

3

La estructura de la primera sesión de terapia

Un objetivo importante para el terapeuta cognitivo es lograr que el proceso de la terapia sea comprensible tanto para él como para el paciente. El profesional busca además que la terapia sea lo más eficaz posible. El uso de un formato estándar (tanto como enseñar al paciente las herramientas que utiliza la terapia) facilita estos objetivos.

La mayor parte de los pacientes se sienten más cómodos cuando saben qué pueden esperar de la terapia y comprenden cuáles son sus responsabilidades y las del terapeuta. También es importante que tengan una expectativa clara respecto del curso de la terapia, en cada sesión y a lo largo del tratamiento. Cuando el terapeuta explica la estructura de las sesiones y luego respeta la modalidad explicada, acrecienta la comprensión del paciente.

Aquellos terapeutas experimentados que no están acostumbrados a planificar y a estructurar las sesiones como se explica en este capítulo, pueden sentirse incómodos con esta característica fundamental de la terapia cognitiva. Muchas veces, además, asocian esta incomodidad con predicciones negativas, suponiendo que al paciente no le agradará y que se sentirá controlado. También suelen pensar que, de esta manera, se pierde material importante y que se trata de un abordaje demasiado rígido. Proponemos a los terapeutas que comprueben la veracidad de estas ideas implementando la estructura tal como se especifica y tomando nota de los resultados. Muchos terapeutas, que al comienzo se sienten incómodos en una sesión estrictamente estructurada, más tarde advierten que ese proceso se convierte

gradualmente en una segunda naturaleza, en especial por los resultados que consiguen.

Los elementos básicos de una sesión de terapia cognitiva son una breve actualización (que incluye el control de los estados de ánimo y del cumplimiento de la toma de medicación, en caso necesario), una conexión con la sesión anterior, la formulación de un plan, la revisión de las tareas para el hogar, el abordaje de uno o varios problemas, una síntesis y retroalimentación por parte del paciente. Los terapeutas cognitivos experimentados en ocasiones pueden desviarse de esta estructura, pero es recomendable que los principiantes se ciñan a ella, ya que de esta manera suelen obtener una mayor eficacia.

Este capítulo explica e ilustra el formato de la sesión inicial, mientras que el próximo se ocupa de la estructura habitual de las sesiones siguientes. En el capítulo 5 se describen las dificultades para adaptarse a esta estructura.

Objetivos y estructura de la sesión inicial

Antes de la primera sesión, el terapeuta revisa los resultados de la evaluación que se hizo del paciente durante la admisión. Un diagnóstico detallado es de fundamental importancia, ya que el tipo de perturbaciones en el Eje I y el Eje II (según el DSM) determinan los ajustes necesarios que deben hacerse a la terapia cognitiva estándar para administrarla a ese paciente (véase capítulo 16). Los problemas planteados por el paciente, su funcionamiento actual, sus síntomas y su historia ayudan al terapeuta a realizar una conceptualización inicial y a establecer un plan general para la terapia. El terapeuta escribe en un formulario de notas (véase capítulo 4, figura 4.3) aquellos puntos que desea tratar durante la primera sesión.

A continuación se enumeran los objetivos del terapeuta en la sesión inicial:

1. Crear confianza y *rapport*.
2. Iniciar al paciente en la terapia cognitiva.
3. Instruir al paciente respecto de su trastorno, del modelo cognitivo y del proceso de la terapia.
4. Normalizar las dificultades del paciente e inculcarle esperanza.

5. **Averiguar (y, en caso necesario, corregir) las expectativas del paciente respecto de la terapia.**
6. **Recabar información adicional acerca de las dificultades del paciente.**
7. **Utilizar esta información para desarrollar una lista de objetivos.**

La siguiente es una estructura recomendable para la primera sesión:

1. **Establecer un plan (y explicitar las razones para hacerlo).**
2. **Controlar el estado de ánimo, utilizando puntajes objetivos.**
3. **Revisar el problema que se presenta y efectuar una actualización del estado en que se encuentra (desde la evaluación).**
4. **Identificar problemas y establecer objetivos.**
5. **Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo.**
6. **Averiguar las expectativas del paciente respecto de la terapia.**
7. **Instruir al paciente respecto de su trastorno.**
8. **Fijar tareas para el hogar.**
9. **Hacer una síntesis.**
10. **Lograr retroalimentación por parte del paciente.**

El terapeuta debe añadir a sus notas otros datos relevantes, tales como si el paciente está bajo medicación por sus problemas psicológicos, si esa medicación ha sido prescrita y si tiene una adicción al alcohol o las drogas.

Antes de describir cada elemento de la sesión, se hace necesaria una advertencia. Si el paciente está desesperado o tiene actitudes suicidas, será necesario modificar el formato de la primera sesión o de cualquier otra. Es fundamental determinar el grado de tendencia al suicidio, para descubrir cuál es la razón de la falta de esperanza del paciente e inculcarle esperanza (Beck et al., 1979; Fremouw, dePerczel y Ellis, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990). La intervención en la crisis se antepone a cualquier otra, cuando el paciente está expuesto a riesgos por la acción de otras personas o cuando representa un riesgo potencial para los demás.

Es muy importante comenzar a establecer la confianza y el *rapport* con los pacientes desde la primera sesión. Este proceso permanente suele llevarse adelante sin dificultades, con la mayor parte de aquellos que no padecen de un trastorno de la personalidad. Si el paciente sufre solamente un problema del Eje I, en general, el terapeuta no necesita expresar su empatía mediante un gran número de afirmaciones directas. Habitualmente, demuestra su compromiso con el paciente por medio de sus palabras, el tono de su voz, sus expresiones faciales y su lenguaje corporal. Las preguntas y afirmaciones del terapeuta bastan para que los pacientes se sientan valorados y comprendidos por él al demostrarles empatía y una adecuada comprensión de sus problemas e ideas.

El terapeuta transmite en forma implícita y, a veces, en forma explícita los siguientes mensajes: que se preocupa por el paciente y que confía en que podrán trabajar juntos; que cree poder ayudarlo y enseñarle a ayudarse a sí mismo; que desea comprender verdaderamente lo que está experimentando y ponerse en su lugar; que, aunque *el paciente* pueda estarlo, él no está abrumado por los problemas que se plantean; que ha atendido y ayudado a otros pacientes como él; que considera que la terapia cognitiva es el tratamiento adecuado en su caso y que va a mejorar.

Para demostrar respeto y colaboración, al final de cada sesión, el terapeuta también se ocupa de averiguar cuál es la percepción que el paciente tiene del proceso terapéutico y de él como terapeuta. Este pedido de retroalimentación explícita fortalece la alianza terapéutica. La retroalimentación por parte del paciente permite al terapeuta saber si está resultando empático, competente y comprensivo y también lo habilita para realizar, *en esta etapa temprana*, correcciones de cualquier percepción errónea. Los pacientes suelen apreciar esta invitación poco frecuente a dar una retroalimentación al profesional. Con ese pedido, están recibiendo un mensaje positivo del rol que desempeñan en la terapia y de la capacidad que tienen para influir en el proceso terapéutico. En ocasiones, el terapeuta y el paciente muestran perspectivas diferentes respecto de lo que ha ocurrido en una sesión. Si el terapeuta requiere la retroalimentación del paciente de una manera no defensiva y exhaustiva, tendrá mayores posibilidades de investigar estas importantes situaciones.

Establecer el plan

En la primera sesión, como ya dijimos, es muy importante introducir al paciente en la terapia cognitiva. Al igual que ocurre con otras técnicas, suele ser útil dar al paciente una breve explicación.

TERAPEUTA: Me gustaría comenzar nuestra sesión estableciendo el plan, es decir, decidiendo sobre qué hablaremos el día de hoy. Lo haremos al comienzo de cada sesión, para asegurarnos de tener tiempo suficiente para ocuparnos de las cosas más importantes. Me gustaría sugerir algunos puntos y luego preguntaré qué cosas te gustaría añadir. ¿Estás de acuerdo?

PACIENTE: Sí.

T: Nuestra primera sesión será un poco diferente de las sesiones futuras, porque tenemos muchas cosas de que ocuparnos y además tenemos que conocernos mejor el uno al otro. En primer lugar, quisiera saber cómo te has sentido últimamente. Luego, me gustaría que me contaras un poco más acerca de las razones que te llevaron a comenzar una terapia, de los objetivos que te gustaría alcanzar. Quisiera también enterarme de algunos de tus problemas y saber qué esperas de la terapia. ¿Vamos bien hasta aquí?

P: Ajá.

T: También me gustaría que me contaras lo que sabes acerca de la terapia cognitiva. Yo te explicaré cómo será nuestra terapia y hablaremos acerca de las tareas para el hogar. Hacia el final, resumiré lo que hemos hablado y te pediré retroalimentación, es decir, que me cuentes cómo piensas que ha sido la sesión. ¿Hay algo que quieras agregar al plan de hoy?

P: Sí. Me gustaría hacer algunas preguntas acerca de mi diagnóstico y sobre cuánto tiempo piensa usted que necesitaré la terapia.

T: Bien. Permíteme anotar tus preguntas y nos aseguraremos de responderlas hoy. (*Toma nota de las preguntas del paciente*) Verás que yo escribo muchas cosas durante la sesión. Quiero asegurarme de recordar lo importante... Está bien. ¿Alguna otra cosa para el plan de hoy?

P: No. Eso es todo.

T: Si a medida que avanzamos se te ocurren otras cosas, dímelo.

Lo ideal es que el plan se establezca en forma rápida y precisa. La explicación del funcionamiento hace más comprensible

ble el proceso de la terapia para el paciente y lo insta a tener una participación activa de una manera estructurada y productiva. Cuando no se logra establecer bien los planes, suelen producirse algunos diálogos improductivos, ya que el terapeuta y el paciente pueden no centrarse en las cuestiones más importantes para este. Hacia el final de la sesión, cuando controla el trabajo para el hogar, el terapeuta vuelve a referirse al plan. Las tareas que se le asignan servirán al paciente para pensar (y quizás anotar) el nombre del tema (eso es mejor que una descripción extensa) de una situación o problema que quiera incluir en la sesión siguiente. La mayor parte de los pacientes aprenden con facilidad a colaborar con el plan. El capítulo 5 describe estrategias que se pueden utilizar cuando aparecen dificultades para establecer un plan.

Control del estado de ánimo

Una vez establecido el plan para la primera sesión, el terapeuta realiza un breve control del estado de ánimo. Además del informe subjetivo de la semana, se pueden utilizar algunos cuestionarios objetivos, tales como el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Desesperanza de Beck (véase Apéndice D). Estos cuestionarios ayudan al paciente y al terapeuta a controlar con objetividad el estado anímico del paciente. Un cuidadoso análisis de estas pruebas puede ayudar al terapeuta a captar problemas que el paciente no ha explicitado verbalmente, por ejemplo dificultades para dormir, disminución del deseo sexual, sentimientos de fracaso o aumento de la irritabilidad.

Si no dispone de pruebas objetivas, el terapeuta puede dedicar algún tiempo de la primera sesión a enseñar al paciente a proporcionar un puntaje de su estado de ánimo en una escala del 0 al 100. ("Piensa en la última semana en promedio, ¿cómo ha estado tu depresión [o tu ansiedad o tu ira, si estos son los problemas en cuestión] tomando como base una escala del 0 al 100, en la cual el 0 significaría una ausencia total de depresión y el 100 lo más deprimida que jamás te hayas sentido?") En la transcripción que sigue, el terapeuta ha terminado de armar el plan y se dedica a evaluar el estado de ánimo de la paciente:

T: Bien, continuemos. ¿Qué te parece si comenzamos a ver lo que sucedió esta semana? ¿Puedo ver las fichas que has completado? (*Las mira*) Al parecer, has estado bastante deprimida y angustiada. Estos puntajes no han cambiado mucho desde la evaluación. ¿Es así?

P: Sí, creo que me siento más o menos igual.

T: (*Brinda explicaciones*) Si te parece bien, me gustaría que llegaras unos minutos antes de cada sesión, para poder llenar estos tres formularios, que me ayudarán a darme una idea de cómo te has sentido durante la semana. De todas maneras, también voy a pedirte que lo describas con tus propias palabras. ¿Te parece bien?

P: Claro.

El terapeuta toma nota del puntaje de las pruebas objetivas y rápidamente revisa algunos puntos particulares para determinar si las pruebas determinan algo importante para el plan. Presta atención especial a los puntos relacionados con la falta de esperanzas y la tendencia al suicidio. También puede confeccionar un gráfico con los puntajes del paciente, a fin de que sus progresos resulten más evidentes para ambos (véase figura 3.1).

Si el paciente se resiste a completar formularios, el terapeuta

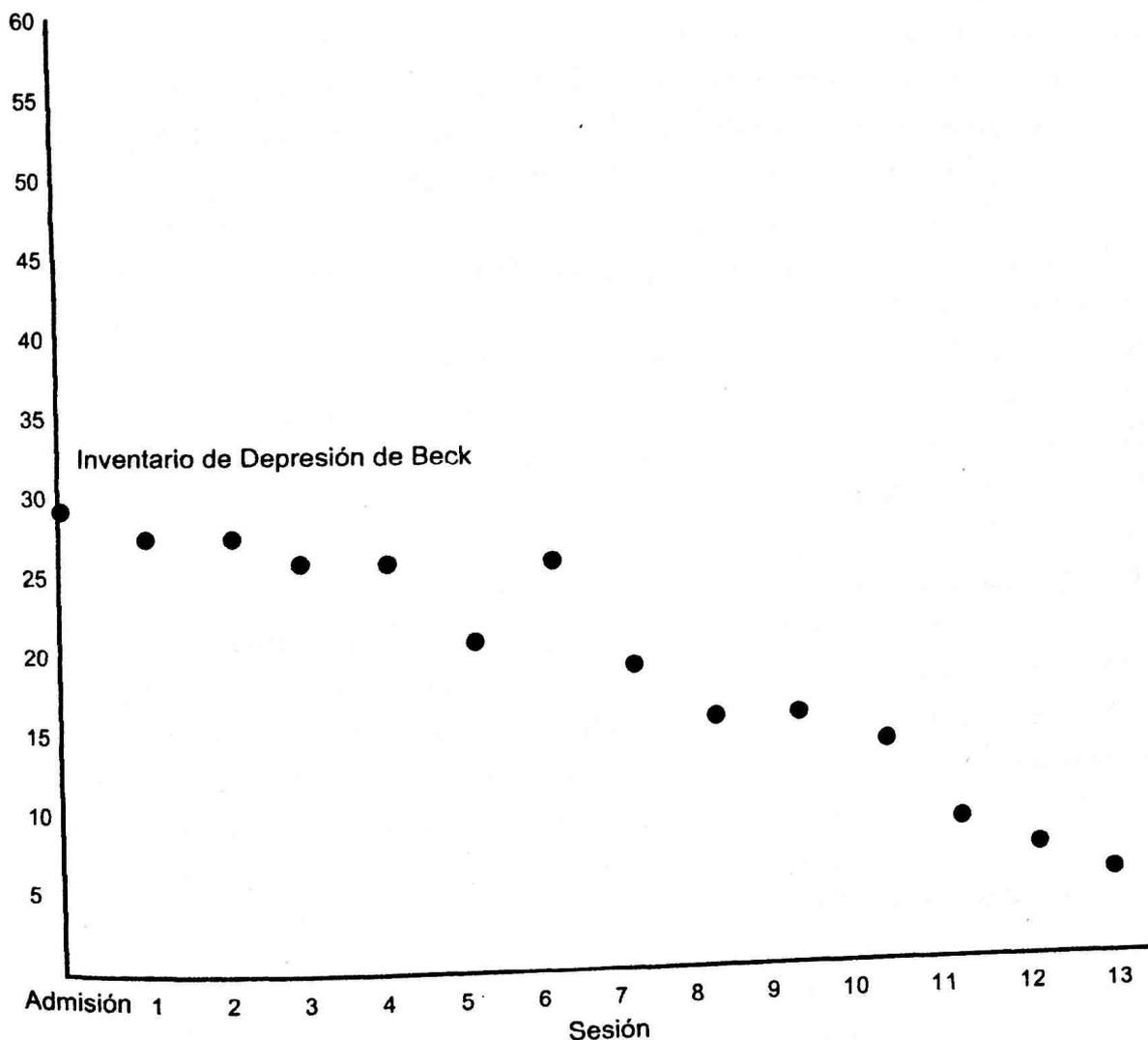


Figura 3.1. Gráfico de los puntajes de Sally en las pruebas objetivas.

agrega este problema a su plan, para poder identificar y evaluar los pensamientos automáticos acerca de llenar formularios. En caso necesario, puede, de común acuerdo con el paciente, establecer puntajes del 0 al 100 o de baja/media/alta severidad, para mantener de este modo la colaboración (véase capítulo 5).

Revisión de la presentación, identificación de problemas y establecimiento de objetivos

En el siguiente apartado el terapeuta revisa brevemente el problema de la paciente. Le solicita que lo ponga al día y luego, centra su atención en los problemas específicos que la aquejan. Como consecuencia lógica, la ayuda a convertir estos problemas en objetivos de trabajo de la terapia.

T: (*Resume*) Bien, hemos establecido el plan y controlado tu estado de ánimo. Ahora, si te parece bien, me gustaría asegurarme de los motivos que te trajeron a la terapia. He leído la síntesis de la admisión y parece que has estado deprimida desde hace cuatro meses, es decir poco tiempo después de haber ingresado en la universidad. También has estado ansiosa, pero eso no es tan malo como la depresión, ¿verdad?

P: Sí... me he sentido bastante mal.

T: ¿Ocurrió algo importante que yo debería saber, desde el momento de tu evaluación?

P: No, en realidad, no. Las cosas siguen más o menos igual.

T: ¿Puedes decirme específicamente cuáles son los problemas que has tenido últimamente? Me ayudaría que me los contaras con tus propias palabras.

P: No lo sé. Todo es muy confuso. Me va muy mal en la universidad. Estoy muy atrasada. Me siento cansada y abatida todo el tiempo. A veces me parece que debería abandonar.

T: ¿Has tenido alguna idea de dañarte a ti misma?

[El terapeuta busca delicadamente saber si existe una tendencia al suicidio. De ser así, se centrará en la falta de esperanza.]

P: No, en realidad, no. Sólo desearía que mis problemas desaparecieran de algún modo.

T: Parece que te sientes abrumada, ¿verdad?

P: Sí, no sé qué hacer.

T: (*Ayuda a la paciente a concretar los problemas y a desglosarlos en elementos más manejables*) Parecería que en este momento tienes dos problemas principales. Uno es que no te va bien en

la universidad. El otro es que te sientes cansada y deprimida.
¿Hay algunos otros?

P: *(Encoge los hombros)*

T: Bien. ¿Qué te gustaría conseguir con esta terapia? ¿Qué cosas querrías cambiar en tu vida?

P: Me gustaría ser más feliz, sentirme mejor.

T: *(Para que la paciente especifique en términos conductuales qué significa “más feliz” y “sentirse mejor” para ella)* Si fueras más feliz y te sintieras mejor, ¿qué estarías haciendo ahora?

P: Me gustaría estar obteniendo mejores resultados en mis cursos y no atrasarme con los trabajos... Probablemente también conocería más gente y realizaría otras actividades, como me sucedía cuando estaba en la escuela secundaria... Creo que no estaría afligida todo el tiempo y que me divertiría... No me sentiría tan sola.

T: *(Lleva a la paciente a participar más activamente en la confección del plan)* Bien, todos estos son buenos objetivos. ¿Qué te parece si los escribimos aquí, con un duplicado, para que cada uno tenga una copia?

P: Está bien, ¿qué debo escribir?

T: Pon la fecha en la parte superior y luego escribe: “Lista de objetivos”. ¿Cuál era uno de tus objetivos? *(Orienta a la paciente para que escriba la siguiente lista, expresando los ítems en términos de comportamientos)*

Lista de objetivos – 1 de febrero

1. Mejorar el trabajo en la universidad.
2. No afligirme tanto por los exámenes.
3. Conocer más personas.
4. Sumarme a las actividades de la universidad.

T: Está muy bien. Ahora, como tarea para el hogar, lee la lista y piensa si tienes otros objetivos para agregar. ¿Está bien?

P: De acuerdo.

T: Antes de continuar, déjame resumir lo que hemos hecho hasta ahora. Hemos establecido un plan, hemos controlado los formularios, hablamos acerca de los motivos que te trajeron a la terapia y comenzamos la confección de una lista de objetivos.

El terapeuta revisa los problemas de la paciente, determina que ella no se encuentra en una situación de riesgo de suicidio y observa que no ha habido cambios significativos desde la evalua-

ción inicial. La ayuda, entonces, a establecer objetivos para la terapia. Si la paciente hubiese estado en una situación de riesgo de suicidio o hubiese tenido información nueva importante, habrían dedicado más tiempo a esta fase inicial de la sesión (por supuesto, habrían tenido entonces menos tiempo para otros puntos).

Al comienzo de la sesión, el terapeuta hace que la paciente adopte un papel más activo, pidiéndole que escriba. Le sugiere lo que debe escribir, ya que para ella no es evidente. (En cada sesión, le pedirá que tome nota por duplicado, de modo que ambos puedan guardar una copia). El terapeuta asume la tarea de escribir cuando se trata de pacientes que no pueden hacerlo o que tienen fuertes objeciones al respecto. Los pacientes que no saben escribir, entre ellos los niños, pueden dibujar o escuchar una grabación de la sesión, para reforzar las ideas más importantes.

El terapeuta también guía a la paciente para que especifique un objetivo global ("Me gustaría ser más feliz, sentirme mejor") en términos de comportamiento. En lugar de permitir que la conversación acerca de los objetivos domine la sesión, le sugiere que profundice la lista en su casa. Finalmente, antes de seguir adelante, resume lo que han conversado hasta ese momento.

Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo

Uno de los principales objetivos de la terapia cognitiva es enseñar al paciente a convertirse en su propio terapeuta cognitivo. Desde el comienzo, el terapeuta averigua (y corrige en caso necesario) lo que el paciente ya sabe acerca de este tipo de terapia. Le da explicaciones acerca del modelo cognitivo, valiéndose de los ejemplos que surgen en las sesiones, y le da una perspectiva de la terapia que va a encarar.

T: ¿Qué te parece si averiguamos qué sabes acerca de la terapia cognitiva y cómo esperas que continúe?

P: Bueno, en realidad no sé demasiado. Sólo lo que me dijo el consejero.

T: ¿Qué te dijo?

P: Para ser sincera, no lo recuerdo bien.

T: Está bien, veremos ahora algunos de los conceptos. En primer lugar me gustaría saber de qué manera tus pensamientos inciden sobre tus sentimientos. ¿Recuerdas algún momento de los últimos días en que hayas notado un cambio en tu estado de

ánimo? ¿Hubo alguna ocasión en la que te sintieras particularmente molesta o perturbada?

P: Creo que sí.

T: ¿Puedes contarme algo acerca de eso?

P: Yo estaba almorzando con un par de personas que conozco y comencé a sentirme un poco nerviosa. Ellos hablaban de algo que el profesor había dicho en una clase y que yo no comprendía.

T: ¿Recuerdas qué estabas pensando antes de ponerte nerviosa, mientras ellos hablaban acerca de lo que el profesor había dicho?

P: Pensaba que yo no entendía, pero no quería que ellos se dieran cuenta.

T: *(Usando las palabras de la paciente)* Entonces, pensabas: "No entiendo", "No quiero que se den cuenta".

P: Sí.

T: ¿Y eso te hacía sentir nerviosa?

P: Sí.

T: Está bien. ¿Qué te parece si hacemos un diagrama? Acabas de dar un buen ejemplo acerca de la influencia de tus pensamientos sobre tus emociones. *(Guía a la paciente para que escriba el diagrama que aparece en la figura 3.2 y lo revisa con ella)* ¿Te resulta claro? La forma en que veías la situación te llevó a pensamientos que influyeron sobre tus sentimientos.

P: Creo que sí.

T: Veamos si encontramos en estos últimos días un par de ejemplos más. Por ejemplo, ¿cómo te sentías hoy mientras aguardabas en la sala de espera, antes de nuestra entrevista?

P: Me sentía un poco triste.

T: ¿Y qué pensabas en esos momentos?

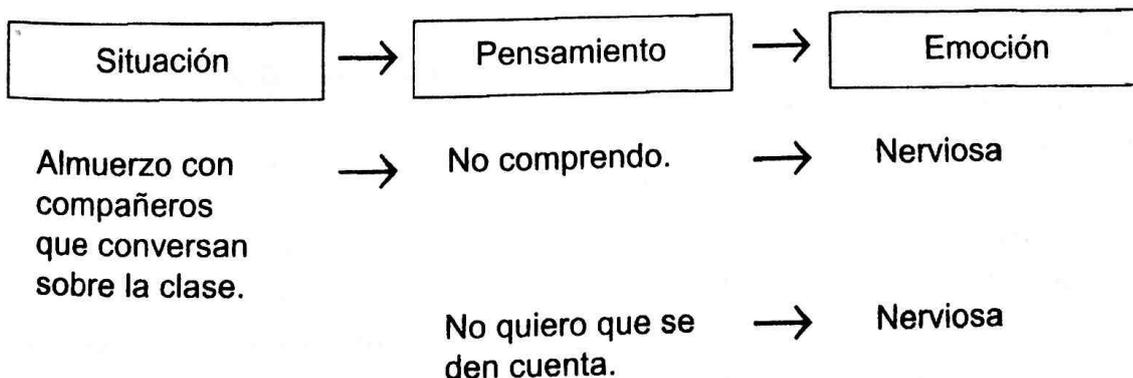


Figura 3.2. Notas de la sesión 1 de Sally: El modelo cognitivo.

P: No lo recuerdo con exactitud.

T: *(Trata de hacer la experiencia más vívida para la paciente)*
¿Puedes imaginarte ahora sentada en la sala de espera? ¿Te imaginas sentada allí? Descríbeme la escena, como si estuviese ocurriendo ahora.

P: Bien, estoy sentada en la silla, cerca de la puerta. Me ubiqué lejos de la recepcionista. Entra una mujer sonriente y conversa con la recepcionista. Está bromeando. Se la ve feliz... y normal.

T: ¿Cómo te sientes ahora?

P: Triste.

T: ¿Qué está pasando por tu mente?

P: Ella está contenta. No está deprimida. Yo nunca volveré a sentirme así.

T: *(Reforzando el modelo cognitivo)* Está bien. Otra vez tenemos un ejemplo de cómo tus pensamientos —“Nunca volveré a sentirme así”— influyeron sobre tus sentimientos. Te entristecieron. ¿Está claro?

P: Sí, creo que sí.

T: ¿Puedes decirme, con tus propias palabras, algo acerca de la relación entre tus pensamientos y tus sentimientos? *(Asegurándose de que la paciente pueda expresar verbalmente la comprensión del modelo cognitivo)*

P: Bueno, parece que mis pensamientos afectan mis sentimientos.

T: Correcto. Si estás de acuerdo, me gustaría que durante la próxima semana controlaras qué es lo que estás pensando cuando cambias de estado de ánimo o te sientes peor. ¿Está bien? *(Facilita a la paciente el cumplimiento del trabajo para la terapia durante la semana)*

P: Ajá.

T: En realidad, sería mejor que tomaras nota de la tarea, con una copia para mí. Cuando notes que tu estado de ánimo cambia o que te sientes peor, debes preguntarte: “¿Qué cosas están pasando por mi mente?” y anotar tus pensamientos. ¿Sabes por qué quiero que los anotes?

P: Supongo que es porque usted sostiene que mis pensamientos hacen que me sienta mal.

T: Sí, o que al menos *contribuyen* a tu malestar. Para que tengas una idea de lo que es la terapia cognitiva, te diré que una de las cosas que haremos juntos es identificar esos pensamientos que te están perturbando. Luego los examinaremos, para ver si son *verdaderos*. Creo que muchas veces nos daremos cuenta de que

no son del todo verdaderos y también tendremos que escribir algo sobre eso.

P: (*Lo hace*)

T: Evaluaremos tus pensamientos y aprenderás a cambiar tu manera de pensar.

P: Eso parece difícil.

T: Muchas personas creen eso al comienzo, pero pronto se dan cuenta de que rápidamente aprenden a hacerlo bien. Iremos paso a paso. Es bueno que hayas logrado identificar lo que pensabas. Fíjate si tienes otros pensamientos parecidos a "Eso parece difícil". Los anotas y los trabajaremos en la próxima sesión. ¿Te parece bien?

P: De acuerdo.

T: ¿Crees que tendrás dificultades para tomar nota de algunos pensamientos? (*Controla si la paciente anticipa problemas que podría solucionar*)

P: No. Creo que podré hacerlo.

T: Está bien, pero si no puedes, no hay problema. Volverás la próxima semana y trabajaremos juntos sobre eso. ¿Está bien?

P: Claro.

En este apartado, el terapeuta explica, ilustra y registra el modelo cognitivo empleando *ejemplos de la propia paciente*. Trata de limitar sus explicaciones a un par de oraciones por vez y le pide a la paciente que exponga con sus propias palabras lo que él ha dicho, para controlar su comprensión. (Si la paciente hubiese tenido dificultades o limitaciones en sus capacidades cognitivas, el terapeuta habría utilizado más apoyos concretos para el aprendizaje, como por ejemplo, rostros con distintas expresiones para ilustrar emociones). También se ocupa de que la paciente anote los puntos más importantes.

Esta paciente en particular capta con facilidad el modelo cognitivo. Si ella hubiese tenido dificultades para identificar sus pensamientos o sus emociones, el terapeuta habría podido sopear la posibilidad de aplicar otras técnicas (véase capítulo 6), aun corriendo el riesgo de aumentar su malestar o de interferir con el *rapport*. Si, en cambio, hubiese decidido dar mayores explicaciones acerca del modelo cognitivo, debería haber procedido con precaución, para que ella no se sintiese mal por no haberlo captado rápidamente. ("A veces es difícil captar algunos pensamientos, porque circulan muy rápido. Eso no es un problema importante. Volveremos a este punto en otro momento.")

En el siguiente apartado, el terapeuta indaga acerca de los pensamientos automáticos que se producen en forma de imágenes visuales. Los pacientes suelen tener más dificultades para identificar esta clase de pensamientos visuales y muchas veces no son capaces de dar ejemplos. Sin embargo, cuando desde el comienzo de la terapia se les advierte acerca de la existencia de este tipo de imágenes, la tarea se facilita.

T: Permíteme agregar una cosa más. ¿Observaste que yo dije que debes preguntarte qué pasa por tu mente cuando cambia tu estado de ánimo? Yo no dije observa "lo que estás pensando". Lo expresé de esta manera porque muchas veces pensamos en forma de *imágenes*, como si se tratase de una fotografía. Por ejemplo, antes de venir aquí, ¿imaginabas cómo era yo?

P: Creo que tenía una vaga imagen de alguien más viejo y tal vez más antipático o más serio.

T: Está bien. Esa figura es lo que llamamos *imagen*. Cuando te preguntes qué es lo que pasa por tu mente, fíjate tanto en las palabras como en las imágenes. ¿Quieres anotar esto también?

De esta manera, el terapeuta instruye a la paciente para que advierta que los pensamientos automáticos pueden aparecer en diferentes formas y hasta en diferentes modalidades, aumentando la probabilidad de que tome conciencia más rápidamente de sus pensamientos automáticos, en *cualquier* forma que aparezcan.

Las expectativas acerca de la terapia

Los pacientes suelen comenzar la terapia pensando que se trata de algo místico o insondable y que no serán capaces de comprender cómo es el proceso mediante el cual mejoran. El terapeuta cognitivo, por el contrario, pone énfasis en explicar que este tipo de terapia es ordenada y racional y que los pacientes mejoran porque se comprenden mejor a sí mismos, resuelven problemas y adquieren herramientas que pueden aplicar por su cuenta. El terapeuta sigue instruyendo al paciente en la terapia, impartiendo el mensaje de que los pacientes deben compartir responsabilidades para hacer progresos en la terapia. En la mayor parte de los casos, basta con una breve explicación, como la siguiente:

T: Averiguaremos ahora cómo es que piensas mejorar.

P: No me resulta claro a qué se refiere.

T: Bueno, algunos pacientes piensan que el terapeuta va a curarlos. Otros creen que ellos van a mejorar con la ayuda del terapeuta, pero saben que son ellos quienes realmente deben hacer el trabajo.

P: Creo que antes de venir yo pensaba que usted me curaría, pero por lo que vimos hoy, me he dado cuenta de que va a enseñarme cómo hacerlo.

T: Así es. Te ayudaré a adquirir las herramientas para superar la depresión y podrás usarlas durante toda tu vida para enfrentar otros problemas.

Es bueno que en la primera sesión el terapeuta brinde al paciente una idea general acerca del tiempo que deberán estar en terapia. A muchos pacientes les sugiero un período que va de un mes y medio a cuatro meses, aunque hay algunos que pueden requerir un tiempo más breve (o deben limitar el tiempo debido a cuestiones financieras o condiciones de sus seguros). Otros pacientes, en especial aquellos que deben trabajar sobre dificultades psicológicas crónicas o que desean trabajar problemas ligados a un trastorno de personalidad, pueden necesitar un año o más de terapia. La mayoría de los pacientes progresa satisfactoriamente con una sesión semanal, excepto los que están muy deprimidos o angustiados, los que presentan conductas suicidas o evidencian claramente que necesitan más contención. Hacia el final de la terapia, las sesiones se pueden espaciar gradualmente, para dar a los pacientes más oportunidades de resolver problemas, tomar decisiones y utilizar en forma independiente las herramientas que han adquirido en la terapia.

A continuación veremos un ejemplo de una manera de plantear a un paciente el curso que tendrá su terapia:

T: Si te parece bien, planearemos encontrarnos una vez por semana hasta que te sientas mejor, luego nos veremos una vez cada dos semanas y después, tal vez, cada tres o cuatro. Tomaremos juntos las decisiones de disminuir la frecuencia de sesiones. Aun después de terminar, seguramente recomendaré que vengas cada tantos meses para un "refuerzo".
¿Qué te parece?

P: Bien.

T: Es difícil predecir cuánto tiempo estarás en terapia. Creo que

posiblemente será entre ocho y catorce sesiones. Si nos damos cuenta de que tienes algunos problemas persistentes sobre los que deseas trabajar, es posible que necesitemos más tiempo. De todos modos, decidiremos *juntos* qué es lo mejor. ¿Está bien?

Instruir al paciente acerca de su trastorno

La mayoría de los pacientes quieren conocer su diagnóstico general, asegurarse de que no están locos, saber que su terapeuta ha ayudado antes a otros pacientes semejantes a ellos y que no los considera extraños. Generalmente, es preferible evitar catalogar a un paciente con un diagnóstico de trastorno de personalidad. Es preferible decir algo más general y sin muchos términos técnicos, como, por ejemplo: "Parecería que has estado deprimida durante el último año y que has tenido algunos problemas de larga data con las relaciones". Asimismo, es bueno darle al paciente alguna información inicial acerca de su trastorno, para que pueda comenzar a atribuir algunos problemas a su patología y disminuya su autocrítica.

La siguiente transcripción ilustra cómo instruir a los pacientes que están deprimidos. (Requiere modificaciones para pacientes con otros desórdenes.)

- T: El último tema de nuestro plan era tu diagnóstico. La evaluación muestra que estás significativamente deprimida y ansiosa. Eso les ocurre a muchos pacientes que vemos aquí. Tengo confianza en que vamos a poder ayudarte. ¿Qué crees tú?
- P: Temía que usted pensara que estaba loca.
- T: En absoluto. Tienes una enfermedad o problema muy común, que se llama depresión y parece, además, que te ocurren cosas semejantes a las que les suceden a muchos de nuestros pacientes. Nuevamente has dado un buen ejemplo de pensamiento automático: "Usted pensará que estoy loca". ¿Cómo te sientes ahora que sabes que eso no es cierto?
- P: Aliviada.
- T: Quiere decir que corregir tu pensamiento *te* ha ayudado. Si tienes más pensamientos como ese, ¿los escribirías como tarea para el hogar, para que podamos evaluarlos en la próxima sesión?
- P: Seguro.
- T: Esta clase de pensamiento, tan negativo, es un síntoma de tu depresión. La depresión afecta el modo como te ves y también

como ves al mundo y al futuro. La mayor parte de las personas deprimidas ven al mundo y a sí mismas como a través de un vidrio pintado de negro. Todo les parece oscuro y sin esperanzas. Una de las cosas que haremos en la terapia será quitar la pintura negra y ayudarte a ver las cosas de una manera más realista...¿Te dice algo esa analogía?

[El uso de una analogía a menudo ayuda al paciente a ver su situación de otra manera.]

P: Sí, comprendo.

T: Está bien. Vamos a ver algunos otros síntomas de depresión que presentas. La depresión interfiere con el apetito, el sueño, el deseo sexual y la energía. También afecta tu motivación y tu iniciativa, entre otras cosas. La mayor parte de las personas deprimidas se critican a sí mismas porque ya no son como antes. ¿Recuerdas haberte criticado últimamente? (*Le pide que consigne episodios específicos*)

P: Claro. Últimamente me cuesta levantarme de la cama y no logro hacer mi trabajo. Por eso creo que soy perezosa.

T: Si tuvieras neumonía y no pudieras levantarte y hacer tus cosas, ¿creerías que eres perezosa y que haces las cosas mal?

P: No, creo que no.

T: ¿Te ayudaría si esta semana eliminaras el pensamiento "Soy perezosa"?

P: Probablemente. No me sentiría tan mal.

T: ¿Qué cosa podrías tener en cuenta?

[Inducir una respuesta en lugar de proveerla directamente fomenta una participación activa y un mayor grado de autonomía.]

P: Creo que *estoy* deprimida y por eso me cuesta más hacer las cosas, como si tuviese neumonía.

T: Bien. Y recuerda que a medida que trabajes en la terapia y tu depresión vaya desapareciendo, las cosas mejorarán. ¿Te gustaría escribir algo al respecto, para tenerlo en cuenta esta semana? (*Se muestra colaborador pero expresa un fuerte mensaje: se espera que el paciente participe activamente en la sesión y que repase los contenidos de la misma durante la semana*)

P: Sí.

T: Aquí tienes un folleto para leer [*Enfrentar la depresión*; véase Apéndice D] que explica más cosas acerca de la depresión.

Fin de la sesión y asignación de tareas para el hogar

Al igual que los resúmenes que el terapeuta hace durante toda la sesión (véase p. 81-82), la síntesis final une distintos hilos de la sesión y refuerza los puntos principales. También incluye una revisión de las cosas que el paciente ha acordado hacer como tarea. En las primeras sesiones, es el terapeuta quien realiza el resumen. Más adelante, alienta al *paciente* para que lo efectúe.

T: Bien, resumamos las cosas acerca de las que hablamos hoy. Hicimos un plan, controlamos tu estado de ánimo, fijamos algunos objetivos y explicamos cómo tus pensamientos influyen sobre tus sentimientos. Hablamos acerca del curso futuro de tu terapia. Vamos a hacer dos cosas esenciales: trabajar sobre tus problemas y objetivos y cambiar tu pensamiento, cuando te des cuenta de que no es adecuado. Ahora veamos lo que has apuntado como tarea. Quisiera asegurarme de que la podrás hacer y de que te ayudará.

Tareas para el hogar – 1 de febrero

1. Profundizar la lista de objetivos.
2. Cuando experimente un cambio en mi estado de ánimo, preguntarme: “¿Qué está pasando por mi mente en este preciso momento?” y apuntar los pensamientos (e imágenes). Recordar que estos pensamientos pueden ser ciertos o no.
3. Recordar que en este momento *estoy deprimida*, que no soy perezosa y que las cosas me resultan difíciles.
4. Pensar en lo que voy a incluir en el plan de la próxima semana (qué problema o situación) y qué nombre voy a darle.
5. Leer el folleto y las notas de la terapia.
6. Ir a nadar o a correr tres veces en esta semana.

El terapeuta busca asegurarse de que las tareas para el hogar resulten exitosas (véase capítulo 14). Si siente que es posible que el paciente no realice alguna parte de las tareas, ofrece eliminarla (“¿Crees que tendrás problemas para anotar tus pensamientos?” Si la respuesta es afirmativa: “¿Crees que por hoy deberíamos eliminar esa tarea de la lista? No hay problema en hacerlo”.)

A veces las palabras “tarea para el hogar” causan espanto al paciente. En ese caso, el terapeuta debe preocuparse por diferenciar las tareas de la terapia, que son un conjunto de trabajos en colaboración diseñados especialmente para ayudarlo a sentirse mejor, de otras experiencias previas (habitualmente las tareas escolares) que, a menudo, son obligatorias, despersonalizadas y, muchas veces, inútiles. El paciente y el terapeuta también pueden realizar un ejercicio de “tormenta de ideas” para encontrar un término más aceptable, tal como “actividades de autoayuda”. Una vez que resuelve el problema práctico que plantea el uso de las palabras “tareas para el hogar”, el terapeuta puede indagar (o archivar para una futura investigación) el significado que tienen para el paciente las “tareas para el hogar”, con el propósito de descubrir si las objeciones que plantea se encuadran en un problema más amplio (p. ej., ¿Es susceptible frente a actitudes de control por parte de otros? ¿Se siente inútil cuando se le pide que cumpla una tarea?).

En muchas ocasiones, durante la primera sesión y en otras posteriores, las tareas que se asignan implican biblioterapia. El terapeuta recomienda al paciente la lectura de un capítulo de algún libro de divulgación sobre terapia cognitiva (por ejemplo, Burns, 1980, 1989; Greenberger y Padesky, 1995; Morse, Morse y Nackoul, 1992) o un folleto educativo (véase Apéndice D). Es importante incentivar al paciente para que se comprometa activamente con la lectura (“Cuando lo lea, consigne sus notas, para después decirme si está de acuerdo o no y si tiene relación con lo que a usted le ocurre”).

Otro trabajo que se suele asignar con frecuencia en las primeras sesiones es controlar y/o programar actividades (véase capítulo 12). El objetivo es llevar al paciente a retomar actividades en las que antes había alcanzado logros o placer.

Retroalimentación

El elemento final de cada sesión de terapia es la retroalimentación. Hacia el final de la primera sesión, la mayor parte de los pacientes tienen sentimientos positivos hacia el terapeuta y la terapia. Pedirles retroalimentación fortalece el *rapport*, ya que, con esa acción demuestran interés por lo que el paciente siente. También es esta una ocasión para que el paciente se exprese y para que el terapeuta resuelva cualquier malentendido. Algunas veces, el paciente hace una interpretación idiosincrásica de lo

que el terapeuta ha dicho o hecho. Preguntarle al paciente si alguna cosa lo hizo sentirse incómodo es una manera de permitirle expresar y controlar sus conclusiones. Además de retroalimentación verbal, el terapeuta puede pedir al paciente que complete un Informe de Terapia por escrito (véase fig. 3.3).

T: Al final de cada sesión, te voy a pedir retroalimentación. Me contarás entonces lo que sientes respecto de lo que ha ocurrido en la sesión. Existen *dos* posibilidades, decírmelo directamente y/o escribirlo en un informe que deberás completar en la sala de espera después de la sesión. Yo lo leeré y, si hay algún problema, lo incluiremos en el plan de nuestra próxima sesión. ¿Hubo en la sesión de hoy algo que te molestara?

P: No, estuvo bien.

T: ¿Algo importante que quieras destacar?

P: Creo que quizá pueda sentirme mejor si examino lo que pienso.

T: Bien. ¿Hay alguna otra cosa que quieras decir o que quieras incluir en el plan para la próxima sesión?

P: No.

T: Muy bien. Ha sido un placer trabajar hoy contigo. ¿Podrías, por

INFORME DE TERAPIA

1. ¿Qué cosas de las que se trataron hoy son importantes para recordar?
2. ¿En qué medida pudo confiar hoy en su terapeuta?
3. ¿Hubo algo que le molestó hoy en su sesión? En caso afirmativo, ¿qué cosa fue?
4. ¿Cuánto trabajo hizo en su casa para la sesión de hoy? ¿Qué posibilidades hay de que cumpla con las nuevas tareas asignadas?
5. ¿Qué cosas querría asegurarse de tratar en la próxima sesión?

Figura 3.3. Informe de Terapia. Copyright 1995 by Judith S. Beck, Ph.D.

favor, completar el informe de terapia ahora, en la sala de espera y los otros formularios que te entregué antes de la próxima sesión? Procura, además, hacer las tareas para el hogar que apuntaste. ¿Está bien?

P: (*Asintiendo*) Está bien. Gracias.

T: Nos veremos la próxima semana.

Algunas veces el paciente tiene una reacción negativa ante su primera sesión. El terapeuta trata entonces de especificar el problema y establecer el significado que tiene para el paciente. Luego interviene y/o plantea el problema para abordarlo en la siguiente sesión, como en el ejemplo que sigue:

T: ¿Hubo algo que te molestara en esta sesión?

P: No lo sé. No estoy segura de que esta terapia sea adecuada para mí.

T: ¿Piensas que no te ayudará?

P: En realidad, no. Yo tengo problemas reales en mi vida. *No* se trata simplemente de lo que pienso.

T: Me alegro de que me lo hayas dicho. Esto me da la oportunidad de decirte que yo también *creo* que tienes problemas reales en tu vida. En ningún momento quise decir que no los tuvieras. Tienes problemas con tu jefe, con tus vecinos y experimentas sentimientos de soledad...Está claro que esos son problemas reales sobre los cuales trabajaremos juntos para tratar de encontrar soluciones. *No* creo que baste con solamente examinar los pensamientos. Si te he transmitido eso, lo lamento.

P: Está bien... es sólo que... bueno, me siento abrumada. No sé qué hacer.

T: ¿Deseas regresar la próxima semana para trabajar juntos sobre esos sentimientos que te abruman?

P: Sí, creo que sí.

T: ¿Acaso las tareas que te asigné contribuyen a hacerte sentir abrumada?

P: Puede ser.

T: ¿Preferirías dejarlas de lado? Podríamos decidir ahora que *no* hagas tareas esta semana. Podemos hacerlas juntos en la próxima sesión. También puedes llevar la hoja a tu casa y ver si deseas hacerlas.

P: Si me las llevo y no las hago, me sentiré culpable.

T: Está bien. Entonces decidamos no hacerlas. ¿Hay alguna otra cosa que te haya molestado en la sesión de hoy?

Aquí el terapeuta se da cuenta de que es necesario fortalecer la alianza terapéutica. Es posible que él no haya percibido los signos de insatisfacción de la paciente durante la sesión, o bien que ella los haya ocultado. Si el terapeuta no hubiese pedido retroalimentación acerca de la sesión o hubiese tenido menos capacidad para manejar la retroalimentación negativa, es posible que la paciente no hubiese regresado la siguiente semana. La flexibilidad del terapeuta con las tareas ayuda al paciente a examinar nuevamente sus percepciones erróneas respecto de la terapia cognitiva. Al responder a la retroalimentación y hacer los ajustes necesarios, el terapeuta demostró comprensión y empatía hacia la paciente. Eso facilita la colaboración y la confianza.

El terapeuta, al comienzo de la siguiente sesión, deberá expresar la importancia de trabajar en equipo para adaptar la terapia y la tarea para el hogar a las necesidades de la paciente. En el futuro, no dejará de lado por completo las tareas para el hogar, sino que se asegurará de asignar más tareas en colaboración y procurará que la paciente no se sienta abrumada.

Resumen

La sesión inicial tiene varios objetivos importantes: establecer el *rapport*, profundizar la conceptualización, explicar al paciente el contenido y la estructura de la terapia cognitiva, instruirlo acerca del modelo cognitivo y del trastorno que padece y darle esperanzas y alivio para sus síntomas. Asimismo, es muy importante que en esta sesión se desarrolle una alianza terapéutica sólida y que el paciente sea alentado para unirse al terapeuta para lograr los objetivos deseados. El siguiente capítulo describe la estructura de sesiones posteriores y el capítulo 5 aborda las dificultades en la estructuración de las sesiones.