

CAPÍTULO 2

LA CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA

La conceptualización cognitiva provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente. Al iniciar el abordaje de un caso, el terapeuta se plantea las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?
- ¿Cuáles son sus problemas actuales, cómo se desarrollaron y cómo persisten en este momento?
- ¿Qué pensamientos y creencias disfuncionales se asocian con los problemas? ¿Qué reacciones (emocionales, fisiológicas y del comportamiento) se asocian con estos pensamientos?

El terapeuta establece, entonces, una hipótesis acerca del modo como el paciente llegó a desarrollar su trastorno psicológico particular:

- ¿Qué aprendizajes y experiencias tempranas (y quizá predisposiciones genéticas) contribuyen a sus problemas actuales?
- ¿Cuáles son sus creencias subyacentes (incluyendo actitudes, expectativas y reglas) y pensamientos?
- ¿Cómo ha sobrellevado sus creencias disfuncionales? ¿Qué mecanismos cognitivos, afectivos y conductuales ha puesto en práctica para afrontar sus creencias disfuncionales? ¿Cómo se veía (y se ve) a sí mismo y a los demás? ¿Cómo percibe (y percibió) su mundo personal y su futuro?
- ¿Qué factores de tensión contribuyeron a sus problemas psicológicos o interfirieron con su capacidad para resolverlos?

Desde el primer contacto, el terapeuta comienza a construir una conceptualización cognitiva del paciente y la sigue profundizando hasta la última sesión. Este marco, orgánico y siempre en evolución, lo ayuda a planificar una terapia eficaz y eficiente (Persons, 1989). En el presente capítulo se describe el modelo cognitivo, que es la base teórica de la terapia cognitiva. Más adelante abordamos la relación entre pensamientos y creencias y finalmente analizamos el caso de Sally, que se utiliza como ejemplo durante todo el libro.

El modelo cognitivo

La terapia cognitiva se basa en el *modelo cognitivo*, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas *interpretan* esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962). Imaginemos, por ejemplo, una situación en la cual varias personas están leyendo un texto básico sobre terapia cognitiva. Cada uno tendrá respuestas emocionales diferentes, según lo que pase por su mente mientras lee,

El lector A piensa: “Esto es realmente bueno. ¡Por fin encuentro un libro que me enseñará a ser un buen terapeuta!”. El lector A se siente bastante entusiasmado.

El lector B, por el contrario, piensa: “Esto es demasiado simplista. No va a funcionar en absoluto”. El lector B se siente decepcionado.

El lector C considera: “Este libro no es lo que yo esperaba. Ha sido un desperdicio de dinero”. El lector C se siente disgustado.

El lector D piensa: “Verdaderamente sería necesario que yo aprendiese todas estas cosas, pero, ¿si no las alcanzo a comprender?. ¿si nunca llego a ser bueno?”. El lector D se siente angustiado.

Al lector E se le ocurren otras ideas: “Esto es demasiado difícil. Yo soy demasiado tonto y nunca lo aprenderé. Nunca seré un buen terapeuta”. El lector E se siente triste.

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

Por ejemplo, mientras usted lee este texto, puede identificar distintos niveles en sus propios pensamientos. Una parte de su mente se concentra en la información que aparece en el texto, está comprendiendo e integrando los datos fácticos que este provee. En otro nivel, es posible que usted esté desarrollando una actividad rápida de evaluación. Esta actividad corresponde a los llamados pensamientos automáticos, que no surgen de una deliberación o un razonamiento, sino que parecen brotar de manera automática y suelen ser veloces y breves. Es posible que usted no sea demasiado consciente de estos pensamientos y que sólo tome conciencia de la emoción que surge de ellos. Por esta razón, muchas veces los pensamientos automáticos son aceptados como ciertos, sin ser sometidos a ninguna clase de crítica. No obstante, es posible aprender a identificar los pensamientos automáticos por medio de la observación de los cambios afectivos. Cuando usted note que se siente disfórico, pregúntese: *¿Qué es lo que acaba de pasar por mi mente?*

Si usted identifica sus pensamientos automáticos, probablemente podrá evaluar, al menos hasta cierto punto, la validez de ellos. Si se da cuenta de que hizo una interpretación errónea y logra corregirla, seguramente descubrirá que su estado de ánimo mejora. En términos cognitivos, cuando los pensamientos disfuncionales son sometidos a la reflexión racional, las emociones suelen modificarse. El capítulo 8 ofrece una guía acerca de cómo evaluar los pensamientos automáticos.

Cabe preguntarse de dónde surgen los pensamientos automáticos. ¿Por qué razón distintas personas interpretan la misma situación de modos completamente diferentes? ¿Por qué una misma persona puede interpretar una situación de dos maneras distintas en dos momentos diferentes? La respuesta a estas preguntas se relaciona con un fenómeno cognitivo más perdurable: las creencias.

Las creencias

A Partir de su infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas “son”. Por ejemplo, el lector E, que pensaba que era demasiado tonto como para comprender el texto, posiblemente tenga una creencia central que le diga: “Soy incompetente”. Esta creencia puede activarse, o bien solamente cuando está deprimido, o bien la mayor parte del tiempo. Cuando se activa esta creencia central, el lector E interpreta las situaciones a través de la lente de esta creencia, aun cuando la interpretación pueda ser, a la luz de un análisis racional, completamente falsa. El lector E además, tiende a centrarse selectivamente en aquella información que le confirma su creencia central, dejando de lado o despreciando la información que la contradice. De esta manera, él mantiene su creencia, a pesar de que sea equivocada y disfuncional.

Por ejemplo, el lector E no pensó que otras personas inteligentes y competentes pueden no comprender completamente el material en una primera lectura. Tampoco tuvo en cuenta la posibilidad de que la autora no hubiese presentado bien los contenidos. No consideró que su dificultad para comprender podía deberse a falta de concentración y no a falta de capacidad mental. Tampoco recordó que muchas veces había tenido dificultades en el primer momento, cuando debía incorporar un conjunto de información nueva, pero que luego había logrado dominar a la perfección esos contenidos. A partir de la activación de la creencia en su falta de capacidad, interpretó la situación de una manera negativa y altamente autocrítica.

Las *creencias centrales* constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los *pensamientos automáticos*, que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son, en cambio, específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la

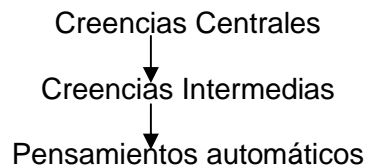
cognición. El siguiente apartado describe las *creencias intermedias* que tienen lugar entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales.

Actitudes, reglas y presunciones

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. El lector E, por ejemplo, tenía las siguientes creencias intermedias:

- Actitud: “Ser incompetente es algo terrible”.
- Reglas/expectativas: “Debo trabajar lo más duro que pueda todo el tiempo”.
- Presunción: “Si trabajo muy duro, podré hacer algunas cosas que otras personas pueden hacer fácilmente”.

Estas creencias influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta. Se describe, a continuación, la relación entre las creencias intermedias, las creencias centrales y los pensamientos automáticos.

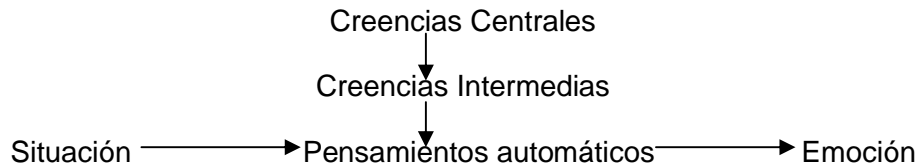


¿Cómo se originan las creencias centrales y las intermedias? Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan, además, organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan (Rosen 1988). Sus interacciones con el mundo y con los demás las llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad. Las creencias disfuncionales pueden ser “desaprendidas” y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales. Esto es muy importante para los terapeutas cognitivos.

El curso habitual del tratamiento en la terapia cognitiva implica usualmente que en los inicios se ponga más énfasis en los pensamientos automáticos, que son conocimientos más cercanos a la conciencia. El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas. Luego, el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resultan relevantes son evaluadas de distintas maneras y, más tarde, son modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de sus precepciones de los hechos. Esta modificación más profunda de creencias fundamentales disminuye las posibilidades de recaídas en el futuro (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis y Seligman, 1992).

Relación entre la conducta y los pensamientos automáticos

El modelo cognitivo, tal como fue explicado hasta el momento, se puede ilustrar de la siguiente manera:



En una situación específica, las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación. Estos pensamientos, a su vez, inciden sobre las emociones.

En un paso ulterior, los pensamientos automáticos también influyen sobre la conducta y a menudo llevan a respuestas fisiológicas, tal como se ilustra en la figura 2.1. El lector que pensaba: “Es demasiado difícil. Nunca lo comprenderé”, se siente mal, experimenta una sensación de pesadez en el abdomen y cierra el libro. Por supuesto, si él hubiese tenido la posibilidad de evaluar sus pensamientos, entonces sus emociones, su fisiología y su comportamiento se habrían modificado en forma positiva. Por ejemplo, él hubiera podido responder a sus pensamientos, diciendo: “Aguarda un instante. Es posible que sea difícil, pero no necesariamente imposible. Ya otras veces he logrado comprender este tipo de libros. Si persevero, probablemente lo comprenderé mejor”. Si él hubiese respondido de esta manera, su tristeza habría disminuido y habría continuado con su lectura.

En resumen, el lector se sintió mal debido a los pensamientos que surgieron en una situación particular. ¿Por qué generó él estos pensamientos, mientras que otros lectores no lo hicieron? Fueron creencias centrales no expresadas, referidas a su incompetencia, las que influyeron en su percepción de la situación. Como se explica al comienzo de este capítulo, para el terapeuta es sumamente importante conceptualizar en términos cognitivos las dificultades del paciente, con el objeto de determinar los pasos por seguir en la terapia: cuándo trabajar sobre un objetivo específico, un pensamiento automático, una creencia o un comportamiento, qué técnicas seleccionar y cómo mejorar la relación terapéutica.

Las preguntas básicas que se plantea el terapeuta son: “¿Cómo llegó este paciente a esta situación? ¿Qué debilidades y acontecimientos de su vida (traumas, experiencias, interacciones) fueron significativos al respecto? ¿Cuáles son sus pensamientos automáticos y de qué creencias surgen?”

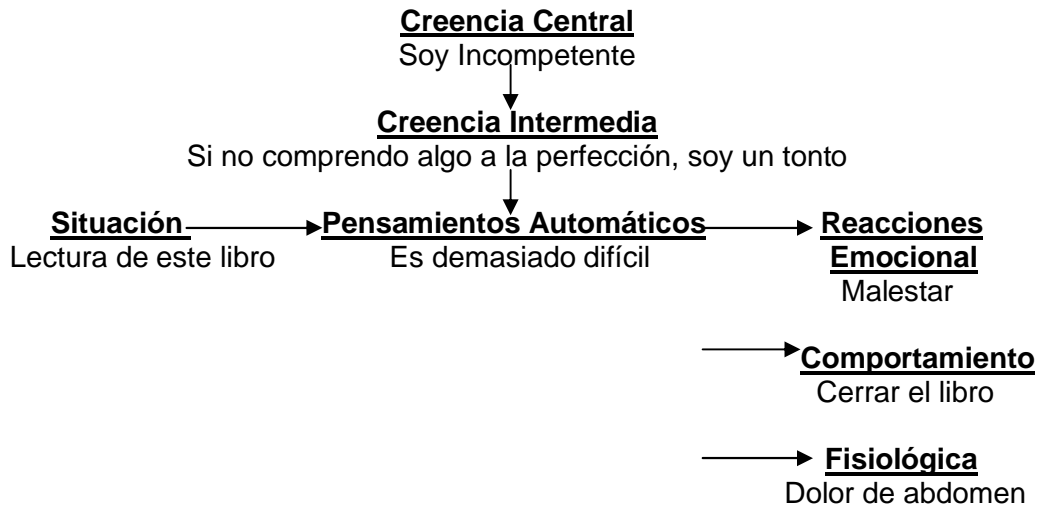


Figura 2.1 El modelo cognitivo

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

Para el terapeuta puede resultar útil considerar la terapia como un viaje y a la conceptualización como un mapa de ruta. El junto con su paciente examinan los objetivos de la terapia, el destino final. Hay varias maneras de llegar a ese destino: por ejemplo, se puede llegar por autopistas o por caminos colaterales. A veces los desvíos pueden provocar cambios en el plan original. A medida que el terapeuta adquiere experiencia y habilidad en la conceptualización, logra completar los detalles relevantes del mapa de ruta, y su eficiencia y efectividad se acrecientan. Es razonable pensar que al comienzo no logrará los mejores resultados de la terapia. Una correcta conceptualización cognitiva lo ayudará a determinar cuáles son las principales autopistas y cuál la mejor manera de viajar.

La conceptualización comienza durante el primer contacto con el paciente y se va profundizando en cada nuevo encuentro. El terapeuta se plantea hipótesis respecto del paciente, basándose en los datos que él le aporta. Estas hipótesis se confirman, se descartan o se modifican según esos nuevos datos. La conceptualización es fluida pero, en algunos momentos estratégicos, el terapeuta debe controlar con el paciente las hipótesis y su formulación. Generalmente, si la conceptualización es adecuada, el paciente confirma que le “suena correcto” y que el cuadro que el terapeuta le está presentando concuerda con su propia percepción.

Ejemplo de un caso

Sally es una estudiante universitaria de 18 años, que cursa su primer año de carrera. Recurrió a la terapia porque experimenta en forma persistente sentimientos de tristeza,

angustia y soledad. En la admisión se determinó que sufría un episodio de depresión mayor de moderada severidad, que había comenzado durante su primer mes de clases, cuatro meses antes de iniciar la terapia.

La mayor parte de las preguntas que se plantearon a Sally en la admisión fueron las habituales, pero se agregaron algunas otras, para que tanto el profesional que realizaba la admisión como el terapeuta pudiesen comenzar una conceptualización cognitiva. Por ejemplo, preguntaron a Sally cuándo se sentía peor (en qué momentos del día o en qué situaciones). Sally respondió que se sentía peor en las noches, cuando se acostaba y trataba de dormir. Se le planteó entonces la pregunta clave “¿Qué es lo que pasa por tu mente en esos momentos? ¿Qué imágenes y pensamientos específicos tienes?” De esta manera, se obtuvo desde el primer momento una muestra importante de pensamientos automáticos. Sally respondió que surgían ideas como la siguiente: “Nunca voy a terminar mi monografía de fin de curso”, “Probablemente tendré que abandonar los estudios”, “Nunca lograré nada”. Sally también relató una imagen que aparecía en su mente. Se veía a sí misma, con una maleta en la mano, vagando sin rumbo por la calle, humillada y desesperada. En el curso de las sesiones, el terapeuta fue armando su conceptualización y organizando sus pensamientos mediante el uso de un Formulario de Resumen de Caso (Apéndice A) y un Diagrama de Conceptualización de Caso (véase capítulo 10, figura 10.2).

Las creencias centrales de Sally

Durante su infancia, Sally intentaba comprenderse a sí misma, a los demás y al mundo. Aprendió mediante sus propias experiencias y de las interacciones con los demás, de la observación directa y los mensajes explícitos e implícitos que los otros le enviaban. Ella tenía un hermano mayor brillante y, desde pequeña, comenzó a pensar que no podría hacer nada tan bien como él lo hacía. Aunque nunca lo expresó, empezó a sentir que ella era incapaz e inferior. Siempre comparaba su desempeño con el de su hermano e, invariablemente, resultaba perdedora. Con frecuencia pensaba “No puedo dibujar tan bien como él”, “El anda en bicicleta mejor que yo” o “Nunca seré una buena lectora, como mi hermano”.

No todos los niños que tienen hermanos mayores desarrollan creencias disfuncionales de este tipo, pero las ideas de Sally eran reforzadas por su madre, que la criticaba con frecuencia. “Ordenaste muy mal tu cuarto, ¿es que no puedes hacer nada bien?”, “Tu hermano obtuvo buenas calificaciones, ¿y tú? Tú nunca llegas a nada”. Sally, como la mayor parte de los niños pequeños, depositaba mucha confianza en las palabras de su madre, y creía que todo lo que ella decía era verdad. Por eso, cuando su madre la criticaba y sugería que ella era incapaz, quedaba totalmente convencida de que era cierto. En la escuela, Sally también se comparaba con sus pares. Aunque tenía un rendimiento superior al término medio, se comparaba solamente con los mejores estudiantes, resultando nuevamente perdedora. Solía tener pensamientos tales como. “No soy tan buena como ellos”, “Nunca comprenderé esto de la misma manera que lo hacen ellos”. Por lo tanto, seguía reforzando la idea de que era incapaz e inferior. A menudo dejaba de lado o despreciaba las informaciones positivas que contradecían sus ideas. Cuando

obtenía una buena calificación en un examen, se decía a sí misma: “El examen era fácil”. Cuando aprendía ballet, llegó a ser una de las mejores bailarinas de su grupo, pero pensaba: “Nunca seré tan buena como mi profesora”. Solía hacer interpretaciones negativas, que confirmaban sus creencias disfuncionales. Por ejemplo, cuando su madre la reprendía por llevar un boletín de calificaciones con notas término medio, pensaba: “Mamá tiene razón, soy una estúpida”. Permanentemente interpretaba los hechos negativos como confirmaciones de sus defectos. Además, cuando ocurría algo positivo, como que le otorgaran un premio, lo menospreciaba diciéndose: “Fue tan sólo suerte, una casualidad”.

Este proceso llevó a Sally a consolidar una creencia central negativa acerca de sí misma. Sin embargo, las creencias negativas de Sally no eran sólidas como una roca. Su padre, aunque no pasaba tanto tiempo con ella, era mucho más optimista y comprensivo. Cuando le enseñaba a jugar béisbol, por ejemplo, la alentaba diciéndole “Está bien....buen golpe...lo estás logrando...sigue así”. También algunos de sus maestros la elogiaban por su desempeño en la escuela y muchas veces tenía experiencias positivas con sus amigos. Se daba cuenta de que cuando se esforzaba, podía hacer algunas cosas mejor que sus amigos: por ejemplo, jugar al béisbol. De esta manera, Sally también desarrolló una creencia positiva que balanceaba otras de sus ideas: creía que era competente en algunos aspectos.

Las otras creencias centrales de Sally, en relación con la gente y el mundo eran, en su mayoría positivas y funcionales. Creía que las personas eran, en general, amistosas, confiables y positivas y percibía el mundo como un lugar relativamente seguro, estable y predecible. Antes de comenzar la terapia, Sally nunca había expresado las creencias centrales acerca de sí misma, los demás y el mundo. En la juventud, sus creencias centrales más positivas habían sido las dominantes hasta que se deprimió y sus creencias centrales negativas se activaron.

Actitudes, reglas y presunciones de Sally

Las creencias intermedias de Sally eran más fáciles de abordar y modificar. Al igual que las creencias centrales, sus actitudes, reglas y presunciones se habían desarrollado a medida que ella trataba de entender el mundo, a los demás y de comprenderse a sí misma. Al relacionarse con su familia y otros seres importantes en su vida, desarrolló las siguientes reglas y actitudes:

- “Debo hacer muy bien todo lo que intente.”
- Siempre debo esforzarme al máximo.”
- Desperdiciar el potencial que uno posee es terrible.”

Tal como había ocurrido con sus creencias centrales, Sally nunca había llegado a expresar en forma completa estas creencias intermedias, pero sin embargo, ellas incidían en su pensamiento y guiaban su conducta. En la escuela secundaria, por ejemplo, ella no intentó participar en la redacción del periódico, aunque le interesaba, porque pensó que no escribía suficientemente bien. Antes de los exámenes siempre se sentía angustiada

porque pensaba que no aprobaría, y culpable porque creía que debía haber estudiado más. Cuando predominaban sus creencias centrales más positivas, en cambio, sus sentimientos eran más positivos, si bien nunca llegaba a considerarse por completo una persona competente. Así desarrolló la siguiente presunción: “Así trabajo mucho, podré superar mis deficiencias y rendir adecuadamente en mis estudios”. Cuando estaba deprimida, por el contrario, Sally no creía en esta presunción, sino que la sustituía por la creencia: “Debido a todos mis defectos, nunca lograré nada”.

Las estrategias de Sally

Como la idea de ser incapaz era muy dolorosa para Sally, desarrolló algunas estrategias de comportamiento para protegerse de ese sufrimiento. Tal como le indicaban sus creencias intermedias, se esforzó mucho en la escuela y en los deportes. Además, solía preparar en exceso cualquier trabajo y estudiaba mucho para los exámenes. Asimismo, controlaba la aparición de señales de incapacidad y redoblaba sus esfuerzos cada vez que no podía aprender algo. Pocas veces pedía ayuda a otras personas, ya que temía que se dieran cuenta de su falta de talento.

Los pensamientos automáticos de Sally

Si bien Sally, hasta el comienzo de su terapia no había expresado estas creencias centrales e intermedias, al menos tenía algún grado de conciencia de los pensamientos automáticos que surgían en situaciones específicas. En la escuela, por ejemplo, mientras no estuvo deprimida, intentó unirse a los equipos de softball y hockey femenino. Logró entrar en el de softball y pensó: “Es maravilloso. Practicaré bateo con mi papá”. Cuando no logró entrar en el equipo de Hockey, se sintió decepcionada pero no fue demasiado lejos con la autocrítica.

En la universidad, en cambio, Sally se deprimió en cuanto ingresó. Más tarde, cuando consideró la posibilidad de jugar con sus compañeras de dormitorio un partido informal de béisbol, su depresión la llevó a pensar: “no soy buena. Seguramente ni llegaré a golpear la pelota”. De manera semejante, cuando obtuvo una baja calificación en el examen de literatura inglesa, pensó: “Soy tan estúpida que seguramente reprobaré el curso”.

Resumiendo, durante la escuela secundaria, cuando no estaba deprimida, las creencias centrales más positivas de Sally permanecían activas, y esto hacía que tuviese pensamientos positivos (y más realistas). Cuando ingresó en la universidad, en cambio, se deprimió y sus creencias negativas predominaron, llevándola a interpretar las situaciones de manera negativa y a tener pensamientos en su mayoría negativos (y faltos de realidad). Estos pensamientos distorsionados también la condujeron a *comportarse* de manera autodestructiva y así siguió alimentando su abatimiento.

Proceso que lleva a la depresión de Sally

¿Cómo llegó Sally a la depresión? Con seguridad, sus creencias negativas la predispusieron. Cuando llegó a la universidad, tuvo varias experiencias que interpretó de

manera muy negativa. Una de ellas ocurrió durante la primera semana. Mantuvo una conversación con otros estudiantes de primera año, que le contaron que por su rendimiento en los exámenes y cursos de ingreso, habían logrado ser eximidos de algunos cursos básicos. Sally, que no había obtenido créditos que le permitieran esas excepciones, comenzó a pensar que esos estudiantes eran muy superiores a ella. En la clase de economía, cuando el profesor explicó cuáles eran los requisitos para aprobar ese curso, Sally pensó inmediatamente: “No lograré redactar mi monografía”. Cuando experimentó algunas dificultades en la lectura del primer capítulo del libro de estadística, pensó: “Si no puedo comprender el capítulo 1, ¿Cómo haré para aprobar el curso completo?”.

Sus creencias hacían que Sally tuviese una propensión a interpretar los hechos de un modo negativo. Ella no cuestionaba esos pensamientos, sino que los aceptaba sin crítica alguna. En realidad, no son los pensamientos y creencias los que provocan la depresión, pero una vez que esta se instala, las ideas negativas influyen fuertemente sobre el estado de ánimo. Su depresión, sin duda, fue *causada* por una variedad de factores biológicos y psicológicos. Por ejemplo, a medida que pasaban las semanas, Sally experimentaba cada vez más pensamientos negativos y se sentía cada vez más desalentada y triste. Comenzó entonces a dedicar al estudio una cantidad enorme de tiempo y, sin embargo, no lograba demasiada porque su nivel de concentración era muy bajo. Continuaba siendo muy autocrítica y tenía hasta pensamientos negativos referidos a su depresión. Pensaba, por ejemplo: “¿Qué me sucede? ¿Por qué me siento tan desanimada? No tengo remedio”. Se fue aislando de sus nuevos conocidos y dejó de llamar a sus viejos amigos, de modo que perdió apoyo. Dejó de correr, nadar y realizar otras actividades que antes le habían dado un cierto sentimiento de plenitud. Fue así perdiendo estímulos positivos. En algún momento su apetito disminuyó, comenzó a experimentar perturbaciones en el sueño y a estar nerviosa y desatenta. Seguramente, Sally tenía una predisposición genética para la depresión, pero además, su percepción de las circunstancias y su comportamiento facilitaron la expresión de esa vulnerabilidad biológica y psicológica para la depresión.

Resumen

Es fundamental conceptualizar al paciente en términos cognitivos, para poder determinar el tratamiento más eficiente y efectivo. Asimismo, es importante desarrollar la empatía, un ingrediente crítico a fin de establecer una relación operativa con el paciente. En general, para conceptualizar a un paciente, se deben formular las siguientes preguntas:

- ¿Cómo llegó el paciente a desarrollar este trastorno?
- ¿Qué acontecimientos, experiencias e interacciones fueron significativos?
- ¿Cuáles son las creencias básicas acerca de sí mismo, su mundo y los demás?
- ¿Cuáles son sus presunciones, expectativas, reglas y actitudes (creencias intermedias)?

- ¿Qué estrategias ha utilizado el paciente durante su vida para superar esas creencias negativas?
- ¿Qué pensamientos automáticos, imágenes y comportamientos perpetúan el trastorno?
- ¿Cómo interactúan las creencias y las situaciones de la vida?
- ¿De qué manera estas interacciones colaboran para hacer que el paciente sea vulnerable al trastorno?
- ¿Qué está sucediendo en la vida del paciente en este momento y cómo percibe esos acontecimientos?

Reiteramos que la conceptualización comienza durante el primer contacto con el paciente y que es un proceso permanente, siempre sujeto a modificaciones, en la medida que se presenten datos nuevos y que las hipótesis en los datos que ha recabado, utilizando las explicaciones más plausibles y dejando de lado las interpretaciones e inferencias que no se basen claramente en datos reales. En momentos clave, el terapeuta comparte con el paciente su conceptualización, para asegurarse de que sea correcta y para ayudarlo a comprenderse a sí mismo y a sus dificultades. Los capítulos 10 y 11 ilustran con mayor detalle cómo los eventos históricos afectan la comprensión que el paciente tiene de sí mismo y del mundo.