



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Revisión Bibliográfica Comparativa de los
Fundamentos de la Teoría Cognitiva y su nuevo
enfoque hacia el Constructivismo.**

**Trabajo de Graduación previo a la obtención del título
de Licenciatura en Psicología Clínica**

AUTOR: Rosalba Sánchez Molinari

DIRECTOR: Mst. Yolanda Dávila

Cuenca Marzo del 2007

DEDICATORIA

A todos los miembros de mi familia que me alentaron
Para que termine con mi carrera y de manera
especial a Robert.

AGRADECIMIENTO

A la Master Yolanda Dávila por haberme guiado
en mi trayectoria como estudiante al igual que
a todos mis profesores. Y de manera especial
A mi Papi y mi Mami por haberme ayudado
en este camino.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Resumen.....	v
Abstract	vi
Introducción.....	1
1. Teoría Cognitiva.....	3
1.1 Breve Historia de la Terapia Cognitiva.....	3
1.2 La triada Cognitiva.....	6
1.3 Organización estructural del pensamiento	11
1.4 La Conceptualización Cognitiva.....	13
2. Teoría Constructivista.....	18
2.1 Breve Historia del Constructivismo.....	18
2.2 Las narraciones.....	23
2.3 Acento en el significado.....	25
2.4 Concepto del si mismo.....	27
2.6 Los constructos personales de G. Kelly	29
3. Intervenciones, objetivo, focalización y definición de problema para las terapias cognitiva y constructivistas.....	32
3.1 El objetivo.....	32
3.2 La focalización.....	34
3.3 Como conceptualiza el problema la Teoría Cognitiva y la Constructivista.....	36
3.4 Intervenciones.....	39
3.4.1. Intervenciones Cognitivas.....	39
3.4.2. Intervenciones Constructivistas.....	42
Conclusiones.....	45
Bibliografía.....	47

RESUMEN:

Esta monografía se encuentra dividida en tres partes: En la primera parte se revisan los fundamentos de la teoría Cognitiva. En la segunda se centra en los avances y fundamentos de la Teoría Constructivista y en la tercera parte se busca conocer los diferentes tipos de intervenciones que tienen ambas teorías, así como la definición de problema, la focalización y el objetivo principal para ambas.

En el presente trabajo se busca explicar los principales conceptos de las Teorías Cognitiva y la Constructivista, sus aplicaciones más recientes en la clínica, para tratar de resolver las distintas patologías que hoy en día se presentan en los seres humanos. El objetivo principal de este trabajo es proporcionar un material que sirva de entrada para el conocimiento de ambas, donde se exponen a sus principales autores y las más relevantes aportaciones de cada uno de ellos para la psicología.

ABSTRACT

This research has been divided in three parts: the first one is about the fundamentals of the cognitive theory. The second one shows the advance and the fundamentals of the constructivist theory and in the third and last chapter it is developed the different kinds of interventions that both have, also the definitions for problem and focalization, and the main objective for both.

In the following project it is tried to understand and know the main concepts of the cognitive and constructivist theories, their latest applications in clinic psychology, to solve the different pathologies that at this time humans suffer. The main objective of this research is to give the first tools for the knowledge of both theories, where it is expounded the main authors and the most relevant contributions of each one of them.

INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años la Terapia Cognitiva es considerada una de las más eficientes para cualquier trastorno del DSM-IV, a pesar de ellos a sufrido críticas y cambios desde la época de surgimiento hasta la actualidad. En la época de los 90´s las terapias cognitivas continuaron con su evolución llegando hasta las nuevas terapias Cognitivas llamadas Constructivistas las cuales critican a las teorías de Beck y de Ellis ya que estas se centran a partir de un modelo o visión objetiva y universal de la verdad y la realidad de donde se apuntan sus desviaciones o distorsiones.

Los principales pilares de la terapia cognitiva hacen referencia a los pensamientos que producen emociones y éstos determinan conductas. Las conductas, a su vez, refuerzan los pensamientos que, en último lugar, mantienen homeostasis con el entorno. La interpretación cognitiva de eventos en nuestro entorno es dinámica y activa siendo fundamental en la clínica terapéutica. Otro punto de vital importancia en la Terapia Cognitiva C es la Atención Selectiva, así como las presiones internas o externas que activan respuestas automáticas de conducta, que impiden la adaptación del organismo.

Otro fundamento hace referencia a los patrones cognitivos o cosmovisiones que determinan los estados emocionales, y a los pensamientos automáticos que son pensamientos con gran contenido emotivo que guardan estrecha relación con la percepción, memoria, expectativa, fantasía, sueño, imagen, símbolo, u opinión.

Pero los constructivistas proponen que es posible establecer un acceso directo a la realidad, ya que está siempre en relación al sujeto y su contexto cultural mediante la cual es construida, aseguran que las emociones no siempre son el objetivo a modificar en la terapia, ya que estas contienen una valiosa información sobre los significados personales y estos deben ser explorados más no estructurados. Notando que los desajustes se

derivan por la experiencia emocional (a menudo relacionada con esquemas cognitivos preverbales) y su explicación consciente (a menudo regulada por esquemas cognitivos verbales como los que postulan los cognitivistas racionalistas).

Por ello creo que el conocer a cabalidad los fundamentos de la teoría cognitiva nos ayudara a una mejor comprensión de las nuevas corrientes constructivistas que están modificando las ramas de la clínica terapéutica, ya que el papel de terapeuta no constituye más que la de un organizador de la conversación, la que tiene lugar en un atmósfera que permite analizar distintos puntos de vista, en lo posible de una manera poco o nada defensiva y en el ahí de la terapia construyendo la realidad en ese momento terapéutico.

CAPITULO I

TEORÍA COGNITIVA

En el presente capítulo se dará a conocer el comienzo y los principales fundamentos de la teoría Cognitiva así como su aplicación en la psicoterapia. Se dará importancia a la formación del pensamiento patológico en los pacientes los cuales son las bases para alcanzar una reestructuración en la cognición del paciente y para lograr la cura en él. Se dará a conocer sobre la formación de los esquemas los cuales son la base del pensamiento.

1.1. BREVE HISTORIA DE LA TEORÍA COGNITIVA:

Los orígenes de la terapia cognitiva se remontan a los Estoicos en particular a Zenón del Citio (siglo VI AC) Crisipo, Ciceron. Epicreto el cual en su tiempo escribió “Los hombres no se perturban por la causas de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”. Del mismo modo que el Estoicismo las filosofías orientales como el Toisismo y el Budismo han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio de ideas.

Freud expuso inicialmente la idea de que los sentimientos y los afectos se basan en ideas inconscientes, en cambio Adler en la Psicología individual, indica la importancia de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias. Para Adler la terapia consistía en intentar explicar cómo la persona percibe y experimenta el mundo.

Adler afirma: “No sufrimos por el choque de la experiencia del llamado trauma, sino por que inferimos de ellas precisamente lo que se ajusta a nuestros propósitos, estamos autodeterminados por el significado que damos de nuestra experiencia y probamente siempre hay implicada cierta parte de error cuando tomamos determinadas experiencias como base

*para nuestra vida futura. Los significados no están determinados por las situaciones, sino que nos determinamos nosotros mismos por el significado que damos a las situaciones”*¹

Existe material de algunos otros autores que aportan ideas muy importantes al desarrollo de La Terapia Cognitiva, algunos de estos autores pueden ser Alexander, Horney, Saul, Sullivan. El énfasis filosófico en las experiencias subjetivas consientes surgen de trabajos de Kant, Heidegger y Husser. Este movimiento fenomenológico ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la Psicología moderna en este grupo de terapias. Los últimos avances de la psicología conductual también hacen hincapié en la importancia de tratar las cogniciones de los pacientes, Bowers ha definido un modelo interactivo (características del sujeto y características del ambiente) en contra del situacionismo de los enfoques conductistas, pero el énfasis creciente en la reestructuración o modificación de las cogniciones se refleja en los postulados quien afirma “que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas. Y estas se producirán tanto antes como después de que tenga lugar el cambio en la conducta. En cambio el constructivismo desarrolló en la terapia de los constructos personales de Kelly para modificar las experiencias cotidianas consientes de los pacientes.

El trabajo de Ellis “supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivas, el relacionaba al nuevo estímulo ambiental o Activador (A) con las consecuencias emocionales (C) a través de la creencia interviniente (Cr)”². Así el objetivo de la terapia racional emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de estas. Por

¹ ADLER, A “Lo que la vida debería significar para ti” New York Capricorn 1958.

² ELLIS, A y GRIEGER, R: “Manual de terapia racional emotiva”. Volumen 2. D.D.B, Bilbao, 1990.

su parte otros autores han subrayado el empleo de otras técnicas para hacer que el individuo tome conciencia de estas creencias para modificarlas.

La contribución de otros autores conductuales como Mahoney, Mechenbaun, Davison, Goldfried, Kazdin, y Wilson han proporcionado una base empírica para y una teoría más firme sobre la cual continuar trabajando en esta área. Es preciso conocer la teoría del modelo cognitivo de Beck para aplicar las técnicas de la terapia cognitiva.

La terapia cognitiva de Beck guarda estrecha relación entre los pensamientos emociones y conductas, el papel central de la terapia son las cogniciones en los trastornos psicológicos. Hace relevancia a un enfoque de aprendizaje y autoayuda donde el paciente aprende habilidades cognitivas para manejar adecuadamente sus dificultades.

El modelo de trabajo postulado por Beck y sus seguidores intenta conceptualizar de otro modo la relación propuesta tradicionalmente entre cognición, emoción y conducta. En lugar de pretender, como en el esquema clásico estímulo-respuesta, se pretende que la emoción evocada determine los pensamientos y conductas del sujeto de tal manera; que si modificamos aquella (por ejemplo por medio de fármacos) mejoraremos estos últimos, ahora la generación de emociones y conductas se las ve dependientes de una evaluación cognitiva del significado de la información ambiental. Beck señaló dos tipos de pensamientos que ayudan a los terapeutas a clarificar las cogniciones en el paciente.

UN SISTEMA COGNITIVO MADURO

Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de constatación de hipótesis o verificación.

UN SISTEMA COGNITIVO PRIMITIVO

Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

1.2. LA TRIADA COGNITIVA:

Es la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no a través del sistema de cogniciones de las personas. La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerar a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo, idiosincrático. Estas se pueden dividir en tres componentes. (Beck, 1981)³

PRIMER COMPONENTE

El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente a cerca de si mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo físico moral o psíquico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que a causa de estos defectos es un inútil, carece de valor. Se critica siempre a si mismo y con

³ BECK. Aron, RUSH John, SHAW Brian , EMERY Gary "Terapia Cognitiva de la Depresión". Desclee de Brouwer. 15 Edición, Bilbao 2002

severidad en base a sus defectos, por último piensa que carece de atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

SEGUNDO COMPONENTE

El segundo componente de la triada se centra en la tendencia del paciente a interpretar sus experiencias de una manera negativa, visualiza un mundo demandante el cual muy difícilmente podrá alcanzar los objetivos que él tenga. Tiende a interpretar sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración, estas interpretaciones aparecen en la práctica clínica cuando se observa como construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudiera hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

TERCER COMPONENTE

El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del mundo futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, se anticipa a que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente, en sus pensamientos solo ve en su futuro penas frustraciones y privaciones interminables, cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en el futuro inmediato inevitablemente sus experiencias son de fracaso.

El trabajo del terapeuta es examinar minuciosamente pensamientos en estas tres áreas, pues cada una contribuye de alguna forma al estrés del paciente y deberán ser las primeras que entren en el proceso de evaluación. En la "tríada cognitiva": del sí mismo, el mundo y el futuro. Wright y Beck "han comprobado que los pensamientos pesimistas del futuro la desesperanza son casi más importantes que la baja estima o las

percepciones deformadas del ambiente.”⁴ La desesperanza es un núcleo especialmente importante y requiere de toda la atención del psicoterapeuta porque está significativamente asociada al suicidio (*“no tengo vuelta, nunca nada me sale bien, estoy liquidado”*). Sin embargo, el sujeto se percibe efectivamente como indeseable, inadecuado, derribado, defectuoso, no valioso (*“soy el hazmerreír de mi grupo”*) y ve al mundo como demandante, negativo, un lugar en que es habitual experimentar el fracaso, la humillación y la derrota (*“mi ambiente es cruel, sólo ganan los sinvergüenzas, aprovechadores y arrastrados”*).

La unión de la triada con los patrones cognitivos da como resultado errores en los procesos de información, favoreciendo la predisposición y el mantenimiento del cuadro clínico. Terapéuticamente se persiguen dos objetivos: que desaparezcan los síntomas y que el pensamiento se reestructure, disminuyendo así la vulnerabilidad a la enfermedad, para ello se procede en dos fases una diagnóstica y otra terapéutica propiamente dicha.

En la fase diagnóstica se investiga, analizan y evalúan las distorsiones que luego se especificarán en los objetivos terapéuticos. En la segunda fase, el paciente ha de aprender a distinguir entre pensar y creer mediante auto observaciones con razonamientos lógicos, generando así formas de pensar alternativas y estables. El terapeuta al principio es muy directivo pero a medida que avance el tratamiento irá pasando a segundo plano en el momento en que el paciente asuma y sepa aplicar el procedimiento aprendido.

⁴ BECK. Aron, RUSH John, SHAW Brian , EMERY Gary “Terapia Cognitiva de la Depresión”. Desclee de Brouwer. 15 Edición, Bilbao 2002

1.3 ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DEL PENSAMIENTO.

Los esquemas son el componente del segundo modelo cognitivo, este concepto se utiliza para explicar porque el paciente mantiene actitudes que hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Cualquier situación esta compuesta por un amplio conjunto de estímulos, el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina, conceptualiza la situación.

Cada persona puede conceptualizar las experiencias de diferente forma. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término "esquema" designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar estos datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

El tipo de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructura distintas experiencias, un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activados por actos o situaciones ambientales específicas, estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados.

El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la instrucción de los esquemas idiocincráticos activos. A medida que estos esquemas se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayores, que mantienen una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados

En las crisis leves de cualquier cuadro clínico los pacientes suelen ser capaces generalmente de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad, a medida que el cuadro es grave su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiocincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y consecuentemente errores sistemáticos en el pensamiento, este se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas.

En los cuadros más agudos los pensamientos del paciente pueden llegar a estar dominados por los esquemas idiocincráticos; está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes, puede ser extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos, en tales casos inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa, que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Originalmente Kant propuso la existencia de esquemas: el concepto fué luego adoptado por Piaget y su escuela conjuntamente con la teoría cognitiva define esquemas "como los elementos cognitivos tácitos y organizados, generalmente rígidos, compuestos de abstracciones (emociones y pensamientos) hechas sobre los atributos de un estímulo,

persona interacción u objeto.”⁵ Existen ciertas características de los esquemas.

- Los esquemas como componentes de la memoria, son generalizaciones derivadas de experiencias específicas que hayan tenido, o conclusiones prototípicas de casos específicos que hayan vivido.
- Los esquemas son construidos en la infancia en parte como patrones de conducta repetitivos aprendidos de los padres que luego son internalizados.
- Esquemas aparentemente disfuncionales tienen en realidad, o tuvieron funciones adaptativas.
- En general uno no adapta su cosmovisión a las demandas de su entorno, en cambio, la gente modifica la interpretación de eventos de manera tal que estos concuerdan con el esquema personal.
- La terapia cognitiva provee experiencias conductuales y oportunidades de aprendizaje incompatibles con esquemas, cambiándolos eventualmente por otros esquemas más funcionales.

1.3.1 Las Distorsiones Cognitivas:

Los esquemas cognitivos producen distorsiones cognitivas, que facilitan la adaptación mediante conductas saludables; sin embargo, distorsiones cognitivas derivadas de esquemas disfuncionales pueden impedir la adaptación, reforzando el esquema del cual derivan. Las distorsiones al igual que los esquemas, están asociados con entidades clínicas específicas.

Pero las distorsiones cognitivas son de fácil acceso y son consientes para las intervenciones terapéuticas al contrario de los esquemas que están mas allá de la conciencia. Los errores sistemáticos que se dan en

⁵ BECK. Aron, RUSH John, SHAW Brian , EMERY Gary “Terapia Cognitiva de la Depresión”. Desclée de Brouwer. 15 Edición, Bilbao 2002

el pensamiento del paciente mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

- **INFERENCIA ARBITRARIA:** (relativo a la respuesta) se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- **ABSTRACCION SELECTIVA:** (relativo al estímulo) consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- **GENERALIZACIÓN EXCESIVA:** (relativo a las respuestas) se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de el concepto tanto a situaciones inconexas.
- **MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN:** (relativo a la respuesta) queda reflejada en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- **PERSONALIZACIÓN:** (relativo a la respuesta) se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- **PENSAMIENTO ABSOLUTISTA, DICOTÓMICO:** (relativo a la respuesta) se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el pensamiento selecciona las categorías del extremo negativo.

1.3.2 ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN:

Hace referencia en las ocasiones en que el paciente busca quedarse solo, en casa o la utilización de rituales compulsivos así como la necesidad de buscar continuamente la necesidad de aprobación.

1.3.3 HABILIDADES:

Existen varias técnicas que pueden ayudar al paciente a mejorar las relaciones interpersonales según las necesidades individuales de cada uno de ellos. Estas pueden ser técnicas para controlar el estrés, técnicas de regulación emotiva, y técnicas interpersonales.

1.4 LA CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA:

La conceptualización cognitiva provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente, estableciendo hipótesis acerca del modo como el paciente llegó a desarrollar su trastorno psicológico particular. Desde el primer contacto el paciente comienza a construir una conceptualización cognitiva y la sigue profundizando hasta la última sesión. Este marco orgánico siempre en evolución, lo ayuda a planificar una terapia eficaz y eficiente.

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que siente. La respuesta emocional esta condicionada por la percepción de la situación. El terapeuta cognitivo se interesa por el nivel de pensamiento que opera simultáneamente por el nivel del pensamiento superficial, que es el más evidente.

Estos pensamientos corresponden a lo que se llama los pensamientos automáticos. Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y

presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento.

También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante roll-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autoregistros como tarea entre sesiones.

Sin embargo es posible que los pacientes no sean demasiado conscientes de estos pensamientos y que solo se tome conciencia de la emoción que de ellos surge, por esta razón en muchas ocasiones estos son aceptados como ciertos sin ser sometidos a ninguna clase de crítica. Cuando los pensamientos disfuncionales son sometidos a la reflexión racional las emociones suelen modificarse.

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. A partir de su infancia las personas desarrollan ciertas creencias acerca de sí mismas, de las otras personas y del mundo que les rodea. Las creencias centrales son ideas tan fundamentadas y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo, estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como son las cosas. Cuando se activan las creencias centrales el paciente interpreta las situaciones a través del lente de esta creencia, aun cuando la interpretación puede ser a la luz de un análisis racional, completamente falso.

El paciente tiende a centrarse selectivamente en aquella información que le confirma su creencia central, dejando de lado o despreciando la información que la contradice. De esta manera, él mantiene su creencia a pesar de que sea equivocada y disfuncional. Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de creencia, son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los pensamientos automáticos que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona son en cambio

específicos para cada situación y se consideran que constituyen el nivel más superficial de la cognición.

1.4.1. ACTITUDES REGLAS Y PRESUNCIONES:

Las creencias centrales inciden en una clase intermedia de creencias que consisten en actitudes reglas y presunciones, a menudo no expresadas. Estas creencias influyen en la forma de ver una situación y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta. Se describe a continuación la relación entre las creencias intermedias, las creencias centrales y los pensamientos automáticos.

Estas se originan desde las primeras etapa de su desarrollo las personas tratan de comprender su entorno, necesitan a demás organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan. Sus interacciones con el mundo y con los demás las lleva a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad.

Las creencias disfuncionales pueden ser desaprendidas y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales. Esto es la base para el terapeuta cognitivo. El curso habitual del tratamiento en la terapia cognitiva implica usualmente que en los inicios se ponga más énfasis en los pensamientos automáticos, que son conocimientos más cercanos a la conciencia.

El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas. Luego el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resultan revelantes son evaluadas de distinta manera y más tarde son modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente

a partir de sus percepciones de los hechos. Esta modificación más profunda de creencias fundamentadas disminuye las posibilidades de recaídas en el futuro.

1.4.2. RELACIÓN ENTRE LAS CONDUCTAS Y LOS PENSAMIENTOS:

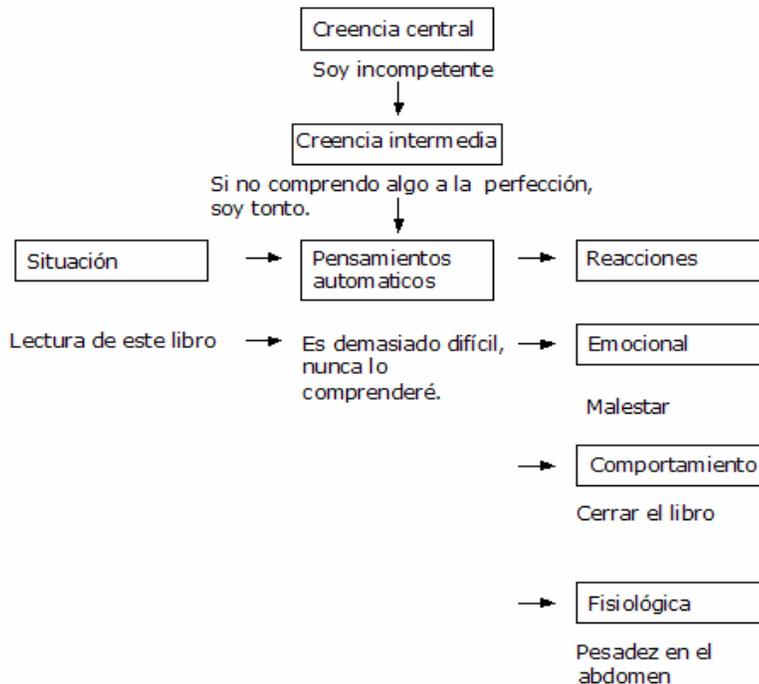
En una situación específica las creencias subyacen de una persona, influyen sobre sus percepciones y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación. Estos pensamientos a su vez inciden sobre sus emociones. En un paso ulterior los pensamientos automáticos también influyen sobre la conducta a menudo llevan a respuestas lógicas.

Para el terapeuta es muy importante conceptualizar en términos cognitivos las dificultades del paciente con el objeto de determinar los pasos para seguir en la terapia, cuando se trabaja sobre un objetivo específico, un pensamiento automático, una creencia o un comportamiento, el terapeuta tiene que saber que técnica seleccionar y como manejar la relación terapéutica.

Es importante que el terapeuta se ubique en el lugar del paciente para que pueda así desarrollar empatía respecto de la situación que esta atravesando, comprender como se siente y percibir el mundo a través de sus ojos. Las conductas, las percepciones, los pensamientos y emociones del paciente de harán comprensibles a partir de sus historias y conjunto de creencias

Para el terapeuta puede ser útil considerar a la terapia como un viaje a la conceptualización, como un mapa de ruta. La conceptualización comienza durante el primer contacto con el paciente y se va profundizando en cada nuevo encuentro, el terapeuta se plantea hipótesis respecto del paciente

basándose en los datos que él aporta, estas hipótesis se confirman, se descartan o se modifican según estos nuevos datos.



El aporte de la Teoría Cognitiva en el avance de la psicología es fundamental, ya que a través de la misma se ha logrado ampliar el campo de aplicación de la Psicología en muchos trastornos que en una época fueron tratados solo por la psiquiatría.

Al conocer el pensamiento que trabaja de manera disfuncional en él, el paciente nos abre la posibilidad de conocer la formación del síntoma y como este afecta sobre la conducta de la persona. Ayuda a conocer como el ser humano entiende el mundo que le rodea y como lo interpreta a través de su propia experiencia.

CAPITULO II

TEORÍA CONSTRUCTIVISTA

Conocer el enfoque alternativo que presenta el constructivismo abre la opción de poder entender al individuo en su contexto real, entendiendo que es fundamental conocer como el individuo conforma su realidad en base a las experiencias y que podemos conocerlo a través de lo que el puede relatar dentro de la terapia. El terapeuta se encargara de reescribir de nuevo el relato del paciente.

2.1. BREVE COMIENZO DEL CONSTRUCTIVISMO

En su libro intervenciones para el cambio Wainstein “señala que tal vez el desarrollo alcanzado por la corriente narrativa, relativamente nueva haga aun inapropiado hablar de una psicología o psicoterapia narrativa, pero lo que si es evidente, es la existencia de un enfoque narrativo en la psicología con extensión a muchas aplicaciones en otras psicoterapias.”⁶

El desarrollo del narrativismo en la psicología y la psicoterapia se relacionan con la llamada crisis de la modernidad, un individuo que vivía en el tormento y la incertidumbre, preso de conflictos que el psicoanálisis y la psiquiatría había intentando en vano describir o resolver. Esas disciplinas al igual que todas las ciencias se nutrieron de una expectativa optimista acerca de la posibilidad de descubrir la base y la esencia de todas las cosas.

⁶ WAINSTEIN, Martín. “Intervenciones para el cambio.” JCE Ediciones. Argentina, 2006

En esta época para la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia al paciente se lo podía observar, diagnosticar y mejorar, proponían que estaban en él los recursos y las opciones para seguir estándolo o dejar de estar enfermo, esta psicología moderna se convirtió sin saberlo en uno más de los discursos de la modernidad ya que se produce un cambio esencial; durante y fines del siglo XIX y XX se pensaba que si algo andaba mal era porque no se lo conocía lo suficiente o no se aplicaban adecuadamente las soluciones que el conocimiento personal aportaba, es decir: había una racionalización fallida que no permitía conectar medios y fines.

Los problemas humanos de los pacientes y de las personas son fragmentos de la verdad, que no se puede alcanzar o a la que no se pretende acceder, entonces las nuevas psicoterapias se centran en la posibilidad de desarrollar nuevas alternativas para un seguimiento más positivo de las dificultades, es como si aceptara que todo es crónico y que hay que adaptarse a la mejor calidad de vida en el marco de las limitaciones.

Se dejó una terapia que buscaba poner yo "allí" donde hay "ello" identificar pensamientos y emociones y reemplazar estos por otros mediante el método socrático es decir poner el argumento lógico allí donde está el defecto, el relato se convirtió en la metáfora organizada para la comprensión del trabajo del consultor.

Este surge a mediados de los 80's como una respuesta al intento de tomar a la metáfora como la organizadora del trabajo terapéutico, siendo esto el resultado de las ideas del construccionismo social como composición etimológica con su fuerte énfasis en el lenguaje y la problemática de la generación del significado.

El construccionismo esta fundamentado en la filosofía de Jurgen Habermas y en el modelo de construcción social Berger y Luckman y fué continuado por otros psicólogos sociales. Este parte de la idea central de que toda realidad, definición o descripción de la realidad es básicamente una construcción social. Esta realidad es el resultado de una producción de acuerdos de significados y esto ocurre dentro de la interacción de lingüística es decir el significado se construye en el intercambio del dialogo y se instala en un mundo ínter subjetivo.

Se tomo a la conducta humana como el producto de esa interacción en el campo lingüístico y el supuesto básico es que el mundo en el que vivimos es definido a través de las descripciones que hacemos de nuestra experiencia, producimos las situaciones de nuestros mundos sociales a través de las conversaciones. Gergen sostuvo que los individuos son subsistemas de los sistemas sociales, son redes comunicacionales caracterizados por y a través del lenguaje.

La experiencia particular de un individuo constituye un universo propio entrelazado en una red de relaciones ordenadas que es el lenguaje, se entiende de este modo la importancia que cobra el entender que la realidad debe ser construida en un ámbito social. Las descripciones acerca del mundo que se construye en torno a la sociedad, son solo construcciones simbólicas humanas que de modo alguno pueden tener valor de verdad ya que la verdades son solo mapas de posibles representaciones, aunque algunas sean más posibles que otras.

El construccionismo social pone el acento en el intercambio lingüístico en el mundo subjetivo, en el mundo social donde se construye la realidad, el lenguaje no es tomado como un medio para representar el mundo sino que el lenguaje es acción, siendo uno de los supuestos básicos ya que cuanto sabemos y creemos es fruto del lenguaje con que comprendemos y trasmitimos nuestras percepciones y que sobre una

misma realidad pueden darse diferentes puntos de vista, todos ellos igualmente válidos. El constructivismo afirma que nuestro entendimiento del mundo, nuestras construcciones y mapas del mundo serían una producción absolutamente individual e intrasíquica.

Guidano afirmó “que la realidad es entendida como una red de procesos pluridimensionales entrelazados y articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción”.⁷ El lenguaje es el medio por el cual los individuos nos interrelacionamos con nuestro medio por lo cual siempre estamos narrando nuestros propios sucesos, entonces construimos la realidad de nuestra experiencia de quienes somos y de aquello que nos rodea a través del lenguaje, estas narraciones nos permiten organizar nuestras experiencias pasadas, presentes y futuras.

Compartimos nuestras definiciones de nosotros mismos, de quienes somos y de nuestra experiencia a través del lenguaje y a través de él buscamos dar sentido de continuidad y significado a nuestras vidas. Al hablar vamos creando la realidad junto con nuestros interlocutores así es como sobre la base de nuestra propia historia creamos y modificamos nuestra propia identidad, la cual modificamos permanentemente en virtud del contexto de las circunstancias de nuestra interacción y de las características y expectativas de nuestro interlocutor.

Guillen Feixas afirma en su artículo “que en el constructivismo en cada segundo de nuestra existencia estamos conociendo, es decir estamos interpretando la realidad en que vivimos, por tanto vivir es conocer y conocer es vivir puesto que es a través de nuestra experiencia vivida que construimos el conocimiento ya que la actividad básica del ser humano es

⁷ GUIDANO, V. (1991). *“El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista”*. Barcelona: Paidós, 1994.

conocer y construir la realidad en la que vive, y en la que se tiene que adaptar para sobrevivir y evolucionar.”⁸

Bajo esta perspectiva, ya no es posible suponer una realidad ajena independiente, universal y distinta al sujeto, y por tanto única y verdadera. La realidad es construida en la interacción entre el medio que circunda a un sujeto dado y la discriminación de este mismo organismo entre sus propias operaciones o estados. Ya no se habla de una realidad, sino solo podemos referirnos a una realidad particular de un sujeto particular que se genera y construye en la dinámica interraccional.

La mente fruto de un proceso autoconstructivo se convierte en el instrumento a partir del cual se construye lo real, es decir lo real es posible solo desde la experiencia, Piaget “dice que la mente es un constructor y que el psiquismo es el resultado de un proceso de construcción, de modo tal, que los contenidos mentales no son innatos ni adquiridos en una relación contingente con el medio, sino que son construidos.”⁹

Los seres humanos somos permanentes narradores, construimos la realidad de nuestra experiencia de quienes somos y de aquello que nos rodea a través del lenguaje. Los relatos nos permiten ordenar nuestras experiencias pasadas, presentes y futuras, siendo los marcos conceptuales que significan nuestras experiencias y las de los otros. Solo podemos compartir las definiciones de nosotros mismos de quienes somos y de nuestra experiencia a través del lenguaje.

A través de las narraciones buscamos dar un sentido de continuidad y significado a nuestras vidas, estas son organizaciones de nuestro sentido del si mismo y del mundo. Las narraciones exigen ciertas condiciones

⁸ FEIXAS, G Y MIRÓN, M.T. “ Aproximaciones a la Psicoterapia” Editorial Paidós. Barcelona España. 1995

⁹ Piaget J “Biología y conocimiento.” E.D Siglo Veintiuno 15 Edición. España 1997.

para ser consideradas como tales, lo cual les confiere ciertas características estructurales.

2.2. LAS NARRACIONES:

- En todo relato se debe establecer un punto final que tenga un valor, es decir un hecho a ser explicado, un estado a ser alcanzado o evitado, es un resultado importante que en todos los casos están cargados de valor, que es presentado como deseable o indeseable de acuerdo a nuestra escala de valores.
- El punto final de la narración sirve para guiar la selección de hechos o situaciones que justificarán que ese final se vuelva necesario, probable y accesible.
- Las narraciones ordenan los hechos de algún modo. Se ordenan los elementos de acuerdo a una secuencia temporal lineal.
- Las historias tienen personajes con una identidad continua o coherente a través del tiempo y cuando esto no es así el cambio en la identidad es aquella que la historia intenta explicar, devolviendo así la coherencia faltante.
- Las narraciones dan explicaciones de hechos, los acontecimientos son explicados en la historia mediante argumentaciones que describen relaciones causales y cada uno debería ser el producto de lo que ha precedido.
- Existen marcadores de contexto lo cuales son los que indican el comienzo y el final de una narración y permiten entender al interlocutor cuando esta entrando o saliendo del mundo del relato, determinan también zonas de intimidad, ficción juego, tiempos históricos o futuros.

A través de las narraciones y con estas características logran darle un sentido de coherencia y dirección a los acontecimientos de nuestras vidas, organizando así nuestra experiencia. Al narrar el sujeto

hace un proceso de selección, no incluye todas las experiencias sino tan solo aquellas que nos conducen inevitablemente a la conclusión de lo que queremos llegar.

Se eligen aquellos acontecimientos que encajan en los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollaremos acerca de nosotros mismos y este proceso deja parte de la experiencia vivida sin ser relatados. Las narraciones seleccionan parte de los acontecimientos a ser incluidos, y al mismo tiempo funcionan como guías interpretativas, modelando nuestra percepción, comportamiento y relatos pasados y futuros.

Organizan referencias para las interacciones con nuestro entorno, están incluidos en relatos mayores más amplios que abarcan e incluyen otros relatos. El significado que la narración del consultante otorga a las relaciones estructurales lo que determinan su comportamiento. Las narrativas que construimos no son secundarias a los datos sino ordenadores, establecen aquello que son considerados como datos, cada nueva narración produce un nuevo vocabulario y un nuevo significado en nuestros relatos y definen lo que constituye los datos de esos relatos.

En este sentido un problema es una narración, pues es una construcción social, una interpretación de los hechos y también de las acciones que hemos adoptado a partir de esa interpretación de los hechos, y también de las acciones que hemos adoptado a partir de esa interpretación que ella define como problema, justamente porque no nos da la posibilidad de resolver favorablemente al acceso a cierta meta que el relato incluye.

Cada uno de nosotros tiene para sí un relato de su propia vida y a demás cuenta historias, todas verídicas que se extrae de su bibliografía, al trasladar estas narraciones fijamos nuestros recuerdos, eliminamos

ciertos problemas internos, creamos nuestra realidad, la retocamos de forma sucesiva y le vamos dando sentido a la existencia, se otorgan significados porque justificamos y cargamos de sentido nuestras experiencias pasadas.

Nuestra representación del mundo y aun nuestra propia identidad no se corresponden con una descripción estática y fija sino que son una historia viva o de dos versiones de la misma historia, que se desplaza evolutivamente al ritmo y compás con que el propio narrador se desplaza en su vida.

2.3. ACENTO EN EL SIGNIFICADO

Las personas organizan su vida de acuerdo a los significados y al hacerlo contribuyen inadvertidamente al mantenimiento del problema. Desde este punto de vista la terapia es un proceso donde se cuentan y recuentan historias. El enfoque narrativo se centra en el acento del significado en el sentido del mismo y este significado se consigue a través de la estructuración de la experiencia en relatos y la representación de esos relatos es constitutiva de las vidas y de las relaciones.

Solo a través de las narraciones nos enteramos de nuestras experiencias, por esa razón es la principal forma a través de la cual tratamos de entendernos. Las historias son mapas del mundo y pueden llegar a ser fuentes a las que les conferimos el valor de verdades irrefutables a tal punto de negar las propias experiencias territoriales personales que las contradigan.

Estas realidades que no se pueden cuestionar aparecen en los relatos como biografías personales, las historias acerca de si mismos, de parejas y familias y en los relatos y acciones que hacen evidente la cultura

organizacional de las instituciones. El poder de estas deriva de su capacidad para sostenerse como realidades incuestionables.

Las crisis en la narrativa se da cuando suponemos que quienes la constituyen tienen la sensación de que alguien no está actuando acorde como el personaje que se supone que es y probablemente sea porque este miembro está buscando su propia voz, para ser el mismo y no el personaje que su grupo de pertenencia esperaba que fuese.

Al analizar la premisa del enfoque narrativo se pueden advertir su énfasis en el significado y en los procesos de generación de significados a partir de los textos existentes y los no relatados aun. Esta atención al significado y a la generación de sentido permitido, incorpora un nuevo nivel de explicación que permitió explicar y entender mejor una intervención como el reenmarcamiento.

Desde cuando se introdujo este enfoque en la psicología, no fue tanto la práctica de los consultantes lo que realmente se modificó, sino que se dieron nuevas modalidades de hacer lo que ya se estaba haciendo desde otro enfoque, las explicaciones tendieron a centrarse en lo que la gente hacía en los años 50's, bajo la influencia de un conductismo aun muy fuerte en esa época y no le dieron la debida importancia a lo que la gente percibía como en esta corriente.

Durante algún tiempo se desvió la atención de que presentar algo como un problema es presentar algo como un relato, toda consulta parte del punto central que es presentar algo, ese algo es visto como dificultoso, desagradable e inútil. El sistema consultante incluye desde el inicio, un marcador de contexto que define que de ese diálogo que es la consulta, debería salir una solución.

La consulta tendría desde el enfoque narrativo como objetivo la reescritura de un relato alternativo, el terapeuta deberá centrarse en las historias que la gente cuenta sobre sus vidas y en desarrollar nuevos significados en esas historias, cuando un paciente cuenta una historia está convencida de que está contando la verdad de su vida, y existe una escasa percepción de que su relato solo constituye una selección del infinito número de situaciones en las que ha participado. No toma en cuenta que su selección no es casual sino que esta determina por sus creencias acerca de si mismo en relación a los demás en la vida.

2.4. CONCEPTO DEL SI MISMO:

Para el constructivismo la subjetividad se entiende como un si mismo que opera a través de un sistema de conocimientos y autoconocimiento, que le permite hacer consciente la experiencia de vivir. El sujeto se construye en una relación entre sus experiencias vitales y la forma de explicar estas experiencias de modo que le permitan progresivamente hacer aquellas explicaciones coherentes con esquemas evolutivos.

Estos esquemas progresan en complejidad y en sus posibilidades de incluir perturbaciones cada vez más discrepantes y en esta forma de la necesidad de conocer el mundo y al mismo tiempo de procesarlo de una manera consistente con los propios esquemas, van conformando la subjetividad y esta le da un sello propio a cada individuo, le permite distinguirse de los otros. La estructura del si mismo será entendida como una disposición particular de los componentes del sistema, cuyas relaciones le permiten presentar esa particular disposición.

La estructura del si mismo esta compuesta en primer lugar, por esquemas de conocimiento unificados progresivamente en la relación del sujeto con las actividades vitales. Estos esquemas le permiten escribir significados a la experiencia y expresarlos en creencias y reglas sobre el

si mismo, la realidad y la relación del sujeto con esta, lo que equivale a la propuesta de Guidano "proceso continuo de reordenamiento y reconstrucción del propio sentido del si mismo"¹⁰

El autor propone un nivel de conocimiento explícito correspondiente al MI que observa, evalúa y se explica desde un punto de vista objetivo en un nivel de conocimiento de la experiencia, en esta parte de la estructura es donde se encuentran los esquemas de significados de conocimiento que le permiten al sujeto sustentar una narrativa coherente con la noción de si mismo que sustenta la identidad de la persona.

Un segundo elemento de la estructura del si mismo son los conocimientos experienciales que a partir de las perturbaciones del medio sobre el si mismo, constituyen el material vivencial para ser procesado por los esquemas de conocimiento. Es el yo que experimenta momento a momento el sentido del si mismo en la dinámica corporal. Serten (en Safran y Segal) proponen cuatro constantes experienciales cruciales para mantener la coherencia interna del sentido del si mismo:

- **El agente o la autoría de la acción:** permite aprender a manipular el mundo con fines de supervivencia y esta compuesta por:
 - el sentido volición que antecede un acto motor.
 - Sentido de predicción de las consecuencias de las acciones.

- **La autocoherencia:** sentido de ser una totalidad no fragmentada, con frontera y un centro de acción integrado, es decir un sentido unitario de si mismo.

¹⁰ GUIDANO, V. y Quiñones, A. "El modelo cognitivo post-racionalista". Bilbao Desclée de Brouwer. (2001).

- **la autoafectividad:** organización de la experiencia en diferentes estados afectivos, corresponde a un patrón característico e invariable, es la totalidad emotiva básica.
- **la autohistoria:** continuidad temporal de la organización de la experiencia

2.5 LOS CONSTRUCTOS PERSONALES DE G. KELLY

En 1955, George Kelly elaboró su teoría de los constructos personales, como una nueva forma de considerar la totalidad de la persona por encima de fraccionamientos puramente cognitivos, emocionales, motivacionales o psicofisiológicos. En tal sentido, "Kelly concibe a la persona como en un movimiento incesante, de forma tal que observa y percibe a su alrededor hechos recurrentes sobre los que establece interpretaciones, que a su vez servirán para predecir en el futuro nuevos hechos. Esto constituye un sistema de construcción, sobre el cual cada persona de forma singular, se sitúa en el mundo."¹¹

El postulado fundamental de su teoría dice "que los procesos de una persona se canalizan por el modo en que anticipa sus acontecimientos y la forma de anticipar es construyendo sus réplicas". Los constructos serían los patrones transparentes que los seres humanos crean (construyen) con el fin de adaptarse a las realidades recurrentes de la vida; El constructo ha de ser entendido como una abstracción individual derivada de varios conceptos interrelacionados.

¹¹ KELLY, G. A. (2001). "Psicología de los constructos personales", *Textos escogidos* (B.Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona: Paidós.

Cada persona posee un sistema constructivo, que implica relaciones ordinales (de jerarquía) a base de constructos supraordenados (nucleares) e infraordenados (superficiales); Este corolario denominado de la construcción, junto con otros diez (individualidad, organización, dicotomía, elección y el postulado fundamental), son la base de la teoría Kelliniana.

Kelly "define el desorden psicológico como cualquier construcción personal que se usa repetidamente, aún a sabiendas de que no es válida"

¹²El proceso terapéutico tiene como finalidad la revisión constructiva mediante el cambio en el uso de constructos, o bien la formulación de nuevas construcciones o el cambio total del sistema constructivo.

Para llegar a conocer y evaluar los constructos del paciente, Kelly creó el Rep Test o test de constructos de repertorio de roles, el cual informa de la capacidad de predicación del sistema de construcción de la persona y de las alternativas conductuales que dispone.

Una vez estudiado el sistema constructivo inválido del paciente, la terapia comienza con la anticipación, donde la persona elabora hipótesis acerca de lo que tiene ante sí; luego, continua con la implicación donde se analizan los problemas del paciente como paso previo al encuentro con el acontecimiento, donde la persona construye sobre el hecho encontrado de forma dialógica, siendo una interacción abierta entre la persona y los hechos.

La cuarta fase, es la de confirmación o de rechazo de las anticipaciones señaladas al inicio del proceso terapéutico, lo que va encaminado a estrechar o aflojar alternativamente el sistema constructivo. La última fase es la revisión constructiva, tras la cual el paciente integra la experiencia singular en su sistema constructivo. Todas estas fases

¹² KELLY, G. A. (2001). "*Psicología de los constructos personales*", *Textos escogidos* (B.Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona: Paidós.

intensifican la actitud exploratoria del paciente con la consiguiente mejora en la construcción de la vida.

Las narraciones, al igual que la interpretación de la experiencia que podemos conocer a través del diálogo, proporcionan la base para que el terapeuta tenga los medios para lograr una cura mas efectiva en los pacientes, utilizando la propia realidad del mismo, sin necesidad de modificar la misma.

El acento del significado al igual que la conformación del si mismo constituyen la nueva forma de poder estructurar el pensamiento del paciente, logrando una interpretación mas fidedigna de los hechos y de los problemas que aquejan a los pacientes.

CAPITULO III

INTERVENCIONES, OBJETIVO, FOCALIZACIÓN Y DEFINICIÓN DE PROBLEMA PARA LAS TERAPIAS COGNITIVA Y CONSTRUCTIVISTA.

En este último capítulo conoceremos como conceptualiza los problemas, la focalización y el objetivo en la terapia y los diferentes tipos de intervenciones que tiene tanto la Terapia Cognitiva como la Constructivista, para conocer los diferentes métodos que se utilizan en la psicoterapia.

3.1 EL OBJETIVO DE LAS TERAPIAS COGNITIVA y CONSTRUCTIVISTA

El objetivo en estas terapias sigue siendo la conducta observada en el sujeto, pero en este caso abordando y focalizando la atención en la complejidad del proceso cognitivo. Este proceso hace que el sujeto perciba, piense, evalúe y actúe bajo patrones de comportamientos específicos, desarrollados a partir de experiencias aprendidas y nacidas de la interrelación entre el individuo y el medio ambiente. Cualquier déficit, alteración o error en el proceso cognitivo es considerado como responsable de la aparición de trastornos o conductas desadaptadas.

Esta terapia se centra en problemas del aquí y el ahora. Se presta escasa atención a la época de la infancia, salvo que pueda clarificar algunos hechos actuales. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones. El citar los pensamientos automáticos y significados asociados idiosincrásicos, buscar evidencias para los pensamientos automáticos y

significados personales, diseñar experimentos conductuales para probar la validez de los pensamientos automáticos y significados personales.

Por tanto, en la terapia cognitiva tiene una importancia determinante el tipo de pensamiento expresado por el paciente y el componente emocional que lo acompaña. La alteración de los procesos cognitivos son meras conductas manifiestas, por ello son modificables. El objetivo de esta terapia es modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento del paciente y un intento por solucionar las paradojas de la depresión.

Aquí el terapeuta adopta una actitud y una comprensión activa, tanto en la investigación de la distorsión cognitiva como en la programación técnica, promoviendo así el cambio en el sistema cognitivo y la consecuente adecuación comportamental.

Los objetivos de la terapia son:

1. Determinar qué componentes del sistema cognitivo del paciente han de ser tratados y como pueden participar óptimamente en ese tratamiento los otros componentes del sistema.
2. Contribuir a medio plazo junto con otras disciplinas de la ciencia cognitiva a determinar cómo es y cómo funciona el sistema cognitivo normal.
3. Contribuir a largo plazo junto con otras neurociencias a determinar las relaciones entre conducta y cerebro.

Determinar las áreas problemáticas del sujeto en términos de componentes conductuales (conductuales, emocionales, cognitivos, motivaciones y físicos). Ello supone traducir las expresiones de malestar "sintomática" a términos conductuales.

Será el objetivo licitar los pensamientos automáticos y significados asociados idiosincrásicos, buscar evidencias para los pensamientos automáticos y significados personales, diseñar experimentos conductuales

para probar la validez de los pensamientos automáticos y significados personales.

El objetivo de la terapia constructivista a diferencia de las nociones de resistencia y distorsión cognitiva propias del enfoque cognitivo de Beck, el hecho de centrarse en los conflictos cognitivos es ventajoso porque entiende al cliente en su contexto de coherencia. Así, desde la epistemología constructivista se presenta la posición de no cambio del paciente como un proceso de autoprotección que resguarda la coherencia, la integridad sistémica y protege de un cambio nuclear súbito.

Este enfoque nos conduce a entender la psicoterapia como un proceso de construcción que toma principalmente en consideración el sentido de coherencia del cliente, pero al mismo tiempo, se le estimula a que explore, dentro de los límites que le confiere su sistema de construcción, la existencia. Se debe detectar los conflictos revelando la coherencia de las acciones del cliente de acuerdo a un sistema de construcción. Se debe identificar el constructo congruente del discrepante en el sentido de que el cambio deseado en el constructo discrepante implica un cambio no deseado en el congruente.

3.2. FOCALIZACIÓN

El foco de la terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales.

Foco en el aquí-ahora. Como uno de los principales objetivos es la interrupción de los círculos viciosos entre creencia, emoción y comportamiento que mantienen los estados afectivos negativos, no interesa particularmente el material histórico (salvo en ocasiones muy determinadas). Las preocupaciones cotidianas y cómo éstas configuran el

pensamiento disfuncional son la materia prima a trabajar, incluida la sesión terapéutica misma con sus procesos e intercambios interpersonales (*"antes que le propusiera una tarea concreta sobre su problema, Ud. me dijo que no podía hacerla porque sabía que era torpe"*).

La meta inmediata, consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto.

El modelo cognitivo de Beck "se centra en las experiencias tempranas que proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo (triada cognitiva)"¹³, estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. Pero para el constructivismo estas ideas iniciales se devén dejar intactas y partir de estas en la terapia.

Se debe buscar el principal foco de patología en el modo peculiar que tiene el individuo de verse a si mismo (triada Cognitiva), y su forma ideosincrática de procesar la información, (inferencia arbitraria, recurso selectivo y sobre generalización.)

El terapeuta se centra en enseñar al paciente, reconocer y controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados hasta poder sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones mas realistas, por último aprender a

¹³ BECK Judith. "Terapia Cognitiva conceptos básicos y profundización". Edisa, Barcelona España 2000.

identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

El constructivismo se focaliza en la visión constructivista de la cognición del paciente, no la reduce a un tipo de fenómenos, sino que la refiere a la actividad global y holística de dar significado a la experiencia. Ello supone contemplar las relaciones entre distintos fenómenos psicológicos (pensamientos, emociones conductas, etc.), que ocurren en el vivir, desde la óptica de este proceso global de otorgar significado a la experiencia.

Así, un pensamiento no causa una emoción, sino que vivir una emoción es una forma de dar significado a una experiencia y la construcción de ese significado se ha manifestado (antes, después o al mismo tiempo) con un pensamiento. En el proceso de construir significados aparecen pensamientos, emociones, imágenes, conductas, etc... y la relación no hay que buscarla directamente entre estos fenómenos, sino en el significado construido mediante ellos. Este significado, es el conocimiento, la cognición, o mejor expresado en forma verbal, al conocer ocurren estos fenómenos psicológicos (pensamientos, emociones, etc.) propios del vivir como seres humanos.

3.3. EL PROBLEMA

El problema para el constructivismo se centra en una perspectiva constructivista de las emociones y los síntomas, estos tienen que ver con un significado que a lo mejor el paciente no sabe expresar, pero no por eso dejan de tener un sentido.

La terapia cognitiva mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de "distorsiones cognitivas". Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias

personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil de la vida, que por lo general actúan a nivel "inconsciente" sin que la persona se percate de su papel. Esos significados o creencias subyacentes y tácitas reciben el nombre de "Esquemas cognitivos o Supuestos personales, estos esquemas son la base de nuestro pensamiento y los que se tratarán de reestructurar dentro de la terapia porque son la base del problema que le aqueja al paciente.

El terapeuta se centra en formular las ideas y las creencias desviadas del paciente a cerca de si mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis cuya valides se debe comprobar de un modo sistemático. Se puede observar que un análisis detenido de su contenido habitualmente revela errores típicos de lógica, que corrientemente persisten a pesar de evidencias que las contradicen. Son las modificaciones del pensamiento y del procesamiento de la información las que aparecen como una de las más importantes avenidas para su estudio empírico, y especialmente para la implementación de intervenciones terapéuticas efectivas.

En los estados psicopatológicos las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes y el emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto, se ve alterado por la intrusión de los esquemas ideosincráticos activos ya que el paciente se encuentra antes de llegar a terapia totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes, puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulo externos.

El terapeuta constructivista deberá identificar el problema recogiendo el sentido de coherencia del sujeto, anticipando los acontecimientos en la manera en que el cliente los anticipa e intenta utilizar el vocabulario y sistema de significados del mismo así como aceptar su coherencia

individual en cada uno de los constructos personales, que el cliente manifieste en consulta.

Se encontró que los pacientes en sus construcciones que hacen de los síntomas puede existir una lógica altamente consistente puesto que representan creencias que están fuertemente arraigadas ya que construyen su sintomatología con una gran carga de implicación positiva y así el síntoma se asocia con aspectos positivos que en muchos casos tiene que ver con características que definen la identidad del propio paciente, al contrario de lo que propone la terapia cognitiva de Beck y el abandono de estos aspectos representaría una amenaza para el si mismo.

Vemos como el paciente se enfrenta en estas situaciones a un dilema en que, por una parte está el deseo de abandonar la sintomatología, con todos los aspectos negativos que ella acarrea, pero por otra parte se encuentra que esa misma sintomatología esta cargada de connotaciones e implicaciones relacionadas con definiciones positivas de si mismo, y que su abandono implicaría pasar de un polo opuesto e indeseable para el propio paciente.

Se consideran los dilemas o conflictos como construcciones actuales de algunos pacientes que reflejan la forma en que ha construido su experiencia relacional y afectiva más significativa habitualmente en el contexto familiar. Se considera también que la postura que las personas toman con respecto a sus vidas es coherente con su visión de si mismo, la persona elige aquellas alternativas desde sus propios polos del constructo que son más significativos y coherentes con su sistema de constructos, esto es lo que le da mayor poder selectivo.

3.4. INTERVENCIONES

3.4.1 Intervenciones Cognitivas:

3.4.1.1. Detección de pensamientos automáticos: Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto registros como tarea entre sesiones.

3.4.1.2. Clasificación de las distorsiones cognitivas: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

3.4.1.3. Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos: Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

3.4.1.4. Concretizar las hipótesis: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

3.4.1.5 Retribución: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

3.4.1.6. Descentramiento: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (p.e diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

3.4.1.7. Descatastrofización: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

3.4.1.8 Uso de imágenes: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

3.4.1.9. Manejo de supuestos personales:

(1) Uso de preguntas:

- Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.
- Preguntar por la evidencia para mantenerla.

- (2) Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.
- (3) Diseñar un experimento para comprobar la validez de la sunción

3.4.1.10. Uso del preguntar socrático. Una orientación guiada por preguntas facilita el proceso de trasladar los axiomas personales del depresivo en hipótesis tentativas y, con ello, poner a confirmación alternativas auto-generadas que, a su vez, deben ser sometidas a experimentación ulterior. En lugar del inductivismo, la orden autoritaria o la disputa agresiva como en la terapia racional-emotiva de Ellis, el preguntar dirigido sirve para promover una alianza colaborativa, respetuosa y activa (*"¿La habrá él rechazado o se habrá Ud. escapado antes por temor a que él no la invitara a salir juntos?"*).

3.4.1.11. Tareas para la casa. Las hipótesis confeccionadas en conjunto sobre el significado de los hechos son puestas a prueba en las tareas que el paciente ejecuta en su casa entre las sesiones. Especialmente en las entrevistas iniciales puede solicitarse que lleve un registro diario de sus actividades en su hogar para hacerse una idea tanto de su estado basal como de qué manera va ejecutando los encargos. Además son útiles estas tareas para generar nuevas interrogantes y con ello, futuros experimentos conductuales, que se utilizarán después con el psicoterapeuta para desarrollar novedosas habilidades de manejo y control. La tendencia a completar las trabajos para la casa se correlaciona con un mejor pronóstico, como también obtienen más éxito los terapeutas que revisan concienzuda y rutinariamente la ejecución de estos deberes.

3.4.1.12. Resolución de síntomas. La primera fase concentra la mayor cantidad de esfuerzo en la disminución y abolición de los síntomas. Se busca con especial cuidado porque se sabe que la remisión completa de ellos se asocia a un mejor pronóstico en el futuro.

3.4.2. Intervenciones constructivistas:

Las intervenciones en el constructivismo son variada pero siempre tienen una fuente cognitiva por esta ser la predecesora y muchas veces toma algunas intervenciones de la terapia cognitiva conductual.

3.4.2.1 Énfasis en el poder personal y la responsabilidad: Cada paciente debe de saber que son creadores de cuanto ocurre en nuestras vidas y por tanto responsables de ello. Cada uno participa activamente en generar los éxitos y los problemas.

3.4.2.2 Generar un ambiente enriquecedor: el clima terapéutico ha de ser acogedor (sin crítica) y nutritiva y facilitar sentimientos atónicos (alegría, seguridad, amor).

3.4.2.3 Modelo de facilitador: Sano, coherente, vital y permisivo.

3.4.2.4 Separación entre mito y realidad: Los mitos están fabricados a través de una percepción infantil de la realidad que vienen sesgando las historias posteriores.

3.4.2.5 Confrontación de incongruencias: Pueden presentarse entre el discurso oral y el no-oral y al anterior de cada uno de ellos.

3.4.2.6 RESALTAR LO QUE ES POSIBLE: Lo que tiene posibilidades de efectuarse de forma distinta a como se comportaba el problema. Es obvio no ha vivido siempre con el problema que le trae a consulta y por tanto anteriormente la persona se ha manejado con otra habilidad usando otros recursos que le permiten no tener dificultades; incluso actualmente la persona puede alterar momentos y circunstancias en las que no conviven con el problema y momentos en los que sufre.

3.4.2.7 Situarse de cara al futuro: El problema se genero en el pasado, donde se han fraguado las condiciones que han cristalizado en el problema actual: ahondando arqueológicamente en el pasado puede que no encontremos energía ni ocurrencias para avanzar. La solución hay que situarla en el futuro y el terapeuta ha de animar a su cliente a que mire hacia el porvenir.

3.4.2.8 Fijar objetivos: Las ambiciones y expectativas de la persona pueden convertirse en objetivos concretos un campo de interés hacia el cual podemos orientar la atención del cliente. No importa demasiado que tales esperanzas hayan dormido durante años, se puede rehabilitar y adecuar a la edad y a la circunstancia actual real de la persona para que este encuentre su razón de ser.

3.4.2.9 Recuperar el poder: "el poder esta en el paciente"¹⁴ Goulding el que quiere cambiar o no es el cliente; el fue el inventor de la situación que atraviesa quería adaptarse y diseño un modo que resulto fallido pero la creatividad que genero ese sistema adaptativo sigue siendo suya. El terapeuta no sabe nada sobre el cliente como sabe el mismo es un experto pero no tiene el poder de relación terapéutica. Efectivamente no tiene que dejarse manipular por su cliente pero tampoco tiene que manipularlo a él. La misión del terapeuta es ayudar al cliente a que recupere su poder.

3.4.2.10 Usar un lenguaje trasformador: Situar los problemas en el pasado, en lugar del presente. Cambiar los sustantivos por verbos. Sugerir expectativas de cambio. Usar verbos que indiquen que la persona es la que tiene el poder. Fantasear con la situación que se crea cuando el cliente no tenga el problema que lo trae a consulta.

¹⁴ GOULDING. Robert. "El poder es del paciente." 2000

Tanto la Terapia Cognitiva como la Constructivista se centran en su objetivo principal que es escuchar al paciente en su medio actual, sin recurrir con mucha frecuencia al pasado, sino mas bien tratando de reestructurar el presente con base en la realidad existente.

Ambas corrientes han servido de base para que las distintas teorías de la psicología se sirvan de sus intervenciones como medio de soporte dentro de sus terapias.

CONCLUSIONES

- Al Trabajar en el marco del modelo cognitivo, el terapeuta formula el método terapéutico de acuerdo con las necesidades específicas del paciente en un momento dado.
 - La terapia cognitiva no consiste solamente en la detección y modificación de pensamientos automáticos, sino también en la detección y modificación de los significados personales (supuestos, esquemas) que hacen vulnerable al paciente.
 - La terapia cognitiva da importancia a aliviar los síntomas del paciente, transformándolos en problemas resolubles. A veces han de posponerse problemas generales para aliviar problemas más sintomáticos (p.e casos de urgencia y morbilidad mayor).
 - El objetivo final de la terapia cognitiva es la detección y modificación de las distorsiones y esquemas cognitivos que hacen vulnerable al paciente (objetivo estructural). En la mayoría de los casos los pacientes no son "conscientes" de como distorsionan sus experiencias ni de las premisas que sustentan para ello.
-
- En la psicoterapia constructivista el diseño y plan de tratamiento está siempre en vías de desarrollo más que previamente estructurado y planificado. Esto es por constituir un enfoque centrado en el proceso.
 - El terapeuta comunica su disposición a explorar con el paciente sus problemas o le propone experiencias estructuradas, dependiendo del punto en que se encuentre el proceso terapéutico.
 - La terapia cognitiva tradicional no constructivista se basa en corregir un serie de errores cognitivos partiendo de un modelo correcto de realidad y unas desviaciones del mismo. Niega que la realidad siempre es construida, y que lo que se presenta como realidad no es sino un modelo de realidad construido y mantenido por cuestiones de valor o poder social.

- La terapia constructivista da importancia a la realidad en la que vive el paciente y en la cual se ha desarrollado su pasado reciente, no para cambiar sino para tomar en cuenta cual ha sido la base y raíz de un determinado problema y en base a esa experiencia transformar y construir una nueva realidad.
- Al lenguaje se le concede vital importancia ya que proporciona el medio para llegar al paciente y realizar el cambio dentro de la terapia.

BIBLIOGRAFIA

ADLER, A "Lo que la vida debería significar para ti" New York Capricorn 1958.

BALAREZO Lucio, "psicoterapia" Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2 Edición, Quito, 1995

BECK. Aron, RUSH John, SHAW Brian , EMERY Gary "Terapia Cognitiva de la Depresión". Desclée de Brouwer. 15 Edición, Bilbao 2002.

BECK Judith. "Terapia Cognitiva conceptos básicos y profundización". Edisa, Barcelona España 2000.

BOWERS, H. "Situationism in Psychology". Psychological Review 1973, 80, 307-336

ELLIS, A y GRIEGER, R: "Manual de terapia racional emotiva". Volumen 2. D.D.B, Bilbao, 1990.

PIAGET, J "Psychology of intelligence. (Traducción de M. Piercy y D.E Berlyne). New York Harcaut, Brace 1950

KELLY, G. A. (2001). "*Psicología de los constructos personales*", *Textos escogidos* (B.Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona: Paidós.

FEIXAS, G Y MIRÓN, M.T. " Aproximaciones a la Psicoterapia" Editorial Paidos. Barcelona España. 1995

GOULDING. Robert. "El poder es del paciente." 2000

GUIDANO, V. (1991). "*El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*". Barcelona: Paidós, 1994.

GUIDANO, V. y Quiñones, A. *"El modelo cognitivo post-racionalista"*. Bilbao Desclée de Brouwer. (2001).

MAHONEY Michael. *"Psicoterapias Cognitivas y Cosntructivistas"*. Desclée de Brouwer. Bilbao,1997.

Piaget *"Biología y conocimiento."* E.D Siglo Ventiuno España 1997.

RUIZ Juan, Cano Justo. *"Manual de Terapia Cognitiva"*. Buenos Aires Argentina 1999.

WAINSTEIN, Martín. *"Intervenciones para el cambio."* JCE Ediciones. Argentina, 2006

<http://www.tdx.cesea.es>

<http://www.terapiacognitiva.com>

<http://www.psicologia line.com/buscador/index/htm>

<http://www.portalpsicologia.com>

<http://www.psicomundo.com>

<http://www.psiquiatria.com>

