

**TECANA AMERICAN UNIVERSITY
ACCELERED DEGREE PROGRAM
DOCTORATE OF PHILOSOPHY IN COGNITIVE PSYCHOLOGY**



Trabajo Especial de Grado

**ESTRATEGIAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES
PARA EL AFRONTAMIENTO EFICAZ DEL MIEDO ESCENICO**

Autor: Msc. Renny Jagoszewski

“Por la presente juro y doy fe que soy el único autor del presente informe y que su contenido es fruto de mi trabajo, experiencia e investigación académica”.

Caracas, Septiembre 2009

DEDICATORIAS

A Dios, mi Creador, comienzo y fin de toda mi existencia.

A mi madre, Cimy, por haberme ayudado a confiar en mi inteligencia.

A Dorian, mi compañera esencial, por ser rayo de luz de mi propio faro.

INDICE GENERAL

DEDICATORIAS.....	pp. ii
ÍNDICE GENERAL.....	iii
ÍNDICE DE CUADROS.....	vi
INDICE DE GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN (ABSTRACT).....	viii
INTRODUCCION.....	1
CAPÍTULOS	
I EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION.....	3
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.1.1 Formulación del problema.....	7
1.2 Justificación de la Investigación.....	8
1.3 Objetivos.....	8
1.3.1 Objetivo General.....	8
1.3.2 Objetivos Específicos.....	9
1.4 Alcances.....	9
1.5 Limitaciones.....	9
II MARCO METODOLOGICO.....	10
2.1 Diseño de la Investigación.....	10
III MARCO TEORICO.....	13
3.1 Antecedentes de la Investigación.....	13
3.2 Bases Teóricas.....	15
3.2.1 Una aproximación epistemológica.....	15
3.2.2 El Modelo Cognitivo Conductual.....	17
3.2.2.1 La Psicología Conductista.....	19
3.2.2.2 La Psicología Cognitiva.....	21
3.2.2.2.1- Los enfoques de la Psicoterapia Cognitiva Clásica.....	25

		pp.
	3.2.2.2.1.1 La Terapia Racional.....	25
	Emotiva Comportamental.	
	3.2.2.2.1.2 La Terapia Cognitiva.....	29
	3.2.2.2.1.3 La Terapia de los	
	Esquemas.....	34
3.2.2.2.2	Los enfoques de la Psicoterapia	
	Cognitiva Postmoderna.....	39
	3.2.2.2.2.1 Psicoterapia Cognitiva	
	Constructivista.....	40
	3.2.2.2.2.2 La Psicoterapia de los	
	Constructos Personales....	43
	3.2.2.2.2.3 La Psicoterapia Cognitiva	
	Postracionalista.....	50
	3.2.2.2.2.4 La Psicoterapia Cognitiva	
	Narrativa.....	52
	3.2.2.2.2.4.1- La Terapia	
	Narrativa de Goncalves....	54
	3.2.2.2.2.4.2- La Terapia	
	Narrativa de Payne.....	56
3.2.2.3	Cognición, emoción y afrontamiento.....	57
	3.2.2.3.1 La relación entre cogniciones y	
	Emociones.....	57
3.2.2.4	Tratamientos tradicionales para ansiedad	
	social y fobia social.....	63
IV	APORTE PARA LA INVESTIGACION.....	75
	4.1 Análisis de una investigación sobre Miedo Escénico.....	75
	4.2 Precisiones conceptuales sobre Miedo Escénico.....	80
	4.3 Aproximación teórica para la comprensión del Miedo	
	Escénico.....	84
	4.4 Programa Cognitivo Conductual para el Tratamiento Eficaz	
	del Miedo Escénico.....	96
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	105

	pp.
5.1 Conclusiones.....	105
5.2 Recomendaciones.....	107
5.2.1 En lo teórico.....	107
5.2.2 En lo práctico.....	108
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	110
ANEXOS.....	117
A Instrumento de Recolección de Datos (Pre-Test).....	118
B Instrumento de Recolección de Datos (Post-Test).....	119
C Gráficos 1 y 2.....	120
D Gráficos 3 y 4.....	121
E Relación entre Metacognición y Plasticidad Cerebral.....	122

INDICE DE CUADROS

CUADRO		pp.
1	Miedos más frecuentes.....	5
2	Enfoques en la Psicoterapia Cognitiva Clásica y Postmoderna...	25
3	Esquemas Tempranos Inadaptados de Young.....	35
4	Fases y Técnicas del proceso terapéutico.....	103

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO		pp.
1	Esquema de la Terapia Cognitiva de Beck.....	29
2	Jerarquía de las creencias según la TC.....	30
3	Origen y clasificación de los esquemas.....	33
4	Parámetros de los Modos de Young.....	37
5	Teoría de Kelly.....	46
6	Relación entre cognición y emoción.....	60

**TECANA AMERICAN UNIVERSITY
ACCELERATED DEGREE PROGRAM
DOCTORATE OF PHILOSOPHY IN COGNITIVE PSYCHOLOGY**

**TÍTULO DE LA TESIS
ESTRATEGIAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES
PARA EL AFRONTAMIENTO EFICAZ DEL MIEDO ESCENICO**

Autor: Renny Jagoszewski

Fecha: Septiembre 2009

RESUMEN

El presente estudio se dedicó a analizar la relación que existe entre la aplicación de estrategias cognitivas y conductuales, y el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico a fin de validar la posibilidad de implementación de este tipo de estrategias y posibilitar recursos metodológicos a los terapeutas en estos casos concretos. Se asumieron como referencias principales, las teorías y aportes de importantes postulantes del Modelo Cognitivo Conductual, clásico y postmoderno: Kelly, Ellis, Beck, Young, Mahoney, Guidano, Goncalves y Payne. Además, se revisaron los aportes teóricos de Yagosesky y se analizó una investigación sobre Miedo Escénico en alumnos de un Taller de Oratoria, y presentó una aproximación teórica para la comprensión del Miedo Escénico, origen, manifestaciones, factores de perpetuación y alternativas de superación, en pro de una Teoría del Miedo Escénico abarcante y útil, en lo teórico y en lo terapéutico. El tipo de investigación fue documental, cualitativa, con diseño documental bibliográfico.

Descriptores: Miedo, conducta, psicoterapia, aprendizaje, cambio.

ABSTRACT

This study was devoted to analyzing the relationship between the application of cognitive and behavioral strategies, and effective coping of stage fright to validate the possibility of implementing such strategies and methodological resources to enable therapists in these cases concrete. Assumed as leading references, theories and contributions of major candidates Cognitive Behavioral Model, classical and postmodern: Kelly, Ellis, Beck, Young, Mahoney, Guidano, Goncalves and Payne. They also inspected the theoretical concepts of Yagosesky and analyzed research on fear in students Scenic Speaking Workshop and presented a theoretical approach to the understanding of stage fright, origin, demonstrations, perpetuating factors and alternatives for improvement, in towards a theory of stage fright encompassing and useful, in theory and in therapy. The research was documentary, qualitative design documentary literature.

Descriptors: Fear, behavior therapy, learning, change.

INTRODUCCION

La investigación que se expresa en los capítulos que conforman este trabajo, ha sido realizada en cumplimiento de un requisito para optar a título de PHD en Psicología Cognitiva en Tecana University y en respuesta a una profunda vocación de servicio y ayuda a quienes se ven afectados por limitaciones psicológicas y demandan de su entorno sensibilidad y ayuda.

Se pretende aquí contribuir a ampliar la esfera de conocimientos que existen sobre el tema del Miedo Escénico y motivar a los interesados a explorar más profundamente en las posibilidades que el tema encarna especialmente por tratarse de un aspecto del conocimiento psicológico escasamente abordado. El Miedo Escénico es una disfunción común y masiva, que aqueja a millones de personas y que demanda un abordaje efectivo. En razón de esa necesidad se ha considerado realizar esta investigación, que se orienta al cumplimiento de un objetivo general:

- Determinar la forma como se relaciona la aplicación de estrategias cognitivas y conductuales, con el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico en personas que requieren hablar en público.

Y como objetivos específicos, se establecieron:

- a) Describir los planteamientos teóricos que definen el modelo cognitivo conductual.
- b) Identificar las estrategias consideradas efectivas para el afrontamiento del Miedo Escénico, en el marco del modelo cognitivo conductual.
- c) Proponer un modelo de técnicas para el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico.
- d) Señalar los aspectos que pudieran considerarse como ejes de influencia en la aparición y sostén de la respuesta de Miedo Escénico.

Se tomará como base paradigmática el Modelo Cognitivo Conductual, propuesta de eficacia comprobada en el abordaje de Trastornos ansiosos y/o similares.

En cuanto a la estructura de presentación del trabajo, se ha distribuido en cinco capítulos cuya temática es la siguiente:

- En el capítulo I se plantea el problema y se explicará las razones que motivaron el estudio, así como los aportes, alcances y límites de la investigación.

- En el capítulo II se aborda la temática metodológica y resalta las estrategias de obtención de información.

- En el capítulo III se detallan los aspectos relativos al Marco Teórico. Allí se exponen los paradigmas filosófico y psicológico que sustentan la investigación y se describen los postulados de la Psicología Cognitiva Clásico y Postmodernista. Asimismo se describe la relación cognición emoción y se ofrecen pistas sobre el abordaje tradicional de la ansiedad social.

- En el capítulo IV ha sido destinado a ofrecer aportes concretos al tema del Miedo Escénico. Allí se presenta un análisis de una investigación sobre el Miedo Escénico, se desarrolla una aproximación teórica para la comprensión del mecanismo de aparición y perpetuación del Miedo Escénico, y se propone un modelo de abordaje y Cognitivo Conductual para su afrontamiento.

- En el capítulo V, se presentan las conclusiones y las recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Es un hecho que los seres humanos tenemos una naturaleza parlante, y somos poseedores del potencial de comunicarnos e influirnos mutuamente, para generar acuerdos en favor de nuestra supervivencia y de una auténtica calidad de vida.

Así como tenemos esa capacidad, también experimentamos la necesidad de comunicarnos. En efecto, ha sido probado que requerimos contacto humano, en términos de afecto y socialización, ya que sin esos componentes nuestro desarrollo y funcionamiento se ven seriamente comprometidos. Así lo han revelado las investigaciones sobre deprivación emocional. Rutter (1990) señala investigaciones referidas por Haywood y Tizard, acerca de niños que fueron alejados tempranamente de sus madres y criados por instituciones o adultos no comprometidos. Al ser evaluados, los niños mostraron retrasos del lenguaje, debilitamiento de las destrezas cognitivas y reducción de los logros escolares.

Begley (2008) menciona un experimento realizado con niños huérfanos que tuvieron poco contacto humano y vínculos tempranos inestables. Los científicos encontraron que, en comparación con otros niños considerados normales, los huérfanos mostraban retraimiento, ansiedad, motricidad impulsiva y tendencia a mantenerse distantes de los demás niños.

Una de las conclusiones del estudio, es que tales conductas irregulares podían atribuirse a las condiciones de privación institucional con las cuales crecieron. Esto evidencia la trascendencia de la experiencia comunicativa en el desarrollo integral de la personalidad.

Semerari (2002) afirma que los seres humanos son intrínsecamente interpersonales, y cita a Safran y Segel, para quienes las personas disponen de manera innata de un sistema biológico que les predispone al afecto. Esto hace que las

conductas de los individuos, tiendan, en mucho, a orientarse a las relaciones. Resulta evidente, entonces, tanto un potencial, como la necesidad comunicacional.

Yagosesky (2008a) ha señalado que la comunicación trae aparejados numerosos beneficios, de los cuales destaca cuatro que considera fundamentales:

1. Catarsis: Expresar las ideas, emociones o sensaciones.
2. Logro: Crear acuerdos para alcanzar acometer acciones de beneficio común.
3. Aceptación: Agradar a los demás para desarrollar vínculos gratificantes.
4. Liderazgo: Influir en otros para que apoyen cambios en la realidad.

Además de los beneficios señalados, pueden detectarse, igualmente, riesgos y limitaciones relacionados con la comunicación. Muchos han vivido experiencias críticas vinculadas con la comunicación, en la infancia, en la adolescencia o en la vida adulta. Esas experiencias pueden afectarles, dejar huellas, y operar como limitadores de un funcionamiento eficaz en la vida cotidiana. En el caso de “hablar en público”, tema vinculado con el objeto de estudio de esta investigación, es posible encontrar que basta colocarse frente a un grupo con la intención de compartir con ellos ciertos mensajes, para que la situación se torne compleja, y hagan su aparición estados internos complejos y desagradables, que impidan la eficacia expresiva y comprometan la reputación personal. Y todo esto, por obra de un proceso pasajero de expresión comunicacional.

La incapacidad de controlar los procesos cognitivos y las respuestas emocionales puede convertirse en una alcahala obstructora de las conductas adaptativas y del buen funcionamiento social.

Yagosesky (2008b) valora este tema como fundamental, especialmente en el campo de la clínica que se encarga de investigar y tratarlos procesos de interacción humana, y afirma que se trata de un fenómeno masificado aunque a la vez, subestimado. Este autor ha definido al Miedo Escénico como:

Respuesta psicofísica del organismo, generalmente intensa, que surge como consecuencia de pensamientos pesimistas sobre la situación real o imaginaria de hablar en público. Esta respuesta incluye manifestaciones asociadas con la timidez y la ansiedad, como preocupación, inhibición

estrés, ineficacia expresiva y otras formas de alteración de la normalidad en lo fisiológico, lo cognitivo y lo conductual.

El Miedo Escénico no es precisamente una categoría novedosa. Muy por el contrario, es ampliamente conocida y ha sido documentada. Daley (2004), cita los resultados de una encuesta aparecida en The People's Almanack Book of Lists, en la cual el miedo a hablar en público fue la respuesta más señalada en una lista de ocho opciones de respuesta, a la pregunta ¿“A qué le teme más”? Los resultados fueron (ver Cuadro 1):

Cuadro 1

Miedos más frecuentes

TIPO DE MIEDO	PORCENTAJE QUE LO PADECE
A hablar en público	41%
A las alturas	32%
A insectos y bichos	22%
A problemas financieros	22%
A las aguas profundas	22%
A las enfermedades	19%
A la muerte	19%
A volar	18%

Nota: Cuadro elaborado con datos tomados de Logra el Éxito con tus Palabras por Dalley y Caravella. 2004 (p.5).

Bados (2001) experto en fobia social, afirma que entre las situaciones temidas por los fóbicos sociales, el primer lugar lo ocupa el miedo de hablar en público.

Yagosesky (2007a) realizó una encuesta en el año 2007 a 120 alumnos de ambos sexos, en edades comprendidas entre 25 y 55 años, para explorar la reacción de las personas cuando realizan actividades sociales que involucran público. Encontró

que la mayoría ubicó al miedo de hablar en público en primer lugar, como el temor que surge con mayor frecuencia e intensidad. Esta posibilidad les atemorizaba más (39%) que bailar (20%), cantar (30%), caminar entre las personas (12%) conversar con un desconocido, (25%), manifestar afecto en público (18%) y miedo a ser observado (7%)

(http://www.laexcelencia.com/aspx/public_articles_show1.aspx?i=351).

Los estudios realizados desde hace varias décadas, han mostrado que respuestas como las de Miedo Escénico, regularmente asociadas con los estados de ansiedad, no se producen sin la participación del factor cognitivo. Esto significa que en la expresión de esta respuesta, pueden detectarse sensaciones y cogniciones específicas que permiten suponer la existencia de cierto tipo de relación entre cogniciones y emociones.

Lazarus, promotor entusiasta de esta idea, afirma que la cognición es siempre un antecedente necesario de la emoción, incluso en las ocasiones en las que una valoración cognitiva de la situación resulta difícil de evidenciar. Para este investigador, la evaluación cognitiva es la base de los estados emocionales y un rasgo integral inseparable de los comportamientos humanos (<http://www.psicothema.com/pdf/2010.pdf>).

Wilson y Luciano (2002), han señalado que sufrimos perturbaciones o malestares derivados de la capacidad que tenemos para crear representaciones mentales de la realidad, de una manera simbólica. Así, es posible para cualquier sujeto normal, ir mentalmente al pasado (recuerdo) y al futuro, (imaginación), propiedad que tiene efectos tanto positivos como negativos. Uno de los negativos, es Influir en la aparición de emociones y sensaciones desagradables.

Resumiendo, puede señalarse que:

- El ser humano nace con la necesidad de comunicarse y cuenta con el potencial para llevarlo a cabo.
- Ese potencial expresivo es generador de beneficios pero también de perjuicios.

- Un ejemplo de eso, es la respuesta de Miedo Escénico que suele producirse en muchas personas, cuando se ven en la situación real o imaginaria de tener que hablar en público.

- Algunas investigaciones y teorías consideran que emociones como el Miedo Escénico y otras manifestaciones ansiosas, se encuentran vinculadas con ciertos tipos específicos de pensamientos, y que es posible superar estas respuestas disfuncionales si se modifican algunas cogniciones y conductas.

- El modelo psicológico que propone esa posibilidad, es el Modelo Cognitivo Conductual

1.1.1 Formulación del Problema

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2003) una modalidad útil para la investigación consiste en formular preguntas, pues tiene la ventaja de ayudar a presentar el problema de forma directa y sencilla.

En el caso de esta investigación, se considera necesario que la investigación responda a cuatro preguntas, cuyas respuestas orientarán su estructura y sentido.

¿Cómo se relaciona la aplicación de estrategias cognitivas y conductuales, con el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico?

De esta interrogante general, derivan una serie de preguntas específicas:

1.1. ¿Cuáles son los planteamientos teóricos que definen el modelo psicológico teórico y terapéutico conocido como Cognitivo Conductual, cómo se expresa en ese modelo la vinculación entre cogniciones y emociones?

1.2 ¿Qué estrategias adscritas al modelo Cognitivo Conductual pueden considerarse como efectivas, para el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico, y/o manifestaciones asociadas como estrés, timidez y ansiedad?

1.3 ¿De qué manera puede un programa de afrontamiento podría contribuir en la superación del Miedo Escénico?

1.4 ¿Qué aspectos contribuyen o participan como ejes de influencia en la respuesta del Miedo Escénico?

En atención a las razones descritas y habiendo desplegado las preguntas principales que demandan una respuesta racional, se propuso realizar una investigación orientada a resolver un problema real, importante, necesario y posible de abordar, que quedó formulado, en la modalidad declarativa, tal y como se presenta a continuación: *Influencia de la implementación de estrategias cognitivas y conductuales en el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico.*

1.2 Justificación de la Investigación

Toda justificación de una investigación científica implica una valoración de las razones que inducen a considerar el problema de estudio, la metodología y el aporte que se supone se brindará en función de lo que se logra o descubre con el trabajo investigativo.

En este caso concreto, se trata del abordaje de un tema o problema que pese a su impacto social tienden a aparecer como subestimado, y cuyo tratamiento clínico es poco resaltante. Esa situación impone colocar la lupa sobre el problema.

El segundo aspecto, la segunda razón, se vincula con la validación de un modelo en apariencia eficaz para tratar otras perturbaciones. Este trabajo, pretende incidir en la visión que se tiene sobre el tema, y ampliar las posibilidades de comprensión del tema, en el marco del modelo cognitivo conductual.

La realización de un servicio a las millones de personas que padecen en situación de hablar en público, se ha convertido en una motivación suficiente para impulsar el abordaje profundo de este aspecto y aportar concepciones y procedimientos de valor teórico y utilidad práctica.

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

En razón de los argumentos previamente planteados, y de la determinación de que esta investigación contribuya a la solución del problema planteado, se ha

establecido como objetivo general: Determinar la forma como se relaciona la aplicación de estrategias cognitivas y conductuales, con el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico en personas que requieren hablar en público.

1.3.2 Objetivos Específicos

Asimismo, se han planteado como objetivos específicos:

1. Describir los planteamientos teóricos que definen el modelo cognitivo conductual.
2. Identificar las estrategias consideradas efectivas para el afrontamiento del Miedo Escénico, en el marco del modelo cognitivo conductual.
3. Proponer un modelo de técnicas para el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico.
4. Señalar los aspectos que pudieran considerarse como ejes de influencia en la aparición y sostén de la respuesta de Miedo Escénico.

1.4 Alcances

Esta investigación aspira definir con la mayor claridad posible, la relación entre cogniciones, emociones y conductas, así como establecer la existencia de vínculos causales o correlativos, de orden psicoterapéutico, entre la aplicación de estrategias cognitivas y conductuales, y el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico.

1.5 Limitaciones

Esta investigación trabaja en la comprensión del tema del Miedo Escénico, pero no pretende agotar los espacios de búsqueda ni las necesidades de ampliación conceptual o psicoterapéutica, dada la diversidad de ángulos posibles de investigación, las restricciones de tiempo y las limitantes bibliográficas que existen sobre el tema específico.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1 Diseño de la Investigación

Desde el punto de vista metodológico, queda establecido que la actual investigación se caracteriza por ser una investigación de cualitativa, aplicada, descriptiva y documental.

Cualitativa

Se define como investigación *cualitativa*, por cuanto se ha servido de estilos metodológicos vinculados, más con el esquema hermenéutico que con la metodología de verificabilidad positivista. Los datos recopilados fueron objeto de análisis interpretativo, esto, con la finalidad de facilitar la comprensión de los fenómenos estudiados, así como de lograr, en lo posible, generar conocimiento útil que estimule, en un criterio heurístico, nuevas preguntas, reflexiones y estudios relacionados.

Para Kerlinger y Lee (2002), no todos los estudios pueden cuantificarse. Por lo cual, casos como las investigaciones sociales y conductuales, basadas en observaciones discretas de campo, que se realizan sin utilizar estadísticas, encajan en su perfil de opciones investigativas.

Para algunos autores, la investigación cualitativa está basada en el paradigma de investigación naturalista, cuyas remisas, fundamentales, son:

- Se reconoce la existencia de múltiples realidades y no una realidad única y objetiva, sino una construcción o un constructo de las mentes humanas, y por tanto, la “verdad” está compuesta por múltiples constructos de la realidad.
- Persigue comprender la complejidad y significados de la existencia humana, así como contribuir a la generación de teorías.

- El proceso de investigación es inductivo, es decir, no utiliza categorías preestablecidas, se desarrollan conceptos y establecen las bases de teorías a partir de los datos recogidos.

- La investigación se desarrolla en un contexto natural, sin someterlos a distorsiones ni controles experimentales. Se trata de comprender a las personas dentro de su contexto.

- El investigador se reconoce como parte del proceso de investigación, asume sus valores, experiencias y sistemas de conocimiento de la realidad.

La visión cualitativa, pretende explicar los fenómenos desde la interpretación subjetiva de las personas, y examina el modo en que se experimenta el mundo. Para ella, la realidad que interesa, es la que las propias personas perciben como importante (http://74.125.47.132/search?q=cache:AmMyhFWXVtQJ:www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_24.pdf+investigacion+cualitativa&cd=49&hl=es&ct=clnk&gl=ve).

Aplicada:

Sabino (1987) afirma que esta investigación es *aplicada*, por cuanto su propósito final es resolver un problema científico que tiene correspondencia en la vida cotidiana, y realizar con las herramientas derivadas del estudio, un aporte de orden teórico y psicoterapéutico, con aplicación práctica posible e inmediata.

Descriptiva:

Para Tamayo (2007) la investigación es descriptiva cuando “comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos”.

Con base en esa premisa, se afirma que esta es una investigación descriptiva, pues pretende caracterizar un hecho, fenómeno, individuo o grupo, para proceder a establecer su estructura o comportamiento. En este caso concreto, el hecho es la respuesta de Miedo Escénico, de la cual se busca conocer y comprender los aspectos fundamentales que le caracterizan.

Documental

Finalmente, se trata de una investigación documental, que consiste en la presentación de un escrito formal metodológicamente correcto, que trata de manera selectiva sobre lo que ciertos expertos han descubierto o expresado sobre un tema determinado, ideas que se vinculan con los planteamientos del investigador.

En cuanto al tema específico de la investigación, la consulta documental se basará en la descripción y análisis de varias teorías que versan sobre el Modelo Cognitivo Conductual, y la aplicación de técnicas derivadas de sus postulados, para el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico. La información se recopiló principalmente de textos especializados, de publicaciones científicas y documentos electrónicos de la red de internet.

CAPÍTULO III

MARCO TEORICO

3.1 Antecedentes de la Investigación

En este capítulo se muestran antecedentes de la investigación y las bases teóricas que apoyan y sustentan las afirmaciones y postulados que se presentan. En relación con el tema del Miedo Escénico y las estrategias cognitivas y conductuales para su afrontamiento eficaz.

Hernández, Fernández y Baptista (2003), señalan que el marco teórico es la parte de la investigación en la que se da sustento teórico, y en la que se analizan y exponen las teorías, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes considerados válidos para el correcto encuadre del estudio.

Quiroz (2000), realizó una investigación denominada “Programa de Entrenamiento Asertivo para la Disminución de la Conducta Tímida”. El estudio tuvo como finalidad el diseño de un programa para disminuir conducta de timidez manifiesta en los adolescentes de la U.E. Colegio “José Ribas”, ubicado en el Municipio San Cristóbal, Estado Táchira. El Estudio se realizó a través de una investigación de campo con paradigma cuantitativo, diseño cuasi-experimental, para la cual se establecieron dos grupos, uno de control, y otro experimental, cada uno de 18 alumnos. Se elaboró un instrumento que fue considerado como el pre-test y post-test con una confiabilidad de 0,89 calculada a través del Alpha de Crombach. El análisis estadístico utilizado fue la prueba T o T de Student. Dando como resultado luego de aplicar el programa que los sujetos del grupo experimental disminuyeron las conductas tímidas. Pudiéndose establecer como conclusión que el programa es válido para la disminución de conductas de timidez en adolescentes. Este estudio favorece la expectativa planteada en una de las hipótesis básicas de la investigación, referida a

la posibilidad de crear cambios en los comportamientos no operativos y favorecer la adquisición de conductas operativas y eficaces en los sujetos de trabajo, a través de la aplicación de un plan de abordaje cognitivo conductual.

También, Morales (1996), realizó un estudio sobre las actitudes sociales del niño con características de timidez, en la Universidad Católica Andrés Bello de Caracas. Utilizó una metodología de tipo estudio exploratorio con 83 adolescentes escolarizados, de un sector de clase media alta del Estado Miranda. Este trabajo arrojó como resultados que los adolescentes en su objetivo de estudio manifestaron, en su mayoría, actitudes desfavorables hacia actividades grupales, y en un porcentaje del 85% mostraron escasa iniciativa para establecer relaciones interpersonales y manejo de las conductas públicas. Este estudio refuerza el planteamiento de la necesidad de abordar los comportamientos tímidos que limitan los contactos interpersonales y bloquean la libre expresión de las ideas y sentimientos.

Silva (2007) desarrolló un estudio sobre “Miedo Escénico de músicos académicos”, realizada desde la perspectiva del Construccinismo Social de Gergen. En este estudio se realizaron entrevistas a 10 músicos académicos, las cuales se abordan desde el análisis de discurso, a partir de los planteamientos de Edwards, Potter y Fairclough. Se concluyó que es posible entender la emoción como un fenómeno vivenciado subjetivamente, pero generado y compartido socialmente, dentro del marco de los planteamientos teóricos del socio construccionismo, la psicología discursiva y el análisis crítico del discurso. Además, que existe una pérdida de la naturalidad en la ejecución del músico por efecto del Miedo Escénico y una postura subjetiva resumible en una autopercepción del músico como “evaluado”, “minimizado”, “responsable”, “amenazado” e “insuficiente”. Este estudio aporta una visión sobre la relación entre cogniciones de autovaloración y alteración o empobrecimiento de la eficacia funcional.

Yagosesky (2007b) realizó un estudio orientado a relacionar la reducción de los niveles de Miedo Escénico, y la aplicación de un Programa Cognitivo Conductual en alumnos de Talleres de Oratoria de la empresa CENIT. El estudio se enmarcó en la modalidad de proyecto factible. El diseño de la investigación, fue de tipo no

experimental, transeccional, transversal y relacional. La muestra fue probabilística, tomada de forma aleatoria. La obtención de los datos se logró con la aplicación de un instrumento novedoso, validado por juicio de expertos, contentivo de 30 “ítems”, de los cuales 12 midieron los síntomas fisiológicos, 10 los síntomas cognitivos y 8 los síntomas conductuales, en categorías de intensidades leve, moderado e intensa. Los datos fueron analizados bajo los parámetros de frecuencia y porcentajes, y arrojaron una vinculación evidente de las variables, pues hubo una reducción de los niveles de Miedo Escénico: algunos síntomas desaparecieron y otros redujeron su intensidad. Por los resultados, se concluyó que la aplicación de un Programa Cognitivo Conductual redujo los niveles de Miedo Escénico de los sujetos de investigación.

3.2 Bases Teóricas

Las bases teóricas de una investigación, representan pilares fundamental del trabajo investigativo por cuanto aportan las visiones paradigmáticas que permiten un adecuado y coherente análisis de los resultados obtenidos en el trabajo.

3.2.1 Una aproximación epistemológica

Martínez (2009) afirma que la elección de un enfoque epistemológico y metodológico para estudiar los problemas humanos, determinará el tipo de problemas a investigar, las técnicas a utilizar, las teorías que se construyan y el valor del aporte que se brinde al bienestar del ser humano. Apoyándose en Husserl, afirma que a cada cosa, por su modo de ser o de darse, le corresponde un determinado modo de conocer, por lo que al asumirse que el mundo, el sistema de vida humano es un entramado complejo y dinámico que opera en perpetuo movimiento y en constante cambio por ser un sistema abierto, es lo adecuado asumir para el tratamiento investigativo de sus problemas, un paradigma amplio. Siendo así, para los efectos de esta investigación, se tomará como paradigma epistemológico de abordaje y estudio, el “paradigma sistémico”, que postula una relación dialéctica entre el conocedor y el objeto

conocido, lo cual aporta una visión esencialmente “perspectivista”, que influye en el tipo de conceptualización y categorización que se haga del objeto de estudio.

Este paradigma supera la visión lineal de causa y efecto típicas de la concepción positivista, y adopta un sentido más abarcante y complementario, tal y como según Martínez (Ob.cit) lo concebía Niels Bohr, cuando se refería al comportamiento de la luz, y señalaba que a veces se revelaba como “onda” y otras más bien como “partícula”. Bohr afirmaba que aunque el fenómeno en apariencia se revelara como contradictorio, en realidad se podía entender con base a siete presupuestos esclarecedores propuestos por Ornstein, a saber:

1. Determinado fenómeno se puede presentar ante el observador de modo conflictivo.
2. La descripción de este fenómeno depende del modo de observarlo.
3. Cada descripción racional tiene una lógica consistente.
4. Ningún modelo puede subsumirse o incluirse en otro.
5. Ya que supuestamente se refieren a una misma realidad, las descripciones complementarias no son independientes unas de otras.
6. Los modos alternos de descripción nunca llevan a predicciones incompatibles.
7. Ninguno de los modelos de un fenómeno es completo.

En el abordaje de los eventos humanos, este modelo permite ir más allá del análisis de adiciones simples y asociaciones de elementos, para avanzar hacia una manera de investigar y de razonar, que identifica estructuras y determina funciones de los eventos o conductas, a través de una descripción cuidadosa de las condiciones de su aparición desarrollo y permanencia. (Martínez, ob. cit.).

Se entiende, desde aquí, en concordancia con los postulados de Popper, que la ciencia no es más que un conjunto de teorías o hipótesis provisionales inicialmente sostenidas por evidencias refutables (http://es.wikipedia.org/wiki/Karl_Popper).

Un refuerzo de este paradigma, lo constituyen las reflexiones sobre la complejidad. Morin (2007) ofrece la visión del paradigma de la complejidad en oposición a la visión simplificada y lineal de la ciencia tradicional positivista. Postula

la necesidad de un abordaje amplio y sistémico del conocimiento y ofrece unas pistas de acceso que pueden resumirse de la manera siguiente:

1. Existen paradigmas ocultos que nos gobiernan.
2. No existen sistemas simples, únicamente formas simplificadoras de percibir.
3. El principio de simplicidad separa lo unido (disyunción) y une lo separado (reduccionismo).
4. Toda realidad es multidimensional.
5. Se requiere una nueva ciencia no reduccionista y no fragmentada.
6. Cada persona tiene multiplicidad de identidades.
7. No hay realidad que pueda comprenderse de manera unidimensional.
8. En contextos complejos (crisis) se hace imposible predecir.
9. Debemos desconfiar de los absolutismos y las certezas.

3.2.2 El Modelo Cognitivo Conductual

Para los efectos de este estudio, se definirá “modelo”, como: “la representación abstracta, conceptual o gráfica, que permite describir, simular o explicar ciertos fenómenos o procesos” (http://es.wikipedia.org/wiki/Modelo_cient%C3%ADfico).

Un modelo que propone ideas útiles para la resolución del problema científico planteado en esta investigación, es el modelo Cognitivo Conductual. Seguidamente se describirán sus postulados fundamentales:

El modelo Cognitivo Conductual, también conocido como Modelo Cognitivo, es una representación que integra de manera complementaria las visiones teóricas y psicoterapéuticas de la Psicología Cognitiva y la Psicología Conductista. Obst (2008), señala que la premisa más representativa de este modelo, es que aunque muchos trastornos tienen causa orgánica o fisiológica, buena parte de ellos tienen una causa predominantemente cognitiva, cultural, educativa, ideológica o filosófica.

Así, la causa central de los trastornos, descansaría en la forma de pensar del sujeto sobre el problema que vive, sobre el mundo o sobre la vida. El pensamiento clave del modelo cognitivo conductual, es que como lo dijera Epícteto hace casi

2.000 años, es que las personas se perturban “no por los hechos, sino por los pensamientos que tienen acerca de esos hechos”. Siendo así, se plantea que la modificación de la conducta debe considerar la modificación cognitiva, para lo cual se requiere conocer las cogniciones, y luego modificarlas, para influir en las reacciones emotivas y en los comportamientos finales, visibles, de carácter objetivo.

Aunque muchos autores afirman que hay marcadas diferencias entre lo cognitivo y lo conductual, según Kort (2003) Eysenck considera que “toda terapia conductual es a la vez cognitiva, pues las cogniciones, son conductas”. (p.17).

Por su parte, Begley (2008) confirma esta percepción, basándose en las Neurociencias y las experiencias probadas de “neuroplasticidad cerebral”, constructo según el cual las cogniciones (pensamientos, ideas, creencias), modifican físicamente el cerebro.

Para José Dahab, Minici y Rivadeneira, el modelo Cognitivo Conductual constituye la evidencia de existencia de un movimiento contemporáneo de integración que posee lineamientos éticos y bases filosóficas y metodológicas específicas, que se integran adecuadamente con las ciencias del comportamiento. Para ellos, se trata de un modelo integrado (une lo cognitivo con lo conductual) y educativo (cómo aprender y desaprender) que incorpora en su estructura cuatro modalidades de acción terapéutica: Condicionamiento clásico (aprendizaje por asociación de estímulos), Condicionamiento Operante (aprendizaje por reforzamiento), Condicionamiento Social (aprendizaje por imitación) y condicionamiento mediacional (aprendizaje por procesos cognitivos). (<http://www.cognitivoconductual.org/articles/porqtcc.htm>)

Vila y Fernández-Santaella (2004) han señalado que el modelo Cognitivo Conductual es la expresión de un paradigma en el que destaca un conjunto diverso de procedimientos terapéuticos caracterizados por centrar la intervención en la modificación de los medidores cognitivos de las conductas y no en las conductas mismas, y por aceptar que la validez de sus explicaciones deben fundamentarse en datos empíricos y experimentales.

3.2.2.1 La Psicología Conductista

Legrenzi (1986), define al Conductismo como una rama de la Psicología, que pretende ubicar a la ciencia psicológica entre las ciencias naturales, para lo cual se adhiere a la investigación experimental y asume como objeto de estudio la conducta observable (comportamientos) y desecha los contenidos invisibles, incluida la consciencia.

De acuerdo con Yagosesky (2009a), el Conductismo es una parte de la Psicología, de base epistemológica positivista, que postula como único objeto de la ciencia psicológica la conducta observable, y cómo su método de investigación, el experimental. Sus dos pretensiones principales, son: Explicar la conducta humana sobre la base de la relación del sujeto con el ambiente y dar carácter de ciencia natural a la Psicología, desechando elementos introspectivos y duales. Se considera a J. B. Watson como su fundador y al año 1913 como el punto de partida oficial de esta corriente. Como sus antecedentes teóricos más importantes, se han señalado al fisiologismo y al funcionalismo.

Desde el punto de vista histórico, en Matson (1984) se señala la existencia de tres momentos o etapas identificables del Conductismo:

- El Conductismo clásico: De 1913 a 1930, enfatizó los trabajos de Watson sobre el potencial experimental y social del reflejo condicionado.
- El Neoconductismo: De 1930 a 1945 se destacó por una desviación el interés empírico hacia una ciencia hipotético-deductiva (Skinner, Tolman, Hull y otros).
- Neoneoconductismo: Tiempo más reciente que incorpora nuevos términos científicos y revierte hacia los intereses clásicos de solución de problemas mentales superiores y metapsicológicos.

Bravo (2001) se ha referido a una serie de investigaciones realizadas por los conductistas para explicar la emergencia y permanencia de ciertos comportamientos. Afirma que la experimentación se ha orientado principalmente al estudio de:

- a) Las interacciones que preceden al comportamiento, tales como el ciclo de la atención o los procesos perceptuales.

b) Los cambios en el comportamiento mismo, tales como la adquisición de habilidades.

c) Las interacciones que siguen al comportamiento, como los efectos de los incentivos o las recompensas y los castigos.

d) Las condiciones que prevalecen sobre la conducta, tales como el estrés prolongado o las carencias intensas y persistentes.

Asimismo, señala los aportes más importantes que a su juicio, son adjudicables al Conductismo:

- Reemplazar la concepción mecánica de la relación estímulo-respuesta por otra más funcional que hace hincapié en el significado de las condiciones estímulares para el individuo.

- Introducir el empleo del método experimental para el estudio de los casos individuales.

- Demostrar que los conceptos y los principios conductistas son útiles para ayudar a resolver problemas prácticos en diversas áreas de la psicología aplicada. (<http://www.ideasapiens.com/psicologia/cientifica/conductismo.htm>)

Críticas al Conductismo

Pese al innegable valor del conductismo como corriente psicológica, y a sus importantes y todavía vigentes, aportes en la empresa y la educación, fue objeto de serias críticas que abrieron paso a un nuevo paradigma. Según Yagosesky (2008c) entre las objeciones que se le hicieron al conductismo, destacan:

- Reduccionismo: Se centraba en la teoría en la asociación de estímulos y respuestas (ER) y después, en las consecuencias de la conducta que provenían del ambiente y se expresaban luego de la emisión de las conductas. (ERC)

- Objetivismo: Daba prioridad a la conducta visible y medible y desconocía los procesos mediacionales de tipo cognitivo, subvaloraba la idea de motivación previa de la conducta, y el significado de la conducta, y desconocía la posibilidad de estados no conscientes y estructuras complejas como las que para otras visiones se

denominaban “esquemas o mapas cognitivos”

- Pragmatismo: Se le acusaba de ser un modelo que concebía la conducta como basada en reflejos, premios y castigos, que ignoraba aspectos asociados con valores y tendencias no predecibles como la creatividad o la originalidad. (http://www.laexcelencia.com/asp/public_articles_show1.aspx?i=240)

Otro aspecto favorable al cambio de perspectiva, fue la constatación de que el conductismo no permitía esclarecer los motivos y el significado de la conducta. Esto dio paso a una nueva visión de las posibilidades de investigación de la conducta humana (Martínez, 2004).

3.2.2.2 La Psicología Cognitiva

Los datos históricos afirman que la Psicología Cognitiva surgió en un contexto en el cual el modelo teórico y terapéutico del conductismo resultaba limitado para explicar los procesos no observables pero influyentes en el comportamiento normal o desadaptado. Esa crisis del conductismo, junto al nacimiento de la gramática transformacional, de la teoría de la información y de la ciencia computacional, provocaron gran interés por retomar el tema de la mente, tratado antes por el Psicoanálisis, y se produjo un posicionamiento del cognitivismo como un paradigma integrador, en virtud de su amplitud y sus potenciales aportes:

- Una teoría evolucionista del aprendizaje y la organización de la experiencia subjetiva, coherente con el desarrollo filogenético y ontogénico del sistema nervioso humano.

- Una teoría contrastable y verificable científicamente. Y un marco de confluencia de distintas orientaciones de la psicoterapia que explican el cambio y la estabilidad de la conducta en base a procesos cognitivos (<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual1.htm>).

Conceptualmente, la Psicología Cognitiva es una rama de la Psicología cuyo objeto de estudio son los procesos de pensamiento, las percepciones y cogniciones. Uno de sus modelos internos, de gran vigencia actual es el modelo del

“procesamiento de la información”. Esta tendencia considera que el aprendizaje es un proceso en el que se crean o modifican significados de manera interna, como consecuencia de la interacción del individuo con su entorno, de donde se generan representaciones mentales del mundo exterior. Estudia como prioritario, fenómenos complejos como: la atención, la percepción, la memoria, el lenguaje, el pensamiento y la inteligencia, entre otros (<http://tuzos-produccioneshidalguenses.blogspot.com/2008/04/el-paradigmacognitivo.html>).

En Vila y Fernández-Santaella (2004) se hace referencia a un grupo de postulados principales que guían el razonamiento cognitivista:

- 1) Las personas responden a representaciones cognitivas del ambiente, más que a los eventos o acontecimientos *per se*.
- 2) El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- 3) La cognición media las disfunciones emocionales y conductuales sin que se afirme una relación lineal en que lo primero sea la cognición.
- 4) Al menos algunas cogniciones o formas de cognición pueden ser evaluadas objetivamente.
- 5) Algunas formas de cognición pueden ser modificadas.
- 6) El cambio cognitivo puede cambiar los patrones disfuncionales de las emociones y las conductas.
- 7) Los métodos cognitivos y conductuales de cambio terapéutico son deseables, y pueden quedar integrados en un modelo común cognitivo conductual.

La Evolución de la Psicología Cognitiva

La Psicología Cognitiva no fue siempre lo que ahora es. Ha pasado como todas las corrientes de pensamiento por diversas etapas, se pueden estimar en cuatro esas fases o etapas:

Fase 1: Los Almacenes Sensoriales: Se adjudica a Atkinson y Shiffrin, quienes postularon, a finales de los años sesenta, que la mente opera con base en la memoria,

y que esa memoria podía definirse como la capacidad humana para registrar, retener y recuperar información en corto, mediano y largo plazo.

Fase 2: La modularidad: Se asocia con Marr, Fodor, Baddeley y Hitch, y se basa en que “el sistema mente-cerebro trabaja seccionado, es decir, que ciertos sectores del cerebro operan o dirigen propiedades particulares, aunque en ocasiones especiales, que involucran operaciones mentales superiores, pueden integrarse y funcionar interconectadas en equipo”.

Fase 3: El Conexionismo: También denominado esquema de Procesamiento Distribuido en Paralelo (PDP) esta propuesta atribuida a McClelland y Rumelhart, concibe al cerebro como un sistema de redes inteligentes capaces de aprender, que combinan procesos excitatorios e inhibitorios dependiendo del requerimiento.

Fase 4: El Enfoque Enactivo: Este enfoque fue postulado por Francisco Varela y sus colaboradores, quienes entienden la cognición como producto del proceso de acción constructiva de la persona en el mundo. Para Varela y otros (1997) en el enfoque enactivo no existen representaciones, ni se entiende la cognición como representación, pues esta idea presupone: a) la existencia de un mundo con propiedades particulares, que “captamos” o “recobramos”, para representárnas internamente, y b) la suposición “a priori” de la existencia de un “nosotros” subjetivo, separado del sujeto actor real. De esta manera, el enfoque asume la cognición como un punto creativo que emerge desde la acción misma.

Para Yagosesky (2009b), debe atenderse a la propuesta de Guidano y también de Maturana, quienes consideran que las hipótesis cognitivistas tradicionales deben ser revisadas, pues conservan visos de un empirismo ya caduco, que colocaba al observador a distancia de lo observado. Maturana postula la existencia de muchas formas de percibir la realidad (Multiverso) en lugar de una forma única (Universo), pues a su juicio existe una trama compleja de realidades que ocurren simultáneamente, y cuya distinción crea el punto de vista del observador, quien siempre está implicado en aquello que descarta, o aquello que acepta y que asume como realidad.

Esta perspectiva resulta crucial en el contexto psicoterapéutico, pues desde esta visión, ya el organismo no se adaptaría a un determinado orden de realidad preexistente, y el terapeuta no valoraría una realidad como “externa y objetiva”, sino que más bien lo construiría en razón de su capacidad autoorganizativa, y le asignaría un orden temporal, perceptivo, emotivo y cognitivo.

Visto así, quedaría superado el “representacionismo” de la realidad, postulado por los modelos cognitivos tradicionales, pues “en una óptica ontológica, conocer es vivir, y es existir, siendo indiferenciables ambos aspectos”.

http://www.inteco.cl/articulos/011/texto_esp.htm

Los Enfoques de la Psicología Cognitiva

El modelo Cognitivo Conductual no es una manera única de concebir al ser humano. Existen, bajo su manto, varios enfoques reconocibles. Semerari (2002) citando a Mahoney, quien ha calculado la existencia de unos veinte enfoques diferentes adscritos a los postulados generales de la Psicoterapia Cognitiva, cuyo hilo conductor común es la importancia que conceden a las estructuras de significado y a los procesos de elaboración de la información. Las diferencias se muestran en algunos aspectos teóricos y clínicos, que derivan en especificidades del proceder terapéutico.

En términos básicos, puede considerarse la existencia de dos grandes movimientos o enfoques en la Psicoterapia Cognitiva: la Terapia Cognitiva Estándar y la Terapia Cognitiva Moderna (también denominada postmoderna). De acuerdo con Obst (2008) dentro de la Terapia Cognitiva estándar, se incluyen: Albert Ellis (TREC), Aaron Beck (Terapia Cognitiva) y Jeffrey Young (Terapia de los Esquemas). Y en la corriente más moderna, estarían y los denominados postracionalistas, como: Michael Mahoney y Vitorio Guidano (Terapia Constructiva) y Martín Payne y Oscar Goncalves (Psicoterapia Narrativa).

Para Yagosesky (2009b) el grupo de los post-racionalistas debería incluir a George Kelly, a pesar de ser un fundador de este modelo y un pionero exponente de una teoría concebida y conocida antes que la de Ellis y Beck, pero que ha tenido el

privilegio de resurgir en un contexto de auge constructivista y postmoderno (ver Cuadro 2).

Cuadro 2

Enfoques en la Psicoterapia Cognitiva Clásica y Postmoderna

<p>ENFOQUES CLASICO (Positivista /Objetivista)</p>	<p>Terapia Racional Emotiva Conductual Albert Ellis (*)</p>
	<p>Terapia Cognitiva Aaron Beck</p>
	<p>Terapia de los Esquemas Jeffrey Young</p>
<p>ENFOQUES POSTMODERNOS (Constructivista / Postracionalista)</p>	<p>Terapia Constructiva Michael Mahoney</p>
	<p>Terapia Cognitiva Postracionalista Vitorio Guidano</p>
	<p>Terapia de los Constructos Personales George Kelly</p>
	<p>Terapia Narrativa Martín Payne – Oscar Goncalves</p>
<p>(*) En tránsito hacia la visión constructivista</p>	

Nota: Cuadro elaborado con datos tomados de La Terapia cognitiva integrada y actualizada por Obst, Julio. 2008.

3.2.2.2.1 Los enfoques de la Psicoterapia Cognitiva Clásica

A continuación se describirán los enfoques más destacados en Psicoterapia Cognitiva, con los postulados particulares y diferenciadores que los caracterizan como tendencias identificables dentro del modelo cognitivo conductual.

3.2.2.2.1.1 La Terapia Racional Emotiva Comportamental

En opinión de Kritz (2001), la Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) es una forma de terapia directiva, de eficacia comprobada, que fue desarrollada por Albert Ellis en 1956, y que se basa en la idea general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamientos equivocados o irracionales que deben ser debatidos y sustituidos. Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o suposiciones que una persona expresa de sí misma, del mundo y de las cosas que le suceden.

La TREC y el proceso por el que produce el cambio en el paciente, se explica en términos de una cadena de acontecimientos: A -B -C -D -E, en la que, los aspectos “ABC” se relacionan con los procesos potencialmente generadores de problemas emocionales, y los aspectos “D y E”, con las soluciones. Obst (2008) ha escrito que las equivalencias de estos factores asociados con las letras, se expresan así:

A: Equivale al evento o acontecimiento activador al externo al que la persona se expone. (Activating Event) Ejm: Hablar en público

B: Pensamientos, cogniciones o autoverbalizaciones de la persona, en respuesta a “A” (Belief System) Ejm: “no voy a poder expresarme correctamente”, “me van a criticar”, etc.

Ellis clasifica en cuatro tipos las cogniciones:

- Observaciones no evaluativas sobre los eventos (el hombre está caminando)
- Inferencias no evaluativas (el hombre está caminando porque va apurado)
- Evaluaciones preferenciales (me gusta escuchar música)
- Evaluaciones demandantes (Deberías amarme más)

Para Vila y Fernández-Santaella (2004), esas llamadas “evaluaciones demandantes”, tienen tres características.

1) Son irracionales por ser empíricamente falsos, ya que se puede demostrar su falsedad por métodos científicos-positivos.

2) Son disfuncionales, ya que producen o pueden producir patología.

3) Son automáticos: están tan bien aprendidos que no notamos su existencia y de su papel mediador en emociones y actos.

Ellis los denomina “creencias irracionales” y los asocia con una tendencia innata de los humanos de actuar de manera irracional o autosaboteadora.

C: Significa la reacción emotiva o conductual derivada o vinculada con la situación activadora y la significación que se le asigna (Consequence). Ellis las clasifica en “funcionales” o “disfuncionales”, en razón de que favorezcan o no sean adversas a la preservación de la vida, de la salud, de la solución de problemas, de las metas y objetivos de la persona, y que no estimulen sufrimiento, al menos no innecesario o exagerado,

D: Representa el Debate, es decir, los intentos del terapeuta de modificar con el apoyo de diversas técnicas, lo que ocurre en “B” Aquí el terapeuta le mostrará al paciente cómo descubrir, debatir y discriminar sobre sus pensamientos irracionales y en su lugar sustituirlos por pensamientos asertivos.

E: Emociones y conductas nuevas surgidas a raíz de “D”, Ejm: “puedo quererme más a mí mismo”, “me mantendré emocionalmente controlada”.

En esencia, la TREC postula idea de que nos perturbamos emocionalmente, debido a que nuestras creencias toman la forma de afirmaciones absolutas y en vez de aparecer en nuestra mente como deseos o preferencias, las convertimos en demandas excesivas sobre nosotros o sobre los demás.

Ellis y MacLaren (2004) afirman que existe una gran variedad de “errores de pensamiento” típicos en los que la gente se pierde, incluyendo, entre los cuales destacan: Ignorar lo positivo, exagerar lo negativo, y generalizar.

Además, establecen las siguientes como las cuatro creencias irracionales principales o demandas:

- a. Absolutismo: Ejm: “No debo nunca ser acusado falsamente”.
- b. Horrorización: Ejm: “Es horrible ser acusado falsamente”.
- c. Insoportabilidad: Ejm: “No puedo soportar ser acusado falsamente”.
- d. Condena: Ejm: “Soy una persona malvada”. Ejm: “Las mujeres son malas”.

En un marco ampliado, he aquí las once creencias fundamentales que han quedado de la depuración de creencias principales de la TREC:

1. Debo ser querido por todas las personas que considero importantes.

2. Debo ser siempre competente.
3. Todas las personas deben tratarme con consideración y justicia y si no lo hacen, son seres despreciables y malos y merecen ser castigados severamente.
4. Debo sentirme siempre a gusto y es terrible y catastrófico si las cosas no salen como yo quiero.
5. La felicidad y la infelicidad están causadas externamente y no puedo hacer nada para controlar mis sentimientos.
6. Si algo malo puede ocurrir, debo estar preocupado o asustado por la posibilidad de que ocurra.
7. Es mejor evitar los problemas de la vida que hacerles frente.
8. Es bueno depender de otras personas más fuertes que nosotros para poder apoyarnos.
9. El pasado determina el presente y si algo malo ocurrió volverá a ocurrir
10. Debo asumir los problemas de otros como propios y sufrir por ellos.
11. Sólo existe una solución perfecta para cada problema y no tenerla es una desgracia.

Hay tres aspectos acerca de la TREC, que es aconsejable mencionar:

A. Ellis considera interactivas las relaciones entre los acontecimientos activantes (A), las creencias (B) y las consecuencias (C), con lo cual rompe la idea secuencial del pensar, sentir y actuar (PSA). Afirma que las creencias no siempre desempeñan un papel mediador, pues pueden ser también consecuencia y no causa de las reacciones emocionales y de las propias conductas, o ser un elemento acompañante más.

B. La TREC aunque comenzó bajo el paraguas epistemológico del positivismo, asumió la visión abarcante y flexible del constructivismo. Por eso destaca Obst (2008) refiriéndose a ese tema, que la TREC asume como el evento activador no lo que ocurre en ambiente sino la forma como la persona valora el evento y cita a Ellis quien ya en 1994 expresó que la TREC era una propuesta constructivista que acepta la realidad externa no como algo que existe en si mismo sino como una construcción auto-organizada de donde se generan reglas e ideas.

Asume, además, que no existe un punto de vista objetivo desde el cual juzgar si algo es una verdad absoluta, todas las teorías e inclusive los hechos, son construcciones humanas, podemos entonces afirmar que, en razón de ciertos objetivos prácticos, un conocimiento es “mejor” que otros.

3.2.2.2.1.2 La Terapia Cognitiva

Uno de los enfoques de mayor prestigio dentro del modelo cognitivo, es la Terapia Cognitiva (TC). De acuerdo con Obst (2008) este modelo considera que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción e interpretación de los eventos, y no por las situaciones. Para este autor, el esquema de la TC se resume como sigue (ver Gráfico 1):

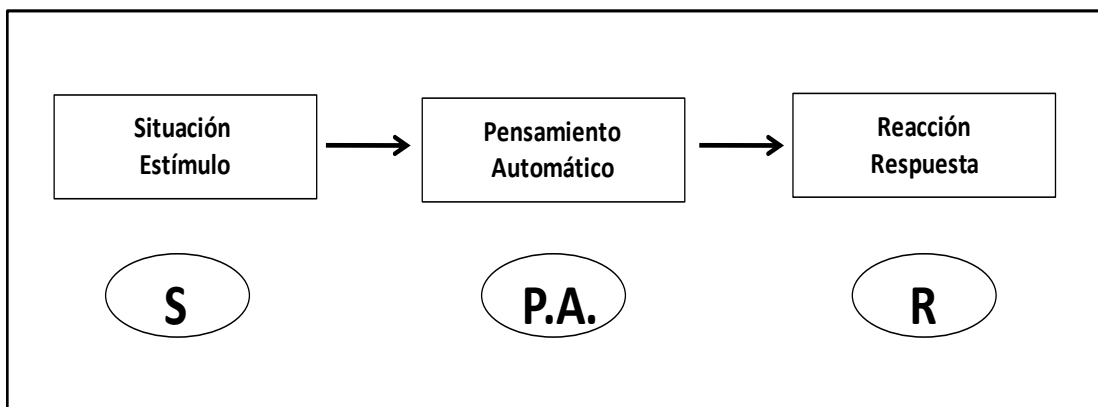


Gráfico 1. Esquema de la Terapia Cognitiva de Beck. Tomado de La terapia cognitiva integrada y actualizada por Obst, Julio, 2008. Impreso con permiso del autor.

En este esquema las *situaciones/estímulos* pueden ser tanto internas como externas. Entre las internas se mencionan sensaciones, síntomas o imágenes. Las *reacciones o respuestas* pueden ser: Emotivas, conductuales o fisiológicas. Los *pensamientos automáticos* son pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no emana de reflexión o análisis, sino que son impulsivos; pueden tener forma verbal o

de imágenes; y su base de aparición son las *creencias*, es decir, ideas que las personas asumen como ciertas, sin comprobarlas objetivamente.

Adicionalmente, este modelo postula la existencia de otro tipo de creencias denominadas *creencias intermedias* (normas, actitudes y supuestos personales). Finalmente, la TC hace referencia a creencias más profundas, denominadas *creencias nucleares*, generalmente no conscientes y de proveniencia temprana, en los años de la infancia, que están relacionadas con experiencias significativas de vida, y que aparecen como creencias muy definidas que las personas asumen y respaldan sin pensar.

El modelo supone que las creencias se estructuran en forma jerárquica, con lo cual lo que está más visible son los pensamientos automáticos, que son puerta de acceso a las creencias intermedias y desembocarían en el nivel más profundo, el de las creencias nucleares (Ver Gráfico 2).

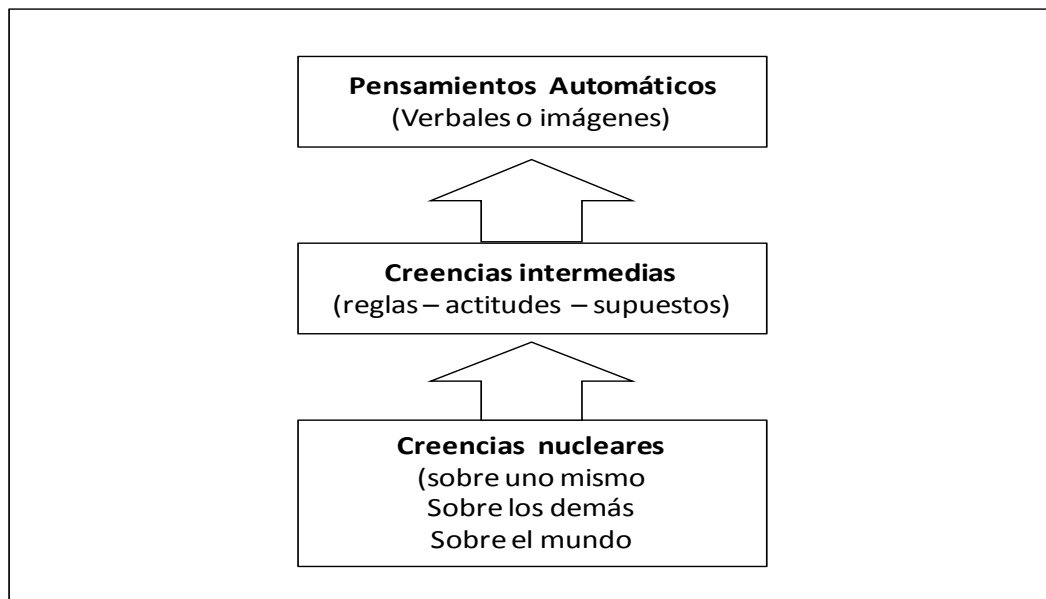


Gráfico 2. Jerarquía de las creencias según la Terapia Cognitiva. Tomado de Introducción a la Terapia Cognitiva por Obst, Julio, 2005 . Impreso con permiso del autor.

Para Risso (2006), la Terapia Cognitiva es un procedimiento terapéutico que enfatiza la modificación de esquemas, procesos cognitivos y productos de las relaciones que estimulan el pensamiento automático o controlado, y de las distorsiones que impulsan la conducta motora y las emociones. Además, afirma que existen siete principios esenciales de esta corriente que todo terapeuta debe conocer:

- 1) La TC se basa en una conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas.
- 2) Enfatiza la colaboración estrecha con el paciente.
- 3) Se orienta en parte, a lograr objetivos, y resolver problemas concretos.
- 4) Educa, guía al paciente a ser su propio terapeuta, a prevenir y evitar recaídas.
- 5) Destaca tanto el presente como el pasado.
- 6) Sus sesiones son estructuradas pero flexibles.
- 7) Usa variadas técnicas para cambiar el modo de procesamiento del paciente.

Semerari (2002), por su parte, considera que el objeto de la Psicoterapia Cognitiva es el desarrollo de la *metacognición*, entendida como la “capacidad para realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre las conductas psicológicas propias y ajenas, y la capacidad de utilizar dichos conocimientos para resolver problemas y controlar estados mentales específicos, fuente de sufrimiento subjetivo” (p. 25). Para el autor, la esencia de la psicoterapia consiste en detectar el déficit meta-cognitivo, para poder orientar la terapia hacia la recuperación o la compensación de la función deficitaria específica detectada.

Un concepto fundamental de la TC es el de “*Distorsión Cognitiva*”, que alude a errores en la manera de procesar los eventos y experiencias alterando aspectos de estos y presentándolos en la mente de manera distorsionada. Algunas de las distorsiones presentadas por Beck como comunes y de abordaje necesario, son:

1. *Pensamiento todo-o-nada*: Tendencia a interpretar eventos y personas de manera absolutista, apoyándose en el uso de términos como "siempre", "nunca", "todos", a pesar de no justificarse en razón de los hechos.
2. *Sobregeneralización*: Tendencia a tomar experiencias únicas o aisladas y darle validez general como regla para situaciones similares.

3. *Abstracción selectiva*: Tendencia a enfocarse exclusivamente en ciertos aspectos generalmente negativos de una situación, persona o evento, con lo cual se excluyen otras características o aspectos de la circunstancia.

4. *Descalificar lo positivo*: Tendencia a ignorar, subestimar o criticar experiencias positivas, sin base racional y de forma caprichosa.

5. *Saltar a conclusiones*: Tendencia a asumir algo negativo, cuando no hay pruebas objetivas que lo justifiquen. Se puede manifestar de dos maneras:

A) Lectura de pensamiento: Presuponer las intenciones de otros.

B) Adivinación: Predecir el resultado de eventos antes de que sucedan.

6. *Magnificación y Minimización*: Tendencia a subestimar y sobreestimar la manera de ser de eventos o personas (Ejm: Catastrofización).

Catastrofización: Es una forma de maximización según la cual el sujeto se imagina o anticipa de manera exagerada, posibles eventos negativos que podrían sucederle y afectar sus objetivos. Esto se supone, sin considerar lo improbable de su ocurrencia. Asimismo, se refiere a considerar insoportables situaciones que son incómodas o inconvenientes.

7. *Razonamiento emocional*: Tendencia a formular argumentos basados en cómo la persona se "siente", en lugar de atribuir su estado interno a sus interpretaciones de eventos objetivos.

8. *Debeísmo*: Tendencia a concentrarse en lo que uno piensa que "debería" ser, en lugar de ver las cosas como son. También consiste en tener reglas rígidas que se considera se "deberían" aplicar sin importar el contexto situacional.

9. *Etiquetado*: Tendencia a asignar un nombre a algo, en vez de describir la conducta observada, de manera objetiva en toda su amplitud de detalles. La etiqueta asignada por lo común es en términos absolutos, inalterables o con fuertes connotaciones prejuiciosas y negativas.

10. *Personalización*: Tendencia a considerar que uno u otros son agentes únicos y causales de una situación. Cuando la atribución es negativa, pueden generarse estados de ansiedad y culpa. Cuando se dirige a otros, suele producir enojo y ansiedad de persecución (http://es.wikipedia.org/wiki/Distorciones_cognitivas).

La Psicoterapia Cognitiva de Beck ha desarrollado dos criterios de disfuncionalidad de los pensamientos: La validez (ajuste a la realidad) y las consecuencias (utilidad). Así, los pensamientos considerados disfuncionales, son aquellos que:

- a) Distorsionan la realidad (no se ajustan a los hechos o llevan a conclusiones erradas).
- b) Son causa de perturbación emocional.
- c) Interfieren con la capacidad del paciente para lograr sus metas o son ineficaces o contraproducentes para lograrlas.

Este enfoque ha enfatizado su trabajo teórico y psicoterapéutico en la comprensión del origen y funcionamiento de los esquemas cognitivos, definidos como: reglas específicas que gobiernan el procesamiento de la información y la conducta, que pueden clasificarse en razón del contexto o área con la que se relacionan (personales, familiares, culturales, religiosos, sexuales u ocupacionales); que en razón de su grado de activación, pueden considerarse activos (valentes o hipervalentes) o inactivos (en reposo o latentes); y que poseen una configuración que incorpora cualidades como amplitud, flexibilidad o densidad. Son además, responsables de la secuencia funcional que va desde la percepción del estímulo hasta la conducta final.

En cuanto a su origen, la TC considera que hay esquemas innatos y aprendidos. Unos que nos impulsan a la satisfacción de las necesidades básicas, otros que nos predisponen a reaccionar de formas estandarizadas a los estímulos y que pueden atenuarse o acentuarse (temperamento); y otros esquemas que responden a activadores de tipo cognitivo, emotivo o motivacional. Obst (2008) ofrece una clasificación visual bastante esclarecedor (ver Gráfico 3):

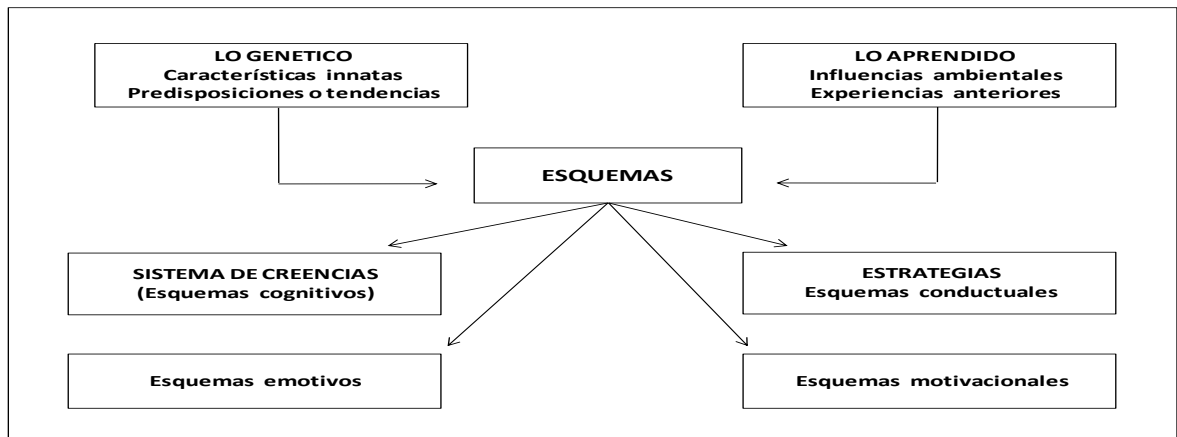


Gráfico 3. Origen y clasificación de los esquemas. Tomado de La terapia cognitiva integrada y actualizada por Obst, Julio, 2008. Impreso con permiso del autor.

En la visión moderna de la TC se considera que las perturbaciones o trastornos de los sujetos demandan un abordaje amplio que integre aspectos cognitivos, emotivos y conductuales, pues un tratamiento unilateral resultaría incompleto e ineficaz.

Un concepto importante en la Psicoterapia Cognitiva, mencionado por Obst (2008) es el que Golfried y Davidson denominaron “La “Paradoja Neurótica”, que hace referencia a un estilo conductual de orientar la acción hacia la satisfacción inmediata de los deseos, aunque los resultados a mediano y largo plazo puedan anticiparse como negativos o autosaboteadores para los valores y objetivos del sujeto. Este estilo conductual fue relacionado por Beck y otros, con tendencias a la aparición y conservación de trastornos.

También se refiere la Terapia cognitiva a tres niveles de funcionamiento del sistema cognitivo:

- El automático (voluntario o pre consciente): Maneja los procesos rápidos, está destinado a resolver situaciones de corto plazo, y no es de procesamiento consciente.
- El consciente: Incluye procesos más lentos, es analítico y puede influir en el nivel automático.

- El meta cognitivo: Opera reflexivamente, pensando sobre los pensamientos. Puede desactivar los pensamientos primarios y los impulsos. Favorece el logro de metas a largo plazo, a pesar de los malestares a corto plazo.

Finalmente se presenta el concepto de “Triada Cognitiva”, constructo teórico que plantea la existencia de tres patrones de pensamiento que estimulan perturbaciones de tipo depresivo y que en su versión moderna se refieren a: Visión negativa de sí mismo, visión negativa del entorno y las experiencias y visión negativa de su futuro (metas) (ob.cit).

3.2.2.2.1.3 La Terapia de los Esquemas

Otro enfoque que se ha ganado un espacio entre los promotores del Modelo Cognitivo Conductual es la *Terapia de los Esquemas*, creada por Jeffrey Young. Para Obst (2005), este es un modelo que busca mejorar los planteamientos de Beck, pues considera que dicho modelo no valora adecuadamente aspectos característicos y realistas de los pacientes como la resistencia al cambio, la baja motivación, y otras limitaciones del modelo de análisis y conversación terapéutica tradicional. Sus conceptos principales son: Los Esquemas Tempranos Inadaptados, las Operaciones de los Esquemas, los Estilos de Afrontamiento, los Modos y los temperamentos.

A. Esquemas Tempranos Inadaptados (ETI)

Young plantea un modelo de esquemas que los clasifica en cinco dominios que agrupan a su vez un total de dieciocho esquemas maladaptativos tempranos (ver Cuadro 3):

Cuadro 3

Esquemas Tempranos Inadaptados de Young

AREA DEL ESQUEMA	TIPO DE ESQUEMA
Desconexión y Rechazo	Abandono/Inestabilidad Des-confianza/Abuso Privación Emocional, Defectuosiad/Vergüenza Aislamiento Social/Alienación
Incapacidad de Autonomía y Desempeño	Dependencia/Incompetencia Vulnerabilidad al Daño o a la Enfermedad Fusión o identidad desarrollada Yo Inmaduro y Fracaso.
Límites Insuficientes	Derecho/Grandiosidad Insuficiente Autocontrol y Autodisciplina.
Gobierno de los Otros	Subyugación o sometimiento Autosacrificio Búsqueda de Aprobación y Reconocimiento.
Hipervigilancia e Inhibición	Negatividad / Pesimismo Inhibición emocional Hiperautocrítica y Sobreexigencia Castigo intolerancia

Nota: Cuadro elaborado con datos tomados de La Terapia Cognitiva integrada y actualizada por Obst, Julio 2008. (p.179)

Acerca del origen de tales esquemas, Young ha señalado que surgen de necesidades emotivas insatisfechas en la infancia, tales como:

- Necesidades de pertenencia: Se refiere a seguridad, estabilidad, afecto, aceptación (la insatisfacción se experimenta como desconexión y rechazo).
- Necesidades de autonomía: Se refiere a competencia, sentido de identidad (la insatisfacción se experimenta como incapacidad de desempeño).
- Necesidades de libertad: Se refiere a expresión libre de los deseos y emociones (la insatisfacción se experimenta como inhibición e híper vigilancia).
- Necesidades de espontaneidad: Se refiere al juego (la insatisfacción se experimenta como sometimiento y auto sacrificio).
- Necesidades de límites: Se refiere a realismo y control (la insatisfacción se experimenta como grandiosidad y superioridad).

B. Las Operaciones

Según el autor de referencia, Young plantea la existencia de dos operaciones fundamentales:

- La perpetuación del esquema: Incluye todo proceso de pensar, sentir y actuar, que sostenga el esquema.
- La sanación de los esquemas: Incluye todo lo que el paciente haga (pensar, sentir, actuar) que reduzca o elimine aspectos del esquema.

C. Los Estilos de Afrontamiento

Para Young, existen ciertos estilos de afrontamiento detectables que las personas usan para manejarse ante la frustración. Estos son:

- Sobre compensación: Ejm: Si fueron sometidos, ahora serán desafiantes.
- Evitación: Se eluden pensamientos o situaciones que pudieran activar el esquema.
- Rendición: Aceptar las pautas del esquema. (Ejm: una persona maltratada busca otra pareja también maltratadora).

D. Los Modos

Los Modos son estilos combinados acción que unifican ciertos esquemas cognitivos y estilos de afrontamiento, que se activan juntos. Estos “modos” cambian en razón de las necesidades y circunstancias. Obst (2008) señala que en términos generales, los modos pueden evolucionar en un marco de parámetros cambiantes (ver Gráfico 4):

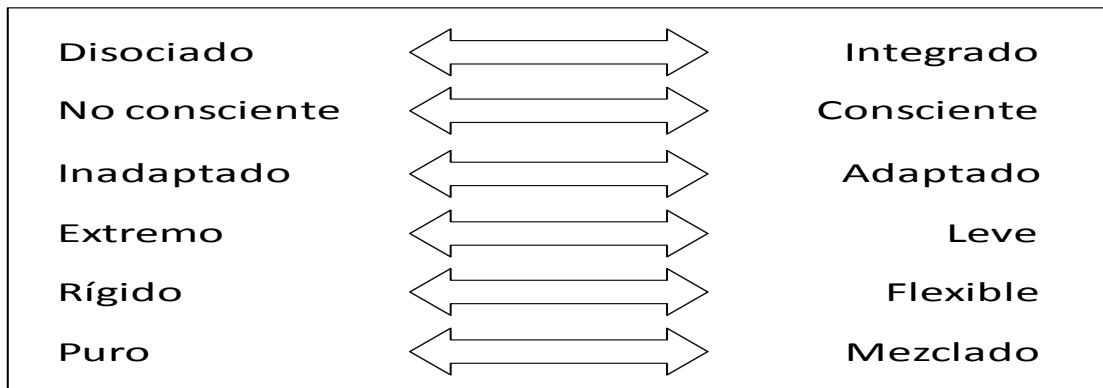


Gráfico 4. Parámetros de los Modos de Young. Elaborado con datos tomados de Introducción a la Terapia Cognitiva por Obst, Julio 2005.

El concepto de Temperamento: Es parte del modelo conceptual de Young. Lo define como una tendencia individual e innata, biológica que muestra estilos de respuesta ante las situaciones. Los clasifica así:

De acuerdo con Riso (2006) un gran aporte de Young es su clasificación de pautas o esquemas mal adaptativos y el tipo de causa que lo produce, y que permite realizar una evaluación, con base a conductas que muestran o sugieran pautas rígidas y disfuncionales:

- *Esquema de abandono:* Pérdida temprana de uno o ambos padres.
- *Esquema de privación emocional:* Negligencia física o emocional.
- *Esquema de dependencia:* Enfermedades física a temprana edad.
- *Esquema de incompetencia o defectuosidad:* Exagerada autocrítica, debido a críticas destructivas constantes hecha por cuidadores poco sensibles y empáticos.
- *Esquema de inamabilidad:* Rechazo por parte de los padres.
- *Esquema de desconfianza:* Abuso de cuidadores u otras personas donde el niño se ve obligado a satisfacer las necesidades de los maltratantes.

El proceso de evaluación y diagnóstico en la Terapia de los Esquemas está claro y definido y puede estructurarse como sigue:

- Identificación de los esquemas.

- Detección del temperamento.
- Identificación de los estilos de afrontamiento.
- Reconocimiento de los modos del paciente.

En este enfoque terapéutico, se considera que la meta de lograr instaurar en la persona un modo adulto saludable, se evidencia cuando se logra la remisión o el control de los modos disfuncionales.

Críticas a la Terapia Cognitiva Clásica

Semerari (2002) plantea las críticas formuladas por Mahoney a la TC clásica.

1. El modelo Cognitivo Conductual (TCC) suele ignorar o reducir la importancia de los procesos inconscientes.

2. El modelo Cognitivo Conductual considera las emociones como un subproducto de las cogniciones. Así, deja de lado el valor informativo de las emociones en los procesos de conocimiento, y lleva a centrar la atención en el control y no en una mayor expresividad terapéutica de las emociones.

3. El modelo Cognitivo Conductual, pese a la inclusión de lo mediacional, valora todavía demasiado al estímulo como elicitador de respuestas, lo que lo mantiene como un modelo sensorial.

4. Los pensamientos automáticos y las convicciones aparecen en el modelo CC como verbalizados, con lo que se genera un isomorfismo pensamiento-lenguaje a todas luces inexacto.

5. Se sobrevalora el factor racional como clave adaptativa.

6. La concepción racionalista y concienzialista, restringe la relación terapéutica, prevalecen los aspectos normativos educativos se obscurece la idea de complejidad en la que se incluyen hechos relacionales que aparecen en la terapia y su papel en el proceso terapéutico.

A estas críticas, se suma una de Mancini, quien plantea que la TC clásica no ha logrado lidiar con las “Akrasias”, estilos conductuales autosaboteadores, en función de los cuales, los sujetos saben lo que deben hacer, conocen las ventajas de los

comportamientos desadaptativos, y sin embargo, los eligen, en una forma de autosabotaje consciente. Esta categoría, es denominada “la paradoja neurótica” ya mencionada, atribuida a Golfried y Davidson, y entendida como la tendencia a comportarse de una manera que aporta satisfacción inmediata y sabotaje en los planes de mediano y largo plazo.

Estas críticas y otras similares, generaron la conformación de nuevos enfoques en los cuales estas presuntas limitaciones resultaban superadas, al menos parcialmente. Entre esos enfoques postracionalistas, destacan la Terapia Constructiva de Mahoney.

3.2.2.2.2 Los enfoques postmodernos de la Psicoterapia Cognitiva

Los enfoques posmodernos de la Psicoterapia Cognitiva, son enfoques mayoritariamente recientes (excepto el de George Kelly), que intentan superar las limitaciones teóricas y terapéuticas que han presentado los críticos y detractores de la Psicoterapia Cognitiva Clásica, quienes consideran al modelo clásico, como lineal, incompleto y distante de las complejidades de la vida y del cambio humano. Esa visión clásica adscrita a la epistemología positivista, que asume la realidad como objetiva, unívoca e independiente del observador, ha sido desplazada y se ha visto asediada por una propuesta emergente no empirista, de tipo post-modernista o post-racionalista, que entiende la verdad como co-dependiente del observador, como su construcción activa en el vínculo dinámico con el entorno. Este postulado compagina mejor con los paradigmas epistemológicos del constructivismo y del socio-constructivismo que involucran la subjetividad personal, y ven a la sociedad como ente portador del lenguaje desde el que se significa la realidad.

Siendo así, el objetivo principal de este enfoque o de los enfoques que asumen esta nueva perspectiva doctrinaria, es la reconstrucción de los procesos involucrados en la creación y preservación del sentido de identidad personal en la vida del sujeto (http://www.inteco.cl/articulos/024/texto_esp.htm).

Los enfoques postmodernos más representativos, son: la Psicoterapia Constructiva de Mahoney, la Psicoterapia Cognitiva Postracionalista de Guidano, y la Psicoterapia Narrativa, tal como la concibe Payne, y también Goncalves.

3.2.2.2.1 La Psicoterapia Cognitiva Constructivista (Mahoney)

En la opinión de Ruiz y Cano, George Kelly, creador de la Teoría de los Constructos Personales es visto como pionero en este enfoque, y citan como los representantes más destacados actualmente: Neimeyer, Guidano, Liotti y Mahoney.

Mahoney (2006) propulsor de la visión terapéutica cognitivista-constructivista, considera que no hay realidad objetiva asequible a la observación y la razón, ya que no somos simples observadores, sino constructores de las experiencias gracias a nuestros instrumentos de percepción y procesos de construcción de significado. Conciben no hay una sino múltiples "realidades personales". Afirma, además, que los significados personales se expresan en patrones adquiridos socioculturalmente, y revelan nuestras formas personales de solucionar los problemas.

La patología en esta visión psicoterapéutica, vendría como consecuencia de las incongruencias generadas en los sistemas de construcción personal, o en su inutilidad para predecir los hechos experienciales. De esta manera, constructos rígidos o demasiado laxos, impedirían que el sujeto revisara adecuadamente sus experiencias. El trabajo terapéutico tendría el objeto de ayudar al sujeto a reorganizar sus constructos, de modo que estos puedan conservar su utilidad para la revisión experiencial. Entendido así, al terapeuta le correspondería:

- a. Detectar el sistema de constructos implicados en el problema y su organización (laxo, rígido).
- b. Determinar el punto de "bloqueo" del ciclo de experiencia (anticipación, implicación, encuentro, validación y revisión).
- c. Ayudar a su cliente a realizar una revisión del sistema de constructos que sea más funcional para este.

Según Laso, en términos de sus características definidoras, puede resaltarse que esta modalidad psicoterapéutica:

- Se centra en los recursos: La terapia se basa en detectar y aprovechar las competencias de las personas, sin que esto implique indiferencia ante las dificultades o limitaciones. Más bien, se le interpreta como parte de un contexto más amplio, formado por la capacidad de la persona de afrontarlas. Se asume que si se ha llegado hasta el momento actual con todo y los problemas, significa que hay recursos de superación que deben ser reconocidos y potenciados.

- Se centra en el presente y el futuro: A pesar de que usualmente se toman referencias del pasado la Terapia Constructivista se empeña en construir un futuro favorable a partir del presente. Se piensa que muchos problemas nacen de malas decisiones reiteradas y no de traumas pasados.

- Es una terapia breve y definida: El terapeuta constructivista se plantea objetivos claros y lapsos concretos para alcanzarlos. Además realiza evaluaciones de las fases para asegurarse de la eficacia de los recursos usados. Si se requiere más tiempo se toma, pero se considera que un promedio de 16 encuentros son suficientes en la mayoría de los casos.

- El cliente impone el ritmo: El terapeuta considera plazos en concordancia con los objetivos, la magnitud del malestar y las expectativas y posibilidades de las personas. Asimismo, a medida que se van logrando las metas, pueden ampliarse los lapsos entre consultas para fortalecer el cambio y facilitar la adaptación a la nueva forma de vida.

- Se usan varias técnicas para alcanzar el objetivo: Acepta la integración de técnicas, aunque la base de los encuentros descansa en la conversación.

- Es activa: Las técnicas suponen la participación y el compromiso de las personas pues se les considera protagonistas de su historia, mientras que el terapeuta opera desde el rol de coordinador del proceso.

- El paciente dirige: El cliente es quien dirige de acuerdo con sus metas y experiencias. El marca los objetivos y el terapeuta se dedica a encontrar el camino más directo y rápido para llegar esos objetivos. Y aunque el terapeuta brinde sugerencias o exprese sus puntos de vista, será el cliente quien tenga la última

palabra, pues se trata de su vida. Por eso puede y debe elegir aquello que desea cambiar o lograr.

- Tiene un alcance existencial: La Psicoterapia Constructivista busca adecuar las técnicas y recursos empleados, a la experiencia de vida del sujeto, y a sus características de personalidad, por lo cual suele generar cambios duraderos, rápidos y profundos, de manera más eficiente (menor costo). Además, va más allá de resultados particulares sobre la base de uno y otro problema, pues busca lograr que la persona logre una vida más plena (http://estebanlaso.com/?page_id=352).

Para Obst (2008) el esquema de trabajo que sugiere Mahoney incluye una evaluación de los sujetos en cinco aspectos:

- Actividad: ¿Cómo es un día típico? ¿Cuáles son los pensamientos habituales? ¿Qué hace que no le gustaría hacer? ¿Qué le gustaría hacer que no hace?

- Orden: La estructura de la vida (rutinas diarias, responsabilidades, etc.) ¿Se siente aprisionado o requiere más orden y estructura?

- Identidad: la presentación que hace de sí mismo. ¿Cómo se relaciona consigo mismo?

- Relación: Los vínculos humanos. Vínculos pasados o presentes significativos sobre el problema. ¿Dónde encuentra apoyo? ¿A quién le confía sus sentimientos?

- Desarrollo vital: ¿En qué punto de sus ciclos de experiencia se encuentra? ¿Qué espera o busca del terapeuta? ¿Apoyo, comprensión, compasión, estímulo, desafíos o Ayuda?

En esta modalidad psicoterapéutica se atiende a tres factores: los *problemas*, los *patrones* y los *procesos*. Los problemas surgen de las discrepancias que existen entre lo que es y lo que me gustaría que fuera. Los patrones, hacen referencia a la forma o tendencia que los problemas presentan cuando se hacen habituales y disfuncionales. Los procesos, vienen a ser las formas de ordenamiento e interpretación de las experiencias.

Pueden clasificarse en cuatro expresiones concretas:

- Realidad: Se puede percibir (como verdadero, falso, posible, imposible).

- Valoración: Se valora la experiencia (buena, mala, justa, injusta, placentera, dolorosa).
- Identificación: Es posible identificarse (yo, tú, nosotros, ellos)
- Controlar: Qué tanto poder tenemos (capaz, incapaz, controlado, descontrolado, saber, desconocer).

Finalmente, la Psicoterapia Constructiva promueve una relación compasiva, una acción colaboradora, una afirmación de la esperanza y un equilibrio de los ciclos de la experiencia.

3.2.2.2.2 La Psicoterapia de los Constructos Personales (Kelly)

Otro paladín de la Psicoterapia Cognitiva, ya mencionado, es George Kelly, creador de la Teoría y la Terapia de los Constructos Personales, quien según Gautier (2002) postulaba que los procesos de una persona (experiencias, pensamientos, sentimientos, comportamientos) son canalizados psicológicamente a medida que ésta anticipa los eventos que podrían ocurrirle, ya que estos procesos se ven determinadas, por la realidad externa y además por nuestros esfuerzos de anticiparnos al mundo, a otras personas, y a nosotros mismos en todo momento. Para Kelly lo que marca la conducta son las expectativas. Este investigador consideraba que la base de nuestras construcciones son las experiencias pasadas, y es de allí de donde rescatamos patrones de experiencia que usamos para realizar *construcciones* que nos permitan generar *expectativas*.

Kelly, además, ve las personas como “criaturas conservadoras”, que actúan y esperan cierta respuesta del ambiente. Pero si los resultados no son como se esperan se hace necesaria la adaptación y reconstrucción de la versión que se tiene de la realidad. Así, la nueva experiencia altera nuestras futuras anticipaciones y así se logra el aprendizaje, en un proceso sistematizado que consiste en: Experimentación, observación, validación y reconstrucción.

Estos constructos sirven de “plantilla” para valor el mundo, suelen ser dicotómicos y revelan las contradicciones del mundo (bueno-malo, blanco-negro,

contento-triste, introvertido-extravertido, etc.); son catalogables como centrales o periféricos dependiendo de qué tan cercanos o importantes son para la persona (Ejm: Lo que pienso de mí, sería un ejemplo de un constructo “central”). Dichos constructos también tienen jerarquía, relación, grados de consistencia, rigidez o flexibilidad, cierto tipo de orden, y limitaciones, pues el constructo que sirve para una situación puede no ser útil para otra. <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/kelly.htm>

La idea de avanzar o mejorar nuestros constructos, consiste en que podamos seleccionar aquellos que mejor nos permiten anticiparnos. Así, por ejemplo, encontrar pareja, impondría un constructo que incluyera ideas sobre imagen personal, formas de presentación aproximación y maneras de agradar y seducir.

A pesar de la individualidad de los constructos, estos deben tener un toque de globalidad para lograr encajar en los constructos de otros y ganar su aprobación y apoyo. Cuando cambiamos nuestros constructos sobre nosotros, la situación o el mundo, se generan los llamados “constructos de transición” que en el modelo de Kelly equivalen a las emociones. Si esos constructos de transición se ven impactados podemos optar por adaptarnos o por modificar al ambiente, y es allí cuando surge la agresión.

Si se le mira conceptualmente, la teoría de Kelly, es esencialmente “ideográfica”, debido a que se centra en los modos particulares en que un individuo se enfrenta a su mundo, “holista”, pues integra los aspectos totales de la personalidad, y no únicamente aspectos o modos específicos de funcionamiento, y pretende dar lugar a un sistema psicológico total, que trasciende aspectos tradicionales de la jerga psicológica, como: “motivación”, “aprendizaje”, “emoción” o “conducta”.

Finalmente, es “constructivista”, en razón de su concepción de que el ser humano “construye” conceptualmente su mundo, de forma tal que los fenómenos solamente logran significado, si encajan o se relacionan con el modo en que el individuo los construye (<http://html.rincondelvago.com/teoria-de-los-constructos-de-kelly.html>).

Señala Gautier (2002), que al mirar el aspecto estrictamente psicopatológico o

terapéutico, Kelly afirma que cualquier construcción personal que se use de forma repetitiva a pesar de su consistente *invalidación* por la realidad o la evidencia, crean estados disfuncionales como neurosis, depresión, paranoia, obsesión, esquizofrenia, violencia, fanatismo, criminalidad, avaricia, adicción, etc. La persona entra en un nivel desde el cual no puede anticipar exitosamente lo que ocurrirá, ni logra reconstruir su visión del mundo. Es infeliz y causa infelicidad.

La solución en este caso sería abandonar la construcción inadecuada o pobre, y sustituirla por otra más efectiva (reconstrucción) que permita al paciente ver las cosas desde una nueva perspectiva, que le permita una mayor adaptabilidad y certeza anticipatoria.

El proceso que según Kelly vivimos a diario, es:

- 1 Anticipación de la experiencia
- 2 Implicación en el resultado
- 3 Encuentro con el suceso.
- 4 Validación e invalidación de la anticipación.
- 5 Revisión constructiva del sistema.

(http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_de_los_constructos_personales)

En sí, Kelly resulta un connotado cognitivista que tuvo varios descubrimientos:

1. Las personas tienen visiones de sí mismos, de los demás y de la vida, que opera como construcciones mentales.
2. Las personas valoran su propia versión de las situaciones que experimentan.
3. Cada persona percibe la realidad de modo diferente (“construcción alternativa”).
4. Algunas construcciones son más eficaces que otras por el bienestar que crean.
5. La perspectiva o construcción individual nunca es completa sino parcial.
6. Cada perspectiva es una entre las posibles, y vale para la persona aquí y ahora.

El planteamiento central de Kelly, según el cual tomamos información del pasado para generar hipótesis que se verificarán o negarán en la experiencia, ha sido representado como sigue (ver Gráfico 5):

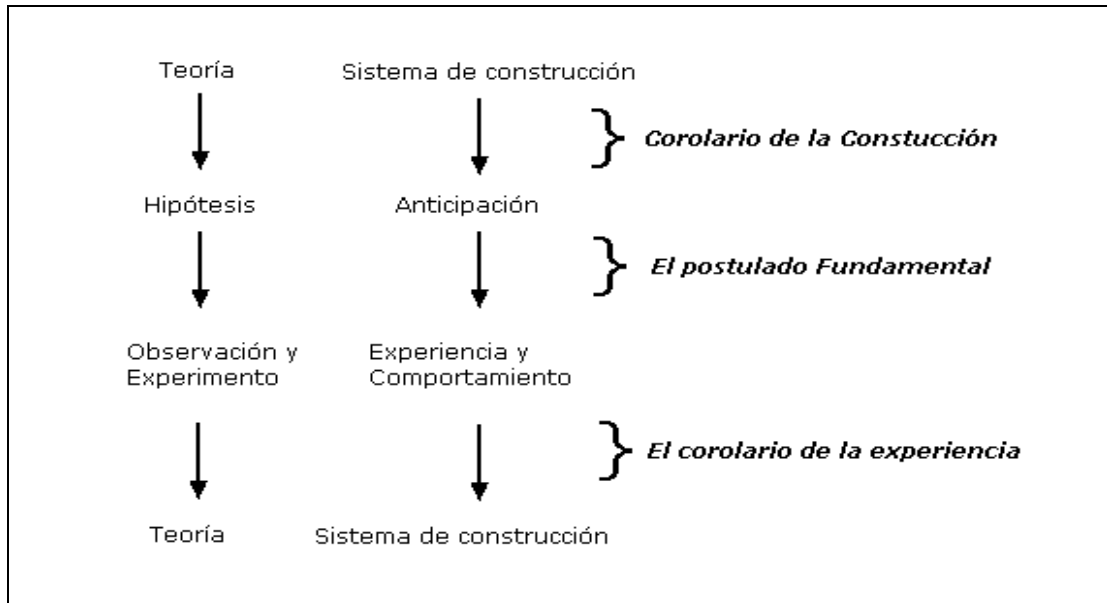


Gráfico 5. Teoría de Kelly. Tomado de Teorías de la personalidad por Gautier, Rafael. 2002. Impreso con permiso del autor.

Los once corolarios que dan forma a la Teoría keliiana, planteados en 1955 son:

1) Corolario de construcción: *“Una persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas”*.

Las personas ordenan cognitivamente sus experiencias, y en esos procesos de abstracción crean un orden y una lógica. Sobre esas regularidades y significaciones, es posible anticipar los acontecimientos (Ejm: las noches y los días, las estaciones del año, y, sobre todo, el comportamiento de otras personas).

2) Corolario de individualidad: *“Las personas difieren unas de otras por el modo en cómo construyen los acontecimientos”*

La base esencial de las diferencias individuales estriba en los procesos cognitivos de construcción (interpretación). Y es posible y frecuente que ante un mismo evento dos personas tengan interpretaciones distintas.

3) Corolario de organización: *“Cada persona desarrolla, de modo característico y con arreglo a su conveniencia para anticipar acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre los constructos”*

No hay dos personas con los mismos constructos ni, si las hubiera, habría dos personas con la misma organización jerárquica de los constructos. Así, existen constructos supraordenados y constructos subordinados (Ejm: inteligente/tonto puede ser un constructo subordinado a bueno/malo si la persona cree que “inteligente” es un subconjunto de “bueno” y “tonto” lo es de “malo”). La estructura del sistema de constructos tiene como función evitar el conflicto que podría crearse si de dos constructos diferentes se desprendieran anticipaciones y predicciones contradictorias sobre un mismo suceso. La estructura jerárquica del sistema y las relaciones ordinales entre sus elementos organizan y establecen prioridades entre los mismos, de forma que uno de los constructos enfrentados siempre será prioritario frente al otro.

4) Corolario de dicotomía: *“El sistema de constructos de una persona se compone de un número limitado de constructos dicotómicos”*

Nuestros modos de ver la realidad se estructuran alrededor de ciertos constructos (*positivo/negativo, bello/feo, interesante/aburrido, etc.*) que son bipolares, y que se forman por la conjunción de dos elementos que se parecen en una característica y un tercero que se diferencia de los anteriores en dicho rasgo. Uno de los polos, llamado polo nominal o de semejanza, implica siempre la semejanza entre dos elementos al menos: el otro, polo de contraste, sirve de opuesto o negativo de aquél. La semejanza en el polo de semejanza no asegura la semejanza del polo de contraste (*por ejemplo, ¿qué quiere decir una persona cuando califica a otra de “amigo”? ¿Qué no es enemiga? ¿Qué no es desconocida? ¿Qué es algo más que un simple conocido?*).

5) Corolario de elección: *“Una persona elige para sí misma aquellas alternativas de los constructos dicotómicos a través de las cuales anticipa la mayor posibilidad de extensión y/o definición de su sistema”*

Aquí, “una persona elige para sí misma...” ha de entenderse como “una persona elige para construirse a sí misma.” Las personas se construyen a sí mismas utilizando

aquel polo de cada constructo que nos sirva mejor para predecir los acontecimientos (*“el tartamudo, el fumador, el depresivo, eligen serlo ya que así el mundo es más coherente, tiene más sentido para ellos”*).

6) Corolario de rango: *“Todo constructo es conveniente para anticipar un rango limitado de acontecimientos”*.

Hay un espacio, un rango predictivo, después del cual los constructos no son útiles. Y hay un foco de conveniencia referido a aquellos aspectos para los cuales son especialmente adecuados.

7) Corolario de experiencia: *“El sistema de construcción de una persona varía con la construcción sucesiva de réplicas de los acontecimientos”*.

La sucesión de acontecimientos somete al sistema de construcción a un proceso permanente de validación. La experiencia es la reconstrucción del sistema que realiza la persona. Así, no es lo que ocurre alrededor del individuo lo que constituye su experiencia, sino las construcciones y reconstrucciones que realiza de lo que ocurre (*“la experiencia no cambia al hombre, sino que el hombre se cambia a sí mismo mediante un proceso llamado experiencia”*).

8) Corolario de modulación: *“La variación del sistema de construcción está limitada por la permeabilidad de los constructos dentro de cuyo rango de conveniencia caen las variantes”*.

El aprendizaje está limitado por características del sistema total de constructos personales. La posibilidad de aprender de la experiencia y, por tanto, de modificar el sistema dependerá de las características de aquél, y muy especialmente de su permeabilidad. Un constructo es permeable si admite en su rango de conveniencia nuevos elementos no construidos dentro de ese marco, lo que supone la capacidad de añadir de modo discriminado experiencias nuevas a las que ya abarca.

9) Corolario de fragmentación: *“Una persona puede emplear sucesivamente una variedad de subsistemas de constructos que inferencialmente son incompatibles entre sí”*

Para responder al problema de la excesiva racionalidad y lógica que parece desprenderse de los principios anteriores, Kelly señala que en diferentes momentos,

un mismo individuo puede utilizar partes del sistema que no se deducen lógicamente unas de otras; subsistemas inferencialmente incompatibles pueden ser integrados a un nivel superior, con lo que queda explicada la existencia de contradicciones en el comportamiento.

10) Corolario de comunalidad: *“Los procesos psíquicos de una persona serán similares a los de otra en la medida en que esa persona emplee una construcción de la experiencia similar a la de la otra”.*

Dos personas expuestas a un mismo ambiente pueden construirlo de forma diferente y ser diferentes, dos personas expuestas a ambientes diferentes pueden construirlos de forma igual y ser iguales. Sin embargo, una base cultural común, a través de las normas y roles sociales, asegura una cierta semejanza en los procesos psíquicos. Por eso, los instrumentos que evalúan los constructos personales encuentran, además de los constructos idiosincrásicos, un número de constructos compartidos por los miembros de una misma cultura.

11) Corolario de sociabilidad: *“Una persona podrá desempeñar un papel en los procesos sociales que involucran a otra en la medida en que esa persona construya los procesos de construcción de la otra”*

Se trata del corolario “psicosocial”: solamente podremos influir en otra persona si construimos correctamente sus procesos psíquicos con nuestras propias categorías. La capacidad de anticipar correctamente los constructos ajenos es esencial para ciertas profesiones, como por ejemplo la psicoterapia o los liderazgos. (<http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/kelly.htm>)

3.2.2.2.3 La Psicoterapia Cognitiva Postracionalista (Guidano)

La Psicología Cognitiva Postracionalista y la terapia derivada de ella, representan parte del instrumental relativamente reciente con el que se ha armado la Psicoterapia Cognitiva para mantener un lugar respetable como ciencia válida y útil en el campo de la salud.

Su proponente principal es Vittorio Guidano, quien asume una nueva epistemología evolutiva que, siguiendo a Humberto Maturana, entiende el conocimiento como una característica de todos los seres humanos, concebidos como constructores activos de hipótesis y teorías acerca de una realidad que es producto de la interacción entre sujeto y entorno. Un conocimiento cognitivo, perceptual, motor y emocional, emergente de una mente activa *constructora* de significados, en vez de pasiva y procesadora de información.

Guidano toma como objeto de estudio la estructura de la experiencia humana considerada intersubjetiva, y vinculada con procesos de apego, tal y como lo describe John Bowlby en su “Teoría del Apego”. Esta experiencia sería vivida en dos niveles diferentes en permanente relación funcional:

- a) La experiencia inmediata, de tipo tácita y analógica y
- b) La explicación, explícita y ligada al lenguaje.

Guidano toma la visión de lo narrativo, como un método ordenador de las experiencias en las personas, las cuales mantienen su sentido de identidad con base en la estructuración temporal de sus experiencias (pasado, presente y futuro). Así, desarrolla así una teoría psicológica explicativa que da cuenta del carácter evolutivo y las formas organizativas funcionales y disfuncionales del psiquismo humano.

Para una mejor comprensión, ha credo una clasificación: las “Organizaciones Cognitivas de Significado Personal” (OSP), que se considera llaves explicativas para comprender los procesos psicológicos. Cada una de estas “llaves”, consiste en un sistema de ordenamiento de la propia experiencia inmediata que se caracteriza por una personal y única manera de agrupar y combinar (en término de procesos) las tonalidades emocionales básicas, más un sistema explicativo que en permanente relación funcional con el sistema experiencial, intenta, también de una manera personal y única, hacer consistente esta experiencia en torno a una imagen consciente del sí mismo que otorgue un significado viable a la propia existencia, conservando coherencia sistémica.

En las OSP pueden detectarse ciertas regularidades que permite ordenarlas en patrones. Esto permite una clasificación en cuatro formas principales de Organización del Significado Personal que son:

- a) Organización depresiva
- b) Organización fóbica
- c) Organización de los desórdenes alimentarios psicogénicos, y
- d) Organización obsesivo-compulsiva.

Acercas de la concepción de la relación terapéutica, la Terapia Cognitiva Postracionalista, aconseja una actitud terapéutica que guía al paciente a focalizar y reconstruir determinadas experiencias desde distintos puntos de vista, utilizando el método de auto observación y la técnica de la moviola, mientras actúa (el terapeuta) como perturbador emocional estratégicamente orientado, en la zona media o interfaz entre la experiencia inmediata y la explicación, para lograr que el paciente alcance una visión más plástica y flexible de su propia experiencia (<http://www.centroguidano.com.ar/teoria.htm>).

Para Obst (2008), no se discuten aquí las diferentes creencias (¿Qué?) sino que se trabaja una ampliación de la consciencia en cuanto al método (¿Cómo?) de elaboración de dichas creencias. Asimismo, se establece que el paciente es el único experto en sí mismo y el terapeuta es experto en técnicas o métodos para ayudarlo a autoobservarse. El resto es un intercambio nutridor en el que el terapeuta ofrece ángulos o perspectivas que contribuyen a que el sujeto alcance nuevas y más amplias percepciones de sí mismo y de una realidad construida, más adecuada a sus necesidades y a las exigencias de su entorno.

3.2.2.2.4 La Psicoterapia Cognitiva Narrativa

De acuerdo con Obst (2008) en las corrientes postmodernas se reconocen dos formas de comprender el mundo: la científica y la narrativa. La científica opera sobre

métodos lógicos y experimentales, y la narrativa, sobre la creación de significados que se entrelazan en un sentido histórico-temporal generador de identidad personal y social.

En lo específicamente terapéutico, la Psicoterapia Cognitiva Narrativa, es una modalidad psicoterapéutica relativamente reciente, que fue desarrollada por Michael White y Dave Epston. Tiene sus bases filosóficas en el Postmodernismo y el Constructivismo, como muchas de las nuevas corrientes de la Psicología que pugnan por abandonar los reduccionismos positivistas, para dar acceso al universo teórico y metodológico de la hermenéutica.

Su propuesta fundamental, es que las personas construyen significados de su experiencia, y desarrollan un sentido de identidad basado en el lenguaje, que se ve expresado en forma de historias que se narran a sí mismos y a los demás. De esta manera, lo que entendemos como funcionamiento eficaz o ineficaz, estaría signado por la capacidad del sujeto de alinear su narrativa con la de otros, y con la de la sociedad.

Esta psicoterapia, promueve una forma de vinculación muy amplia que huye de las clasificaciones sindrómicas de tendencia patologizante. En su método, el quehacer terapéutico consiste esencialmente, en que las personas enriquezcan los relatos de vida que cuentan de sí mismas y que constituyen y construyen su identidad.

En este marco conceptual, se asume que una experiencia es problemática para una persona, porque:

a) Se ubica en las historias que otros tiene sobre él y sus relaciones, y esas historias son tan dominantes que no le dan espacio para protagonizar las historias deseadas.

b) Porque la persona está protagonizando historias que le resultan inútiles, insatisfactorias o sin salida. Estas historias no resumen o representan adecuadamente las experiencias reales vividas, por la persona, o se contradicen con importantes aspectos de esas experiencias (Obst, ob.cit).

En el contexto familiar, se ha observado que las familias disfuncionales tienden a contar historias de sí mismas que se encuentran saturadas de problemas, y por las

cuales se sienten definidas. Estas historias, sin embargo, ignoran o subestiman otras experiencias sanas, no problemáticas, o menos problemáticas de la familia, y lo hacen para conservar la estabilidad de su historia concebida, pues aspectos distintos a esta línea narrativa no concuerdan con la “historia oficial negativa” aceptada por todos. Así, aquello que lleve a la actualización del potencial y los recursos que la familia tiene, resulta infravalorado y enterrado bajo la “historia problema”.

Un resumen de los aspectos que definen la Terapia Narrativa, serían:

- Las personas tienen el don del lenguaje, surgido de la conjunción de la posibilidad biológica y el aprendizaje sociocultural.

- Las personas usan el lenguaje para contarse historias sobre sus experiencias y las de otros, y así generan un sentido de continuidad que les brinda identidad.

- En esas historias pueden destacar aspectos positivos o negativos de la persona o la familia.

- Las personas y familias que se cuentan historias en las que se perciben negativamente sufren y se sabotean, con lo cual pierden posibilidades de éxito y felicidad.

- De acuerdo con la Terapia Narrativa, las perturbaciones y disfunciones surgen cuando las historias o discursos que desarrollamos para comprender e interactuar con el entorno (personas situaciones) son rígidos, simplificados o incoherentes y se produce un choque de visiones y significados. La creación de una identidad sobre la base de ese tipo de historias impiden que los aspectos positivos de las personas entren a formar parte de la identidad, y se exalta lo negativo en detrimento de lo positivo; lo rígido por encima de lo flexible; lo acostumbrado por encima de lo necesario. Así, se produce un choque que al estandarizarse y hacerse frecuente, crean círculos viciosos desadaptativos pues los resultados negativos son valorados de manera inadecuada e ingresados a la historia como algo real.

- Es posible para las personas modificar la forma como narran sus historias, y descubrir que una cosa es la persona (identidad) y otra distinta la situación que enfrenta (problema) con lo que se disuelve el sufrimiento derivado de la identificación de esas variables.

- El objetivo de la terapia narrativa es ayudar a reconfigurar una historia más positiva y amplia, en la que la persona incluya sus recursos y posibilidades y que le sirva para adaptarse mejor a su entorno.

- Hay métodos específicos que se usan en la Terapia Narrativa para promover la concientización y los cambios:

a) La conversación: Se genera una relación terapéutica en la que se usa un cuidadoso lenguaje y se eliminan las etiquetas de tipo sindrómico (depresivo, ansioso, bipolar, etc.) y se sustituye por descripciones realistas pero moderadas que no favorezcan la desmotivación y el catastrofismo.

b) La identificación del problema: Se llega a un consenso sobre cuál es el problema que afecta a la persona o a la familia, y la manera como sus efectos han afectado la felicidad.

c) La personalización: Se da vida o personaliza al problema como un ente externo que se tipifica como agente estimulante, provocador o incitador de la conducta y nunca como factor determinante o causal. (¿Cómo te ha influenciado esa intrusa de la envidia? / ¿Cómo piensas rechazar la invitación que te hacen los celos para que te preocupes cuando tu pareja salga a la calle?).

3.2.2.2.4.1 La Terapia Cognitiva Narrativa de Goncalves

Oscar Goncalves, según Obst (2008), ha asumido un cierto liderazgo en el trabajo psicoterapéutico con Terapia Narrativa. Para este investigador, existen tres dimensiones centrales en el trabajo narrativo:

- La estructura: Se refiere a los episodios y aspectos diversos que se unen para generar coherencia.

- El proceso: Que se refiere a la variedad de estilos que producen la complejidad narrativa.

- El contenido: que se refiere a la multiplicidad de temas desarrollados por la persona.

Considerando esta clasificación, se establece que una narrativa pobre en estructura coherencia o contenidos, resulta insatisfactoria o incapaz de ayudar a la persona a adaptarse adecuadamente a su medio. Por el contrario, la capacidad de poder producir narrativas alternativas y ampliando el potencial significativo de las experiencias, es posible con la ayuda terapéutica, construirse una narración múltiple, compleja y coherente.

La base conceptual y metodológica de la Terapia Narrativa de Goncalves, se basa en cuatro aspectos:

1) La narrativa es el proceso mediante el cual los individuos construyen los significados de su experiencia.

2) La Psicopatología como una ciencia del significado, indica que hay relación específica entre ciertas dificultades de elaboración narrativa, y ciertas formas de manifestación psicopatológica, en una vinculación tipo de orden narrativo, tipo de patología asociada.

3) La producción de narrativas, puede generar alteraciones significativas en el sistema nervioso central y neurovegetativo, desencadenando efectos claros en variables relevantes para la salud física y psicológica.

Hay muchos indicios de que existe una relación clara y directa ente pensamientos y salud, y que lo que una persona piensa de sí misma define en buena medida su estado de bienestar.

La Psiconeuroinmunología, por ejemplo, ha probado la vinculación entre sistema nervioso, sistema endocrino y sistema inmune, y estableció como indudable la relación mente-cuerpo mediada por las emociones (Pocino y Castés, 1998).

4) Los pacientes que más se benefician de un proceso narrativo, son aquellos cuyas narrativas muestran aumento progresivo de coherencia y estructuración de los significados (Obst, 2008).

3.2.2.2.4.2 La Terapia Cognitiva Narrativa de Payne

En la opinión de Obst (2008), Martín Payne asumió como Goncalves la

narrativa como recurso psicoterapéutico, y se dedicó a estudiar y adaptar los trabajos de White y Epston. De esa adaptación, presenta una secuencia de trece pasos en el trabajo de ayuda a los sujetos con problemas psicológicos.

1. El cliente cuenta su relato e una versión general que se complementa con pregunta del terapeuta.

2. Se invita al cliente a ponerle nombre a la historia y si tiene dificultades el terapeuta hace sugerencias.

3. Se externaliza el problema y se colocan sobre el problema sensaciones y creencias que la persona asume como propias.

4. Se examinan los factores sociales, políticos, culturales que afectan la vida de la persona.

5. Se pregunta sobre la influencia del problema en la vida del sujeto, y la influencia de la persona sobre el problema.

6. Se buscan eventos en los que la persona ha vencido al problema.

7. Se invita a analizar circunstancias de casos distintos con otro desenlace y se generan interpretaciones alternativas.

8. Se invita al sujeto a decidir si se dejará dominar por el problema o si modificará su postura. Se analizan alternativas y desenlaces posibles.

9. Se usan documentos auxiliares terapéuticos que resumen los progresos del cliente y le permiten confirmar y consolidar su progreso.

10. Se continúa trabajando en nueva narrativa más enriquecida.

11. Se usan testigos externos, parientes y otros, con los cuales compartir el nuevo relato.

12. Se pueden sumar testigos que han desaparecido o no están disponibles usando la imaginación.

13. Se termina el proceso cuando se decide que el nuevo relato es suficientemente fuerte y rico para determinar su futuro. Se celebra el final (ob.cit).

3.2.2.3 Cognición, emoción y afrontamiento

Habiéndose presentado una descripción detallada de los componentes teóricos más relevantes del Modelo Cognitivo Conductual y de los enfoques más representativos que lo conforman, se considera importante, establecer algunas precisiones conceptuales y definir los vínculos de ciertas categorías fundamentales que conforman las estructuras secuenciales del comportamiento.

En ese sentido, se pasará a describir la relación existente entre cogniciones y emociones, en virtud de la relevancia que este binomio tiene en la comprensión de este modelo.

3.2.2.3.1 La relación entre cogniciones y emociones

Resulta fundamental a los intereses de esta investigación, establecer la relación existente entre cogniciones y emociones, no sólo por tratarse de la base doctrinaria principal de la Psicoterapia Cognitiva, sino porque este es, a la vez, el presupuesto que da base al problema científico de estudio y a algunas de las preguntas derivadas del mismo.

Aunque ya ha sido expresado de manera tangencial en varios segmentos de este trabajo, se considera relevante destacar la existencia de una estructura binomial cognición-emoción y las pautas básicas de operación de ese binomio.

El tema sobre la relación entre cognición y emoción no es novedoso. Petri y Govern (2006) se han referido a la controversia entre Lazarus y Zajonc, en la década de los años setenta, quienes enfrentaban perspectivas disímiles en torno al tema. Lazarus postulaba que la emoción era una respuesta postcognitiva, pues derivaba de un previo proceso cognitivo. Defendía la idea de que la evaluación es una condición suficiente y necesaria para que se dé la emoción, pero la evaluación no equivale necesariamente a un “procesamiento exhaustivo (de larga duración), intencional y consciente de la información del estímulo”, sino que puede existir y de hecho existe, una “evaluación inmediata, automática, e inconsciente.”

Zajonc, por su parte, veía la emoción como un fenómeno "separable, paralelo y parcialmente independiente" de la cognición, y que esto se debía a la existencia de vías neuronales diferentes para las emociones y las cogniciones.

Ante la sugerencia de que muchas creencias irracionales no se desvanecían o superaban por reflexión y reestructuración cognitiva, Lazarus respondía expresado que la dificultad para modificar las creencias irracionales (y las emociones asociadas) mediante la persuasión, se debía más a la ineficacia del método, y en ningún caso a la inmodificabilidad de la emoción.

Los más recientes descubrimientos, entre ellos los de Le Doux, aportan datos relevantes a esta polémica científico-académica. Este investigador descubrió dos vías neuronales diferentes que operan en la activación emotiva. A su juicio, se evidencian dos rutas cerebrales (emocionales) diferentes en las estructuras implicadas, la rapidez de la respuesta y el papel de la consciencia en el despliegue emocional. Una ruta vincula a la corteza cerebral y al del sistema límbico (Estímulo-Tálamo-corteza-amígdala); y la otra una ruta primaria vinculada con la supervivencia y adaptación, que opera a gran velocidad y de manera inconsciente, no permite procesos evaluativos racionales (Estímulo-Tálamo-Amígdala) (Conlan, 2000).

De esta manera, se plantean dos escenarios de vinculación entre cognición y emoción: el primero, postulado por las teorías cognitivistas, sugiere que en condiciones normales las cogniciones preceden a la emoción y que a cada tipo de cognición puede asociársele un tipo de emoción. Asimismo, Beck y Ellis, comparten la idea de que cuando los estados cognitivos se rigidizan por efecto de formas de pensamiento absolutistas, catastróficas y generalizantes, se originan trastornos emocionales que demandan modificación cognitiva para su mejoramiento o solución (Ellis y MacLaren, 2004).

La otra visión, es la que postulan los cognitivistas postmodernistas, como por ejemplo los postracionalistas, quienes autodenominan su enfoque como: cognitivo (estudia la influencia de las cogniciones)- constructivista (las personas construyen su realidad) sistémico (el ser humano como un sistema integrado en otros sistemas) y

procesual (se centra en procesos de construcción y mantenimiento de la identidad). Obst (2005) considera que los postulantes de este enfoque han realizado tres grandes aportes a la Psicoterapia Cognitiva: a) La relación entre cognición y emoción; b) el paradigma constructivista; y c) la mente narrativa. En cuanto a la relación entre cognición y emoción, los postracionalistas plantean que en ciertos casos una correcta descripción del proceso, implicaría una inversión de la secuencia cognición – emoción, pues no siempre la cognición resulta prelativa.

Semerari (2002) se refiere a la Teoría de Red Asociativa de Bower, según la cual en situaciones de estrés, el estado emocional en marcha, influye en los procesos cognitivos de la memoria y del aprendizaje y facilita el recuerdo de recuerdos personales que resultan coherentes con el estado emotivo vigente, además de seleccionar la información, de manera consistente o congruente con la condición afectiva presente. Estos datos demuestran que lo que parece existir es un “determinismo recíproco”, entre los procesos cognitivos y emocionales que descartan las posiciones de supremacía, reduccionismo o dicotomía.

Esta línea argumental Palmero, Fernández-Abascal, Martínez y Cholí, (2002) proponen una visión integral de estas diferencias, que aporta amplitud y comprensión al fenómeno (ver Gráfico 6).

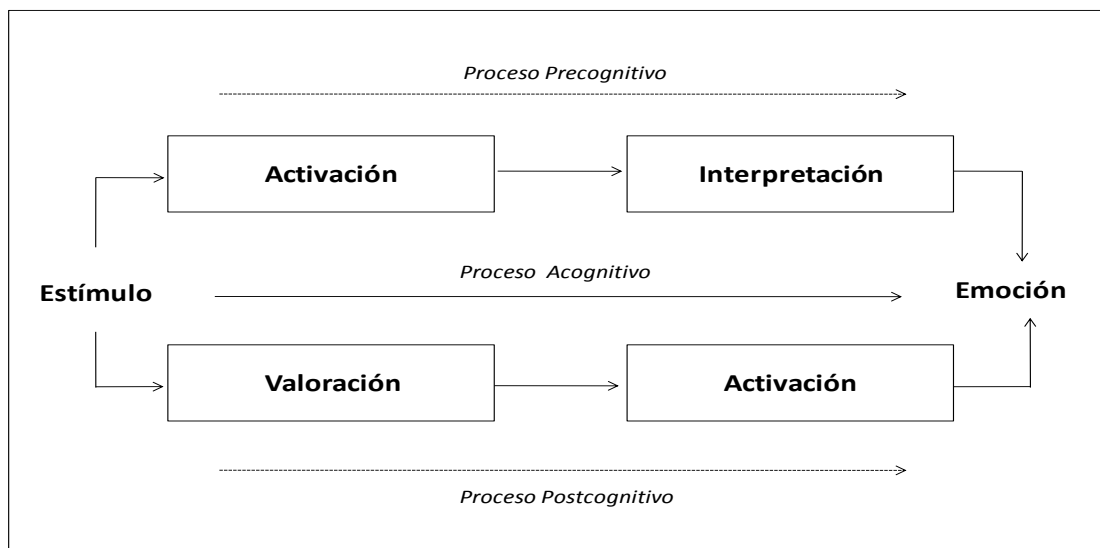


Gráfico 6. Relación entre cognición y emoción. Tomado de Psicología de la Motivación y la Emoción por Palmero y otros 2002. Impreso con permiso del autor.

Aprendizaje y desaprendizaje del miedo

En este contexto, es posible, en atención al tema central de este trabajo, el Miedo Escénico, agregar que existe una relación de interés fundamental entre cogniciones y miedo. La Psicología ha probado el aprendizaje del miedo. Los experimentos de Pavlov y de Watson, dieron pauta a la creación de la teoría del “Condicionamiento Clásico”, según la cual es posible aprender respuestas diversas, placenteras y displacenteras, entre las que figura la respuesta de temor o miedo.

Watson probó esta teoría, en un experimento en el que participaron un niño de meses (Albert) y una rata. El experimento consistía en acercar la rata a Albert para que la tocara. Se hizo y el niño no mostraba temor por el pequeño animal. Sin embargo, al comenzar a presentar un fuerte ruido cada vez que Albert tocaba la rata, se descubrió que al poco tiempo, éste comenzó a mostrar temor por la rata (aprendizaje condicionado) incluso sin que el ruido fuese presentado. Además, el miedo se extendió o se generalizó para otros animales pequeños (Fontaine, 1981).

Desde aquí se pudo concluir que en efecto era posible aprender a temer y que ese miedo podía instaurarse en los sujetos por medio de apareamiento de estímulos. Asimismo, pruebas realizadas por Mary Cover Jones, demostraron que puede igualmente desaprenderse (Tortosa y Mayor, 2008).

Puede afirmarse, en esta misma línea de razonamiento, al tenor de la visión conductista, que es posible, adquirir, sostener, debilitar y/o desaprender el miedo por prácticas asociativas de extinción o contracondicionamiento. Esto también fue probado por Skinner, propulsor del llamado Condicionamiento Operante, modelo de aprendizaje que considera a la conducta, como instaurada o modificada por antecedentes y consecuentes a la conducta. Para probar su teoría, Skinner diseñó un experimento que se conoce como "la caja de Skinner", en el cual participó como sujeto experimental una rata. La “caja” tenía un pedal o barra que al ser presionada

ponía en marcha un mecanismo liberador de una bolita de comida. La rata corría alrededor de la caja, hasta que "sin querer" pisa la barra y la bolita de comida cae en la caja. Seguidamente, la rata se retira del pedal con sus bolitas de comida a una esquina de la caja.

Se concluye así, luego de numerosas repeticiones con idéntico resultado, que un comportamiento seguido de un estímulo reforzador, incrementa la probabilidad de aparición de ese comportamiento en el futuro. Asimismo, si no se le da nuevamente a la rata las bolitas de comida, ésta luego de unos cuantos intentos fallidos, se abstiene de pisar el pedal. A este proceso y su resultado, se le ha denominado extinción del condicionamiento operante (Fontaine, 1981).

Una tercera forma de aprendizaje emocional es la que promueve la Teoría del Aprendizaje Social o Aprendizaje Imitativo. Este tipo de aprendizaje fue estudiado principalmente por Dollard y Miller, y luego por Albert Bandura. Sobre este aspecto, Legrenzi (1986) afirma que los trabajos de estos investigadores, arrojan la conclusión de que es posible aprender nuevos comportamientos a través de la observación de algunas personas o modelos y con la aplicación de un sistema de refuerzos (estímulos posteriores a ciertos comportamientos) consecutivos o intermitentes, que pueden tanto incentivar como inhibir esos comportamientos.

Latorre (1995) menciona un conocido experimento que Bandura realizó con niños, a los cuales mostró una película en la que resaltaban una joven y un muñeco llamado "Bobo". En la cinta la muchacha le pegaba al referido muñeco, y mientras lo hacía le gritaba ¡"estúpidooooo"! y otras frases agresivas. También se sentaba encima del muñeco y lo golpeaba con un martillo. Al finalizar la película se permitió que los niños jugaran en un ambiente controlado en el que había un ejemplar del "muñeco Bobo" y varios martillos pequeños. En todo momento estaban bajo la observación de los investigadores, quienes reportaron que varios niños repitieron las conductas observadas y fue así que gritaron ¡"estúpidooooo!", se sentaron sobre el muñeco y lo golpearon.

Bandura realizó muchos otros experimentos, y presentó su teoría, en la cual mostró evidencia de que conductas disfuncionales y no operativas de timidez, temor y miedo, pueden ser adquiridas y extinguidas por imitación (ob.cit).

El cuarto modo de aprendizaje y desaprendizaje del miedo es el que plantea el condicionamiento mediacional, cuya premisa esencial, como ya se ha señalado en apartes anteriores, es que las perturbaciones emocionales se ven estimuladas o perpetuadas por el impacto de cogniciones irracionales o disfuncionales. Existen muchos casos relacionados con un aumento notable del bienestar y la superación de temores con la ayuda del trabajo cognitivo. Espada, Méndez y Orgilés (2006) realizaron un tratamiento para superar el miedo a las inyecciones en un paciente que se desmayaba ante la situación de tener que recibir inyecciones. Se trabajó durante seis sesiones con autoinstrucciones, visualizaciones y otros métodos cognitivos y se logró que la dama de 28 años permitiera que se le inyectara sin mayor ansiedad y sin desvanecerse.

Como puede verse, existen evidencias diversas que indican la eficacia en los intentos de superar o controlar las respuestas de miedo, que puede tratarse exitosamente desde las estrategias del Modelo Cognitivo Conductual y contribuir a superar las limitaciones que impide a muchos alcanzar un estado adaptativo de bienestar y eficacia funcional.

Conlan (2000) se refiere al aprendizaje del miedo, y formula una pregunta: ¿Por qué es tan difícil eliminar el miedo? La respuesta que ofrece, señala que una vez que el sujeto percibe una situación como peligrosa o amenazante, y la amígdala se encuentra activada, ella influye en el proceso de llegada de la información a la corteza, pues las proyecciones procedentes de la amígdala que llegan a la corteza, son mucho más sólidas que a la inversa. El autor propone un ejemplo, en el cual debemos imaginarnos la existencia de vías de comunicación bidireccional entre la corteza y la amígdala, y afirma que las vías de la amígdala a la corteza serían como grandes canales de autopistas, mientras que las que van de la corteza a la amígdala, serían como “estrechas carreteras secundarias”. Así, cuando se activa el sistema del miedo,

la amígdala influye fuertemente sobre la corteza, mientras que la corteza resulta ineficaz en su labor de regulación del influjo de la amígdala.

Resulta evidente que existe un franco desequilibrio entre los flujos informativos de la amígdala a la corteza y los que emanan de la corteza y van hacia la amígdala. A pesar de que los pensamientos pueden influir dramáticamente en la activación de la amígdala y sus correspondientes brotes emotivos, no resultamos igualmente eficaces a la hora de tratar de desactivar o regular la amígdala conscientemente.

Al pensar en la solución, desde la perspectiva psicoterapéutica, puede pensarse en el trabajo terapéutico como un mecanismo para renovar el sistema de circuitos cerebrales, pues ya que los cambios cerebrales son consecuencias del aprendizaje, lo psicoterapéutico viene a resultar ideal para desaprender algunas asociaciones emocionales aprendidas. Esto a juicio de Begley, (2008), ya se ha verificado con las experiencias neurocientíficas sobre la neuroplasticidad cerebral, categoría científica con la que se designa la capacidad del cerebro de modificar físicamente con la experiencia y el cambio, sus redes neuronales.

3.2.2.4 Tratamientos tradicionales para ansiedad social y fobia social

Hasta ahora, desde el punto de vista clínico, el miedo de hablar en público, que aquí se ha denominado “Miedo Escénico”, ha sido ubicado dentro de la categoría de trastornos de ansiedad, específicamente como tratado como “ansiedad social” cuando se considera un estado de manifestación leve o moderada, y “fobia social” cuando la sintomatología se presenta en alto grado de intensidad, y la interferencia que la perturbación produce en la vida del sujeto es notable e incluso incapacitante.

Para algunos autores, no hay mayores diferencias entre un concepto y otros, y los tratan de manera similar, pues consideran que es muy subjetivo saber cuándo la molestia o la interferencia son muy altas, o moderadamente altas, o escasamente altas.

La ansiedad social, puede definirse como un “miedo intenso ante situaciones sociales en las que la persona teme ser observada, decir algo o comportarse de manera que valora como humillante o embarazosa”. La ansiedad social es un estado en el que

puede verse sumergido el tímido, pero no es exclusivo de él. (<http://www.csalto.net/ansiedad.htm>).

En cuanto a la “fobia social”, Bados (2001) la define como “un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo intenso, persistente y excesivo, en respuesta de una o más situaciones sociales o actuaciones delante de otros en las cuales la persona se ve expuesta a gente desconocida al posible escrutinio por parte de los demás”. Cuando se presenta o activa, la persona teme ser observada y actuar de modo que sea humillante o embarazoso o mostrar síntomas de ansiedad, con resultados similares de humillación o embarazo. La respuesta del sujeto, es evitar las situaciones sociales temidas o soportarlas con gran ansiedad o malestar intensos. La fobia interfiere con la vida de la persona o produce malestar clínico significativo. Para el autor, en ausencia de esas consecuencias, puede hablarse de “ansiedad social” o “timidez”, que revelan menor grado de evitación e interferencia que la fobia social.

Según Psiquiatría Biológica (2008) Cervera y Schlatter consideran el modelo de Clark y Wells como uno de los más eficaces para explicar el origen y la perpetuación de la fobia social, pues dicho modelo entiende el procesamiento de la información como el factor clave del problema. Esta afirmación se basa en sus observaciones que los creadores del modelo consideran que los sujetos que experimentan ansiedad social tratan la información disponible. Resumen, como sigue, las respuestas de los afectados:

1. Interpretan negativamente los acontecimientos sociales externos. Tienden a interpretar negativamente acontecimientos sociales ambiguos y a interpretar de forma catastrófica sucesos sociales ligeramente negativos.
2. Reducen el procesamiento de información de señales sociales externas, y aumentan la atención focalizada en ellos mismos. La menor información del efecto que su conducta produce en las demás personas, limita el éxito de la exposición terapéutica en condiciones no experimentales.
3. Usan la información interna obtenida, por focalizar la atención en ellos mismos y extraen conclusiones acerca de cómo son vistos por los demás.

4. Detectan y resaltan las señales sociales negativas, en más alta proporción que las señales sociales positivas. En este sentido, se ha comparado, por ejemplo, a pacientes con alta y baja ansiedad social a los que se ha expuesto a hablar en público, y se ha observado que los de mayor ansiedad detectaban mejor las señales negativas de la audiencia (bostezos, miradas evitativas, etc.)

5. Obtienen consecuencias interpersonales de las creencias negativas y del procesamiento selectivo de la información. El paciente lleva a cabo conductas evitativas dirigidas a evadir el peligro de ofrecer una mala imagen y consigue justamente lo que quiere evitar, por ofrecer una imagen menos atractiva y de menor “normalidad” ante los demás.

6. Seleccionan de forma anticipatoria y negativa la información antes de enfrentarse a la situación socialmente temida.

7. Procesamiento negativo de la información obtenida después del suceso. Existe una tendencia al pensamiento o imágenes recurrentes o intrusivas que interferirán con la concentración.

Carretero, Feixas Pellungrini y Gutiérrez (2001) realizaron un interesante estudio en el que muestran las diferentes interpretaciones de la ansiedad social, que sería el concepto equivalente en la clínica actual de Miedo Escénico, propuesto en este trabajo, en la que dejan clara la distancia interpretativa del terapeuta dependiendo de modelo paradigmático en el que se apoye para el abordaje.

Bados (2001) se refiere a la escasa atención que se le ha prestado a la fobia social hasta ahora, por lo que, tal como aquí se ha descrito, el desarrollo de teorías explicativas sobre su origen y mantenimiento, así como de propuestas eficaces de tratamiento. Se refieren a algunos estudios etiológicos, describen al individuo con fobia social, como:

a) Temperamentalmente tímido e inhibido.

b) Marcado por un entorno familiar potenciador de dichas características y con altos estándares de exigencia.

c) Víctima de experiencias sociales traumáticas o de condiciones desfavorecedoras.

d) Excesivamente “autoconsciente”, preocupado por la aprobación social externa, y constreñido por la presión hacia la definición de un determinado rol en el sistema.

En lo relativo a las teorías sobre el mantenimiento del trastorno, dentro del enfoque cognitivo-conductual, destacan también el modelo cognitivo de Clark y Wells, según el cual las causas de este padecimiento pueden ubicarse en disposición temperamental, historia familiar y/o circunstancias físicas, sociales o evolutivas conflictivas. El presupuesto es que la persona diagnosticada con fobia social desarrolla una serie de “creencias disfuncionales” acerca de su desempeño en determinadas situaciones sociales, y al toparse con tales circunstancias, esas creencias negativas se activan en la persona, y la interpretación de las situaciones críticas resulta irracionalmente amenazante, lo que genera ansiedad, y el fortalecimiento de unas expectativas catastrofista de percepción de peligro y deterioro en la actuación. Finalmente, cada nuevo contacto con la situación ansiógena se convierte en una nueva oportunidad para perpetuar la problemática, en virtud de:

- a) Un sesgo atencional sobre la propia sintomatología ansiosa durante la interacción social.
- b) La realización de conductas abiertas o encubiertas de evitación.
- c) El deterioro objetivo de la actuación consecuyente, y
- d) Un sesgo memorístico hacia lo negativo supuestamente ocurrido en el transcurso de la misma.

Así, este modelo considera exagerada e irracional la respuesta del sujeto, atrapado en un problema de aprendizaje deficiente y de distorsiones cognitivas reforzadas que se basan en un hecho objetivo que debe abordarse y resolverse.

Carretero, Feixas Pellungrini y Gutiérrez (2001) muestran como contraste a lo anteriormente planteado, un ángulo muy diferente, asociado con la perspectiva constructivista de Kelly, en cuanto a la “construcción del síntoma por parte del cliente”. Visto así, la elección que parece como “irracional” es una elección del sujeto que la asume como la más adecuada, en su sistema de coherencia interna y que le permiten un mayor poder predictivo. Y en razón del concepto de *anticipación* del

modelo de los constructos, la idea de verse expuesto al rechazo genera en el individuo, de modo más o menos inmediato e intenso, la inquietante conciencia de un cambio inminente en la red personal de constructos nucleares. De este modo, la característica reacción ansiosa del paciente, sería el producto de esta toma de conciencia, y la evitación abierta o encubierta de tales situaciones, constituiría el intento de preservar de la invalidación a los constructos nucleares amenazados.

Vistas estas dos interpretaciones, una en la onda de la Terapia Cognitiva Estándar, y la otra, basada en la perspectiva de Kelly y la Teoría de los Constructos Personales, se pasará a la descripción de las estrategias usualmente empleadas para el tratamiento de la ansiedad o la fobia social.

En cuanto al tratamiento cognitivo de la fobia social, el procedimiento de la Terapia cognitiva, según Ruiz y Cano, es:

1. *Evaluación y conceptualización de los problemas:*

Se evalúa el componente situacional, cognitivo y conductual: Situaciones sociales evitadas, cogniciones amenazantes y de no afrontamiento y conductas evitativas.

2. *Socialización terapéutica:*

Explicación de la relación pensamiento-afecto- conducta, objetivos de la terapia y procedimiento de autorregistro.

3. *Modificación de las interacciones problemáticas:*

Habilidades cognitivas y conductuales para romper o interferir el círculo vicioso.

4. *Modificación de los supuestos personales que hacen vulnerable al sujeto.*

Alteraciones cognitivas-conductuales.

5. *Terminación: Prevención y seguimiento.*

Las técnicas de intervención, preferenciales de la TC para estos casos, son:

Técnicas Cognitivas

1. *Debate de creencias irracionales*

- Cuestionamiento: Se debaten las creencias disfuncionales (Nadie debe rechazarme, si me rechazan sería horrible, si no me aprueban no valgo nada, etc.).

- Generación de alternativas racionales: Se inducen creencias razonables (“Me gustaría ser aceptado y aunque no me acepten, puedo vivir con eso”).

- Generación de alternativas conductuales para desarrollar las creencias racionales (Arriesgarse y exponerse a situaciones sociales y a posibles críticas. Entrenamiento asertivo para afirmar las propias opiniones ante otros).

2. Búsqueda de evidencias y alternativa a los pensamientos automáticos y los supuestos personales.

- Descatastrofización de consecuencias anticipadas, con sometimiento a la razón y a la prueba objetiva.

- Inoculación al estrés: Se identifican los diálogos internos del sujeto antes, durante y después de enfrentarse a la situación fóbica, así como la conexión con emociones y conductas de cada fase. El terapeuta sugiere pasos alternativos para modificar las cogniciones-afectos-conductas implicadas en las distintas y adiestra al sujeto en esas alternativas, para que pueda practicar. Se trata de combinar autoinstrucciones, relajación y prevención de la respuesta de evitación. (<http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/Manual/manual12c.htm>)

Técnicas Conductuales

1. Entrenamiento en habilidades sociales

Cuando se comprueba que el sujeto no tiene habilidades para afrontar situaciones sociales y que refuerzan las cogniciones de incompetencia personal.

- El terapeuta identifica las situaciones relacionadas donde el sujeto se muestra incompetente, la representa con el sujeto, y modela alternativas que va reproduciendo el paciente y le va dando feedback al respecto. El rol-playing, el modelado, el ensayo conductual, las técnicas cognitivas y autoinstruccionales y las tareas para casa suelen formar parte de un entrenamiento en habilidades sociales cognitivo- conductual.

2. Entrenamiento asertivo

Se usa en casos de inhibición social (el sujeto sabe cómo hacerlo pero lo evita por miedo a las consecuencias) y de incompetencia social. Su finalidad última es que el sujeto exprese sus opiniones, deseos y sentimientos (positivos y negativos) de modo libre pero respetuoso con los demás, sin agresividad.

3. *Exposición gradual a situaciones evitadas.*

Se busca que el sujeto perciba que su conducta social es efectiva (expectativa de autoeficacia), y desconfirme su cognición amenazante. Se realizan acercamientos graduales a las situaciones.

En la opinión de Bados (2001) la fobia social se trata fundamentalmente con dos técnicas: Exposición (simbólica y en vivo) y reestructuración cognitiva. La exposición la plantea en un lapso de diez sesiones, y le asigna tres objetivos puntuales:

- a) Romper o reducir la asociación entre la situación y la respuesta ansiosa y a responder de modo diferente.
- b) Aprender que las consecuencias negativas temidas, generalmente no ocurren.
- c) Aprender que es posible controlar la experiencia de ansiedad con recursos propios o con técnicas aprendidas.

Acerca de la reestructuración cognitiva, la concibe como el camino más adecuado para modificar los “errores cognitivos”, que debe practicarse integrada a la exposición, y acompañarse con autorregistros para ampliar la consciencia de las reacciones y su pertinencia con la realidad, con lo cual se descatastrofiza la situación. En la reestructuración cognitiva el terapeuta ha de ayudar al cliente a:

- a) Identificar las cogniciones pertinentes (pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre las reacciones de los otros), lo cual puede verse obstaculizado por el miedo a la evaluación negativa;
- b) Comprender el impacto de las cogniciones sobre las reacciones emocionales y conductuales;
- c) Considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba;

d) Cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas mediante preguntas (método socrático), información y experimentos; y

e) Modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas. Estas cogniciones alternativas deben ser al menos relativamente plausibles para el cliente y fáciles de recordar y utilizar.

Bados, aconseja que en la reestructuración cognitiva, se trabajen:

- Las evidencias del pensamiento (¿Cómo sabes que eso es cierto?).

- La utilidad del pensamiento (¿Para qué te sirve pensar así?).

- La posibilidad de que se materialice el pensamiento y sus consecuencias (¿Y si ocurriera lo que temes, cómo te afectaría?).

- Las conductas alternativas si el evento temido ocurriera (¿Qué podrías hacer si ocurriera?).

De acuerdo con Elia Roca, las técnicas más recomendadas para el tratamiento de la fobia social y la ansiedad social, son: Desensibilización Sistemática, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y reestructuración cognitiva (<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/fobiasocial3.pdf>).

Las estrategias de Afrontamiento

En el contexto del trabajo psicoterapéutico, uno de los modelos más valorados, y que se asumirá como parte de la base teórica de respaldo de esta investigación, es el “Modelo Cognitivo Transaccional” de Lazarus. Para Vila y Fernández-Santaella (2004), Lazarus define al estrés como un concepto dinámico referido a una relación bidireccional entre la persona y su entorno, de donde el estrés es un resultante de la presencia del estímulo y la valoración asignada por el sujeto, como factor amenazante, en relación con sus recursos insuficientes y el riesgo de afectación de sus metas personales.

En este constructo estarían implicados:

a. Estímulos.

b. Mediadores (cognitivos).

c. Moduladores (factores biopsicosociales, atenuantes o activantes).

d. Respuesta de estrés.

En cuanto al sentido del término *afrontamiento*, queda definido por Lazarus, como: “Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se emplean para manejar las demandas externas o internas apreciadas como excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto” (p.179).

Para Lazarus, las personas realizan operaciones de evaluación cognitiva, que él define como primaria y secundaria, desde las cuales se analizan los factores implicados en la situación.

- *Evaluación primaria*: Es la valoración que el sujeto hace de la situación, en términos de los riesgos o compromisos que ésta comporta en cuanto al bienestar o la supervivencia.

- *Evaluación secundaria*: Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos personales, sociales, económicos e institucionales que cree poseer para afrontar la demanda del medio. Aquí se concluye la capacidad de respuesta y la conclusión de la situación como reto (no hay peligro de daño/pérdida, o si lo hay puede ser afrontado exitosamente) o como amenaza (hay peligro de daño/pérdida y puede ser rebasado).

El tipo de evaluación que se realice, generará patrones o respuestas distintos, que organiza o desorganiza la estructura psíquica y puede llegar a afectar el funcionamiento del organismo.

Acercas de las formas de afrontamiento propuestas en el Modelo Cognitivo Transaccional de Lazarus, se plantearon originalmente dos, y en la actualidad, a juicio de Popp (2009) se ha modificado en un modelo de tres y hasta de cuatro formas de afrontamiento:

- *Afrontamiento centrado en el problema*: Esta dirección o forma de afrontamiento, se orienta a modificar la situación para que deje de resultar amenazante para el sujeto. Incluye acciones, como:

- El afrontamiento centrado en el problema incluye las siguientes estrategias:
 - a. Requerir información o asesoramiento a otras personas significativas.
 - b. Ejecutar acciones que resuelvan el problema y desarrollando planes

alternativos.

c. Búsqueda de gratificaciones o recompensas alternativas, como fuente compensatoria de satisfacción.

- *Afrontamiento centrado en la emoción*: Esta dirección o forma de afrontamiento, se orienta a modificar nuestra manera de responder emocionalmente ante la situación. Incluye acciones, como:

- a. Aceptar con resignación la situación que no puede modificarse.
- b. Controlar las emociones para que no interfiera en otros aspectos de la vida.
- c. Desahogarse por medio de palabras o acciones, como llorar, comer y otras.

- *Afrontamiento centrado en la evaluación*: Esta dirección o forma de afrontamiento, se orienta a modificar nuestra evaluación cognitiva, e incluye las siguientes estrategias:

- a. Analizar la situación, sus causas, consecuencias y posibles acciones a realizar para resolverla,
- b. Redefinir cognitivamente los eventos para encontrarles significados positivos.
- c. Evitar pensamientos, mediante el olvido de la situación y la focalización en deseos y fantasías (http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100001).

En cuanto al término “estrategia”, Vila y Fernández-Santaella (2004), lo definen como los modos específicos de acción que despliegan los sujetos, para controlar la respuesta de estrés. Haciendo una extensión de los dos conceptos, y ubicándolos en el marco del modelo cognitivo conductual, puede decirse que: “Una estrategia de afrontamiento, es un modo o forma específica de actuar que se despliega, con la finalidad de controlar, manejar o superar la respuesta de estrés (Miedo Escénico).y que puede ser de tipo cognitivo, emotivo y/o conductual”.

Para estos autores, la clasificación más aceptada sobre estrategias cognitivo-conductuales, es:

A) *Técnicas de Reestructuración cognitiva*:

Pretenden detectar y superar patrones desadaptados de pensamiento para sustituirlos por otros adaptativos y acordes con las necesidades funcionales y existenciales del sujeto. Entre ellas destacan las técnicas de la TC de Beck, las de Ellis, y otras como el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum, entre otras. Visto en el modelo constructivo de Kelly, Mahoney y otros, el trabajo se basa en ampliar el constructo del sujeto y ajustarlo para que le sea adaptativo.

B) Técnicas de Afrontamiento:

Estas técnicas se orientan a ampliar el repertorio de habilidades del sujeto para que puedan hacer frente a las situaciones problemáticas. Entre las técnicas más usadas, en este renglón, figuran: La técnica de inoculación de estrés de Meichenbaum, entrenamiento de manejo de la ansiedad de Suinn y Richardson.

C) Técnicas de Resolución de Problemas:

Se orientan al entrenamiento de los sujetos de una forma sistemática, para evaluar e interpretar correctamente los problemas interpersonales, y para generar y evaluar métodos alternativos de responder a tales problemas. La técnica más conocida en este renglón es la “técnica de resolución de problemas sociales” de D’Zurrilla y Golfried.

Al resumir las técnicas *más utilizadas* que revelan eficacia en el tratamiento cognitivo-conductual de situaciones de estrés, ansiedad y estados asociados o relacionados como el Miedo Escénico, pueden ser destacados:

Técnicas Cognitivas:

- Reestructuración cognitiva

- Detectar Pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.
- Debatir creencias con razonamientos lógicos y evidencias.
- Generar pensamientos alternativos para la situación.
- Exposición simbólica

Técnicas Conductuales:

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento asertivo

- Exposición “en vivo” a situaciones evitadas.
- Desensibilización sistemática
- Relajación
- Refuerzo positivo.

CAPITULO IV

APORTES PARA LA INVESTIGACION

4.1 Análisis de una investigación sobre Miedo Escénico

Yagosesky (2007b) realizó un estudio orientado cuyo objetivo fundamental era relacionar la reducción de los niveles de Miedo Escénico, con la aplicación de un Programa Cognitivo Conductual en alumnos de Talleres de Oratoria de la empresa CENIT. El estudio se basó en los parámetros doctrinarios del Modelo Cognitivo conductual. Metodológicamente, se enmarcó en la modalidad de proyecto factible y tuvo un diseño de investigación no experimental, transeccional, transversal y relacional. En cuanto a la muestra, fue probabilística y se seleccionó de forma aleatoria. *En este caso, el programa se aplicó de manera intensiva en un lapso de 16 horas durante el desarrollo del Taller de Oratoria.*

Para la obtención de los datos, se diseñó un instrumento novedoso validado por juicio de expertos, que contenía una estructura de medición de treinta “ítems”, que se utilizaron para una recolección. Allí doce “ítems” midieron los síntomas fisiológicos, diez “ítems” midieron los síntomas cognitivos, y ocho “ítems” midieron los síntomas conductuales (ver anexos A y B).

Estas mediciones, se definieron en categorías de tres tipos de intensidades: Leve, moderado e intenso. Los datos fueron analizados bajo los parámetros de frecuencias y porcentajes, y arrojaron una vinculación evidente de las variables, pues hubo una reducción de los niveles de Miedo Escénico. Por los resultados, se concluyó que la aplicación de un Programa Cognitivo Conductual redujo los niveles de Miedo Escénico de los sujetos de investigación, que eran Alumnos interesados en aprender cómo mejorar sus habilidades para hablar en público.

Ese programa de intervención, que les instruía acerca de cómo hablar bien en público. En dicho programa de intervención se aplicaron varias técnicas:

A. *Reestructuración cognitiva*: Durante las participaciones de los integrantes del grupo, se identificaron y refutaron creencias irracionales, y se sugirieron creencias alternativas más adaptativas.

B. *Afirmaciones Verbales Positivas*: Los sujetos repitieron verbalmente con intensidad emotiva, autoinstrucciones positivas del tipo:

- “Yo (nombre del participante) sí puedo hablar en público de manera eficaz”
- “Yo (nombre del participante) me expreso cada vez mejor en público”

C. *Visualización de imágenes positivas*: Los sujetos realizaron visualizaciones guiadas en las cuales se imaginaron logrando un buen desempeño y recibiendo aprobación del público.

D. *Psicodrama*: Los sujetos realizaron la dramatización de ciertos roles, para ampliar sus ópticas sobre la situación.

E. *Modelaje de Conductas*: Los sujetos eligieron un modelo considerado eficaz o destacado como orador, entre personas conocidas o no, y trabajaron en la imitación de sus habilidades (qué hace, cómo lo hace y cuándo lo hace).

F. *Refuerzos Positivos*: Los sujetos fueron reforzados positivamente cuando ejecutaban conductas eficaces o cuando verbalizaban cogniciones adaptativas.

G. *Proyección en el tiempo*: Se pidió a los sujetos que imaginaran los resultados que consideran riesgosos o nocivos y se verifica el nivel real de impacto negativo que puede producirle.

H. *Desensibilización Sistemática*: Los sujetos realizaron ejercicios de desensibilización con una escala graduada general de dificultades oratorias vistas como ansiogénicas.

I. *Relajación Muscular*: Los sujetos realizaron ejercicios de relajación muscular gradual en una experiencia guiada.

El programa se aplicó en un lapso de 16 horas, dos jornadas de 8 horas cada una, y se incluyeron cuatro recesos de descanso, de 15 minutos cada uno.

Para esta investigación se tomó una muestra probabilística, consistente en las primeras 20 personas que encajaran con las siguientes características:

1. Personas hablantes del idioma castellano.

2. Personas adultas, de edades comprendidas entre 20 y 50 años.
3. Personas interesadas en aprender a hablar en público.
4. Personas que acuden voluntariamente al taller de Oratoria.
5. Un grupo no mayor de 20 personas.

El cuestionario incluía en su configuración, estos datos: Título, Objetivo, Fecha, Nombre, Edad, Sexo, Dimensiones (Fisiológica, Cognitiva, Conductual), Presencia del ME, Intensidades (leve, moderado, intenso) y Número de cuestionario. El cuestionario fue aplicado antes y después de la aplicación del programa de intervención.

Al ser aplicado el pre-test, antes de la intervención, para medir la presencia de Miedo Escénico y su intensidad, se evidencia que del total de la población encuestada (20 sujetos): Un promedio de 10,3% reportó presencia de indicadores fisiológicos, unas 15,1% personas reportó síntomas o indicadores cognitivos, y un 11,0% personas reportó síntomas o indicadores conductuales (Anexo C/Gráfico 1).

En estos mismos indicadores, en los datos del Post Test, tenemos que: el registro de indicadores fisiológicos fue de 5,1 en promedio de personas, los indicadores cognitivos mostraron un nivel promedio de 8,2; y los indicadores conductuales, revelaron un 3,5 (Anexo C/ Gráfico 2).

Estos datos, reportes de los participantes, indican que el factor de mayor influencia es el cognitivo, luego el conductual y por último el fisiológico. Se observa la preponderancia del factor cognitivo en la respuesta emotiva de los participantes, lo cual viene a justificar y potenciar el valor de esta investigación.

Al revisar los resultados de las intensidades registradas, tipificadas en las categorías de Leve, Moderado e Intenso, el registro inicial o Pre Test puede observarse una situación similar pues se reportaron experiencias intensas: Un 11,6 de promedio, reportó presencia de síntomas o indicadores cognitivos intensos; un 3,5 de promedio reportó presencia de síntomas fisiológicos intensos; y un 1,6 de promedio, reportó síntomas o indicadores conductuales intensos. También aquí los datos de los niveles de impacto del Miedo Escénico revelan la importancia de lo cognitivo, seguido por lo conductual y lo fisiológico, en ese mismo orden (Anexo D/Gráfico 3).

Al pasar el instrumento, después de la aplicación el programa de intervención cognitiva conductual, se tiene que se observa una modificación de los niveles de presencia y grados de impacto de Miedo Escénico registrados (Anexo D/ Gráfico 4). Así, los indicadores cognitivos descendieron de 15,1 a 8,2 (una reducción de nivel de un 45% aproximadamente); los indicadores fisiológicos descendieron de 10,3 a 5,1 (una reducción de nivel de un 50% aproximadamente); y los indicadores conductuales descendieron de 11,0 a 3,5 (una reducción de nivel de un 69% aproximadamente). Como puede observarse la disminución es destacada y evidencia el efecto favorable del Programa Cognitivo Conductual (PCC) en los participantes del Taller.

En relación con la medición pos-test de la intensidad, se registró que: Los grados de impacto de los síntomas o indicadores en la clasificación de *Intenso*, que fueron inicialmente: a) 3,5 (fisiológico); b) 11,6 (cognitivo) y c) 1,6 (conductual) y después de la intervención, se redujeron como sigue: a) 0,0 (fisiológico); b) 0,2 (cognitivo) y c) 0,0 (conductual), para una clara e irrefutable variación. (Anexo D/Gráfico 4). Asimismo, hubo cambio en los síntomas o indicadores en la clasificación de *Moderado*, que fueron en principio: a) 3,5 (fisiológico); b) 4,2 (cognitivo) y c) 4,1 (conductual). Y se redujeron posteriormente así: a) 0,3 (fisiológico); b) 1,7 (cognitivo) y c) 0,5 (conductual), con lo cual se revela un cambio comparativo entre el pre y el post-test (Anexo D/Gráfico 3).

Si revisamos lo ocurrido con la categoría de impacto de los síntomas o indicadores en la clasificación de *Leve*, nos encontramos con un registro inicial de: a) 3,2 (fisiológico); b) 3,0 (cognitivo) y c) 5,3 (conductual), que luego sufrió una modificación registrada así: a) 4,8 (fisiológico); b) 6,3 (cognitivo) y c) 3,0 (conductual).

El aumento que se observa en los factores fisiológicos y conductuales, y que a simple vista pudiera resultar extraño en comparación con las tendencias de reducción de los “ítems” anteriores, se explica por la reducción de intensidades moderadas e intensas, que pasaron a ser leves, aunque no desaparecieron. Podría decirse que algunos síntomas dejaron de experimentarse y otros minimizaron su intensidad.

(Anexo D/ Gráfico 4). Asimismo, al relacionar los datos obtenidos con los objetivos previamente planteados en la investigación, puede afirmarse que:

- Se relacionó de manera vinculante la aplicación de un PCC con la reducción del ME en los alumnos, aunque en niveles distintos.
- Se midió el nivel inicial del ME a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos validado por tres expertos.
- Se diseñó un PCC para ser aplicado a los alumnos.
- Se aplicó el PCC diseñado a los alumnos.
- Se midió el nivel final del ME de los alumnos.

Algunas Conclusiones del estudio

1. La presencia de ME fue generalizada en casi todos los participantes del estudio.
2. Los aspectos cognitivos mostraron predominancia en la aparición y sostenimiento del Miedo Escénico en los sujetos de investigación.
3. Se apreció una reducción considerable de los niveles de Miedo Escénico, luego de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual.
4. Posterior a la aplicación de un PCC, algunos síntomas desaparecieron, y otros, aún sin desaparecer, registraron disminución en comparación con la intensidad inicial.
5. Aunque los niveles de autoestima y los detalles de calidad técnica de las participaciones orales de los sujetos no eran aspectos prioritarios en este trabajo, la observación indicó que la reducción en los niveles de ME influyó de manera visible en el sentido de autoeficacia y posibilitó un desempeño oratorio más eficaz.
6. Las conductas más visibles consideradas favorables, adquiridas luego de la aplicación del PCC, que fueron reportadas verbalmente o por escrito, por los sujetos de investigación, fueron: Mayor iniciativa de participación, más relajación y movilidad corporal, más tiempo de exposición oral voluntario, más motivación de

apoyo a otros en situación de hablar en público, mayor elocuencia expresiva y mejor desempeño de memoria.

7. Se lograron los objetivos de la investigación, al probar con el respaldo de datos empíricos, que resulta efectiva la aplicación de un Programa de Intervención Cognitivo Conductual para reducir los niveles de Miedo Escénico en los alumnos de los talleres de Oratoria de la empresa CENIT.

8. Es posible, al tenor de los resultados obtenidos, realizar una proyección y considerar recomendable la utilización del Programa aplicado en esta investigación.

9. Este trabajo de investigación, se inserta claramente en una de las líneas de investigación promovidas por los investigadores de la temática de la relación cognición y emoción, así como transaccional-motivacional, todos vinculados con el aprendizaje y desaprendizaje de conductas.

4.2 Precisiones conceptuales sobre Miedo Escénico

El constructo “Miedo Escénico”, tiene la doble situación de ser utilizado de manera frecuente por ser ampliamente conocido, pero al mismo tiempo, carece de un lugar propio en el espacio del tratamiento clínico, pues se le asigna una posición marginal, debido a una errónea consideración de ser un “problema normal”, que no merece la atención de una situación relevante. Esto, a pesar de la cantidad y diversidad de personas que se ven afectadas por esta experiencia. Se le incluye, típicamente, como una manifestación de *ansiedad social* o de *fobia social*, estrés, o timidez. Sin embargo, la literatura al respecto, así como las investigaciones sobre el tema, son escasas y poco esclarecedoras.

Resulta sorprendente que al buscar en la red de Internet, libros sobre Miedo Escénico publicados en idioma español, el resultado en una base de datos de millones de páginas, no aparece ni una decena de obras especializadas que titulen con la denominación “Miedo Escénico”. Ante esta situación, de indiferencia general y de poca atención bibliográfica, se hace necesario abrir espacio propio a esta categoría

relacional, por lo cual se establece a continuación una modesta precisión conceptual sobre el término y algunas reflexiones distintivas sobre el tema.

En relación con la definición del término, basta realizar una revisión simple, para percatarse de que no existe acuerdo unánime sobre la conceptualización del término, y que mientras más claridad se aporte a esta discusión, más precisos serán los elementos teóricos y más concreto y claro el abordaje que de ellos pudiera derivarse.

Al revisar los términos asociados, se tiene que según Marina (1996), “Miedo”, queda definido como una emoción básica innata, que opera como respuesta natural ante un estímulo adverso. A juicio del autor, esta emoción sería positiva por cuanto permite a los organismos reaccionar de forma adecuada ante el peligro. Para Halguin y Krauss (2004) el miedo es una respuesta de alarma, de base biológica, innata, que emite el organismo ante una amenaza que pone en peligro la vida. Por su parte, el Diccionario de la Real Academia española de la Lengua, (DRAE) define el miedo como una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario; y como un recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea (DRAE <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>).

Y para Drever (1975), el miedo es una de las emociones primitivas, violenta y a menudo traumática, caracterizada por sucesivos cambios corporales y por un comportamiento de carácter evasivo o negador.

“Temor”, es otro de los términos que participan de la confusión de denominaciones asociadas con estados disfuncionales de inquietud que incluyen cogniciones anticipatorias. El DRAE lo define como: Pasión del ánimo, que hace huir o rehusar aquello que se considera dañoso, arriesgado o peligroso. Presunción o sospecha. Recelo de un daño futuro. (<http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>). Esta definición deja clara la acepción anticipatoria del concepto. Goleman (1995) se refiere a lo difuso que es conceptualizar emociones, y define “temor” por medio de otros conceptos o términos vinculables, tales como: ansiedad, aprehensión, nerviosismo, preocupación, consternación, inquietud, cautela, incertidumbre, pavor, miedo, terror, fobia y pánico. Otra definición es: miedo, aprensión, sospecha,

presunción (<http://www.definicion.org/temor>). Yagosesky (2001) define el temor como un estado psicológico de incomodidad que surge como consecuencia de pensamientos de preocupación. Es una reacción que se expresa ante un peligro futuro y por tanto inexistente.

Cean (2005), distingue entre temor y miedo, cuando señala que el miedo es una emoción natural que nos protege de un peligro real, mientras que el temor, sería una emoción artificial, que nos hace evitar o huir de situaciones de peligro imaginario. (<http://www.noeresmas.com/articulos/miedo-vs-temor>).

El caso del concepto de “ansiedad” no resulta muy distinto a los anteriores. Halguin y Krauss (2004) lo identifican como un estado de aprehensión, incomodidad y tensión relacionado con la posibilidad de que algo terrible suceda. Según el DRAE, la ansiedad es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (<http://buscon.rae.es/draeI/>), mientras que en la Enciclopedia Electrónica Wikipedia, se le tipifica como una característica adquirida por los humanos en el proceso evolutivo, cuyo objeto es incrementar la activación fisiológica, para ponernos en alerta ante posibles amenazas externas y movilizarnos hacia la acción para sortear dichas amenazas, a fin de mantener la supervivencia. Para Lazarus, la ansiedad es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (<http://www.clinicadeansiedad.com/documentos.asp?doc=29&rec=18>). Drever (1975), la describe como un estado emocional crónico complejo con aprehensión o temor como componentes más prominentes; características de varios trastornos mentales y nerviosos. Finalmente, Baron (1996), entiende la ansiedad como el incremento de la activación acompañado por sentimientos generalizados de temor o aprehensión.

Al hacer extensivo este ejercicio, e incluir el término “Timidez”, no se presentan sorpresas. Para el DRAE, se trata de temor, encogimiento y cortedad de ánimo. Zimbardo (1979) ve la timidez como un estado de incomodidad causado por la expectativa de posibles consecuencias negativas de las relaciones con otros. Y ubica tres posibles causas: baja autoconfianza temores infundados y pocas habilidades sociales.

También ha sido descrito este término, como tendencia a experimentar incomodidad, inhibición y torpeza, además de una hiper-consciencia sí mismo en presencia de otros, con afectación de la vida social.

(http://www.proyectosalohogar.com/Diccionario/diccionario_psicologico_T_Z.htm)

O como reacción de la persona caracterizada por: incomodidad, inhibición y ansiedad, frente a la evaluación social y a la interacción social.

(<http://www.apsique.com/wiki/SociTimidez?PHPSESSID=d16913bb2c2038c944a735acea5bdb53>).

Asimismo, como condición innata predisponente a la introversión social, o como una respuesta psicofísica aprendida, de intensidades variables, asociada con la expectativa de evaluación social negativa, que se manifiesta con cambios cognitivos, afectivos y conductuales, y que tiene como características asociadas, ansiedad, incomodidad vincular, estrés, inhibición expresiva, y tendencia a contactos interpersonales erráticos. Cuando es intensa o muy frecuente, suele estar acompañada de alteraciones psicósomáticas (<http://es.wikipedia.org/wiki/Timidez>).

Chauchard (1985) señala que la timidez es una parálisis de la acción que debe realizarse en presencia de otros.

Si se revisan las acepciones del término “estrés” puede notarse que al igual que en los constructos anteriores, se define una relación entre aspectos externos que operan como estímulos, procesamiento subjetivo en forma de interpretaciones, y una respuesta contentiva de elementos fisiológicos, emotivos y conductuales.

Casas (1999) afirma que para Lazarus el estrés es una respuesta adaptativa que involucra la valoración cognitiva del sujeto y que busca equilibrar la demanda ambiental con los recursos del sujeto. Halgin y Krauss (2004), lo definen como una reacción emocional desagradable que experimenta una persona cuando percibe un evento amenazante. El DRAE, por su parte, lo presenta como: “tensión provocada por situaciones agobiantes, que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves” (<http://buscon.rae.es/draeI/>). Finalmente, “proceso que ocurre en respuesta a eventos que interrumpen o amenazan con interrumpir nuestro funcionamiento físico o psicológico” (Baron, 1996).

Como puede verse, existe, ciertamente, una clara vinculación entre los términos temor, miedo y ansiedad, pues todos ellos remiten a connotaciones defensivas frente a estímulos considerados aversivos o peligrosos, mayoritariamente imaginarios.

Desde aquí, bien podría hablarse de ansiedad escénica, temor oratorio, temor escénico, ansiedad social, o como se define en el marco sindrómico del DSMIV: “fobia social”. Sin embargo, es posible apoyarse en la visión socio-constructivista de Gergen, según la cual el lenguaje es una creación social en la que las prácticas vinculares aportan y configuran los significados, y que “Miedo Escénico” parece ser la denominación general más difundida, se estima conveniente conservar y potenciar dicho constructo, y asociarlo claramente con la situación concreta de hablar en público. Asimismo, desde el paradigma constructivista, La Ontología del Lenguaje (Echeverría, 1995), postula que *todos los discursos son válidos desde la perspectiva de cada persona, pues se parte de puntos de vista, prácticas e historias distintas en la construcción de los significados*. Por lo cual resulta posible, no sólo vincular términos, sino además crearlos. También Gallego-Badillo (2001) afirma que la realidad no es pre-dada o externa, y lo real que aseguramos conocer, es siempre simbólico e intersubjetivo, pues somos los humanos los que creamos los significados, en razón de las necesidades y en la interacción con el entorno.

En este sentido se entiende como razonable, necesario y posible, crear una definición de Miedo Escénico, que aclare confusiones, responda a una necesidad y favorezca la comprensión de los significados.

4.3 Aproximación teórica para la comprensión del Miedo Escénico

La creación de una teoría que pueda ayudarnos a comprender un fenómeno natural o social, resulta por lo general un trabajo arduo, extenso e interminable. A veces, esa búsqueda conduce al investigador por caminos en apariencia contradictorios, aunque, finalmente integrables, tal como lo ha marcada la tradición investigativa.

Tarpy (2000), ha definido una “teoría”, como el conjunto de enunciados o proposiciones concatenadas de manera lógica, que se vincula con la realidad empírica y permiten predecir sobre los aspectos a los que cuales hacen referencia.

En el caso de las ciencias sociales, entre ellas la Psicología, el autor considera que lo recomendable es seguir concepciones modernas de menor rigidez, por cuanto “las teorías psicológicas no son jerárquicas, no se basan en un único fundamento, sino que ofrecen diversas perspectivas de una amplia variedad de fenómenos conductuales, aparentemente independientes” (p. 37).

Asigna el autor, cuatro criterios de validación de una teoría: Verificabilidad (susceptible de comprobación empírica), simplicidad (se expresa en constructos comprensibles), generalidad (abarca numerosos eventos relacionados) y productividad (debe permitir nuevas reflexiones y predicciones).

Yagosesky (2008b) ha trabajado en la creación de un modelo teórico-práctico para facilitar la comprensión y el trabajo psicoterapéutico del problema del Miedo Escénico, al que considera complejo, y abordable, únicamente, desde una perspectiva amplia, sistémica, integral y complementaria.

Se trata de una aproximación inacabada, que se presenta como un “papel de trabajo” para su discusión y perfeccionamiento. La idea de esta aproximación teórica, es dar cuenta de los factores configuradores de esta perturbación, en términos de su génesis, expresión, efectos, y alternativas de solución, de tipo preventivo y curativo, así como brindar una perspectiva consistente y útil que posibilite una acción terapéutica eficaz, que pueda adquirir, en algún momento, capacidad predictiva.

Yagosesky (Ob.cit.) propone como punto de partida teórico, la siguiente definición de Miedo Escénico:

Respuesta psicofísica del organismo, generalmente intensa, que surge como consecuencia de pensamientos pesimistas sobre la situación real o imaginaria de hablar en público. Esta respuesta incluye manifestaciones asociadas con la timidez y la ansiedad, como preocupación, inhibición estrés, ineficacia expresiva y otras formas de alteración de la normalidad en lo fisiológico, lo cognitivo y lo conductual.

Para detallar las alteraciones producidas por el Miedo Escénico, ver anexo B.

Los Componentes del Modelo

Este modelo es concebido como un modelo *sistémico biopsicosocial*, con fuertes componentes motivacionales y transaccionales.

- *Biológico*, porque se refiere a la existencia de factores de tipo biológico que pueden incidir en la génesis del Miedo Escénico creando vulnerabilidad.

- *Psicológico*, pues se refiere al desarrollo de esquemas cognitivos activables promotores y perpetuadores de la respuesta perturbadora de Miedo Escénico.

- *Social*, porque asume la existencia de exigencias sociales (expectativas de rol) que operan como agentes vulnerabilizadores en la aparición y sostén del Miedo Escénico. Visto en la línea epistémica del Construccinismo Social, se sigue la idea de Gergen, según la cual las perturbaciones operan en un marco de construcciones derivadas de las prácticas sociales configuradoras de significados, sin las cuales no sería posible distinguir lo bueno de lo malo, categorías que al fin y al cabo son constructos morales convenidos desde lo sociocultural, siempre en revisión y en metamorfosis. Por otra parte, debe señalarse que los criterios de “normalidad”, son derivaciones igualmente pactadas, en seguimiento de un paradigma científico-académico dominante, válidos para un determinado tiempo y lugar.

El componente motivacional del modelo, emerge en la convicción de que las conductas humanas son fundamentalmente motivadas y nunca operan sin vector de dirección, no se despliegan en la nada, sino que obedecen a necesidades y deseos. Por eso, todo estudio sobre cualquier disfunción, debe incluir aquello que se pierde o se deja de obtener, cuando la disfunción aparece y surte su efecto típicamente obstructivo.

El aspecto transaccional, existe, casi como obvio, por cuanto el Miedo Escénico, germina en un contexto estrictamente relacional, en el que un orador, comunicador o expositor, intenta compartir mensajes con un grupo, y es en ese marco vincular, en el que se producen los desajustes y las alteraciones.

A continuación se detallan las premisas que conforman el modelo

El ser humano es un ser biopsicosocial, de naturaleza dialéctica y dinámica que se caracteriza por emitir conductas motivadas para la consecución de objetivos requeridos, para satisfacer necesidades primarias o deseos significativos.

Lo Desadaptativo: Algunas de esas conductas pueden catalogarse como adaptativas y eficaces, o desadaptativas e ineficaces, según sea el caso de que contribuyan o no al logro de los objetivos y del bienestar emocional general del sujeto, tal como lo plantea la Teoría Racional Emotiva Comportamental (Ellis y MacLaren, 2004). En el caso del Miedo Escénico, sería desadaptativo, que el sujeto se viera impedido a causas de sí mismo, de querer y no poder hablar en público, de hacerlo defectuosamente o de expresarse con un alto sufrimiento.

Causalidad Sistémica

Este impedimento, puede atribuirse a desequilibrios en los sistemas principales del funcionamiento del sujeto (sistema de cogniciones, sistema de emociones, y sistema de conductas), los cuales operan de manera vinculada e interdependiente, de forma tal que un desequilibrio en uno de ellos, repercute en los otros dos. Esta interdependencia es planteada por Ellis, y apoyada por las investigaciones de Bower, y plasmadas en su Teoría de la Red Asociativa.

La conducta desadaptativa de Miedo Escénico, es una expresión de ese desequilibrio, que se produce como consecuencia de la activación de factores predisponentes vulnerabilizadores, que operan como programas de respuesta automáticos y no conscientes, de tipo biológico, psicológico y social.

A- Factores Biológicos predisponentes

Existen factores biológicos innatos, que pueden generar vulnerabilidad y predisponer a algunos sujetos a la respuesta de Miedo Escénico Entre esos, pueden destacarse el temperamento y la configuración cerebral.

El Temperamento: De acuerdo con este constructo, toda persona está dotada de una condición innata, reactiva y motivacional. Esta tendencia define el estilo o la manera como cada individuo tiende a responder a los eventos del ambiente, como primer impulso, antes de realizar procesamiento cognitivo conveniente o moral. El temperamento, puede controlarse, regularse o modificarse, eventualmente, pero no desaparece del repertorio conductual. Empédocles, Hipócrates, Galeno y Pavlov apoyaban la teoría del temperamento.

Hipócrates (460-370 AC) se refería a cuatro tipos de temperamentos derivados de la interrelación de los humores corporales: a) Sanguíneos (Sensibles, reactivos de humor variable. b) Melancólicos (Tristes, soñadores, lentos. c) Coléricos (Voluntariosos, impulsivos), y Flemáticos (Lentos, apáticos). Pavlov (1849-1936) consideró que las características del temperamento reflejaban tipos de sistemas nerviosos acordes con cada tipo de temperamento. Así, un sistema nervioso rápido y equilibrado (temperamento sanguíneo), un sistema nervioso lento y equilibrado (temperamento flemático), un sistema nervioso débil (temperamento melancólico) y un sistema nervioso fuerte, rápido y desequilibrado (temperamento colérico) (Ver: <http://personal.telefonica.terra.es/web/familiaknott/ocultismo%20y%20los%20cuatro%20temperamentos.htm>).

Conlan (2000) se refiere a las reflexiones de Jerome Kagan, psicólogo evolutivo de la Universidad de Harvard, según el cual existen cuatro temperamentos básicos: Tímido, abierto, optimista y melancólico, cada uno de ellos correspondiente a una de estas cuatro pautas diferentes de actividad cerebral, vinculadas con la prontitud, duración e intensidad de la respuesta emocional, lo cual es una dotación temperamental innata, con base en diferentes tipos constitucionales de actividad neuronal.

La Configuración Cerebral

Jerome Kagan ha planteado, como producto de sus investigaciones, la existencia de una configuración cerebral que puede generar una predisposición a la susceptibilidad o reactividad, relacionada con los vínculos y presencia de otros. Se basó en sus trabajos sobre el desarrollo infantil realizados en Harvard, en los cuales descubrió que los niños que se mostraron emocionalmente inseguros, retraídos, silenciosos y que se aferraban a las faldas de sus madres, permanecían en condiciones similares cuatro años después.

Estimó entre 15 y 20 el porcentaje de niños tímidos e hipersensibles a la conducta pública y a la relación social y que tendían a valorarse a sí mismos con autocrítica y sentimientos de culpa. También señaló, que los niños en esa condición tímida, parecen venir a la vida con un sistema nervioso que les hace sumamente reactivos a las más leves tensiones y, desde el mismo momento del nacimiento, sus corazones laten más rápidamente que los de los demás, en respuesta a situaciones extrañas o insólitas. Se muestran más reacios a jugar y se enfrentan a cualquier persona o situación desconocida como si se tratara de una amenaza potencial. Estos descubrimientos, se revelan como ruta de predicción de padecimientos en la edad adulta, de problemas relacionados con el estrés, como dolores de cabeza, colon irritable, etc. (Conlan, 2000)

También Le Doux, importante neurocientífico del Centro para la Ciencia Neurológica de la Universidad de Nueva York, descubrió la existencia de un pequeño grupo de neuronas que conducen las señales eléctricas (información del entorno) desde el tálamo hasta la amígdala, además de las neuronas que normalmente hacen el recorrido más largo hacia la corteza cerebral. El recorrido corto permite a la amígdala recibir entradas directas de los sentidos y responder antes de que la información quede registrada en la corteza cerebral. Esto explicaría las reacciones irracionales momentáneas, que las personas emiten en situaciones estresantes en las que se involucra el miedo. (Conlan, ob.cit)

B- Factores Psicológicos predisponentes

Existen factores psicológicos adquiridos, que podemos identificar como:

Esquemas Cognitivos

Se aprenden por trauma en acontecimientos vitales generalmente en la infancia como lo plantean Beck, Ellis y Bowlby entre otros (Risso, 2006); por imitación de modelos como lo planea Bandura (Fontaine, 1981) o como consecuencia de la influencia de “ambientes invalidantes” promotores de baja autoestima como lo señala Linehan. (Semerari, 2002).

En esos esquemas, se descubren con asombrosa frecuencia, pensamientos negativos acerca de la propia persona, sobre el desempeño pasado o futuro y sobre el público. Algunas creencias frecuentes en esta situación, son: “No me van a entender”, “no les voy a agradar”, “notarán que tengo miedo”, “me voy a equivocar”, “van a descubrir mi ignorancia”, “no debería estar haciendo esto”, “no estoy preparado”, “se me va a olvidar todo”, “no sabré responder las preguntas”, “van a pensar mal de mí”, “se aburrirán al escucharme”, “me voy a confundir”, “me voy a desmayar”, “no me voy a poder concentrar”, etc. Esto se explica por la Teoría sobre el funcionamiento regido por reglas, y la anticipación mental negativa que expone la Terapia de Aceptación y compromiso (Wilson y Luciano, 2002).

C- Factores Sociales predisponentes

Existen factores sociales adquiridos y se relacionan con formas de comportamiento social vinculadas con roles, que imponen expectativas concretas de conducta que “deben” cumplirse. Entre los factores sociales predisponentes, se encuentran:

Roles Sociales: Se postula en esta aproximación teórica, que la posición social de los sujetos, sus roles, influyen en su sentido de poder y autoridad, y es un factor potenciador de criterios de autoafirmación, que contribuyen a reducir la percepción

de debilidad social en los contextos vinculares en los que se despliegan las actuaciones sociales, entre ellas, la de hablar en público. Esto es validado por la Teoría del “Interaccionismo Simbólico” de Blumer, la Teoría del Interaccionismo Interpretativo de Denzin, y la Teoría del Construccinismo Social de Gergen, que con ciertas diferencias, consideran que la realidad es una construcción social generada en las relaciones sociales, donde se gestan los significados por mediación del lenguaje (Martínez, 2004).

Esta relatividad intersubjetiva, generada en los vínculos, permitiría explicar el porqué las personas experimenten más Miedo Escénico frente a un tipo de personas y situaciones, que ante otras.

Los Modelos Sociales: Tal como lo señaló Bandura, en toda sociedad existen modelos, entendidos como personas simbólicamente significativas que sirven de estereotipo a seguir y que marcan en cierta medida, una línea de conducta seguida por aquellos que se sienten identificados con su estilo y tipo de prácticas sociales. Los modelos, son, la mayoría de las veces sin saberlo, estimuladores de aprendizaje.

D- Factores Activadores del Miedo Escénico

En el complejo sistema de la respuesta de Miedo Escénico, existen Factores activadores, como:

Evento Social: El más importante para los efectos de esta investigación es el acto de hablar en público.

Recuerdo de errores o fracasos anteriores: Los recuerdos son potentes activadores de los esquemas cognitivos. Además, la memoria de eventos emocionales traumáticos tiende a ser prodigiosa, pues la amígdala, parte del repertorio biológico para abordar la experiencia del miedo, posee una potencialidad de grabación de las experiencias mucho mayor que la que se asocia con la capacidad de la corteza cerebral, tal y como lo ha probado Le Doux (Conlan, 2000).

Anticipación mental pesimista: Los pensamientos futuristas sobre situaciones dañinas y perturbadoras activan respuestas condicionadas que pueden producir desarreglos generales en el orador. (Yagosesky, 2001)

E- Factores Moduladores del Miedo Escénico

Existen “factores moduladores”, que pueden favorecer o desfavorecer la intensidad de la respuesta: Uno de esos es:

La Magnitud: Se refiere a la cantidad de personas ante las cuales hay que hablar.

Habitación: Se refiere al grado de novedad o de costumbre que tiene el sujeto con respecto la situación.

Los Efectos del Miedo Escénico

Cuando son activados dichos esquemas biológicos, psicológicos y sociales, se disparan respuestas cognitivas, fisiológicas y emocionales que se traducen como:

Fallas Cognitivas: Se refiere a pensamientos intrusivos, obsesivos o distorsionados.

Déficit de Regulación Emocional: Se refiere a estados de hiperactivación fisiológica.

Ineficacia Funcional: Se refiere a descoordinación motriz y tendencia al error.

Esta situación puede evidenciarse por sus manifestaciones principales:

- a) El sujeto quiere hablar en público pero no puede expresarse.
- b) El sujeto se expresa pero lo hace con gran sufrimiento.
- c) El sujeto se expresa de manera ineficaz y fallida.

Excepciones a esa regla, son las manifestaciones conocidas como *Akrasias* definidas como conductas impropias voluntarias, o como formas de autosabotaje desplegadas por algunos sujetos, quienes a pesar de conocer y tener acceso a mejores opciones conductuales, eligen las que generarán resultados indeseados, en franca

muestra de irracionalidad y funcionamiento neurótico, como lo ha planteado Ellis al referirse a la existencia de una tendencia a irracionalidad que existiría en el humano.

Algunas personas son más vulnerables que otras a la presencia de grupos, por causa de su configuración biológica (Teoría de Kagan) y /o psicológica (Teoría Cognitiva), así como de su aprendizaje y su ubicación sociocultural (Teoría Socio-constructivista de Gergen).

F- Factores Perpetuadores del Miedo Escénico

Existen factores perpetuadores del Miedo Escénico, como

La Interpretación Recursiva: Se refiere a las interpretaciones viciadas y circulares que hacen los sujetos cuando interpretan sus reacciones fisiológicas y emotivas. La tendencia es que esas interpretaciones sean distorsionadas, pues la activación en curso bloquea y reduce la capacidad cortical de realizar operaciones cognitivas superiores de metacognición, y arrastra o impulsa una selección de pensamientos congruentes con el estado emotivo. Así, se producen activaciones potenciadas que generan círculos viciosos de distorsión cognitiva - activación- concientización- interpretación distorsionada- más activación, etc. También los contenidos de los esquemas minimizan los aspectos favorables del desempeño y maximizan los desfavorables. (Teoría de Red Asociativa de Bower).

El Afrontamiento del Miedo Escénico

Aunque se presuma la existencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que hacen a muchos sujetos proclives a experimentar Miedo Escénico, es igualmente posible realizar modificaciones en los tres órdenes para generar o promover formas de pensamientos, emociones y acciones que sean diferentes, más conscientes y más adecuadas a las necesidades de convivencia social. En este sentido, se presenta, en un

segmento posterior, un programa de intervención y afrontamiento eficaz en la línea doctrinaria del modelo cognitivo conductual.

G- Factores Equilibradores del Miedo Escénico

Existen factores equilibradores de naturaleza interna, que pueden aminorar la respuesta del Miedo Escénico:

BIOLOGICOS: Factores innatos que pueden operar como equilibradores de la activación fisiológica y emotiva, expresadas como Miedo Escénico. Entre esos:

- *Temperamento*: Algunas personas en razón de su temperamento, muestra fortalezas que le permiten operar en situaciones sociales con comodidad (Teorías de Empédocles, Hipócrates, Galeno y Pavlov).

- *Configuración Cerebral*: Parecen existir configuraciones cerebrales que se expresan como sentido de control, autoconfianza, la tendencia a aproximarse y a expresar alegría, en situaciones sociales. (Teorías de Kagan).

PSICOLOGICOS: Se refiere a factores subjetivos que influyen en el comportamiento individual y social y que favorecen las actuaciones sociales y reducen los estados perturbadores asociados con las transacciones interpersonales.

- *La Metacognición*: Se refiere a la capacidad de realizar operaciones cognitivas superiores, como pensar sobre los pensamientos propios y ajenos y usar la información para lograr objetivos y prevenir y superar el sufrimiento. Es el recurso fundamental para el trabajo psicoterapéutico. Existe una importante relación entre metacognición y modificación cerebral que puede asociarse con la capacidad de producir cambios en la configuración neuronal innata, para favorecer la salud mental de los sujetos (Ver Anexo E).

- *La Autoconfianza*: Se refiere a la disposición cognitiva a considerarse capaz para abordar exitosamente los retos cotidianos. Para Yagosesky (1998), la

autoconfianza es un componente de la autoestima que resulta determinante en el logro de objetivos, pues predispone a la realización acciones enérgicas y coherentes. Bandura, por su parte, estima que las creencias de eficacia resultan fundamentales para el rendimiento positivo, y considera que:

La autoeficacia percibida desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano puesto que afecta el comportamiento no sólo de manera directa, sino también por su impacto en otros determinantes claves tales como metas y aspiraciones, expectativas de resultados, tendencias afectivas y percepción de los impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social (Olaz, Silva y Pérez, 2001).

- *La Motivación al logro*: Se refiere al efecto impulsador que produce en las personas la expectativa de ganancias significativas, y que las lleva a mostrar una capacidad ampliada de afrontamiento de limitaciones internas y externas para lograr los objetivos (Teorías del Incentivo de Young, de la Motivación de Mc McClelland, de la Conducta Motivada de Cofer y Appley y la de las Expectativas de Vroom).

SOCIALES: Se refiere a factores culturales aprendidos que influyen en la manera como pensamos, sentimos y actuamos hacia nosotros y hacia nuestros semejantes, y que pueden evitar o moderar la aparición y expresión del Miedo Escénico.

- *Los Roles Sociales*: Se postula en esta aproximación teórica, que la posición social de los sujetos, sus roles, influyen en su sentido de poder y autoridad, y es un factor potenciador de criterios de autoafirmación, que contribuyen a reducir la percepción de debilidad social en los contextos vinculares en los que se despliegan las actuaciones sociales. Esta relatividad intersubjetiva generada en los vínculos, permitiría explicar el porqué las personas experimentan más Miedo Escénico frente a un tipo de personas y situaciones, que ante otras (Teorías del “Interaccionismo Simbólico” de Blumer, del Interaccionismo Interpretativo de Denzin, y del Construccionalismo Social de Gergen).

Los Modelos: Se postula que existen modelos sociales exitosos que contribuyen al aprendizaje imitativo. Algunos que son percibidos como simbólicamente significativos, sirven de estereotipo a seguir y pueden marcar una línea de conducta que estimula su modelado y que tiene efecto favorable en el aprendizaje de habilidades y respuestas operativas, entre esas las que se relacionan con la conducta de hablar en público, especialmente en un mundo signado por las telecomunicaciones y especialmente por la televisión (Teorías de Bandura y de Rotter).

4.4 Programa Cognitivo Conductual para el Tratamiento Eficaz del Miedo Escénico

La siguiente es una propuesta formulada para este trabajo doctoral, que busca favorecer el abordaje psicoterapéutico eficaz del Miedo Escénico. Se plantea un objetivo general y seis específicos para orientar la acción concebida para 17 consultas.

- Objetivo general:

Reducir la frecuencia e intensidad de la respuesta de ME.

- Objetivos específicos:

1. Esclarecer las pautas del trabajo terapéutico y crear un clima de cordialidad y colaboración
2. Elevar los niveles de autoconfianza del sujeto
3. Identificar y modificar cogniciones limitadoras
4. Reducir la conducta de evitación, escape o inhibición.
5. Desarrollar las habilidades comunicativas de interacción social
6. Manejar situaciones incómodas o resultados indeseados.

Las Fases del Proceso Terapéutico

Las fases de la estrategia psicoterapéutica, aquí propuestas, se describen a continuación, y se destacan en un cuadro que agrupa fases y técnicas (Ver Cuadro 4).

PRIMERA FASE o fase informativa

- Se establecen las bases del trabajo terapéutico.
- Se informan reglas, se desarrollan acuerdos básicos sobre la estructura de las sesiones, se definen los objetivos terapéuticos y se obtiene información acerca de las expectativas sobre el problema y sobre el terapeuta, y se pulsa la disposición del sujeto a comprometerse a una adecuada relación de colaboración terapéutica.
- Se instruye al sujeto en los postulados del modelo Cognitivo Conductual, y se le explica la relación entre Pensamientos, Emociones y Conductas.
- Se le explica la dinámica del Miedo Escénico y se acopian datos relativos al problema, sus efectos en la vida de la persona, y lo que lograría si superara el problema.

(2 sesiones)

SEGUNDA FASE O FASE DE EMPODERAMIENTO COGNITIVO

- En esta fase se inicia un proceso de preparación o ajuste mental, en la dirección de empoderar al sujeto en relación con el público, ayudándole a sentirse más capaz y a ver al público como menos peligros, punitivo o castrante.
- Se realiza un inventario de recursos del sujeto (intelectuales, sociales, culturales, etc.) a fin de ayudarle a concientizar sus ventajas aptitudes y posibilidades, en un proceso cognitivo de revalorización personal.
- Se trabaja para reducir la maximización cognitiva que el sujeto hace del estímulo “público”. Pueden usarse frases equilibradoras, como: (“Es normal que lo que digamos no guste a todos”, “ellos también pueden equivocarse”, “Ninguno allí necesariamente mejor que tú”, etc.).

(2 sesiones)

TERCERA FASE O FASE DE PRECISION DIAGNOSTICA

- En esta fase se procede a identificar las cogniciones limitadoras (irracionales, intrusivas y/o obsesivas) que aparecen en forma de Pensamientos Automáticos y

Supuestos Personales), para lo cual se entrena al sujeto en autoobservación y acopio de datos con autorregistros. (2 sesiones)

CUARTA FASE O FASE DE INTERVENCION PROFUNDA

- En esta fase se procede a intervenir en los pensamientos disfuncionales y a desarrollar mecanismos de reestructuración cognitiva como el debate o confrontación con la razón y la evidencia objetiva. Así se superan distorsiones cognitivas limitadoras que impiden la expresión libre del sujeto. Se le entrena en autoinstrucciones y se trabaja con desensibilización sistemática, exposición simbólica (en la mente) y exposición gradual en vivo, aumentando los niveles de complejidad (preferible con público real).

En esta fase se trabaja también el desarrollo de habilidades comunicativas de interacción social, a fin de fortalecer su autoconfianza y estimular su iniciativa expresiva. Se utiliza el ensayo de conducta, para incorporar las formas expresivas que todavía no se encuentran en el repertorio del sujeto y que requiere para su eficaz desempeño. Además, el modelaje o imitación de modelos, sirviéndose de videos, para que pueda observar los recursos y sus formas de aplicación e imitarlos hasta encontrar su propio estilo. También se entrena en habilidades sociales para que conozca y aplique los rituales comunicativos más eficaces de su cultura y su entorno, y se refuerza positivamente cada iniciativa, intención y logro favorable a los objetivos planteados. (6 sesiones)

QUINTA FASE O MANEJO DE ADVERSIDADES

En esta fase se procede a contrarrestar las interpretaciones recursivas negativas, que pueden presentarse en forma de profecías autocumplidas o como cogniciones desanimantes que perciben el desempeño como mediocre o insuficiente. En este caso, se explica al sujeto que es necesario: a) Continuar trabajando para ver los resultados b) Valorar los aspectos positivos de la terapia y los logros obtenidos hasta ahora c) evitar posibles tendencias perfeccionistas.

Se usan las técnicas de “desesperanza creativa” (aceptar lo que no se puede cambiar y partir de allí para orientar la energía hacia valores y objetivos) y “replanteo” (se sugiere al sujeto que se imagine qué haría o como manejaría una situación similar en la que considera que su rendimiento fue insatisfactorio, si esta opción le fuera presentada nuevamente). (3 sesiones)

SEXTA FASE O FASE DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

En esta fase se realiza una evaluación completa de todas las etapas, se revisa el estado cognitivo, afectivo y conductual del sujeto, sus expectativas y logros, y se procede a calibrar las técnicas que el sujeto considera como más efectivas, y en qué aspecto se requiere enfatizar la atención.

También se prepara el cronograma de seguimiento con consultas que pueden espaciarse a razón de una vez por mes, o cada dos meses, hasta que ya el sujeto y el terapeuta de por finalizada la terapia. (2 sesiones)

Total de sesiones: 17, estimadas entre 45 minutos y 60 minutos cada sesión.

Conceptualización de las Estrategias

En esta parte de la propuesta, se ofrece una breve conceptualización de las estrategias utilizadas en el afrontamiento del Miedo Escénico (Ver cuadro 5).

- *Información de reglas, del modelo cognitivo conductual y del esquema secuencial del Miedo Escénico.*

Se trata del suministro de datos contextualizados acerca de los procedimientos y pautas conceptuales, a fin de lograr alineación operativa y acuerdos funcionales coherentes con los objetivos planteados.

- *Inventario de recursos:*

Es una técnica creada por Og Mandino, en la cual se insta al sujeto a diseñar una lista en la que debe incluir todos aquellos aspectos de su personalidad que considere adecuados, útiles, favorables o ventajosos para su desenvolvimiento individual y social (Mandino, 1.986)

- *Reestructuración cognitiva:*

Técnica de modificación conductual, que permite detectar y modificar pensamientos limitadores acerca de uno mismo (orador), los demás (público) la situación (hablar en público) y el futuro (aceptación/aprobación o desaprobación /rechazo), para introducir formas alternativas de procesamiento de la información externa e interna (Ellis y Mac Laren, 2004).

- *Desensibilización sistemática:*

Técnica de modificación conductual creada por Wolpe, basada en el principio de inhibición recíproca, según la cual es posible reducir los niveles de Miedo Escénico del sujeto, con apoyo de la relajación, la observación y evaluación de los estados internos y la exposición gradual al estímulo "hablar en público" (Olivares y Méndez 2005)

- *Visualización:*

También denominada "imagería mental", es una técnica de modificación conductual, mediante la cual se guía al sujeto en un proceso de imaginación emotiva, en la que se ve a sí mismo ejecutando de manera eficaz, conductas que normalmente le resultan dificultosas. Esto produce un efecto de "habitación" y de descondicionamiento gradual de respuestas condicionadas, especialmente de estados como la timidez, el Miedo Escénico y otros estados ansiosos (Yagosesky, 2008d).

- *Ensayo de conducta:*

Técnica de modificación conductual, en la cual el sujeto prueba en forma de dramatización, formas de actuar (hablar en público) que normalmente no domina y que desea dominar para luego desplegarlas en situaciones sociales en su cotidianidad (Fontaine, 1981).

- *Modelaje:*

Técnica de modificación conductual, por la cual el sujeto elige un modelo (Orador) con el cual se identifica y que considera destacado o eficaz, para observarlo presencialmente o en video, y proceder luego a imitarlo y copiar

su protocolo conductual hasta adquirir dominio y posteriormente, su propio estilo (Olivares y Méndez, 2005).

- *Cuestionamiento del poder:*

Técnica de modificación conductual creada por Yagosesky, según la cual, es posible para las personas, modificar la representación mental que tienen de otros, a quienes se percibe como superiores, amenazantes, indispensables, etc. En la técnica se buscan defectos a los demás, y cualidades al propio sujeto, para configurar un estado de equilibrio perceptivo (Yagosesky, 2008d).

- *Auto observación:*

Técnica de modificación conductual, en la cual se realiza una protocolización u observación detallada de los aspectos fisiológicos, emotivos y cognitivos de una conducta, así como de sus elementos antecedentes y consecuentes, su frecuencia e intensidad. El objetivo es analizar la conducta y hacer las correctivos o modificaciones que se consideren necesarias (Kritz, 2001).

- *Autoregistro:*

Técnica de modificación conductual que pretende favorecer el autoconocimiento y la autoconsciencia de los sujetos, para que determinen con claridad las conductas inadecuadas que requieren o desean modificar. La metodología consiste en anotar en formatos preestablecidos, los detalles de la conducta “blanco”, “disfuncional”, o “problema”, de la manera más exhaustiva posible, para proceder, posteriormente, al análisis los datos y al diseño o elección de la metodología o protocolo de cambio más adecuado y eficaz. Esta elección puede realizarse de manera autónoma o preferiblemente con la ayuda de un psicoterapeuta capacitado Yagosesky (Ob.cit.).

- *Autoinstrucciones:*

Técnica de modificación conductual que presupone que los seres humanos mantienen permanentemente un diálogo interno en forma de autoverbalizaciones, que pueden favorecer o desfavorecer las tareas que

realizan. La técnica, creada por Meichenbaum, consiste en promover de manera voluntaria verbalizaciones positivas voluntarias contribuyentes a las metas planteadas (Vila y Fernández-Santaella, 2004).

- Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en “habilidades sociales” es una técnica de modificación conductual, atribuida a Slater y Wolpe, que se utiliza en personas que muestran ansiedad en sus interacciones sociales y carecen de las habilidades necesarias para expresarse de manera abierta y autoafirmativa. En la técnica, se enseña a los sujetos a conocer y practicar conductas verbales y no verbales de aproximación y rechazo, que les permitan Iniciar, mantener y finalizar conversaciones; dar y recibir halagos, hacer críticas adecuadamente, defenderse contra ataques injustificados, y, en general, usar e manera consciente y adecuada los recursos del lenguaje (Vila y Fernández-Santaella, 2004).

- Desesperanza creativa

Se trata de una técnica de modificación conductual propuesta por la Terapia de Aceptación del Compromiso (TAC), según la cual los sujetos se perturban por los intentos recurrentes e infructuosos, que hacen para controlar sus eventos internos (sensaciones, emociones, cogniciones,) en vez de moverse hacia sus objetivos y vivir en razón de sus valores. La técnica enseña a aceptar y tolerar los momentos difíciles y a no permitir que detengan nuestros proyectos de vida. Para la TAC, la evitación que se usa como recurso de protección contra los estados desagradables, se cristaliza como hábito evasor y se transforma en el verdadero problema (Wilson y Luciano, 2002).

- Replanteo

Técnica de modificación conductual creada por Yagosesky (Ob.cit), según la cual es posible percibir los resultados que en apariencia nos resultan inicialmente negativos, como elementos facilitadores de una conducta futura mejorada. En la técnica, se pide al sujeto que imagine que tiene de nuevo la

oportunidad en la que actuó de manera inadecuada, y se le pregunta qué aspecto de la conducta modificaría o cambiaría para alcanzar los resultados que desea. Esto contribuye a perfeccionar las secuencias conductuales, y ubica al sujeto en una situación hipotética mental futura de éxito, con lo cual se reduce el sentimiento de culpa por el resultado insatisfactorio obtenido previamente.

- *Humorización:*

Técnica de modificación conductual que usa el humor como herramienta para afrontar situaciones problemáticas. Consiste en buscar de manera deliberada el lado gracioso o divertido de las situaciones, para evitar el exceso de severidad interpretativa de los estímulos o resultados de nuestras conductas.

- *Reforzamiento positivo*

Técnica de modificación conductual en la cual el terapeuta luego de detectar los eventos o estímulos que son valorados como recompensa por el sujeto, los presenta de manera contingente a la conducta deseada (Ribes, 2007).

Cuadro 4

Fases y técnicas del proceso terapéutico

	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TECNICAS
	GENERAL Reducir la frecuencia e intensidad del ME.	Se requiere promover cambios cognitivos, cambios emotivos y conductuales.	Cognitivas y Conductuales
Fase 1	Objetivo Específico 1 <i>Esclarecer las pautas rectoras del trabajo terapéutico y generar un clima adecuado para la terapia</i>	Se requiere una disposición abierta y dispuesta, con los límites que imponen el rol y las necesidades del sujeto.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar reglas y develar expectativas, • Ofrecer aceptación, sinceridad y comprensión, y solicitar sinceridad y compromiso.
Fase 2	Objetivo Específico 2 <i>Elevar los niveles de autoconfianza del sujeto</i>	Se requiere incrementar la autopercepción de capacidad y aptitud del sujeto.	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de recursos. • Cuestionamiento del poder
Fase 3	Objetivo Específico 2 <i>Identificar cogniciones limitadoras (Pensamientos automáticos, supuestos personales)</i>	Se requiere potenciar la metacognición de sujeto a fin de que pueda detectar los patrones y pautas negativas sobre sí mismo, su actuación y las posibles consecuencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Autoobservación • Autorregistros
Fase 4	Objetivo Específico 3 <i>Reducir la conducta de evitación, escape o inhibición.</i>	Se requiere modificar la percepción de peligro y desactivar las asociaciones "público-Miedo."	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración Cognitiva • Desensibilización S • Autoinstrucciones. • Refuerzo positivo
	Objetivo Específico 4 <i>Desarrollar las habilidades comunicativas de interacción social</i>	Se requiere potenciar los recursos expresivos y de interacción del sujeto para fortalecer su autoconfianza y estimular su iniciativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensayo conducta • Modelaje • Habilidades sociales.
Fase 5	Objetivo Específico 5 <i>Capacitar al sujeto para el manejo de situaciones incómodas o resultados indeseados.</i>	Se requiere aceptar lo que no se puede cambiar, aprender de errores y replantearse metas y acciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza creativa. • Replanteo. • Humorización
Fase 6	Objetivo Específico 6 <i>Evaluación de resultados y seguimiento</i>	Se requiere recapitular lo aprendido y revisar lo logrado. Además, de diseñar un plan de seguimiento con consultas más espaciadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Comparación de datos de estado inicial y estado final. • Autorregistros.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Después de culminar las investigaciones vinculadas con el tema de la relación entre las estrategias cognitivas y conductuales y el afrontamiento del Miedo Escénico, es posible arribar a varias conclusiones:

De acuerdo con Yagosesky (2008b), el Miedo Escénico es una respuesta perturbadora, disfuncional ampliamente extendida aunque abordada de manera marginal en el ámbito de la asesoría personal psicoterapéutica. Esta disfunción claramente limitadora, ha sido definida por este autor, como:

“Respuesta psicofísica del organismo, generalmente intensa, que surge como consecuencia de pensamientos pesimistas sobre la situación real o imaginaria de hablar en público. Esta respuesta incluye manifestaciones asociadas con la timidez y la ansiedad, como preocupación, inhibición estrés, ineficacia expresiva y otras formas de alteración de la normalidad en lo fisiológico, lo cognitivo y lo conductual”.

El abordaje de las disfunciones humanas demanda atención multifactorial, lo que impone la necesidad de usar un paradigma abarcante. Martínez (2009) propone el paradigma y sistémico, al que considera ideal para estudiar sistemas dinámicos, abiertos, cambiantes, complejos, es decir, multidimensionales como el sistema humano. Asimismo, advierte (Morin 2007) que los sistemas complejos tienen niveles, jerarquías y ángulos y deben abordarse sin reduccionismos, esto es, desde una visión que admita la complejidad.

Otra conclusión se refiere a la existencia y utilidad de un modelo teórico y psicoterapéutico, el Modelo Cognitivo Conductual, que posibilita el abordaje de estados internos disfuncionales, pues integra métodos cognitivos, emotivos y conductuales. Para Obst (2008) la base conceptual de este modelo, descansa en la

premisa de que los comportamientos humanos se ven directamente influidos por las cogniciones.

Se hizo referencia de la existencia de dos enfoques o sub corrientes del modelo Cognitivo Conductual: la terapia cognitiva clásica y la Terapia Cognitiva Postmodernista. La primera se caracteriza por conservar visos positivistas, y por su aspiración de detectar y remediar las disfunciones que presupone objetivables. La segunda sub-corriente, de corte constructivista, entiende la realidad como una construcción dinámica permanente, que debe revisarse, ampliarse y adecuarse, desde la perspectiva del sujeto, único experto en su construcción personal y social (Semerari 2002).

Existen estrategias psicológicas que permiten prevenir y superar las conductas y estados internos desadaptativos interfirientes con las conductas de actuación social. Ellis y MacLaren (2004) las denomina cognitivas, emotivas y conductuales y sugiere su implementación integral.

Una conclusión valiosa de esta investigación, es la existencia de una clara relación entre las cogniciones y las emociones, tal com lo afirma la teoría de Lazarus, para quien las respuestas que los sujetos dan en situaciones críticas, derivan no de los eventos, sino de la valoración que se hace de estos, en relación con los recursos de que estimamos disponer, y de los efectos que presumimos tendrán en nuestros objetivos.

Se pudo establecer que existe imprecisión y falta de consenso en la manera de definir términos asociados o vinculado como Miedo Escénico, timidez, temor, miedo, y ansiedad, lo que impone una mayor precisión conceptual de cara al futuro.

Se realizó un análisis de una investigación sobre Miedo Escénico, cuyos resultados sugieren que la aplicación de un plan Cognitivo Conductual puede reducir los niveles de Miedo Escénico en sujetos que requieren hablar en público.

Esta investigación propone una aproximación teórica biopsicosocial con componentes transaccionales y motivacionales, en la que estima la existencia de varios factores o ejes de influencia en la aparición y sostén en la respuesta del Miedo Escénico: factores predisponentes, activadores, perpetuadores y equilibradores de la

respuesta de Miedo Escénico. Y consideró que es posible un abordaje individual concebido en diecisiete sesiones y seis fases.

Al revisar los objetivos planteados, puede también concluirse que:

- Se describieron los planteamientos teóricos que definen el Modelo Cognitivo Conductual.

- Se identificaron las estrategias Cognitivas y Conductuales consideradas más efectivas para el afrontamiento del Miedo Escénico.

- Se propuso un modelo de técnicas de afrontamiento eficaz del Miedo Escénico.

- Se señalaron y describieron los diferentes aspectos que pueden considerarse como ejes de influencia en la aparición y sostén de la respuesta de Miedo Escénico.

En razón de los aspectos antes citados, es posible concluir como corolario general, que existe una relación favorable, estrecha y vinculante, entre la aplicación de estrategias cognitivas y conductuales y el afrontamiento eficaz del Miedo Escénico, en personas que requieren hablar en público.

5.2 Recomendaciones

Considerando los diferentes elementos tratados en la investigación, es posible y pertinente realizar las siguientes recomendaciones.

5.2.1 En lo teórico

- Se recomienda la profundización en el estudio del tema relacionado con la respuesta de Miedo Escénico, otorgando una mayor atención de la que se le ha conferido hasta ahora, al ubicarla y reducirla a una categoría relativamente secundaria dentro de los trastornos de ansiedad, y al asignarle un carácter de “no grave”, con lo cual se corre el riesgo de asumir como “normal” que miles o millones de personas se vean limitadas en sus decisiones, preferencias y deberes de interacción social, a pesar

de que es perfectamente posible, con disposición y voluntad, ampliar las pautas de comprensión, estudio y abordaje terapéutico sobre este tema.

Es necesario ver más allá de lo que se oculta tras la sintomatología aparente del Miedo Escénico, pues bien podrían encontrarse más elementos relacionados, como estados depresivos no reconocidos, baja autoestima y perjuicios laborales y de relaciones interpersonales de diverso tipo.

El investigador concluye también, que existe una débil atención en relación con el tema del Miedo Escénico. En los distintos escenarios de transmisión de información (medios masivos, centros académicos, familia y empresa) no se considera un tema prioritario. Se propone, para el beneficio de los afectados y terapeutas interesados, un cambio de actitud y una participación más activa. Los afectados, pueden con demostración de interés, participación e iniciativa, generar una masa crítica que estimule la discusión sobre la situación que los aqueja. En cuanto a los terapeutas, se demanda aquí el concurso y el compromiso de profesionales motivados e informados, en la difusión de la importancia de esta situación y la necesidad de su abordaje responsable. La promoción de discusiones científicas y académicas, se presenta con una vía para colocar el tema como un punto de interés cotidiano. Esto contribuiría a romper el silencio y expandir el espacio hoy destinado a este conocimiento.

5.2.2 En lo práctico

Desde el punto de vista práctico, se sugiere ampliar la base teórica tradicional y de praxis psicoterapéutica, de manera que sea posible la inclusión de métodos modernos de aprendizaje y curación acelerados, que no se contemplan en los protocolos de abordaje clásicos. Así sería posible operar desde una visión sistémica, e incluir métodos terapéuticos de avanzada como Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimiento Ocular (EMDR). Liberación Emocional (EFT) y otros procedimientos similares muy novedosos y que incluyen métodos del modelo

Cognitivo Conductual en sus procedimientos, que son de gran eficacia pero de poca difusión mediática y académica.

Esto podría generar resultados más rápidos en el trabajo psicoterapéutico, sin dejar de valorar e incluir, la rigurosidad científica y metodológica que el área de la salud, así reclama.

REFERENCIAS

- Bados, A. (2001). **Fobia social**. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Baron, R. (1996). **Psicología**. Prentice Hall Hispanoamericana S.A. 3ra. Edición. México.
- Begley, S. (2008) **Entrena tu mente, cambia tu cerebro**. Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, I., & Saúl-Gutiérrez, L. A. (2001). **Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista**. Boletín de Psicología, 72, 43-55.
- Casas, M. **Vivir bajo presión**. Barcelona, España: Grupo Editorial Océano.
- Chauchard P. (1985). **Timidez, Voluntad, Actividad**. Bilbao, Italia: Ediciones Mensajero.
- Conlan, R. (2000). **Estados de Animo**. España: Editoria Paidós..
- Daley, K., Daley-Caravella, L. (2004). **Logra el éxito con tus palabras**. México: Mc Graw Hill Interamericana.,
- Drever, J. (1975). **Diccionario de Psicología**. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Cepe
- Echeverría, R. (1995): **Ontología del lenguaje**. Santiago de Chile, Chile: Editorial Dolmen (2° edición.)
- Ellis, A. y MacLaren, C. (2004). **Las relaciones con los demás**. España: Editorial Océano
- Fontaine, O. (1981). **Las terapias del comportamiento**. Barcelona, España: Herder.
- Gallego-Badillo, R. (2001). **Discurso constructivista sobre las ciencias experimentales**. Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Petri, H. y Govern, J. (2006) **Motivación. Teoría, investigación y aplicaciones**. España: Editorial Thompson
- Halgin, R. & Krauss, S. (2004). **Psicología de la Anormalidad**. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A.
- Hare, B. (1988). **Sea Asertivo**. Barcelona, España: Ediciones Gestión 2000 S.A.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). **Metodología de la Investigación**. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). **Investigación del Comportamiento**. México: McGraw Hill.
- Kort, F. (2003) Psicoterapia conductual y cognitiva. Caracas, Venezuela: Editorial CEC, S.A.
- Kritz J. (2001). **Corrientes Fundamentales en Psicoterapia**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ediciones.
- Latorre, J. (1995). **Ciencias psicosociales aplicadas I**. España: Editorial Síntesis.
- Legrenzi, P. (1986). **Historia de la Psicología**. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Mandino, O. (1.986). **El milagro más grande del mundo**. México: Editorial Diana.
- Mahoney, M. (2006) **Psicoterapia Constructiva**. Barcelona: Editorial Paidós.
- Marina, J. (1996). **El laberinto sentimental**. España: Editorial Anagrama.
- Martínez, M. (2009). **Comportamiento Humano**. México: Editorial Trillas
- Martínez, M. (2004). **Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa**. DF, México: Editorial Trillas.
- Matson, F. (1984). **Conductismo y Humanismo**. México: Editorial Trillas.
- Méndez, F., Espada, J. & Orgilés, M. (2006). **Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos**. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Morales, B. (1996). **Actitudes Sociales del Niño con Características de Timidez**. Tesis de grado no publicada, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.
- Morin, E. (2007). **Introducción al pensamiento complejo**. Barcelona, España: Editorial Gedisa S. A.
- Obst, J. (2005). **Introducción a la Terapia Cognitiva**. Buenos Aires, Argentina: Editorial C.A.T.R.E.C
- Obst, J. (2008). **La terapia cognitiva integrada y actualizada**. Buenos Aires, Argentina: Editorial C.A.T.R.E.C
- Olivares, J. y Méndez, F. (2005). **Técnicas de Modificación de Conducta**. España: Editorial Biblioteca Nueva.

- Palmero, F., Fernández-Abascal, E., Martínez, F. y Cholíz, M. (2002). **Psicología de la Motivación y la Emoción**. España: Editorial Mc Graw Hill.
- Quiroz, Z. (2000). **Programa de entrenamiento asertivo para disminución de la conducta tímida**. Trabajo especial de grado sin publicar, Centro de Investigaciones Psicológicas Psiquiátricas y Sexológicas de Venezuela, San Cristóbal.
- Ribes, E. (2007). **Técnicas de Modificación de Conducta**. México: Trillas.
- Risso W. (2006) **Terapia Cognitiva**. Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Rutter, M. (1990) **La privación materna**. Madrid, España: Editorial Morata.
- Sabino, C. (1987). **Cómo hacer una tesis**. Caracas, Venezuela: Editorial Panapo.
- Semerari, A. **Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva**. Barcelona, España: Paidós.
- Silva, L. (2007). **Miedo Escénico en músicos académicos de Caracas**. UCV. Tesis de Grado. <http://www.musicaenclave.com/AutoresCV/LauraSilva/tesisLauraSilva.pdf>
- Tamayo, M. (2007) **El proceso de la investigación científica**. México: Editorial Limusa.
- Tarpy. R. (2000) **Aprendizaje: Teoría e investigación contemporáneas**. España: Mc. Graw Hill
- Tortosa, F. y Mayor, L. (2008). **Watson y la Psicología de las emociones: Evolución de una idea**. Depto. de Psicología Básica. Universidad de Valencia. Artículo disponible: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=833>
- Varela, F., Thompson, E., y Rosch, E. (1997) **De cuerpo presente**. Barcelona, España: Gedisa.
- Vila, J. y Fernández-Santaella M. (2004). **Tratamientos Psicológicos**. España: Ediciones Pirámide.
- Wilson, K. y Luciano, M. (2002). **Terapia de Aceptación y Compromiso**. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Yagosesky, R. (1998). **Autoestima en Palabras Sencillas**. Caracas, Venezuela: Júpiter Editores C.A.
- Yagosesky, R. (2001). **El poder de la oratoria**. Caracas, Venezuela: Júpiter Editores C.A.

Zimbardo, P. (1979). **La Timidez**. Puerto Rico: Fondo Educativo Interamericano, Inc.

Artículos en línea:

Apsique (2008). **Timidez**. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.apsique.com/wiki/SociTimidez?PHPSESSID=d16913bb2c2038c944a735acea5bdb53> [Consulta: 2009, mayo 6].

Bobgan M. y Bobgan D. (s.f). **El Ocultismo: Fuente de la Teoría de los Cuatro Temperamentos**. [Artículo en línea]. Disponible: <http://personal.telefonica.terra.es/web/familiaknott/ocultismo%20y%20los%20cuatro%20temperamentos.htm> [Consulta: 2009, mayo 17].

Bravo, E. (2001). **Conductismo**. [Revista en línea]. Disponible: <http://www.ideasapiens.com/psicologia/cientifica/conductismo.htm> [Consulta: 2009, Abril 12]

Cano, A.; Pellejero, M.; Ferrer, M.; Iruarrizaga, I. y Zuazo, A. (s.f). **Aspectos Cognitivos, emocionales, Genéticos y diferenciales de la Timidez**. [Revista en línea]. Disponible: <http://reme.uji.es/articulos/acanoa5610802100/texto.html> [Consulta: 2009, Junio 23].

Centro Vittorio Guidano. (s.f). **Teoría Posracionalista**. [Página web en línea]. Disponible: <http://www.centroguidano.com.ar/teoria.htm> [Consulta: 2009, Mayo 29].

Dahab, J., Rivadeneira, C y Minici, A. (s.f). **La Terapia Cognitivo Conductual**. [Revista en línea]. Disponible: <http://www.cognitivoconductual.org/articles/qeslatcc.htm> [Consulta: 2009, Julio 2].

Dahab, J., Rivadeneira, C y Minici, A. (s.f). **¿Por qué Terapia Cognitivo Conductual?** [Documento en línea.] Disponible: <http://www.cognitivoconductual.org/articles/porqtcc.htm> [Consulta: 2009, abril 12]

Diccionario Psicológico. (s.f). [Página Web en línea]. Disponible: http://www.proyectosalohogar.com/Diccionario/diccionario_psicologico_T_Z.htm [Consulta: 2009, Mayo 9].

Dorado, C. (1996). **Aprender a aprender**. [Revista en línea]. Disponible: <http://www.xtec.cat/~cdorado/cdora1/esp/metaco.htm> [Consulta: 2009, Junio 25].

DRAE. (s.f). [Página Web en línea]. Disponible: <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm> [Consulta: 2009, Julio 28].

- El Rincón del Vago. (s.f). **Teoría de los constructos de Kelly.**). [Página Web en línea]. Disponible: <http://html.rincondelvago.com/teoria-de-los-constructos-de-kelly.html> [Consulta: 2009, Mayo 26].
- Gautier, R. (2002). **Teorías de la personalidad.** [Revista en línea]. Disponible: <http://webpace.ship.edu/cgboer/kellyesp.html> [Consulta: 2009, Junio 25].
- Laso, E. (s.f). **Psicoterapia constructiva individual y familiar.** [Página web en línea] Disponible: http://estebanlaso.com/?page_id=352 [Consulta: 2009, Mayo 22].
- Lazarus, R. (1976). **La ansiedad: un modelo explicativo.** [Revista en línea]. Disponible: <http://www.clinicadeansiedad.com/documentos.asp?doc=29&rec=18> [Consulta: 2009, Julio 2].
- Noeresmás (2005). **Miedo vs. Temor.** [Revista en línea]. Disponible: <http://www.noeresmas.com/articulos/miedo-vs-temor> [Consulta: 2009, Junio 25].
- Pocino, Gistau, Marisol & Castés Boscán, Marianela. (2008). **Psiconeuroinmunología: la IV Herramienta en la lucha contra el cáncer dentro de un enfoque integral.** Disponible: http://creandosalud.org/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=30 [Consulta: 2009, Junio 25].
- Popp, M. (2009). **Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI).** [Página Web en línea] Disponible: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100001 [Consulta: 2009, Julio 8].
- Producciones Hidalguenses. (2008). **El paradigma constructivista.** [Página web en línea]. Disponible: <http://tuzosproduccioneshidalguenses.blogspot.com/2008/04/elparadigmacognitivo.html> [Consulta: 2009, Mayo, 22].
- Proyectosalohnogar (s.f). **Diccionario psicológico.** [Página web en línea]. Disponible: http://www.proyectosalohnogar.com/Diccionario/diccionario_psicologico_T_Z.htm [Consulta: 2009, julio 14].
- Psicothema (1991). De la primacía de la emoción sobre la cognición: implicaciones teóricas y clínicas. [Página web en línea]. Disponible: <http://www.psicothema.com/pdf/2010.pdf> [Consulta: 2009, mayo, 22].
- Psiquiatría Biológica. (2008). **Aspectos etiopatogénicos actuales en la fobia social.** [Revista en línea]. Disponible:

- http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloid=13049204&revistaid=46 [Consulta: 2009, Julio 8].
- Rey, J. (2005). **La Guía clínica en la psicoterapia**. [Revista en línea] Disponible: www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2005/01_foro_01.pdf [Consulta: 2009, julio 14]. [Consulta: 2009, mayo 22].
- Roca, E. (s.f). **Tratamiento de la fobia social**. [Página web en línea]. Disponible: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/fobiasocial3.pdf> [Consulta: 2009, julio 14].
- Ruiz, A. (2006). **La terapia procesal sistémica de Vittorio Guidano**. [Página web en línea] Disponible: <http://www.inteco.cl/articulos/011/index.htm> [Consulta: 2009, Mayo 3].
- Ruiz, A. (2007). **La Psicología y la Psicoterapia Cognitiva Post-Racionalista: Aspectos teóricos y clínicos**. [Página web en línea]. Disponible: <http://www.inteco.cl/articulos/024/index.htm> [Consulta: 2009, Mayo 22]
- Ruiz, J. y Cano, J. (s.f). **Manual de Psicoterapia Cognitiva**. [Libro en Línea] Disponible: <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual1.htm> [Consulta: 2009, Abril 22].
- Salamanca, A. (2006) **La investigación cualitativa en las ciencias de la salud**. [Página web en línea]. Disponible: http://74.125.47.132/search?q=cache:AmMyhFWXVtQJ:www.nureinvestigacion.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/F METODOLOGICA/FMetod_24.pdf+investigacion+cualitativa&cd=49&hl=es&ct=clnk&gl=ve [Consulta: 2009, Julio 11].
- Saltó, C. (s.f). **La ansiedad social**. [Página web en línea]. Disponible: <http://www.csalto.net/ansiedad.htm> [Consulta: 2009, Mayo 28].
- Valdés, C. (2005). **La Motivación**. [Revista en línea]. Disponible: <http://www.gestiopolis.com/canales5/rrhh/lamotici.htm> [Consulta: 2009, Julio 11].
- Wikipedia (2008). **Cambio Psicológico**. [Página Web en línea]. Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Cambio_psicol%C3%B3gico [Consulta: 2009, Junio 22].
- Wikipedia. (s.f). **Karl Popper**. [Página Web en línea]. Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Karl_Popper [Consulta: 2009, junio 25].
- Wikipedia. (s.f). **Modelo científico**. [Página Web en línea]. Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Modelo_cient%C3%ADfico [Consulta: 2009, junio 27].

- Wikipedia. (s.f). **Distorsiones cognitivas.** [Página Web en línea]. Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Distorsiones_cognitivas [Consulta: 2009, mayo 21].
- Wikipedia. (s.f). **Teoría de los constructos personales** [Página Web en línea]. Disponible:http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_de_los_constructos_personales [Consulta: 2009, mayo 18].
- Wikipedia. (s.f). **Timidez.** [Página Web en línea]. Disponible: <http://es.wikipedia.org/wiki/Timidez>. [Consulta: 2009, mayo 20].
- Yagosesky, R (2007a) **Miedo Escénico: algunos datos para la comprensión.** [Página web en línea]. Disponible: http://www.laexcelencia.com/asp/public_articles_show1.aspx?i=351 [Consulta: 2009, Julio 8].
- Yagosesky, R (2007b). **Notas sobre Cerebro y emociones.** [Página web en línea]. Disponible: http://www.laexcelencia.com/asp/public_articles_show1.aspx?i=352 [Consulta: 2009, Julio 8].
- Yagosesky, R (2008a). **La Comunicación Consciente.** [Página web en línea]. Disponible: http://www.laexcelencia.com/asp/public_articles_show2.aspx?i=64 [Consulta: 2009, julio 3].
- Yagosesky, R (2008b). **El Miedo Escénico: Una aproximación teórica I.** [Página web en línea]. Disponible:http://www.laexcelencia.com/asp/public_articles_show2.aspx?i=339 [Consulta: 2009, Julio 2].
- Yagosesky, R. (2008c) **El modelo cognitivo conductual.** [Página web en línea]. Disponible: http://www.laexcelencia.com/asp/public_articles_show1.aspx?i=240 [Consulta: 2009, Julio 5].
- Yagosesky, R. (2008d). **El Miedo Escénico: Una aproximación teórica III.** [Página web en línea]. Disponible: http://www.laexcelencia.com/asp/admin_articles_reg.aspx?Come=2&i=343 [Consulta: 2009, Julio 11].
- Yagosesky, R (2009a). **Las psicoterapias más influyentes.** [Página web en línea]. Disponible: http://www.laexcelencia.com/asp/public_articles_show3.aspx?i=323 [Consulta: 2009, Mayo 28]
- Yagosesky, R. (2009b). **Psicología Cognitiva y Constructivismo.** [Página web en línea]. Disponible:http://www.laexcelencia.com/asp/public_articles_show2.aspx?i=317 [Consulta: 2009, Mayo 6].

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (PRE-TEST)

Pre-Test	Objetivo: Medir los niveles de Miedo Escénico de los alumnos del Taller de Oratoria y Miedo Escénico de la empresa CENIT					Cuestionario N° ___
Fecha: 1 de abril del 2006	Nombre:			Sexo: M__ F__	Edad:	
Item Indicador	¿Experimento este síntoma?		Cuando hablo en público, tengo estos pensamientos, o experimento esta sensación, emoción o conducta, de una manera que describiría como:			
	Si	No	Leve	Moderada	Intensa	No sabe No responde
<i>Fisiológico</i>						
1 - Respiración acelerada						
2 - Sudoración abundante						
3 - Urgencia urinaria						
4 - Malestar estomacal						
5 - Dolor de cabeza						
6 - Sensación de boca seca						
7 - Enrojecimiento de la cara						
8 - Sensación de nudo en la garganta						
9 - Escalofríos						
10 - Náuseas						
11 - Tensión corporal						
12 - Palpitaciones						
<i>Cognitivo</i>						
13 - Fallas de memoria						
14 - Pensamientos pesimistas						
15 - Pensamientos autocríticos						
16 - Aparición de muchas ideas simultáneamente						
17 - Bloqueo o ausencia de ideas						
18 - Dificultad para concentrarse						
19 - Pensamientos de autoexigencia						
20 - Temor a fallar						
21 - Temor a ser rechazado						
22 - Sentimiento de culpa						
<i>Conductual</i>						
23 - Posposición de la Participación						
24 - Intentos de huida de la situación						
25 - Reacciones corporales involuntarias						
26 - Atropellamiento de palabras						
27 - Tartamudeo						
28 - Reducción de volumen de voz						
29 - Silencios frecuentes o largos						
30 - Uso de drogas tranquilizantes						

Fuente: Yagosesky

Composición gráfica: Elaboración propia

ANEXO B
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (POST-TEST)

PostTest	Objetivo: Medir los niveles de Miedo Escénico de los alumnos del Taller de Oratoria y Miedo Escénico de la empresa CENIT					Cuestionario N° ____
Nombre:			Sexo: M__ F__		Edad:	
Item Indicador	¿Experimento este síntoma?		Cuando hablo en público, tengo estos pensamientos, o experimento esta sensación, emoción o conducta, de una manera que describiría como:			
	Si	No	Leve	Moderada	Intensa	No sabe No responde
Fisiológico						
1 - Respiración acelerada						
2 - Sudoración abundante						
3 - Urgencia urinaria						
4 - Malestar estomacal						
5 - Dolor de cabeza						
6 - Sensación de boca seca						
7 - Enrojecimiento de la cara						
8 - Sensación de nudo en la garganta						
9 - Escalofríos						
10 - Náuseas						
11 - Tensión corporal						
12 - Palpitaciones						
Cognitivo						
13 - Fallas de memoria						
14 - Pensamientos pesimistas						
15 - Pensamientos autocríticos						
16 - Aparición de muchas ideas simultáneamente						
17 - Bloqueo o ausencia de ideas						
18 - Dificultad para concentrarse						
19 - Pensamientos de autoexigencia						
20 - Temor a fallar						
21 - Temor a ser rechazado						
22 - Sentimiento de culpa						
Conductual						
23 - Posposición de la Participación						
24 - Intentos de huida de la situación						
25 - Reacciones corporales involuntarias						
26 - Atropellamiento de palabras						
27 - Tartamudeo						
28 - Reducción de volumen de voz						
29 - Silencios frecuentes o largos						
30 - Uso de drogas tranquilizantes						

ANEXO C
GRAFICOS 1 y 2

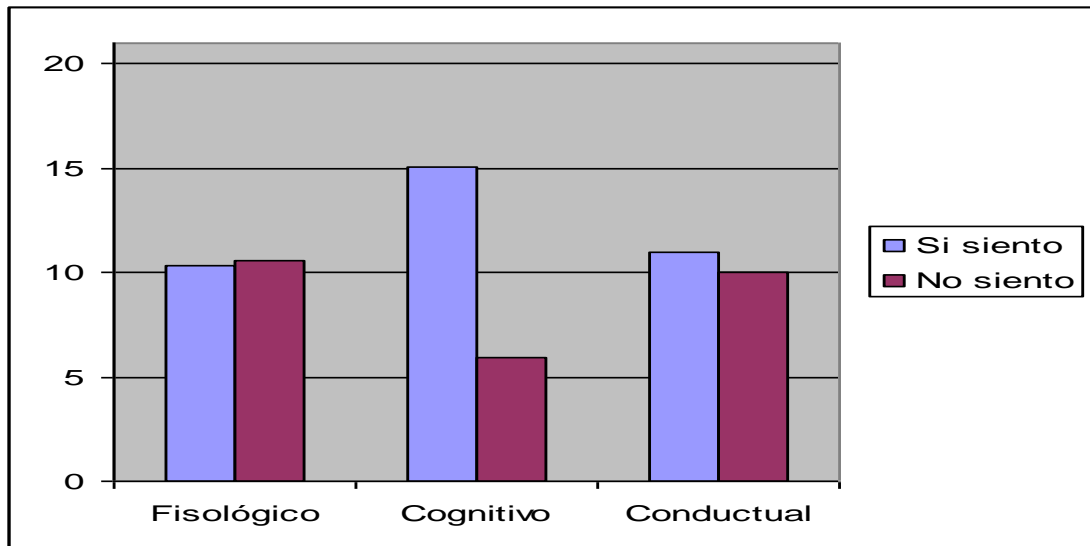


Gráfico 1. Presencia de Miedo Escénico Pre-test

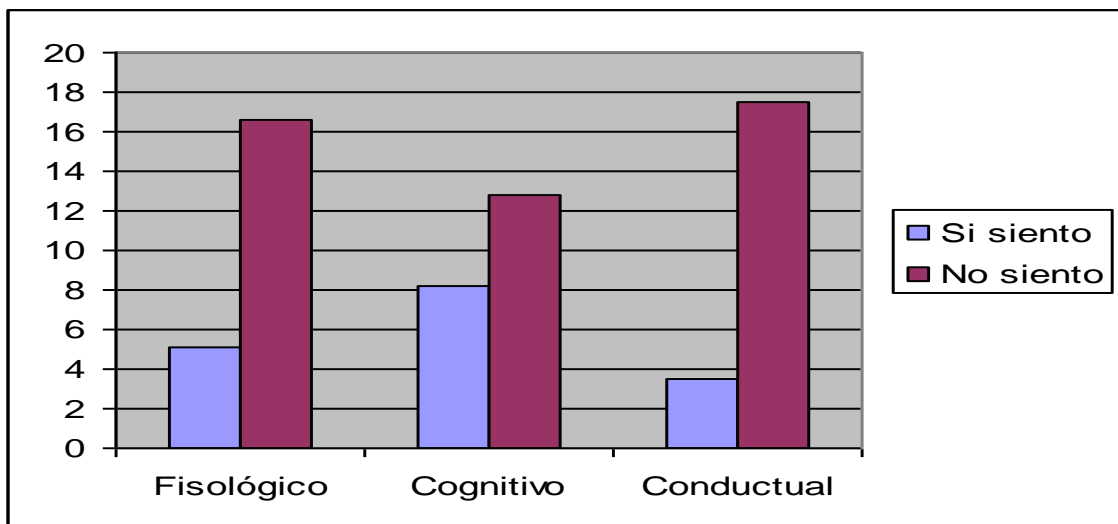


Gráfico 2. Presencia de Miedo Escénico Post-Test

ANEXO D
GRAFICOS 3 y 4

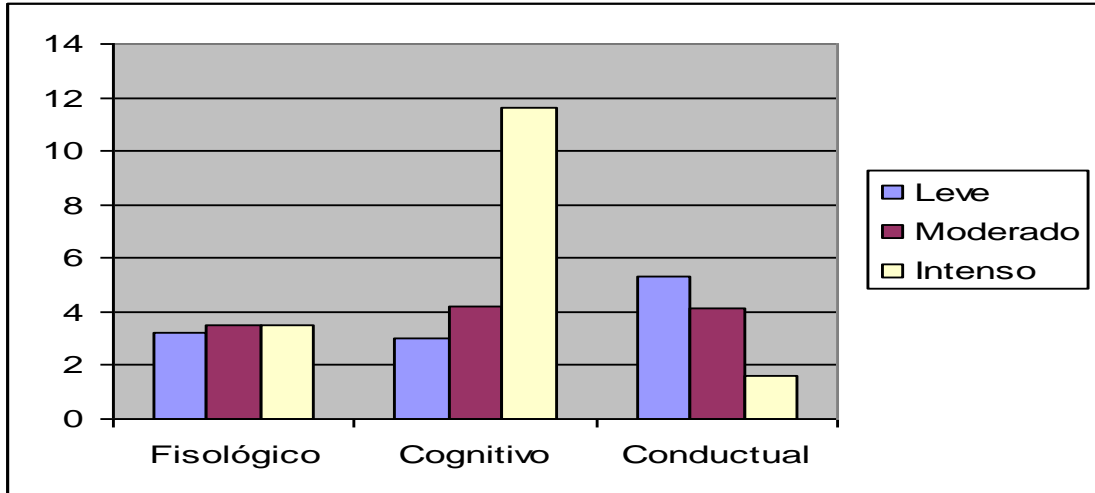


Gráfico 3. Miedo Escénico Intensidades comparadas Pre-test

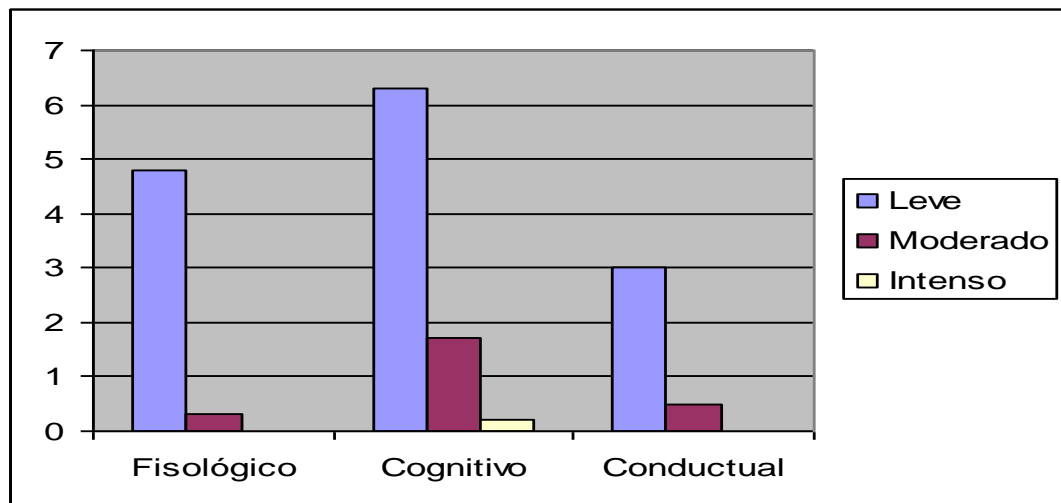


Gráfico 4. Miedo Escénico Intensidades comparadas Post-Test

ANEXO E

Relación entre Metacognición y Plasticidad Cerebral

Resulta importante destacar que una de las más importantes funciones metacognitivas poco explorada hasta ahora, es su efecto físico en el cerebro. Begley (2008), ha realizado una amplia recopilación de algunos de los trabajos neurocientíficos más importantes. Como producto de esas investigaciones, y con base en los trabajos de Karl Lashley, Donald Hebb, Rusty Gage, Peter Eriksson, y Francisco Varela, la autora afirma que el cerebro se modifica con la actuación y las experiencias personales de los sujetos, premisa que echa por tierra el postulado impuesto por Ramón y Cajal en 1913, referido a la invariabilidad de las neuronas, pues eran “fijas, determinadas e inmutables”. Ahora se sabe, que el movimiento físico y los pensamientos modifican la morfología del cerebro, el cual tiene una configuración que no es rígidamente predeterminada.

Asimismo, los descubrimientos de Roger Sperry, Jeffrey Schwartz y Lewis Baxter, confirman la premisa de que no sólo el cerebro influye en los procesos mentales, sino que también los procesos mentales, influyen y modifican de manera físicamente comprobable las redes neuronales del cerebro. Así, la *neuroplasticidad* (modificación cerebral por obra de la experiencia) y la *neurogénesis* (capacidad generativa de nuevas células) del cerebro son las dos puertas de la moderna neurociencia hacia la transformación consciente y voluntaria de los sujetos.

Esto aplicado a las premisas de esta aproximación teórica, valida el uso de estrategias cognitivas para modificar pautas cerebrales innatas generadoras de vulnerabilidad y promotoras de tendencias hipersensibles en las experiencias de actuación social como hablar en público.