

Las creencias centrales

Las creencias centrales, tal como se las describe en el capítulo 2, son las ideas más dominantes acerca de uno mismo. Algunos autores se refieren a ellas como esquemas. Beck (1964) diferencia ambas categorías y sugiere que los esquemas son estructuras cognitivas propias de la mente y las creencias centrales son el contenido específico de esas estructuras. Más adelante establece la teoría de que las creencias centrales negativas se pueden clasificar en dos categorías: las que se asocian con el desamparo y las que se asocian con la imposibilidad de ser amado (Beck, en prensa). Algunos pacientes tienen creencias centrales que corresponden a una sola de estas categorías y otros, de ambas.

Este tipo de creencias se desarrollan durante la infancia, mientras el niño se relaciona con las personas más significativas y se ve expuesto a diversas situaciones. La mayoría de las personas suelen mantener durante toda su vida primordialmente creencias centrales positivas (p. ej.: "Puedo controlar las situaciones", "Puedo llevar a cabo eficazmente la mayor parte de las cosas", "Soy un ser humano funcional", "Puedo agradar" o "Valgo la pena"). Las creencias centrales negativas generalmente surgen en los momentos de distrés psicológico. (Sin embargo, algunos pacientes con trastornos de la personalidad suelen mantener activas, en forma casi permanente, sus creencias centrales negativas.) A menudo, a diferencia de lo que ocurre con los pensamientos automáticos, las creencias centrales que los pacientes "conocen" como verdaderas acerca de ellos, no están completamente articuladas hasta que el terapeuta comienza a desentrañarlas investigando los significados de los pensamientos del paciente, tal

como se hace durante la aplicación de la técnica de la flecha hacia abajo, que ya se ha mencionado.

Los pacientes también pueden tener creencias centrales negativas acerca de otras personas y del mundo: "No es posible confiar en los demás", "La gente va a herirme", "El mundo es un lugar podrido". Además de trabajar sobre las creencias centrales referidas al yo, también es necesario evaluar y modificar estas ideas centrales generalizadas y rígidas respecto de los otros y el mundo.

Sally, tal como ya se ha descrito, se consideraba la mayor parte del tiempo una persona agradable y capaz. Sólo en el momento en que se deprimió, se activó la creencia latente "Soy incapaz". El terapeuta determinó que trabajarían directamente sobre la modificación de esta creencia central, no sólo para aliviar la depresión que padecía en ese momento, sino además para evitar o reducir la severidad de futuros episodios.

Las creencias centrales negativas habitualmente son globales, generalizadas y absolutas. Cuando una creencia central se activa, el paciente procesa con facilidad la información que la sustenta, pero no puede reconocer o distorsiona la información que la refuta. Sally, por ejemplo, hasta el momento en que se deprimió, siempre había tenido una visión positiva y equilibrada acerca de sí misma. Luego, en cambio, comenzó a creer casi por completo que era incapaz. Cualquier evidencia que contradijera esta idea, como por ejemplo su buen desempeño en algunos cursos, era ignorada o desvalorizada: "El hecho de que me vaya bien en inglés no es ningún mérito, simplemente me resulta fácil". Por el contrario, las evidencias que confirmaban su incapacidad eran procesadas rápidamente y generalizadas en extremo: "La mala nota que obtuve en economía demuestra a las claras lo incapaz que soy".

Tal como se enfatiza a lo largo de toda esta obra, el terapeuta comienza a formular la conceptualización desde el primer contacto (incluyendo las creencias centrales). Al comienzo lo hace mentalmente o por escrito, pero en forma privada. En algún punto de la terapia, sin embargo, comparte con el paciente esta conceptualización, presentándosela como una hipótesis y preguntándole si le "suena" como algo verdadero.

Para decidir cuándo y en qué medida compartir la conceptualización con el paciente, el terapeuta considera los siguientes elementos: cuán fuerte es la alianza terapéutica, cuánta credibilidad confiere el paciente al modelo cognitivo, cómo están activa-

das sus creencias centrales en la sesión y cuánta conciencia tiene el paciente de lo que le sucede. Esto supone que, aunque el terapeuta haya estado conceptualizando las creencias centrales desde el comienzo, deberá seleccionar cuidadosamente cuándo y cómo compartir esta información con el paciente. Del mismo modo, también intentará comenzar a modificar estas creencias. Los terapeutas suelen enseñar a los pacientes el uso de las herramientas para identificar, evaluar y responder adaptativamente a los pensamientos automáticos y las creencias intermedias antes de emplear las mismas herramientas para las creencias centrales.

Sin embargo, en algunas ocasiones, el paciente y el terapeuta intentan, sin darse cuenta, evaluar al comienzo de la terapia una creencia central porque ha sido expresada como un pensamiento automático. Generalmente estas evaluaciones no surten mucho efecto. En otros casos, el terapeuta puede intencionalmente poner a prueba la posibilidad de modificar una creencia central aun antes de haber hecho un trabajo significativo sobre los pensamientos automáticos y las creencias intermedias.

El grado de dificultad para identificar y modificar las creencias centrales varía de un paciente a otro. En general, los que padecen una perturbación emocional significativa pueden expresar sus creencias centrales con más facilidad (porque esas creencias están activas durante la sesión). Por otra parte, suele ser mucho más fácil modificar las creencias centrales de los pacientes con trastornos del Eje 1, cuyas creencias centrales positivas fueron activadas a lo largo de la mayor parte de su vida. Las creencias centrales negativas que aparecen en los pacientes con trastornos de personalidad son, habitualmente, mucho más difíciles de modificar (Beck et al, 1990; Young, 1990) porque estos pacientes suelen tener menos creencias centrales positivas y, en cambio, han desarrollado múltiples creencias centrales negativas que se interconectan entre ellas y se apoyan unas a otras, conformando una red.

Para identificar y modificar las creencias centrales, el profesional, durante el curso de la terapia, realiza las siguientes actividades (cada paso se describe más adelante en este capítulo):

1. Mentalmente establece una hipótesis respecto de cuál es la categoría de creencia central (de "desamparo" o de "no ser amado") que ha dado origen a pensamientos automáticos específicos.

2. Especifica la creencia central (para sí mismo) usando las mismas técnicas de que se vale para identificar las creencias intermedias.
3. Explica al paciente sus hipótesis acerca de la(s) creencia(s) central(es) y le pide que la(s) confirme o la(s) refute. A medida que el paciente le proporciona datos adicionales respecto de sus situaciones actuales e infantiles y sus reacciones frente a ellas, profundiza sus hipótesis.
4. Instruye al paciente acerca de las creencias centrales en general y de su creencia central específica. Lo guía para que monitoree cómo opera la creencia central en el presente.
5. Comienza a evaluar y a modificar la creencia central; lo asiste para que especifique una creencia central nueva y más adaptativa; examina el origen infantil de la creencia central, su persistencia a través de los años y su contribución para con las dificultades presentes; continúa controlando la activación de la creencia central en el presente; utiliza métodos "racionales" para disminuir la fuerza de la creencia central antigua y acrecentar la de la nueva, y se vale de técnicas experienciales o "emocionales", cuando el paciente ya no cree racional o intelectualmente en una creencia central, pero todavía está atado a ella desde lo emocional.

Categorizar creencias centrales

Como ya hemos mencionado, las creencias centrales de los pacientes se pueden categorizar en el terreno del desamparo, de la incapacidad de ser amado o en ambas. Cada vez que el paciente aporta datos (problemas, pensamientos automáticos, emociones, comportamientos, elementos de su historia), el terapeuta "escucha" la categoría de la creencia central que parece activarse. Por ejemplo, cuando Sally expresa sus pensamientos acerca de la exigencia de su trabajo, su incapacidad para concentrarse y sus temores al fracaso, el terapeuta se plantea la hipótesis de una creencia central que está operando en la categoría del desamparo. (Otro paciente puede expresar pensamientos relacionados con la falta de afecto o temores de ser demasiado diferente como para sostener una relación. Este paciente posee una creencia central en la categoría de no ser amado.)

La parte superior de la figura 11.1 enumera una lista de creencias centrales de la categoría del desamparo. Entre los temas que comprende se incluyen el desamparo personal (falta de autoridad, vulnerabilidad, encierro, falta de control, debilidad, dependencia) y la dificultad en la obtención de logros (fracaso, inferioridad, desvalorización, falta de respeto hacia uno mismo).

La parte inferior de la figura 11.1 enumera las creencias de la categoría de no ser amado. Entre los temas que incluye se cuentan la desvalorización, la creencia de no ser deseado, la inferioridad (no en cuanto a los logros personales, sino en cuanto a ser defectuoso en algún aspecto, lo cual impide el amor y el cuidado de los demás).

A veces está claro cuál es la categoría a la que pertenece una determinada creencia central, especialmente cuando el paciente usa palabras como "Estoy desamparado" o "Nadie me quiere". En otras ocasiones, el terapeuta puede desconocer inicialmente qué

Creencias centrales de desamparo

Estoy indefenso.	Soy incapaz.
Soy ineficaz.	Soy inútil.
Estoy fuera de control.	Soy incompetente.
Soy débil.	Soy un fracasado
Soy vulnerable.	No me respetan.
Soy dependiente.	Soy defectuoso (inferior a los demás).
Estoy atrapado.	No soy suficientemente bueno (en función de los éxitos).

Creencias centrales de incapacidad de ser amado

No soy querible.	Soy inferior.
No agrado a nadie.	Soy diferente.
No me desean.	No soy normal (y los demás no me amarán).
No soy atractivo.	No soy suficientemente bueno (para ser amado por los demás).
No me quieren.	Van a rechazarme.
No se ocupan de mí.	Van a abandonarme.
Soy malo.	Me quedaré solo.

Figura 11.1. Categorías de creencias centrales. Copyright 1995 by Judith S. Beck, Ph.D.

categoría de creencia central ha sido activada. Por ejemplo, un paciente deprimido puede decir: "No soy suficientemente bueno". En ese caso, el profesional debe averiguar el significado del pensamiento para determinar si el paciente cree que no es bastante bueno como para obtener logros o el respeto de los demás (categoría de desamparo) o si no es suficientemente bueno como para que los demás lo quieran (categoría de no ser amado).

Resumiendo, el terapeuta comienza a formular mentalmente una hipótesis sobre las creencias centrales de un paciente cada vez que este le aporta datos por medio de sus reacciones frente a las situaciones (pensamientos automáticos y significados asociados a ellos, emociones y comportamientos). En primer lugar realiza una distinción general entre las cogniciones que parecen pertenecer a la categoría del desamparo y las que corresponden a no ser amado.

Identificar creencias centrales

Para identificar las creencias centrales, el terapeuta se vale de las mismas técnicas que ha utilizado para identificar las creencias intermedias (véase capítulo 10). Además de utilizar la técnica *de la flecha hacia abajo*, trata de buscar *temas centrales en los pensamientos automáticos del paciente*, observa las *creencias centrales que aparecen expresadas como pensamientos automáticos e interroga directamente* acerca de la creencia central.

A menudo el terapeuta identifica una creencia central al iniciar la terapia y la utiliza para conceptualizar al paciente y planificar el tratamiento. El puede recopilar datos al respecto y hasta intentar que el paciente evalúe esta creencia al comienzo de la terapia. En muchos casos estas evaluaciones tempranas no son eficaces, pero ayudan al profesional a observar la fuerza y la amplitud de la idea y la posibilidad de modificarla.

TERAPEUTA: ¿Qué pasó por tu mente cuando no pudiste terminar la tarea de estadística?

PACIENTE: Que no puedo hacer nada bien. Nunca me irá bien aquí.

T: Y si esto es cierto: no puedes hacer nada bien y no te irá bien aquí ¿Qué significa todo eso? [*técnica de la flecha hacia abajo*]

P: Que no tengo remedio. Soy muy incapaz. [*creencia central*]

T: ¿En qué medida crees que eres incapaz?

P: Oh, un 100%.

T: ¿Y cuán incapaz eres? ¿Un poco? ¿Mucho?

- P: Completamente. Soy completamente inútil.
- T: ¿En todos los aspectos?
- P: Casi.
- T: ¿Existe alguna evidencia de que no seas incapaz?
- P: No... creo que no.
- T: ¿Acaso no dijiste que te va bien en el resto de los cursos?
- P: Sí, pero no tan bien como debería.
- T: ¿El hecho de que te vaya bien en esos cursos contradice la idea de que eres incapaz?
- P: No, si fuera verdaderamente capaz, me iría mucho mejor.
- T: ¿Qué sucede con otros aspectos de tu vida: el cuidado de tu apartamento, el manejo de tus finanzas, el cuidado de tu persona...?
- P: También hago bastante mal todo eso.
- T: ¿Quiere decir que la idea de la incapacidad se extiende también a otras cosas?
- P: A casi todo.
- T: Está bien. Veo que crees con mucha fuerza en esa idea. Volveremos a este tema en otro momento.

En este caso el terapeuta utiliza la técnica de la flecha hacia abajo para identificar una idea que considera una creencia central. Con precaución, controla su fuerza, su amplitud y la posibilidad de que se modifique. Decide entonces no continuar con la evaluación, pero la categoriza como "idea" (implica que no necesariamente es verdad) y la señala como un tema para el futuro.

Presentar creencias centrales

Cuando el profesional cree que ha recopilado suficientes datos como para establecer una hipótesis acerca de la creencia central y considera que el paciente será suficientemente receptivo, le presenta la conceptualización en forma tentativa.

- T: Sally, en las últimas semanas hemos tratado varios problemas: tus estudios, las decisiones respecto de cómo pasar el verano, tu trabajo voluntario. Parecería que detrás de todos estos problemas existe la idea de que eres incapaz. ¿Es eso correcto?
- P: Sí, creo que sí.

También puede revisar con el paciente una serie de pensamientos automáticos relacionados que ha tenido en situaciones

diversas y pedirle que saque una conclusión respecto de un tema subyacente (“¿Ves algún tema en común entre estos pensamientos automáticos?”).

Con ciertos pacientes, el terapeuta utiliza el Diagrama de Conceptualización de Casos (véase capítulo 10, figura 10.1) al comienzo de la terapia. Con o sin el diagrama, puede explorar brevemente algunos antecedentes de la infancia.

T: ¿Recuerdas haberte sentido incapaz como ahora en otros momentos de tu vida? ¿Cuándo eras niña?

P: Sí, muchas veces. Recuerdo que nunca podía hacer las cosas que hacía mi hermano.

T: ¿Puedes darme algunos ejemplos?

La obtención de datos históricos ayuda al terapeuta en momentos posteriores, cuando plantea al paciente cómo llegó a concebir esa creencia central y le explica cómo puede ser falsa o parcialmente falsa aunque la crea con tanta fuerza.

Instruir al paciente acerca de las creencias centrales y el control de la forma en que operan

Para el paciente es importante comprender los siguientes puntos acerca de su creencia central:

- Que es una idea y no necesariamente una verdad.
- Que puede creer en ella con mucha intensidad y hasta “sentir” que es verdadera y, no obstante, puede ser parcial o totalmente falsa.
- Que como idea, puede ser sometida a comprobaciones.
- Que tiene sus orígenes en sucesos de la infancia y que puede o no haber sido cierta en el momento en que comenzó a creer en ella.
- Que se mantiene a través del funcionamiento de sus esquemas, en los cuales rápidamente encuentra datos que sustentan la creencia central, mientras ignora los que la contradicen.
- Que el paciente y el terapeuta pueden, en un trabajo conjunto, usar una gran variedad de estrategias para modificar esa idea y obtener una visión más real de sí mismo.

En la transcripción que sigue, el terapeuta instruye a Sally respecto de su creencia central. (Ella ya había confirmado la conceptualización que él le había presentado.)

T: Sally, ¿acaso esto [el pensamiento automático de que no sería capaz de escribir su monografía de economía] te suena conocido? ¿No crees que tal vez la idea de que eres incapaz te dificulta las cosas?

P: Sí, me siento incapaz.

T: Bien, Sally, entonces sucede una de estas dos cosas. O bien *eres* verdaderamente incapaz y tenemos que trabajar juntos para aumentar tu capacidad... o bien el problema radica en que *crees* que eres incapaz y a veces lo crees con tanta fuerza que *actúas* en consonancia con eso, como cuando evitas ir a la biblioteca y comenzar a investigar para tu monografía. ¿Qué crees tú?

P: No lo sé.

T: ¿Por qué no escribimos estas dos posibilidades? Me gustaría, si estás de acuerdo, comenzar a examinar en la terapia cuál de las dos posibilidades se acerca más a la verdad: que *eres* realmente incapaz o que *crees* que lo eres.

Más adelante, en la misma sesión o en otra, el terapeuta explica a Sally, en forma detallada, cómo funcionan las creencias centrales y se asegura de que lo comprenda.

T: Esta idea, "Soy incapaz", es lo que llamamos una creencia central. Te explicaré algunas cosas acerca de las creencias centrales para que comprendas por qué son más difíciles de evaluar y de combatir. En primer lugar, una creencia central es una idea en la que tal vez no crees demasiado cuando no estás deprimida. En cambio, es posible que cuando lo estás, creas en ella completamente, aunque tengas evidencias en su contra. ¿Me sigues hasta ahora?

P: Sí.

T: Cuando te deprimas, esta idea se activa y entonces encuentras con mucha facilidad evidencias que la avalan y tiendes a dejar de lado las evidencias que la contradicen. Es como si tuvieras un filtro que envuelve tu cabeza. Las cosas que se acomodan a tu idea atraviesan fácilmente el filtro y pasan a tu mente. En cambio, las informaciones que la contradicen, o bien no pasan por el filtro, o bien se modifican para poder pasarlo. ¿Crees que quizás estés filtrando la información de esta manera?

- P: No lo sé.
- T: Bien. Veamos. Si examinamos las cosas que han sucedido la semana pasada, ¿qué evidencias tenemos de que *podrías ser capaz?*
- P: Bueno, obtuve una nota excelente en mi examen de estadística.
- T: ¡Muy bien! ¿Y pudo esa evidencia atravesar el filtro? ¿Acaso dijiste: “Obtuve un excelente, eso significa que soy inteligente o capaz o buena estudiante”?
- P: No. Yo dije: “El examen ha sido muy fácil. Además, ya había aprendido algunas de estas cosas el año pasado”.
- T: Parece que el filtro *estaba* funcionando. ¿Te das cuenta de que desdeñaste información que contradecía tu creencia central: “Soy incapaz”?
- P: Humm.
- T: ¿Recuerdas algunos otros ejemplos ocurridos esta semana? ¿Hubo situaciones en las cuales una persona razonable pudiese pensar que las cosas que hacías demostraban capacidad de tu parte, aunque tú no lo vieras de ese modo?
- P: (*Piensa durante unos instantes*) Bueno, ayudé a mi compañera de cuarto a resolver un problema con su padre. Pero eso no cuenta. Cualquiera podría haber hecho lo que yo hice.
- T: Ese es un buen ejemplo. Otra vez parece que descartas la información que no coincide con tu idea de que eres incapaz. Quiero que pienses si es cierta tu idea de que cualquiera podría haber hecho lo que tu hiciste. Tal vez esta es otra ocasión en la cual evitas darte crédito por algo que otra persona podría ver como una evidencia de tu capacidad.
- P: Bueno, mi compañera piensa que la ayudé mucho.
- T: De acuerdo. Para resumir, “Soy incapaz” parece ser una creencia central que convive contigo desde hace mucho tiempo y en la cual crees con más fuerza cuando estás deprimida. ¿Puedes resumir cómo funciona?
- P: Bueno, usted decía que cuando estoy deprimida de paso la información que la confirma y filtro la que la contradice.
- T: Correcto. ¿Qué te parece si esta semana, como tarea, tratas de registrar todos los momentos en que funciona este filtro? Debes anotar toda la información que avala tu creencia. Luego debes hacer algo más difícil: buscar y anotar aquellos hechos que, para otra persona, estarían en contradicción con tu idea. ¿Está bien?

En la siguiente sesión el terapeuta explica por qué Sally cree con tanta fuerza en su creencia central y cómo, de todos modos, es posible que sea falsa.

T: Bien. Has hecho un buen trabajo esta semana, registrando cómo tiendes a dejar pasar solamente la información negativa que confirma la idea de que eres incapaz. Tal como predijimos, te resultó más difícil registrar la información positiva que contradice tu idea.

P: Sí. Creo que no lo hice muy bien.

T: ¿Te sientes incapaz por eso?

P: (Ríe) Sí. Creo que sí.

T: ¿Acaso el filtro está en funcionamiento ahora? ¿Estás poniendo más énfasis en la parte de la tarea que no hiciste y olvidando la que hiciste bien?

P: Creo que sí.

T: ¿Cuál piensas que es el efecto de tener un filtro de este tipo?

P: Hace que no vea las cosas buenas.

T: Correcto. ¿Y qué sucede día a día con la idea de que eres incapaz?

P: Creo que se hace más fuerte.

T: Correcto. Hasta el punto que la "sientes" como verdadera aunque no lo sea.

P: Humm.

T: ¿Te das cuenta ahora de que la idea de que eres incapaz *podría* ser falsa aunque tú la creas cierta?

P: Bueno, creo que lo veo intelectualmente, pero sigo *sintiéndome* incapaz.

T: Eso es muy común. En las próximas semanas seguiremos evaluando esta idea y luego trabajaremos juntos para ayudar a la parte más razonable de tu mente a imponerse sobre la parte emocional. ¿Está bien?

P: Sí.

La biblioterapia puede reforzar el trabajo terapéutico sobre las creencias centrales. Existen dos libros: *Prisoners of belief* (McKay y Fanning, 1991) y *Reinventing your life* (Young y Klosko, 1994) particularmente útiles en esta etapa de la terapia.

Modificar creencias centrales y fortalecer nuevas creencias

Una vez identificada la creencia central negativa, el terapeuta diseña mentalmente una creencia nueva, más realista y funcional y guía al paciente hacia ella. Puede usar algunas de las técnicas enumeradas en el lado izquierdo de la figura 11.2 o comenzar atenuando la antigua creencia. En poco tiempo, mediante el trabajo conjunto con el paciente, desarrollarán una nueva creencia más adaptativa. Generalmente, al paciente le resulta más fácil adoptar una creencia relativamente positiva que una muy extrema.

Por ejemplo:

Antigua creencia central

Nadie me ama

No valgo nada.

Soy inoperante.

Estoy lleno de defectos.

Nueva creencia central

Generalmente soy una persona agradable.

Soy una persona valiosa, con rasgos positivos y negativos.

Puedo controlar muchas cosas.

Soy normal, con puntos fuertes y débiles.

En muchos casos los pacientes con diagnóstico del Eje 1 han estado convencidos de las creencias "nuevas" durante gran parte de su vida y por eso les resulta relativamente sencillo especificarlas. Los pacientes con diagnóstico del Eje 2, por el contrario, pueden no haber tenido nunca una creencia central positiva y es posible que el profesional deba ayudarlos a desarrollar una creencia central positiva alternativa. Al terapeuta de Sally le resulta relativamente fácil ayudar a su paciente a expresar en palabras una creencia central más positiva.

T: Sally, hemos estado conversando acerca de la creencia central "Soy incapaz". ¿Cuál crees tú racionalmente que sería una creencia más adecuada?

P: ¿Soy capaz?

T: Está bien, pero podríamos trabajar en una nueva creencia que fuese más fácil de adoptar para ti, como "Soy capaz en la mayor parte de las cosas, pero soy sólo un ser humano". ¿Cuál te parece más adecuada?

P: Esta última.

Ya descriptas

Técnicas adicionales

Técnicas de cuestionamiento
socrático

Formulario de creencias centrales

Análisis de ventajas y desventajas

Contrastes extremos

Dramatización racional-emocional

Desarrollo de metáforas

Actuar "como si"

Comprobaciones históricas

Experimentos conductuales

Reestructuración de recuerdos
tempranos

Continuum cognitivo

Tarjetas de apoyo (véase capítulo 12)

Expresión de la propia experiencia

Figura 11.2. Técnicas para modificar creencias centrales.

El Formulario de Creencias Centrales

Una vez identificada la antigua creencia central y cuando ya se ha desarrollado una nueva, el terapeuta presenta el Formulario de Creencias Centrales (FCC) (véase figura 11.3). Como ya hemos dicho, es preferible introducir esta herramienta una vez que el paciente ha comprendido que algunas de sus ideas (pensamientos automáticos) no son adecuadas o están distorsionadas. Este formulario suele presentarse cuando el paciente, además, ha aprendido el proceso de evaluación y modificación de los pensamientos automáticos, comprende verdaderamente que puede modificar el pensamiento disfuncional y ha establecido una fuerte alianza terapéutica con el profesional.

El FCC comprende dos partes: la superior ayuda al paciente a identificar y evaluar el grado de credibilidad conferida a la "antigua" creencia disfuncional y a la "nueva" creencia, más adaptativa. A partir del momento en que se presenta el formulario, terapeuta y paciente completan juntos esta parte al inicio de cada sesión. La parte inferior debe ser completada por el paciente, durante la sesión o como tarea, a medida que controla el funcionamiento de sus creencias y revisa las evidencias que parecen avalar la antigua.

T: Sally, voy a mostrarte el Formulario de Creencias Centrales. Se usa para trabajar sobre las creencias de una manera organizada. Vamos a escribir aquí tu creencia central "Soy incapaz", en la parte superior. ¿Qué grado de credibilidad le confieres ahora a esta idea?

FORMULARIO DE CREENCIAS CENTRALES

Antigua creencia central: Soy incapaz

¿Qué grado de credibilidad confiere ahora a la antigua creencia central?

(0-100) 60%

*¿Cuál fue el mayor grado de credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0-100) 90%

*¿Cuál fue el menor grado de credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0-100) 60%

Nueva creencia: Soy capaz en la mayoría de las cosas (pero también soy sólo un ser humano).

¿Qué grado de credibilidad le confiere ahora a esta creencia? (0-100) 50%

Evidencia que contradice la antigua creencia central y avala la nueva creencia

Evidencia que avala la antigua creencia central, revisada

Hice un buen trabajo en literatura.

Hice una pregunta en la clase de estadística.

Comprendo este formulario.

Obtuve una buena nota en química.

Tomé decisiones respecto del año próximo.

Arreglé cuestiones de teléfono, cuentas bancarias, seguros, etc.

Reuní las referencias que necesitaba para la monografía de economía.

Comprendí la mayor parte del capítulo 6 del libro de estadística.

Le expliqué algunos conceptos de estadística a mi compañero del piso de abajo.

*¿Deberían incluirse las situaciones que implican un aumento o una disminución en la fuerza de la creencia en los planes de sesión?

No comprendí un concepto en la clase de economía, PERO no había leído nada al respecto y probablemente lo entenderé más tarde. A lo sumo puede ser una incapacidad para eso, pero tal vez sea error de la profesora, que no lo explicó bien.

No me acerqué al profesor asistente para pedir ayuda, PERO eso no quiere decir que sea incapaz. Estaba nerviosa porque pensaba que debería comprender estas cosas por mi cuenta y creía que él pensaría que no estaba bien preparada.

Mi nota en el trabajo de literatura no fue excelente, PERO es una buena nota. Si fuera realmente incapaz ni siquiera estaría en la universidad.

Figura 11.3. Formulario de Creencia Central de Sally. Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

- P: Quizás un 60%.
- T: Correcto. Escribe entonces 60% aquí. Ahora, para completar las dos líneas que siguen, debes pensar en lo ocurrido durante la última semana. ¿Cuánto es lo máximo y lo mínimo que has creído en esta idea?
- P: ¿Lo máximo? Debe haber sido cuando comencé a estudiar para mi examen de estadística. Creo que un 90%. ¿Lo mínimo? Ahora, un 60%. (*Escribe estos porcentajes*)
- T: La semana pasada conversamos acerca de una creencia más adaptativa y más adecuada. ¿Recuerdas cómo la expresamos?
- P: Sí, que soy capaz en la mayor parte de las cosas, pero también soy sólo un ser humano.
- T: Bien, escribe eso donde dice "nueva creencia". ¿Qué grado de credibilidad le confieres hoy a esta creencia?
- P: Quizás... un 50%.
- T: Bueno, Sally, cada semana vamos a escribir juntos estos puntajes al comienzo de la sesión o, si quieres, lo puede hacer tú de antemano. Me gustaría que tuvieses a la vista este formulario durante las sesiones, para ver si los temas que conversamos guardan relación con la creencia "Soy incapaz".
- P: Está bien.
- T: Si te parece bien, comenzaremos ahora a llenar juntos la parte inferior, para que puedas aprender cómo hacerlo. Incluso, si eso te ayuda, puedes completar un poco cada día. Una cosa más. Aprender a completar este formulario demanda tiempo y práctica. Recuerda que también te tomó un tiempo completar bien el Registro Pensamientos Automáticos. ¿De acuerdo?
- P: Seguro.
- T: Continuemos. ¿Te parece bien si comenzamos por el lado derecho, consignando las evidencias de que eres incapaz?
- P: Bueno.
- T: Veamos. Piensa en lo que has hecho *hoy*. ¿Qué cosa indica que eres incapaz?
- P: No comprendí un concepto que explicó hoy la profesora de economía.
- T: Bien. Escribe eso en el lado derecho y coloca un gran "PERO" al lado... Ahora pensemos si puede haber alguna otra explicación para que no hayas comprendido el concepto, que no sea tu incapacidad.
- P: Bueno, fue la primera cosa de la que habló. Además, no estaba incluida en lo que leímos.
- T: Correcto. ¿Es posible que la comprendas cuando la vuelva a

tratar, cuando leas algún otro material al respecto o cuando alguien te la explique mejor?

P: Probablemente.

T: Bueno, ahora, al lado del "PERO", escribe la "revisión", que es otro modo más adaptativo de analizar la evidencia. ¿Qué podrías escribir aquí?

P: Creo que podría decir: "Pero no he leído todavía nada al respecto y probablemente lo comprenderé más tarde".

T: Correcto, escribe eso... Veamos ahora si podemos fortalecer aun más la revisión. ¿Estás de acuerdo en que el hecho de no comprender un concepto puede significar a lo sumo una incapacidad para eso y no una incapacidad total de la persona?

P: Sí, eso es verdad.

T: ¿Es posible que *muchas* personas capaces no comprendan un concepto cuando lo escuchan por primera vez?

P: Así es.

T: Me pregunto si también es posible que haya sido una incapacidad de la *profesora*. Tal vez si ella lo hubiese explicado más claramente, lo habrían comprendido la mayor parte de los alumnos.

P: Es posible.

T: Reflexiona durante un minuto y fíjate si hay alguna otra cosa que quisieras agregar... Bueno, comencemos ahora con el lado izquierdo, es decir, con la evidencia que *en el día de hoy* indica que eres capaz para muchas cosas. Te advierto que esto te resultará difícil si el filtro está en funcionamiento.

P: Bueno, hoy trabajé en mi presentación de literatura.

T: Bueno, escribe eso. ¿Qué más?

P: Hice una pregunta en la clase de estadística.

T: ¡Muy bien! ¿Qué más?

P: (*No responde*)

T: ¿Qué piensas del hecho de haber comprendido cómo se completa este formulario?

P: Creo que es una evidencia.

T: Bien. ¿Qué te parece si, como tarea, tratas de agregar a este formulario las evidencias de cada día? Para comenzar, recuerda que te resultará más fácil la primera parte del lado derecho, pero la parte inferior y la izquierda seguramente serán más complicadas.

P: De acuerdo.

T: Haz lo que puedas. Tal vez tengamos que trabajar juntos para revisar las evidencias y encontrar otras que sean positivas. Sin

embargo, te daré una ayuda. Si tienes dificultades con estas partes, piensa que otra persona, pongamos por caso tu compañera de cuarto, ha hecho exactamente lo que tú has hecho y fijate cómo consideras sus acciones. ¿Está bien?

P: De acuerdo.

T: ¿Crees que encontrarás alguna otra dificultad para realizar esta tarea en la semana?

P: No, lo intentaré.

T: Correcto.

Si Sally hubiese experimentado dificultades para identificar datos positivos durante la sesión, el terapeuta podría haber pospuesto la tarea y probado diferentes técnicas para ayudarla a encontrar los ítems del lado izquierdo. Por ejemplo, podría haber usado una técnica de contrastación:

T: ¿Qué piensas de haber logrado que te atendieran, pese a las dificultades que te planteaba el sistema de salud para estudiantes?

P: No lo sé. Estaba tan enojada que me resultó fácil.

T: Espera un minuto. ¿Si no lo hubieras logrado, acaso no lo habrías incluido en la columna derecha, como un síntoma de incapacidad?

P: Probablemente.

T: Piénsalo de este modo. Cualquier cosa que te hubiese valido una crítica sobre ti misma o que hubieses anotado del lado derecho, de *no haberla logrado*, probablemente corresponde al lado izquierdo.

A continuación se exponen otros métodos para lograr que el paciente reconozca datos positivos que corresponden al lado izquierdo del formulario:

1. [Como en la transcripción de las pp. 220-221] Solicitar al paciente que piense en los datos que hubiesen sido evidencias positivas en el caso de *otra* persona: "Sally, piensa en alguna persona que creas capaz. ¿Quién puede ser? ¿Qué cosa has hecho tú hoy que hubieses considerado positiva en caso de que la hubiese hecho Donna?"
2. Solicitar al paciente que piense en datos que *otra* persona seguramente hubiese considerado evidencias positivas

sobre su capacidad. "Sally, dime de alguien a quien conozcas bien y en cuyo juicio confíes. ¿Qué cosas señalaría [esta persona] como evidencias positivas de tu capacidad, entre las cosas que has hecho hoy?" o bien "Sally, ¿qué cosa has hecho hoy que probablemente yo clasificaría como evidencia positiva?"

3. Solicitar al paciente que reflexione y considere si rechazaría evidencias a su favor luego de compararlas con un modelo hipotéticamente negativo: "Sally, ¿no crees que haber terminado ese trabajo de síntesis es una señal de capacidad? ¿Podría una persona verdaderamente incapaz haberlo escrito?"
4. Solicitar al paciente que complete los puntajes que se incluyen en la parte superior del FCC (que ya incluye una creencia central previamente acordada) al comenzar cada sesión, antes de establecer el plan. El terapeuta podrá entonces preguntar: "¿Cuándo creíste con *menos* fuerza que eras incapaz? ¿Qué sucedía en ese momento? ¿Deberíamos incluir esto en el plan?". La conversación acerca de estas situaciones positivas confiere una oportunidad de recoger o reforzar evidencias para el lado izquierdo. (El Formulario de Creencias Centrales posee recordatorios de estas preguntas impresos al final de la hoja.)

El terapeuta también puede aprovechar las oportunidades que se presenten durante la sesión para plantear al paciente la aplicabilidad del FCC al tema que se está tratando.

T: Sally, ¿puedes resumir lo que hemos estado tratando?

P: Bueno, yo estaba bastante abatida por no haber conseguido el trabajo que quería para el verano y, si bien cualquiera se hubiera sentido decepcionado, yo me deprimí porque sentí que era una incapaz.

T: Bien. ¿Te parece que esto es relevante para el Formulario de Creencias Centrales?

P: Sí, se trata de la misma idea.

T: ¿Cómo podrías expresarlo por escrito en esa hoja?

P: Creo que corresponde al *lado derecho*... No conseguí el trabajo de asistente de investigación... pero eso no significa que sea completamente incapaz. Se postularon muchas personas, y algunas tenían más experiencia que yo.

Utilizar contrastes extremos para modificar creencias centrales

A veces resulta útil que el paciente se compare con alguna persona, real o imaginaria, que encarne el extremo negativo de la cualidad relacionada con su creencia central. El terapeuta sugiere que el paciente imagine a alguien dentro de su marco de referencia. (Esta técnica es semejante al continuum cognitivo que se describe en el capítulo 12.)

T: ¿Conoces a alguien en la universidad que sea verdaderamente incapaz o que al menos *se comporte* de una manera muy inadecuada?

P: Hmm... hay un muchacho en mi piso que nunca va a clases y que no estudia. Parece estar de fiesta todo el tiempo. Creo que le va mal.

T: Correcto. Si te comparas con él, ¿cuán incapaz eres?

P: *(Hace una pausa)* No mucho.

T: Si fueras una persona realmente incapaz, ¿qué cosas harías de un modo diferente?

P: ...Creo que perdería clases, estaría por ahí todo el día... no me mantendría... no haría nada útil... no tendría amigos.

T: ¿Estás próxima a esa situación?

P: Creo que no lo estoy en absoluto.

T: ¿Es entonces adecuado que te consideres tan incapaz?

P: Creo que realmente no lo es.

Desarrollar metáforas

Los terapeutas pueden ayudar a los paciente a tomar distancia de sus creencias centrales por medio de la reflexión acerca de una situación. Una paciente creía que ella era mala porque de niña (y también siendo adulta) su madre la había tratado muy mal. A esta persona le resultó útil reflexionar sobre la historia de Cenicienta, en la cual una madrastra cruel trataba mal a una niña sin que ella le hubiese dado motivos ni fuese mala.

Comprobaciones históricas de la creencia central

Los pacientes pueden beneficiarse analizando el origen y la persistencia a través del tiempo de su creencia central (Young, 1990). El terapeuta puede ayudar al paciente a buscar (y a

revisar) las evidencias que avalaron la creencia central desde una edad temprana y a sacar a la luz evidencias que la refutaban. (El FCC se puede utilizar con este propósito.) Habitualmente este proceso se inicia luego de que el paciente ha analizado el funcionamiento de su creencia central en el *presente* y ha comenzado el proceso de modificación, a través del FCC o de otras técnicas.

No siempre es necesario que la creencia central del paciente esté muy activada para que este proceso efectivamente se produzca. Sin embargo, algunos pacientes no logran acceder a ciertos recuerdos importantes, a menos que estén emocionalmente excitados debido a la activación de una creencia central. El terapeuta comienza dando una explicación.

T: Sally, me gustaría saber en qué se originó esta idea de tu incapacidad.

P: De acuerdo.

T: Vamos a trabajar con el Formulario de Creencias Centrales y a transportarnos en el tiempo. ¿Recuerdas alguna situación de tu infancia que te haya hecho sentir incapaz en ese momento, digamos, antes de la escuela primaria?

P: Recuerdo algo que sucedió en el parvulario. Yo estaba trabajando con un rompecabezas y la maestra me gritaba. Yo no cesaba de llorar.

T: ¿El problema era que eras lenta para resolverlo?

P: Creo que era algo así.

T: ¿Y te sentías incapaz?

P: Ajá.

T: Está bien. Escríbelo entonces, del lado derecho. Luego vamos a revisarlo. ¿Alguna otra cosa?

P: Recuerdo una vez que fuimos con mi familia al parque Valley Forge. Todos andaban en bicicleta, pero yo no podía seguir el ritmo de los otros y me quedaba atrás.

Ya sea en la sesión o bien como tarea, el paciente debe continuar con este primer paso: registrar recuerdos que puedan haber contribuido a la formación de la creencia central. Puede reflexionar acerca del parvulario, la escuela primaria, la secundaria, la universidad, sus veinte o sus treinta años. El segundo paso de la revisión histórica consiste en la búsqueda y el registro de evidencias de cada período que sustenten una creencia nueva y positiva. Una vez que ha evocado recuerdos más positivos, el paciente está preparado para la tercera etapa: reformular cada

segmento de evidencias negativas. Finalmente, en la cuarta etapa, resume cada período. Por ejemplo:

Etapa de la escuela secundaria: Hice muchas cosas bien, desde deportes hasta mis responsabilidades en casa y los estudios. Es verdad que mis calificaciones no fueron todas excelentes y que no era buena en todo. Además, a veces *me sentía* incapaz, pero básicamente era capaz.

Reestructuración de recuerdos tempranos

En el caso de la mayor parte de los pacientes con diagnóstico del Eje 1, las técnicas “racionales” o “intelectuales” que hemos presentado hasta el momento suelen bastar para modificar una creencia central. En otros casos, en cambio, es adecuado aplicar otra clase de técnicas “emocionales” o experienciales, con las cuales se despiertan los afectos del paciente. Una de ellas consiste en dramatizar un hecho ocurrido para ayudarlo a reinterpretar una experiencia traumática anterior. En la transcripción que sigue, el terapeuta ayuda al paciente a reestructurar el significado de un hecho anterior que se asocia con una situación perturbadora actual.

T: Sally, pareces muy abatida hoy.

P: Sí... (*Llorando*) Hoy me entregaron mi monografía y obtuve una mala nota. No puedo hacer nada bien.

T: ¿Te sientes muy incapaz?

P: Sí.

T: (*Apela al afecto para facilitar la evocación*) ¿Sientes la tristeza y la inutilidad en alguna parte de tu cuerpo?

P: Detrás de mis ojos. Además siento los hombros pesados.

T: ¿Recuerdas cuál fue la primera vez que te sentiste así en tu infancia?

P: (*Pausa*) Recuerdo que cuando tenía seis o siete años una vez llevé a mi casa el boletín de calificaciones y estaba un poco asustada porque no me había ido muy bien. Mi padre no hizo ninguna cuestión, pero mi mamá se enojó bastante.

T: ¿Qué dijo ella?

P: Gritó: “Sally, ¿qué voy a hacer contigo? ¡Mira este boletín!”.

T: ¿Qué dijiste tú?

P: No creo que yo haya dicho nada, pero eso la hizo enojarse aun más. Seguía diciendo: “¿No sabes acaso lo que va a ocurrir si no

sacas buenas notas? A tu hermano siempre le va bien. ¿Por qué no puedes hacer lo mismo? Estoy muy avergonzada de ti. Así no llegarás a nada”.

T: Seguramente te sentiste muy mal.

P: Así es.

T: ¿Crees que es razonable la forma en que ella actuó?

P: No... creo que no.

T: Bueno. ¿Es eso algo que tú le dirías a tus hijos algún día?

P: No, yo nunca les diría eso.

T: ¿Qué dirías *tú*, si tu hija de siete años llegase a tu casa con un boletín como ese?

P: Humm... Creo que diría lo mismo que mi padre: “Está bien. No te sientas mal. A mí tampoco me iba muy bien en la escuela y eso no tuvo ninguna importancia”.

T: Muy bien. ¿Sabes por qué tu madre no dijo lo mismo?

P: No estoy segura.

T: Por lo que me has contado en otras ocasiones, pienso que tal vez ella pensaba que la gente podía menospreciarla si sus hijos no tenían buen rendimiento.

P: Probablemente eso sea cierto. Ella siempre alardeaba con sus amigas sobre mi hermano. Creo que siempre se estaba fijando en lo que hacían y pensaban los demás.

T: ¿Qué te parece si hacemos una dramatización? Yo te representaré a ti a los siete años y tú representarás a tu mamá. Trata en lo posible de ver las cosas desde el punto de vista de ella. Comenzaré... Mamá, aquí está mi boletín.

P: Sally, me avergüenzo de ti. Mira estas notas. ¿Qué haré contigo?

T: Mamá, tengo sólo siete años. Mis notas no son tan buenas como las de Robert, pero están bien.

P: ¿Acaso no sabes lo que ocurrirá si no obtienes buenas notas? Nunca llegarás a nada.

T: Eso es tonto, mamá. Sólo tengo siete años.

P: Pero el año que viene tendrás ocho y luego, nueve...

T: Mamá, no me ha ido tan mal. ¿Por qué haces tanto escándalo? Me haces sentir como una inútil. ¿Es eso lo que quieres?

P: No, claro que no. No quiero que pienses eso, porque no es verdad. Sólo quiero que te vaya mejor.

T: Bueno, saliendo de la dramatización. ¿Qué piensas?

P: Que en realidad yo no era incapaz. Probablemente mi mamá era dura conmigo porque no quería que la criticaran a ella.
(Se anima)

T: ¿En qué medida lo crees?

P: Mucho. Un 80%.

T: ¿Qué te parece si dramatizamos de nuevo, pero esta vez intercambiamos los personajes? Veamos ahora como Sally, a los siete años, puede contestarle a su madre.

Luego de esta segunda dramatización, el terapeuta pregunta a Sally qué aprendió y cómo se aplica este aprendizaje a la situación que la perturbó esa semana (obtener una mala nota en la monografía).

Otra técnica utiliza las imágenes mentales para reestructurar recuerdos tempranos en una situación afectiva (Edwards, 1989; Layden et al., 1993). Esta técnica, propia de las terapias gestálticas, ha sido adaptada específicamente para la modificación de las creencias centrales y se indica sobre todo en pacientes con trastornos de la personalidad. No es tan frecuente su uso en pacientes con diagnóstico del Eje 1. En este caso, el terapeuta lleva al paciente a experimentar nuevamente una situación perturbadora del pasado que, aparentemente, colaboró en la formación o el sostenimiento de una creencia central. El siguiente ejemplo ilustra cómo el terapeuta realiza las siguientes operaciones:

1. Identifica una situación específica perturbadora para el paciente, que se asocia a una importante creencia central;
2. Incentiva la afectividad del paciente a través del abordaje de pensamientos automáticos, emociones y sensaciones somáticas;
3. Ayuda al paciente a identificar y a volver a experimentar una experiencia temprana relevante;
4. Conversa con la parte "más joven" del paciente, para identificar sus pensamientos automáticos, emociones y creencias y
5. Ayuda al paciente a desarrollar una comprensión diferente de la experiencia, por medio de la imaginación guiada, el cuestionamiento socrático, el diálogo y/o las dramatizaciones.

En la transcripción que sigue, Sally refiere una experiencia del día anterior que le resultó perturbadora, ya que se sintió criticada por su grupo de estudio.

T: ¿Puedes imaginar nuevamente esta escena, como si estuviese ocurriendo ahora? Están todos sentados alrededor de la mesa. [El terapeuta hace que Sally se represente y describa vívidamente el desagradable incidente.]

P: Peggy dice: "Sally, no has hecho esto con suficiente detalle. Deberás hacerlo de nuevo". Yo me siento muy mal, muy triste y pienso: "Estoy decepcionando a todo el mundo. Soy una incapaz. No hago nada bien. Seguramente reprobaré".

T: ¿Estás sintiendo la tristeza en este momento?

P: (Asiente)

T: ¿En qué parte de tu cuerpo la sientes?

P: Detrás de los ojos.

T: ¿En algún otro lugar? ¿Dónde más está la tristeza?

P: En el pecho... y en mi estómago. Siento una pesadez.

T: Correcto. ¿Puedes concentrarte en la pesadez? ¿La sientes ahora en tu estómago y en tu pecho? ¿Está detrás de los ojos?

P: (Asiente)

T: Correcto. Ahora concéntrate en tus ojos, tu estómago y tu pecho... (*Espera durante unos diez segundos*) Sally, ¿recuerdas haber experimentado esta sensación antes, cuando eras niña? ¿Cuándo fue la *primera vez* que recuerdas haberte sentido así?

En la siguiente transcripción, el terapeuta hace que Sally vuelva a experimentar un recuerdo perturbador y conversa con la parte "infantil" de Sally para identificar cuál fue el significado que ella extrajo de esa experiencia en aquel momento. (Con ese propósito, el terapeuta refuerza continuamente la inmediatez emocional de la experiencia mediante la utilización permanente del tiempo presente.)

P: Mi mamá... mi mamá me está gritando.

T: ¿Cuántos años tienes, Sally?

P: Entre seis y siete. No estoy segura.

T: ¿Dónde estás? Descríbelo de la manera más vívida que puedas.

P: Estoy en casa. Estoy haciendo las tareas. Tengo que hacer algún tipo de trabajo escrito. No logro completarlo. Tengo que marcar las vocales largas y cortas o algo así. No sé qué hacer. He faltado a clases y no sé cómo hacerlo.

T: ¿Qué sucede entonces?

P: Mamá entra en la cocina: "Vete a la cama, Sally". "No puedo, no he terminado con mi tarea..."

T: ¿Y qué ocurre?

P: Ella dice: "Estás con eso desde hace siglos. Ya hace una hora te dije que te fueses a la cama".

T: ¿Qué dices tú?

P: "Pero debo hacer esto. Si no lo hago tendré problemas."

T: ¿Y entonces?

P: Ella dice: "¿Qué sucede contigo? ¿Por qué no puedes terminar con esto? Es muy fácil. ¿Eres estúpida? ¡Vete a la cama ahora mismo!".

T: ¿Qué ocurre luego?

P: Voy a mi cuarto.

T: ¿Y entonces?

P: No lo sé. Supongo que me voy a dormir. (*Baja la cabeza, muy triste*)

T: ¿Cuál es el peor momento?

P: Cuando ella me está gritando.

T: Bien. ¿Puedes describirlo nuevamente? ¿Dónde estás tú?

P: Estoy sentada a la mesa en la cocina.

T: ¿Y te estás esforzando con tus tareas? ¿Estás desorientada?

P: Sí.

T: Entonces tu madre entra en la cocina. ¿Cómo se ve ella? ¿Dónde está?

P: Ella es alta, está de pie y parece enojada.

T: ¿Cómo te das cuenta?

P: (*Los ojos comienzan a lagrimear*) Tiene el rostro fruncido. El cuerpo parece tenso.

T: ¿Y dice...?

P: "Sally, vete a la cama."

T: Continúa.

P: "No puedo, mamá. Tengo que terminar esto." "Te dije que vayas a la cama. ¿Qué ocurre contigo? Esto es muy fácil. ¿Eres estúpida?" (*Solloza*)

T: (*Suavemente*) Sally, niñita de seis años, ¿cómo te sientes?

P: Triste. (*Llora*)

T: ¿Muy triste?

P: (*Asiente*)

T: (*Suavemente*) Pequeña Sally, ¿qué pasa por tu mente en este momento?

P: Soy una estúpida. No puedo hacer nada bien.

T: ¿Cuánto crees en eso?

P: Totalmente.

T: ¿Pasa por tu mente alguna otra cosa?

P: Nunca podré hacer bien esto.

La intensificación del afecto es en esta experiencia la clave que permite verificar que se trata de un tema central para la paciente. En el siguiente apartado, el terapeuta ayuda a Sally a reinterpretar esta experiencia.

T: Pequeña Sally, me gustaría ayudarte a ver esta situación de otra manera. ¿Cómo piensas que podrías mejorar las cosas? ¿Te gustaría hablar con tu mamá y explicarle por qué te sientes tan mal? ¿O acaso te gustaría que alguien, por ejemplo tú misma a los dieciocho años pudiera darte otra explicación de lo que está sucediendo? ¿O tal vez quisieras que eso lo hiciera otra persona?

P: No quiero hablar con mi mamá. Ella me gritaría.

P: ¿Te gustaría que tu yo más adulto te lo explicara, pequeña Sally?

P: Sí.

T: Está bien. Imagina que tu madre se va de la cocina y entra Sally grande, con dieciocho años? ¿Dónde tendría que estar la Sally grande?

P: Cerca de mí, creo.

T: ¿Muy cerca?

P: (Asiente)

T: ¿Te gustaría que te rodeara con tu brazo?

P: (Asiente)

T: Está bien. Hagamos que la Sally de dieciocho años converse con la Sally de seis y le pregunte qué le ocurre.

P: "¿Qué te ocurre?" "Me siento estúpida. No puedo hacer nada bien."

T: Qué respondería a eso tu yo más adulto.

P: "No, no lo eres. Esta tarea es demasiado difícil. No es tu culpa. No eres estúpida."

T: ¿Y qué dice la Sally de seis años?

P: "Pero tendría que poder hacerlo."

T: Haz que tu yo más adulto continúe hablándole.

P: "No, eso no es verdad. No tienes por qué saberlo. Has faltado a clase y nunca te lo enseñaron. En realidad, tu maestra es quien tiene la culpa por haberte dado una tarea demasiado difícil."

T: ¿Le cree la Sally de seis años?

P: Un poco.

T: ¿Qué desea preguntar la Sally de seis años?

P: "¿Por qué todo tiene que ser tan difícil? ¿Por qué no hago nada bien?"

T: ¿Qué le responde la Sally grande?

P: "Tú haces bien muchas cosas. Algunas cosas son fáciles, como los ejercicios de matemática, vestirse sola y jugar al béisbol..."

T: ¿Qué está pensando la Sally de seis años?

P: "En realidad tampoco juego bien al béisbol. Robert juega mucho mejor que yo."

T: ¿Y qué le responde la Sally grande?

P: "Mira, él es mejor que tú jugando al béisbol, pero es *más grande*. Cuando tenía tu edad, él podía hacer las mismas cosas que tú. Sólo debes esperar. Ya verás que todo cambia."

T: ¿Cómo se siente ahora la Sally de seis años?

Cuando la paciente dice que su yo de niña se siente significativamente menos triste, el terapeuta efectúa el cierre del ejercicio (por ejemplo, "¿Hay algo más que quisieras preguntarle a tu yo más adulto, pequeña Sally?"). Si la paciente, en cambio, sigue manifestando estar muy alterada, puede intentar otra estrategia. Por ejemplo:

T: Déjame conversar un rato con la pequeña Sally. Sally, chiquita, todavía estás muy triste. ¿Por qué *sigues* pensando que no puedes hacer nada bien?

P: (*Piensa*) Es mamá. Ella me lo dice... y tiene razón.

T: ¿Te gustaría intentar hablar con ella?

P: (*Reticente*) No lo sé.

T: ¿Qué te parece si hacemos una dramatización? Pequeña Sally, tú serás tu madre y yo seré tú. Comienza tú. Haz de cuenta que entras en la cocina y me ves haciendo la tarea.

P: Está bien... ¡Sally, vete a la cama ahora mismo!

T: Pero mamá, tengo que terminar mi tarea. Si no lo hago, tendré problemas.

P: ¿Qué te pasa? ¿Eres estúpida?

T: No, no lo soy, mamá. La maestra se equivocó. Esta tarea es demasiado difícil.

P: Si te resulta demasiado difícil, algo debe andar mal en ti.

T: No, mamá, eso no es verdad. ¿Crees realmente que hay algo malo en mí, mamá? ¿Quieres que crezca pensando que soy estúpida y no puedo hacer nada bien?

P: (*Hace una pausa*) No... no creo que seas estúpida y no quiero que pienses eso.

T: ¿Entonces por qué me llamas estúpida?

P: (*Hace una pausa*) No lo sé. Algunas veces me siento frustrada.

En realidad quiero que te vayas a la cama para estar tranquila y en silencio.

T: ¿Quiere decir que no piensas que soy estúpida?

P: No... no lo creo. No eres estúpida.

T: Pero hay muchas cosas que no puedo hacer. No puedo leer muy bien y ni siquiera puedo conducir una bicicleta de dos ruedas. Robert puede hacer esas cosas.

P: Pero él es mayor. Tú también podrás hacerlas algún día.

T: Pero tú me gritas mucho porque no hago las cosas bien. Me gritaste por la tarea. Siempre me gritas porque no limpio bien mi habitación o porque no lavo bien la vajilla o porque no tengo buenas notas.

P: Espero mucho de ti. A veces creo que demasiado. Pero esa es mi tarea. Debo presionarte. Si no lo hago, ¿cómo avanzarás?

T: Mamá, tu presión me hace sentir incapaz y estúpida y siento que no puedo hacer nada bien. ¿Eso quieres que piense?

P: Por supuesto que no.

T: ¿Qué quieres hacerme creer?

P: Que eres inteligente y que puedes hacer lo que desees.

T: ¿Crees tú eso, mamá? ¿Piensas que soy inteligente y que puedo hacer lo que desee?

P: Sí, lo creo. Además, siento lo que te dije antes.

T: Está bien. Salgamos por un momento de la dramatización. ¿Cómo te sientes ahora?

P: Mejor.

T: Hagamos la dramatización nuevamente. Ahora tú serás la Sally de seis años y estarás sentada a la mesa, en la cocina, esforzándote con tu tarea. Presta atención a lo que ella siente y piensa. Comencemos. Soy tu mamá, entro en la cocina y digo: "¡Sally, vete a la cama ahora!".

Sally y el terapeuta continúan con las dramatizaciones para que ella tenga la posibilidad de comprobar la validez de sus pensamientos y conclusiones acerca de la relación con su madre. Finalmente, el terapeuta le pide que escriba la vieja creencia que fue activada por este recuerdo y la nueva creencia y que confiera un puntaje a ambas. Luego conversan sobre el incidente con Peggy y el grupo de estudio. El profesional ayuda a Sally a sacar una conclusión más real y adaptativa. Hacia el final de la sesión Sally cree sólo en un 20% que es incapaz y en un 70% que es capaz. Está convencida, además, de una explicación alternativa, tal vez la contribución que ella hizo no colmó las expectativas de Peggy,

pero eso no implica que *ella* sea incapaz. Además, aun en el caso de que su contribución no hubiese sido buena, eso no la torna totalmente incapaz como persona. Por otra parte, el error consistió principalmente en que el grupo no había establecido pautas claras y Sally no tenía suficiente experiencia en trabajos grupales.

En síntesis, las creencias centrales requieren de un trabajo consistente y sistemático. Para ello, pueden usarse un número de técnicas apropiadas que se aplican para reestructurar pensamientos automáticos y creencias intermedias y otras, más específicas, orientadas al tratamiento de las creencias centrales.