

# TERAPIA COGNITIVA PARA LA DEPRESIÓN, SEGUN BECK

**IMPARTE: ELIA ROCA** <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/> [eliar@cop.es](mailto:eliar@cop.es)

**DIRIGIDO A PIRES. HOSPITAL CLÍNICO - USM MALVARROSA. VALENCIA**

DEPRESIÓN



## **FASES DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK PARA LA DEPRESION**

Establecer la relación terapéutica

Comprender sus quejas y transformarlas en síntomas-objetivo

Explicarle el modelo cognitivo de la depresión

Demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones

Las técnicas conductuales

Las técnicas cognitivas

## ESTABLECER LA RELACION TERAPEUTICA

### ACTITUDES DESEABLES DEL TERAPEUTA:

1- Inspirarle confianza, lo cual conseguiremos con:

- Consideración positiva incondicional, empatía (no simpatía) y congruencia (Rogers), y que lo perciba así
- estar bien preparado
- no mostrarte demasiado interesado, reforzante o afectado
- conjugar la honestidad con la diplomacia, teniendo en cuenta su propensión a hacer interpretaciones negativas (≠ con RET)

2- Destacar y mantener en todo momento una actitud de trabajo en equipo

3- Actitud positiva: reencuadrar y buscar la parte útil de cualquier situación, aprovechar cualquier aparente obstáculo para que aprenda y progrese. Ejs.:

- *escepticismo*: “es muy útil que te cuestiones las cosas y más aún que busques evidencias y las pongas a prueba para aceptar o rechazar una idea”
- *impulsos suicidas*: explicarle su utilidad por lo del aprendizaje dependiente del estado

4- Hacer resúmenes de lo que él te ha dicho y pedirle que él los haga

5- Destacar siempre el trabajo en equipo

6- Hacer preguntas: ejs. ¿Es esto lo que quieres decir?, ¿Puedes resumir lo que te he dicho?<sup>1</sup>, etc. Se usan para:

- asegurarte de que te ha comprendido
- saber cómo te percibe
- conocer su actitud ante la terapia
- comprender bien lo que quiere decir (su marco de referencia)
- dirigir su atención al examen de sus cogniciones (aprendizaje guiado)
- acostumbrarlo a que se haga preguntas a sí mismo; a que considere tus ideas y las suyas como hipótesis a comprobar (proceso de la información controlado para contrarrestar la influencia del proceso automático de la modalidad depresiva)
- habituarse a afrontar cualquier problema, buscando las alternativas para solucionarlo
- examinar las consecuencias de su conducta, ej., ¿qué consigues quedándote en la cama?<sup>2</sup>
- Evaluar la importancia de una conducta más adaptativa: ¿qué puedes perder?, ¿qué ventajas obtendrías si ..?, ¿cuáles son los inconvenientes...?

<sup>1</sup> Beck señala que la mayor parte de verbalizaciones del terapeuta deben hacerse en forma de preguntas

<sup>2</sup> Por ej., para cambiar la conducta contraproducente y habitual de pasar todo el día en la cama, preguntar: ¿Cuál es la probabilidad de que vuelva a la cama después de la consulta?, ¿Por qué piensa volver a acostarse?, ¿Durante cuánto tiempo se siente mejor? ¿Y qué ocurre después? Tras el debate, pedir que reevalúe su deseo de volver a la cama (pasó del 100% al 5%).

- Elicitar cogniciones relacionadas con emociones o conductas inadecuadas
- Determinar el significado que atribuye a un suceso
- Inducirlo a examinar los criterios que definen su autoestima negativa (ej., “soy un inútil”) preguntándole: ¿cómo definirías la inutilidad?, ¿en qué te basarías para considerar a alguien un inútil?, ¿puedes hacer una lista de criterios?
- Demostrar la abstracción selectiva que hace el paciente (por ej., “no tengo autocontrol”) preguntándole: ¿en qué te basas para decir eso?, ¿lo haces todos los días?, ¿has hecho algo positivo en relación a eso? ¿qué porcentaje de veces fallaste?, etc.
- Destacar su tendencia a negar o quitar importancia a sus experiencias positivas, preguntándole: ¿no es cierto qué...?, ¿por qué dices esto?, etc.
- Hacer preguntas para: suscitar su curiosidad, convertir en hipótesis de trabajo sus puntos de vista aparentemente rígidos, ayudarle a identificarlos, evaluarlos con objetividad, y reconsiderar y corregir sus cogniciones y creencias
- Ayudarle a que exprese lo que él piensa en vez de decirle lo que creemos que piensa

Así, el paciente suele habituarse a hacerse este tipo de preguntas en forma de diálogo interno. Los que no lo hacen espontáneamente se entrenan mediante práctica cognitiva. También les podemos pedir que anoten sus diálogos internos y que los graben.

7- Usar el humor con prudencia y sensatez (puede ayudar al paciente a darse cuenta de lo absurdo y perjudicial de algunas ideas): exagerando, provocando una disonancia cognitiva y haciéndole buscar explicaciones alternativas más adaptativas.

Cuidar de que no lo interprete mal (p. ej., como que lo desprecias o ridiculizas).

8-Comprender el paradigma personal del paciente. Sus ideas le parecen razonables y plausibles: Cree que es un fracasado, un inútil o un antipático. Esa visión se mantiene a veces, incluso aunque existan evidencias externas que las contradigan.

Las creencias suelen estar organizadas en un sistema en el que se apoyan unas a otras.

Cómo ocurre en el cambio de creencias científicas, un paradigma personal puede tambalearse y cambiar cuando surgen evidencias que no pueden integrarse en dicho paradigma (que contradicen a sus principales creencias).

Pero, el paciente no suele prestar atención, y distorsiona los eventos que contradicen a sus supuestos depresógenos (p. ej., alguien le dice guapo y lo toma como evidencia de lo feo que es).

Para mantener sus interpretaciones negativas, el paciente se basa en su visión de experiencias pasadas y en su interpretación de ciertos eventos actuales. Estos últimos son más fáciles de poner a prueba y, por tanto más susceptibles de ser corregidos.

Aunque sus ideas, ej., el concepto negativo de sí mismo, no posea ninguna validez externa, si que tiene un alto grado de “validez interna” para el paciente: son consistentes con otras ideas acerca de sí mismo, con sus percepciones, sus recuerdos, etc.

En primer lugar hay que comprender su punto de vista, no rechazarlo. Un ataque a su paradigma haría que no se sienta comprendido por ti

Ejercicios para practicar esas actitudes: reencuadrar, hacer preguntas, resumir: ¿es esto lo que quieres decir?, ¿puedes resumirme, a tu manera, lo que te he dicho?, ¿qué te ha parecido la sesión?,

## CONVERTIR SUS QUEJAS EN SINTOMAS-OBJETIVO (EVALUACIÓN)

Tenemos que escucharle empáticamente para comprender su “paradigma personal”, su visión de sí mismo, del mundo y del futuro, ya que solo así se sentirá comprendido y motivado para decidirse a ponerlo a prueba.

Al principio, el paciente expresa sus quejas en forma confusa y, es nuestro papel el ayudarle a clarificarlas y mostrarle cómo se relacionan con su depresión: Ejs:

- una mujer quiere divorciarse y, en el fondo, lo que le ocurre es que su pensamiento dicotómico la lleva a ver a su esposo peor de lo que es
- otro, está convencido de que está iniciando una demencia, cuando lo que le ocurre es que tiene dificultad para concentrarse a causa de su depresión
- otra, asegura que es una mala persona cuando nota que ha perdido el afecto hacia su familia
- otro, afirma que es un inútil a causa de su lentitud y dificultad en concentrarse, que interpreta como un cambio irreversible en su personalidad

Nosotros **le explicamos que todos esos síntomas, son propios de la depresión, haciendo un repaso de los síntomas afectivos, motivacionales, fisiológico-vegetativos, conductuales y cognitivos típicos de este trastorno.** Ejercicio práctico.

Para ayudarle a darse cuenta, sugiere como tarea para: folleto “hacer frente a la depresión” u otro

A continuación, para completar la evaluación, **indagamos cuáles son los síntomas particulares que le aquejan y su grado de intensidad** en orden a planificar la terapia. Para ello usamos:

- cuestionario de Beck para la depresión
- resumen de síntomas objetivo de Beck
- criterios D.S.M.-IV

determinar: síntomas, áreas problemáticas, orden de intervención

En función de los resultados de la evaluación, estableceremos la forma de **plantear la terapia**, teniendo en cuenta si existe **ideación suicida** (ver página ) o si la **depresión** es **severa**, en cuyo caso empezamos con **técnicas conductuales**

## INDAGAR Y CONCRETAR HISTORIA ANTERIOR (ANTECEDENTES)

FACTORES PREDISPOSICIONALES: Genéticos, Biológicos, Traumas infantiles; Esquemas disfuncionales, ej., ciertos rasgos de personalidad; ...

FACTORES DESENCADENANTES: Pérdidas reales o percibidas

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN según cuestionario de Beck

### SÍNTOMAS AFECTIVOS

- tristeza / anhedonia
- apatía
- pérdida de: sentimientos, de afecto hacia otras personas, de alegría,...
- ansiedad

### SÍNTOMAS MOTIVACIONALES

- deseo de escapar, por ej., mediante el suicidio
- deseo de evitar problemas
- deseo de evitar las actividades cotidianas

### SÍNTOMAS FISIOLÓGICO-VEGETATIVOS

- alteraciones del sueño o del apetito

### SÍNTOMAS CONDUCTUALES

- pasividad
- evitación-huida, del contacto con otras personas
- lentitud o agitación

### SÍNTOMAS COGNITIVOS

- dificultad en concentrarse
- problemas de atención y memoria
- alteraciones cognitivas en la forma (distorsiones) y contenido(triada cognitiva)

Los síntomas depresivos son consecuencia de la visión negativamente distorsionada de sí, del mundo y del futuro. Ejs., de síntomas y de pensamientos relacionados:

Síntoma	Pensamiento
aislamiento	"me rechazarán"
postergar, inmovilidad	"me saldrá mal", "no podré"
impulsos suicidas	"no lo soporto", "no tiene solución", "soy y seré un inútil", "estarían mejor sin mí",
dependencia	"no soy capaz de..."

## EXPLICAR EL MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN Y DEMOSTRARLE CÓMO INFLUYEN LAS COGNICIONES EN LAS EMOCIONES

En base a la información que da el paciente, le explicamos el modelo cognitivo

Para ello **describimos la relación entre pensamientos y emociones**, usando ejemplos concretos experimentados por el paciente.

También se le cuentan otros ej., como el del **cliente en la sala de espera, el ruido nocturno** y las =/= emociones resultantes si pensamos que es un ladrón o es el viento.



**Hay que explicar con claridad y hacer preguntas concretas para que el paciente pueda experimentar la sesión como un “éxito” ya que podremos reforzarle por haber comprendido y respondido adecuadamente.** Esto mejorará también un poco su estado de ánimo y le predispondrá favorablemente a la terapia

A continuación se le pone una **tarea para casa** que sea también **fácil** de hacer para que la pueda interpretar también como **éxito**. Ej., **leer “Hacer frente a la depresión” y hacer anotaciones sobre sus impresiones acerca de esa lectura.**

Le explicamos que el objetivo de la terapia es:

- Identificar sus creencias desadaptativas
- Ayudarle a ponerlas a prueba, buscando evidencias a favor y en contra

Tenemos dos explicaciones:

- La tuya: la realidad es muy negativa
- La nuestra: tú la ves así por tu depresión y verla así mantiene tu depresión

Vamos a buscar pruebas, para ver cual de ellas encaja mejor con la realidad

## CURSO DE LA TERAPIA Y ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

Para superar la depresión y prevenir las recaídas, hay que Identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que producen emociones y conductas contraproducentes.

La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica.

Para ello se utilizan las técnicas cognitivas y conductuales

Una vez superados los síntomas depresivos, se tratan también los esquemas básicos que le predisponen a la depresión, para prevenir depresiones futuras

### *Estructura de las sesiones:*

- revisar las tareas para casa y analizar cualquier problema que surgiese en su realización, así como las razones por las que se propusieron
- enumerar los problemas a tratar durante la sesión y las técnicas a utilizar para resolverlos
- al final de la sesión, se proponen nuevas tareas para casa



Las tareas más comunes son:

- experimentos para comprobar hipótesis
- autorregistros: de actividades, pensamientos, etc.

Si el paciente no está de acuerdo con el plan a seguir, hay que llegar a un consenso

Conforme va avanzando la terapia, el rol del paciente va haciéndose mas activo

## TECNICAS CONDUCTUALES

- 1) **Lista de actividades potencialmente agradables:** Incluir las que le gustaban antes
- 2) **Lista de actividades de dominio:** cosas que le gustaría hacer pero que, actualmente, no hace por encontrarse deprimido
- 3) **Programa semanal de actividades,** incluyendo actividades de las listas 1 y 2, y evaluándolas entre 0 y 5 en "dominio" o "agrado"
- 4) **Asignación de tareas graduales:** dividiendo una tarea compleja (que él considera imposible de llevar a cabo) en pequeños pasos; practicando los primeros pasos en la consulta, o ayudándose con práctica imaginada
- 5) **Práctica imaginada:** El paciente imagina cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea y la describe verbalmente. Esto le obliga a prestar atención a los detalles esenciales de dicha actividad, contrarresta su tendencia a divagar y facilita la realización al programarla paso a paso. Cuando surge algún problema u olvida algún paso, le ayudamos mediante preguntas ej. ¿qué puedes hacer para...?).

**Lo más importante, son los cambios cognitivos** que se producen durante la realización de las tareas y después, al analizar los registros, buscando pruebas a favor y en contra de sus creencias (ej., "soy incapaz de hacer algo bien"). Sirven para:

- **probar la validez de las creencias del paciente acerca de sí mismo:** ej. una experiencia satisfactoria como realizar una tarea de dominio, suele ser más efectiva que los métodos cognitivos para modificar pensamientos erróneos como "soy incapaz de hacer algo bien" o "soy incapaz de experimentar ningún placer"
- **comprobar la relación entre la actividad realizada y el estado de ánimo**
- **fijar su atención en las sensaciones agradables** que experimente, superando así el pensamiento dicotómico (comprueba que puede experimentar cierto grado de placer)

Ayudarle a detectar pensamientos mediante preguntas: Ej., si se puntuó 0 en cortar el césped, ayudarle a ver lo que hizo bien preguntándole: ¿hizo algo bien?, ¿cómo lo vieron otras personas?, ¿cómo lo vería si ese trabajo lo hubiese hecho otra persona?

En las tareas graduales, si dice "no puedo" proponerle "hacer un experimento" y fijar objetivos modestos

Los éxitos repetidos acaban por minar su creencia de que "no soy capaz", ej., señora ingresada → lectura

Tienden a hacer las cosas mejor de lo que creían pero también tienden a minusvalorar sus logros

Asegúrate de que han comprendido que tareas tienen que hacer y cual es su utilidad



## TECNICAS COGNITIVAS

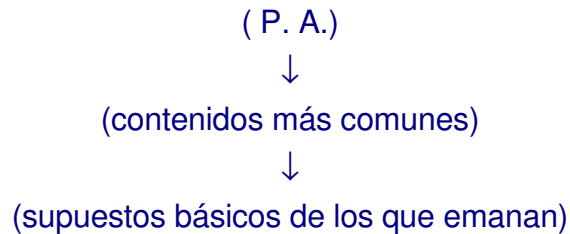
Tras explicarle el fundamento teórico y mostrarle una actitud empática: preguntando, reflejando su visión de sí mismo y del mundo, etc.; podremos empezar a explorar conjuntamente cómo ve sus problemas y cuáles son las causas de estos.

Las técnicas cognitivas ayudan a identificar y modificar los sesgos sistemáticos y los contenidos disfuncionales típicos del pensamiento depresivo. Podemos dividirlos en:

1. **Detectar pensamientos automáticos (P.A.)**
2. **Comprobar cómo los P.A. influyen en las emociones:** ponerle ej. ajenos y propios
3. **Entrenamiento en observación y registro de cogniciones,** mediante:
  - Análisis de autorregistros
  - Imágenes inducidas (solo en depresiones moderadas)
  - Preguntas: qué pensaba al venir; que piensa cuando observamos un cambio emocional..
4. **Registrar P. A. (registro diario de pensamientos)**
  - lo mas pronto posible (o a una hora fija)
  - en los periodos más difíciles
  - en los lugares más difíciles (a veces ir con él)
5. **Traducir o reducir el pensamiento a su esencia** (Burns, 1995)
6. **Clasificar las cogniciones en función de sus:**
  - contenidos o temas (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro)
  - distorsiones: sobregeneralización, pensamiento dicotómico, etc.
7. **Someter los P.A. a prueba de realidad:**
  - evaluarlas preguntándoles por datos reales
  - examinar su validez o su tipo de distorsión
  - buscar evidencias a favor y en contra
8. **Técnicas de re-atribución** (interna, estable y global para lo negativo)
  - fijar su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias
  - revisar y aplicar leyes lógicas a los acontecimientos
9. **Búsqueda de interpretaciones alternativas**
  - buscar todas las alternativas posibles, igual que en la solución de problemas
  - asignar porcentajes de verosimilitud
  - hacer preguntas para que se fije en detalles de interés
  - buscar pruebas (argumentos o experimentos) que las confirmen o invaliden
  - manejar varias hipótesis (de paso, disminuye el grado de certeza del P.A.)
10. **Introducir en los autorregistros el apartado "interpretaciones alternativas"**
11. **Contador de pulsera**

## COMO IDENTIFICAR LOS ESQUEMAS SUBYACENTES

Desde el principio se formulan hipótesis, yendo desde lo específico-explicito, a lo general-inferido:



Se infieren a partir de:

- P.A. mas reiterados y /o con mayor carga emocional
- Sesgos
- Contenidos
- Palabras idiosincrásicas y /o repetidas (ej. ser "un inútil", "ser agradable", etc.)
- Frases peculiares, ej., "María es feliz porque está casada"

En base a todo ello, se formulan hipótesis que se proponen al paciente para que decida si le parecen acertadas. Esto se hace en forma socrática:

- Poniéndote en su "onda"
- permaneciendo ingenuo y curioso
- haciéndole diagramas completos e incompletos
- pidiéndole que piense y escriba sobre ello

## ESQUEMAS BASICOS QUE PREDISPONEN A LA DEPRESIÓN

Son una serie de esquemas (similares a rasgos de personalidad) que predisponen a

- Tener una visión negativa de sí, el mundo o el futuro
- Propiciar y exagerar
  - las pérdidas percibidas
  - la aversividad (derrotas, privaciones,...)
  - la indefensión

### EJEMPLOS DE ESQUEMAS PREDISPONENTES:

DEBERIAS (similar a Ellis).

Yo, los otros, el mundo, deberían (o no deberían)...

Derivados: es terrible, no puedo soportarlo, condena, ...

Otros deberías contraproducentes, como: "debo aguantar los malos tratos",

PROFECIAS AUTOCUMPLIDAS (relacionados con exigencias o seudonecesidades)

- "Para ser feliz necesito..." (la aprobación de..., tener éxito en...)
- "Mi autoestima depende de..."(logros, aceptación,...)
- "No puedo vivir sin..."
- "Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo, me sentiré fatal"

### CONTRATOS PERSONALES

Son creencias firmemente arraigadas del tipo "si hago..., entonces ocurrirá...".

Origen en la infancia, al cambiar el principio del placer, por el principio de realidad, renunciando al hedonismo inmediato por conseguir algo más importante (hedonismo a largo plazo).

A veces, aunque fuesen útiles en la infancia, en la actualidad suponen una forma de autoengaño, ej., "si soy humilde y sumiso, todos me querrán"

Cuándo, en la realidad, no se cumplen estos "contratos", el sujeto tiende a pensar que la vida, la gente, Dios, etc., son terriblemente injustos, que no deberían ser así, etc.

Lo conveniente es darse cuenta de su existencia y de sus consecuencias emocionales y conductuales y tras esta revisión, si no son convenientes, cambiarlos.

## MÉTODOS PARA CAMBIAR CREENCIAS (ESQUEMAS) DISFUNCIONALES

Ejemplo: perfeccionismo o autocrítica, relacionados con autoexigencias

- **Hacer preguntas** (método socrático). Por ej., para obtener información que contradice a su creencia desadaptativa. Si el paciente dice: "la persona que no busca aprobación se ve socialmente marginada", preguntarle: ¿quiénes son las personas que tú más admiras? Así, podemos llevarle a reconocer que la sumisión suele producir más desprecio que éxito.
- **Listar las ventajas e inconvenientes** de mantener o dejar una creencia
- **Neutralizar supuestos relacionados con la autoestima:** Hacerle ver que puede y le conviene habituarse a aceptarse incondicionalte., sin depender de aceptación y logros
- **Destacar la arbitrariedad de supuestos desadaptativos** como: "para ser feliz necesito.."; "la felicidad es cuestión de todo-o-nada"; "la felicidad depende de los logros y/o la aceptación, ...". Subrayar que son creencias, no "realidades".
- **Demostrarles que la felicidad es algo gradual, transitorio y dinámico**, y que está producida, en buena parte, por las actividades agradables.
- **Demostrarles la existencia de círculos viciosos** cómo: "estoy deprimido, por tanto, soy un inútil" y "soy un inútil, por tanto me deprimó".
- **Ver la utilidad a corto y largo plazo.** A veces, los esquemas desadaptativos, se mantienen porque son útiles a corto plazo. Por ej., si piensa "para ser feliz necesito...", y esa creencia le impulsa a buscar lo que cree que necesita, cuando lo obtiene, se puede sentir muy bien. Pero a largo plazo, es una creencia peligrosa, que crea vulnerabilidad.
- **Actuar en contra de los supuestos disfuncionales** (como Ellis)\*
- Considerar sus supuestos como hipótesis y diseñar **experimentos para ponerlos a prueba**
- Juegos de roles
- Buscar evidencias a favor y en contra
- **Hacer de abogado del diablo** (ej., juego de roles autocrítica, dialogo 7)
- Buscar explicaciones alternativas

---

\* Podemos ayudarles con técnicas como: asignar tareas graduales; ensayo en imaginación; juego de roles, práctica en la vida real,...

**M O D A L I D A D   D E P R E S I V A**

---

**ESQUEMAS DEPRESIVOS:**Contenido:

visión negativa      de sí mismo  
                                 del mundo  
                                 del futuro

Sesgos sistemáticos      sobregeneralización  
                                 pensamiento dicotómico  
                                 inferencias arbitrarias  
                                 magnificación-minimización  
                                 abstracción selectiva  
                                 personalización  
  
                                 estilo atribucional

ESQUEMAS PREDISPONETES (ej., rasgos de personalidad)

- exigencias
- autoestima dependiente de aprobación y logros
- autoengaños en forma de “profecías autocumplidas”
- ”contratos personales” desadaptativos
- ..., ...

ESTRESORES similares a aquellos que originaron el esquema depresivo

ESTILO ATRIBUCIONAL DEL DEPRESIVO.

Tendencia a atribuir los sucesos

NEGATIVOS a causas

- Internas ---- “es por mi ineptitud”
- Estables ---- “fui y seré un inepto”
- Globales --- “soy un inepto en todo”

POSITIVOS a causas

- Externas ----- “el mérito fue de ...”
- Transitorias -- “ solo por esta vez”
- Específicas ----- “solo en esto”

Esta forma de procesar la información, contribuye a desencadenar y / o mantener la depresión

Darse cuenta y corregirlo, contribuye a superarla

**CORRECCIÓN BDI**

Intensidad	$\bar{X}$ (Beck)	Intervalo(Burns)
-ausente o mínima	10,9	1-10
-leve	18,7	11-16
-moderada	25,4	21-30
-grave	30	31-40
-extrema		más de 40

## DIALOGO Y JUEGO DE ROLES (BECK):

Ilustra el empleo de ambas técnicas con una paciente depresiva de 27 años, hospitalizada. Había participado ya en 3 sesiones, pero en la 4ª seguía considerándose “demasiado estúpida y ridícula”. Estas autocríticas interferían seriamente con sus intentos de emprender cualquier tarea y, de hecho interrumpían la propia sesión de terapia

**P- Ahora que sé que puedo controlar mis pensamientos, me siento realmente estúpida por estar deprimida**

**T-Tiene que aprender cosas sobre sí misma, antes de hacer cambios. Antes de la terapia no sabía eso, y no parece razonable que se critique después de saberlo**

**P- Realmente, soy una inútil**

**T- ¿ Se da cuenta de las veces que se autocrítica, llamándose inútil, estúpida, etc.**

**P- “Si el zapato te sirve, pónelo” Nunca he sido brillante. En matemáticas siempre fui la última de la clase: un zopenco**

**T- Puedo entender que se critique por no saber responder un problema. Pero se autocrítica continuamente cuando vamos a emprender algo nuevo. ¿ Quiere echar un vistazo a los efectos ocultos que ejercen sobre usted las autocríticas?**

**P- Bueno**

**T -De acuerdo. Vamos a hacer un juego de roles. Tengo entendido que es Vd. una nadadora bastante buena. ¿ Por qué no hacemos como si Vd. me fuese a enseñar a nadar? Imaginemos la escena: espero sus instrucciones**

**P- Lo primero que tiene que hacer es relajarse en el agua**

**T- Soy demasiado tonto para aprender eso. No he sido capaz de aprender nada nuevo, desde hace años**

**P- Bueno, Vd. inténtelo y yo le enseñaré**

**T- “Si me meto en el agua, tendré un aspecto ridículo“**

**P- Pero, tiene que meterse en el agua si quiere aprender a nadar**

**T- La voy a poner en ridículo delante de los demás, porque seguro que hago alguna tontería. Siempre me pasa**

**P- Está empezando a cansarme**

**T- ¿Por qué? ¿ porque cree que soy incapaz de ponerme a nadar! ¿ no es así? ¿ Piensa que soy demasiado torpe?**

**P- No, me está hartando porque Vd. piensa que es demasiado torpe. Ni siquiera he tenido ocasión de verle en el agua**

Así se dio cuenta de que para aprender algo hay que tener una información objetiva y hay que practicar. También se dio cuenta de que sus continuas autocríticas lo impedían.