



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera Licenciatura en Psicología

Integración de la Terapia Racional Emotiva y
de la Terapia Cognitivo Conductual para el
abordaje del Trastorno Límite de la
Personalidad en sus aspectos depresivos

N° 678 Arnaldo Félix Pérez Provitina

Tutora: Verónica León

Departamento de Investigaciones
Fecha defensa de tesina: 19 de febrero de 2015

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	5
a. Tema.	5
b. Problema.	6
c. Pregunta de Investigación.	6
d. Relevancia y Justificación.	6
e. Palabras Claves.	7
f. Objetivos: General y Específicos	7
g. Alcances y límites.	7
ESTADO DEL ARTE	8
MARCO TEÓRICO	9
METODOLOGÍA	10
DESARROLLO.....	11
CAPÍTULO 1. La Terapia Racional Emotiva.....	11
a. Los A, B, C de la Terapia Racional Emotiva.....	11
b. Creencias y Consecuencias.....	12
CAPÍTULO 2. Terapia Cognitivo Conductual.....	17
a. Aproximaciones a la Terapia Cognitivo Conductual.....	17
b. Pensamiento Depresivo y Tratamiento.	18
CAPÍTULO 3. Trastorno Límite de La Personalidad y sus aspectos depresivos	23
CAPÍTULO 4. Conclusiones.....	29
a. El foco terapéutico, similitudes y diferencias.	29
b. Técnicas.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

Agradecimientos

En primer lugar quisiera agradecerle a mi tutora, Verónica León, por acompañarme y guiarme en este proceso, y por su tiempo y dedicación. También a Trinidad, Verónica Q., Marcelo L., Carla C., Matías R., Leandro V., y tantos otros por ser mis maestros en la Terapia Racional Emotiva. Agradecerle a Teresa F., y Haruko A., por la oportunidad, el apoyo y el empuje en estos últimos meses. A Matías S. y Julieta P., por la dedicación y buena voluntad que pusieron para ayudarme y acompañarme. A Lucía R., enseñarme y guiarme técnicamente. A toda mi familia, especialmente a Neil P., que siempre fue un modelo para mí. A todos mis compañeros por el compromiso incondicional. Y a Dios y Su Voluntad por sobre todas las cosas. Gracias.

Resumen

El objetivo de este trabajo es desarrollar las dos precursoras y principales terapias cognitivas, y el trastorno límite de la personalidad, como sus aspectos depresivos; y analizar la existencia de compatibilidad entre ambas. Centramos el foco en la formación de creencias (TRE), o su análogo, los pensamientos automáticos (TCC) y cómo estos, dependiendo de la no adaptabilidad serán formadores de sintomatologías. Para ello se analizarán los acontecimientos activadores y las reglas intermedias que los sujetos suelen hacer a partir del análisis que desarrollan de la realidad. Nos enfocamos en las consecuencias tanto a nivel del pensamiento, emocionales y conductuales que se evidenciarán en los sujetos, y cómo éstas afectan a su ambiente, su concepción del mundo, del futuro y de ellos mismos. Asimismo el hincapié está centrado en los roles que deberán asumir los terapeutas frente al TLP y los aspectos depresivo del mismo. Así como las diversas estrategias utilizadas en un trabajo conjunto, terapeuta-paciente, intentando generar una disonancia cognitiva y meta-cognición, a partir del confronte, el recuento de eventos entre sesiones y otras. En este punto cabe señalar que no se apunta a una cura, sino a lograr aspectos más adaptativos y menos disfuncionales, a partir del empirismo colaborativo y de la auto-aceptación, intentando generar pensamientos racionales en el sujeto. Por último se realizará un enfoque en el cual la aproximación de la Terapia Racional Emotiva con la Terapia Cognitivo Conductual haga un aporte a los aspectos depresivos del Trastorno Límite de la Personalidad, a partir de conclusiones y revisión de casos clínicos.

Introducción

Tema

En el presente trabajo analizaremos dos de los principales enfoques actuales de las terapias cognitivas, la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis, y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de Aaron Beck.

Las mismas se basan principalmente en los factores actuales y su mantenimiento, en relación a lo sintomático o las conductas desadaptativas del individuo, más que en evidenciar las causas del pasado. Intentando revelar el conjunto de creencias y/o pensamientos que llevan a éstos a desarrollar diferentes trastornos.

La función del terapeuta es lograr el entendimiento de los clientes en relación a sus propios trastornos, y que éstos puedan ser conscientes de los pensamientos que causan su sufrimiento, a esto lo llamamos disonancia cognitiva. Una vez que el cliente pueda ser consciente y ver sus creencias no adaptativas, podrá modificarlas por otras funcionales.

Comenzaremos desarrollando el modelo de la TRE. Ésta considera los trastornos como un problema en el sistema de creencias. Contiene elementos altamente evocativos emocionalmente, así como componentes conductuales (orientada a la acción, asignación de tareas terapéuticas, des-sensibilización y entrenamiento de habilidades, entre otras). La misma pone el énfasis en los pensamientos racionales, este es uno de sus objetivos terapéuticos, para minimizar los disturbios emocionales y las conductas auto-derrotistas. Este modelo se conoce como modelo ABC; donde A son los acontecimientos, B las creencias surgidas a partir de estos, y C las conductas (cognitivas, emocionales, o conductuales). Es importante destacar que aquellos acontecimientos determinantes (A), no son los que aportan el valor emocional, sino más bien las creencias surgidas a partir de estos (B). Por ello la finalidad de la misma es re-estructurar las creencias, a partir del confronte de un terapeuta especializado, para lograr fortalecer las creencias adaptativas y hacer conscientes y reformular aquellas que no lo son.

Por su parte la TCC postula que los trastornos psicológicos provienen de maneras de pensar erróneas, las cuales generan distorsiones cognitivas. Estas distorsiones, provienen de una dinámica cognitiva de 3 niveles: creencias nucleares, creencias intermedias y pensamientos automáticos. Las creencias nucleares apuntan a los significados personales sobre el mundo, los demás y sobre sí mismos, a menudo son aprendidas durante la vida infantil, aunque muchas veces se desarrollan en la vida adulta. Estas son un intento de organizar internamente las experiencias, y en el caso de ser des-adaptativas se activarán a futuro en determinadas situaciones llevando al individuo a enfocarse selectivamente en información o conclusiones que confirmen sus creencias; las mismas se caracterizan por ser rígidas y sobre generalizadas. A partir

de ellas se forman las creencias intermedias, las cuales son reglas en forma de actitudes que ha tomado el individuo, desembocando en pensamientos automáticos, los cuales irrumpen de manera rápida y son imperceptibles. Estos se dan en forma de palabras o imágenes que aparecen repentinamente en la mente, generando una reacción emocional o conductual, guiadas según el tipo de pensamiento.

En este punto cabe señalar las características generales de los Trastornos de la Personalidad, tal como señala el DSM IV:

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. [...] El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

Problema

Creemos en la efectividad de la TRE para diferentes tipos de trastornos, pero nos enfocaremos en el Trastorno Límite de la Personalidad, tema desarrollado exhaustivamente por Albert Ellis. En contrapartida, la terapia de Aaron Beck se enfoca principalmente en la Depresión. Si bien ambas teorías tienen un enfoque teórico similar, intentaremos indagar la complementariedad de la TCC con la TRE en los Trastornos Límites de la Personalidad, ya que suponemos estos tienen características sintomáticas depresivas, tales como pensamientos derrotistas y absolutistas, se conducen a situaciones límite o al auto boicot, muchos presentan intentos o ideas suicidas, y suelen enfocarse en aquellos aspectos de la realidad que le confirman sus creencias erróneas.

Pregunta de Investigación

Por consiguiente suponemos que la TCC de la Depresión, podría dar un aporte significativo a la TRE respecto a los trastornos límites de la personalidad.

Relevancia y Justificación

El desarrollo de las terapias cognitivas, a partir de la década del 50', propone un nuevo enfoque de tratamiento frente a diversas patologías, tales como los trastornos de la personalidad y la depresión.

Creemos en la efectividad de estos modelos, ya que como señala Miguel L. (2011): "La psicoterapia cognitiva figura actualmente entre las formas de tratamiento psicológico más eficaces, en términos estadísticos."

Consideramos importante enfocarnos en Aaron Beck y Albert Ellis, ya que son dos de los primeros exponentes en el desarrollo de estas terapias, así como contemporáneos y con diversos artículos compartidos.

Creemos que el desarrollo de los trastornos en el hombre es a partir de su percepción de la realidad y de cómo afrontarla, y ésta dependerá de los procesos cognitivos intrínsecos. Por lo que la forma adaptativa de procesar el mundo, el futuro y a sí mismos, dependerá de la salud mental o el desarrollo de patologías.

Esta forma de afrontar la realidad se verá influenciada por las creencias o los pensamientos que tenga el sujeto, y estos determinarán sus emociones y sus conductas; asimismo retroalimentarán nuevos pensamientos, fortaleciendo estas creencias, y generando un círculo creciente que atenta contra su adaptabilidad.

Creemos importante señalar en este punto, tal como evidencia el DSM IV-R (2004, p. 667), las dificultades y riesgos que corren los sujetos con TLP:

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación (Criterio 5). El suicidio consumado se observa en un 8-10 % de estos sujetos y los actos de automutilación (cortarse o quemarse) y las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes. El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad.

Creemos que ambas teorías cuentan con similitudes importantes, y con comprobada eficacia en la remisión sintomática; asimismo la TRE cuenta con un desarrollo teórico evocado al Trastorno Límite de la Personalidad, mientras que la TCC apunta a los trastornos Depresivos. Suponemos que los primeros cuentan con características depresivas, por lo cual intentaremos indagar la complementariedad de la TCC sobre la TRE y los elementos que puedan favorecer los aspectos depresivos de los trastornos de la personalidad. Por ello nos enfocaremos en las características conjuntas y las formas en que ambos autores abordan tales patologías, suponiendo una complementariedad entre las terapéuticas, que podría favorecer a dichos trastornos.

Palabras Claves

Creencias, Disonancia Cognitiva, Meta-cognición, Acontecimiento Activador, Sistema de Creencias, Consecuencias, Creencias Centrales, Creencias Intermedias, Pensamientos Automáticos, Pensamientos Racionales, Confrontación, Auto-aceptación, Reglas Intermedias, Tríada Cognitiva, Empirismo Colaborativo.

Objetivo General

- Analizar comparativamente la TCC de la Depresión, y la TRE para los trastornos límite de la personalidad.

Objetivos Específicos

- Describir las técnicas y el rol del terapeuta empleados en la Terapia Racional Emotiva.
- Describir las técnicas y el rol del terapeuta empleados en la Terapia Cognitivo Conductual.
- Detectar similitudes y diferencias entre ambos enfoques.

Alcances y límites

El objetivo de la presente tesina será desarrollar una revisión bibliográfica de la Terapia Cognitiva Conductual y la Terapia Racional Emotiva Conductual, como así también del Trastorno Límite de la Personalidad y la Depresión.

La idea central pretende demostrar cómo la formación de creencias desadaptativas o la activación de pensamientos automáticos, desarrollan emociones negativas, tanto como conductas disfuncionales; generando nuevos pensamientos disfuncionales y auto retroalimentándose constantemente.

Intentaremos demostrar cómo a partir de diferentes métodos de intervención, los sujetos pueden ser consciente de sus propios pensamientos, y cambiarlos por otros funcionales. Para ello se realizará una revisión bibliográfica, comparando ambos modelos, y señalando puntos de conjunción y diferencias,

destacando diversas técnicas y el rol del terapeuta. No se pretende realizar un trabajo de campo, ni evidenciar la efectividad de las prácticas.

Estado del Arte

El presente trabajo estará enfocado en evidenciar la relevancia de dos modelos teóricos respecto a los trastornos límite de la personalidad; suponemos de suma importancia una terapéutica abocada a los trastornos de la personalidad, tal como señala Echeburúa E. (1999, pág. 586):

Los trastornos de la personalidad suscitan un interés cada vez mayor. A nivel psicopatológico, el eje II del DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) está casi dedicado exclusivamente a ellos, en parte por su alta prevalencia y en parte por su comorbilidad con otros trastornos; y a nivel forense y popular, la preocupación creciente [...] los ha traído al primer plano en la actualidad.

Entre los aspectos centrales y comunes de ambas teorías, la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitivo conductual, encontramos el concepto de meta-cognición, en el cual el individuo debe realizar la tarea de hacer consiente sus pensamientos irracionales, y en un segundo momento poder cambiarlos por otros más adaptativos, en camino al descenso sintomático. En este punto Gardeta Gomez (2008, pág. 4-5), tomando los supuestos teóricos de Beck y Freeman resalta:

Desde el punto de vista cognitivo, son los individuos los que al evaluar, clasificar y meta-analizar el mundo que les rodea, asignan un significado a los estímulos. No es tan importante que el suceso sea objetivo o subjetivo, real o deformado sino la vivencia que el sujeto tiene de él mismo.

Confirmado este punto respecto a la Terapia Cognitiva Conductual Baringoltz S. nos indica:

La terapia cognitiva aparece en la década de los 60 y 70 como un puente entre conductismo y psicoanálisis [...] A. Beck reconocido psicoanalista de Filadelfia presentó la primer versión del modelo cognitivo en 1963-1964 en dos artículos que aparecieron en los Archives of General Psychiatry. Beck plantea que los "pensamientos negativos" que ya habían sido reconocidos como un rasgo sintomático [...] jugaban un rol central.

En comparación, creemos importante destacar los conceptos básicos de la Terapia Racional Emotiva, la cual como nos señala Álvarez Ramírez (2011, pag. 40), son similares a los supuestos de la TCC en relación al sufrimiento del sujeto:

La terapia racional emotivo conductual propone que las personas se trastornan debido a las interpretaciones irracionales que hacen de los acontecimientos que ocurren en sus vidas (Ellis, 1993). Destaca el sistema de creencias de las personas como un factor codeterminante de gran importancia en la explicación de las perturbaciones emocionales y por tanto como un blanco de atención terapéutica; así, un set de creencias imperativas, avasalladoras, auto derrotistas, se hallan vinculadas a patrones de acción, emoción e interpretación exagerados y dogmáticos que funcionan como generadores de perturbación emocional.

Por lo hasta aquí mencionado podemos evidenciar una similitud sustancial en los desarrollos teóricos de ambos autores, y si bien encontramos diferencias en la terapéutica, es importante resaltar los puntos comunes y el aporte a la ciencia psicológica realizada en los años 50' y 60'; como nos indica Gabalda (2007, p. 14):

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

1. Ambos se presentan al colectivo profesional formalizando su intervención en un manual, y mostrando sus resultados según el modelo general del ensayo clínico.
2. Ambas se definen como tratamiento de un trastorno definido (con lo que se hacen coherentes

con la práctica médica en su acepción más tradicional) y no en función de otros valores como el autoconocimiento, el desarrollo personal...

3. Ambas se perfilan como una destreza profesional bien definida y para cuya adquisición existen procedimientos reglados.

4. Ambos conciben su utilidad como complementaria con la de los tratamientos farmacológicos y no como antagónica a estos.

Por último creemos que la propuesta de ambas teorías, aportará técnicas específicas para el tratamiento de diversos trastornos, incluido el TLP; como señala Oswaldo Orellana M. (2009, pág. 7):

Nos referimos a Aaron Beck (1955, 1995) y Albert Ellis (1975) [...] estudian las cogniciones negativas de sí mismo y de su entorno, y desde la clínica inician una estrategia para elaborar técnicas que aporten una labor superadora de las cogniciones.

Dichas técnicas se desarrollarán en el cuerpo de este trabajo, las cuales suponen una mejoría sintomática, en relación a la restructuración de las cogniciones, con efectos positivos en la sintomatología, particularmente en las emociones y conductas de los sujetos.

Asimismo nos parece importante resaltar al lector que ambas teorías fueron precursoras en el cognitivismo, desarrollando un nuevo paradigma teórico-práctico y continúan con vigencia y efectividad demostrada en la actualidad.

Marco Teórico

Si bien nuestro enfoque estará abocado a dos terapias de base cognitiva conductual, cabe señalar que ambos teóricos, tanto Albert Ellis como Aaron Beck, se formaron con orientación psicoanalítica, la cual abandonaron por un cambio de enfoque, aunque en sus respectivas teorías ambos autores, mantienen puntos en común con el psicoanálisis.

Tal como señala Maineri Caropreso:

Alrededor del año 1956, Aarón Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista. Su interés estaba centrado en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una "hostilidad dirigida contra sí mismo", tal como lo indican las teorías freudianas. Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis, lo que le llevó a cuestionarse sobre la teoría psicoanalítica de la depresión y sobre el psicoanálisis en general.

Asimismo, Maineri Caropreso, nos señala los comienzos de Alber Ellis, en la misma formación, y su modificación conceptual: [...]

Su práctica privada fue inicialmente psicoanalítica [...] Revisando los resultados de su trabajo y el del resto de sus colegas psicoanalíticos, no estuvo satisfecho con estos. Sus puntos de cuestionamiento a esta teoría se centraban en el porcentaje de éxito en la terapia, en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. [...] empezó a buscar métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. [...] Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. [...] La terapia tenía así como fin, no sólo tomar conciencia de este autodocetrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales preferenciales (no-demandantes o no-absolutistas) y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

Es importante resaltar que ambos autores fueron contemporáneos, desarrollando sus teorías en la década del 50' y 60', y han compartido diversas publicaciones y exposiciones, y como señala Miguel L. (2011), son considerados los padres de la terapia cognitiva:

La psicoterapia cognitiva figura actualmente entre las formas de tratamiento psicológico más eficaces, en términos estadísticos (Sensky, 2005; Stuart y Bowers, 1995; Dobson, 1989). Esta

modalidad aparecía durante la década de los 60 del pasado siglo XX en Estados Unidos, ante las críticas y la creciente insatisfacción hacia las terapias conductuales y psicoanalíticas. Albert Ellis (1913-2007) y Aaron T. Beck (1921-) son considerados los fundadores de esta forma de tratamiento psicológico.

Pese a la coincidencia temporal, tanto la terapia cognitiva como la psicología cognitiva evolucionan de forma independiente, ya que persiguen objetivos diferentes, como nos señala Feixas y Miró (1997): “A diferencia de otras escuelas, las terapias cognitivas no surgieron de la psicología cognitiva si bien es cierto que a posteriori las primeras han buscado fundamento en las segundas.”

En el presente trabajo, se considera que las terapias cognitivas conductuales, por su efectividad señalada en el párrafo anterior, tendrán un efecto terapéutico adecuado en los TLP, y podrá evidenciarse complementariedad de la TCC de la Depresión a la TRE; por consiguiente es importante resaltar aspectos de esta patología, como nos indica Torre G. (2007, p. 311):

Es importante observar que el término “Límite” se ha empleado de diversas maneras. Al principio se utilizaba cuando el profesional no estaba seguro del diagnóstico del paciente porque presentaba una mezcla de síntomas limitando entre la neurosis y la psicosis. También se usó para amontonar todos los pacientes difíciles de diagnosticar. La teoría de que los pacientes estarían entre la neurosis y la psicosis ha sido descartada desde los años ochenta, pero los términos “Borderline” o “Límite” han perdurado.

Hoy día, y compartiendo el enfoque que suponemos utilizarían los autores, ya que en su momento se basaron en el manual diagnóstico DSM III-R, podríamos definirlo como: “un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.” (DSM IV-R, 1995, p. 645).

Creemos que el desarrollo de estas terapias será un factor central en el tratamiento del TLP, como de muchos otros trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo y depresión entre otros. Ya que su enfoque basal en ambas teorías está centrado en corregir el sistema de creencias, como nos indica Gabalda (2007, p. 18): “el modelo de Ellis gira alrededor del concepto de pensamiento irracional, el de Beck gira en torno al concepto de esquema”; ambos apuntando a la disfuncionalidad de los pensamientos y a la re-estructuración cognitiva de los mismos, ya que ésta llevará cambios tanto conductuales como emocionales, disminuyendo la sintomatología y dando capacidades más adaptativas al sujeto.

Metodología

Empleamos como método de investigación el sondeo bibliográfico, a partir del análisis de contenidos y la extracción biográfica. Se consultaron diversas fuentes, tanto vía web, por portales como Ebsco, Dialnet, Scholar Google, entre otras. Asimismo material suministrado por profesionales de la salud, y obtenido de diversas bibliotecas. Entre estos últimos se utilizaron, Tesis, Tesinas, Manuscritos no publicados, Publicaciones Universitarias, Revistas Científicas, Libros, Capítulos de Libros, Pappers y otros. Entre nuestros criterios de búsqueda, se utilizaron palabras claves como: Terapia Racional Emotiva, Albert Ellis, Terapia Cognitivo Conductual, Aaron Beck, Trastorno Límite de la Personalidad, Depresión, Terapias Cognitivas, Terapias Conductuales, Técnicas Cognitivos-Conductuales, entre otras.

El material se desarrolló en 3 capítulos. En el primero desarrollaremos la Terapia Racional Emotiva Conductual. En el segundo la Terapia Conductual Cognitiva. Y por último analizaremos el Trastorno Límite de la Personalidad y la Depresión, los cuales serán nuestros principales criterios de búsqueda. Se concluyó intentado dar una aproximación de ambos enfoques y la complementariedad de los mismos en las distorsiones cognitivas.

Desarrollo

Capítulo 1: La Terapia Racional Emotiva

A. Los A, B, C de la Terapia Racional Emotiva

Los ABC de la terapia racional-emotiva (TRE) surgieron en 1955, y han continuado utilizándose hasta 1968, momento en que se funda el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de New York, época en la cual se agregaron D y E, a los originales ABC de Ellis, en las cuales se hará foco en este trabajo.

Creemos conveniente comenzar definiendo estas tres variables, las cuales harán depender al sujeto de conductas y sentimientos adaptativos o no, y podrán ser generadoras de diversas patologías, tal como señalan Mahoney y Freeman (1988, p. 337):

A (*Activating*) significa hechos activadores, experiencias activadoras, actividades o agentes con los que la gente tiene problemas. B (*Beliefs*) significa creencias reales o racionales sobre los hechos activadores que tienden a conducir a C (*Consequences*), consecuencias apropiadas. IB (*Irrational Beliefs*) significa creencias irracionales sobre los hechos activadores que suelen conducir a IC (*inappropriate Consequences*), consecuencias inapropiadas (especialmente problemas emocionales y conductas disfuncionales). D (*Disputing*) significa disputar creencias irracionales: detectarlas, discriminarlas de las creencias racionales y debatirlas. E (*Effective*) significa las creencias racionales efectivas que remplazan a las creencias irracionales de la gente, y también las emociones apropiadas efectivas y las conductas funcionales efectivas que remplazan a las emociones perturbadoras y a las conductas disfuncionales.

Cabe destacar que los dos últimos puntos serán fundamentales en la relación terapéutica, dependiendo de un trabajo conjunto y continuo entre terapeuta y paciente. En éste trabajo se focalizará a partir de diversas técnicas e intervenciones, en identificar las creencias irracionales a partir del confronte por parte del terapeuta, y un refuerzo de aquellas que sean funcionales.

La TRE sostiene que los humanos son criaturas con propósitos, es decir, que buscan metas (G: *Goals*) tanto generales como específicas, y estas casi siempre apuntan a 3 factores esenciales: mantenerse vivos, ser razonablemente feliz y verse libre de dolor. Algunos autores señalan que existen asimismo sub-metas derivadas de estas primeras, tales como ser feliz cuando se está solo y cuando se asocia con otro ser humano, como al verse inmersos en relaciones ítimas con otras personas, también asociadas a trabajar para vivir, y las actividades recreativas, por ejemplo: arte, música, deporte, etc. (Mahoney y Freeman, 1988).

Se considera que la obtención y logro de las mencionadas metas, dependerán de las creencias del sujeto, por lo que se entiende que las creencias racionales (rBs), cogniciones, ideas y filosofías del cliente, ayudarán al alcance de dichas metas, mientras las creencias irracionales (iBs), sabotearán o bloquearán el logro de las mismas. (Mahoney y Freeman, 1988).

La terapia racional-emotiva sostiene que los sujetos en algún momento intentan alcanzar sus metas, las cuales se dan en un ambiente determinado, encontrándose hechos activadores (A) los cuales favorecerán el alcance de las mismas, o bloquearán su concreción, facilitando así o no los trastornos de la personalidad. Estos A activantes, responderán a diferentes características tal como señala Ellis (1979):

Los As que esas personas encuentran, normalmente se hallan presentes en hechos corrientes o forman parte de sus propios pensamientos, sentimientos o conductas, pero pueden estar también inmersos en memorias (consciente o inconscientes) o en pensamientos sobre las experiencias pasadas. La gente tiende a buscar y a responder a esos As a causa de: a) sus predisposiciones biológicas o genéticas, b) su historia constitucional, c) su aprendizaje anterior interpersonal y social, y d) sus patrones de hábitos predispuestos de formas innatas o adquiridas.

Cabe señalar que estos A no existen nunca en estado puro, ya que interactúan o incluyen las B y C. El hombre se conduce a sí mismo (tanto en las metas, pensamientos y deseos) por lo tanto los sujetos son en sí los hechos activantes (A) tanto como su ambiente. Esto se debe a la forma en que se relacionan con el mundo, ya que podríamos inferir que no existen separados del mundo, el sujeto solo puede ser-en-el-mundo, relacionado con otros seres humanos en un contexto social, por lo que nunca son individuos puros, sino criaturas centradas en el mundo y sociales. (Mahoney y Freeman, 1988).

Según la teoría de la TRE, los sujetos tienen innumerables creencias (Bs), pensamientos, cogniciones o ideas, sobre sus hechos activantes (As), y éstas tienden a ejercer influencia sobre las consecuencias (Cs), cognitivas, emocionales y conductuales.

Aunque As aparece a menudo como “causa” directa o como contribución a Cs, esto sólo en contadas ocasiones es así, porque las Bs normalmente sirven como importantes mediadores entre As y Cs y, por tanto, causan o crean Cs mucho más directamente (Bard J.A., 1980).

Entonces podemos inferir que las personas aportan su subjetividad a los hechos activantes, prejuzgando o dando juicio de valor a los mismos, por consiguiente, como indica Mahoney y Freeman (1988, p. 339): “Así, la gente nunca experimenta A sin B y C, pero más raramente experimentan B y C sin A.”

Si bien las personas tienen una infinidad de cogniciones, en la Terapia Racional Emotiva se hará foco en las creencias racionales (rBs) y en las creencias irracionales (iBs); ya que las primeras serán un importante factor de auto-ayuda, mientras que las segundas llevarán a los sujetos a comportamientos auto-derrotistas.

Para concluir este apartado, cabe señalar que la TRE resalta la importancia de estas creencias en relación a los trastornos o la salud del paciente, tal como nos indica Ellis (1991): “Los humanos tienen objetivos y propósitos; y en diversos medioambientes, y especialmente en sus relaciones sociales, construye pensamientos, sentimientos y comportamientos que les realizan o les frustran, y por tanto crean estados de “salud mental” y “trastorno emocional”.”

B. Creencias y Consecuencias

En este punto de nuestro trabajo, entendemos que las creencias son la piedra angular de la teoría, y creemos que la modificación de aquellas que son irracionales, acercará a los sujetos a la sanidad, por ello nos parece de fundamental importancia la puntuación que el creador de la T.R.E., Alber Ellis (1976) hace de las mismas:

1) Observaciones, descripciones y percepciones no evaluativas (cogniciones frías).

Ejemplo: “Veo que la gente se está riendo.”

2) Evaluaciones, inferencias y atribuciones preferenciales positivas (cogniciones cálidas).

Ejemplos: “Veo que se están riendo conmigo”, “Veo que piensan que soy divertido”, “Veo que les gusto”, “Me gusta que se rían conmigo”, “El gustarles tiene para mi ventajas que yo adoro”.

3) Evaluaciones, inferencias y atribuciones preferenciales negativas (cogniciones cálidas)

Ejemplos: “Creo que se están riendo de mí”, “Creo que piensan que soy un estúpido”, “Me desagrada que se rían de mí”, “No gustarles tiene desventajas reales que aborrezco”.

Estos tipos de creencias, no tienen una inferencia referenciada a las Cs (consecuencias) conductuales que el sujeto supone y lo llevarán a actuar de determinadas maneras; en los casos siguientes, se evidencia como estas atribuciones pueden ser desadaptativas, y llevar a la persona a creencias irracionales.

4) Evaluaciones, inferencias y atribuciones positivas absolutistas (Cogniciones calientes; creencias irracionales)

Ejemplos: “Ya que la gente se está riendo conmigo y parece ser que les gusto debo actuar de forma competente y ganar su aprobación.”

De esta forma el sujeto saca conclusiones como las siguientes:

a) “Soy una persona grande y noble” (generalización excesiva).

b) “Mi vida será completamente maravillosa” (generalización excesiva).

c) “El mundo es totalmente maravilloso” (generalización excesiva).

- d) “Es cierto que siempre se reirán conmigo, y, por tanto, seré siempre una gran persona” (certeza).
- e) “Merezco que me ocurran solo cosas bonitas y maravillosas” (merecimiento y deificación).

En este punto, el lector puede evidenciar que las creencias, aunque no sean de carácter negativo, pueden ser desadaptativas para el individuo, ya que las atribuciones positivas absolutistas carecen de sano juicio; tal como las negativas que se desarrollan a continuación.

5) Evaluaciones, inferencias y atribuciones negativas absolutistas (cogniciones calientes, creencias irracionales).

Ejemplos: “Ya que la gente se ríe de mi y, por tanto, no les gusto y porque debo actuar de forma competente para ganar su aprobación”

Las conclusiones posibles:

- a) “Soy una persona incompetente y pésima” (generalización excesiva).
 - b) “Mi vida será totalmente desgraciada” (generalización excesiva).
 - c) “El mundo es un lugar totalmente despreciable” (generalización excesiva).
 - d) “Estoy seguro de que siempre se reirán de mi y por tanto siempre seré una persona estúpida (certeza).
 - e) “Merezco que solo me ocurran cosas malas y horribles (merecimiento y condenación).
- 6) Derivados cognitivos comunes de evaluaciones negativas absolutistas (cogniciones calientes adicionales y creencias irracionales).

Ejemplo: Ideas perturbadoras “Debo actuar competentemente y ganar la aprobación de otros, porque al reírse de mi me demuestran que he actuado incompetentemente y/o he perdido su aprobación”

Conclusiones posibles:

- a) “Esto es horroroso, horrible y terrible” (tremendismo, catastrofismo).
- b) “No puedo soportarlo, no puedo aguantarlo” (manía de “no poder soportarlo”, ansiedad frente al malestar, baja tolerancia a la frustración).
- c) “Soy una persona totalmente incompetente, inferior y sin ningún valor” (autoderrotismo, sentimientos de inadecuación).
- d) “No puedo cambiar y convertirme en una persona competente y amada” (desesperanza).
- e) “Merezco la desgracia y el castigo y continuaré provocándomelos a mí mismo” (condenación).

En el párrafo precedente, como en el contiguo, se observan las cogniciones que podríamos inferir como secundarias, asociadas a las absolutistas primarias, y las conclusiones desadaptativas que pueden evidenciar las personas; en la TRE se observarán primero éstas para poder ir luego por las creencias más profundas, y luego por confronte de un terapeuta especializado, corregir lo irracional de las mismas, dando la posibilidad de identificarlas, cuando estas irrumpen en el pensamiento, y a partir de la práctica, cambiarlas por creencias racionales.

7) Otros derivados cognitivos comunes de las evaluaciones negativas absolutistas (creencias irracionales adicionales).

Ejemplos: Errores lógicos e inferencias poco realistas. “Debo actuar como una persona competente y ganar la aprobación de la gente, y al reírse de mí me demuestran que he actuado de forma incompetente y/o que he perdido su aprobación”

Conclusiones:

- a) “Actuaré siempre de modo incompetente y la gente significativa para mí me desaprobará” (generalización excesiva).
- b) “Soy un fracaso total y no merezco ser amado” (generalización excesiva; pensamiento “todo o nada”).
- c) “Sabes que no soy bueno y siempre seré incompetente” (*non sequitur*, saltar a las conclusiones; leer el pensamiento).
- d) “Seguirán riéndose de mí y siempre me despreciarán” (*non sequitur*, saltar a las conclusiones, adivinar el futuro).
- e) “Solo me despreciarán y no ven nada bueno de mí” (centrarse en lo negativo; generalización excesiva).

- f) “Cuando se ríen conmigo y me ven de modo favorable es porque están de buen humor y no ven que estoy engañándoles” (descalificar lo positivo; non sequitur).
- g) “El que se ríen de mí y les disguste va a hacer que pierda todos mis amigos y mi trabajo” (catastrofismo; magnificación).
- h) Cuando actúo bien y la gente se ríe conmigo, eso muestra que ocasionalmente puedo estar equivocado; pero eso no tiene importancia comparado con mis grandes faltas y estupideces” (minimización; centrarse en lo negativo).
- i) “Siento fuertemente que soy despreciable y poco amado; y este sentimiento mío tan fuerte y compacto prueba que soy realmente despreciable y que no merezco ser amado” (razonamiento emocional; razonamiento circular; non sequitur).
- j) “Soy un perdedor y un fracasado” (etiquetado; generalización excesiva).
- k) “Solo se pueden estar riendo a causa de alguna estupidez que yo haya hecho y no por cualquier otra razón” (personalización; non sequitur; generalización excesiva).
- l) “Cuando encuentro un modo de que dejen de reírse de mí, o me río con ellos y les gusto, soy un farsante que está actuando mejor de lo que es, que desea cambiar pronto y demostrarles el despreciable farsante que soy” (engaño; pensamiento de “todo o nada”; generalización excesiva). Alber Ellis (1976, p.145-168).

Como el lector podrá ver, todos estos tipos de creencias tienen características de pensamiento de diversos tipos, entre ellos encontramos: “pensamiento de todo o nada”, generalizaciones excesivas, razonamientos circulares o emocionales, minimización, centrarse en lo negativo, etiquetado, auto-engaño, descalificar lo positivo o centrarse en lo negativo, adivinar el futuro, condenación, desesperanza, auto-derrotismo, inadecuación, entre otros. Estos deberán poder ser identificados por el paciente, con la ayuda del terapeuta, y lograr una comprensión de su irracionalidad o falta de adaptabilidad; más allá de lo señalado con antelación respecto a la identificación y restitución de creencias.

Por último, en relación a este punto, cabe señalar que estas creencias pueden ser aprendidas de padres, maestros u otras personas significativas en la vida infantil de las personas, pero de todas formas Alber Ellis señala que esta característica irracional, es más bien una tendencia innata:

“Pero los seres humanos probablemente aprenden con facilidad esas creencias irracionales, y las retienen rígidamente porque nacemos con una fuerte tendencia a pensar irracionalmente” (Ellis, A. 1984).

Asimismo es importante señalar que las personas también aprenden patrones familiares y culturales racionales, pero luego los exageran en exceso, convirtiéndolos en creencias irracionales; tal como nos señalan Ellis y Whiteley (1979):

Más importante aun es el hecho de que la gente aprende a menudo patrones racionales familiares y culturales (por ejemplo, “es preferible para mi tratar a los otros de forma considerada”), pero después los generalizan en exceso, los exageran y los convierten en creencias irracionales (por ejemplo, “ya que es preferible para mi tratar a los otros de forma considerada, he de hacerlo siempre y, si no lo hago, soy una persona sin valor y que no merece ser amada”).

Los autores concluyen indicando que aunque todos los humanos se educaran de forma racional, la teoría supone que algunos tomarían sus preferencias racionales, convirtiéndolas en demandas absolutistas sobre sí mismos, los otros y el universo en que viven. (Ellis y Whiteley, 1979). Lo que supone un alivio sintomático, pero no un sentido de cura propiamente dicho.

En referencia a las consecuencias (Cs), que podemos identificar con la sintomatología, se creería que es un resultado de la interacción de As y Bs, pero aunque se vea influida por éstas, no es causa directa y sistemática; ya que los humanos reaccionamos de forma natural a los estímulos del ambiente, y cuando las As son poderosas, como por ejemplo un desastre natural, estas As, afectarán profundamente a las Cs, sin una valoración significativa de las creencias (Bs), ya que estarán más influidas por el instinto de supervivencia; sólo en un segundo momento pueden generarse creencias racionales o irracionales a partir del suceso activante.

Es importante señalar que las consecuencias pueden ser por sí mismas condición para asociar a hechos activantes o viceversa, luego agregándose las creencias que relacionen ambos, pero pueden verse en ambos sentidos; tal como señalan Mahoney y Freeman (1988, p. 343):

Cuando C consiste en un trastorno emocional (por ejemplo, graves sentimientos de ansiedad, depresión, hostilidad, autodesaprobación y autocompasión), B generalmente (aunque no siempre) crea o causa A de forma principal o más directamente. Sin embargo, los trastornos emocionales pueden surgir, a veces, de As poderosos [...] o pueden ser consecuencia de factores orgánicos – por ejemplo, hormonales o de una enfermedad- que son de alguna forma independientes, o pueden realmente causar creencias (Bs).

De todas formas, sean las As quienes crean las Cs, o bien cuando los factores fisiológicos crean las Cs, se acompañan por lo general de Bs. Las Cs, que resultan de A y B, no son siempre puras, sino que surgen de la interacción entre estas dos últimas.

Así podemos inferir que $A \times B = C$, pero aquí juega un papel fundamental lo que el sujeto aporta a estas, los sentimientos; tal como señalan Mahoney y Freeman (1988, p. 343): “La gente aporta también sentimientos (al igual que esperanzas, metas y propósitos) a A”. Por ejemplo señalan: “no solicitarían un trabajo a menos que lo desearan o lo evaluaran favorablemente. Por tanto, sus As incluyen parcialmente a sus C. Desde el principio ambas están relacionadas, más bien que separadas por completo.”

De la misma forma, las creencias (Bs) están relacionadas, e incluyen en ellas los hechos activantes y las consecuencias. Y manteniendo el ejemplo de obtener un trabajo, sus creencias “quiero obtener un trabajo”, crearán sus As, ir a una entrevista, la cual podrá desembocar en Cs, como en el caso de ser rechazado, un sentimiento de desengaño o depresión. Por consiguiente, podemos decir, que A, B y C, están estrechamente relacionadas, y no existen en ausencia de alguna de las partes. Como nos señala Ellis (1962):

Al igual que ocurre con la cognición, la emoción y la conducta, el pensamiento puede [...] incluir de forma importante el sentir y el comportarse. Pensamos, en buena medida, porque deseamos (un sentimiento) sobrevivir (una conducta) y ser felices (un sentimiento). El tener emociones incluye, de forma significativa, el pensar y el comportarse. Deseamos porque evaluamos algo como bueno o beneficioso, y al desearlo, nos acercamos y no nos alejamos de él (actuar sobre él). Por lo general, el comportarse incluye, hasta cierto punto, el pensar y el tener emociones. Ejecutamos un acto porque pensamos que es conveniente hacerlo y porque, además, nos gusta hacerlo.

“Por tanto, la cognición, las emociones y las conductas pueden existir en estado puro, pero es muy extraño que existan durante el estado de vigilia (o conciencia) normal; e incluso cuando aparecen, van seguidos rápidamente por estados cognitivos-afectivos-conductuales.” (Schwartz, 1982).

Para finalizar este apartado, nos gustaría dar al lector una aproximación de las principales técnicas que utilizará la T.R.E., las cuales suponemos serán uno de los principales factores si pensamos en un abordaje conjunto, para ello citaremos a Sabaté N., quien realiza una división fundamental entre las técnicas cognitivas, emotivas y conductuales:

Técnicas Cognitivas

- **Detección:** Consiste en buscar las creencias irracionales que conducen a las emociones y conductas perturbadoras. Se suelen utilizar auto-registros con un listado de creencias irracionales que permite su identificación o un formato de auto/preguntas.
- **Refutación:** Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales planteadas y que posteriormente puede emplear el paciente [...].
- **Discriminación:** Se enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
- **Definición:** Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta (p.e. cambiar el “No puedo” por “Todavía no pude”...)

- Técnicas referenciales: Se pide al paciente hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

Técnicas Emotivas

- Métodos humorísticos: se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
- Auto-descubrimiento: El terapeuta puede mostrar que también es humano y ha tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador.
- Modelado vicario: Se emplean historias, leyendas y parábolas para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.
- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias persona desconocidas para superar el miedo al rechazo).
- Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.

Técnicas Conductuales

- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.
- Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
- No demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para “mañana” para no evitar la incomodidad.
- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

Capítulo 2: Terapia Cognitivo Conductual

A. Aproximaciones a la Terapia Cognitivo Conductual

En este punto del trabajo, creemos importante comenzar destacando que pese a la coincidencia espacial y temporal, la terapia cognitiva y la psicología cognitiva aparecen en contextos intelectuales diferentes y evolucionan de manera independiente, persiguiendo así objetivos distintos. A diferencia de lo ocurrido en otras escuelas, las terapias cognitivas no surgieron de la psicología cognitiva (Feixas y Miró, 1997), si bien es cierto que a posteriori las primeras han buscado fundamento y respaldo científico en las segundas.

A diferencia de Albert Ellis, el propio Beck destaca la similitud en el marco teórico de su terapia, resaltando que en cierto aspecto es similar al psicoanálisis. Haciendo hincapié en el funcionamiento y evolución de la mente, asentándose su método terapéutico sobre esta última (Beck, 1985).

Debemos señalar que Beck no intentó realizar una teoría del psiquismo humano, sino más bien su premisa esencial fue: «La respuesta afectiva está determinada por el modo en que un individuo estructura su experiencia» (Beck, 1970, p. 287). Y el supuesto teórico que subyace de esta misma, es que la conducta del individuo, sus pensamientos y los trastornos que padece son consecuencia del modo que se ve a sí mismo, al mundo y al futuro; esto es a lo que Beck se referirá como tríada cognitiva.

Beck nos indica que el principal objetivo del psicólogo será evaluar esta tríada cognitiva, y posteriormente intentar que el paciente tome consciencia de sus interpretaciones distorsionadas de los hechos. Por último se formularán una serie de estrategias destinadas a modificar o sustituir la visión que este tiene de sí, del mundo y del futuro.

Estas estrategias son de dos tipos fundamentalmente, cognitivas y conductuales. Las primeras se basan en la explicación del fundamento teórico, identificación de esquemas desadaptativos, puesta a prueba de pensamientos automáticos, y retribución de responsabilidades de situaciones negativas, entre otras. Las segundas, serán de carácter más directivo, como la programación de actividades, técnicas de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, etc. (Miguel L., M. J., 2011).

A diferencia de otros modelos, la TCC se centra en el aquí y ahora, en las circunstancias actuales, prestando poca atención a sus experiencias tempranas, pero tampoco descartándolas. Como indica Beck (1979) “se presta poca atención a la época de la infancia, salvo que pueda clarificar algunos hechos actuales”. Por lo tanto se centrará la atención en la relación entre afectos y pensamientos, tal como Beck afirma:

Para responder a estas cuestiones es necesario aportar formulaciones más abstractas y más especulativas. La teoría que presentaré en esta sección se ocupa de entidades (constructos hipotéticos) que no son experimentados por el paciente como tales, pero cuya existencia es postulada para dar cuenta de la regularidad y la predictibilidad de su conducta. Estos constructos hipotéticos incluyen estructuras cognitivas y energía. Estas formulaciones no pretenden presentarse como una explicación comprensiva de la depresión, sino que estarán limitadas a unas cuantas grandes áreas en las cuáles el material clínico relevante resulta adecuado para garantizar una exposición teórica formal. (Beck, 1970, p. 281).

En su teoría, Beck se refiere a esquemas como estructuras cognitivas estables, las cuales constituyen la base de interpretación y codificación de los estímulos y situaciones con las que se enfrentan los individuos, llevándolos a sesgar su visión en algunos aspectos que confirman sus pensamientos. El procesamiento de la información que haga el individuo dependerá de los esquemas que son activados en determinado momento.

Generalmente estos esquemas se desarrollan en etapas tempranas del individuo, ya que en esos estadios, el sujeto desarrollará una amplia variedad de conceptos y actitudes sobre sí mismo y el mundo. Estos, según la adecuación o inadecuación dependerán del tipo de experiencias que haya tenido el niño en dichas oportunidades.

Como señala Miguel L., M. J., (2011): estos esquemas cuentan con determinadas características. Son estables, invariables y duraderos en el tiempo, y difieren de los procesos cognitivos, ya que estos son efímeros, y la estructura es perdurable. Asimismo, para el desarrollo de su teoría, existen dos niveles o planos cognitivos; toda la actividad cognitiva se desarrolla en la superficie, guiada o condicionada por elementos constitutivos, casi siempre de carácter inconsciente, parte más nuclear e invariable del psiquismo.

En el caso de la depresión, como indica Miguel L., M. J., (2011):

Los esquemas desarrollados durante la infancia implican juicios de valor negativos sobre el sí mismo («soy un fracasado»), el mundo («la vida no merece la pena») o el futuro («nunca conseguiré salir adelante»). Estos esquemas, una vez consolidados, pueden permanecer en estado latente durante bastante tiempo, sin ejercer efecto alguno sobre el sujeto, a menos que se den determinadas condiciones (enfermedad, pérdida de trabajo, muerte de un ser querido, etc.). Ante la emergencia de tales condiciones los esquemas son activados, haciéndose con el dominio de los pensamientos e interpretaciones que terminan precipitando la sintomatología depresiva.

En este punto, podríamos encontrar una similitud con la Terapia Racional Emotiva, ya que estos esquemas negativos, son similares conceptualmente a las creencias irracionales postuladas por Albert Ellis. Ambas son intrínsecamente negativas, aunque la diferencia sustancial radica en que las creencias irracionales están vinculadas a metas, los propios objetivos del sujeto; y propone que estas son fruto de una tendencia innata del ser humano a la irracionalidad, aunque asimismo destaca la socialización infantil como factor preponderante del aprendizaje. En contrapartida, los esquemas negativos de Beck resultan de sucesos traumáticos y no necesariamente están relacionados con metas. Para aclarar podríamos destacar el siguiente párrafo:

Asumamos que inicialmente el esquema es energizado como resultado de algún trauma psicológico. La activación de esta estructura cognitiva conduce a la estimulación de la estructura afectiva. La activación de la estructura afectiva produce un estallido de energía, la cual es experimentada subjetivamente como una emoción dolorosa. (Beck, 1970, p. 289).

B. Pensamiento Depresivo y Tratamiento

Para comenzar con esta sección, creemos importante señalar el desarrollo del curso que han tomado para Aaron Beck sus investigaciones en el campo de la depresión.

Tal como él mismo señala (2012), creía en la postura de los factores psicodinámicos específicos sobre la depresión, la hostilidad vuelta sobre sí mismo, ya que su formación fue psicoanalítica, y desde esta postura creía en la “necesidad de sufrimiento”. Sin embargo, experimentos posteriores presentaron resultados que parecían contradecir esta hipótesis; ya que evidenció que los pacientes depresivos no tienen necesidad de sufrimiento alguna: “Concretamente, las manipulaciones experimentales indicaron que el paciente depresivo tiende a evitar conductas que pueden generar rechazo o desaprobación, en favor de respuestas que eliciten aceptación o aprobación por parte de otros, con mayor probabilidad que el individuo no depresivo.” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2012, p. 8).

Esta observación animó a buscar otros resultados experimentales, por la evidencia que los mismos no “necesitan sufrir”. De todas formas la práctica evidenciaba que estos tenían sueños masoquistas, los cuales eran persistentes o frecuentes, donde ellos mismos se veían como personas derrotadas, frustrados al intentar alcanzar metas importantes, perdiendo objetos de valor, feos, anormales o enfermos. Asimismo las observaciones clínicas arrojaban sistemáticamente una visión negativa de sí mismos, y sus experiencias de la vida; las cuales Beck señala como formas distorsionadas de interpretar la realidad. Como él mismo señala (Beck, 2012):

“Posteriores investigaciones [...] validaron la idea que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa. [...] tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo, y del futuro, que queda expresada dentro de un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas.”

Enfocado en estas apreciaciones elabora técnicas para corregir las distorsiones cognitivas y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de la información, ya que de otra forma se centrará en los aspectos de la realidad que confirman sus distorsiones. Estas técnicas estarán basadas en la aplicación de la lógica y reglas de evidencia.

Se resalta la importancia de éxitos graduales, que lleven al paciente a conseguir objetivos claros, ya que se supone, ésto tendrá un considerable efecto para modificar el auto-concepto y las expectativas de carácter negativo; evidenciando una disminución de la sintomatología negativa.

Aparte del enfoque de asignación de tareas graduales, añade un nuevo enfoque a las técnicas, el cual apunta a someter a prueba las creencias falsas o excesivamente negativas; esta idea se basa en probar hipótesis en situaciones de la vida real, lo que él llamó "empirismo colaborativo", puesto que se basa en un trabajo conjunto entre terapeuta y paciente. En este punto Beck (2012) señala:

Prácticamente cualquier experiencia o interacción presentaba una oportunidad potencial para someter a prueba las predicciones e interpretaciones negativas del paciente. Así, el concepto de tareas para practicar en casa o "autoterapia ampliada", como lo denominaríamos posteriormente, incrementaba el efecto de las sesiones de terapia.

Respecto a lo referente a la teoría, podríamos señalar que la Terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, aplicado para diversas alteraciones psíquicas. De una duración aproximada entre 15 y 20 sesiones, y en los casos más graves, se recomiendan 2 reuniones semanales durante 4 o 5 semanas, y luego semanales durante 10 a 15 semanas.

Está basada en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta del individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones, eventos verbales o gráficos conscientes, se basan en actitudes de supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck, 2012).

El autor nos indica que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si el paciente no tiene conocimiento de la teoría, entonces las técnicas terapéuticas estarán encaminadas a: "...identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones" (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2012). De esta forma el paciente podrá aprender a resolver problemas y situaciones que antes le parecían imposibles, mediante una forma nueva de re-evaluar sus pensamientos; con la ayuda del terapeuta que lo ayudará a pensar de un modo más realista y adaptativo con sí mismo y su entorno, lo que lo llevará a la reducción sintomatológica.

Tal como señala Beck el objetivo es poner a prueba las falsas creencias y supuestos desadaptativos, y el método apunta a:

El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2012).

El desarrollo del tratamiento comienza por una explicación del fundamento teórico de la Terapia Cognitiva. A continuación se enseñará a reconocer, controlar y registrar los pensamientos negativos; para esto se utilizará una herramienta llamada "Diario de Pensamientos Distorsionados". Las cogniciones y supuestos que se observen de estos se discutirán a partir de la lógica, validez y valor adaptativo en las sesiones de terapia. En este punto, tal como destaca Beck y colaboradores (2012), es común que el paciente comience a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta, a menudo los pacientes se ven asumiendo el rol del mismo y cuestionándose sus conclusiones o predicciones; este es uno de los componentes más poderosos que se generan en la relación terapéutica. Y agrega, que sin este tipo de preguntas, el individuo depresivo se ve rodeado de patrones automáticos estereotipados, a lo que se denomina "pensamiento irreflexivo".

En este punto el autor hace una diferencia entre 2 tipos de técnicas: Conductuales y Cognitivas, como señalan Beck, Rush, Shaw y Emery (2012):

Técnicas Conductuales: estas suelen ser efectivas para los pacientes depresivos más graves, no solo para modificar la conducta, sino también para suscitar cogniciones asociadas a conductas específicas. Entre los materiales utilizados en las mismas encontramos un “Cuestionario de Actividades Semanales”, donde el paciente debe registrar sus actividades cada hora; un “Cuestionario de Dominio y Agrado”, en el que el paciente evalúa las actividades listadas en el cuestionario precedente; y la “Asignación de Tareas Graduales”, en las que el paciente emprende una serie de actividades que lo llevarán a alcanzar una meta específica, que él considera difícil o imposible. Éstas tienen la característica de someter a prueba los supuestos o esquemas que estos pacientes tienen como ciertos y son desadaptativos.

Respecto a las Técnicas Cognitivas, éstas están enfocadas a modificar las falsas creencias (esquemas), modificar las tendencias del paciente a hacer inferencias incorrectas de determinados eventos. Se intenta evidenciar los procesos lógicos, examinar las evidencias, y considerar explicaciones alternativas.

En este punto Beck y colaboradores (2012), nos resaltan la importancia del terapeuta para poder identificar qué técnica es más acorde a cada paciente, y resalta ventajas de cada una de ellas:

Al paciente preocupado, inestable, le resultará difícil hacer introspección. De hecho, sus preocupaciones e ideas perseverantes pueden verse agravadas por este procedimiento. En cambio, los métodos conductuales tienen un poder relativamente mayor para contrarrestar su inercia y movilizarle hacia una actividad constructiva. Es más, probablemente una experiencia satisfactoria al lograr un objetivo conductual sea más efectiva que los métodos cognitivos. [...] Imaginemos a una paciente que infiere que a sus amigos no les es simpática porque no le han telefonado en los últimos días. Esta paciente debería practicar habilidades cognitivas tales como identificar los procesos “lógicos” que llevan a esta conclusión, examinar la evidencia, y considerar explicaciones alternativas. Una tarea conductual sería irrelevante para esta clase de problemas cognitivos.

Por consiguiente podríamos resaltar como características principales de la terapia cognitiva el ya descrito empirismo colaborativo, el cual en contraste con las terapias tradicionales, las cuales se centran en el cliente, se focaliza en la interacción intencionada entre paciente y terapeuta. Claro está que el terapeuta será quien estructure la terapia, esta estructura dependerá de cada paciente, y requiere la participación activa de este. Beck (2012) resalta la necesidad de que el terapeuta ayude a organizar tanto el pensamiento como la conducta del cliente, ya que los pacientes depresivos suelen llegar confundidos, preocupados o distraídos. El terapeuta necesitará valerse de cierta inventiva para estimular al paciente a esta participación. También debemos recordar que la terapéutica se basa en el aquí y ahora, su objetivo es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión y entre sesiones; no interpretando los factores inconscientes. El énfasis central es la investigación empírica de los pensamientos, inferencias y supuestos automáticos de los clientes.

Beck distingue características de los sujetos con trastornos depresivos; en primer lugar señala las cogniciones depresivas; estas son respuestas automáticas, involuntarias, plausibles de cogniciones alteradas, y denotan perseverancia en ideas estereotipadas. El autor señala que éstas provienen de esquemas desarrollados en edades tempranas a consecuencia de sucesos traumáticos, los cuales permanecen latentes durante años y, finalmente, como consecuencia de circunstancias detonantes, son activados, ejerciendo influencia sobre el pensamiento desde un lugar de la mente velado a la conciencia. (Miguel L., M. J., 2011):

El punto central aquí es la imposibilidad de estos sujetos de tomar conciencia de sus esquemas disfuncionales y sus modos de pensamiento erróneos, tal como señala Beck (1970, p. 286-287):

“En estadios menos graves de depresión, el paciente es capaz de reconocer sus pensamientos negativos con objetividad y, aunque no sea capaz de rechazarlos completamente, puede modificarlos [...] (En estadios más severos, el paciente tiene dificultades incluso para considerar la posibilidad de que sus ideas o interpretaciones puedan ser erróneas...”

En este aspecto Miguel L., M. J., 2011, señala 3 niveles que el sujeto tendrá respecto a su trastorno, en relación al estado de conciencia de él mismo: 1) Éstos son los individuos mentalmente sanos, si bien experimentan algún tipo de distorsión cognitiva, tienen plena conciencia de ella, y son capaces de refutarlas sin gran esfuerzo, evitando la aparición sintomatológica. 2) Moderadamente depresivos, son conscientes de su trastorno en forma parcial, y los recursos cognitivos para enfrentar su trastorno son medianamente eficaces. 3) Son los sujetos depresivos en estado severo, y no cuestionan en modo alguno la veracidad de sus interpretaciones distorsionadas.

El pensamiento en el último de los casos es ilógico e irracional, dificultando la terapéutica, pero no imposibilitándola. Este tipo de pensamiento, tiende a llevarlo a errores sistemáticos, que conducen a la distorsión de la realidad. Suelen incluir interpretaciones arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, exageración y categorización incorrecta, como algunas de sus principales características (Beck, 1970, p. 285).

Su visión de la realidad es sesgada, y no es capaz de discurrir ajustándose a principios lógicos, al menos en situaciones personales, es decir consigo mismo, ya que con otros puede llegar a interpretar la realidad de una manera más objetiva, y no en términos negativos como lo hace consigo mismo. Esta característica lo lleva a una segunda, la cual denominaremos pérdida de objetividad, ya que como señala Miguel L., M. J., (2011 p. 95, 96): los sucesos vitales son vistos desde un ángulo estrictamente subjetivo, rechazándose toda explicación alternativa o evidencia contradictoria.” En tercer lugar, el pensamiento depresivo es automático, involuntario y perseverante, como señala Beck (1970):

El paciente depresivo moderado o severo muestra una tendencia a rumiar o volver una y otra vez sobre unas cuantas ideas características tales como soy un fracaso o mis intestinos están atascados [...] Estos esquemas idiosincrásicos continuamente dominan las cogniciones depresivas que desplazan las cogniciones no depresivas.

Por último debemos señalar las características principales que destaca Beck (1979) de este tipo de pensamiento, denominándolo como primitivo e infantil: 1) global y categórico, carece de matices; 2) moralista y absolutista, no admite relatividad alguna en sus juicios de valor; 3) invariable, independiente de las circunstancias; 4) basado en el propio carácter, al que atribuye el origen de todas sus calamidades; 5) irreversible, negando toda posibilidad de cambio.

Esto es causa de dificultad característica del tratamiento, ya que como nos indica Miguel L., M. J., (2011), éstos los cambios que podrá realizar el terapeuta no son en un nivel de inferencia profundo:

Ante la imposibilidad de manipular directamente el núcleo profundo del psiquismo, verdadero origen del problema, el terapeuta se sirve de procedimientos indirectos, modificando los contenidos y procesos conscientes de la mente con el propósito, en última instancia, de incidir sobre sus estructuras subyacentes.

Cuando la terapia cognitiva nos plantea una técnica como la re atribución de responsabilidades para cambiar la visión que un individuo tiene de sí mismo, el objetivo es modificar un esquema a través de la manipulación de determinados procesos mentales.

Al igual que hicimos en el capítulo dos, y para dar una aproximación al lector de las técnicas utilizadas en la Terapia Cognitivo Conductual, señalaremos un punteo de las principales herramientas, realizado por Sabaté, N.:

Técnicas Cognitivas

- Detección de pensamientos automáticos: se entrena a los sujetos 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 y conductas a esa situación o evento. Se pueden representar escenas pasadas mediante rolplaying, o mediante la discusión de las expectativas terapéuticas que permitan detectar los pensamientos automáticos [...].

- Clasificación de las distorsiones cognitivas: se enseña a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerles frente [...].
- Búsqueda de evidencias para comprobar la validez de los pensamientos automáticos:
 - (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) Diseñar un experimento para comprobar una determinada hipótesis. A partir de ello, 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) Usar preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente.
- Concretizar las hipótesis: las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones se operacionalizan lo más claramente posible para su contrastación. Se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.
- Reatribución: el paciente se hace 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 [...].
- Descentramiento: él paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante la recogida de información proveniente de otros se puede comprobar esa hipótesis.
- Descatastrofización: el paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta realiza preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.
- Uso de imágenes: consiste en usar imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Pueden utilizarse imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.
- Manejo de supuestos personales:
 - (1) Uso de preguntas tales como:
 - 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 asunción.

Técnicas Conductuales

- Programación de actividades incompatibles: se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema.
- Escala de dominio/placer: llevar un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y anotar para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona. Esta información se utilizará para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.
- Asignación de tareas graduadas: cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.
- Entrenamiento asertivo: se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido sus derechos, peticiones y opiniones personales.
- Relajación: es utilizada para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.
- Rol-playing: se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.
- Exposición en vivo: el paciente es enfrentado de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que disminuyan sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas. (Sabaté, N.)

Capítulo 3: Trastorno Límite de La Personalidad y sus aspectos depresivos

En esta sección comenzaremos definiendo los Trastornos de la Personalidad, para luego enfocarnos en el Trastorno Límite de la Personalidad, que será uno de los ejes centrales del presente trabajo. Por consiguiente, como evidencia el DSM IV:

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. [...] El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

El rasgo característico de estos, es que son patrones persistentes y permanentes, que se dan tanto en la experiencia interna como en las conductas del sujeto, generando malestar subjetivo; y este patrón se aparta de las expectativas culturales del sujeto; y debe darse como indica el manual diagnóstico, en al menos dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.

Cabe resaltar que el inicio se da en la adolescencia o principios de la edad adulta, y a diferencia de los trastornos antisociales, no se diagnostica en la niñez; y la sintomatología debe estar presente al menos 1 año. El patrón no debe ser atribuible a consecuencias de otro trastorno mental, ni tampoco debido a efectos fisiológicos, como sustancias o enfermedades médicas.

Respecto a su curso, debemos señalar que la bibliografía nos indica que ciertos trastornos, antisocial y límite, suelen atenuarse o remitir con el avance de la edad del sujeto.

Si bien consideramos que en el TLP las características esenciales son un patrón general de inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen, y la afectividad, así como una notable impulsividad, y frenéticos esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario; nos parece relevante resaltar las características diagnósticas de los mismos, basándonos en el DSM IV (1994, p. 666, 667 y 668):

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado: son sujetos muy sensibles a ser abandonados, y experimentan fuertes temores e ira inapropiada frente a estas circunstancias. Llegan a creer que son abandonados por ser “malos”; sus intentos para contrarrestar esta sensación subjetiva pueden llevarlos a actos impulsivos como la automutilación o conductas suicidas.
- Patrón de relaciones inestables e intensas: suelen idealizar, sin embargo cambian rápidamente de esta postura a devaluar a sus relaciones, pensando que no les prestan suficiente atención.
- Inestabilidad en la autoimagen: se presentan cambios bruscos en la percepción de sí mismos, caracterizados por cambios en los valores, objetivos y aspiraciones profesionales. Así como en planes a futuro, identidad sexual, y amistades. Suelen verse a menudo como perversos o desgraciados. También suelen coexistir con el sentimiento que no existen en lo absoluto.
- Impulsividad (al menos en 2 de las siguientes áreas peligrosas para sí mismos): apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, prácticas sexuales no seguras, conducir temerariamente.
- Intentos o amenazas suicidas con automutilación: la que suele causarles alivio, ya que les re-afirma su capacidad de sentir.
- Inestabilidad afectiva: caracterizados por disforia episódica intensa, irritabilidad, ansiedad. Suelen ser característicos sentimientos de vacío crónicos. Suelen aburrirse con facilidad, y siempre están buscando algo nuevo que hacer.
- Ira inapropiada e intensa: problemas para controlar la ira; y esta suele desencadenarse cuando creen que las personas que se ocupan de ellos los abandonan o no se preocupa significativamente. Suele manifestarse mostrando un sarcasmo extremo, amargura persis-

- tente, explosiones verbales. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de sentimientos de culpa, y confirman los pensamientos que tienen de ser “malos”.
- Ideación paranoide: suele ser transitoria y está asociada al estrés o síntomas disociativos graves. Estos síntomas suelen ser pasajeros, de minutos a horas, pero no se mantienen en el tiempo.

Sumadas a estas características diagnósticas, en estos sujetos suelen observarse patrones de infra-valoración de sí mismos, éstos se evidencian ya que en los momentos que están a punto de lograr un objetivo lo abandonan, por ejemplo abandonan los estudios justo antes de concluirlos, presentan regresión en la terapia cuando logran un avance significativo, o destruyen relaciones cuando parece que estas van a tener continuidad.

Los sujetos con este trastorno suelen sentirse más seguros con objetos transitorios, como por ejemplo los animales antes que con las relaciones interpersonales. En lo referido a lo conductual, son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajos, interrupciones en el estudio u otras áreas, y las rupturas matrimoniales o de pareja. Respecto a sus antecedentes familiares, son sujetos que vienen de abusos o maltratos físicos en la infancia, negligencia, o condiciones hostiles en su desarrollo, pérdidas tempranas o separaciones conyugales suelen evidenciarse en su historia familiar.

Siguiendo con el lineamiento de la Terapia Racional Emotiva, creemos válido destacar los aspectos que señala Albert Ellis respecto a estos trastornos límite de la personalidad. Desde este enfoque, entendemos que los individuos con trastornos de la personalidad y los trastornos límite, son diferentes biológicamente que los sujetos neuróticos, ya que nacen con una predisposición a ser vulnerables a condiciones medioambientales estresantes. Tienden a tener déficits o discapacidades cognitivas, emocionales y de comportamiento que los ponen en desventaja en comparación con los demás sujetos; pero a su vez, suelen evidenciar tendencias neuróticas, exacerbando sus limitaciones y dificultando la terapéutica.

Como señala Ellis, A. (2004):

Las personas con trastornos de la personalidad casi siempre tienen déficits orgánicos cognitivos, emotivos y conductuales por diversas razones incluyendo las predisposiciones hereditarias. Ellos (y más adecuadamente los psicóticos diagnosticados) tienen anomalías en su cerebro y sistema nervioso central (así como a menudo, otros defectos fisiológicos) que contribuyen de manera significativa, conjuntamente con otros factores medioambientales, a sus trastornos de la personalidad.

Consideramos que el pensamiento, el sentimiento, y las conductas, no son procesos separados, y hasta en cierto aspecto, el pensamiento es quien determina a los otros, ya que es quien estipula y procesa lo mental, sensorial, emocional y conductual; por ello las deficiencias o distorsiones de éste, desde un aspecto hereditario, serán un punto central de la terapéutica, ya que consideramos que con el adecuado entrenamiento, podrán evidenciarse cambios significativos en la calidad de vida del sujeto.

El autor en este punto hace mucho hincapié en las cuestiones heredadas, y señala, que estos sujetos a menudo tienen problemas desde la infancia, referentes a sus cogniciones, como trastornos de atención, maneras rígidas de pensamiento, incapacidad de organizarse adecuadamente, pensamiento impulsivo, son olvidadizos, tienen imágenes inconsistentes de los otros, una marcada incapacidad para mantener el sentido del tiempo como un proceso en curso, tienden a exagerar el significado de las cosas, rigidez, auto infra-valorización, indecisión, dificultades para recordar y evocar, y una deficiente codificación semántica (Ellis, A. 2004, p. 18). Éstas por lo general las adecuan, y se ajustan a estas deficiencias cognitivas, pero las condiciones medio-ambientales son desencadenantes de la exacerbación de las mismas.

Respecto a su comportamiento, entre los rasgos que los caracterizan, y que son notorios desde la infancia, podemos destacar tendencias hiperactivas, hipervigilantes, impulsivos, protestones, inconstantes, excesivamente inquietos, de humor cambiante y antisocial, distantes, adictivos, sobre-dependientes, distraídos e indecisos (Ellis, A. 2004, p. 18).

Ellis A. nos señala que hay 3 niveles de trastorno que actúan y deben considerarse entre sí, para poder entender las causas y efectos de estos. Los mismos son:

Nivel 1: Las personalidades límite tienen normalmente déficits cognitivos, emocionales y conductuales a algunos de los cuales están predispuestos a tener innatamente (y probablemente genéticamente). Parte de sus comportamientos límite pueden provenir directamente de estos déficits; y algunos de sus inadecuaciones individuales y sociales lo hacen casi con certeza.

Nivel 2: Las personalidades límite (como los neuróticos) también tienen tendencias innatas y adquiridas a demandar que deben tener éxito en el trabajo, en el amor y en el juego y a denigrarse ellos mismos cuando fracasan; y tienen tendencias innatas y adquiridas para insistir que ellos no deben estar muy frustrados o incapacitados y a tener baja tolerancia a la frustración, la ira y la auto compasión cuando están seriamente impedidos. Por lo tanto, tienen tendencia a estar tan, y probablemente más, neuróticos y auto frustrados de lo que están los individuos sin trastornos de la personalidad.

Nivel 3: A causa de sus deficiencias innatas cognitivas, emocionales y conductuales y a causa de su auto infravaloración y baja tolerancia a la frustración a cerca de estas deficiencias, las personalidades límite llegan a ser incluso más psicobiológicamente impedidas y disfuncionales; y entonces su neurótica auto infravaloración y su trastorno de malestar acerca de sus deficiencias, tiende a hacerles aún más incapacitados. Se crea un círculo vicioso en el curso del cual la deficiencia fomenta la neurosis, la neurosis fomenta la deficiencia, y una mayor deficiencia, fomenta una mayor neurosis.

Creemos que los trastornos límite, por esta retro alimentación constante y florecimiento de sintomatología neurótica basal, no encuentran la "cura", pero sí es posible arribar a una mejor calidad de vida en lo referente a lo biosocial. Debido a que su patología de base es genética, sus déficits cognitivos y emocionales no mostrarán un cambio significativo; e incluso los cambios pueden verse frustrados por su auto infravaloración y baja tolerancia a la frustración.

En la terapéutica es importante señalar que estos pacientes raramente realizan el esfuerzo requerido; como señala Ellis, A. (2004) "la parte negativa es que ellos raras veces trabajan duro y nada consistentemente"; esto debido a sus déficit cognitivos, emocionales y conductuales de base, tal como los déficit atencionales y de focalización, lo que dificulta un proceso continuo en rumbo a la salud mental.

En este punto, el autor nos propone unas guías para el tratamiento de estos trastornos, y en sus palabras, indica que los terapeutas "aguanten", para poder trabajar con los pacientes de manera persistente y continua:

- I. Intente una mejora real, pero espere ganancias limitadas con la mayoría de ellos: los pacientes límites son resistentes al cambio.
- II. Trabaje en usted mismo para adquirir aceptación incondicional: estima positiva de los clientes. Confróntelos con sus detestables y auto frustrantes pensamientos, sentimientos y acciones, pero hágalo como apoyo, protectoramente, y completamente no recusable.
- III. Acepte la personalidad límite, pero no sus malos comportamientos: enséñeles de la mejor forma posible a aceptarse a ellos mismos de manera incondicional; esto es denominado la filosofía existencial humanística, focalizándose en que son humanos, en que están vivos, sin importar que ellos mismos lo reconozcan o lo relaten bien; ya que toda autoaceptación, es una elección y una definición. Es importante diferenciar la autoaceptación de la auto estima, ya que este último es efímero, y es parte del hoy, pero no del futuro, por tanto aunque se cumplan las condiciones en el hoy, no será así mañana, generando ansiedad permanente. En cambio al aceptarnos con nuestros defectos y fallas, nuestro sentido de identidad o de ego es todavía elegido; llevando al sujeto a conjeturas tales como la que señala Ellis, A. (2004):

Dado que elijo estar vivo y ser sano y razonablemente feliz, muchos de mis actos y rasgos son "malos; perjudiciales", o "contra mi voluntad", pero soy demasiado complejo, "demasiado de un proceso en marcha" para dar una valoración, buena o mala, a mi ego o ser.

La auto-aceptación es un punto clave y difícil de alcanzar para la mayoría de los trastornos límite, porque la auto-valoración tiene ventajas respecto a la evolución humana, está biológicamente predispuesta, y es difícil rendirse. Pero puede minimizarse, si son aceptados en una primera instancia, incondicionalmente por sus terapeutas y enseñados activamente a aceptarse ellos mismos.

- IV. Debemos tener en cuenta que estos pacientes tienen una abismal baja tolerancia a la frustración (BTF): en este aspecto se debe mostrar como derrotar su BTF, y no ceder ni rendirse el terapeuta a su propia BTF.
- V. El terapeuta tendrá que tener en cuenta que pueden lograrse mejoras significativas en la sintomatología, creencias, sentimientos desadaptativos, compulsiones, obsesiones, paranoia, y otros, pero la cura completa es imposible.
- VI. Existen muchos especialistas que pueden tratar a estos pacientes: psicoterapeutas, neuropsicólogos, consejeros, rehabilitadores, profesores y otros; el terapeuta puede intentar tratar estos trastornos, pero debe tener en cuenta a estos especialistas para poder remitirlos en caso que sea pertinente.
- VII. Los pacientes límite a menudo piensan en lo que podría denominarse “perverso”, o “maneras intencionadamente auto frustrantes”. Pueden llevar a cabo intentos de suicidio para controlar a otros y tenerlos retenidos debido a su necesidad de atención y apoyo. Por consiguiente, los terapeutas harían mejor en no revelar algunos aspectos de sus pensamientos disfuncionales en las primeras instancias.
- VIII. Estos pacientes son impredecibles y únicos; y se recomienda que cuando los métodos tradicionales de la TRE no evidencian cambios, aunque ésta es multimodal y multifacética, se intente con otros que crea el terapeuta. Como Ellis, A. (2004) nos señala:

Por tanto, aunque enseñé a mis pacientes que la ira es casi siempre auto destructiva, yo induje a uno de mis clientes límite a dejar todos los pensamientos de asesinarse porque su principal rival de su afectación de amante por descontento viviría y estaría delirantemente feliz. Por lo que yo animé a mi cliente al menos temporalmente, a mantener y a dar rienda suelta a su ira hacia su rival y de ese modo motivarle a vivir y trabajar para su propia felicidad.

- IX. Respecto al tratamiento psicofarmacológico, algunas veces funciona, pero no muy a menudo. La TRE ayudará al paciente frente a la tolerancia a la frustración, y disminuirá la fobia a los medicamentos, posibilitándole encontrar el adecuado para su subjetividad, ya que suelen desarrollar miedos por los efectos secundarios negativos que estos desarrollan. El terapeuta debe saber que, al ser estos pacientes “tramposos” suelen usar el tratamiento farmacológico como una excusa para no trabajar en la terapia, y no modificar sus pensamientos, sentimientos y conductas desadaptativas.

Si bien entendemos que los pacientes con trastorno límite de la personalidad cuentan con las características antes descritas, suponemos experimentan períodos de estabilidad, lo que dará la necesidad de un diagnóstico más complejo que otros trastornos (Torres, T. 2007).

Beck y Freeman (1995) proponen incluir otras características, aunque no pretenden sumarlas como criterios diagnósticos adicionales. Estos autores entienden que los síntomas pueden variar de un día o semana a otra. Cuentan con una vulnerabilidad emocional fuerte y desproporcionada, hipersensibilidad a estímulos mínimos, auto-invalidación, es decir tendencia a invalidar sus propias emociones, pensamientos y conductas, que dan lugar a sentimientos de vergüenza, odio e ira. También nos indican que se ven afectadas las relaciones interpersonales, las mismas son carentes de finalidad y confusas para estos sujetos, y suelen provocar desconcierto, incompreensión o impotencia en el otro; tienden a confundir la intimidad con sexualidad y tienen mucha dificultad para tolerar la soledad, y el cuidar de sí mismos. Finalmente presentan patrones de pensamiento con tendencias de clasificar dicotómicamente a los otros, ya sea de su lado o en contra; estas cogniciones los llevan a acciones o reacciones emocionales extremas. Por ejemplo suelen tener pensamientos relacionados a que el mundo es peligroso, o ellos son vulnerables a éste, lo que los lleva a estar en una actitud defensiva e intentar no mostrarse débiles, sosteniendo siempre un estado de tensión y ansiedad. Por consiguiente como señala Torres, T. (2007 p. 314) “Los pensamientos influyen en los sentimientos y sensaciones del paciente lo que lo lleva a acciones descontroladas y estas acciones permiten reforzar las cogniciones que llevan a una resistencia al cambio, por lo cual se hace necesaria una intervención psicoterapéutica.”

Por consiguiente se considera que la terapia Cognitivo Conductual es una de las formas acordes para el abordaje de dichos pacientes, ya que esta psicoterapéutica hace hincapié en la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica de cooperación y métodos para el trabajo conductual y emocional. El enfoque central se aboca a los pensamientos, llamados distorsiones cognitivas, y se resalta

que estos tendrán consecuencias directas en las emociones y las conductas del sujeto, por lo tanto una reestructuración cognitiva y un terapia psicoeducativa, llevará al paciente a una mejoría (Torres, T. 2007).

En este aspecto Torres, T. (2007 p. 315, 316) propone 6 pasos:

- 1.- Fomentar una relación de confianza con el paciente. En este paso importa destacar que la relación entre terapeuta y paciente Límite desempeña en la terapia un papel más importante de lo habitual porque muchos de los problemas del paciente se dan en un ámbito interpersonal. Aquí se plantea la dificultad de establecer una relación terapéutica cooperativa entre los implicados y lograr que el paciente deposite la confianza en el terapeuta, porque es un componente del mundo que el paciente ve como dañino [...] Además, estos pacientes al no tener límites claros se hace necesario establecerlos al principio de la terapia, como aclarar los tratos especiales o las llamadas telefónicas. Por ejemplo, permitir llamadas telefónicas sólo en momentos de crisis. Por otro lado, los Límites no tienen metas claras ni prioridades, por lo cual el terapeuta propone un objetivo inicial que básicamente se centre en aspectos conductuales (no en los sentimientos o pensamientos) y que exija poca introspección, porque resultará menos amenazador para el paciente. Esto contribuirá a mejorar la relación de intimidad, confianza y cooperación con el terapeuta. Es relevante destacar que al paciente se le explica que nada de lo que relate en su discurso será sorpresivo o enjuiciado por parte del psicólogo. También hay que respetar el ritmo del paciente, es decir, indagar en las problemáticas según el paciente vaya colocándolas como temas en las sesiones y además, la Psicoeducación, explicarle y ayudarlo a entender al paciente su funcionamiento y todo lo relacionado con su psicopatología contribuye al lazo de confianza.
- 2.- Reducir el pensamiento dicotómico. Es típico en este tipo de trastorno que las cogniciones funcionan de manera categorial, es decir, se valoran las situaciones de manera extrema, blanco o negro y no en base a matices o en una dimensión continua. Beck y Freeman (1995 p. 289) explican que “el trabajo eficaz para reducir el pensamiento dicotómico exige en primer lugar demostrarle al cliente que él piensa de esa manera y convencerle de que le interesa dejar de hacerlo”. Se muestra directamente al paciente que pensar en un continuo es más realista y adaptativo que hacerlo de manera dicotómica. Para ello se recurre a los ejemplos de su vida y se utiliza el diálogo socrático para dar cuenta de la inexistencia de pruebas concretas que corroboren sus pensamientos. Con la práctica, el pensamiento dicotómico declinará gradualmente y el paciente irá incorporando el método para cuestionar su propia manera de pensar.
- 3.- Control creciente de las emociones. Estos pacientes creen que si expresan su malestar hacia otros serán rechazados, por lo cual se trabaja básicamente en demostrarles que sus expresiones no necesariamente tendrán consecuencias negativas. Los autores describen que en esta etapa del tratamiento, al ceder el pensamiento dicotómico se evalúa de manera más crítica sus propios pensamientos lo que conlleva una disminución de las desequilibradas reacciones del estado de ánimo, porque el paciente comenzará a manifestar sus emociones de manera más adaptativa y asertiva según sea la situación. Se trabaja en la re-conceptualización de las emociones, es decir, explicarle al paciente que no es malo, por ejemplo experimentar la rabia, que es un sentimiento humano, sino lo que hay que trabajar es su manera de expresión. Se utilizarán técnicas de dramatización y también cabe la posibilidad de realizar una intervención grupal porque es una oportunidad de trabajar en el control de las emociones in vivo, de manera natural.
- 4.- Mejorar el control de la impulsividad. Se trabaja con el paciente y su capacidad de elegir si actuará o no en base a un impulso, para luego no lamentarse de su conducta. Se interviene en base a la auto-observación para identificar el impulso antes de actuar, luego se explorarán lo ventajoso de lograr un control de estos impulsos para inhibir la respuesta automática. Consecuentemente, se exploran alternativas y luego se seleccionan las respuestas considerando las expectativas del paciente y lo que puede bloquear una mejor elección de estas respuestas, como los miedos o supuestos que operan a la base. Finalmente se instrumentaliza la respuesta, se pone en práctica y a prueba en experimentos conductuales.
- 5.- Fortalecimiento en el sentido de Identidad. Beck y Freeman (1995 p. 295) escriben que “la técnica cognitiva que escoge metas específicas y las aborda de modo activo, genera sentido más claro de las propias metas, prioridades y logros del paciente”. Se propor-

ción retroalimentación a las decisiones y buen comportamiento que vaya adquiriendo el paciente y así mismo ir evaluando con realismo sus acciones. Si el paciente no logra un buen funcionamiento, es evidente que no se le otorgará una retroalimentación, por lo cual es necesario que el terapeuta tenga una atención minuciosa para atender a los pequeños avances que puedan darse en el paciente.

- 6.- Abordar los supuestos de base. Se toman las creencias subyacentes del paciente, se definen de manera detallada para luego recurrir a experimentos conductuales para poner a prueba estas creencias. Es de suma importancia tomar en consideración la complejidad de modificar la convicción que el paciente Límite tiene sobre una falla intrínseca que provocará rechazo en su entorno, llevándolo a actuar de manera evitativa para relacionarse íntimamente. Por ello que es necesario hablar de manera abierta su creencia acerca de sus "defectos inaceptables", y que considere el precio que paga por evitar la intimidad. Aquí el terapeuta le proporcionará al paciente su aceptación con empatía, que no será enjuiciado a pesar que se reconocerán de él sus peores "defectos".

Capítulo 4: Conclusiones

A. El foco terapéutico, similitudes y diferencias.

Comenzaremos este apartado intentando dar una aproximación al lector respecto a las similitudes teóricas de ambos enfoques. Para ello es imprescindible recordar que la formación sintomatológica no proviene del ambiente, sino de la subjetividad de cada individuo, tal como resalta Maineri Caropreso, R. (pag. 47):

[...] la conducta es una reacción a la representación de la realidad conceptuada y contenida en los esquemas mentales. En otras palabras, no reaccionamos a la realidad exterior, sino a la realidad subjetiva creada por los procesos cognitivos. Es obvio suponer que dentro de esta concepción, los trastornos son vistos como una representación errónea de realidad, y las consecuentes reacciones conductuales a estas representaciones.

Continuando con esta línea de pensamiento, resaltaremos a continuación las similitudes, y luego las diferencias conceptuales, para poder concluir con una aproximación de ambos modelos apuntado hacia la compatibilidad de los mismos.

Dichos modelos resaltan una semejanza entre las situaciones, pensamientos, emociones y conductas.

El modelo de Beck, A. (TCC), mantiene que los trastornos psicológicos provienen de maneras erróneas de pensar, las cuales conforman distorsiones cognitivas; estas se producen en una dinámica de 3 niveles: creencias nucleares, creencias intermedias y pensamientos automáticos.

Las creencias nucleares son aquellos significados personales, insistentes, sobre el mundo, los demás y si mismos, que a menudo son aprendidas de la vida infantil, al intentar organizar las experiencias externas. De esta manera se conforma un sistema cognitivo- emocional, ajeno al sistema racional del pensamiento; éstas tienden a activarse bajo determinadas circunstancias, llevando al sujeto a enfocarse en aquella información que confirme su creencia, y descartando toda aquella que no lo haga. Tal como señala Beck (1955), estas cuentan con las siguientes características: "La creencias centrales representan el nivel más fundamental de creencias, son generales, rígidas e implican una sobre-generalización." Estas creencias nucleares generan creencias intermedias, que son formas de actitudes, reglas y asunciones, que el individuo intentará utilizar, afectando sus percepciones y conceptualizaciones respecto a los eventos cotidianos. En consecuencia, estos esquemas (creencias nucleares e intermedias) interrumpen el pensamiento racional de forma distorsionada, los cuales se denominarán pensamientos automáticos, guiados por significados inconscientes. Como señala Maineri Caropreso, R. (pag. 59):

Los pensamientos automáticos constituyen las palabras o imágenes que pasan por la mente de la persona, expresándose principalmente en inferencias que actúan sobre el tipo de reacción emocional, conductual y fisiológica que se tendrá en situaciones actuales.

En comparación, el modelo de Ellis, A. (TRE), hace hincapié en que los trastornos psicológicos son desencadenados por un conjunto de creencias. En su marco teórico, apunta a un modelo de A, B, C. En este, A son los acontecimientos de la vida, B las creencias que los sujetos desarrollan a partir de estos, y C las conductas, tanto emocionales como conductuales. En consecuencia, podemos inferir que no es el acontecimiento lo que determina el malestar, sino las creencias irracionales; ya que en este punto el autor, si bien destaca una tendencia del ser humano a pensar irracionalmente, también resalta la importancia de las creencias que son racionales, y cómo el refuerzo de estas puede apuntar a la mejoría sintomática. Por último es importante destacar como este círculo puede retro-alimentarse constantemente, ya que las consecuencias (C), pueden actuar como nuevos hechos activantes (A), generando nuevas creencias irracionales (iB).

Por consiguiente, el énfasis estará puesto sobre este aspecto, el pensamiento que determinará las conductas, emociones, y la forma de procesar el ambiente; ya que consideramos que con el adecuado entrenamiento, podrán evidenciarse cambios significativos en la calidad de vida del sujeto. En este punto Ellis, A. (1958, p. 35-36) nos confirma:

El pensamiento y la emoción están tan estrechamente relacionados que normalmente uno acompaña al otro, actúan en una relación causa efecto circular, y en ciertos aspectos (casi en todos) son esencialmente lo mismo, por lo que el pensamiento de uno llega a ser la emoción de uno y la emoción de uno llega a ser el pensamiento.

Habiendo señalado estas similitudes en relación al papel central de las cogniciones, las cuales serán el eje central de la terapia y el tratamiento, creemos de fundamental importancia resaltar el punto de partida de la terapéutica para ambos modelos.

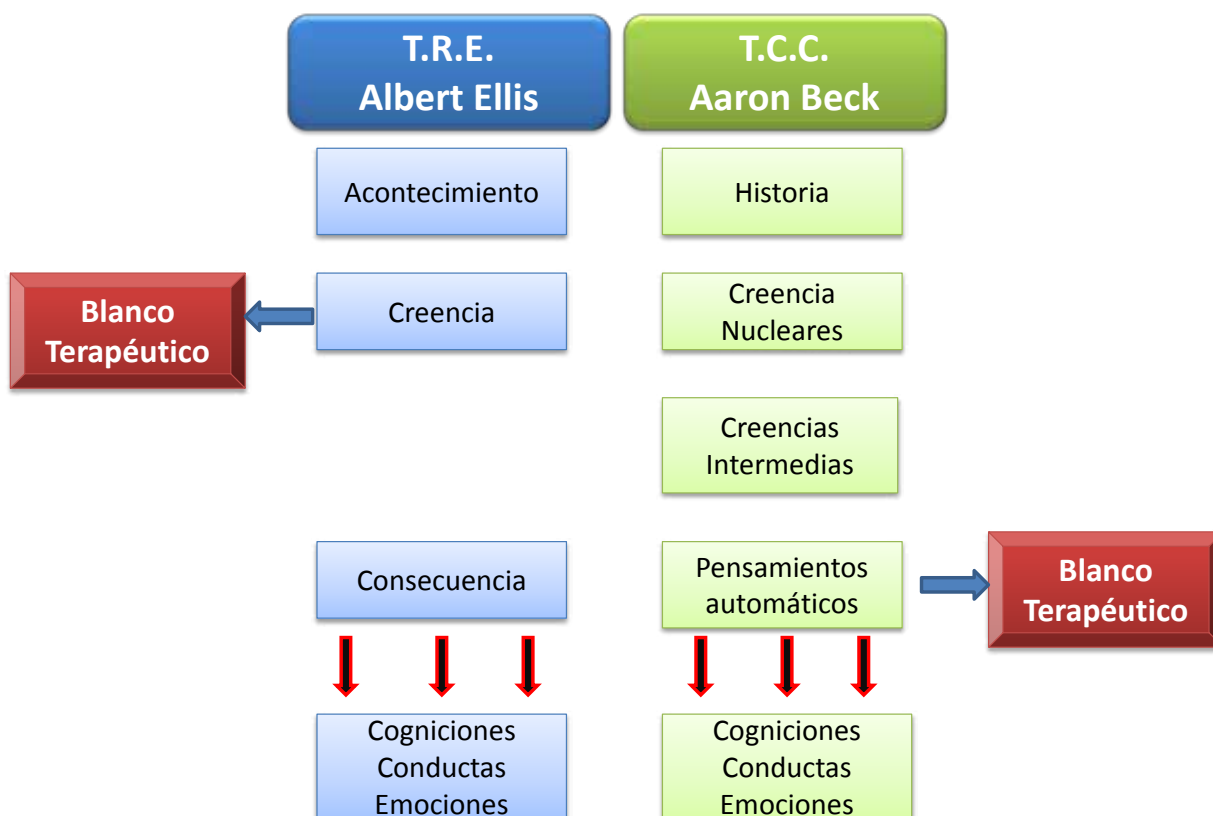
El blanco terapéutico para Ellis serán las creencias nucleares, las cuales se evidenciarán a partir de las demandas absolutistas. Mientras que en el modelo de Beck, éstas serán tratadas como último foco, comenzando con los pensamientos automáticos, evidenciándolos en las inferencias erróneas que realice el paciente.

Entendiendo esta diferencia fundamental, si bien suponemos una eficacia en ambas terapéuticas, tanto en los Trastornos Límites de la Personalidad en relación a la TRE, como en la Depresión, con la TCC. Creemos que la complementariedad de ambas influirá en un abordaje más exitoso de estos pacientes.

Habiendo mencionado estos fundamentos teóricos, nos centraremos en uno de los puntos fundamentales que suponemos enriquecerían el tratamiento de estos trastornos y su espectro depresivo. Ya que mientras Ellis centrará la terapéutica en las creencias, Beck lo hará en los pensamientos automáticos. En este punto encontramos una diferencia significativa, ya que la TCC está enfocada en lo que la TRE definiría como consecuencias, los pensamientos automáticos, y no en lo que Beck define como creencias centrales o nucleares.

En este punto podemos señalar que como mencionamos con antelación la TCC tiene una efectividad comprobada sobre la depresión. Suponemos que utilizando la TRE sobre las creencias nucleares, se llegará a un enlentecimiento en relación a los pensamientos automáticos, y de esta forma se evitará la sintomatología que estos pueden despertar, tanto a nivel conductual como emocional.

Proponemos el siguiente diagrama de flujo para la comodidad del lector:



A partir de este esquema podríamos inferir, que se puede evitar o enlentecer el curso y la aparición de dichos pensamientos automáticos, si se enfocasen los aspectos depresivos desde las creencias nucleares, y de este modo evitar las consecuencias que estos podrían ocasionar, ya que como señala el DSM-IV (1995, p. 669), la prevalencia del TLP entre la población general es del 2%, y destaca: “alrededor del 8-10% de las personas con TLP se suicidan”. Suponemos que esta conducta está más relacionada a los pensamientos depresivos, el miedo del abandono, y la incapacidad de afrontar la frustración; puesto que como Beck destaca: (1970, p. 289): “La activación de esta estructura cognitiva conduce a la estimulación de la estructura afectiva. La activación de la estructura afectiva produce un estallido de energía, la cual es experimentada subjetivamente como una emoción dolorosa.”. Por esto creemos de suma importancia, una terapéutica apuntada a este sentido; en donde una aplicación terapéutica y técnicas, en un diferente nivel inferencial, traerá ventajas al no verse activados los pensamientos automáticos, contribuyendo en que los mismos no sean parte de una retroalimentación en contra de la salud mental.

B. Técnicas

En esta sección se intentará dar una aproximación a las principales técnicas de ambas terapias, para identificar aquellas estrategias que la Terapia Cognitiva Conductual, pueda aportar al tratamiento del trastorno límite de la personalidad, centrándonos en sus aspectos depresivos. Cabe señalar de antemano, que si bien ambas teorías tienen técnicas cognitivas como conductuales, sólo la TRE cuenta con un tercer tipo de técnicas, las emotivas.

Creemos importante resaltar la importancia de la terapia cognitiva sobre los aspectos depresivos, tal como señala Ellis (1982):

[...] las personas ansiosas, deprimidas e iracundas tienen muchas ideas disfuncionales o creencias irracionales [...] y tal como sostiene la teoría de la terapia racional emotiva conductual (REBT), estas creencias casi siempre parecen consistir o estar derivadas en sus deseos y preferencias irreales, ilógicos y rígidos no trastornantes convertidas en deberes,

obligaciones, demandas y órdenes divinas absolutistas. [...] Y tienden a crear problemas con el mundo cuando ordenan, “¡Las cosas y las circunstancias deben ser exactamente como yo quiero que sean, si no es horrible, no puedo soportarlo, y mi vida no es buena!”

Habiendo hecho esta observación, comenzaremos por señalar las técnicas de ambas terapias, para luego poder abocarnos a aquellos aspectos que la TCC aportará a la TRE. Para ello nos apoyaremos en la descripción detallada de las mismas que realiza Sabaté, N., la cual hemos señalado en el capítulo I (pag. 21 y 22) y capítulo 2 (pág. 30, 31 y 32).

Para facilitar la observación del lector, se propone un cuadro comparativo entre ambas teorías y sus técnicas. Vale aclarar que al mismo se han agregado otras técnicas más allá de las citadas por Sabaté, las cuales han sido señaladas con antelación en el presente trabajo.

T.R.E.	T.C.C.
Técnicas Cognitivas	Técnicas Cognitivas
Detección.	Detección de pensamientos automáticos.
Analogías.	Clasificación de las distorsiones cognitivas.
Refutación.	Búsqueda de evidencias.
Desdramatización.	Concretizar las hipótesis.
Discriminación.	Re-atribución.
Re-conceptualización.	Descentramiento.
Definición.	Descatastrofización.
Disonancia Cognitiva.	Uso de imágenes.
Técnicas referenciales.	Manejo de supuestos personales.
Técnicas Conductuales	Técnicas Conductuales
Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.	Programación de actividades incompatibles.
Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.	Escala de dominio/placer.
No demorar tareas: se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.	Asignación de tareas graduadas.
	Entrenamiento asertivo.
Uso de recompensas y castigos: se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.	Relajación.
	Rol-playing.
Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.	Exposición en vivo.
Técnicas Emotivas	Técnicas Emotivas
Métodos humorísticos.	N/A. (*)
Auto-descubrimiento.	
Modelado vicario.	
Inversión del rol racional.	
Ejercicio de riesgo.	
Repetición.	

(*) Si bien no se destacan técnicas emotivas en la propuesta de Beck, se supone las técnicas cognitivas tendrán una repercusión indiscutida en las emociones, y en la mejoría sintomática de éstas.

Como el lector podrá observar si bien existen similitudes en las técnicas, podemos destacar varios aportes que podría realizar la T.C.C. de Beck a la T.R.E. de Ellis.

Podríamos comenzar considerando la diferencia entre “**Detección**” y “**Detección de Pensamientos Automáticos**”. En este punto creemos fundamental señalar la diferencia inferencial que hicimos en el primer apartado de este capítulo, donde ambas terapias tienen un foco distinto en su blanco terapéutico. Más allá de esta observación, la TRE se centra en las creencias presentes, y la TCC también utiliza situaciones del pasado, enfocado en las interpretaciones, emociones y conductas que tuvo de la misma. Por lo que podríamos destacar se utilizan elementos del pasado y no sólo actuales.

Podríamos señalar otra comparación entre la “**Discriminación**” y la “**Clasificación de Distorsiones Cognitivas**”, si bien en las primeras se enseña al sujeto a diferenciar las creencias racionales de las irracionales y la adaptabilidad de las mismas, en el segundo se le enseñan los errores cognitivos más frecuentes, donde el sujeto puede realizar distorsiones, y cómo hacerle frente. En este punto también deberíamos incluir otra técnica de la TCC, la “**Búsqueda de Evidencias**”, donde más allá de evaluar la adaptabilidad de los pensamientos, se comprueba la validez de los mismos con el paciente.

Asimismo, creemos fundamental el “**Descentramiento**”, ya que consideramos que muchas de las características depresivas, provienen del miedo real o imaginado al abandono que sufren los trastornos límites de la personalidad; por lo cual suponemos esta técnica, a partir del apoyo de la información proveniente de terceros, ayudará a contrastar la negativa de esta hipótesis. Aquí consideramos favorecedor la “**Reatribución**”, en la cual por su característica egocéntrica, el paciente suele hacerse responsable de sucesos sin la evidencia suficiente, en tal punto se lo ayuda a poder discernir otros factores favorecedores del evento, disminuyendo la sensación de culpa.

En concordancia a las técnicas conductuales, suponemos las siguientes técnicas podrán dar un aporte significativo en relación a la terapéutica. Comenzaremos por la “**Programación de actividades incompatibles**”, en donde el paciente deberá realizar conductas alternativas a las problemáticas; en este aspecto la “**Escala de dominio/placer**” suministrará evidencia de aquellas actividades que proporcionan más dominio o placer al sujeto.

Por último, nos gustaría resaltar la “**Asignación de tareas graduadas**”, en la cual como señala Sabaté, N.: “Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.” En este punto creemos importante volver a destacar lo que señala Beck, Rush, Shaw y Emery, 2012, p. 8 “Concretamente, las manipulaciones experimentales indicaron que el paciente depresivo tiende a evitar conductas que pueden generar rechazo o desaprobación, en favor de respuestas que eliciten aceptación o aprobación por parte de otros, con mayor probabilidad que el individuo no depresivo.” Ya que suponemos que si el paciente no “atravesara” tales situaciones no podrá generar nuevos registros que contrasten sus creencias y afirmen una nueva experiencia a favor de la salud mental.

Por último para finalizar con este trabajo, nos gustaría resaltar tal como sucede con las tendencias actuales, que un enfoque integrativo entre ambos modelos podría dar como resultado una fusión que favorezca el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad en sus aspectos depresivos.

Referencias bibliográficas

- Álvarez Ramírez, L. (2011). Conceptos irracionales prototípicos de la depresión. Una articulación con las creencias irracionales de la REBT. Un estudio de casos y controles. Manuscrito no publicado.
- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed.). Barcelona: Masson.
- Baringoltz, S. (fecha de acceso: 2014, 13 de Agosto) Terapia Cognitiva y Depresión. [En Red]. Disponible en: <http://apra.org.ar/revistadeapra/Articulos/Julio/Sara.pdf>
- Beck, A. T. (1970). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), Cognition and psychotherapy (pp. 325-347). Nueva York: Plenum.
- Beck, A. y Freeman, A. (1995) Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Buenos Aires. Paidós.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. y Emery, G. (fecha de acceso: 2014, 08 de Agosto). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. [En Red]. (Fecha trabajo original 2012). Disponible en: <http://www.edesclee.com/pdfs/9788433006264.pdf>
- Bard, J. A., Rational-emotive therapy in practice. Champaign, IL, Research Press, 1980.
- Echeburúa E. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. *Análisis y modificación de la conducta*. Volumen 25 (102), pag. 586-614.
- Ellis, A (1958), Rational psychotherapy, Journal of General Psychology, 59,35-49, Rep«rinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A.: Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, NJ, Lyle Stuart and Citadel Press, 1962. (Trad. Cast.: Razon y emoción en psicoterapia, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1980).
- Ellis, A., The biological basis of human irrationality. Journal of Individual Psychology, 1976, 32, pág. 145-168.
- Ellis, A. (Eds.). (1979). The theory of rational-emotive therapy. Monterey, CA. Brooks/Cole.
- Ellis, A., y Whiteley, J. M. (comps.): Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy. Monterey, CA, Brooks/Cole, 1979.
- Ellis, A. (1991) The revised ABCs of rational-emotive therapy (RET), Journal of Rational-Emotive and Cognitive- Behaviour Therapy, 9, 139-172.
- Ellis, A., Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy. Nueva York, Springer, 1984. (Trad. Cast.: Manual de terapia racional emotiva, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1982).
- Ellis, A. (2004). El tratamiento de las personalidades límite con terapia racional emotiva conductual. Revista de Toxicomanías. (Nº 41), 15-24.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1997). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Gabalda, I. C., (fecha de acceso: 2014, 15 de Septiembre). Manual teórico-práctico de las psicoterapias cognitivas. (Fecha de trabajo original: 2007). [En Red]. Disponible en: <http://www.edescllee.com/pdfs/9788433021229.pdf>
- Gardeta Gomez, A. (2008) Convatiendo la inestabilidad emocional: Terapia Icónica para el trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*. Volumen 1 (4), pág. 4-12.
- Mahoney, M. J., Freeman, A. (1988). Desarrollando los ABC de la Terapia racional-emotiva. Cognición y Psicoterapia. (1a. ed.) Barcelona: Paidós.
- Maineri Caropreso, R. (fecha de acceso: 2014, 6 de Agosto). *El modelo de la terapia cognitive conductual*. [En Red]. Disponible en: http://cognitivapanama.bravehost.com/modelo_tcc.pdf
- Miguel L., M. J. (2011) Influencia de Freud sobre la concepción de la mente en la formulación inicial de la terapia cognitiva de Aaron T. Beck. *Revista de Historia de la Psicología*. Vol. 32. (2), 85-102.
- Oswald Orellana M. (2009). Esquemas de pensamiento de autodiálogo positivo y negativo y estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*. Volumen 12 (2), pág. 4-25.
- Sabaté, N. (fecha de acceso: 2014, 02 de Noviembre) Corriente Cognitiva. [En Red]. Disponible en: http://www.familianova-schola.com/files/terapia_cognitiva.pdf
- Schwartz, R. M.: "Cognitive-behavior modification: A conceptual review", *Clinical Psychology Review*, 1982, 2 pág. 267-293).
- Torres, E. (fecha de acceso: 2014, 12 de Agosto). *Trastorno Límite de la Personalidad: Tratamiento desde un enfoque congitivo conductual*. [En Red] (Fecha trabajo original: 2007). Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v1n3/v1n3a14.pdf>

