya existe, no se encuentra en el inconsciente, ni en algún otro aspecto abstracto con el que algún terapeuta le quiera observar, lo que no está dicho está listo para ser reconstruido. (Kimble, Riggs, Keane, 1998, Hyer, 1999) A grandes rasgos la técnica de EMDR consiste en llevar a cabo una serie de movimientos oculares por parte del paciente mientras que el terapeuta le ayuda dirigiéndolo para que realice estos ejercicios y hacer que piense en las imágenes de los recuerdos provocados por el estrés post-traumático que le provocan malestar. (Pike, 1997) No habría que dejarse llevar por los sentimientos o conocimientos del terapeuta que oiga hablar de esta aproximación por primera vez y trate de asociarla a aspectos de psicoanálisis. Esta aproximación hace referencia al yo por algunos momentos, sin embargo es claro que se puede asociar a elementos de la TCC, especialmente cuando se trata de llegar a reconstruir o reestructurar memorias antiguas que son incómodas para el paciente y que no puede dejar de asociar con el presente. Es de recalcar que esta aproximación funciona mejor con personas de edad avanzada, según palabras de Hyer. La técnica de la desensibilización de movimiento ocular y reprocesamiento tiene la bondad de que el paciente experimenta un proceso de auto reporte, o auto descripción, lo cual incrementa la experiencia del ahora y la consolidación del mismo. Así la EMDR ha evolucionado en una técnica sofisticada que combina la exposición con un procesamiento no directivo de una manera aceptable para el paciente. Considerando el objetivo de nuestra tesis, la adaptación de el ahora a través del manejo del pasado es el objetivo de esta forma de terapia. Como veremos más adelante, esta teoría es bajo muchos aspectos la que elabora Meichenbaum con respecto al tratamiento de trauma por estrés post-traumático.

El proceso de curación emocional incluiría a grandes rasgos, como nos hemos podido dar cuenta hasta ahora, una serie de etapas en las cuales entrarían: la re-experimentación, evitación, y auto culpa. Hay que especificar nuevamente que esto es solamente una sintomatología que toma lugar mientras que el paciente no busca ayuda profesional por parte de un terapeuta. El grupo de terapias que cae dentro del grupo de tratamientos cognitivo-conductuales tiene que ver con un proceso de extinción de la

respuesta de miedo que acompaña los recuerdos traumáticos, el recuento de la historia traumática, *role play*, y en general adaptar la terapia a las necesidades del paciente. El proceso de contar la historia es medular en el proceso terapéutico porque con frecuencia los pacientes se sienten atrapados en el trauma y no pueden recordar sin temor de que haya una emoción que los embarga, es decir, que no están preparados para este proceso. Como terapeutas el propósito de llevar esto a cabo es de visitar la escena que originó el terror y al hacerlo lograr que el paciente se de cuenta de que el terapeuta está con él, que hay un propósito de camaradería, de trabajo en equipo. También obviamente hacer que el paciente identifique las conductas que son las que disparan sus conductas de ansiedad. (Gonsalves, Ross, 1993, Ochberg, 1993)

Las intervenciones en el campo de la teoría cognitivo conductual han mostrado que las técnicas que usan la exposición prolongada muestran mejores efectos que otras técnicas en las cuales solamente se hace uso de procesos de inoculación de estrés, por ejemplo. (Beck, Hollon. 1994) Esto puede ser porque el encuentro más directo con las experiencias traumáticas puede ayudar al paciente a re-experimentar el episodio traumático y consecuentemente asociarlo con eventos del presente, lo cual le permite vivir más confortablemente.

¿Por qué hacer que el paciente reexperimente el pasado?

Hay que citar un modelo del tiempo, atención y la naturaleza del Estrés Post Traumático para el cliente. Este es el modelo de Gerbode en el cual explica el tiempo como una especie de corriente que no tiene fin. De manera subjetiva cada individuo experimenta este fenómeno como una serie de períodos finitos en donde los mismos están definidos por los acontecimientos que se están llevando a cabo en ese mismo momento. El presente se experimenta como algo que dura más o menos una cierta cantidad de tiempo dependiendo de las actividades que uno elija usar para definirlo. Todas las actividades tendrían un comienzo, una fase intermedia y un final. Esto conformaría un ciclo. Un ciclo comenzaría cuando la persona tiene la intención de hacer algo, o cuando la misma quiere aprender alguna cosa. El ciclo continúa hasta que la persona ya no tiene esa intención. Si el individuo no completa una actividad y aún tiene la intención de completarla el ciclo continúa y lo que queda es una cierta intención concentrada en ese ciclo sin finalizar. Así, el ciclo se extiende hasta el presente que viene a ser todos los

ciclos que están llevándose a cabo. De manera subjetiva, si uno tiene demasiados ciclos sin terminar, no es posible comenzar nuevos. El hecho de que ocurran incidentes traumáticos o que queden sin resolverse hace que la atención del individuo se centre en esa situación o en la continua acción de reprimir esa situación lo cual también requiere algo de atención para evitar pensar en algo que se empeña en llegar a la consciencia. Así, las personas con este problema prestan menos atención a actividades del presente, y sí mucha a ciclos sin terminar del pasado. Estas personas viven en el pasado y no en el presente. Esto es una situación que sugiere la evidencia obtenida a partir de investigaciones hechas con sobrevivientes de campos de concentración. La mayoría de los sujetos de este estudio ubicaban el campo de concentración como algo más cercano a sus vidas, y no lograban poner un final a esta situación. Este mismo grupo estaba más orientado al pasado que el grupo de control con que se hizo la prueba. De manera similar a las teorías de Freud acerca de la lívido, mantener fuera del área de atención estos eventos traumáticos requiere de una dosis de energía que reprime o disocia la situación indeseada. También es de considerar que puede haber una serie de eventos que mantengan el trauma en el presente, es el trabajo del terapeuta descubrir cuales son estos factores cuando el cliente no puede llevar a cabo esto. Entre ellos pueden estar en primer lugar amigos, familia, y personas que quieren saber respecto a la experiencia del cliente. Estas personas tratan de proveer algún tipo de apoyo para el paciente, pero en algunas situaciones éstas están mas interesadas en *el evento traumático o la historia del mismo*, más que en dar una oportunidad al paciente de procesar lo que ocurrió en términos de su medio ambiente cognitivo. En lugar de eso la víctima termina ofreciendo a quienes los escuchan una versión del evento que viene a ser agradable para ellos. El paciente puede tener una tendencia a minimizar o exagerar los detalles del incidente, es en el momento de relatar su experiencia al terapeuta que puede dar la historia completa sin preocuparse por quien la está escuchando. El segundo evento viene a ser los medios de comunicación. A donde quiera que el individuo voltee se encuentran con artículos en los periódicos y programas de televisión que de alguna manera les recuerdan su trauma. El tercero puede ser la conducta de evitación, esto es un esfuerzo consciente o inconsciente por parte del cliente y que trata de evitar estímulos que le recuerden el evento, algunos de ellos obvios y otros más bien sutiles. En los Estados Unidos un cuarto factor se identifica con las consecuencias legales y sus procesos. Esto se refiere especialmente a los casos de violaciones, en los cuales la víctima resiente el proceso en el que tiene que detallar su experiencia ante una serie de desconocidos y de personas

que no le brindan ningún consuelo, la experiencia no puede volverse un acontecimiento del pasado mientras que haya una serie de factores medioambientales que la obligan a permanecer como un suceso del presente. Añadiéndose a los eventos que recuerdan el evento, después de haber experimentado un trauma hay una sensación de haber dejado alguna cosa sin terminar, un negocio que no se completó, quedó de alguna manera en el vacío, por ejemplo la muerte de un ser querido puede traer como consecuencia el desear no haber dicho o hecho alguna cosa. (Bisbey, 1998)

Lo anterior vendría a ser la mitad de la respuesta a porque el paciente debería de experimentar nuevamente el pasado. En ella hemos podido considerar los estímulos que hacen que un paciente recuerde el trauma, entre ellos el estímulo de los medios de comunicación, sus oyentes, las conductas de evitar los estímulos que lo hacen recordar, las consecuencias legales, y sobre todo la explicación de acuerdo con el modelo de Gerbode y los ciclos que se integran de nuestras acciones y lo que constituyen los traumas siguiendo este modelo, son eventos que no cuentan con un final bien definido en el que podría ser el mejor de los casos o que no tienen ninguno en el peor. Otra razón debe de ser que el terapeuta se debe de familiarizar con el problema del paciente para poder llevar a cabo todo este proceso y es aquí en donde por necesidad entra la narrativa por parte del cliente. Es esta una parte medular del proceso terapéutico y al mismo tiempo nos lleva a otra pregunta.

¿Dónde entraría la teoría de Meichenbaum en todo este proceso?

Meichenbaum afirma que la víctima del estrés post-traumático llega a describir su experiencia en términos metafóricos, se describe a sí misma como “una bomba de tiempo,” “un tapete pisoteado,” y de manera muy interesante para nosotros, como “prisionero del pasado.” Esto le da a Meichenbaum la oportunidad de elaborar una teoría “narrativa - constructiva” que se adapte a sus clientes. Como nos hemos dado cuenta, el cliente reacciona de maneras extremas como respuesta, pero ¿qué es lo que pasa cuando esta forma de reaccionar no es ya conveniente? Es la labor del terapeuta ayudar al cliente a entender el valor de la forma en la que responden especialmente, hay que orientar al paciente respecto al precio que tienen que pagar por seguir actuando de la forma en que lo hacen. La orientación de Meichenbaum ayuda a los clientes a reformar sus reacciones tomando la forma de habilidades adaptativas en lugar de que se

vuelvan evidencias de algún mal psicológico. El objetivo de la terapia es que el paciente logre contar sus historias de manera diferente y también comportarse de manera diferente. Un objetivo global es hacer que el paciente cambie desde dar descripciones metafóricas de su situación hasta llegar al punto en el que sea capaz de cambiar su narrativa, lo cual es dar una descripción que es conductualmente sana. La tarea del terapeuta es ayudar al cliente a alterar su historia personal, el segundo paso sería hacer que el paciente se involucre en llevar a cabo “experimentos personales” que se llevan a cabo en el *presente* lo cual les da una serie de datos que pueden utilizar para cambiar los pensamientos que sostienen acerca de ellos mismos y el mundo. Los experimentos dentro y fuera del área terapéutica son la base de una nueva narrativa por parte del cliente. Todos los pensamientos involuntarios por parte del sujeto, su negación, su hipervigilancia, disociación, pensamientos de ira o impotencia, todos ellos son esfuerzos para afrontar su situación, lo cual es la labor del terapeuta hacerle notar. La finalidad de los experimentos en vivo que la persona lleva a cabo tienen que ver con el “comportarse de manera diferente,” lo cual es un paso importante en el proceso de llegar a pensar de manera alternativa. La exposición es un vehículo ideal para algunos casos, ya que lo que se trabaja vienen a ser memorias solamente, en este proceso el terapeuta debe de explicar el desarrollo y mantenimiento de las memorias que se reactivan por aparentemente pequeños estímulos que sirven de recuerdo. El proceso terapéutico viene de la exposición paciente, repetida y cuidadosa a los estímulos que sirven de recuerdo y memorias de experiencias de guerra, por ejemplo, y prevención de reacciones de evitación. El objetivo más importante es reducir la intensidad del impacto que se origina de recordar los eventos traumáticos. Un punto nodal de este proceso es recordar al paciente que el trauma está en el pasado y no puede hacer daño en el presente. El terapeuta debe de elegir una memoria para trabajar en ella y pedirle al cliente que se concentre en varios aspectos de ella en el contexto del aquí y el ahora. Así, vemos que el recuerdo es beneficioso cuando se trata de traumas que fueron de corta duración, repentinos, y que fueron un peligro potencial para la vida del individuo, en el caso de las personas que tienen un trauma de tipo más prolongado, hacerlos re-experimentar algo que les ocurrió hace años puede no ser la estrategia mas adecuada para ellos, ya que el terapeuta puede estar ayudándolos, de manera inadvertida e involuntaria, a crear memorias, obviamente que no existieron. Estos casos pueden tener síntomas secundarios tales como depresión, dificultades sexuales, conductas adictivas y otras que pueden acompañar al estrés post - traumático. En este caso una aproximación basada en

el “aquí y ahora” puede ser de lo más útil. Por lo general las aproximaciones del “aquí y ahora” funcionan mejor cuando no se trata de memorias como torturas, campos de concentración u otros crímenes de guerra. Consideramos que una aproximación de inoculación de estrés puede servir, tal y como la maneja Meichenbaum con sus tres fases: Ayudar al cliente a identificar y entender sus fuentes de estrés, la respuesta de estrés y estrategias alternativas de afrontamiento. En segundo lugar el cliente adquiere habilidades específicas, por ejemplo de resolución de problemas, las practica, y se le da retroalimentación sobre su desempeño. Experiencias exitosas refuerzan el uso de estas estrategias y ayudan a mantener una actitud exitosa cuando la persona se encuentra con retos más exigentes. En tercer lugar el cliente aprende a usar estas habilidades en situaciones de la vida real y se debe ayudar a mantener estas mismas habilidades y a extender su generalización. Esto puede incluir la exposición tanto imaginada como real, consideradas por algunos como la base de la terapia para el estrés post - traumático. La escucha activa es un proceso por el cual se le pide al paciente que extraiga las experiencias pasadas al aquí y el ahora de la situación de la entrevista, especificando que no se quiere que el paciente regrese al pasado sino que permanezca en la situación presente, la catarsis se debe de desalentar por su tendencia a interrumpir el proceso de entrevista. Aunque hay que recordar nuevamente, desde una perspectiva narrativo – constructiva, que en el proceso de re – experimentación el paciente realmente no “desentierra” nada, sino que más bien están construyendo conjuntamente con el terapeuta una historia de una manera congruente con sus necesidades. Así, el foco de la intervención terapéutica viene a ser la “verdad narrativa” del cliente, no “la verdad histórica” de la narración. En no pocas ocasiones, no es que la persona cometa “errores cognitivos” o que distorsione la realidad, es cierto que hay muchas realidades, pero el trabajo del terapeuta es ayudar al cliente a que se de cuenta de la manera en que ha construido su realidad y cual es el precio de tales construcciones. Lo mas importante de todo es ver cuales son las alternativas para construir una determinada realidad y dejar de vivir en el pasado cuando esa realidad es inconveniente y determinada por éste. Las conductas del cliente pueden haber sido adaptativas al principio e incluso sería recomendable felicitarlo por haberlas adoptado, pero también llega un momento en que es conveniente hacerle ver cual será el precio de permanecer “atorado,” que es la palabra que ellos usan con frecuencia, en estas mismas actividades. Es entonces que el paciente debe de ofrecer alternativas a estar “atascado” en una conducta viciada. El cambio en ocasiones es espontaneo, pero la terapia definitivamente es un factor de

ayuda. En resumen podemos decir que esta teoría afirma que las personas crean sus propias realidades y representaciones del mundo. Se dice que los paradigmas y esquemas que los individuos crean determinan y limitan como los mismos perciben la realidad y que la mente humana o nuestras cogniciones son el producto de la actividad constructiva simbólica de cada individuo y consecuentemente la realidad o la interpretación de la misma depende de los simbolismos personales que los individuos crean y al mismo tiempo responden a la interpretación de esta realidad. La psicología narrativa es el estudio de las historias que sobre nosotros mismos contamos a otros basados en el significado que hemos construido, es de tomar en cuenta que los individuos tienden a fabricar un significado, historias cuando su integridad física o psicológica está en juego. (Meichenbaum, Fitzpatrick. 1993, Othmer, Othmer, 1996, Flack, Litz, Keane, 1998, Foa, Olasov, 1998, The American Academy of experts in traumatic Stress, 1998, Behavior Online, 2000)

En el párrafo anterior hemos descrito como el proceso de hacer recordar al paciente se complementa con las razones porque se debiera de hacer esto, y al mismo tiempo hemos expuesto los problemas que puede haber en el momento de que se hace recordar a una persona que ha experimentado un evento traumático que ha durado años. En el primer lugar entendemos que es necesario el recuerdo para poder tener una narrativa que sea susceptible de ser cambiada por medio de la teoría narrativa constructiva de Meichenbaum, que al mismo tiempo sirve de base para que el paciente pueda llevar a cabo experimentos basados en el aquí y ahora que le sirven para modificar su narración y al mismo tiempo identificar las conductas a partir de las cuales tiene que actuar de manera diferente. En segundo lugar estarían las víctimas de muchos años que tienen como principal desventaja la tendencia a crear memorias con el terapeuta de manera totalmente inocente, por lo que una teoría de centrar al paciente en el aquí y ahora sería mas adecuada. Ya que Meichenbaum no identifica como se podría lograr esto mi propuesta sería utilizar una teoría basada en la TRE (Terapia racional emotiva) dado que la reconstrucción narrativa se basa en el hecho de ubicar al paciente en el aquí y ahora, pero al mismo tiempo motivarlo a que recuerde tomando en cuenta el momento y lugar en el que se encuentra en el momento de llevar a cabo la terapia.

Una diferencia importante que observamos al comparar esta aproximación con el de la reminiscencia es que este último no parece incorporar aspectos del tipo conductual

como una forma complementaria de terapia. En resumen, el recuerdo es importante para que el paciente sepa que aspectos de su vida son los que quedaron sin finalizar, se pueda comportar de manera diferente de acuerdo a la teoría de Meichenbaum, y finalmente, el terapeuta sepa identificar que casos se prestan mejor para fomentar el recuerdo. El tiempo que toma lugar como cambio está en la teoría de Gerbode, con sus ciclos que deben de finalizar, los cuales y también en la teoría de Meichenbaum. En el primero el ciclo se complementa cuando el paciente está seguro de haberlo, de aquí la importancia del recuerdo, y el segundo en Meichenbaum, que ayuda al cliente a cambiar su visión del pasado, usando como perspectiva el presente.

En términos más específicos la intervención terapéutica de Meichenbaum incluye cuatro fases. Estas son: Fase I. 1.- Consolidación de la relación paciente/terapeuta y solicitar un relato. 2.- Explicar al cliente la naturaleza del estrés post-traumático y sus síntomas. Ayudar al cliente a reformular sus reacciones. Fase II. 1.- Controlar los síntomas objetivo de la terapia con inoculación de estrés que será abordada más adelante. Fase III. 1.- Reestructurar la historia del trauma e implicaciones. 2.- Desarrollar sistemas de apoyo por parte de otros individuos cercanos al paciente. Fase IV. 1.- Educar al paciente para que se atribuya el mérito de sus logros. 2.- Prevención de recaídas. (Martorell, 1996)

Las técnicas vistas hasta ahora no logran integrar un plan con esta serie lógica como Meichenbaum lo ha hecho. En los casos citados los terapeutas hacen esfuerzos por seguir una serie de pasos específicos. Si bien puede ser recomendable usar una serie de técnicas que involucren diferentes métodos creo que no deben de involucrarse diferentes corrientes teóricas, especialmente psicodinámicas y cognitivo conductuales. Se identifican a un cierto nivel con este autor al tratar de modificar no el pasado, sino el recuerdo del mismo que toma lugar en el aquí y en el ahora. Podemos ver las características seminales de esta teoría, la de Meichenbaum, y su solidez filosófica lo cual consideramos al ver que hace uso de técnicas no solamente cognitivas sino también conductuales en el manejo de los problemas de los pacientes. El tiempo también está presente en la teoría de Meichenbaum, abarcando pasado y presente. De aquí evoco que modificando la narrativa del paciente sobre su pasado desde el aquí y el ahora, éste llega a tener un futuro.

B) Terapia de Inoculación de Estrés.

Este tratamiento tiene como objetivo lograr la inmunización psicológica ante lo que al paciente le resulte estresante. Se basa en enfrentarse a cantidades de estrés pequeñas y manejables que puedan hacerse, de manera gradual, extensible a factores estresantes mayores. Puede incluir tres fases. 1.- Conceptualización. Recoger datos del paciente y del tratamiento a seguir. Entrenar al paciente para evaluar la situación y los problemas. 2.- Entrenamiento y ensayo de habilidades. Habilidades de afrontamiento de varios tipos teniendo como objetivo una respuesta flexible. Ensayo con imágenes (exposición) juego de roles y entrenamiento en autoinstrucción. 3.- Aplicación y seguimiento. Aplicar las habilidades desde un punto de vista simbólico hasta lo real. Mantener los objetivos logrados y recuperar las recaídas. Generalización. Esto tiene como técnica principal el usar el auto habla de las personas para guiar sus conductas a diferentes niveles. El remedio para esta técnica consiste en hacer que el paciente se vuelva mejor para resolver problemas futuros que pudieran aparecer. Sus dos subconceptos son la Evaluación Primaria, que anticipa las consecuencias o amenazas potenciales de un determinado evento. El segundo es la Evaluación Secundaria, que sopesa las habilidades de la persona para tratar esos eventos, sus capacidades de afrontamiento y opciones. Es decir, la inoculación de estrés es una terapia orientada principalmente a lo futuro. Esta técnica se dirige a problemas en tres diferentes canales, el físico, conductual o motor y el cognitivo. Incluyen relajación muscular, entrenamiento en respiración, modelamiento encubierto, role play, y otras dirigidas al manejo de la ira, asertividad, comunicación, estrés en las relaciones, dificultades con los familiares de uno y malas habilidades sociales. (Meichenbaum Cameron, 1987. Martorell, 1996, Ford, Burban, 1998, Kimble, Riggs, Keane, 1998)

C) Re-estructuración Cognitiva.

Se pueden prestar diferentes orientaciones con el objetivo de lograr modificar las cogniciones de una persona con problemas de estrés post-traumático. Básicamente podríamos considerar a Beck y su terapia cognitiva y por el otro a Ellis y su terapia racional emotiva que incluye las 10 demandas extremas o irracionales. (Baucom, Epstein. 1990) Han de analizarse las características de cada paciente y evaluar cuales

son sus necesidades y después de haber llegado a un consenso con la ayuda del cliente. Partiendo de nuestro punto de vista acerca de los conceptos del tiempo y su presencia en diferentes técnicas de la terapia cognitivo conductual, como lo hemos mencionado anteriormente el propósito de la terapia cognitiva de Beck es orientar al paciente, entre otras cosas, hacia el futuro, no debemos olvidar la tríada cognitiva presente en la teoría de éste autor. Ellis por otro lado no da demasiado énfasis al aspecto del futuro y prefiere enfocar el aspecto negativo del pasado que está incluido entre las demandas irracionales como un aspecto que tiende a tener una influencia constante desde el punto de vista del paciente. Estas técnicas pueden ser complementarias a la teoría de Meichenbaum ya que de hecho ésta es en sí una terapia cognitivo-conductual.

Ahora veremos un caso, y posteriormente nuestros comentarios y críticas al respecto del mismo.

2.11.2 Ejemplo de un Caso de Estrès Post-Traumàtico.

Usaremos el caso de un veterano de la guerra de Vietnam, de 55 años de edad tratado con terapia cognitivo conductual. Con dos hijos y empleado como contador. Se presentó con problemas de quejas de pesadillas crónicas y memorias estresantes sobre sus experiencias en la guerra, aislamiento social, problemas sexuales, problemas para dormir, hipervigilancia, y dificultades para concentrarse. Usó alcohol y marihuana en la guerra de forma mínima durante los combates. El ajuste social antes y después del combate parecía ser bueno, pero insistió en que había un distanciamiento marital. Las relaciones con sus niños parecían ser sanas, y al mismo tiempo una de las pocas fuentes de felicidad que en realidad tenía. Cuando se le preguntó porqué había venido a la clínica, respondió que esto tenía que ver con el hecho de estar harto de las pesadillas y las memorias, y tenía la esperanza de encontrar algo de alivio. Estos síntomas habían comenzado poco después de regresar de Vietnam, donde había sido líder de una compañía de infantería. El tiempo que este soldado había estado en la guerra había coincidido con la ofensiva Tet, un ataque comenzado por los norvietnamitas en la cual muchos soldados americanos fueron muertos o heridos. Este soldado recordó muchos eventos grotescos durante esta ofensiva, aunque una sola memoria constituía el foco de su atención. Esta consistía en un evento en el cual su compañía y él fueron baleados

durante más de tres días, en ese ataque su mejor amigo en Vietnam fue muerto en un fuerte. El veterano trató de atender las heridas de su amigo y como la batalla no cesaba se le forzó a permanecer en el refugio durante otras 24 horas antes de que los refuerzos llegaran. El veterano de guerra no tenía una crisis demasiado aguda en el momento en que llegó a la clínica, sus dificultades eran crónicas, las cuales indicaron que el veterano había estado sufriendo de estrés post-traumático y una gran depresión. Aceptaba tener unos cuantos pensamientos sobre el suicidio, pero negó rotundamente que hubiera llegado al punto en el que se lastimara a sí mismo. Se comenzó por instruirle en cuanto a las características de estrés post-traumático sus condiciones asociadas, al paciente le fue de utilidad saber que no estaba solo, así como también poder hablar en un par de ocasiones con aquellos que tenían un pasado similar, así fue que decidió continuar con el tratamiento. Se decidió conjuntamente con su terapeuta que la terapia de exposición sería lo más adecuado. Se le dio una explicación completa respecto al tratamiento de exposición, para que así supiera que esperar respecto al curso de esta fase del tratamiento. Se le advirtió que quizás trataría de evitar estas experiencias, precisamente porque eran dolorosas para él. El psicólogo le enfatizó al veterano que ahora tenía a su disposición varias técnicas que podría usar para manejar su estrés y que estas le serían de utilidad durante esta fase del tratamiento. Después de este trabajo preliminar el veterano y su psicólogo repasaron la memorias que eran más problemáticas para él. Había cuatro, y estuvieron de acuerdo en empezar por el evento menos problemático y terminar con el acontecimiento en el cual el veterano tendía a enfocarse más. Las sesiones posteriores se enfocaron en descubrir la memoria con la que se debería de trabajar, usando la técnica de exposición de imaginación. Se presentaban diversas dificultades para hacer que el veterano se concentrara en aspectos particulares de memorias especialmente cuando estas se centraban en el momento en que su amigo había sido muerto. El terapeuta exploró la posibilidad de que el veterano pudiera estar evitando este difícil y doloroso trabajo y el veterano estuvo de acuerdo en que esto era así. Se trabajó en esta evitación y así pudo continuar con sus sesiones de exposición para las cuatro memorias, un proceso que comprendía sesiones dos veces a la semana durante un período de 3 meses. Al final de la fase de exposición el veterano reportó que sus memorias durante el día se habían reducido en frecuencia e intensidad. Estaba sorprendido de que ahora podía recordar la mayoría de estos eventos sin la intensidad de los sentimientos adversos que previamente había experimentado, aunque añadió que la memoria más estresante de todas aún lo hacía sentir triste. El veterano aceptaba de

manera más efectiva sus sentimientos de tristeza, los cuales antes había evitado con grandes penas. El psicólogo del veterano le había advertido que habría la posibilidad de una recaída, y que el próximo paso de su tratamiento se enfocaría en su prevención. El terapeuta motivó al veterano a enfocarse en sus experiencias de éxito, y aplicar sus habilidades de afrontamiento cuando se encontrara con experiencias estresantes. Esto fue muy útil en el aniversario de la muerte de su mejor amigo. Como una forma de prevención de recaída, el veterano fue referido a un grupo de psicoterapia para veteranos de combate. Sus experiencias positivas le ayudaron a mantener contacto con otros fuera de su familia, incluyendo unirse a una asociación de veteranos con un intenso programa de ayuda en la comunidad. (Flack, Litz, Keane, 1998)

Nos parece que la exposición de este caso, al parecer usando técnicas de narración constructiva de Meichenbaum, está descrito de manera demasiado somera para lograr un análisis lo suficientemente exhaustivo, con todo nos esforzaremos por sacarle el mejor partido posible. El hecho de la exposición que se lleva a cabo con las memorias del paciente nos remite al pasado, aunque sigue sin usarse ese término tan explícito. A partir de llevar a cabo una revisión de las experiencias pasadas, asumimos que se le pidió al paciente ubicarse en el aquí y ahora y esto fue lo que permitió reconstruir su narrativa con el propósito de lograr el proceso terapéutico. Adicionalmente el proceso terapéutico podemos decir que procedió de manera gradual al centrarse en las memorias que lo afectaban menos y moverse hacia arriba, en un esfuerzo por aproximarse a aquellas que resultaban más estresantes. Este caso tampoco menciona si adicionalmente el proceso terapéutico incluyó exposición a lugares, eventos, personas que recordaran al paciente la memoria con sus consecuencias indeseadas. En nuestra opinión esto se debería de haber hecho porque desde nuestra perspectiva, llevar esto a cabo permite la consolidación de las conductas que el paciente necesita llevar a cabo, adicionalmente a la exposición al pasado por medio de las memorias, porque por lo que podemos ver el paciente no vivía el presente ni el pasado, con la consecuencia de que no podía tener un futuro. Comenzamos a descubrir que las aproximaciones conductuales se esfuerzan por tener el presente, el aquí y el ahora, como una especie de base de operaciones para lograr sus objetivos, con algunas posibles excepciones, tales como la aproximación de Beck, que trata de ubicar al paciente en su futuro. Adicionalmente, aquí se está tratando un veterano de guerra, lo cual no coincide con algunas posturas más radicales respecto a tratar traumas de guerra, violencia, que hayan llevado demasiado tiempo enterrados, lo

que entiendo es que en este caso el trauma no llevaba demasiado tiempo enterrado en la memoria del paciente, pero aquí estamos hablando de 25 años. Cuanto es “demasiado” y cuanto es una cantidad de tiempo que es “razonable” tiene que ser no solamente un criterio del terapeuta sino definitivamente un acuerdo logrado entre éste último y el paciente que es quien de alguna manera se sumerge en el tiempo y viaja el pasado mientras que el terapeuta lo observa desde su posición segura y autosuficiente. Recomendaría haber llevado a cabo una exposición en vivo con el paciente para poder lograr la experimentación personal en el presente tal y como la describe Meichenbaum. Como hemos visto hay varias aproximaciones al problema del estrés post-traumático, pero consideramos que si la terapia debe de tener éxito, la exposición debe de incluir no solo el pasado sino también el presente.

2.11.3 Segundo Caso de Estrés Post-traumático.

El Sr. P. De 54 años, casado, trabaja cortando carne. Hace dos años perdió cuatro dedos de la mano derecha mientras que trabajaba con una sierra eléctrica. Cuatro cirujanos lo operaron durante diecisiete horas y sólo lograron unir dos de los dedos por peligro a prolongar la anestesia. El paciente no recobró la capacidad de mover los únicos dos dedos de su mano derecha pero sí la sensibilidad a la temperatura y la presión. Volvió a trabajar al seguir un programa de rehabilitación y logró volver a reintegrarse trabajando hasta seis horas al día. Sin embargo, a últimas fechas cuando regresaba a su casa no respondía a los que tenía alrededor de él, o sea su familia. Se volvió monosilábico y luego enmudeció por completo. Se le hospitalizó por algo que se dio en llamar depresión mayor grave no psicótica. Se le preguntó si había tenido flashbacks o sueños durante el día sobre el accidente. Contestó de manera lenta y sin ganas que no, a lo cual el entrevistador excluyó el trastorno por estrés post-traumático. Se le administraron fármacos y reportó sentirse un 70%-80% mejor pero se quedó paralizado ante la idea de volver a su trabajo original o a cualquier otro trabajo. Había tenido un expediente de trabajo casi perfecto durante 33 años, ni siquiera pensó en demandar a la empresa que le había causado el accidente aunque esta última fue sancionada por negligencia en las pruebas de seguridad. Al parecer el paciente había superado la depresión original, aunque persistía el insomnio original, e intermitente moderado irritabilidad y dificultades para concentrarse. Ni la depresión ni los síntomas actuales justificaban su

incapacidad laboral. Al parecer su problema era una conducta de evitación. La técnica usada en este caso incorpora aspectos de terapia cognitivo-conductual, pero no es lo suficientemente ortodoxa desde nuestro punto de vista y al mismo tiempo le faltan algunos puntos que nos parecen importantes. Utiliza técnicas de escucha e imaginación que usa como parte del proceso para definir un problema. El entrevistador empezó haciendo una serie de cuestionamientos acerca de cuando habían comenzado los síntomas del paciente, y sus circunstancias y causas. Las respuestas del paciente eran breves, parcas. No hablaba sobre su estado de ánimo. Al principio los recuerdos, pensamientos e imágenes del trauma eran difíciles de evocar, aunque ciertamente el paciente sabía que todo estaba en el pasado. Sus sentimientos respecto a su accidente eran prácticamente imposibles de verbalizar. Esto fue un acierto por parte del entrevistador, quien posteriormente logró, por decirlo de alguna manera sacarlo de su letargo emocional. Aquí se explica que los detalles del accidente se le pidieron sin necesidad de que lo reviviera, pero considero que esto es imposible. Sus emociones seguían impasibles hasta ese momento, así como recuerdos sensoriales. Al preguntársele como se sentía al volver al trabajo su respuesta fue que sentía que no lo estaba haciendo, “solo daba vueltas.” Sentía una especie de vacío. Poco después fue que se le pidió que comenzara a recordar, a evocar el accidente en su imaginación. Al hacerlo recordó todo el proceso de cortar la carne y también su gusto y felicidad por hacerlo, los sonidos de la sierra y el momento en que ocurre el accidente, y su falta de sentimientos al respecto, mismos que se ven sustituidos por una especie de embotamiento, una especie de indiferencia respecto al evento ocurrido, el instante en que llegan las primeras oleadas de dolor, la falta de visiones de este evento en sus sueños, flashbacks, *pero* sí hay la presencia constante de la imagen del muñón en que se ha convertido su mano, en alguna parte, derecha, hacia abajo de su cuerpo trae la mano herida consigo todo el tiempo, siempre oye el ruido de la máquina y huele el corte reciente de la carne, siempre, es de hacer notar que tiene en sus oídos el ruido de la sierra constantemente y que esto se vuelve una especie de *insight* cuando está en la terapia. Sus sensaciones son que este fotograma se ha congelado justo en esa parte, el tiempo se ha detenido. Entonces el paciente comenzó a llorar y finalmente algunos de sus sentimientos comenzaron a desarrollarse. Entre sollozos expresó su dolor de tener una mano funcional con anterioridad y ahora, según sus propias palabras, no tenerla, “tener solamente unos dedos cosidos que colgaban de un muñón ensangrentado.” Tenía que depender de su mujer, no era el mismo de antes, podía hacer muy poco y se sentía

desesperanzado por ello, dependiente de su mujer e incapaz de protegerse, agitado cuando tenía que volver al trabajo porque este lo haría “un muñón sangriento que no se iría.” El abuelo del paciente había sufrido otro accidente en el que se había cortado un brazo, su padre también había perdido los dedos. Es posible que el recuerdo de estos dos eventos se adhiriera a sus cogniciones y se sumara al evento en que había quedado mutilado. El entrevistador había considerado en un momento introducir una técnica como la hipnosis y fármacos, pero esto no nos convence como una buena técnica. Definitivamente sirvió el recuerdo, en el cual el paciente logró evocar imágenes, ruidos, sensaciones y movimientos y logró hacer contacto con sus sentimientos. Esto hubiera sido un buen comienzo para hacer comprender al cliente que lo que observaba ya no se encontraba con él sino que era parte del pasado, en lugar de esto los autores proponen una técnica de catarsis en la cual el paciente debiera de haber dicho la frase “Quiero volver a tener mis dedos” con una supuesta manifestación de llantos y demanda de los mismos, (discutible desde nuestro punto de vista) pero en lugar de esto el entrevistador sacó otra conclusión, la de que el paciente se sentía un lisiado total. (Othmer, 1996)

El artículo no brinda más información salvo un diagnóstico en el que se afirma que el paciente sufría de estrés post-traumático, y de depresión, lo cual nos deja con un vacío de información muy importante y la idea de que era justo en este momento cuando se hubiera podido llevar a cabo una técnica de tipo cognitivo-conductual al darse cuenta el paciente de ser un lisiado, los alcances y limitaciones de su concepto, y también, el regreso al pasado a través de su imaginación lo hizo empatizar con el pasado y darse cuenta de sus sentimientos, su narración generada a partir de ese momento se hubiera podido modificar y consecuentemente un proceso terapéutico hubiera estado en camino. Adicionalmente, creo que una posible explicación para el problema de esta paciente lo podemos encontrar en la teoría de Gerbode y sus ciclos inacabados en los que el paciente trata de encontrar algún sentido a lo que le ocurrió debido a que se trata de un evento que nunca terminó y al cual la víctima trata de buscarle alguna explicación para la cual no tiene suficiente apoyo de tipo cognitivo y así poder finalizarla. Al mismo tiempo hubiera sido sano re-estructurar las cogniciones de la víctima acerca del mundo, quizás como un sitio a salvo y sin peligro en el cual él se sentía casi todo poderoso.

En conclusión el aspecto de la regresión al pasado se presenta como una opción viable, pero aquí faltó la reconfiguración de la narración y los experimentos personales que el

paciente hubiera podido llevar a cabo en el aquí y ahora con miras a ayudarse a sí mismo, que nos parece que es la habilidad más importante que la terapia debe de llevar a cabo. Con esto queremos decir que el tiempo no es el único elemento de la terapia que el psicólogo debe de saber manejar de manera efectiva, sino también los aspectos más tradicionales de la terapia cognitivo conductual, lo cual como en el caso de la terapia constructivo narrativa de Meichenbaum en el que se mezcla el aspecto del pasado para lograr que el paciente tenga un aquí ahora mejor o en todo caso más soportable. Esto no se llevó a cabo con el paciente mencionado hasta donde podemos ver.

2.11.4 Tercer Caso de Estrès Post-traumàtico.

Una chica de diez y seis años estaba trabajando como niñera en una casa ajena. Una noche se encaminó a su hogar de regreso del trabajo por la playa cuando alguien se le aproximó repentinamente por detrás. La víctima afirma que sintió la mirada de alguien y fue entonces que volteó y pudo observar la figura de un hombre vestido de negro y con “un olor a colonia barata.” Al aproximarse el individuo la víctima notó que traía puesta una máscara para esquiar y que en la mano izquierda había un cuchillo que brillaba en la oscuridad. La mujer fue empujada hacia unos arbustos y escuchó al criminal decir que había dos opciones, la primera de ellas siendo que podría tratar de escapar y entonces él la mataría o por otro lado podría quedarse y “divertirnos los dos.” La chica recordaba intensamente esa voz. El siguiente recuerdo es que él puso el puñal en la garganta de la víctima y la empujó hacia el suelo donde le rasgó los shorts y ropa interior para después violarla. La mujer no hizo ningún esfuerzo por pedir ayuda o por luchar, porque pensó que era lo más inteligente, ya que sospechaba que el hombre podía tener consigo no solamente un cuchillo. El sujeto no solo estaba violando el cuerpo de la mujer sino también su “confianza, honestidad, limpieza, orgullo, sueño, amistades, familia, felicidad y vida.” Después de un rato el hombre se levantó, dio las gracias y se fue. La joven permaneció sentada, tratando de encontrar alguna solución, tratando de encontrar qué pensar, se encaminó a su casa después de recoger su ropa, con pensamientos violentos, al llegar se metió a la regadera y se enjabonó mientras que lloraba. Se sentía asustada de todo, se sentía sucia, una sensación de suciedad que el baño no le había quitado. La paciente fue incapaz de conciliar el sueño por un mes. Le llevó dos años y medio poder contarle todo esto a alguien. El artículo brinda una serie de pasos

específicos para lograr la recuperación de la paciente, pero también brinda diferentes modalidades dentro de la terapia cognitivo-conductual. Entre ellos están la exposición prolongada por sí misma, con 12 sesiones que en la sesión número uno incluye discutir el objetivo del programa que es el tratamiento del estrés post-traumático, recoger información respecto al ataque, presentar el entrenamiento en respiración de relajación, asignar tarea de re-entrenamiento en respiración por diez minutos, tres veces al día. Y escuchar la grabación de la sesión. Lo anterior para la sesión número uno. La sesión dos introduce en primer lugar el repaso de la tarea, presentar la minuta de la sesión, enseñar al cliente respecto a los síntomas comunes del estrés postraumático, discutir los criterios de la exposición en vivo, presentar las unidades de incomodidad subjetiva (el sujeto evalúa de manera subjetiva su cantidad de incomodidad respecto al evento que le provoca el estrés post-traumático y define una cantidad arbitraria expresada en unidades), decidir cual será la jerarquía de la exposición en vivo, seleccionar tareas en vivo y asignar otras tareas como son: repasar las reacciones del estrés post-traumático, seguir practicando el re-entrenamiento en respiración, repasar la lista de situaciones evitadas en casa y añadir más situaciones, comenzar las asignaturas de la exposición en vivo, y escuchar los audiocassettes de la sesión por lo menos una vez. La sesión tres involucra la revisión de la tarea, presentar la minuta de la sesión, explicar la técnica de la exposición imaginada, llevarla a cabo por sesenta minutos, asignar tarea que consiste en continuar la práctica de la respiración, escuchar un cassette de exposición imaginada por lo menos una vez al día, continuar con la exposición en vivo diariamente, trabajando los niveles de unidades subjetivas de incomodidad y oír la audiocinta de la sesión por lo menos una vez. Las sesiones cuatro a once empiezan por revisar la tarea asignada, presentar la minuta de la sesión, llevar a cabo exposición imaginada por 45 minutos, enfocarse en áreas problemáticas conforme la terapia avanza, implementar discusión de la exposición en vivo por 20-30 minutos, asignar tareas basadas en lo siguiente: continuar con la práctica de respiración de relajación, escuchar el cassette de la exposición imaginada, seguir llevando a cabo ejercicios de exposición en vivo y escuchar los cassettes de la sesión una sola vez. Adicionalmente se sugiere considerar la sesión ocho para evaluar el estrés post-traumático del paciente y determinar si un tratamiento adicional es necesario. Las sesiones 9 hasta 12, si se considera necesario, pueden ser las últimas incluyendo la discusión de un tratamiento de Follow-up. Se incluye el repaso de las tareas, presentar la minuta de la sesión, llevar a cabo exposición imaginada por treinta minutos, repasar el progreso detalladamente y sugerir la práctica

continua por treinta minutos, terminar la terapia y despedirse a lo cual se le pueden dedicar cinco minutos. El programa 2 incluye la exposición prolongada más la re-estructuración cognitiva. Esto se recomienda a pacientes con sentimiento de culpa o ira que los debilite. En la sesión uno se le debe de explicar al paciente el proceso a seguir en el programa, durante 25-30 minutos, en el que se incluye los procedimientos del tratamiento que serán usados en el programa, y se explicará que el foco del tratamiento son los síntomas del estrés post-traumático. Colectar información relevante al evento, usar re-entrenamiento en respiración, asignar tarea que incluye: practicar el re-entrenamiento en respiración por diez minutos tres veces al día y escuchar la cinta de la sesión una vez. En la sesión dos se comienza por repasar la tarea durante cinco minutos, se presenta la minuta de la sesión durante 5 minutos, se discuten con el cliente las formas más comunes del estrés post-traumático durante 25 minutos. Se discuten los criterios de la re-estructuración cognitiva durante 10 minutos. Se presentan las unidades de incomodidad subjetiva al cliente, se elabora una jerarquía de eventos en vivo durante 20 minutos. Se seleccionan eventos en vivo para tarea y se asigna ésta la cual incluye: continuar la práctica del re-entrenamiento en respiración de relajación, repasar la lista de situaciones evitadas en casa y añadir más situaciones, comenzar las asignaturas de exposición en vivo y escuchar toda la cinta de la sesión por lo menos una vez. La sesión tres incluye el repaso de la tarea, presentar la minuta de la sesión explicar la re-estructuración cognitiva, definir los pensamientos negativos automáticos y creencias disfuncionales, enseñar al cliente como identificar los pensamientos automáticos y descubrir los presupuestos que los subyacen, describir las distorsiones cognitivas comunes, enseñarle al cliente como cuestionar sus pensamientos y creencias y dar respuestas racionales, repasar el uso del diario para escribir en él situaciones de la vida real que lleven a pensamientos o recuerdos desagradables, emociones, pensamientos o creencias que no sean de ayuda, cuestionamiento a los mismos y responder a estos de manera racional. Asignar tarea, que incluye: continuar con la práctica de la respiración de relajación, estudiar las distorsiones cognitivas más comunes y tratar de encontrar más ejemplos de ellas, usar el diario para monitorear pensamientos negativos, sentimientos y conductas tres veces por día, de preferencia cuando haya un pensamiento negativo o sentimiento. Continuar con la exposición en vivo y añadir más situaciones a esta lista. Escuchar el cassette por lo menos una vez. La sesión cuatro incluye el repaso de la tarea que consiste en la re-estructuración cognitiva, presentar la minuta para la sesión, presentar las características de la exposición imaginada, llevar a cabo la misma, asignar

tarea que incluye: continuar la práctica de la respiración, escuchar el cassette de la sesión una vez al día, continuar la exposición en vivo diariamente usando unidades subjetivas de incomodidad y elevándolas. Seguir usando el diario tres veces por día, escuchar el cassette de la sesión una vez. Las sesiones 5-8 o 5-11 incluyen: Repaso de la tarea, presentar la minuta de la sesión, llevar a cabo exposición imaginada, enfocarse en áreas problema conforme la terapia avanza, llevar a cabo re-estructuración cognitiva, asignar tarea que abarque: continuar con la práctica de la respiración, escuchar el cassette de la exposición imaginada diariamente, usar el diario para grabar los pensamientos negativos tres veces al día, seguir llevando a cabo los ejercicios de exposición en vivo, escuchar el cassette de la sesión por lo menos una vez después de cada sesión, en la sesión ocho evaluar si se requiere tratamiento adicional para el estrés post-traumático. En las sesiones 9-12 se repasa la tarea, se presenta la minuta de la sesión, se lleva a cabo la exposición imaginada, se hace la re-estructuración cognitiva y se repasa el progreso en detalle y se hacen comentarios para seguir con el mismo. Fin de la terapia. El tercer programa incluye la exposición prolongada más técnica de inoculación de estrés. En la primer sesión se discuten con el paciente los procedimientos de exposición prolongada más la técnica de inoculación de estrés, explicar el enfoque del programa que es en los síntomas del estrés post-traumático, recoger información del evento usando el AIHI. Presentar el entrenamiento en respiración, asignar la tarea que incluye: practicar entrenamiento en respiración por 10 minutos tres veces al día, escuchar el cassette de la sesión una vez. La sesión dos incluye: Repasar la tarea, presentar la minuta de la sesión, usar información de reacciones comunes de estrés post-traumático, discutir los pasos del programa de tratamiento, introducir las unidades de incomodidad subjetiva, construir la jerarquía en vivo, seleccionar asignaturas en vivo para tarea, asignar la tarea que es: leer información en relación a las reacciones más comunes después del evento (proporcionada por el terapeuta), continuar con la práctica de la respiración, repasar la lista de situaciones evitadas en casa y añadir otras, comenzar asignaturas de exposición en vivo, escuchar el cassette de la sesión entera por lo menos una vez. La sesión tres incluye: repasar la tarea, presentar la minuta de la sesión, explicar y enseñar relajación muscular profunda, relajación por estímulo o señal, detención del pensamiento, asignar tarea que incluye: continuar con la práctica de respiración, practicar relajación muscular profunda dos veces por día, asignar un tiempo cada día para recordar una imagen estresante o pensamiento y aplicar la técnica de detención del pensamiento, usar esta misma técnica cada vez que se presente un

pensamiento estresante o imagen, escuchar una vez la cinta de la sesión. La sesión cuatro incluye: repasar la tarea, presentar la minuta de la sesión, explicar la exposición en vivo, llevarla a cabo, asignar tarea que incluye: continuar la práctica de la respiración, relajación muscular profunda, ejercicios de relajación basados en estímulos, detención del pensamiento, escuchar la cinta de la exposición imaginada, continuar la exposición en vivo diariamente tratando de progresar en cuanto a los niveles de incomodidad subjetiva. La sesión cinco comienza los ejercicios de inoculación de estrés. Primeramente se revisa la tarea, se presenta la minuta de la sesión, se lleva a cabo una sesión imaginada, se enseña la re-estructuración cognitiva, se explica, demostración, aplicación no relacionada con el evento que se está tratando, aplicación relacionada al evento, repaso de habilidades, asignar la tarea: escuchar el cassette de la exposición imaginada, llevar a cabo los ejercicios en vivo, practicar técnicas de relajación, detención del pensamiento y re-estructuración cognitiva. La sesión seis. Repaso de la tarea, minuta de la sesión, exposición imaginada, dialogo auto-dirigido, explicarlo, demostración, aplicación no relacionada con el evento, repaso de las habilidades, asignar la tarea, escuchar el cassette de la exposición todos los días, seguir llevando a cabo los ejercicios en vivo, practicar técnicas de relajación, detención del pensamiento, re-estructuración cognitiva y dialogo autoguiado. Sesión siete: Repasar la tarea, presentar la minuta de la sesión, llevar a cabo exposición imaginada, enseñar role-play, explicarlo, demostración, aplicación no relacionada al evento, aplicación al evento tratado, repaso de habilidades, asignar tarea, escuchar la cinta de la exposición imaginada, seguir llevando a cabo los ejercicios en vivo, practicar técnicas de relajación, detención del pensamiento, re-estructuración cognitiva, dialogo autoguiado, y role play. Sesión ocho. Repasar la tarea, presentar la minuta de la sesión, llevar a cabo exposición imaginada, enseñar modelado encubierto, demostrarlo, explicarlo, aplicación no relacionada con el evento, aplicación relacionada con el evento. Repaso de habilidades. Asignar la tarea: Escuchar el cassette todos los días, llevar a cabo exposición en vivo, practicar técnicas de relajación, detención del pensamiento, re-estructuración cognitiva, dialogo autoguiado, roleplay, y modelado encubierto. Aquí se puede terminar las sesiones si el cliente mejora 70% o más en los síntomas de estrés post-traumático. La sesión nueve incluiría repasar las nuevas habilidades, y evaluar de qué manera ayudan, se pasan treinta minutos reviviendo el trauma en exposición imaginada, la parte final de la sesión nueve se dedica a la terminación del tratamiento. Si el cliente lo desea puede continuar con tres sesiones más. Las sesiones 9-11

incluirían: repasar la tarea, presentar la minuta de la sesión, llevar a cabo exposición imaginada, repasar habilidades de inoculación de estrés, asignar tarea: escuchar la cinta de la exposición imaginada dos veces por día, escuchar la cinta de relajación una vez por día, llevar a cabo ejercicios de exposición en vivo todos los días, seguir usando las habilidades de afrontamiento conforme se necesite para afrontar las situaciones estresantes, técnicas de relajación, detención del pensamiento, reestructuración cognitiva, diálogo autoguiado, roleplay y modelado encubierto. (Foa, Olasov, 1998)

El artículo no menciona otros síntomas que la víctima haya experimentado con anterioridad, ni los resultados de la terapia, si es que tomó alguna. En nuestra opinión, que parece comenzar a tomar partido por el aspecto del tiempo, el mejor programa de intervención y más completo es el número tres, ya que este incluye un programa de inoculación de estrés el cual prepara al paciente para afrontar el futuro, igualmente la terapia cognitiva de Beck está presente al momento de tratar las cogniciones automáticas de la paciente, y que en un tercio según la aproximación del autor, se orientan hacia el futuro. Es de mencionar que no incluyen la construcción narrativa de Meichenbaum, la cual me parece que se orienta más hacia el pasado, lo cual hubiera cubierto un espectro más amplio de alternativas y hubiera ayudado en un grado determinado que no muy amplio. Nuevamente se debe de notar que no es esta una panacea, la técnica de Meichenbaum, este es un caso muy difícil, que si se atendió usando la técnica número tres mencionada, orientando al futuro a la paciente, se logró entonces ubicarla dentro del presente y menos en el pasado. La reconstrucción narrativa de Meichenbaum hubiera ayudado pero sólo en un determinado nivel. Una aproximación haciendo énfasis en la importancia del aquí y el ahora hubiese sido de utilidad.

CAPITULO 3: TIEMPO Y PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

3.1 Tiempo, Sujeto y T.C.C.

El tiempo pasa, se transforma ó así parece al reflejarse en aquello con lo que entra en contacto, aquello que nos rodea, y que es visible y fiscalizable a nuestros sentidos. La naturaleza del tiempo no puede ser dilucidada fácilmente, porque esto es más que nada intangible hasta que nosotros como seres que adquirimos conciencia notamos los cambios a nuestro alrededor y es entonces que es posible que comencemos a reflexionar sobre la impermanencia de todos los objetos, de todas las cosas. Esta reflexión es posible que se dé dentro del marco de la Terapia Cognitivo Conductual, (T.C.C.) pero la presencia de esta última no es necesaria para reflexionar de cualquier manera respecto a este fenómeno.

La orientación del terapeuta lo orilla a tomar la T.C.C. como una aproximación ahistórica, a ignorar el factor histórico desde un punto de vista psicoanalítico como algo de relevancia para la terapia. El factor de la presencia de la historia del paciente toma una forma en la cual Es una relación en la que pasado y futuro son experimentados únicamente en el presente, y mientras que el pasado nos es conocido el futuro solamente puede llegar a serlo sólo a través del presente, pasado presente y futuro se combinan en una relación que es difícil de entender. Aquí cabe preguntarnos por la realidad del tiempo y para ello la reflexión filosófica puede ayudar a entender la dialéctica. Entre los griegos los filósofos anteriores a Platón habían llegado a una serie de posiciones antinómicas respecto a la ciencia que considero son extrapolables al aspecto del tiempo. Para Parménides lo real es único, inmóvil y razonable. Para Heráclito la realidad es un devenir *múltiple* y *cambiante*, así es imposible conocer cualquier cosa. Para Sócrates lo importante no es el objeto sino los *conceptos* que el *sujeto* tiene de las cosas. Platón concluye que por encima de la realidad *tangible* hay la realidad *inteligible* eterna e igual a sí misma a la que nos llevan los conceptos de Sócrates. Heráclito se equivoca al negar la existencia del verdadero ser y enfatizar solamente el tiempo. Parménides se engaña al negar la existencia del universo. Falta el aspecto metafísico de las ideas en Sócrates. El aspecto de lo no físico como entendible en Platón me parece adecuado al intentar

entender como las personas experimentan el tiempo. La dialéctica de pasado, presente y futuro pueden tener un aspecto heraclíteo o metafísico y uno eleático o lógico. Esto último quiere decir que es inmutable, no cambia. Los aspectos mencionados del tiempo se vuelven uno solo y al mismo tiempo permanecen siempre separados sin que sepamos bien a bien cómo. (Klimke, Colomer, 1953, Block, 1989.) Esta es para nosotros la importancia del tiempo. Claro está que esto es algo relativo dado que en la sección dedicada a la teoría del estrés pos-traumático, los problemas históricos del paciente se han vuelto un elemento cotidiano de su vida y es entonces que el terapeuta debe de considerar si el tipo de preguntas a formular al paciente debieran de orientarse hacia pasado, futuro o presente. Qué tanto la T.C.C. debe ser ahistórica es un punto de vista que se debe de considerar con el propósito de lograr la terapia. Qué tan lejos en el pasado del paciente es lo que se debe de considerar como histórico es una pregunta cuya respuesta debiera de incorporar en ella los aspectos que sean considerados de relevancia para la terapia.

Ahora bien, ¿es necesaria esta reflexión en torno al tiempo para lograr la terapia en el paciente? Para nuestra tesis consideramos que una reflexión en torno al tiempo puede desembocar en diferentes resultados. ¿Puede resultar en una tesis por ejemplo! Pero hablando de pacientes estos pueden llegar a tener una idea inconveniente del pasado por ejemplo. Con el rigor que hemos procurado tener cambiaremos lo anterior y diremos en su lugar que el terapeuta puede orientar al paciente en cuanto a las ideas que éste tiene del tiempo. Si el paciente es una persona que se orienta a lo futuro la idea de permanecer estáticamente en el presente puede parecerle intolerable o aborrecible. En este caso el terapeuta puede ayudarle a ver las inconveniencias, ventajas, etc. de su manera de pensar en el futuro y que el paciente actúe de acuerdo a ello. (Tallis, 1999)

La evidencia es clara cuando habla de que el pasado no es posible de acceso más que por medio de recuerdos. (¡Y también obviamente a través de objetos creados antes del presente!) Los recuerdos son definitivamente intangibles, inaccesibles excepto a nuestras cogniciones. Cuando hay un problema psicológico al respecto, el pasado, considero que dadas las condiciones filosóficas de la T.C.C. o terapia cognitivo conductual el terapeuta debe de trabajar en promover una terapia con contenidos tangibles para el paciente. Esto nos lleva necesariamente al presente, al bien conocido

aquí y ahora, pero no debe de haber un estancamiento en el mismo, si esto es a lo que quieren llegar en colaboración tanto paciente como psicólogo.

El tiempo no puede estudiarse a sí mismo, o más bien no podemos nosotros usar su propio concepto para estudiarlo. No podemos decir: “El tiempo pasó durante mucho tiempo.” El pleonasma carga una auto-destrucción adicional. Esta es que dependiendo de las cogniciones de la persona, éste puede en realidad pasar de manera diferente para cada individuo. No hay un solo tiempo uniforme para todas las personas según algunos lo han dicho, un buen punto de investigación puede ser como nuestra percepción se ve afectada por el tiempo como lo exponen Koch , Leary (1995) Y Block. (1989)

No conocemos la naturaleza del tiempo, de qué está hecho, su origen, si nosotros mismos somos su materia prima, a esto puedo atribuir que todos los conceptos de la T.C.C. o Terapia Cognitivo Conductual lo manejan de manera implícita. Sin embargo sí sabemos de sus efectos y como estos se manifiestan.

Podemos decir a partir de algunos artículos revisados que una de las herramientas de trabajo de la T.C.C es ubicar al paciente en el aquí y el ahora o en el presente. (Kazdin, 1994) Pero el proceso terapéutico no termina aquí. Más bien es el punto de partida para que el paciente tenga la oportunidad de experimentar las demás fases del proceso terapéutico de la T.C.C. como podrían ser por ejemplo la identificación de los pensamientos automáticos, como Beck los llama. Podemos también mencionar que otra posibilidad incluye el entrenamiento en inoculación de estrés, lo cual está enfocado a lo futuro. (Kazdin,1979, 1994, Western, 1999.) Realmente es esta una alternativa para inducir un cambio en el paciente si recordamos que el tiempo definido también de esta manera, y también apegándonos a los conceptos que recomiendan un cambio conductual en el paciente cuando hay una conducta indeseable o viciada en el mismo. El pasado también tiene que ver con los esfuerzos que hace la T.C.C. para ayudar a quienes sufren de problemas cognitivos. Entre las personas de edad la depresión tiene una incidencia considerable. Un programa de tratamiento psicológico entre personas de edad incluía entre otras cosas cultivar los siguientes pensamientos de auto-eficacia: “No debo de pensar demasiado en las cosas en las que he fallado, o en cosas que fueron una desilusión. Debo de concentrarme en cosas en las que he tenido éxito.” (Scott, 1989) Aquí está el pasado como determinante de algo negativo, pero también como un factor

que puede ayudar a construir la felicidad de la persona que está siendo tratada. La intervención en crisis considera la forma en que fue resuelta una crisis en el pasado como un determinante de la salud cognitiva de una persona en el presente, por lo que su acción es más que recomendable. Muchas personas, sin importar el método que usaron para sobrellevar su crisis de manera exitosa, se refieren al pasado en términos que lo hacen parecer algo muy crítico, una especie de ordalía, y al observarlo desde la perspectiva del presente lo consideran sólo una experiencia más, se consideran “listos para enfrentar el futuro.” (Slaikeu, 1996) O también para dejar de posponer las cosas que éstos consideran como “úrgentes” en el presente. (Cairns 1995, Lega, 1997)

3.2 Conceptos Cognitivos del Tiempo y su Influencia en los Desòrdenes Cognitivo Conductuales.

En esta tesis hemos visto como los pacientes tienden a conceptualizar sus problemas, crisis, estrés post-traumáticos, ideas irracionales, pensamientos automáticos, en lo que viene a ser el equivalente de: allá entonces ó aquí ahora. El primero de estos conceptos viene a abarcar dos cosas: el pasado o el futuro, incluyendo un lugar ajeno al que en ese momento se encuentra el paciente, mientras que considero que el segundo significa el presente y el lugar en el que están. El individuo “enfermo” o mejor dicho, con problemas psicológicos se encuentra pensando constantemente en sus frustraciones pero no sabe bien a qué atribuir las ni tampoco cuando estas se encuentren fuera del presente o en este. Entiendo que en ocasiones el terapeuta tampoco tiene suficiente información de esto. En todo caso lo que hace es ayudar al paciente a encontrar la fuente de sus problemas. Pongamos por ejemplo el caso del paciente tratado con psicoterapia cognitivo conductual, el primero de los dos ejemplos, un homosexual que no está satisfecho con su vida sexual y que recuerda sus experiencias pasadas con mujeres, el hecho de cómo fue rechazado y su deseo de no permitir que semejante cosa vuelva a pasar. No hay que olvidar que una de las reglas, clasificaciones, de pensamientos irracionales incluye entre otras cosas la idea de que el pasado *me condena* según lo interpreto yo a partir de haber leído a Ellis. También interpreto que se trata de un pasado con que el cliente, persona o paciente se ha distanciado, en el sentido de que no se encuentra a gusto con el mismo. Ellis no menciona en ningún momento al aplicar la terapia que se haya basado en estas categorías, pero es obvio que para el paciente, la

idea de que va a sufrir terriblemente si llega a ser rechazado es algo insoportable, es la situación, más que sus consecuencias, lo que lo tiene asustado. (Ellis, 1988) Esto necesariamente se encuentra en el futuro y en el pasado, al que el paciente tiene miedo de regresar. (Matthews, 1999)

Un método eficaz de juzgar los prospectos en las cogniciones es por medio de mostrar al individuo una serie de eventos futuros positivos y negativos y preguntarles que tan posible es que estos eventos les ocurran a ellos. Se ha descubierto que esto sirve para identificar a personas que tienen disturbios en sus estados de ánimo, el dato es que estas personas juzgan con mayor probabilidad el que algo malo les llegue a pasar. Esto ocurre con personas que se preocupan de manera crónica, estudiantes de alto rendimiento que sufren de ansiedad, pacientes ansiosos, estudiantes con depresiones poco serias, y pacientes totalmente deprimidos. También este tipo de individuos muestra una tendencia a tener una reducción en sus expectativas de esperar que algo positivo les suceda. (Kendall, 1981, Macleod 1999) Eso podría emplearse en el tratamiento de migrantes a otros países o refugiados quienes en la mayoría de las ocasiones se encuentran temerosos de su futuro como residentes de un nuevo país (D'Alarcón, 1998) y también en ocasiones preocupados por el pasado. (Van Der Veer, 1998) El futuro se encuentra en la terapia cognitivo conductual, aunque en pocas ocasiones se le denomina como tal, más bien se habla de posibilidades, cosas que podrían pasar. Pero pocas veces se habla de él con ese término por ejemplo cuando se habla del estrés en sí o como una respuesta al medio ambiente. (Falloon, Laporta, 1993.)

Heràclito es el precursor de la dialéctica cuando habla de que nadie se baña dos veces en el mismo río porque este no es en dos veces sucesivas el mismo río. Sin embargo esta frase se aleja de la concepción moderna del movimiento sin sujeto que se mueva. Su error consiste en establecer el devenir como esencia de las cosas, más bien que el sujeto. (Klimke, Colomer 1953) Sin embargo en relación con nuestro tema Heraclito en esta ocasión habla del tiempo y de su fugacidad, el cambio que está presente en nuestras vidas y del cual no siempre somos conscientes. La idea corregida es que este pensador habla del presente como un fenómeno en un cambio interminable.

Sin embargo no se cita en ningún texto a Heràclito como autor con influencia en los conceptos de la T.C.C. o terapia cognitivo conductual como tal, contando con una

tecnología plenamente desarrollada como ocurre entre mediados y finales de los sesentas. Este autor está presente en las teorías de Kelly, pero éste último no tiene una tecnología bien desarrollada dentro de la terapia cognitivo conductual, aunque se sabe que Ellis fue influenciado por la teoría de éste último. Más bien sus más grandes influencias radican en griegos y romanos, desde un aspecto filosófico, citemos a Epicuro, Epicteto y Marco Aurelio. Y entre los antiguos asiáticos se encuentra Gautama Buda. En el occidente la lista se sigue con Kant, Thoreau, Russel, Heidegger y otros. (Ellis, 1997)

Si el estoicismo está presente en la terapia de Ellis y Beck, creemos que también puede estar Heráclito como un autor que menciona la mutabilidad de las cosas si bien este no es reconocido directamente como una influencia de Ellis, pero sí de Kelly, quien sí se dice influyó en Ellis y su tecnología. En cuanto a la teoría de Kelly, cada investigador puede utilizarla para desarrollar su propia técnica o métodos de investigación a partir de la misma, es de recalcar que una serie de técnicas basadas en Kelly serían apropiadas para investigar todo lo mencionado hasta ahora.

Ellis no habla de su idea del tiempo, pero Gautama menciona que *somos según pensamos, dominar los pensamientos es la clave de la felicidad, vivir la juventud con disciplina y finalmente no lamentar el pasado*. (Blanco, 1997) Esta idea tiene un eco en Ellis cuando habla en su lista de ideas irracionales de cómo el pasado influye negativamente en las personas.

Otro de nuestros descubrimientos ha sido que Ellis toma en cuenta el tiempo, pero este se encuentra presente con una influencia aún mayor en las teorías acerca del estrés posttraumático y la terapia de intervención en crisis. Se sabe que Ellis, o más bien su teoría, hacen énfasis en el aquí y ahora como una forma de acercar al paciente hacia un efecto terapéutico o como un punto de partida para esto de acuerdo a como lo entiendo.

Ellis y Beck han sido pioneros y también maestros de la psicología cognitivo conductual y como tales sus conceptos han tenido un gran peso en los trabajos y teorías de los demás colaboradores. Sin embargo, es Meichenbaum quien ha desarrollado más ampliamente los conceptos del tiempo en sus teorías, especialmente en lo que respecta al estrés post traumático. Las bases siempre están en ellos sin embargo. Esto puede significar por una parte que Ellis y Beck yacieron los fundamentos de todos los demás colaboradores que

con su esfuerzo han enriquecido la T.C.C. Por otra, el sustento filosófico puede incluir aspectos no contemplados por Ellis o Beck de ninguna manera.

“Nada ha cambiado.” Esta dramática afirmación la encontramos en pacientes que se acuerdan de su niñez, de sus relaciones poco deseables con novios, conocidos, familiares, eventos que experimentaron etc. Esto tiene que ver con un proceso, ó más bien la falta de él, que fomenta una estabilidad temporal en el sujeto. Este tiene la impresión de que el tiempo no existe en él, si a este se le entiende como cambio. Hablando de esto último, encontramos en una nueva bibliografía este mismo aspecto, al cual nos habíamos referido desde la introducción. Esta teoría se conoce como contextualismo. Nos habla de lo siguiente: El contextualismo se enfoca en el cambio secuencial, en eventos que se desenvuelven en el tiempo. Cada evento que ocurre contiene rasgos dinámicos, interpenetrantes que cambian, dando origen a lo que se conoce como novedad. Esto rechaza la visión de un evento o estructura permanente. Los aspectos más importantes dependen de los propósitos particulares del observador. El tiempo y el cambio son las ideas que subyacen al contextualismo. Esta teoría nos habla de la importancia que tiene el tiempo para éste investigador, y en general para su idea de lo que debe de ser una nueva línea de trabajo para la psicología. (Block, 1989) Pero no solamente es esto último, sino que también puede servir como marco de referencia para alguien que esté interesado en el como el tiempo, o más bien la idea que el paciente tiene acerca del tiempo, o de otros eventos, lo hace pensar que “nada ha cambiado.” (Williams, Wells, 1989). En otros casos, las víctimas de algún acontecimiento como la muerte de uno de sus hijos hablan de un período de tiempo, estaciones, fechas, horas, edades, pero lo más importante de todo en este caso era que para estos padres el flujo del tiempo, o más bien la percepción del mismo difería de la manera en que estaba especificado en el calendario o en un reloj por ejemplo. Un padre hablaba del tiempo en que su hijo estuvo en coma por diez días antes de morir y lo describe como un período de “seis meses,” la madre habla de “diez años.” Al llamar a una ambulancia el arribo les lleva “para siempre.” (Rosenblatt, 2000) Sólo esto último es igual de drástico como el hecho de decir que “nada ha cambiado,” lo anterior muestra la misma tendencia, una especie de estancamiento en el tiempo para el paciente, nuevamente hay que hablar de la probable interrelación entre tiempo y percepción (Koch, Leary. 1995) Dado que está más allá del objetivo de esta tesis investigar o explicar a fondo porqué ocurre esto, podemos volver a señalar el marco del contextualismo como una herramienta que puede

servir a otros investigadores para ahondar en este fenómeno. Imaginemos una especie de cuadro en el que interactúan los siguientes factores: Características del experimentador, contenidos del período de tiempo, actividades durante este período de tiempo, conducta temporal o métodos, y a todo esto le aplicamos la etiqueta de ‘Experiencias Temporales.’ El primero de éstos factores incluye especie, sexo, personalidad, intereses, experiencias previas y la perspectiva temporal de la persona. Sus formas de relacionarse con los conceptos psicológicos del pasado presente y futuro. Estas pueden formar parte de su historia, pero hay que recordar que éstas operan de manera activa en el presente. Las experiencias previas de una persona influyen sus presentes experiencias con el tiempo y lo que piensa de éste. Los contenidos del período de tiempo incluyen, cuantos son, cuanto duran, que tan complejos son, y otros. Cuando un evento incrementa su complejidad se ha descubierto que los sujetos lo experimentan como si tuviera una duración más larga de la que realmente tiene. Las actividades durante el período de tiempo se refieren a como la persona adquiere información sobre el evento que está experimentando, lo cual es una estrategia controlada, que difiere de las pasivas, que son las estrategias que elaboramos cuando experimentamos un proceso algo más interior, como las fantasías o la imaginación y en como nos adueñamos de la información que este produce. El último factor, se refiere al tipo de conducta temporal que está siendo considerada. Tales como simultaneidad, o con que igualdad de tiempo ocurren dos o más eventos percibidos, ritmo, o regularidad en la aparición de un mismo evento percibido, orden, o jerarquía de aparición de dos o más eventos, espaciamiento, o lapso de tiempo entre dos o más eventos percibidos y duración, o tiempo en el cual se percibe la manifestación de un evento. Todo esto se refiere a como el sujeto estima o evalúa estos factores de la manera descrita. El como uno sólo de ellos es juzgado por el individuo depende en realidad de los otros factores presentes. (Block, 1989.)

Todo lo anterior se puede entender en una frase más corta: sólo podemos vivir el presente. Nuestra experiencia de este último se da en función de la complejidad de la tarea que estamos llevando a cabo, pero nunca en función de algo que pudiéramos llamar objetivamente tiempo. De aquí puedo concluir que en cuanto al tiempo como objeto de estudio de la psicología, ésta puede explorar el pasado y el futuro, pero usando como una especie de ‘base de operaciones’ e l presente. Esto está en palabras de Cairns (1995) aunque de manera algo extrema o drástica al afirmar que el pasado y el presente no existen, y que sólo el presente tiene una realidad objetiva al conjugar dentro de sí

mismo a ambos en la forma de recuerdos en el primer caso, y expectativas en el segundo.

Una constante que considero se encuentra en los pacientes es un déficit en sus habilidades sociales, están solos, lo cual no les permite cambiar su conducta, ajustarla a los demás, ver un cambio que es lo que se promueve cuando el individuo no está aislado, como cuando hicimos la analogía al principio con la segunda ley de la termodinámica y los sistemas aislados y abiertos. Una persona integrada al cambio interactúa, se relaciona, cambia. Todos los sistemas cerrados tienden al desorden. Es decir, una persona que esté aislada tenderá siempre a mostrar la misma conducta, este es el desorden, en cambio una persona con relaciones sociales tenderá a difundir un cambio en su conducta en función de las relaciones que establezca con otras personas, mostrará un cambio.

¿Cómo sabemos que el tiempo pasa? Penrose, (1995) afirma que pasado y futuro son bastante similares para los postulados de la física moderna en su aspecto de intangibilidad y que lo más aproximado al presente es el concepto de espacio simultáneo, que podríamos definir como un presente subjetivo para diferentes observadores. Cuando habla de la segunda ley de la termodinámica y la posibilidad de ver como esta se puede revertir después de *mucho tiempo*, interpreto que para cualquier propósito práctico el fenómeno del cambio propiciado por el tiempo, y la realidad del presente son tangibles. En esto está de acuerdo con Trefil. (1992) De aquí podemos decir que siendo la T.C.C. una tecnología que está basada o arraigada en las ciencias físicas o fácticas, el postulado del presente como lo más probable de ser experimentado por un observador independiente cobra realidad al recordar como en no pocas ocasiones, los terapeutas y teóricos de estas técnicas se refieren a lo que el paciente experimenta en el aquí y el ahora.

Esto se presta a una profunda y detenida reflexión a la cual se invita al lector para comparar sus propios conceptos e ideas acerca del tiempo y como estos mismos pueden o no ayudar a la terapia.

El tiempo entendido como cambio o como algo que pasa está solamente implícito en la Terapia Cognitivo Conductual.

DISCUSION.

Esta es la influencia del concepto tiempo: Hay que sensibilizar respecto a este fenómeno al paciente para lograr el cambio terapéutico. El tiempo es el potencial que la conducta tiene para manifestarse, la conducta es una manifestación del tiempo, muchas de las que tiene. Lo óptimo es que la conducta refleje al tiempo de alguna manera, o que nuestras cogniciones lo reflejen para así poder comportarnos en consecuencia, o que la conducta del paciente esté orientada de alguna manera a sus objetivos, esperanzas, etc. Si es una persona orientada al futuro, sus conductas deben de alguna manera reflejar esto, si es al presente también, el pasado debe darse en función de lo que se quiera lograr. Como hemos visto hasta ahora, esta propuesta en torno al tiempo dentro de la terapia cognitivo conductual está muchas veces presente sólo de manera implícita. En la literatura revisada se constata sin embargo que en ocasiones los autores hablan de la T.C.C. como una técnica orientada hacia el aquí y ahora. Este trabajo tiene como propósito llevar a cabo una propuesta en torno a una investigación de conceptos del tiempo y su influencia en algunas técnicas de la T.C.C. como un punto de partida hacia otros estudios, como por ejemplo, para empezar a comprender porqué para algunas personas, su percepción del paso del tiempo es lenta, porqué para otras es rápida, etc. El cambio no ocurre para todos de la misma manera y puede ser que no sea demasiado deseable para todos tampoco. El entendimiento de que el tiempo y las cosas cambian puede ser una buena herramienta si se hace de esta manera.

Ellis, Beck y Meichenbaum han sido el centro de atención en esta tesis, Kelly fue un autor de influencia menor por falta de una tecnología bien definida. Ellis nos ha dejado ver a Marco Aurelio y el tiempo cuando habla de su lista de ideas irracionales, específicamente la número ocho y como el pasado condena al sujeto, Marco Aurelio habla de lo efímero e inútil del recuerdo, Siddharta, anterior a Marco Aurelio, se refiere a no lamentar pasado futuro ni presente. (Klimke, Colomer, 1953, Meichenbaum, 1988, Winston, Bush, 2001) Tomando en cuenta la influencia de Ellis en los demás autores, es posible explicar la presencia de los conceptos del tiempo en los demás autores. Ahora bien, una manera de interpretar la presencia de los conceptos del tiempo en Ellis y los demás es que se trata de promover la idea en el paciente de que sus conductas deben de

cambiar a imitación de lo que viene a ser el concepto platónico o eleático del tiempo como está en Klimke y Colomer (1953): algo eternamente cambiante e igual a sí mismo.

En cuanto al psicoanálisis, es de mencionar nuevamente el desencanto de Ellis con esta técnica, pero que está también encaminada, entre sus objetivos a conectar al paciente con un pasado olvidado, ¿es esta otra influencia de Ellis? Ningún autor de los revisados intenta conectar a Freud, Kelly, Ellis y Beck salvo a estos tres últimos por el aspecto de las cogniciones. Resalta la similitud de la filosofía de los griegos y del Buda. Kelly por otra parte fue un colega cercano de Ellis, siendo la influencia del primero más fuerte en el segundo. Kelly menciona a Heráclito, (Kenny, 1984) para quien el mundo está en constante cambio, esto es el primer paso para teórico de donde se derivan sus constructos personales, teorías en constante cambio para entender el mundo.

Meichenbaum utiliza la tecnología cognitivo conductual para tratar el estrés post-traumático, (Schwendinger, 1994). Su posición se interpreta como la de ubicar al paciente en el presente más bien que en el pasado. Beck habla de la tríada cognitiva donde se incluye el individuo, el mundo y el futuro, (Allen, 1996, Martorell, 1996) la terapia cognitiva de éste autor se presta para el trabajo de Meichenbaum con las víctimas de estrés post-traumático, aún cuando Beck se preocupa más por el futuro que por el presente, pero no hay que dejar de considerar que el paciente tiene al mismo tiempo un recuerdo de lo indeseable, referido a la muerte, y el miedo del futuro. La teoría de Bandura y Rotter tiene como componentes principales ligados al tiempo el pasado, el presente y el futuro, pero sin una connotación tan prominente como en la interpretación hecha de Kelly, Ellis, Beck y Meichenbaum. Mischel se aproxima más a mencionar el aquí y el ahora cuando habla de adaptar la conducta a la situación específica que se está viviendo, mientras que Mahoney también menciona que no somos prisioneros del pasado. Una forma de unificar a los autores mencionados yace en estudiar la visión del tiempo que cada uno de ellos tiene. Como se hace notar también una pregunta que es de utilidad para el paciente y el terapeuta es la que se podría plantear respecto a los pensamientos del primero sobre su pasado/presente/futuro. Aparentemente la tendencia de los autores es ubicar al paciente en el presente/en este lugar, pero no hay ninguna regla en psicología cognitivo conductual que le diga al terapeuta lo que “tiene” que hacer, de hecho sabemos cual es la actitud de aquellos que nos dedicamos a esta rama de la psicología, a lo largo de este trabajo se ha expuesto la

conveniencia de hacer esto, no se ha dicho que esto sea una necesidad, sino una propuesta.

Hacer preguntas, propuestas teorías, que puedan ser usadas para ser refutadas, retomadas, discutidas, etc. es parte de la esencia metodológica de la psicología.

De hecho considero que la permanencia en el presente, que puede en un determinado momento ser lo más acorde con los preceptos de la terapia cognitivo conductual por su énfasis en lo medible y cuantificable, especialmente en casos de estrés post-traumático (Foa, Olasov, 1998) es de hecho un constante fluir en el tiempo, un constante cambio en el que nada está inactivo ni permanece nunca igual, esto podría ser otra concepto de tiempo que ha influenciado a la terapia cognitivo conductual. Me refiero a un presente constantemente cambiante.

Los estudios de psicología que hacen referencia al tiempo de manera explícita lo toman en cuenta como una variable independiente. Esta misma variable es la que determina las conductas en las personas según mi interpretación. El tiempo pasa y todo cambia, es conveniente hacer ver esto al paciente para lograr el cambio, es conveniente que se dé cuenta de qué es el pasado el presente y el futuro. El cambio se logra por medio del tiempo, para lograr salud cognitiva nuestros pensamientos deben de reflejar, en primer lugar, el presente (Ellis, 1988) solamente como una opción. Es por lo anterior que todo esto es una discusión, porque no se puede preestablecer algo universal, una terapia cognitivo conductual que tome todo en cuenta, la terapia debe de variar en función de lo que necesita el paciente.

Considero que es sólo un asunto de semántica, pero si queremos podemos decir que el tiempo no pasa y que la conducta se manifiesta siempre en el presente. Es un asunto de definiciones, semántica si se quiere, solamente, podemos utilizar otras palabras para representar el tiempo, pero el asunto del cambio siempre se mantendrá así, y el día que esto no ocurra, entonces será cuando llegue la muerte definitiva de todo al faltar el tiempo Para lograr salud cognitiva nuestros pensamientos deben de reflejar el presente. Queremos añadir que hay que ver también el reverso de la moneda, el paciente puede elegir permanecer en el pasado, presente o futuro, tomando en cuenta las consecuencias.

Opino que el cambio se logra por el paso del tiempo, aunque paradójicamente el paciente prefiera pensar en el pasado en algunas ocasiones.

Se puede afirmar que el tiempo definido como cambio está unido por una característica de mutabilidad en sus dimensiones de pasado, presente y futuro a diferencia de hablar de estos elementos que en nuestra opinión están aislados cuando se habla de ellos de forma individual. ¿Significa que por el mero hecho de hablar de ellos como nosotros los entendemos se encuentran en la Terapia Cognitivo Conductual. (T.C.C) de forma automática? No necesariamente cuando hemos visto que este concepto en realidad sólo está presente a medias, es decir, de manera implícita y de hecho creemos que de ser así no está presente con lo que podría ser la verdadera efectividad de esta variable tan inevitable y que parece que escapa a la atención de los terapeutas. El cambio se presenta a nuestros ojos cuando envejecemos, cuando las cosas se deterioran o fortalecen conforme el tiempo pasa, es obvio que todos estos fenómenos no son necesariamente independientes de los esfuerzos de quienes los experimentan, pero está presente en todos ellos la objetividad, la característica de ser ellos medibles, observables, cuantificables, lo cual concuerda perfectamente con los objetivos y procedimientos de la T.C.C. Este concepto podría abarcarse con una palabra que podría ser transición, mutabilidad, etc. El tiempo pasa y se manifiesta por la conducta, esta última es el potencial del tiempo, es una relación de mutua dependencia la que promueve el cambio terapéutico, ninguno puede existir o ser observado sin el otro. Es probable que no se haya dicho de esta manera, por lo menos no está así en ninguno de los libros revisados.

Respecto a lo que he podido darme cuenta el tiempo penetra el conocimiento empírico y popular de la psicología cognitivo conductual al decir que lo más actualizado en salud mental tiene algo que ver con el tiempo. Aparentemente el eslogan es: “lo mejor es vivir el aquí y el ahora.” Pero esto es sólo parte de la terapia según lo entiendo. El futuro puede dejar de existir, o es lo único que existe, mientras que el pasado en definitiva está muerto. De acuerdo con Birren, (1992) las personas de edad no se encuentran tan a gusto con enfocarse en un presente, un “aquí ahora” demasiado estático que coarta su capacidad de lograr salud cognitiva, más bien sus conductas deben de orientarse a lograr la planificación y logro de un objetivo futuro, por lo que, al menos en teoría, se reforzaría la idea de que ubicar a la persona en el aquí y ahora es solamente el principio de la terapia. Por el contrario Harvey (1998) se enfoca al logro de objetivos en el aquí y

ahora, su premisa es que quien vive más para el momento tiene menor probabilidad de sufrir por alguna privación, cualquier tipo que sea esta. Las expectativas siempre están en un futuro que nunca toma forma como tal, únicamente puede resolverse en el presente. Otro enfoque es el de Ackermann (1993) que se concentra en el pasado al decir que este guía la percepción, interpretación y memoria de los eventos que el individuo experimenta, a diferencia de Beck, (Coon y colaboradores, 1999) que al hablar de la tríada cognitiva, no lo considera el pasado como lo más importante, al igual que Ellis.

No se debe de olvidar que la intervención en crisis puede hacer uso de diferentes tecnologías, de acuerdo a la orientación del terapeuta. Como se expone en este trabajo se hace uso de las tecnologías cognitivo conductuales para que el terapeuta ayude al paciente a enfrentar el estímulo temido, que se asocia con el evento experimentado. (Slaikeu, 1996) Un presente al cual no puedo eludir y tampoco puedo enfrentar si me enfoco únicamente en aquello que el pasado me ha enseñado es el foco de la intervención en crisis. Esta es la interpretación que se puede encontrar el estudiar esta aproximación desde el punto de vista de conducta que se manifiesta a través del tiempo entendido como cambio.

Puede que sea innecesario hablar de tiempo, emplear esta palabra, cuando en todas partes oímos hablar de pasado, presente futuro. Lo que se quiere expresar es que se habla de esto como cosas aisladas como conceptos sin ninguna relación entre ellos. No hay evidencia fáctica que sugiera lo contrario, pero como se dijo antes puede que ayude al paciente a ver el cambio en su conducta como aquello que se manifiesta a través del tiempo. Es posible dar un número amplio de interpretaciones y usos al aspecto del tiempo entendido como cambio. Este trabajo es una de ellas. ¿Por qué el cambio es percibido, o “no ocurre” con la misma facilidad, velocidad o características para todas las personas? ¿Por qué hay personas que pretenden orientarse hacia lo futuro ó lo pasado?

Esto último puede llegar a ser el tema de otros trabajos. Se ha partido de un punto de vista, una curiosidad personal, que se ha compartido y difundido a través de estas páginas. El objetivo se ha cumplido a través de esta tesis al darme cuenta de la presencia del tiempo definido como cambio de forma implícita en los conceptos y técnicas de

algunas formas de terapia cognitivo conductual, ampliaremos esto después *pero* también hay otro descubrimiento o interpretación que me parece interesante.

El tiempo definido como cambio es una visión fluida, flexible, elástica si se quiere acerca de este fenómeno, lo que puede tener ventajas, pero también puede haber el lado opuesto. En la bibliografía revisada el tiempo está presente de manera implícita y también en algunas ocasiones se puede entrever que el concepto de cambio se haya incluido en él, haciendo ver que se habla de algo constante y fluido. A partir de los textos revisados diremos que la visión de Ellis, por ejemplo, nos habla de sus influencias a partir de Marco Aurelio que ve el tiempo como algo pasajero y mutable, eterno pero posible de vivir solamente un instante a la vez. En su lista de ideas irracionales, Ellis menciona en el lugar número 8 el pasado como algo importante y determinante del presente. (Ellis, 1997) La conducta sólo ocurre en el aquí y el ahora (H. Ford, Donald, 1998) pero creo que decir esto puede tener malas interpretaciones en el paciente que puede llegar a ver al tiempo como aquello que se entiende como áreas bien definidas que proporcionan un espacio delimitado al paciente y al terapeuta, quizás esta visión redundante en el malestar del cliente y por esto en ocasiones afirma que el tiempo no pasa por él, que nada cambia. Considero que esto es porque algunas personas pueden conceptualizar el tiempo como algo de naturaleza firme, presente, pasado y futuro son tres sólidos bloques inamovibles que determinan todo en la conducta de la persona, sin importar sus esfuerzos por cambiarlo. Esto puede deberse a que nuestra visión se basa en un mundo material, medible, cuantificable, es obvio que a fenómenos no observables a nuestros sentidos como el tiempo, les atribuyamos las mismas características, lo cual puede no ser tan conveniente. Otra razón puede ser lo siguiente: Hemos encontrado una visión eleática acerca de la forma de conceptualizar todas las cosas y lo no físico, se incluye aquí al tiempo, es decir una visión más bien permanente, pero no estática de todos los conceptos, así, el tiempo es eterno e igual a sí mismo, paradójicamente porque siempre está cambiando. Sin embargo es a través de esta falta de variedad, esta estratificación dentro del cambio si se quiere llamar así, que se promueve la salud cognitivo conductual del paciente, que es en el que se muestra el cambio a través de su ser y sus conductas. Es probable que usar estos conceptos conduzca a ciertos problemas al momento de tratar de lograr la terapia. Tratar de conceptualizar el tiempo por medio de lo eleático puede resultar poco adecuado porque hablar de una idea del tiempo que es cambiante, nunca en el mismo estado, y al mismo

tiempo eterno puede ser difícil de entender para el paciente. Se considera en este trabajo que la terapia podría lograrse a través de transmitir una visión del tiempo más apegada a Heráclito, es decir, una visión reconceptualizada en la que se habla de algo no eterno, pero sí más flexible, más fluido. Podríamos resumir lo anterior en la siguiente idea, tal como está en Klimke y Colomer (1953). Tomando en cuenta que aún cuando Heráclito se engaña cuando habla de que la realidad es un devenir múltiple y cambiante que impide conocer cualquier cosa, y que Platón habla de lo no físico, donde entra el tiempo como aquello que es posible de ser entendible y que es eterno e igual a sí mismo, entonces podríamos valernos de los conceptos de Heráclito, dejando de lado su error, retomar el devenir múltiple y cambiante y atribuírselo a aquello que está más allá de la realidad tangible, y a esta última también, así, tomando en cuenta que el tiempo se manifiesta por la conducta, el paciente puede ver que sólo se puede vivir un instante a la vez y circunscribirse al presente, donde pasado y futuro se manifiestan. Platón es el más acertado y quien resume mejor las ideas de los dos autores, cómo hemos visto, él habla de lo no físico como aquello que es eterno, igual a sí mismo e idéntico porque, paradójicamente, siempre está cambiando. Esto lo retomamos como un marco de referencia para referirnos a la naturaleza inmaterial y cambiante del tiempo. Ahora bien, como también mencionamos anteriormente, el tiempo es el potencial que la conducta tiene para manifestarse y ésta última es una de las muchas vertientes en que se manifiesta el tiempo. La naturaleza cambiante, diferente, del tiempo, queda ejemplificada si hablamos de la conducta de las personas ante un determinado estímulo. Esta tiene un principio, un desarrollo y un final. Como ejemplo la conducta de caminar, esta se desarrolla durante un determinado tiempo, tiene un objetivo, un momento en el que principia y un final. Las cogniciones también tienen un principio, un desarrollo y una conclusión. Lo fisiológico comparte éstas características. Como hemos visto, es en el momento en que la conducta se vuelve repetitiva, obsesiva, si se quiere, que puede hablarse de un problema psicológico.

Por otra parte, si fuera posible que el tiempo y la conducta pudieran ser conocidos sin necesidad de que interactuaran para darnos cuenta de su existencia entonces se justificaría el que el tiempo estuviera solamente implícito en la T.C.C. Si es que algún día se descubre que en la realidad y la metafísica el tiempo no pasa, (Penrose, 1995) aún así podemos hablar de la idea del cambio, el concepto del tiempo como aquello que fluye constantemente con el propósito de lograr la terapia en el paciente.

Finalmente, hay que hablar del cumplimiento de nuestro objetivo. Y esto es que en cuanto al tratamiento de problemas psicológicos con técnicas de la T.C.C. la influencia del concepto tiempo está solamente dada, a medias, de manera implícita en el momento de poner en práctica el sustento teórico del autor del que se está hablando. Ellis (1980) habla del pasado como el octavo factor en su lista de ideas irracionales. El paciente estudiado parece temer el pasado y el futuro también, pero esto no lo menciona Ellis sino nosotros. Sus conductas lo hacen centrarse en el presente. Es lo mismo en el segundo caso. En cuanto a la sección dedicada a Beck, éste habla de su tríada cognitiva y menciona entre ellas el futuro. Esto es el factor que se encuentra en lo que los demás esperan del paciente de este apartado, y no el futuro de ella misma. (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) El capítulo de la intervención en crisis nos presenta ejemplos del pasado en el primer caso y la influencia con que éste determina la forma en que se enfrentará el futuro. Esto no se presenta dentro de la terapia abiertamente. El segundo caso, una mujer con conductas de suicidio, es un ejemplo excelente en el que se hace uso de la técnica de proyección en el futuro y que resulta de utilidad para lograr el objetivo terapéutico lo que es por parte de los autores mencionados un acierto y notable contribución. El tercer caso (Williams, Wells, 1989) retoma el aspecto de proyección en el futuro lo que nos permite ver que la influencia del concepto tiempo entendido como cambio a través de la conducta está plenamente inscrita en esta técnica, haciendo de la intervención en crisis, que la terapia cognitivo conductual usa, una de las técnicas donde el tiempo tiene mayor prominencia. Los tres casos mencionados en la sección dedicada al estrés post-traumático tienen como característica esencial que los pacientes se trata de ubicar en el presente a los pacientes, con excepción del segundo de ellos, en donde considero que no se siguió un derrotero bien explicitado salvo que se trata de hacerlo recordar y ponerse de acuerdo con su pasado, en este caso la técnica narrativa de Meichenbaum es lo que hubiera ayudado más. Por todo lo anterior es que hemos cumplido con nuestro objetivo.

Como alternativa a otros estudios que pudieran llevarse a cabo en el futuro respecto al tema del tiempo sugeriría que se enfocaran en un solo aspecto a la vez, por ejemplo conceptos del tiempo y estrés post - traumático, conceptos del tiempo y depresión, etc.

Considero que aún cuando el tiempo no pasara son nuestras conductas las que verdaderamente pueden actuar en lugar del tiempo y cambiar cuando haya un problema, son estas las que verdaderamente cambian.

Tiempo y psicoterapia, psicoterapia y tiempo. Tiempo y actividad humana. Todo esto involucra lo que hacemos, lo que pensamos y decimos, ni siquiera nuestros pensamientos quedan fuera de la esfera del tiempo. Cualquiera que se atreva a tratar de actuar sin la influencia del tiempo cae en un error, nadie puede librarse de su influjo. Todo es factible de ser discutido, todo pasará en las márgenes del tiempo, nada permanecerá nunca igual, nada. Tal y como nada nunca será lo mismo, quizás lo mejor podría ser valernos de las antiguas sentencias del I-Ching (Willhelm, 1989) y buscar el cambio como aquello que debe de volverse una constante en las personas, la facilidad de ser mutables y flexibles a la vez para lidiar con los constantes cambios de rumbo de la vida con el propósito de tomarlos de la mejor manera.

BIBLIOGRAFIA.

Ackermann-E., Ruby. (1993) “Terapia cognoscitiva breve.” En Bellack, L. (Ed.) Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. (152-160) México Manual moderno.

Aguilera, D. Messick C., Janice M. (1978) “Problem Solving Approach to Crisis Intervention.” En: Aguilera, D. Messick, C. Janice M. (Aut.) Crisis Intervention. Theory and Methodology. (100-115) Estados Unidos. The L.V. Moshy Company.

Allen C., Nicholas B., (1996) “Cognitive Psychotherapy.” En: Bloch, Sydney. (ed.) An Introduction to the Psychotherapies. (87-96) Estados Unidos. Oxford medical publications. Oxford University Press.

Alonso F.F., (1989). “Sistemas psicológicos generales.” En Alonso F. F. (Aut.) Psicología medica y social. (87-96) Barcelona España. Salvat.

American Family Phisicians (2001) Post-traumatic Stress Disorder—What It Is and What It Means to You. (7 párrafos) American Family Physician. (En red.) Disponible en www.aafp.org/afp/20000901/1046ph.html

Bancroft, J. Graham, C., (1996) “Crisis Intervention.” En: Bloch, Sydney. (Ed.) An Introduction to the Psychotherapies. (53-70) Estados Unidos. Oxford Medical Publications.

Bas, F., Andrés, V. (1996) “Evaluación de procesos y constructos psicológicos de la depresión.” En Buela-Casal, G., Caballo, V. E., Sierra, J. C., (Dirs.) Manual de Evaluación en psicología clínica y de la salud. (227-235) Madrid. Siglo XXI de España, eds. S.A.

Baucom, D., Epstein, N. (1990) “Assessment of cognition.” En: Baucom, D., Epstein, N. Cognitive Behavioral Marital Therapy. (220-257) Nueva York. Brunner/Mazel Publishers.

Beck, A.T., Young, J. E., (1984) "Cognitive therapy: Clinical Applications." En Rush, J. A. (Ed.) Short term psychotherapies for depression. (182-214) Nueva York. The Guilford Press.

Beck, A. T., Hollon, S. D. (1994) "Cognitive and Cognitive Behavioral Therapies". En Bergen, A. E., Garfield, F. Handbook of psychotherapy and behavior change. (428-442) Estados Unidos Edit. John Wiley and Sons inc..

Beck, A., Rush, J. A., Shaw, B. F., Emery, G., (1979) Ch. 6 "Session by session treatment: A typical course of therapy." En Beck: Cognitive therapy of depression. (104-116) Nueva York. The Guilford Press.

Behavioronline (2000) A conversation with Donald Meichenbaum (57 párrafos). Behavior on line. (En red). Disponible en: www.behavior.net/column/meichenbaum/

Bellack, A. S., (1998) "Assessment Strategies." En Bellack, A. S., Hersen, M.. Behavioral assessment. (106-117) Estados Unidos. Allyn and Bacon.

Birren, J.E. (1992) Handbook of Mental Health and Aging. 2nd edition. Academic press. Estados Unidos.

Bisbey, S. Bisbey, L. B. (1998) "The Nature of post- Traumatic Stress Disorder." En: Bisbey, S. Bisbey, L. B. Brief Therapy for Post- Traumatic Stress Disorder. Traumatic Incident Reduction and Related Techniques. (26-40) Inglaterra. John Wiley And Sons.

Blanco, Alberto. (1995) Las enseñanzas del Buda. Fondo de cultura económica. México.

Block, R. A. (1989) "A Contextualistic View of Time and Mind." En: Fraser, J.T. (Ed.) Time and Mind: Interdisciplinary Issues. The Study of Time VI (64-70) Madison, Connecticut. Estados Unidos de América. International University Press, Inc.

Boeree, G. Bandura, A. (1998) (Cinco párrafos) Shippensburg University. (En red).
Disponible en: www.ship.edu/~cgboeree/bandura.html

Bolton, D. Hill, J. (1996) "Mind, meaning and mental disorder." En Bolton, D. Hill, J. The nature of causal explanation in psychology and psychiatry. (353-360) Inglaterra. Oxford University Press.

Brennan, Hope. Gould, J.J. Roger, J. H. Columbia University Record. Septiembre 16, 1994. 20 (2)

Brice B. J. (1995) Cross cultural practice. Assesment, treatment and training (100-110) Estados Unidos. John Wiley and sons, Inc.

Burton, M. (1996) "Therapy models and professional disciplines" en: Burton, M. Psychotherapy, Counselling and Primary Health Care. Assesment for Brief or Longer Term Treatment. Inglaterra. John Wiley and sons.

Caballo, V.E., (1995) "Fobia social." En: Caballo, V.E., Buela -Cajal, G., Carrobles, J.A., (Dir.) Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol I fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. España, Madrid. Editorial Siglo XXI.

Cairns, S. A.G. cap. 7 (1995) "Space Time and Substance" en: Cairns, S. A.G. Evolving the Mind. On the nature of matter and the origins of conciousness. (218-243) Reino Unido. Cambridge University Press.

Callahan, J. (1998) "Crisis Theory and Crisis Intervention in Emergencies." En : Kleespies, P.M. (Ed.) Emergencies in Mental Health Practice Evaluation and Management. (58-93) NuevaYork. The Guilford Press.

Castanedo, C., Henning J. (1993) "Terapia conductual." En Thomas P., Rodriguez G., Vucke H. Seis enfoques psicoterapeuticos. (47-72) México, D.F. Manual moderno.

Cautela, J. (1979) Covert Conditioning... Nueva York. Estados Unidos Pergamon Press

Clarkin, J. F., Yeomans, F. F., Kernberg, O. F., (1999) Psychopathology for borderline personality. Estados Unidos. John Wiley and Sons.

Coon, D. W., Rider, K., Gallagher-Thompson D., Thompson, L., (1999) ‘Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Late-Life Distress’ en: Duffy, M., (Ed) Handbook of Counseling and Psychotherapy With Older Adults. (487-506) Estados Unidos. John Wiley and Sons, inc.

D’Alarcon, R. Foulks, E., F. (1998) ‘Cultural Aspects in the treatment of personality disorders’. En: D’Alarcon, Renato. Foulks, Edward, Vakkur, Mark. Personality disorders and culture. Clinical and conceptual interactions. (212-225) Estados Unidos. John Wiley and sons, Inc.

Dalgleish, T. M., Wood A. J. (1999) ‘Inhibition Processes.’ En: Dalgleish, T. Power, M. (Ed.) Handbook of Cognition and Emotion. (248-271) Gran Bretaña. John Wiley and Sons.

Dank, Naomi (2000) Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York: Guilford. (50 párrafos). Beck Institute On Line. (En red). Disponible en www.beckinstitute.org/BasicsandBeyond/chapter3.html

Dixon, S. L., (1987) ‘Concept of Crisis.’ En: Dixon, S. L., Working with People in Crisis. Estados Unidos. John Wiley and Sons.

Doorey, M. (1995) Kelly, G. A. (1905-1967) (10 párrafos) Gale Encyclopedia of Psychology. (En red.) Disponible en www.findarticles.com/cf_0/g2699/0005/2699000519/p1/article.jhtml

Dryden, W. (1998) ‘The ABCDE model of REBT.’ En: Dryden, W. Developing Self-Acceptance. A brief, educational, small group approach. (13-23) Estados Unidos. Editorial John Wiley and Sons.

Echeburúa, E., Salaberría, K., (1998) "Tratamientos psicológicos de la fobia social." En: Echeburúa, E., (Ed.) Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de la ansiedad. (64-86) España Madrid. Ed. Pirámide.

Elliot, R. Davis, K. L. Slatick, E. (1998) "Process-Experiential Therapy for Posttraumatic Stress Difficulties." En: Greenberg, L.S., Watson, J.C., Lietaer, G., (Eds.) Handbook of Experiential Psychotherapy. (249-269) Nueva York. Londres. The Guilford Press.

Ellis, A. (1988) "Desarrollando los abc de la terapia racional- emotiva." En: Mahoney, M., Freeman, A., (Ed.) Cognición y psicoterapia. (337-382) España. Ed. Paidos.

Ellis, A. (1997) "El estado de la cuestión en la terapia racional emotivo conductual". En: Cano, I. (compiladora). Manual de psicoterapias cognitivas. (30-101) Barcelona, España. Paidos.

Ellis, A., Bernard, Michael E. (1990) "¿Qué es la terapia racional emotiva?" En: Ellis, A. Grieger, Russell. Manual de terapia racional emotiva. (19-27) Biblioteca de Psicología Bilbao, España. Desclee de Brouwer.

Ellis, A. (1997). "Reflexiones sobre la terapia racional emotiva". En Mahoney, M. J. (Ed.) Psicoterapias cognitivas y constructivistas.(93-115) Bilbao, España. Desclee de Brouwer, Biblioteca de psicología.

Falloon, I.R.H., Laporta, M., Fadden, G., Graham Hole, V., (1993) "Coping with Stress. The role of the family." En Falloon, I.R.H., Laporta, M., Fadden, G. Managing stress in families. Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills. (1-32) Estados Unidos. Routledge.

Fmarion (2000) Walter Mischel (11 párrafos). Personality Theories. (En red.) Disponible en www.fmarion.edu/~personality/exper/mischel.htm

Flack, W. F. Litz, B. Keane, T. (1998) "Cognitive Behavioral Treatment of War -Zone Related Posttraumatic Stress Disorder." En: Follette, V., Ruzek, J., Abueg, I. Francis

R., (Eds.) Cognitive-Behavioral Therapies For Trauma. (77-95) Estados Unidos. Guilford Press.

Foa, E. B., Olasov, B., R. (1998) "The Clinical Picture: A Rape Victim and Her Father Tell Their Stories." Y (1998) "An Overview of Cognitive -Behavioral Techniques and programs for PTSD." En: Foa, E. B., Olasov B.R. Treating the Trauma of Rape. Cognitive – Behavioral Therapy for PTSD. (91-109) Londres. The Guilford Press.

Fombonne, E. (1995) "Depressive Disorders." En: Rotter, M., Smith, D.J., (Ed.) Psychosocial disorders in young people. Their trend and their causes. (177-214) Inglaterra. Wiley and sons.

Freeman, C. (1996) "Cognitive therapy." En Szmuckler, G., Dare, C., Treasure, J., (Eds.) Handbook of eating disorders. (309-331) Inglaterra. Wiley and sons.

Froggat, W. Green, A. (2001) The Human Condition Ageless, Gultless. (7 párrafos) The New Yorker Magazine. Octubre 13, 2003, p. 42-43 (En red) Disponible en: www.rebt.org/newyorker.htm

Garcia, L. V. Montoya J. S. (1993) "Aproximación histórica a la psicología cognitiva". En Garcia, L.V., Montoya J.S. Historia de la psicología teorías y sistemas psicológicos contemporáneos. (360-363) España. Siglo XXI de España Editores.

Gelso, C. J., Hayes, J. A., (1998) Ch. 8 "Cognitive and behavioral views of the therapeutic relationship: Beyond Techniques." En Gelso, C. J., Jeffrey A., (Ed.) The psychotherapy relationship (188-233) Estados Unidos. John Wiley and Sons.

Goldfried, M. R. (1996) "El crecimiento y desarrollo de la terapia cognitivo-conductual." En Goldfried, M. R. De la terapia cognitivo conductual a la psicoterapia de integración. (21-37) Bilbao España. Desclee de Brouwer Biblioteca de Psicología.

Gopaul M. S. A., Brice B., Janet. (1998) "Multicultural/Multimodal/Multisystems approach." En Gopaul M., Sharon A. Cross Cultural Practice. Assessment, Treatment and Training. (101-129) Estados Unidos. John Wiley and Sons Inc.

Gotlib, I.H., Abramson, L.Y., (1999) "Attributional Theories of Emotion.", En: Dalglish, T., Power, M. (Eds) Handbook of Cognition and Emotion. (616-671) Gran Bretaña. John Wiley and Sons.

Haaga, D., Davidson, G. (1997) "Una valoración de la terapia racional emotiva." En Mahoney, M. Psicoterapias cognitivas y constructivistas. (99-107 Bilbao España.) Desclee de Brouwer Biblioteca de Psicología.

Harvey, J. H. (1998) "A Case for Hope in Pain, Loss and Suffering." En: Harvey, J., H. Perspectives on loss. A sourcebook. (72-75) Estados Unidos. Bruner/Mazel Taylor and Francis group.

Haynes. S.N., (1998) "The changing nature of behavioral assessment." En Allans, Bellack, Hersen. Behavioral assessment: a practical handbook. (42-55) Pergamon Press. Inglaterra. Oxford.

H. Ford, D.. Burban, H. (1998) "Cognitive therapies" en H. Ford, D. Burban, H. Contemporary Models of Psychotherapy. A Comparative analysis (370-409) Estados Unidos. Ed. John Wiley and Sons Inc.

Hollon, S.D., Kendall, P.C. (1979) "Cognitive-Behavioral Interventions: Theory and Procedure.." En Kendall. (Ed.) Cognitive Behavioral Interventions. Theory, research and procedures. (446-470) Estados Unidos. Academic Press.

Houston, J. P. , Bee, H., Hatfield, E., Rimm, D. C., (1979) "The Psychological Therapies." En: Houston, J. P., Bee, H., Hatfield, E., Rimm, D., C. Invitation to Psychology. (607-637) Estados Unidos. Academic Press.

Huber, H. Barath, L.G. (1991) "El punto de vista racional emotivo." En: Huber, H. Barath, L.G. Terapia familiar racional emotiva. Perspectiva sistémica. (37-46) Barcelona España. Biblioteca de Psicología Herder.

Hyer, L. (1999) "The effects of Trauma: Dynamics and Treatment of PTSD in the Elderly." En: Duffy, M. (Ed.) Handbook of Counseling and Psychotherapy with Older Adults. (539-554) Estados Unidos. John Wiley and Sons.Inc.

Kazdin, A., (1979) "Covert Modeling and the reduction of avoidance behavior." En: Upper, D., Cautela, J.R., (Ed.) Covert conditioning. (205-227) Nueva York. Pergamon Press.

Kazdin, A.E. (1994) Cap. 10 Modificación de la conducta y sus aplicaciones practicas. (308-320) México. Manual Moderno.

Kemmerling, Garth (2001) Freud, Sigmund. (Dos párrafos). Philosophical Dictionary. (En red). Disponible en: www.philosophypages.com/dy/f9.htm

Kemmerling, Garth (2001) Dewey, John. (Tres párrafos). A Timeline of Western Philosophers. (En red). Disponible en www.philosophypages.com/ph/dewe.htm

Kemmerling, Garth (2001) Epictetus. (Tres párrafos). Philosophypages. (En red). Disponible en: www.philosophypages.com/ph/epit.htm

Kendall, P.C. (1981) "Assessment and Cognitive-Behavioral interventions: Purposes, proposals, and problems." En: Kendall, P.C., Hollon, S.D. (Ed.) Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions. (8-15) Estados Unidos. Academic Press.

Kenny, V. "An Introduction to the PCP of G. Kelly." Irish Journal of Psychotyherapy. 1984. 3 (1). 5 –6.

Kimble, M.O., Riggs, D.S., Keane, T.M. (1998). "Cognitive behavioural treatment for complicated cases of Post-Traumatic Stress Disorder." En Tarrier, N. Wells, A., Haddock, G., (Ed.) Treating complex cases. The cognitive behavioural approach. (108-114) Inglaterra. Editorial Wiley and Sons.

Klimke, F., Colomer, E. (1953) ‘La filosofía del pesimismo y del voluntarismo.’ En Klimke, F., Colomer, E. Historia de la filosofía. (546-570) Barcelona España. Ed. Labor.

Koch, L. (1995) A century of psychology as a science. American Psychological Association. Estados Unidos. Washington.

Lefton, L. A., Valvathe, L., (1988) ‘Psychotherapy.’ En: Lefton, L.A., Valvathe, L. Mastering Psychology. (608-621) Estados Unidos. Allyn and Bacon.

Lega, L. I. (1997) ‘El proceso terapéutico en la terapia racional-emotiva-conductual.’ En: Cano I. (Compiladora). Manual de psicoterapias cognitivas. (104-117) Barcelona España. Paidós.

Lewis, M. (1999) ‘Role of the Self.’ En: Dalgleish, T. Power, M. (Ed.) Handbook of Cognition and Emotion. (139-161) Gran Bretaña. John Wiley and Sons.

Lima Associates (1997) Michael Mahoney, Ph.D., Biography. (Dos párrafos). Continuing Education for behavioral health care professionals. (En red). Disponible en: www.lima-associates.com/mahoneybio.htm

Lundin, R. W. (1991) ‘Cognitive Psychology.’ En Lundin, R. W. Theories and Systems of Psychology. (298-331) Estados Unidos. Editorial D.C. Heath and Company.

Macleod, A.C., (1999) ‘Prospective Cognitions.’, ‘Anxiety and Anxiety Disorders.’, En: Dalgleish, T., Power, M. (Eds.) Handbook of cognition and Emotion. (269-280) Gran Bretaña. John Wiley and Sons.

Mahoney, M., (1983) Cap. 7 ‘Extinción.’ En Mahoney, M., Cognición y Modificación de conducta. México. Ed. Trillas.

Martorell, J. L. (1996). ‘Psicoterapias cognitivas’. En Martorell, José Luis. Psicoterapias: escuelas y conceptos básicos. (89-100) Madrid, España. Ed. Pirámide.

Matthews, W., Jon H. E. (1999) Current Thinking and Research in Brief therapy. Solutions, strategies, narratives. (107-249) Estados Unidos. Brunner and Mazel.

Matthews, G. Wells, A. (1999) "Attention and Emotion." En: (E d.) Dalglish, T. Power, M. Handbook of Cognition and Emotion." (75-90) Inglaterra. John Wiley and Sons.

Meichenbaum, D. (1988) "Terapias cognitivo conductuales." En Jay L., S. Garske, J. P., Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos. (353-381) Bilbao España. Desclee de Brouwer Biblioteca de psicología.

Meichenbaum, D., Cameron, R., (1987) "Entrenamiento en inoculación de estrés. Hacia un paradigma general de entrenamiento en habilidades de afrontamiento." En: Meichenbaum, D., Jaremko, M., (Ed.) Prevención y reducción del estrés. (107-134) Biblioteca de Psicología. Desclee de Brouwer. Bilbao España.

Meichenbaum, D., Fitzpatrick, D. (1993) "A constructivist narrative perspective on stress and coping: stress inoculation applications." En: Goldberger, L., Breznitz, S., (Ed.) Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. (706-717) Estados Unidos. Editorial The free press.

Metcalf, Shoda, Y (1995) Introduction to Personality. (Diez párrafos). Columbia Education. (En red). Disponible en: www.columbia.edu/cu/psychology/courses/syllabi/2610_wm.html

Miller, T. W., Feibelman, D., (1995) "Traumatic stress disorder" en: Miller, Thomas W., (Ed.) Stressful Life Events. (562-578) Estados Unidos. Editorial International University Press.

Mischel, (1984) Walter Mischel. (12 párrafos.) Personality Theories. (En red.) Disponible en: www.fmarion.edu/-personality/exper/mischel.htm

Mogg, K., Bradley, B.P., (1999) "Selective Attention and Anxiety." En: Dalglish, T., Power, M. (Eds.) Handbook of Cognition and Emotion. (146-188) Gran Bretaña. John Wiley and Sons.

Montes De Oca, F. (1975) (Ed.) Soliloquios de Marco Aurelio. Manual y Máximas de Epicteto. Ed. Porrúa. México. D.F.

Montmollin, M. (1972) 1. ‘La selección’ En Montmollin, M. (Aut.) Los Psicofarsantes. (11-38). México, D.F. Ed. Siglo XXI.

Mooney, T. F. (1998) ‘Cognitive behavior therapy for men’. En Pollack, W. S., Levant, T. (Compiladores). New Psychotherapy for Men. (58-72) Estados Unidos. Editorial John Wiley and Sons, Inc.

Moos, R.H. Schaefer, J.A. (1993) ‘Coping Resources and Processes: Current Concepts and Measures.’ En: Goldberger, L., Breznitz, S. (Ed.) Handbook of Stress. Theoretical and clinical aspects. (143-167) Estados Unidos. Editorial The free press.

Neenan, M., Dryden, W. (1999) ‘Some Reflections on Rational Beliefs.’ y ‘Rational Emotive Behavior Therapy (REBT): An Overview. En: Neenan, M. Dryden, W. Rational Emotive Behaviour Therapy. Advances in Theory and Practice. (9-92) Londres. Whurr Publishers.

Ochberg, F., M. (1993) ‘Posttraumatic Therapy.’ En: Wilson, J. P., Beverly, R. (Eds.) International Handbook of Traumatic Stress Syndrome. (774-780) Londres. Plenum Press.

Ochotorena, J.P. (1995) ‘Trastorno por estrés postraumático.’ En: Caballo, V.E., Buela -Cajal, G., Carroble, J.A., (Dirs.) Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. I Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. (278-325) España Madrid. Editorial Siglo XXI.

Othmer, E. Othmer, S.C., (1996) ‘Estrés Post-traumático.’ En: Othmer, E., Ohmer, S.C., DSM-IV La entrevista clínica. Tomo II. El paciente difícil. (77-125) S.A. España. Masson,

Peterson, K. C., Prout, M. F., Schwartz, R.A. (1998) ‘PTSD in Children.’ En: Post-Traumatic Stress Disorder. A Clinician’s Guide. (61-65) Londres. Plenum Press.

Pike, Bill (1997) Post Traumatic Stress Disorder. (15 párrafos.) TRAUMA THERAPY. (En red.) Disponible en www.lanet.com/portal/google.php

Plante, T. G., (1999) Contemporary Clinical Psychology. Estados Unidos. John Wiley and Sons.

Rosenblatt, P.C., (2000) Parent Grief. Narratives of Loss and Relationship. Estados Unidos. Editorial Brunner Mazel/Taylor and Prank Group.

Ross, J., Gonsalves, C.J., (1993) ‘Brief Treatment of a torture survivor.’. En Wells, R.A., Giannetti, V.J. (Ed.) Casebook of the brief psychotherapies. (34-49) Nueva York. Editorial Plenum press.

Rotter, J.B. (1993) ‘Expectancies’. En Walker, C.E. (Ed.) The history of clinical psychology in autobiography. (273-284) Vol. II P. California. Estados Unidos. Ed. Brooks/Cole.

Rush, J. A., Shaw, B. F. Emery, G. Beck, A.T. Ch. 1. (1979) Cognitive therapy of depression. (82-123) Nueva York, Estados Unidos. Editorial Guilford Press.

Scott, M. (1989) ‘New Horizons in Cognitive – Behaviour Therapy.’ En: Scott, M. A Cognitive- Behavioral Approach to Clients’ Problems. (191-221) Gran Bretaña. Editorial Tavistock/Routledge.

Schwedinger, C. (2000) Don Meichenbaum. (5 párrafos.) Welcome to psychology. (En red.) Disponible en: www.psychology.uwaterloo.ca/people/dmeich

Segal, Z.V., Lau, M.A., Rokke, P.D. (1999) ‘Cognition-Emotion Research and CBT.’ En: Dalgleish, T., Power, M.. Handbook of Cognition and Emotion. (708-720 Gran Bretaña.) John Wiley and Sons.

Shapiro, L.J., Steketee, G., (1995) "Trastorno obsesivo compulsivo." En: Caballo, V.E., Buela-Cajal, G., Carrobes, J.A., (dirs.) Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol I Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. (345-400) España Madrid. Siglo XXI.

Sheikh, J. I. (1992) "Anxiety Disorders in Old Age." En: Sheikh, J. I. (Ed.) Handbook of Mental Health and Aging. (417-430) Estados Unidos. Academic Press.

Slaikew, K., A. (1996) "Teoría de la crisis." "Intervención de segunda instancia." Y "Glosario de técnicas de terapia para Crisis." En Slaikew, K., A. Intervención en crisis manual para practica e investigación. (17-150) Manual moderno. México.

Smith, S., S. (1984) "Personalidad: personas y situaciones." En: Psicología Fronteras de la Conducta. (543-557) Segunda Edición. Ed. Harla. México.

Sosa, C.D., Capafons, J.J., (1995) "Fobia específica." En: Caballo, V.E., Buela -Cajal, G. Carrobes, J.A., (Dirs.) Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. I fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. (431-450) España Madrid. Editorial Siglo XXI.

Sperry, L. (1999) Cognitive Behavior Therapy of DSMIV Behaviour disorders highly effective interventions for the most common personality disorders. Estados Unidos. Editorial. Brunner/Mazel Taylor Francis Group.

Sutton-Simon, K. (1981) "Assessing Belief Systems: Concepts and Strategies." En: Kendall, P.C. Hollon, S.D. (Ed.) Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions. Estados Unidos. Academic Press.

Tallis, F. (1999) "Unintended Thoughts and Images." En: Dalglish, T. Power, M. (Ed.) Handbook of Cognition and Emotion. (283-302) Gran Bretaña. John Wiley and Sons.

The American Academy of Experts in Traumatic Stress. (1998) Trauma Response Profile: Donald Meichenbaum, Ph.D. (28 párrafos). The American Academy of Experts in Traumatic Stress. (En red). Disponible en: www.aets.org/arts/art39.htm

Thomae, H., (1992) "Emotion and personality." En: Birren, J.E., Sloane, R.B., Cohen, G.D. (Ed.) Handbook of Mental Health and Aging. 2nd edition. (170-200) Estados Unidos. Editorial Academic press.

Tjelvit, A. C., (1999) "Psychotherapists as Ethicists." En: Tjelvit, A.C. Ethics and Values in Psychotherapy. (43-83) Estados Unidos. Editorial Routledge.

Trefil, James. (1993) "Ciencias Físicas Clásicas." En: Trefil, James. 1001 Cosas que Todo el Mundo Debería Saber Sobre Ciencia. (200-227) España. Ed. RBA EDITORES.

Tucker-Ladd, Clayton (2002) Stress, Trauma, Anxiety, Fears, and Psychosomatic Disorders. (5 párrafos.) Psychological Self Help. (En red.) Disponible en: www.mentalhelp.net/psychhelp/chap5/

Tucker-Ladd, Clayton (2002) Behavior, Motivation and Self-Control. (17 párrafos.) Psychological Self Help. (En red.) Disponible en: www.mentalhelp.net/psychhelp/chap4/chap4k.htm

Turner, S. M., Hersen, M. (1997) Adult Psychopathology and Diagnosis Estados Unidos. Editorial John Wiley and Sons.

Van Der Veer, G., (1998) Counselling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma. Estados Unidos. Editorial John wiley and sons.

Vega, L., I., (1997) "El proceso terapéutico en la terapia racional emotiva." En: Cano, I. (compiladora) Manual de psicoterapias cognitivas. España. Paidós.

Western, D. (1999) "Thought and Language. Reasoning, Problem Solving and Decision Making." En: Western, D. Psychology, Mind, Brain, Culture. (313-340) Estados Unidos. Ed. John Wiley and Sons.

Western, D. (1999) ‘Cognitive Behavioral Therapies. Emotion, Stress, and Coping.’
En: Western, D. Psychology, Mind, Brain, Culture. (733-741) Nueva York. Estados Unidos. Editorial John Wiley and Sons.

Willhelm, Richard. (1989) I Ching. El libro de las Mutaciones. México. Editorial Hermes. Distribuidor.

Williams, J.M.G. Wells, J. (1989) ‘Suicidal patients.’ En: Scott, J., Mark, J., Williams, G., Beck, A.T., Cognitive Therapy in Clinical Practice, an Illustrative Casebook. (450-482) Nueva York. Estados Unidos. Editorial Routledge.

Wilson, J. P., (1988) ‘Psychotherapy of Holocaust Survivors.’ En: Wilson, J. P. Human Adaptation to Extreme Stress. From the Holocaust to Vietnam. (297-330) Nueva York. Editorial Plenum Press.

Winston Bush, J. (2001) Cognitive Behavior Therapy (2 párrafos). Cognitive Behavior Therapy. (En red.) Disponible en: www.cognitivetherapy.com