

Descubriendo las Fortalezas y Construcción de Resiliencia con Terapia Cognitiva: Un Modelo en 4 pasos

Eleonora Giusti *

Resumen

Las fronteras en Terapia Cognitiva se han extendido hacia el aprendizaje, y desarrollo de cualidades humanas positivas. Esta nueva perspectiva requiere de algún modo, métodos terapéuticos que no sean sólo los de reparar déficit y problemas. Fundamentalmente, construir cualidades implica que el terapeuta adopte una lente y filosofía diferente. Este abordaje integra las investigaciones más recientes sobre Psicología Positiva y resiliencia, los métodos de la Terapia Cognitiva tradicional y los enfoques constructivistas. Las personas resilientes persisten frente a los obstáculos y, cuando es necesario, aceptan las circunstancias que les presentan los desafíos cotidianos. Se presenta un modelo en 4 pasos que permite adquirir una práctica sistematizada en la búsqueda de fortalezas encubiertas y que sirve como base para la construcción de un modelo personal resiliente para el paciente y el terapeuta.

Palabras Clave: Terapia Cognitiva, resiliencia, Psicología Positiva.

Abstract

The next frontier in cognitive behavioral therapy is learning how to foster development of positive human qualities. Development of positive qualities requires somewhat different therapy methods than repair of problems. More fundamentally, building positive qualities sometimes requires therapists to adopt a different therapy lens and philosophy. This approach integrates knowledge from positive psychology and resilience research, traditional cognitive therapy methods, and constructive cognitive therapy approaches. Resilient people have skills to help them face and handle positive and negative life events so they are less likely to develop psychological difficulties. Resilience helps people persist in the face of obstacles and, when necessary, accept circumstances that cannot be changed the face of daily challenges. A four step model exercises allow clients to practice a structured search for strengths that can serve as a basis for constructing a personal model of resilience both for patients and therapists as well.

Key Words: cognitive therapy, resilience, positive psychology

* Universidad de Palermo.

Introducción

La psicoterapia cognitiva es tradicionalmente reconocida por ser un abordaje efectivo para el tratamiento de muchos problemas psicológicos y psiquiátricos. Básicamente, es una forma de psicoterapia que se focaliza en las cogniciones (pensamientos, imágenes, creencias) como marco referencial desde el cual se comprenden y tratan los desordenes psicológicos. (Beck, 1976). Más específicamente el terapeuta cognitivo trabaja en la dirección de ayudar al paciente a reconocer sus patrones cognitivos y creencias existentes de modo de poder modificarlos mediante cogniciones y creencias alternativas. Desde esta nueva consideración los pacientes desarrollan una nueva mirada, el escenario para la creación de nuevas emociones y experiencias. Estas experiencias proveen luego el material en bruto de lo que posteriormente resultará en la modificación de pensamientos, emociones y creencias y la concomitante mejoría clínica. La TCC (Terapia Cognitiva- Conductual) fue originalmente diseñada para el tratamiento de la depresión (Beck, 1976; Beck et al, 1979) pero más tarde ha sido aplicada a diversos trastornos psiquiátricos y de personalidad en forma satisfactoria incluyendo trastornos de ansiedad, pánico, abuso de sustancias, y trastorno bipolar (Beck, 2005).

Si bien la TCC es un abordaje terapéutico centrado en el aquí y ahora, focalizado en la mejoría de síntomas observables, mensurables, así como en el cambio conductual, sería un error asumir que la TCC no enfatiza las experiencias evolutivas. Por el contrario, estas experiencias son de crucial importancia para el terapeuta cognitivo ya que proveen el material relevante con el que se conforman nuestras más profundas creencias.

La TCC sostiene que los pensamientos y creencias no son la causa de los problemas emocionales y conductuales sino que estos han demostrado ser caminos efectivos de intervención y comprensión en la modificación de esas estructuras cognitivo-emocionales y tienen un rol fundamental en el abordaje multimodal de los desordenes emocionales. La conceptualización cognitiva (Beck, 1995; Ramsay & Rostain, 2003) es una formulación integrada para la comprensión de los problemas que presenta el paciente. Es una herramienta que relaciona los diferentes niveles del problema y que a lo largo de todo el proceso terapéutico se discute y revisa en forma colaborativa con el paciente, a modo de hoja de ruta, no sólo para aumentar *insight* y conciencia sobre los problemas que lo aquejan, sino como una ventana de posibilidad hacia nuevas experiencias.

En este sentido, en la actualidad las fronteras en Terapia Cognitiva se han extendido hacia la profundización del aprendizaje, el desarrollo y promoción de las cualidades humanas positivas (Padesky 2007) para ayudar a los pacientes a construir un más amplio sentido de bienestar.

La noción de Psicología Positiva (Seligman, 2000), y de capital psicológico (Casullo, 2006) aportan a la clínica una comprensión e instrumentos prácticos para que los terapeutas cognitivos puedan expandir el alcance de su actividad. Ya no sólo modificar los aspectos disfuncionales, desadaptativos sino incorporar desde el comienzo del

tratamiento el reforzamiento de las actitudes y comportamientos que promuevan un sentido de la resiliencia. Desde esta perspectiva, dirigir la psicoterapia hacia los aspectos más resilientes del paciente es crear las condiciones desde las cuales el paciente pueda utilizar el mejor aprovechamiento de sus habilidades existentes - talentos y capacidades- así como también, beneficiarse con la adquisición de métodos para aprender a construir habilidades nuevas, que le permitan desarrollar una calidad de vida más plena y satisfactoria.

Los problemas como desafío

Los problemas recurrentes y persistentes de los pacientes son un desafío para los terapeutas. Múltiples episodios de ansiedad, depresión, repetidos problemas interpersonales, y otras dificultades crónicas como el TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) que generan fricción o escaso progreso durante el proceso terapéutico.

Dificultades con la autorregulación de los impulsos, *stress* persistente debido a cuestiones laborales, o dificultades recurrentes de timidez y socialización, requieren un abordaje multimodal y una mirada clínica que se focalice en los esquemas o premisas centrales profundas, antes que en los pensamientos y en las emociones más que en las conductas.

Cuando estos pacientes llegan en busca de ayuda profesional, generalmente han invertido gran parte de su tiempo, energía emocional y esfuerzo físico en tratar de cambiar la manera de experimentar la vida. Llegan convencidos de que el cambio no es posible o, aun peor, que no les queda más que aceptar que son inherentemente “inadecuados”. Creencias muy poderosas conforman el propio *self*-resultado de tanto tiempo sin éxito en lograr resultados efectivos y duraderos- (“soy así”, “yo no voy a poder”, etc.) se manifiestan desde el comienzo en el tratamiento.

Tradicionalmente, la Terapia Cognitiva ha considerado la psicopatología como una consecuencia de procesamiento de información disfuncional, desadaptativos, con pensamientos y creencias irracionales e imperativas. Sin embargo, la Terapia Cognitivo-Conductual ha ido evolucionando con el correr de los años y la perspectiva ha cambiado. Este enfoque implica una transformación notable en la conceptualización del cambio y la metodología terapéutica con respecto a la perspectiva racionalista imperante. Los comportamientos y pensamientos disfuncionales son conceptualizados como modalidades idiosincrásicas del individuo de preservar y establecer límites al cambio personal. Desde esta perspectiva, los síntomas y la resistencia al cambio son tratados desde un paradigma completamente diferente. (Balbi, 1994; Guidano, 1987; Mahoney, 1988; Neimeyer y Mahoney, 1995; Safran Y Greenberg, 1991). Todo cambio implica riesgo e incertidumbre. Para algunos individuos el modo de manejar ese riesgo e incertidumbre es mediante la creación de barreras que impidan dicho cambio y la auto observación. La conceptualización cognitiva de estas barreras o resistencias al cambio será abordada, como dijimos anteriormente, considerando que es el paciente quien

verdaderamente conoce en profundidad el significado de dichos “impedimentos”. Esta reformulación positiva del síntoma o problema (“buenas razones”; “connotación positiva”) refleja este cambio de paradigma.

El terapeuta podrá guiarlo en la construcción de una nueva visión de sí mismo. Para ello, este modelo utiliza uno de los recursos más poderosos en toda psicoterapia, **el potencial creativo**, tanto del cliente como del terapeuta.

Aplicando la creatividad a los problemas recurrentes y complejos

“Crear” (del latín, *creatus, creare*) significa en su acepción artística: “producir algo a través de la propia imaginación” -según definición del Webster’s Encyclopedic Unabridged Dictionary: “*to evolve from one’s own thought or imagination*”. La terapia cognitiva a través de la lente de la creatividad promueve en el paciente la oportunidad de apelar a sus deseos, esperanzas, sueños, y a la imaginación de cómo podría ser su vida. Lo ayuda a definir y crear esa nueva visión de sí mismo. Este proceso creativo explora posibilidades más que probabilidades. Se le pide al paciente que explore nuevos modos de construcción de un nuevo sistema de pensamientos y actitudes mediante ejercicios guiados (ver apéndice. En este sentido, el terapeuta guía al paciente a focalizarse hacia adelante, desarrollando e implementando este nuevo sistema, más que a detenerse en las viejas ideas y actitudes del pasado. Los métodos utilizados facilitan la construcción de este nuevo sistema y opera a modo de un cambio de paradigma en el sentido kuhniano. En el proceso de crear algo nuevo y desconocido, aparece duda y ambigüedad. La ambigüedad y la duda pueden activar ansiedad tanto en el paciente como en el terapeuta. Con los problemas recurrentes, los pacientes tienen la certeza de lo que va a suceder si aplican lo mismo conocido una y otra vez. Saben cómo se van a sentir, qué van a pensar y cómo los otros van a reaccionar. Probablemente no les agrada este sistema, pero lo conocen y comprenden muy bien. El mundo les resulta predecible. En la medida en que le vamos perdiendo al paciente que se represente la creación de algo nuevo, debe abandonar las certezas y claridad de su manera de ser y aprender a tolerar la confusión que comienza a emerger. En vez de representarnos miedo y dificultad o peligro, reformulamos estas sensaciones y emociones displacenteras como señales de cambio. Es en esa incertidumbre y ambivalencia donde comenzamos a pararnos en el territorio de creación de las nuevas posibilidades. Algunos terapeutas cognitivos no se sienten cómodos utilizando un lenguaje y métodos que mantengan abiertas posibilidades desconocidas y la emergencia de nuevas respuestas. Optan muchas veces por métodos de certeza y un lenguaje de lo predecible y manejable, limitando así, el potencial de cambio de los problemas recurrentes, especialmente si este cambio va ligado a la aparición de emociones intensas.

Epstein (1994) describe la existencia de dos sistemas de conocimiento: un sistema experiencial (intuitivo y emocional) y un sistema racional (lógico y basado en evidencias). Cuando hay conflicto entre estos dos sistemas de conocimiento, las personas tienden a responder más con la mente experiencial– emocional (Epstein, p. 719). Cuando

la gente esta emocionalmente activada tiene preferencia por el conocimiento experiencial, que va más ligado a la fantasía, la narrativa, las metáforas y las imágenes, que por los argumentos lógicos y específicos, que caracteriza el pensamiento racional. El lenguaje de las probabilidades le habla a la mente analítica. Los terapeutas que aprenden a diferenciar estos dos niveles de organización de la experiencia humana (Guidano, 1998) -*experiencia*: percepción inmediata, irrefutable; y *explicación*: reordenamiento racional-cognitivo- comprenden y toleran mejor la ambigüedad, la incertidumbre y, utilizando el lenguaje de las posibilidades, le hablan a la mente experiencial de sus pacientes, así entonces logran ubicarse más cerca de su corazón (Padesky & Mooney, 1998, p.153). Los cambios profundos y sustanciales frente a problemas recurrentes requieren que se involucre tanto la mente como las emociones.

Resiliencia: Conceptos básicos

¿Qué es la resiliencia?

La resiliencia es como los textos clásicos en literatura: todos escucharon hablar de ellos pero pocos los han leído. Todos creemos saber perfectamente bien lo que significa la resiliencia hasta que escuchamos a alguien más que intenta definirlo.

Algunas sugerencias en cuanto a nuestra definición de ‘resiliencia’ son: “el poder de volver a una posición previa”, ‘la capacidad de respuesta’ y “salir fortalecidos a través de situaciones adversas”.

Fue Bowlby 1992 el primero en usar el término en sentido figurado, que corresponde a la física, con el significado de “resorte moral”, para denominar la cualidad de una persona que no se deja abatir.

De los conceptos básicos consensuados podemos afirmar que la resiliencia es la capacidad del ser humano individual, de un grupo, de una sociedad, de una comunidad, de hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas, ser modificados por las mismas, y aún así salir fortalecidos. Ser resiliente no significa recuperarse en sentido estricto de la palabra (*to rebound*), sino crecer hacia algo nuevo. (Vanistael y Lecomte, 2002)

La resiliencia es un proceso dinámico, interactivo, entre la persona y su entorno y abarca desde la resistencia a la destrucción, hasta el poder de desarrollar la aptitud de construir una conducta vital, positiva y socialmente aceptable.

Durante los últimos años, señala Casullo, sobre la base de estudios pioneros llevados a cabo por Rogers (1951), Maslow (1954), Jahoda (1958), Erikson (1963), Vaillant (1971), Deci y Ryan (1985), Ryff y Singer (1996) - entre muchos otros- los psicólogos identificados con el enfoque de la Psicología Positiva se interesan en comprender y analizar cómo y por qué, aún frente a situaciones de máximo estrés, los sujetos pueden desarrollar fortalezas, emociones positivas, proyectos de vida, etc.

¿Qué factores, circunstancias y procesos intervienen para que la persona, a pesar de haber sufrido pérdidas, enfrentado conflictos, padecido enfermedades graves, considere que la vida merece ser vivida?

La autora utiliza la noción de **Capital Psíquico** para hacer referencia a ese conjunto de factores y procesos que permiten aprender a protegerse y sobrevivir, a generar fortalezas personales. Se intenta suplementar y no reemplazar lo que se conoce científicamente sobre el sufrimiento psicológico, con el objetivo de poder lograr una comprensión más equilibrada de la experiencia humana, con sus altibajos, sus momentos de éxtasis y goce; aquéllos de dolor y desesperanza (Casullo M, 2006).

La construcción de resiliencia como puente para el cambio

Los autores coinciden en que existen al menos 6 áreas ligadas a la resiliencia:

- 1- Física (i. e.: la buena salud)
- 2- Espiritual (i. e: tener fe, querer la propia vida; sentido de conexión con la humanidad)
- 3- Moral (i. e: ayudar a los demás, ser -bajo la presión- uno mismo)
- 4- Emocional (i. e: la regulación emocional)
- 5- Social relacional (i. e: confianza básica, la capacidad para realizar y mantener buenos vínculos)
- 6- Cognitiva (i. e: capacidad para resolver problemas; locus de control interno, la auto-comprensión)

Las personas resilientes logran mantener un equilibrio en estas áreas. Afrontan y manejan los eventos positivos y negativos de la vida. Persisten en presencia de los obstáculos y aceptan las circunstancias que no pueden cambiar. El ser humano no nace resiliente, por lo que es importante encontrar el modo de promover esa capacidad en el individuo, en la familia, y en la comunidad.

La resiliencia les ofrece un *buffer* que protege de las consecuencias psicológicas y físicas durante los tiempos difíciles. Claramente, la resiliencia es una cualidad deseable y todos experimentamos sus fluctuaciones a lo largo de la vida. Algunas personas nunca desarrollan resiliencia. Otros son muy resilientes pero no son conscientes de ello, y suelen evitar los desafíos que podrían afrontar. Otras veces la resiliencia es deteriorada por los múltiples estresores y desafíos que la vida impone.

La construcción de resiliencia puede ser un puente que va desde los desórdenes y trastornos emocionales a la salud emocional.

Construcción del Modelo Personal Resiliencia: Un Modelo en 4 Pasos

Consiste en un procedimiento de 4 pasos, de construcción y reforzamiento de los aspectos resilientes del paciente.

Es importante para la comprensión del desarrollo de el modelo MPR estar familiarizados con los tres niveles cognitivos cuando trabajamos con creencias en Terapia Cognitiva (Padesky, Greenberger, 1995) *Pensamientos automáticos, creencias o premisas subyacentes, y creencias centrales (esquemas)*. La ventaja que presenta

estar entrenados en reconocer clínicamente esta diferenciación nos, da la posibilidad de ampliar la utilización de las diferentes intervenciones específicamente diseñadas para cada nivel.

Pensamientos automáticos (pensamientos situacionales que ocurren espontáneamente); pueden ser testeados formalmente mediante el Registro de Pensamientos Automáticos (PA).

Creencias intermedias o subyacentes (son pensamientos que operan a modo de reglas condicionales “si... entonces.... “ y son más fácilmente registrados a través de experimentos conductuales.

Creencias centrales o esquemas son premisas absolutas y profundas, no concientes, acerca del sí mismo, los otros, el mundo y son registrados a partir de la técnica del continuo o registro de creencias (Greenmberger & Padesky, 1995; Beck Judith, 2000).

El Modelo Personal de Resiliencia (MPR) contrasta con las intervenciones dirigidas a minimizar los síntomas (por ej., depresivos, de ansiedad, etc.) y con las intervenciones dirigidas al alcance de metas/ objetivos. Se propone al paciente crear un estado emocional positivo ligado a sus áreas de competencia y posibilidad, tendiente a aumentar su flexibilidad y una actitud constructiva que estimule su compromiso en la implementación de los recursos a pesar de las dificultades que las circunstancias le puedan presentar durante el proceso terapéutico. Es, como señala Seligman, pasar de un modelo de “mejoría de la patología” (de -2 a -8), a un modelo de construcción y refuerzo de lo que “funciona bien” (de +2 a +8).

Es importante señalar que, desde el punto de vista clínico, estos métodos están indicados para trastornos en el eje II, cuando el paciente no presente trastornos en el eje I, o estos hayan sido anteriormente tratados.

Para ayudar al paciente a crear las condiciones de lo que “funciona bien”, desde el punto de vista clínico, tenemos que considerar 4 pasos que básicamente consisten en:

- 1- Conceptualización cognitiva del problema interpersonal.
- 2- Reformulación positiva de conductas y creencias desadaptativas.
- 3- Construcción del MPR para los problemas interpersonales persistentes y crónicos.
- 4- Creación de los “puentes” para fortalecer el nuevo sistema.

Veamos a través de la presentación de esta viñeta, algunos de los aspectos más importantes a tener en cuenta en este enfoque.

Diana, una mujer de 39 años, divorciada dos veces, con dos hijos, lucha desde hace unos años con una distimia crónica. Se queja de tener que estar siempre detrás de demasiadas cosas y responsabilidades. Por ejemplo, paga las cuentas tardíamente, a pesar de tener el dinero para hacerlo. Tiene en su casa y escritorio,

cantidad de papeles que se apilan uno tras otro, y proyectos parcialmente terminados. En su actividad, le ha resultado sencillo armar y cerrar una operación inmobiliaria, pero siempre le ha costado mucho lidiar con las cuestiones administrativas. Actualmente, siente que ha perdido el interés y entusiasmo por su trabajo. Diana tiene dificultades para concentrarse, no tiene ideas de suicidio, pero sí deseos de morir “para terminar con este sufrimiento”. Suele estar atrapada entre dietas para bajar de peso y “etapas de comerse todo”. Fuma y bebe alcohol en exceso. Esta en pareja, y desde hace dos años, decidieron vivir juntos. Ella solía disfrutar de la relación con Juan, pero desde que deciden compartir su vida, piensa que no ha sido buena decisión, ya que siente que su pareja no le presta demasiada atención. Cuando piensa que finalmente ha logrado tener un compañero - “siempre me tuve que arreglar sola para todo en la vida”-, siente que apenas puede manejar su vida, “cómo voy a poder con una pareja?”.

Hace unos años, Diana recibió terapia cognitivo-conductual combinada con medicación por ataques de pánico, y cree que la ayudó. Dejó cuando consideró que ya podría manejar sus temores y cumplió con el esquema de medicación y psicoterapia prescripto por su psiquiatra.

Llega a la consulta, y se pregunta “cuál es el sentido de poner tanto esfuerzo en intentar de estar bien, si siempre me encuentro haciendo más esfuerzos que los demás y nunca logro los mismos resultados que los otros obtienen con menos”.

Problemas recurrentes vs. posibilidad

Cuando el paciente llega a la consulta suele hacerlo sumergido en sus problemas. La primer tarea con Diana fue básicamente decidir por dónde comenzar. Para ayudar a realizar este proceso, preparamos una lista de problemas y definimos las metas relacionadas a los mismos. Las metas al comienzo son muy imprecisas pero nos ofrecen la posibilidad de cómo le gustaría que fuese su vida. Imaginemos la diferencia entre una “lista problema” y una “lista posibilidad” para Diana. Cuando nos centramos en la lista de problemas, (A) Diana se siente desesperanzada, sobrecargada, abrumada. Cuando observamos juntas la lista de posibilidades, (B) aparece un pequeño destello de esperanza, se incrementa la motivación y el deseo de tener una vida más parecida a esta última. La creación de la lista B implícitamente sugiere que el cambio es posible. Sin embargo, estamos preparados, y lo anticipamos al paciente, del hecho de que ambas sensaciones contradictorias van a coexistir - esperanza y motivación vs. desesperanza y frustración- y que estos últimos tenderán a incrementarse llegando a ser muy intensos durante el proceso de cambio hasta ir progresivamente perdiendo fuerza mediante la identificación de los esquemas limitantes, a través de los experimentos conductuales (tareas) que se realizan y que ayudan a que pierda intensidad la carga afectiva.

Tabla 1. Lista de Problemas y Lista de Posibilidades de Diana

A- Problemas	B- Posibilidades
Estado de ánimo deprimido	Una vida organizada
Demasiadas responsabilidades	Tiempo de relax
Siempre detrás de los pagos	Sentirme bien
Problemas con la alimentación	Disfrutar salidas con Juan
Pensamientos intrusivos	Encontrarme con amigos
Deseo de morirse	Hacer clases de baile
Juan me ignora	Aceptar los cambios
No puedo con mi vida	

Después de revisar la lista, Diana elige “una vida organizada” como la meta deseada. Ella cree que muchos de los problemas de su lista A se resolverían si simplemente se pudiera organizar en el día a día. Esta posibilidad de comenzar a organizarse la alivia, le da esperanza y, al mismo tiempo, el no haber alcanzado este objetivo por años, le genera desesperanza.

Buscar los puntos fuertes del individuo

En esta primera fase se identifican los problemas recurrentes y las premisas que los mantienen. Mediante conceptualización cognitiva (Beck J, 2000) empática y positiva, se identifican las premisas, emociones y conductas negativas ligados al problema, que conforman la visión que el paciente tiene de sí mismo del los otros y del mundo (“sistema viejo”) del paciente.

Desde el comienzo se trabaja hacia la construcción de nuevas posibilidades y alternativas: Se identifican las nuevas premisas que darían lugar a poder sostenerlas.

La búsqueda de los puntos fuertes se ajusta muy bien a la Psicología Positiva (PP). Para comprender este paso es necesario estar bien familiarizado con Martín Seligman y los conceptos de capital psíquico de Martina Casullo (2006). Mediante la técnica del cuestionario socrático, el cliente va explorando sus propias palabras (imágenes, sensaciones, recuerdos, etc.), observando aquellos puntos fuertes que provienen de su historia y él conoce plenamente lo que para él significan.

Se trabaja de modo personalizado -no mediante un mero relevamiento de ítems- de manera de ir descubriendo junto al paciente sus puntos fuertes. La clave reside en ayudar a las personas a contar sus historias, encontrar un ejemplo de algo que les gusta hacer, aquello para lo que se sienten competentes. Esto puede incluir actividades cotidianas, las que, aún a pesar de los problemas y obstáculos con que tropiezan en la vida, el individuo es todavía capaz de llevar a cabo y persisten en: hobbies, talentos,

música, personas con las que nos gusta pasar tiempo, equipos deportivos, pequeñas y grandes cosas en la vida que se derivan del placer. Iluminar cualquier ámbito de la vida de la persona puede indicar el camino para encontrar sus puntos fuertes. Se utilizan la visualización creativa y kinestésica (sensaciones, colores, imágenes, metáforas, etc.) asociadas al estado posible. Por ejemplo, Diana quería comprar una *notebook* para organizar su trabajo. Pero la desanimaban pensamientos de tipo “no tengo idea de toda la nueva tecnología, sólo pensar en leer un manual me desespera”; “en casa no puedo pedirle nada a nadie”. Estos pensamientos bloqueaban cualquier intento de cambio. Esta imagen de sí misma era oscura, grande, muy cercana y nítida. Al focalizarse en posibilidades y capacidades recordó que bailar la ponía de buen humor y siempre había querido retomar sus clases. Luego acotaba, dejando aparecer el humor que la caracterizaba, “...vos crees que bailando voy a conseguirla?”. Esta imagen de posibilidad era clara, llena de color, lejana y pequeña aún, pero llena de movimiento, “vital”.

Lo característico de este modelo es el “descubrimiento guiado de las fortalezas”. Con la adaptación de la escala de capital psíquico (CAPPSI) de las características de resiliencia de los individuos, que tenemos en mente a modo de guía, orientamos al cliente en el descubrimiento de sus puntos fuertes:

- 1- Capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento: Creatividad, Curiosidad, Motivación para aprender, Sabiduría.
- 2- Capacidades emocionales para desarrollar proyectos, superando obstáculos: Honestidad, Autoestima, Persistencia, Resiliencia
- 3- Habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana: Liderazgo, Lealtad, Compromiso, Prudencia.
- 4- Capacidades para establecer vínculos interpersonales: Inteligencia emocional, Amor, Sentido del humor, Empatía y Altruismo.
- 5- Sistema de valores como metas que orientan los comportamientos. Sentido de justicia, Capacidad para perdonar, Gratitud, Espiritualidad.

Utilizamos la escala CAPPSI de un modo simplificado. De las 5 categorías (20 características) descritas por la autora, vamos recorriendo aquellas que resultan más familiares y significativas al paciente. En una escala de 10 puntos, donde 1 = “yo no poseo nada de esta característica” a 10 = “yo poseo este recurso completamente”. No es necesario el registro de la escala completa.

Puede ocurrir que el paciente no encuentre recurso positivo alguno. En ese caso podríamos pedirle que piense en alguien a quien considere resiliente o poseedor de determinadas características y, a la vez, en alguien para nada resiliente. Preguntamos acerca de ello: ¿Qué reflexión tiene al respecto?, ¿Qué descubre observando a estas dos personas?

Se trata de replantear y reenfocar. Es decir, en lugar de concentrarse en lo que ha sido difícil, lo que el individuo no logra, centrarse en los puntos fuertes que ha sabido demostrar, con el fin de sobrevivir y llegar a través de dificultades.

Construir el modelo de resiliencia (MPR)

En esencia la construcción del modelo personal de resiliencia MPR es crear una matriz de posibilidades de lo que para el paciente sería su estado deseado. Un nuevo sistema que a modo de modelo explicativo-comprensivo refleje los comportamientos, estrategias de afrontamiento, emociones, pensamientos automáticos, creencias, historias, y los símbolos o metáforas que lo producen. Para una mejor comprensión de las intervenciones remito al lector a las *Estrategias de cambio en la terapia centrada en esquemas* (Gluhoski & Young, 1997).

“Cuando bailo, me siento libre, más fuerte, más liviana”. Diana se anotó en una clase de dos veces por semana. Aunque no tardaron en aparecer los pensamientos de su viejo esquema. “No creo poder mantener estos horarios”, “siempre me aburro muy fácil de las cosas”. Es muy importante identificar en este punto la activación y coexistencia de estas premisas y emociones e indagar acerca de la *intención positiva* de las mismas.

Una vez identificados los esquemas y creencias ligados al problema recurrente, interpersonal, etc., sugerimos, desde el inicio, enfatizar la construcción de nuevas premisas, esquemas y creencias, más que el trabajo sobre el desmantelamiento del viejo sistema.

Previo a construir el desarrollo del nuevo, indagamos las buenas razones de haber mantenido durante tanto tiempo los esquemas o creencias que sostuvieron la situación problema. Por ejemplo, para Diana estos pensamientos la llevaban a reafirmar una y otra vez que necesitaba cambiar la actividad para “no caer en aburrimiento”. La intención positiva o buenas razones consistían en “necesito aprovechar todas las oportunidades”. Esta premisa subyacente, más profunda, tenía mucha carga emocional para Diana. Indagando acerca de ella, surge una emoción muy intensa ligada al recuerdo de su modelo materno. Su madre ahora postrada, había sufrido depresión y abuso de alcohol. Diana creció viendo cómo su madre perdía tantas oportunidades en su vida hasta quedar totalmente desvalida y dependiente. En el nivel más conductual, permanecer y profundizar en cualquier actividad le creaban ansiedad, y en ocasiones se deprimía al enfrentarse a las dificultades de organización.

El nuevo sistema es diferente, aunque no necesariamente implica lo opuesto, sino aquello más deseable en sus propias palabras/imágenes. De este modo, los cambios ocurren más rápido si nos focalizamos en crear lo positivo, más que en testear lo negativo.

Este enfoque cuenta con algunas ventajas. En primer lugar, tanto paciente y terapeuta se centran en un proceso creativo más que revisionista, desde el comienzo. Segundo, al guiar al paciente hacia la visualización creativa de nuevas posibilidades (nuevas creencias y premisas) aumenta la motivación y el interés. Tercero, mayores cambios se obtienen al considerar todas las posibilidades más que la visión acotada de reparar lo que no está bien (Padesky, 1994). Diana no lograba mantener una agenda, ni una lista de actividades relacionadas a su trabajo, por ejemplo, llamados telefónicos a clientes.

Es muy importante usar el marco de la relación terapéutica comprensiva y empática para promover la imaginación en el cliente mediante la utilización de lenguaje creativo, identificar nuevas posibilidades y premisas a través de la narración que el cliente realiza de cómo se han ido superando las dificultades. El contenido de la historia no es lo más importante, sino aquello que se dicen a sí mismos, lo que hacen, cómo se sienten, ya que frente a los obstáculos persisten y abren un camino a través de ellos.

La lista de posibles pensamientos, creencias, sentimientos, estrategias de afrontamiento es interminable. Las principales se escriben en el MPR utilizando sus palabras, chequeando permanentemente si son adecuadas y correctas las palabras del cliente, y si encajan para la situación. Se recomienda el registro por escrito en una posición “codo a codo” con el paciente. Se puede utilizar una grilla de registro (Apéndice B y C) del viejo y el nuevo sistema, y lo vamos confeccionando junto al paciente.

Aplicación del MPR

Consiste en la aplicación de este conjunto de pensamientos, creencias, reglas, etc., al problema que enfrentan mediante tareas o experimentos conductuales. Visualizamos claramente el objetivo problema. Este último, deberá ser identificado a partir de un problema interpersonal. Por ejemplo, para Diana, como vimos, era importante comprar una *notebook* para comenzar a tener una mejor organización de su actividad desde su casa. Hacía mucho que venía postergando la compra - aunque reunía el dinero para hacerlo- (el pensamiento automático “*Juan debiera ayudarme con esto*” la empujaba a postergar indefinidamente la conducta de salir a comprar; “*cada vez que espero algo de él... me siento frustrada porque no obtengo lo que necesito*”; “*si no me ayuda ...entonces... me voy a separar*”; emoción : angustia; “...esto es lo que hice siempre hice con mi vida”; “*me quedo sola*”; activación del esquema: “*Estoy sola en la vida*”; “*Yo soy así*”; “*Así es la vida*”, etc. Ayudamos a crear las llamadas **reglas de protección** frente a la reaparición del “viejo sistema”. Por ejemplo, “esto no podrá conmigo”, por “no importa qué, voy a intentarlo”, “sea lo que sea voy a seguir y recuperar mis sueños”, “sé que en este momento vale que luche por eso que quiero”, etc.

Diana consiguió establecer una regla de protección “*soy así algunas veces, pero puedo cambiar*”; “*no deseo estar sola en este momento*”. Luego, como tarea entre sesiones (averiguar los precios de tres modelos de computadoras que estuvieran a su alcance), se comprueba empíricamente si las reglas de protección (“puedo averiguar esto por mi propia cuenta”) funcionan y así se va acercando al logro de su objetivo de estar más organizada.

Introducimos dificultades y revisamos los recursos, premisas, etc. y verificamos si es necesario realizar cambios. Este proceso puede llevar varias sesiones y es el punto fundamental de intervención.

Es muy importante que el terapeuta guíe el proceso creativo del paciente (sostén, dirección del esfuerzo, aliento, etc.) y resistir la tentación de realizar esta

parte por el cliente o dirigirlo hacia donde -según las creencias del terapeuta- el paciente debiera ir.

En esta etapa vamos generando un listado de premisas ligadas a pequeñas experiencias y conductas cotidianas que encajan en el nuevo sistema (MPR).

Muchos terapeutas cognitivos trabajan con el nivel cognitivo- emocional sin promover activamente el traslado o reflejo de dicho cambio en las conductas, con la convicción de que el paciente -a su tiempo- trasladará y producirá el cambio conductual una vez que lo cognitivo-emocional se modifique. Pueden llegar a considerar que, de lo contrario, el paciente esta siendo manipulado.

En nuestra experiencia, determinados pacientes se benefician con la realización de pequeños cambios conductuales (*ruptura de patrones conductuales*), aumentando así la experiencia del logro personal y, por ende, la motivación.

Típicamente, pacientes que exhiben patrones de conducta crónicos de autorechazo (Young, 1997) como: elección inapropiada de compañeros, abuso de sustancias, ser demasiado agresivo por sentirse criticado, y no implicarse a los nuevos desafíos por miedo al fracaso. Por ejemplo, en pacientes que presentan dificultades de autorregulación de los impulsos, TDAH y trastornos crónicos de ansiedad, distimia, marcado desinterés, se le asignan una lista jerárquica de tareas para cambiar sus viejos patrones.

El caso de una paciente con un esquema de dependencia/incompetencia que se apoya en su marido para tomar todas las decisiones, gradualmente puede asumir más responsabilidades. Podría comenzar por hacer planes sociales, realizar algunas tareas de la administración del dinero, para luego realizar algún trabajo de tiempo parcial.

Cuando el terapeuta revisa sesión a sesión la realización o no de la tarea acordada surge también la oportunidad de traer a la superficie el obstáculo emocional y su correlato cognitivo subyacente. El objetivo es cambiar los patrones de conducta que perpetúan el esquema.

Esta interacción pensamiento-emoción-conducta produce un efecto de retroalimentación positiva y aumenta la motivación para el próximo paso.

Fortalecimiento del nuevo sistema: Práctica, práctica y más práctica...

La etapa de construcción del MPR se realiza desde el primer momento. La aplicación y práctica de algunos de los experimentos comportamentales (tareas) en colaboración con el cliente, el uso de las ideas generadas (nuevas reglas) ayudan a superar los obstáculos como los que se enfrentan en la realidad y en los diferentes contextos donde el problema ocurre. En este punto, la habilidad del terapeuta facilitará al cliente la identificación de las situaciones más manejables, y empezará a experimentar con las más resistentes a lo largo del tiempo, para crear más situaciones difíciles, una vez que el MPR ha sido continuamente mejorado y refinado. Es clave aquí el uso de lenguaje constructivo, hacer que el cliente logre desarrollar y fortalecer sus propios recursos mediante los sucesivos experimentos conductuales.

Conclusiones

La psicoterapia cognitiva tiene un rol central en la conducción de objetivos desde: “el riesgo y el déficit”, hacia los “derechos y las capacidades”. Este trabajo intenta dar cuenta de un método de construcción de posibilidades para desarrollar un sentido de resiliencia y competencia en pacientes con trastornos emocionales. Esto no significa no reconocer los diagnósticos o considerar los trastornos como dones especiales. Más bien, se sugiere la importancia de investigar las conductas, talento, capital psíquico en forma complementaria con, las disfunciones y dificultades. Más no simplemente como un mero ejercicio intelectual sino de compromiso afectivo, durante el trabajo terapéutico. Trabajar en la dirección de identificar las áreas de competencia permite crear un estado de esperanza, de posibilidad y empatía que aumenta sensiblemente la motivación del cliente y ayuda a manejar los tiempos de *impasse* en la terapia.

El uso del humor; el resaltar aspectos positivos (intuitivos, creativos, etc.), enfatiza la autoprotección y permite afrontar nuevos esquemas de aprendizaje, más que el destacar la perspectiva patológica. La resiliencia no es un rasgo que la gente tiene o no tiene. Son pensamientos, emociones, creencias y conductas que se pueden aprender y desarrollar en cada uno.

Bibliografía

- Beck Judith (2000) *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa
- Casullo Martina, (2006) *El capital Psicológico. Aportes de la Psicología Positiva*
- Epstein S. (1994). *Integration of the cognitive and the psychoanalytic unconscious*. *American Psychologist*
- Guidano V. (1995). *Un enfoque Constructivista de los Procesos de Conocimiento Humano*, en *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas, Teoría, Investigación y Práctica*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Guidano V. (1997) *El estado de la cuestión en la terapia cognitiva posracionalista*, Manual de psicoterapias cognitivas (MPC, I. Caro ed.), Paidós, Barcelona/ Buenos Aires, .cap. 25.
- Gluhoski V., Young Jeffrey (1997): *El Estado de la cuestión de “Terapia centrada en esquemas” en “Manual de psicoterapias cognitivas”, Paidós, Barcelona/ Buenos Aires, 7. Cap. 15 y 16.*
- Giusti, E. & Michanie C. M (2007), *Enfoque cognitivo para el TDAH en jóvenes y adultos en www.depsicoterapias.com*
- Lazarus A, (1997) *El enfoque multimodal en psicoterapia, DDB, Bilbao, Cap. 3.*
- Leahy R, (2003) *Cognitive Therapy Techniques. A practitioner’s guide*. Guildford Press. New York, London

Mooney, K. A., & Padesky, C. A. (2000). Applying client creativity to recurrent problems: Constructing possibilities and tolerating doubt. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 14, 149-161

Padesky, C.A (1994). Schema Change Processes in Cognitive Therapy, *Clinical psychology and Psychotherapy*. Vol. 1(5),267-278.

Padesky, Greenberg (1995) *Clinician's Guide to Mind over Mood*. The Guilford Press

Padesky Christine, "Aaron Beck, Mind, Man, and Mentor", en Leahy Robert, "Contemporary Cognitive Therapy" Theory, Research and Practice, Guilford Press

O'Connell Higgins G, (1994). *Resilient Adults. Overcoming a Cruel Past*. Jossey Bass Inc. Publishers, San Francisco, Ca.

Anexo A

Escala CAPPSI

Martina Casullo. UBA. CONICET. 2006.

Leer las frases siguientes. Responder marcando con una cruz una de las tres opciones, elegir la que a su criterio describe mejor cómo es Ud. / vos

	Casi Nunca	A veces	Siempre
1) Soy creativo/a, hago cosas novedosas.			
2) Soy una persona curiosa.			
3) Me gusta aprender cosas nuevas.			
4) Sorprendo a mis amigos por ser alguien original.			
5) Quiero lograr entender por qué las cosas son como son.			
6) Aprender algo nuevo me hace sentir bien.			
7) Trato de comprender qué sentido tiene lo que estoy haciendo.			
8) Soy moderado/a, evito situaciones extremas.			
9) Digo en público lo que realmente pienso y siento.			
10) Si me interesa, persisto en lo que estoy haciendo, corrijo errores.			
11) Soy sincero/a, me desagrada mentir.			
12) Supero momentos de desaliento.			
13) Me gusta ser como soy, con mis virtudes y defectos.			
14) Me esfuerzo en resolver las dificultades que pueda tener.			
15) No soy mejor ni peor que las demás personas.			
16) Resuelvo y analizo mis problemas para sentirme mejor.			
17) Tengo liderazgo, me perciben como líder.			
18) Defiendo los valores del grupo al que pertenezco.			
19) Oriento y guío a personas y grupos.			
20) Cumpló con mis obligaciones, soy responsable.			
21) Si me comprometo a hacer una cosa, lo cumpló.			
22) Soy prudente, puedo controlarme.			

	Casi Nunca	A veces	Siempre
23) Defiendo las causas que realmente me interesan.			
24) Aunque no esté de acuerdo, cumplo con reglamentos y normas.			
25) Entiendo mis emociones y puedo controlarlas.			
26) Siento afecto por mi familia.			
27) Entiendo lo que sienten las demás personas.			
28) Amo y me siento querido/a.			
29) Me río, tengo sentido del humor.			
30) Ayudo a quienes lo necesitan.			
31) Hago bromas y no me molesta que me las hagan a mí.			
32) Me relaciono con facilidad con otras personas.			
33) Considero que soy un buen ciudadano/a.			
34) Puedo perdonar a quien me lastima u ofende.			
35) Soy una persona justa. Que haya justicia es importante para mí.			
36) Evito buscar venganzas o revanchas.			
37) Doy las gracias a quien me ayuda.			
38) Doy importancia a mi vida espiritual.			
39) Valoro lo que tengo, soy agradecido/a.			
40) Creo que existe un mundo diferente más allá de la muerte.			

Edad:..... Sexo:..... Nivel educativo:.....

Ocupación:.....

Lugar donde vive:.....

Trabaja: SI..... No.....

Anexo B

Pasos para la identificación del “Viejo Sistema”

- 1- Seleccionar una **situación problema** (interaccional).

- 2- Identificar la **estrategia habitual** en situaciones específicas.
 - a. ¿Qué es lo que hace específicamente?

 - b.- Identificar y registro del estado emocional. (¿Cómo te sentís cuando eso sucede?)

 - c- Identificar el pensamiento/ creencia

- 3- Identificar la **premisa subyacente** (reglas) a la estrategia.
 - a. ¿Qué es lo que hace que yo sostenga esta estrategia?

 - b. Si.....entonces.....

 - c. ¿Qué creo que pasaría si no la aplico?

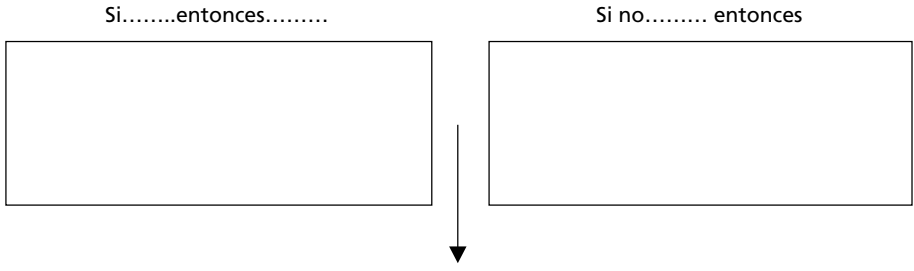
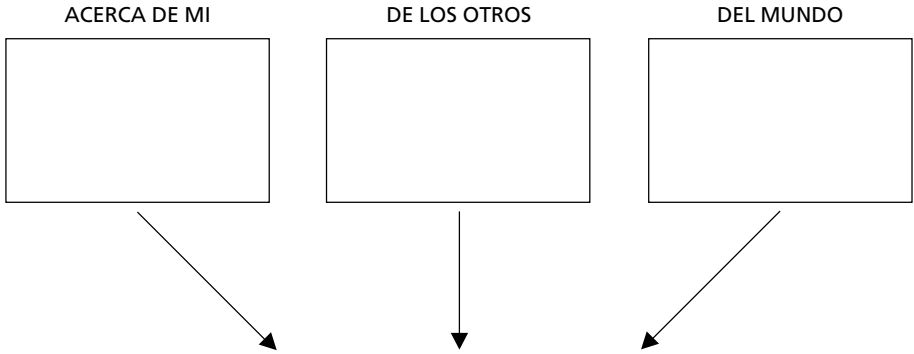
 - d. Si noentonces.....

- 4- Identificar las **buenas razones** de la estrategia

- 5- Graficar en esquema

MI “VIEJO SISTEMA”

MIS CREENCIAS



[Empty box for strategies]

MI "NUEVO SISTEMA" Cómo me gustaría que fuese.....

MIS NUEVAS CREENCIAS

Anexo C

Pasos para construir el “nuevo sistema”

- 1- Tomando la misma situación problema (interaccional), preguntar:
 - a. ¿Cómo te gustaría (idealmente) que fuera?

 - b. ¿Cuál sería el estado deseado en esa situación? Incluir metáforas.

- 2- Identificar creencias (nuevas)
 - a. Imagínate que lo lograste. ¿Cómo te verías, sentirías, pensarías acerca de vos mismo y los otros?

- 3- Identificar Reglas.
 - a. Desde este nuevo estado, ¿Cómo actuarías cuando el problema se presente?

 - b. ¿Qué pensamientos te ayudarían a sostenerlo?

- 4- Identificar nuevas estrategias (conductas).
 - a. ¿Qué nuevas reglas usarías para mantener el estado deseado?

- 5- Graficar en esquema

MI “NUEVO SISTEMA”

