

Psicología  
cognitiva

# Manual de inoculación de estrés



Scan y corrección: juanchito

**Donald Meichenbaum**

Martinez Roca

Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud

Práctica

# Manual de inoculación de estrés

Donald Meichenbaum

*Universidad de Waterloo*

Traducción de Jordi Fibla Revisión de Josep Toro

Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud Serie PRÁCTICA

colección dirigida por

RAMÓN BAYES JOSEP TORO

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni la recopilación en un sistema informático, ni la transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, por registro o por otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de Ediciones Martínez Roca, S. A.

Título original: *Stress inoculation*

*training*, publicado por acuerdo con

Headington Hill Hall, England

© 1985, Pergamon Press Inc.

© 1987, Ediciones Martínez Roca, S.

A.

Gran Via, 774, 7.º, 08013 Barcelona

ISBN 84-270-1174-1

Deposito legal B. 43296-1987

Impreso por Diagràfic, Constitució, 19,  
08014 Barcelona

*Impreso en España — Printed in Spain*

*Dedicado a quienes han contribuido al desarrollo del adiestramiento en la inoculación de estrés y, de manera especial, a quienes lo valorarán críticamente y lo desarrollarán más.*

## Prefacio

Una de las principales industrias en expansión de Norteamérica es la de textos y reuniones dedicadas a la reducción y prevención del estrés. La panacea puede presentarse bajo una de dos formas: o bien abogan por una técnica determinada de control del estrés, como la meditación, la relajación y el ejercicio aeróbico, o bien abrazan un método ecléctico, consistente en una serie de técnicas, que, en general, incluyen relajación (la «aspirina» en el campo de la reducción del estrés), meditación y *biofeedback*, fármacos, enfoques cognitivos, procedimientos de organización del tiempo, cambios en el régimen alimenticio y el estilo de vida y adiestramiento en la afirmación interpersonal y la clarificación de la propia valía. Estos procedimientos suelen ofrecerse como un marco ateorico, y transmiten la sensación de que existe una manera «adecuada» de enfrentarse al problema o de adaptarse.

El objeto de esta obra no es sumar un sistema más a los muchos ya existentes, sino más bien proporcionar un marco integrador para una mejor comprensión y crítica de los esfuerzos actuales destinados a reducir las reacciones de estrés que alteran el equilibrio. Por otro lado, este libro ofrece una orientación clínica para un sistema de tratamiento cognitivo conductual, llamado adiestramiento en inoculación de estrés (AIE). Durante la década pasada, mis colegas y yo hemos investigado y desarrollado clínicamente este método de tratamiento, que otros muchos investigadores han aplicado a una diversidad de poblaciones, tanto a modo terapéutico como de prevención.<sup>1</sup> En estas páginas describimos los conocimientos clínicos resultantes de esos esfuerzos.

El AIE no es ninguna panacea, sino una intervención clínicamente juiciosa, de múltiples niveles y facetas, que debe evaluarse desde un ángulo crítico. Mis objetivos al escribir este libro son dobles. En primer lugar, lo hago porque lo que caracteriza en la actualidad el campo de los cambios de comportamiento es que los terapeutas se «revelen al público» con manuales de tratamiento, y ofrezco este libro con ese mismo espíritu, con la esperanza de que estimule más la evaluación crítica (por ejemplo, véase Luborsky y De Rubeis, 1984). Mi segundo objetivo es el de influir en el «diálogo interno», esto es, en lo que los clínicos o investigadores se dirán a sí mismos la próxima vez que vean a un paciente estresado, dirijan un seminario sobre reducción de estrés, escriban un libro sobre reducción y prevención del estrés o emprendan una investigación sobre control del estrés. A fin de lograr estos objetivos, el libro se ha organizado en siete capítulos. En el capítulo primero consideramos los conceptos de estrés y afrontamiento desde una perspectiva transaccional, el papel de las

---

<sup>1</sup> 1. Estoy en deuda con Dennis Turk, Roy Cameron y Myles Genest, quienes han trabajado conmigo en el desarrollo clínico y la conceptualización del adiestramiento en inoculación de estrés.

cogniciones y emociones en las reacciones de estrés y la necesidad de complementar las intervenciones orientadas a la persona con intervenciones orientadas al entorno. Una vez se aprecia el modelo conceptual que subyace en el presente método, las prácticas de tratamiento específicas con el AEI son mucho más comprensibles. Las diversas intervenciones no parecerán una mezcolanza de técnicas clínicas, sino una secuencia lógica que parte de un análisis en colaboración con los pacientes o participantes. Como observaron Kendall y Bemis (1983):

El adiestramiento en inoculación de estrés [AIE] parece ser la forma más inclusiva de terapia cognitiva-conductual estudiada... [El AIE] refleja un plan premeditado con un fundamento subyacente plausible... presenta una gama de estrategias entre las que pueden seleccionarse las más atractivas y eficaces. De esta manera el paciente puede actuar como colaborador, ayudando a generar una estrategia de afrontamiento a la medida del individuo, adaptada a sus propias necesidades y experiencias (p. 580).

En el capítulo segundo consideramos brevemente una serie de orientaciones clínicas para dirigir los programas de reducción y prevención del estrés. Estas orientaciones derivan de una revisión de los principales hallazgos en los campos de la investigación del estrés y el cambio de comportamiento. Uno de los principales objetivos de ese capítulo y los posteriores será el problema de la resistencia del paciente y su falta de adhesión al tratamiento. Con demasiada frecuencia los textos de orientación clínica se centran en los aspectos prácticos de una intervención, mientras que dedican poco o ningún esfuerzo a la manera en que uno «engancha» (motiva para el cambio) al paciente, a las personas de su entorno importantes para él, a una organización o una entidad social. En este capítulo consideramos diversas maneras en las que el terapeuta puede prever y absorber la posible resistencia y las reacciones ante los fracasos en el régimen de adiestramiento (por ejemplo, el aspecto de la prevención de recaídas).

En el capítulo tercero se describe el procedimiento AIE, considerando la diversidad de poblaciones a las que se ha aplicado, en los dos aspectos de prevención y tratamiento. El AIE se compone de tres fases: la fase de conceptualización, la fase de adquisición de habilidades y de ensayo y la fase de aplicación y seguimiento. Los capítulos cuarto, quinto y sexto describen cada una de estas fases, respectivamente. Aunque las tres fases del AIE se describen como una secuencia, constituyen un régimen de adiestramiento de múltiples facetas, altamente flexible e interdependiente. No se trata de un compendio poco cohesionado de métodos sin relación, sino de una serie de intervenciones interconectadas, que pueden combinarse de una manera sistemática. Las tres fases están trabadas, y el adiestramiento implica con frecuencia el reciclaje de las fases respectivas o su superposición, según el marco temporal y la población específica.

El capítulo final ilustra cómo se ha aplicado el AIE a distintas poblaciones y grupos tales como pacientes, enfermeras, funcionarios de policía, maestros de escuela, atletas y, finalmente, víctimas de acontecimientos vitales graves estresantes. En cada uno de estos casos se proporcionan algunos datos preliminares para la posible aplicación del AIE a pacientes y población en general. El AIE continúa en una etapa temprana de desarrollo y todavía no ha sido evaluado sistemáticamente. El propósito de este libro es el de nutrir y estimular más tales esfuerzos clínicos e investigadores.

# Capítulo 1

## Modelo conceptual que fundamenta el adiestramiento en inoculación de estrés

Hay muchas maneras distintas de presentar el modelo conceptual que fundamenta el AIE. Uno de tales métodos es emplear una anécdota personal sobre un acontecimiento estresante. Como los estresores son diversos e incluyen hechos catastróficos, daños personales y querellas cotidianas, la anécdota presente entra en la última categoría, a saber, la de las fricciones sociales recurrentes, que a menudo creamos nosotros mismos. Ofrezco esta anécdota por las tres razones siguientes:

1. Me gusta contarla porque muchas otras personas pueden sentirse fácilmente identificadas.
2. Analizo la anécdota a fin de ilustrar la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento, así como la posibilidad de conceptualizar el papel de las percepciones en las reacciones de estrés.
3. Finalmente, supongo que cuando el lector haya completado el libro, lo que más recordará serán mis anécdotas, que pueden haber suscitado afecto (por ejemplo, humor o enojo).

Es de esperar que tales anécdotas actúen como una señal de recuperación, respecto al recuerdo del contenido pertinente. De ser ello cierto, razonaría que este hecho tiene implicaciones sobre la manera de dirigir el adiestramiento. ¿Qué se llevan los pacientes al salir de nuestras sesiones de adiestramiento? ¿Cómo debemos utilizar el humor, la autorrevelación y otros elementos similares en el tratamiento y el adiestramiento? ¿Podemos utilizar metáforas y anécdotas para ayudar a los pacientes a recuperar información y afrontar con más eficacia su vida cotidiana? Examinaremos más a fondo estas cuestiones en el capítulo quinto.

La anécdota que voy a contar refleja lo que denomino «caos instantáneo», y procede de nuestro proyecto actual de investigación sobre el estrés de los padres. Si el lector tiene hijos podrá identificarse fácilmente con esta anécdota. Si no los tiene, puede considerarla como una prueba indirecta de adiestramiento en inoculación de estrés o como un dispositivo de control de la natalidad, lo que sea más apropiado.

Como padre de cuatro hijos y psicólogo clínico interesado en el control de la cólera, he llegado a interesarme mucho por el tema de los malos tratos a los niños, pero mi enfoque del mismo es algo diferente del de otros investigadores. Dicho con brevedad, me interesa saber por qué la incidencia de los malos tratos a los niños no es más elevada. No se trata de que haya una deficiencia de información sobre estos hechos, sino de responder a la pregunta: ¿Qué hacen los padres «normales» para controlar su cólera y su agresión al enfrentarse con el estrés de la paternidad? Consideremos el siguiente incidente:

Mi esposa estaba ausente aquella noche, y me correspondía la tarea de dar a mis cuatro hijos (de edades entre 2 y 10 años) la cena, que ella había preparado, y luego pasar por todo «el ritual», a saber, bañarlos, ayudarles a hacer los deberes escolares, leerles cuentos a la hora de acostarse y participar en esas actividades afines que

uno debe desempeñar cuando es padre.

Empecé cometiendo un error. Aquella noche confiaba en ver un programa de televisión que empezaba a las nueve en punto. No veo la televisión con frecuencia, pero aquella noche daban algo que quería ver de veras. El error, como será evidente, era la incompatibilidad entre tener una agenda o un plan oculto y ser padre de cuatro hijos. Las agendas secretas y los hijos suelen ser incompatibles y, en retrospectiva, puedo ver que me estaba preparando para sufrir un estrés potencial.

Los acontecimientos de la noche comenzaron de un modo bastante placentero, cuando bañaba a mi hijo menor, Danny, después de la cena, un momento de lo más delicioso para padre e hijo. Durante el baño, mi hija mayor, Lauren, apareció en escena y preguntó inocentemente: «Papá, ¿podrías ayudarme a buscar mi regla?» Mi reacción consistió en fomentar la independencia, planteando preguntas, como dónde había visto la regla por última vez y otras por el estilo. (Esta petición de ayuda por parte de Lauren para buscar la regla adquirirá más importancia con el desarrollo de la anécdota.) ¡Hasta ahora todo va bien!

Tras acostar al pequeño de dos años, la siguiente tarea era bañar a David, de cuatro. Por suerte, Michelle, de ocho, se ofreció para bañar a su hermano, invitación que me apresuré a aceptar. Mientras lavaba los platos en la cocina, tuvo lugar un «acontecimiento estimular crítico». Oí que David chapoteaba en la bañera y, por años de experiencia, cruzó por mi mente un tropel de pensamientos catastróficos, imágenes y sentimientos acompañantes. «Oh, no, otra vez no. Recuerda cómo se cayó la última vez. ¿Cuántas veces se lo he dicho?» Con imágenes de un desastre inminente y negros presagios, subí corriendo las escaleras para detener a David. Al abrir la puerta del baño, el pomo golpeó a Michelle, que se estaba secando, en un ojo. «Oh, no, ¿qué he hecho?»

David era completamente inmune a estos sucesos y seguía chapoteando en la bañera. Con una cólera controlada (es decir, con la suficiente energía para hacer que se detuviera, pero no tanto como para despertar a su hermano que dormía), exhorté a David para que no siguiera haciendo aquello, y en ese momento el pequeño se sobresaltó y cayó, tragando agua y empezando a sofocarse. Dado que David había estado enfermo de tos ferina, me sentí más alarmado.

Entonces se despertó Danny, llorando, y Lauren apareció de nuevo en escena para preguntar inocentemente si aún no había encontrado su regla. «¡Déjame en paz con tu regla! ¿No ves lo que ha ocurrido? ¡Se ha desatado el caos instantáneo!»

Como he dicho, todo padre ha experimentado seguramente muchas situaciones similares, y, como saben los padres, uno arregla esos desaguisados, aplica hielo al ojo de Michelle, hace que Danny vuelva a dormirse, consuela a David y jamás encuentra la regla de Lauren. Por entonces ya son las nueve y cuarto y uno decide arrellanarse ante el televisor con un dispositivo de afrontamiento paliativo en la mano (un vaso de whisky). En ese momento Michelle llama para pedir un refresco (¡de pomelo!), lo cual suele poner fin al ritual nocturno. Deseoso de ser eficaz, decidí subir la bebida a su dormitorio, sintiéndome mal por lo que le había hecho. Por desgracia, derramó el zumo sobre su camisa de dormir y colchón, y yo miré el desastre y me pregunté por qué la incidencia de malos tratos a los niños no es más elevada. De inmediato experimenté una concordancia afectiva con los padres sin cónyuge, los cuales han de enfrentarse solos a tales crisis. Por lo menos yo sabía que mi esposa no tardaría en regresar, y podría decirle lo que sus hijos me habían hecho aquella noche.

Esta anécdota puede analizarse a diversos niveles, cada uno de los cuales nos ayudará a comprender mejor la naturaleza transaccional del estrés y su afrontamiento. El concepto de estrés se ha utilizado de muchas maneras distintas. Algunos investigadores lo han definido como una característica del entorno (por ejemplo, estrés laboral, de competición, o de crianza de los hijos). Según esta opinión, el estrés refleja una serie de fuerzas externas que inciden en el individuo o el grupo. Otra visión del estrés se relaciona con la respuesta del individuo cuando se encuentra en un entorno desafiante o amenazador. Aquí nos referimos a la reacción psicológica y fisiológica del individuo o el grupo cuando están expuestos a un entorno desafiante.

En el presente contexto, el estrés no se considera como un estímulo ni como una respuesta, sino más bien como el resultado de una *transacción*, influido tanto por el individuo como por el entorno. Desde una perspectiva transaccional, el estrés se define como un concepto relacional mediado cognitivamente, que refleja la relación entre la persona y el entorno

apreciada por aquélla como gravosa, o que excede a sus recursos y pone en peligro su bienestar. Como observó Folkman (1984), el estrés no pertenece a la persona o el entorno, ni tampoco es un estímulo o una respuesta. El estrés es una relación dinámica particular (que cambia constantemente y es bidireccional) entre la persona y el entorno, cuando uno actúa sobre el otro. Como comentó Lazarus (1981), los individuos no son meras víctimas del estrés, sino que su manera de apreciar los acontecimientos estresantes (interpretación primaria) y sus propios recursos y opciones de afrontamiento (interpretación secundaria) determinan la naturaleza del estrés. Los procesos de interpretación del individuo influyen en la relación dinámica o transacción entre éste y el entorno social. En tal contexto, el afrontamiento se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos en orden a dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1984).

El modelo transaccional hace hincapié en el contexto interpersonal cognitivo del estrés. A menudo, los individuos o grupos estresados sin darse cuenta crean y engendran reacciones en otras personas que mantienen respuestas de estrés inadaptado. El mismo método ideado para resolver problemas termina a menudo intensificándolos. Podrían ofrecerse muchos ejemplos de individuos estresados que se vuelven temerosos, elusivos, deprimidos, encolerizados, etcétera, y que engendran en otros reacciones que contribuyen a mantener tales pautas de estrés inadaptado. Por ejemplo, los individuos estresados que se vuelven temerosos y elusivos suelen obtener un exceso de protección por parte de los otros, con la consecuencia de que el afectado no pone a prueba sus preocupaciones y temores, lo cual, a su vez, incrementa la falta de confianza en sí mismo. Esta prevención conduce a más exceso de protección, con lo que se refuerza el círculo vicioso. Cuando los pacientes interpretan (atienden, recuerdan y codifican selectivamente) los acontecimientos como compatibles con sus inclinaciones o esquemas, se establece un proceso interior autoconfirmador. De esta manera los individuos juegan un papel crítico en la definición de estrés.

Podemos ilustrar esta perspectiva transaccional analizando mi anécdota al acostar a mis hijos. En esta situación, yo no era meramente víctima del estrés, sino que jugaba un papel activo contribuyendo al estrés que experimentaba. Mi manera de comportarme, mi forma de interpretar los acontecimientos, mis pensamientos, imágenes y sentimientos contribuían a las reacciones de estrés que experimentaba. Sin darme cuenta contribuía a la situación estresante y la engendraba. Con mucha frecuencia nuestros pacientes se comportan de manera similar, sin darse cuenta de la secuencia de acontecimientos mediante los cuales pueden colaborar en la creación y mantenimiento de las mismas reacciones estresantes de las que se quejan. La tarea del AIE consiste en utilizar a los pacientes como colaboradores para recoger datos que les llevarán a reconocer señales de baja intensidad y aprender a interrumpir y cambiar tales pautas de conducta engendradoras de estrés. En el capítulo cuarto nos ocupamos de las técnicas clínicas y las tácticas concretas que pueden utilizarse para establecer esa relación colaboradora. Por el momento, analicemos más a fondo la anécdota de acostar a mis hijos.

## **El papel del comportamiento**

Comencemos en el nivel del comportamiento. El terapeuta suele comenzar entrevistando al paciente, a fin de evaluar la adecuación de su repertorio conductual. ¿Está el individuo

estresado porque carece de las habilidades interpersonales o parentales que le ayudarían a evitar o reducir el estrés? El terapeuta podría preguntar: «Si observara cómo mandas a tus hijos a la cama, ¿qué vería y oiría?» De esta manera intenta averiguar la variedad de respuestas de afrontamiento disponibles. ¿Tiende este padre a gritar, desgañarse y pegar, o recurre al razonamiento, el humor y el afecto para lograr sus objetivos? El terapeuta podría complementar esos automorfos con la observación directa en el hogar y en la clínica, así como obtener informes de otras personas significativas (esposa, hijos). Además, el terapeuta podría definir la naturaleza del repertorio de comportamiento del paciente en su sentido más amplio, yendo más allá de la conducta observable para incluir el conocimiento y las expectativas que tiene el padre sobre el comportamiento de los niños. Por ejemplo, Twentyman y col. (Twentyman, Rohrbeck y Amish, 1984) indican que los padres que maltratan a sus hijos suelen tener expectativas poco realistas y un conocimiento inadecuado de la conducta de los niños.

## **El papel de los otros**

Sabemos, sin embargo, que no sólo los padres afectan a sus hijos, sino que nos encontramos también con un proceso bidireccional en el que los hijos afectan a los padres. A fin de comprender la naturaleza del estrés sobre el que informa el paciente, el terapeuta ha de ir más allá de éste y apreciar el impacto de otras personas significativas, así como del entorno y las entidades organizativas y sociales. Para comprender el estrés que experimenté al enviar a mis cuatro hijos a la cama, tengo que evaluar las consecuencias interpersonales e intrapersonales (por ejemplo, mis sentimientos y pensamientos) que siguieron a mis esfuerzos.

Esta necesidad de evaluar el impacto de los hijos en los padres está muy bien ilustrada en un proyecto de investigación actualmente en curso, en el que pedimos a los padres que nos dieran un ejemplo de situación de estrés al tratar con sus hijos. Un padre informó que estaba muy enojado con su hijo de diez años, a quien se disponía a castigar severamente. Cuando abrió la puerta del dormitorio del muchacho, le vio en posición de firmes, tocando la tonada militar en honor a los muertos con su trompeta. Esto detuvo al padre, y anchas sonrisas aparecieron en los rostros de ambos. El hijo había utilizado el humor para interrumpir la reacción estresante y reducir su escala. Esta anécdota indica no sólo que el padre estaba estresado, sino también, y lo que es más importante, que la reacción estresante del padre era susceptible de interrupción. En lugar de ver los esfuerzos del padre) ^' como una provocación más («Voy a coger esa trompeta y a partírsela en la cabeza. Esta vez no vas a librarte»), el padre consideró la conducta de su hijo como una manera cautivadora de manejar la situación estresante. La manera como el padre interpretó la conducta de su hijo fue crítica para determinar la naturaleza de la transacción estresante. No se trata sólo de que estemos estresados, sino también de lo susceptibles que seamos a la interrupción y de cómo reaccionemos a situaciones estresantes que parecen esenciales para la habilidad de afrontamiento.

El objeto de todo programa de adiestramiento para controlar el estrés es el de no estimular a los participantes para que lo eliminen. Como observó Seyle (1974), la vida sería aburrida sin el desafío de situaciones estresantes. En cambio, el objetivo del adiestramiento debe ser el de educar a los pacientes sobre la naturaleza y el impacto del estrés, y asegurarles la



posesión de las diversas habilidades intra e interpersonales para utilizar el estrés de una forma constructiva. Enfadarse con los hijos es una reacción humana normal, y no hay nada malo en expresar tales sentimientos. Nuestra preocupación es que esa cólera pueda transformarse en una agresión incontrolable. Al margen de lo eficaz que sea un programa de control del estrés, es muy probable que los pacientes sufran una recurrencia o tengan contratiempos (nueva experiencia de la cólera, el dolor, la depresión, el estrés parental). Como veremos, uno de los objetivos del AIE es el de influir en la manera de responder de los pacientes (interpretación, interrupción y producción de reacciones adaptativas de afrontamiento) si se dan tales recurrencias.

## El papel de la cognición

El estrés que experimenté al preparar a mis hijos para mandarlos a la cama estuvo influido no sólo por lo que hice y las consecuencias posteriores, sino también por los pensamientos, imágenes y sentimientos que había experimentado antes, durante y después del incidente. Dado que la naturaleza de mis pensamientos jugaba un papel tan importante, influyendo en mi estrés, será útil considerar el papel de la cognición con más detalle. Podemos distinguir tres maneras diferentes de usar el concepto de cognición, a saber, como hechos cognitivos, como procesos cognitivos y como estructuras cognitivas. Consideremos cada una de ellas brevemente y luego examinaremos su papel en las reacciones de estrés.

Los *hechos cognitivos* se refieren a pensamientos e imágenes identificables que tienen lugar en el flujo de conciencia del individuo, o que se pueden recuperar fácilmente si así se desea. Beck (1976) los ha descrito como pensamientos automáticos, mensajes discretos que aparecen en forma acortada, casi siempre aceptados y creídos sin reservas, se experimentan como espontáneos, a menudo se expresan en términos *depodría, debería o tendría que*, y son relativamente idiosincráticos y difíciles de interrumpir. Como observó Beck:

La persona percibe estos pensamientos como si se produjeran por reflejo... sin ninguna reflexión o razonamiento, y le impresionan como plausibles y válidos (1976, p. 237).

Meichenbaum (1977) ha descrito tales hechos cognitivos como una forma de diálogo interno que tiene lugar cuando se interrumpe el automatismo del comportamiento de una persona. Este diálogo incorpora, entre otras cosas, atribuciones, expectativas y evaluaciones del yo, de su tarea, o de ambos, o bien pensamientos e imágenes que son irrelevantes con respecto a la tarea.

Debe observarse, sin embargo, que no es como si la persona hablara consigo misma, sino que generalmente se comporta de una manera «irreflexiva» y de acuerdo con un guión. No obstante, bajo ciertas condiciones, pueden entrar en juego los procesos conscientes. Por ejemplo, cuando los individuos tienen que elegir o efectuar juicios, como en situaciones inciertas o nuevas, o cuando deben sopesar posibles resultados y consecuencias, tienden a hablar consigo mismos.

No obstante, es improbable que antes del tratamiento los pacientes controlen consciente o deliberadamente sus pensamientos, imágenes y sentimientos cuando se enfrentan a situaciones estresantes. Más bien, como han indicado Goldfried, Decenteceo y Weinberg (1974), debido a la naturaleza habitual de las expectativas y creencias, es probable que tales

procesos de pensamiento se vuelvan automáticos y aparentemente involuntarios, como la mayoría de los actos demasiado aprendidos. El diálogo interno del paciente, engendrador de estrés, se convierte en un estilo habitual de pensamiento, similar en muchas maneras a la automatización del pensamiento que acompaña al dominio de una actividad motora, como conducir un coche o esquiar. Sin embargo, el terapeuta puede ayudar al paciente para que sea consciente de tales procesos de pensamiento y aumentar la probabilidad de que en el futuro repare en el diálogo interno y lo cambie. En algunos casos, los hechos cognitivos del paciente podrían adquirir una forma gráfica tanto como verbal.

La naturaleza y el contenido de tales hechos cognitivos puede influir en la manera de sentir y comportarse de la persona. Como ha observado Sarason (1975), los individuos sometidos a estrés tienden a preocuparse por sí mismos y con frecuencia muestran una variedad de pensamientos y sentimientos contraproducentes y obstructivos. Entregarse a tales pensamientos y sentimientos contraproducentes conducirá probablemente a una actuación personal menos que óptima, lo cual aumentará más un nivel ya elevado de disfunción emocional y conductual. La noción de hechos cognitivos es compatible con las opiniones de Richard Lazarus (1981) y John Masón (1975), los cuales consideran que el grado en que una situación determinada provoca una respuesta emocional depende en gran parte de la interpretación que hace el organismo de la situación y de su capacidad para abordar el acontecimiento. Como observó Beck (1984), los individuos proclives al estrés están preparados para efectuar juicios extremos, unilaterales, absolutistas, categóricos y globales. Tienden a personalizar los acontecimientos y caer en distorsiones cognitivas tales como la polarización (razonamiento dicotómico en blanco o negro), la magnificación y la exageración (hincapié excesivo en las posibilidades más negativas de una situación dada) y el exceso de generalización. Estas distorsiones conceptuales pueden producirse de una manera automática, inconsciente.

Una segunda manera de usar el concepto de cognición se denomina *procesos cognitivos*, término que se refiere a la manera en que, automática o inconscientemente, procesamos la información, incluidos los mecanismos de investigación y almacenamiento, y los procesos de inferencia y recuperación, los cuales forman representaciones y esquemas mentales. El conocimiento personal de tales procesos cognitivos y la capacidad de controlarlos representa la metacognición, que proporciona un enlace entre lo que normalmente permanece al margen del conocimiento consciente y lo que es accesible para evaluación, investigación y adiestramiento.

En la mayor parte de las circunstancias, no prestamos atención a la manera según la cual interpretamos las situaciones, cómo atendemos y recordamos selectivamente los acontecimientos, y cómo buscamos, también selectivamente, la información que sea compatible con nuestras creencias. Se han descrito varios procesos cognitivos, entre ellos la heurística mental a la manera de Tversky y Kahneman (1977), la metacognición de Flavell (1979) y el sesgo autoconfirmado de Frank (1974). Estos procesos cognitivos han sido descritos con detalle por Meichenbaum y Gilmore (1984), Nisbett y Ross (1980), Taylor y Crocker (1981) y Turk y Speers (1983). El proceso cognitivo que tiene más importancia para el adiestramiento en AIE es el del *sesgo confirmador*, o proceso de auto-satisfacción. Percibimos, recordamos e interpretamos selectivamente la experiencia, para filtrar las confirmaciones negativas. Mahoney (1982) describió el proceso por el que el individuo tiende a seleccionar y procesar los estímulos que son congruentes *como feed for-ward* (previsión acerca del resultado de un proceso). Cuando uno busca y luego confirma sus creencias, éstas (esquemas) se vuelven aún más activas. Por ejemplo, es probable que los

## Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

