

Las terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos

Alberto Ferrer Botero¹

Resumen

El artículo se centra sobre cuatro mitos y aspectos controvertidos de la Terapia Cognitiva. En el primero de ellos se cuestiona las concepciones que sostienen que las Terapias Cognitivas son solo una técnica de reestructuración cognitiva, que pertenece a la terapia o a la modificación de la conducta, y que por lo tanto no tienen un modelo teórico ni una metodología propia. En el segundo, que la causa del comportamiento y de las emociones es el pensamiento. En el tercero, se concluye que no es cierto que el terapeuta cognitivo irrespete al paciente porque le impone sus criterios. En el cuarto, se muestra que no es cierto que las Terapias Cognitivas se olviden de los aspectos no racionales del ser humano, y que pretendan volverlo un procesador frío y lógico de la información.

Palabras Claves: Terapias Cognitivas, modelo cognitivo, metodología cognitiva, concepción cognitiva de los casos.

Abstract:

This paper focuses on four myths and controversial issues about cognitive therapy. The first of these controversial issues it is the idea that cognitive therapies are just a technique of cognitive restructuring that belongs to the behavior modification therapies, and that because this it does not have its own theoretical model or a methodology. The second contentious issue refers to the idea that for the cognitive therapies the cause of human behavior and emotions is just the thinking process. The third controversial issue originates on the false idea that cognitive therapists disrespect their patients by imposes their criteria on them. For the discussion of the fourth contentious issue it is showed as untrue that the cognitive therapies forget human beings non-rational aspects, and that they do not pretend to turn humans into cold and logical processors of information.

Key Words: Cognitive Therapy, Cognitive Model, Cognitive Methodology, Cognitive Approach of Clinical Cases.

1 Psicólogo Universidad de San Buenaventura. Especialista en Psicología Clínica Universidad del Norte. Magíster en Psicología Universidad de San Buenaventura. Profesor titular del Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia. Tutor de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad del Norte.

Introducción

El objetivo central de este ensayo es reflexionar sobre los múltiples mitos, aspectos mal interpretados y controvertidos de las llamadas “Terapias Cognitivas”. La motivación se da por los múltiples malentendidos escuchados a estudiantes y profesores, y leídos en escritos de autores supuestamente “serios”, sobre las terapias cognitivas. Todos estos comentarios y escritos tienen un hilo común: el profundo desconocimiento de dichas terapias. Gran parte de ellos estaban sostenidos sobre mitos infundados, y otra parte, sobre tergiversaciones y malas interpretaciones de los conceptos fundamentales de las Terapias Cognitivas. Esta es la motivación para escribir el presente ensayo: tratar de aclarar esos mitos e interpretaciones inadecuadas que existen en torno a ellas.

1. Mito y aspecto controvertido # 1: las terapias cognitivas son solo una técnica de reestructuración cognitiva, que pertenece a la terapia o a la modificación de la conducta, y por lo tanto no tienen un modelo teórico ni una metodología propias

La discusión de este mito voy a dividirla en cinco aspectos: en primer lugar, de forma muy breve, se va a refutar la idea de que las terapias cognitivas son simples técnicas de reestructuración cognitiva de la terapia o de la modificación de la conducta; en segundo lugar, se sustentará el modelo cognitivo como aspecto central de las terapias cognitivas; en tercer lugar, se va a mostrar que existe toda una metodología derivada del modelo; en cuarto lugar se discutirá el primer componente de la metodología, que es la conceptualización cognitiva de los casos; en quinto lugar, se discutirá el segundo componente de esta metodología cognitiva: las técnicas de las terapias cognitivas. Se presentará una revisión tanto de las técnicas cognitivas, como de las no cognitivas.

1.1. Las terapias cognitivas no son técnicas de reestructuración cognitiva de la terapia o de la modificación de la conducta

Por “Terapias Cognitivas” voy a considerar solo los modelos desarrollados por Albert Ellis (1980), Ellis y Grieger (1981, 1990) y Beck, Rush, Shaw y Emery (1983).

Estos dos autores enfatizan realmente en un modelo de psicoterapia completo. Las llamadas terapia “cognitivo-conductuales”, por ejemplo la “modificación de la conducta cognitiva” de Meichenbaum (1977), no se considerarán como “Terapias Cognitivas” en este artículo. Ellas encajan mejor dentro del modelo de “Terapia de la conducta” o de “Modificación de la conducta”. Tampoco voy a considerar como “cognitiva” a la forma “amplia” de terapia o modificación de la conducta, que incluye dentro de su vademécum de técnicas, la llamada “reestructuración cognitiva”. Pienso que este término, que no es otra cosa que la importación de los modelos de Ellis y Beck al arsenal terapéutico de la terapia y de la modificación de la conducta, contribuyó a desdibujar enormemente la esencia de estas terapias cognitivas, y a hacerle pensar a los lectores que las terapias cognitivas son solo técnicas de la terapia o modificación de la conducta.

Dadas las anteriores aclaraciones vamos a comenzar la discusión de las Terapias Cognitivas por un aspecto que es central a ellas: el modelo cognitivo.

1.2. El modelo cognitivo, aspecto central de las terapias cognitivas

Este punto es central en los planteamientos de Ellis y Beck. Todo el sistema de psicoterapia planteado por estos dos autores se desprende de él. Ellis se refiere claramente a él cuando plantea: “Esta teoría de la personalidad y de su cambio admite la importancia de las emociones y de las conducta *pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos*” (Ellis y Grieger, 1990, p. 26. La bastardilla es mía). Por su parte, Beck plantea que la terapia cognitiva, “se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta

“... los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo...”

de un individuo están determinados en gran medida *por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo*. Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia), se basan en *actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores*” (Beck, Rush, Shaw y Emery 1983, p. 13. La bastardilla es mía). Como se ve, ambos sistemas de psicoterapia se basan en el “modelo cognitivo”. Este modelo propone que el pensamiento disfuncional o distorsionado es común a todas las perturbaciones psicológicas. Se concluye de allí que la evaluación realista y la modificación del pensamiento producen un mejoramiento en el estado de ánimo y en la conducta. El planteamiento de ambos autores presenta un sistema de psicoterapia con una teoría de la personalidad y de la psicopatología, apoyada en evidencia empírica sólida.

La elección del modelo cognitivo es una *preferencia epistemológica* de los autores. Podrían haber tenido otra. Es decir, al *priorizar* lo cognitivo, tanto Ellis como Beck están determinando la *manera como van a estudiar un fenómeno*. Ellos le están informando a las personas cuál es la perspectiva teórica desde la cual van a observar un fenómeno. Esto es algo completamente lícito en ciencia: hay que asumir una posición teórica y epistemológica para estudiar un objeto. Dattilio y Padesky (1995) y Greenberger y

Padesky (1998), hablan de cinco elementos que están presentes en la Terapia Cognitiva: el ambiente, las cogniciones, las emociones (afectos), los comportamientos y las reacciones físicas. Siempre me he imaginado a esos cinco elementos como si fueran puertas: cada una de ellas conduce al estudio del hombre. El entrar por cualquiera de ellas va a proporcionar un conocimiento precioso del ser humano. Usted entra por una de esas puertas y un pasadizo lo conduce a un gran salón circular. Al final del pasadizo hay un asiento en el salón circular. Usted se sienta y observa que, además de usted, hay otros cuatro asientos, observa que en el asiento de lo ambiental está sentado su compañero(a) a quien le gustaban las teorías etológicas, sociológicas y antropológicas; que en el asiento de lo emocional /efectivo, está sentado su compañero(a) que prefería los modelos psicoanalíticos y vivenciales; que en el asiento comportamental está sentado su compañero(a) a quien tanto le gustaban los modelos conductistas; y que en el asiento de las reacciones físicas está sentado su compañero(a) que se desvivía por las explicaciones genéticas y neuroquímicas. Están sentados en círculo, mirándose fijamente.

“... Esta idea de las puertas me parece muy gráfica: usted quiere conocer al hombre pero se encuentra con cinco puertas, y para entrar en el conocimiento de él ¡tiene que elegir!...”

El estar sentado en un puesto define la preferencia teórica, y define el elemento desde el cual va a mirar usted a los otros cuatro elementos. Por ejemplo, si usted está sentado en el asiento de la cognición, esto define que usted va a mirar el ambiente, las emociones, los comportamientos y la biología, *desde un enfoque cognitivo*. Va a ver los otros cuatro elementos, pero los va a ver desde el punto de vista cognitivo. No deja de ver ninguno de ellos, solo que los está

viendo desde lo cognitivo. Así igual les ocurre a sus compañeros(as): no dejan de ver los otros cuatro elementos, el punto es que los están viendo desde una posición particular. Esta idea de las puertas me parece muy gráfica: usted quiere conocer al hombre pero se encuentra con cinco puertas, y para entrar en el conocimiento de él ¡tiene que elegir! Si usted elige estudiar al hombre desde lo ambiental va a priorizar modelos etológicos, sociológicos y antropológicos; si elige el aspecto emocional o afectivo, va a priorizar modelos psicoanalíticos y experienciales; si elige el aspecto comportamental, va a priorizar modelos conductistas; si elige el aspecto biológico, va a priorizar aspectos genéticos y neuroquímicos. Si usted, como Ellis o Beck, elige el aspecto cognitivo, va a priorizar estos elementos sobre los otros.

Observemos que no he empleado la palabra *causar* sino la palabra *priorizar*. Esto lo he hecho deliberadamente para hacer notar que la causalidad es algo muy complejo (como veremos más adelante), y para resaltar el hecho de que priorizar un elemento no significa *desconocer* los otros, sino evidenciar que deliberadamente

estoy tomando una posición teórica, en la cual he decidido estudiar un fenómeno complejo: la psicopatología, desde algún punto particular. Es claro, no podemos entrar por más de una puerta porque tendríamos el riesgo de no profundizar en ninguna. Entonces nos van a salir con el discurso de la integración y del holismo. Pienso que tenemos que partir de considerar que el fenómeno *está integrado en lo real*. Es decir, tenemos que pensar que en la problemática humana los cinco elementos *interactúan entre sí*. Esa integración en lo real es una exigencia que se le hace a quien decida estudiar la problemática humana: debe explicar cómo el aspecto elegido ejerce una influencia sobre los otros cuatro. Es decir, además de comunicar el modelo teórico desde el cual va a trabajar (la puerta por la que decidió entrar), debe explicar cómo el aspecto elegido ejerce una influencia en los otros.

Esto es realmente el holismo: el todo se mira desde una perspectiva teórica. Probablemente la visión holística esté al final de los estudios, y sea el resultado de las etapas finales de un paradigma teórico, pero *debe siempre considerarse desde el comienzo, ya que la realidad es así: holística*. La visión integrativa debe ser un *a priori* del investigador aunque sus explicaciones holísticas probablemente solo lleguen al final de sus trabajos, o tal vez ¡nunca lleguen! El holismo en las primeras etapas de investigación es un presupuesto, en la última una realidad. Es tan ingenuo pretender lograr integraciones en los momentos iniciales de un paradigma, cuando apenas se está decantando teóricamente, como ciego no hacerlas cuando el paradigma está lo suficientemente sólido y firme. La discusión del holismo es en realidad una falsa discusión: el todo siempre está presente, en los momentos iniciales como pretensión, y en los finales como

“... el entrar por una puerta lo hacemos por preferencia, pero una vez que decidimos entrar, ella nos impone una metodología acorde con nuestras preferencias...”

realidad (los autores cognitivos resaltan por supuesto el hecho de que la integración se realice desde lo cognitivo. Consideran que la teoría cognitiva representa una teoría de integración para la práctica clínica). (Para ampliar más en este aspecto véase a Alford y Beck, 1977).

El modelo cognitivo implica una decisión teórica: elegir la puerta de la cognición. Esto requiere entrar al estudio de la problemática humana desde un modelo y una metodología cognitiva, desde la cual se va a *priorizar* el fenómeno cognitivo sobre los otros cuatro. Se elige mirar los otros cuatro elementos desde una “óptica cognitiva”, es decir, resaltando la influencia de lo cognitivo sobre ellos. No se va a considerar que lo cognitivo *sea la causa de*. Va a primar lo cognitivo por la óptica teórica desde la cual nos acercamos al fenómeno, porque esa fue la puerta que decidimos elegir. Es decir, el entrar por una puerta lo hacemos por preferencia, pero una vez que decidimos entrar, ella nos impone una metodología acorde con nuestras preferencias. Si queremos otra metodología ¡tenemos que cambiar de puerta! No es que la puerta de lo cognitivo sea la más llamativa o la más importante desde el punto de vista objetivo (a lo mejor desde lo objetivo todas las puertas son del mismo tamaño y color); lo que ocurre es que por nuestras preferencias teóricas la vemos como la más importante y llamativa. Eso es un modelo teórico: una elección *a priori*, que una vez la hacemos, nos obliga a ser consecuentes con ella. (Para realizar una revisión

completa de los fundamentos científicos de la terapia cognitiva, se remite al lector a Clark, Beck y Alford, 1999).

1.3 La metodología cognitiva

La metodología cognitiva es muy estricta, implica seguir toda una serie de pasos que distan mucho de ser la “reestructuración cognitiva” de los textos de terapia y modificación de la conducta. Esta metodología consiste realmente en un abordaje cognitivo de los casos. Tal abordaje se caracteriza fundamentalmente por dos aspectos: la conceptualización cognitiva de los casos y la utilización de una serie de técnicas (cognitivas o no), con una finalidad cognitiva.

La relación entre Modelo Cognitivo, Metodología Cognitiva y los dos aspectos de ella (conceptualización cognitiva de los casos y utilización de técnicas cognitivas o no, con una finalidad cognitiva), puede graficarse de la siguiente manera:

Modelo Cognitivo	
Metodología Cognitiva	
Conceptualización cognitiva de los casos.	Utilización de técnicas cognitivas o de otro tipo, con una finalidad cognitiva.

Veamos cada uno de los dos aspectos de la metodología cognitiva.

1.3.1. La conceptualización cognitiva de los casos

“El modelo cognitivo de Beck implica que en cada caso se deban identificar tres niveles en la organización cognitiva del sujeto: pensamientos automáticos, creencias intermedias (que corresponden fundamentalmente a actitudes, reglas y suposiciones) y creencias nucleares”.

La conceptualización cognitiva le proporciona al terapeuta el marco de referencia para la comprensión del paciente. Esta conceptualización implica llegar a un diagnóstico del paciente (utilizando para ello clasificaciones internacionales, tipo D.S.M. IV o C.I.E. 10); entender cuáles son los problemas actuales del paciente, cómo se han desarrollado y cómo se mantienen; identificar qué creencias o pensamientos disfuncionales están asociados con esos problemas; determinar qué reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales están asociadas a esos pensamientos y creencias; identificar las consecuencias de esas reacciones; determinar cómo se adquirió este tipo de pensamiento o creencia; explicar cómo se activa o actualiza

esta creencia a partir de una situación ambiental. Estos son algunos aspectos que deben estar presentes en la conceptualización cognitiva de los casos. Como se ve no es algo simple, por el contrario, implica conocer realmente la problemática del paciente y explicar cómo se produce. Como claramente lo afirma J. S. Beck (2000), el terapeuta empieza a construir una conceptualización cognitiva desde el primer contacto con el paciente. Esta formulación va siendo refinada por el terapeuta, de forma continua, hasta la última sesión. Es la formulación o conceptualización cognitiva (en constante evolución), la que le ayuda a planificar al terapeuta una terapia eficiente y efectiva.

El modelo cognitivo de Beck implica que en cada caso se deban identificar tres niveles en la organización cognitiva del sujeto: pensamientos automáticos, creencias intermedias (que corresponden fundamentalmente a actitudes, reglas y suposiciones) y creencias nucleares. Los pensamientos automáticos son evaluaciones rápidas, que no son el resultado de la deliberación o del razonamiento. Estos pensamientos, como su nombre lo dice, parecen surgir automáticamente y se caracterizan por ser rápidos y breves. Como afirma J. S. Beck (2000), es muy posible que los seres humanos no seamos conscientes de nuestros pensamientos automáticos, pero sí somos conscientes de la emoción que les sigue. El resultado de ello es la aceptación acrítica de pensamientos y su aceptación como verdaderos. Gran parte del trabajo terapéutico de Beck es enseñar a sus pacientes a observar y registrar sus pensamientos automáticos, para posteriormente aprender a cuestionarlos. Este método de cuestionamiento es la esencia de la terapia cognitiva. Se le enseña al paciente un método (una serie de preguntas que funcionan a la manera de un diálogo socrático) con el cual va a cuestionar sus pensamientos automáticos. No es el terapeuta de una forma impositiva quien lo realiza.

Las creencias intermedias corresponden fundamentalmente a actitudes (“Es terrible ser incompetente”), reglas y expectativa (“Debería dar siempre lo mejor de mí”), y suposiciones (“Si me exijo entonces lograré lo que quiero”). Estas creencias afectan la visión que tienen las personas de las situaciones, e influyen la manera de pensar, sentir y comportarse. Existe una relación entre este sistema de creencias y las nucleares.

Las creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que usualmente las personas no las articulan. Estas creencias son consideradas como verdades absolutas: certezas. Estas creencias son globales, rígidas y sobregeneralizadas (“Soy un idiota”). Algunos autores, por ejemplo J. E. Young (1999), se refieren a estas creencias como “esquemas”. (Para una revisión de los esquemas o trampas vitales, se remite al lector a Young y Klosko, 2001). Beck establece una sutil diferencia entre ambas categorías y “sugiere que los esquemas son estructuras cognitivas propias de la mente y las creencias centrales son el contenido específico

de esas estructuras” (J. S. Beck, 2000, p. 205). También establece Beck dos categorías para las creencias nucleares negativas: las creencias centrales de indefensión, y las de inamabilidad.

Estos tres niveles de la organización cognitiva son conceptualizados en un diagrama, llamado por J. S. Beck (2000), “Diagrama de conceptualización cognitiva”. En este diagrama se anota inicialmente el nombre del paciente, la fecha, y el diagnóstico, tanto en el eje I como en el eje II. Después aparecen cuatro cuadros donde se especifica de forma muy breve los datos relevantes de la infancia (¿Qué experiencias contribuyeron al desarrollo y mantenimiento de la creencia nuclear?), en el segundo cuadro se anotan las creencias nucleares (¿Cuál es la creencia más central sobre sí mismo?), en el tercer cuadro se anotan las creencias intermedias -reglas, creencias y suposiciones condicionales- (¿Qué suposiciones positivas ayudaron al paciente a arreglárselas con la creencia central?), (¿Cuál es la contraparte negativa de esa suposición?), y en el cuarto cuadro se anota la estrategia compensatoria (¿Qué conductas le ayudaron al paciente a vérselas con la creencia?). Después de estos cuadros aparecen tres columnas, cada una de cinco cuadros. Cada columna es para anotar una situación. Pueden anotarse tres situaciones. Los cinco cuadros de cada columna contienen lo siguiente: en el primer cuadro se le pide al paciente que anote una situación específica en la cual se hubiera sentido mal (¿Cuál fue la situación problemática?), en el segundo cuadro se le pide que anote el pensamiento automático (¿Qué pasó por su mente?), en el tercer cuadro se le pide que anote el significado del pensamiento automático (¿Qué significó el pensamiento automático para usted?), el significado del pensamiento automático coincide usualmente con la creencia nuclear; en el cuarto cuadro se

le pide que describa la emoción (¿Qué emoción se asoció al pensamiento automático?), y en el quinto cuadro se le pide que identifique la conducta (¿Qué hizo usted?). Todo esto le permite al terapeuta tener la visualización del caso en una sola hoja. Esta es la forma de conceptualizar los casos desde el modelo cognitivo de Beck.

El modelo cognitivo de Ellis implica identificar A, el acontecimiento activante (que puede ser un evento, un pensamiento o un sentimiento, que ocurriera justo antes del sujeto sentirse emocionalmente perturbado, o de actuar de forma autodevaluadora), B, las creencias irracionales; y C, la consecuencia (que usualmente corresponde al sentimiento perturbador o a la conducta autodevaluadora). El punto crítico en la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), es la identificación de las creencias irracionales. Esta identificación realmente corresponde a la “conceptualización cognitiva” en el modelo de Ellis. Sin embargo la identificación de las ideas irracionales no es algo tan simple. Para empezar, el concepto de irracionalidad ha cambiado. En sus planteamientos iniciales Ellis (1980), identificó 11 ideas irracionales que causaban y mantenían las perturbaciones emocionales. En estos planteamientos a las ideas se las trataba como un concepto global. Una aplicación práctica de este planteamiento fue el desarrollo del *Test de Creencias Irracionales (Irrational Beliefs Test)* de Jones (1968). No obstante, en las últimas décadas Ellis y sus colaboradores han tratado de definir y formalizar el concepto de “creencia”. El resultado, como lo plantean Lega, Caballo y Ellis (1997), es un cambio en dos sentidos: en primer lugar se deja de enfatizar el concepto de creencia como *contenido* (énfasis que ocurría en los primeros trabajos), para enfatizar la creencia como *característica o proceso*. “Es decir, que actualmente se da mucho menos importancia a

su *contenido*, expresado inicialmente a través de la lista de 11 creencias irracionales, y mucha más importancia a las *características* de dichos pensamientos” (Lega, Caballo y Ellis, 1997, p. 42). En este análisis de las características, los pensamientos absolutistas o exigencias dogmáticas (los “debo”), son considerados de orden superior a tres derivados: “tremendismo”, “baja tolerancia a la frustración” y “condenación” (llamada también “evaluación global”).

“... Las ideas irracionales en el área del éxito y aprobación están relacionadas con la ansiedad del ego, mientras las ideas irracionales de ansiedad situacional están relacionadas con situaciones incómodas...”

En segundo lugar, “se diferencian dos tipos de ansiedad en la perturbación neurótica: la ansiedad del ego o perturbación del yo y la ansiedad situacional o perturbaciones incómodas” (Lega, Caballo y Ellis, 1997, p. 42). Las ideas irracionales en el área del éxito y aprobación están relacionadas con la ansiedad del ego, mientras las ideas irracionales de ansiedad situacional están relacionadas con situaciones incómodas. Estas modificaciones hacen que tenga que cambiarse la forma de evaluar y conceptualizar los casos. Hoy en día se trabaja con el *Test de Actitudes y*

Creencias -ABT, por su sigla en Inglés: *Attitudes and beliefs-*, de Burgess (1990). Esta es la forma actual de conceptualizar los casos desde el modelo de Ellis.

1.3.2. Las técnicas de las terapias cognitivas

Las técnicas de las terapias cognitivas podrían clasificarse en dos: técnicas cognitivas y técnicas no cognitivas.

Técnicas cognitivas: Estas técnicas son la esencia de las intervenciones terapéuticas tanto en el modelo de Beck como en el de Ellis.

La intervención típica en el modelo de Beck comienza con la identificación de los pensamientos automáticos. Estos pensamientos se pueden identificar dentro de la sesión misma o en situaciones ocurridas entre sesión y sesión (por medio de la visualización, el juego de roles y la hipotetización). También se le enseña al paciente a realizar la distinción entre pensamientos automáticos y emociones. Se le enseña a rotular correctamente las emociones y a evaluar su rango de intensidad. Después se le enseña al paciente a evaluar el pensamiento automático. Para realizar esta evaluación se le enseña al paciente a hacerse preguntas que cuestionan el pensamiento automático. J. S. Beck (1995) propone seis tipos de preguntas que tienen esa finalidad: 1, ¿cuál es la evidencia?, ¿qué evidencia apoya esta idea?, ¿qué evidencia hay en contra?; 2, ¿hay alguna explicación alternativa?; 3, ¿qué es lo peor que podría pasar?, ¿podría sobrevivir a ello?, ¿qué es lo mejor que podría pasar?, ¿cuál es el des-

enlace más realista?; 4, ¿cuál es el efecto de mi creencia en el pensamiento automático?, ¿cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento?; 5, ¿cómo me comportaría si no creyera en el pensamiento automático?; y 6, ¿qué le diría a _____ (un amigo o una amiga) si él o ella estuviera en la misma situación y tuviera esa pensamiento?

Después de lo anterior, el terapeuta le enseña al paciente a identificar las distorsiones cognitivas. Estas se han ampliado del listado original de 6 distorsiones (Beck, Rush, Shaw y Emery 1983), a 12 distorsiones (J. S. Beck, 1995). Una vez realizado lo anterior, se le enseña al paciente a emplear el Registro de Pensamientos Disfuncionales (J.S. Beck, 2000). Ese registro consta de 6 columnas: en la primera, el paciente anota la fecha y la hora en la cual se sintió mal; en la segunda, anota la situación (en esta casilla responde a dos preguntas: 1, ¿qué evento real o flujo de pensamiento, o ensoñaciones o recuerdos, llevaron a la emoción displacentera?; 2, ¿cuáles -si hubo algunas- sensaciones físicas desagradables tuvo?); en la tercera anota el pensamiento automático (en esta casilla el paciente responde a dos preguntas: 1, ¿qué pensamientos o imágenes pasaron por su mente?, y 2, ¿qué tanto creyó en ello en ese momento?); en la cuarta anota la emoción (en esa casilla el paciente responde a dos preguntas: 1, ¿qué emoción sintió en ese momento?, y 2, ¿qué tan intensa fue esa emoción -0 a 100%-?); en la quinta se anota la respuesta adaptativa (en esta casilla el paciente responde a tres preguntas: 1, ¿qué distorsión cognitiva realizó? -para ello se le da una hoja con las 12 distorsiones cognitivas-, 2, conteste los seis grupos de preguntas -mencionados arriba- y elabore una respuesta a sus pensamientos automáticos; y 3, ¿qué tanto cree en la respuesta?); en la sexta, se anota el

resultado (en esta casilla el paciente responde a tres preguntas: 1, ¿qué tanto cree ahora en el pensamiento automático?, 2, ¿qué emoción siente ahora?, y ¿qué tan intensa es esa emoción -0-100%-?; y 3, ¿qué hará usted?, ¿o qué hizo?).

Posterior a esto viene el trabajo con las creencias intermedias. A partir de los pensamientos automáticos se infieren las actitudes, reglas y suposiciones. Una vez identificadas (y de decidir que realmente son importantes), se evalúa, con el paciente, las ventajas y desventajas de las creencias. Se formulan, con el paciente, nuevas creencias más funcionales. El trabajo fuerte está centrado en la modificación de las viejas creencias. En este trabajo se utiliza el diálogo socrático (donde se emplean preguntas muy similares a los seis grupos, planteados anteriormente), los experimentos conductuales (de los cuales hablaremos posteriormente en las técnicas conductuales), el continuo cognitivo, el juego de roles emotivo racional (una técnica más experiencial), el utilizar a otras personas como puntos de referencia, el actuar “como si” y la autorreferencias. (Para ampliar estas técnicas se recomienda al lector remitirse al libro de J. S. Beck, 2000).

El trabajo con las creencias centrales comienza por categorizarlas. Se clasifican las creencias centrales del paciente en dos tipos: indefensión e inamabilidad. Los temas típicos de la categoría de indefensión, según J .S. Beck (2000), incluyen el de ser indefenso a nivel personal (sin voluntad, vulnerable, atrapado, fuera de control, débil y necesitado), y no dar la talla en términos de logro (fracaso, inferior, no suficientemente bueno, perdedor e irrespetado). Según J. S. Beck (2000), los temas centrales de la categoría de inamabilidad son: el no ser valioso, ser indeseable y no estar a la altura (porque se

“El trabajo con las creencias centrales comienza por categorizarlas. Se clasifican las creencias centrales del paciente en dos tipos: indefensión e inamabilidad...”

cree ser defectuoso, y por lo tanto no digno de ganarse el amor y cuidado de otros). Después de esto se educa al paciente sobre las creencias centrales, y se decide su modificación. Para ello se emplean, además de las técnicas citadas anteriormente en las creencias intermedias, la hoja de trabajo de la creencia central (una hoja diseñada por J. S. Beck -2000- en la cual en la parte superior tiene la vieja creencia central y la nueva. En la parte inferior a la derecha, el paciente anota la evidencia que apoya la vieja creencia central *con reestructuración*. En la parte inferior izquierda, se anota la evidencia que contradice la vieja creencia central y apoya la nueva), los contrastes extremos (que el paciente se compare con alguien real o imaginario que esté en el extremo negativo de la característica relacionada con la creencia central), el desarrollo de metáforas, las pruebas históricas de la creencia central (el terapeuta y el paciente examinan cómo se originó y mantuvo la creencia por años, y buscan evidencia que pareciera apoyar la creencia central, pero también evidencia que la contradijera), la reestructuración de recuerdo tempranos (es una técnica más experiencial o emocional, que incluye el juego de roles donde se vuelve a actuar un evento. Esto tiene como finalidad que el paciente reinterprete una experiencia traumática temprana), y las tarjetas de enfrentamiento (son tarjetas que terapeuta y paciente hacen, y tienen la finalidad de que

el paciente las lea tantas veces al día, como lo considere necesario. Pueden tomar tres formas especialmente: escribir un pensamiento automático clave o una creencia en un lado, con su respuesta adaptativa en el otro; diseñar estrategias conductuales para emplear en una situación problemática y concreta; y componer autoinstrucciones para animar al paciente).

En el modelo de intervención típico de Beck que acaba de exponerse, se enfatiza por lo menos en 10 técnicas cognitivas (Beck, Freeman y otros, 1995): el descubrimiento guiado, la búsqueda de significado idiosincrático, la rotulación de las inferencias o distorsiones inadecuadas, el empirismo colaborativo, el examen de las explicaciones de la conducta de otras personas, el reordenamiento en escalas, la reatribución o reasignación de la responsabilidad por acciones y resultados, la exageración deliberada, el examen de las ventajas y de las desventajas de conservar o cambiar creencias o conductas (con la clarificación de los beneficios secundarios) y la descatastrofización.

La intervención típica en el modelo de Ellis está centrada en el debate. Este es el punto D, del paradigma de Ellis. El debate o cuestionamiento tiene como propósito fundamental enseñarle al paciente a utilizar un método científico para el análisis de sus pensamientos. El debate se hace con el fin de que el paciente llegue a E, una filosofía nueva y efectiva. El debate se compone de dos estrategias básicas: ayudarle al paciente a que examine y cuestione su forma de actuar, de pensar, y desarrollar modos nuevos y funcionales de pensamiento. Ellis, al igual que Beck, piensa que las cogniciones disfuncionales son de tres tipos (Lega, Caballo y Ellis, 1997): pensamientos automáticos (que incluiría inferencias, atribuciones y predicciones), creencias irracionales

“El debate estilo socrático, ‘tiene como meta principal el cuestionamiento de las ideas irracionales (iBs) del paciente a través de preguntas enfocadas hacia su carencia de funcionalidad, falta de lógica e inconsistencia empírica’ ... ”

evaluativas, y creencias irracionales nucleares o esquemas. El tipo de debate se clasifica dependiendo del cuestionamiento en cualquiera de los tres niveles: se llama *debate empírico o inferencial* al cuestionamiento que tiene como objetivo las inferencias y los pensamientos automáticos del paciente, y se llama *debate filosófico* al cuestionamiento de las ideas irracionales o creencias subyacentes. Además de los tipos de debate, Ellis menciona *estilos* de debate. Ellos son el socrático, didáctico, chistoso/juguetero y revelador de sí mismo.

El *debate estilo socrático*, “tiene como meta principal el cuestionamiento de las ideas irracionales (iBs) del paciente a través de preguntas enfocadas hacia su carencia de funcionalidad, falta de lógica e inconsistencia empírica. Su propósito es el de incitar y animar al paciente a pensar por sí mismo, en lugar de aceptar automáticamente el punto de vista del terapeuta” (Lega, Caballo y Ellis, 1997, p. 52).

El *debate estilo didáctico*, está basado en explicaciones de tipo didáctico. Este tipo de debate se produce cuando la técnica socrática de hacer preguntas no es productiva. Forma parte de este estilo, por ejemplo, el explicarle a un paciente por qué una idea irracional es autodestructiva, y

por qué es conveniente plantear una alternativa más productiva. Sin embargo, como sostienen Lega, Caballo y Ellis (1997), es muy importante asegurarse, que al utilizar este tipo de debate, el paciente entienda en su totalidad el significado de lo que se está diciendo.

El *estilo chistoso/juguetero*, consiste en introducir el humor como una técnica terapéutica eficaz. “La exageración de una idea irracional en forma jocosa, por ejemplo, puede funcionar de forma paradójica y ayudar al paciente a ver lo poco empírico y, por consiguiente, irracional, de lo que se está diciendo a sí mismo” (Lega, Caballo y Ellis, 1997, p. 53).

El *estilo revelador de sí mismo*, consiste en que el paciente enfrente su propia irracionalidad con la presentación de casos del terapeuta. El terapeuta puede contarle al paciente que ha experimentado un problema similar al suyo, que en alguna época pensó de manera irracional similar a la suya, y la forma como reemplazó la manera irracional de pensar por una forma racional y solucionadora del problema.

Además de lo anterior, Ellis determina tres estrategias básicas en el debate o cuestionamiento de las ideas irracionales:

Estrategia 1: Cuestionar la falta de lógica (debate filosófico): “El propósito principal es ayudar al paciente a entender por qué su pensamiento irracional es ilógico, contradictorio e inconsistente, ya que la conclusión no corresponde a las premisas sobre las que está basado” (Lega, Caballo y Ellis, 1997, p. 54). En este tipo de debate se utiliza el método socrático (“¿Es lógico lo que usted está diciendo?”), o el método didáctico. Este tipo de estrategia forma parte de la TREC “preferencial” (es decir, se refiere a una técnica desarrollada exclusivamente dentro de ese modelo psicoterapéutico).

Estrategia 2: Centrarse en el aspecto objetivo (debate empírico): “La meta principal es ayudar al paciente a observar y comprobar la evidencia empírica, la veracidad de los hechos, la objetividad de los datos que está utilizando, para comprobar sus hipótesis” (Lega, Caballo y Ellis, 1997, p. 54). Este tipo de estrategia junto con la siguiente forman parte de las técnicas incluidas en la TREC “general” (es decir, técnicas de otros sistemas de psicoterapia, que se adaptan y hacen consistentes con la teoría de la TREC).

Estrategia 3: Concentrarse en el aspecto pragmático/práctico (debate empírico): “Su propósito es ayudar al paciente a evaluar, de forma práctica, las consecuencias de continuar pensando irracionalmente, a darse cuenta de que mientras mantenga sus “debo” rígidos y las conclusiones que se derivan de ellos, también mantendrá su perturbación emocional” (Lega, Caballo y Ellis, 1997, p. 55).

“Los tipos, estilos y estrategias de debate se utilizan para cuestionar los tres derivados del pensamiento absolutista o de las exigencias dogmáticas rígidas: el tremendismo, la baja tolerancia a la frustración y la condenación o devaluación (a sí mismo o a los demás)”.

Los tipos, estilos y estrategias de debate se utilizan para cuestionar los tres derivados del pensamiento absolutista o de las exigencias dogmáticas rígidas: el tremendismo, la baja tolerancia a la frustración y la condenación o devaluación (a sí mismo o a los demás).

Las anteriores son las técnicas cognitivas en los modelos de Beck y Ellis. Veamos ahora las técnicas no cognitivas.

Técnicas no cognitivas: Las terapias cognitivas utilizan también técnicas no cognitivas. Estas técnicas son fundamentalmente comporta-

mentales y afectivo-emocionales (derivadas de la escuela de la Gestalt). Es importante entender que la utilización de tales técnicas al interior de las terapias cognitivas, no implican un eclecticismo metodológico o teórico, sino un eclecticismo técnico. Esto quiere decir que la utilización de ellas se hace dentro un modelo, metodología y conceptualización cognitiva; es decir, con una finalidad cognitiva. Su utilización se realiza con el fin de elicitar una organización cognitiva, o con el fin de cuestionar dicha organización. Nunca se realiza con el fin de incrementar la emoción por incrementarla.

Las técnicas no cognitivas más comunes en el trabajo de Beck podrían dividirse en técnicas conductuales y técnicas experienciales. Beck, Freeman y otros (1995), plantean que son tres las metas de las técnicas conductuales: “en primer lugar, el terapeuta necesita a veces trabajar muy directamente para modificar las conductas autodestructivas. Segundo, si el paciente tiene

una capacidad deficiente, la terapia debe incluir un componente de construcción de la realidad. Tercero, se pueden plantear tareas conductuales para realizar en casa a fin de poner a prueba las cogniciones” (p.144). Las técnicas cognitivas conductuales más útiles planteadas por Beck, son las siguientes: la observación y la programación de la actividad (que permite la identificación retrospectiva y la programación prospectiva de los cambios), la programación de actividades de dominio y placer (se hace con el fin de realzar la eficacia personal, y validar el éxito con las experiencias modificadas, y el placer derivado de ellas), el ensayo de conductas, el modelado, el entrenamiento en asertividad y la dramatización (se utilizan para desarrollar habilidades antes de responder a situaciones problemáticas antiguas o nuevas), el entrenamiento en relajación y la distracción conductual (son técnicas utilizadas para decrementar la ansiedad, cuando ella es un problema amenazante), la exposición in vivo (el paciente enfrenta la situación problemática, y el terapeuta le ayuda a abordar esquemas y acciones disfuncionales, que no se pudieron tratar en la consulta), y los encargos graduales de tareas (que se utilizan para que el paciente pueda experimentar los cambios paso a paso).

Las técnicas experienciales incluyen el empleo de la dramatización (técnica que se utiliza para desarrollar aptitudes y superar inhibiciones -como es el caso del entrenamiento asertivo-, la evocación de experiencias de la niñez (esta técnica permite vislumbrar los orígenes de las pautas inapropiadas), y el empleo de evocación de imágenes (en esta técnica el paciente revive los acontecimientos traumáticos pasados y reestructura la experiencia y las actitudes derivadas de ella).

Las técnicas no cognitivas más comunes en el trabajo de Ellis corresponden a lo que este autor llama “tareas para casa”. Su propósito principal es “ayudar al paciente a reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica, como una nueva filosofía racional (E) o su habilidad para debatir (D), a través de ejercicios para practicar en casa, entre una sesión y otra, cuando el sujeto tiene que funcionar en el mundo real” (Lega, Caballo y Ellis, 1997, p. 57). Estas tareas para casa tienen unas metas específicas como: cambiar un comportamiento ineficiente o establecer uno más adaptativo, reducir los pensamientos irracionales y reemplazarlos por ideas más racionales y eficaces, y evaluar el grado de comprensión que tiene el paciente de los principios básicos de la TREC. Las tareas para casa son las siguientes: la realización del formulario de autoayuda (en el cual el sujeto anota en A, el acontecimiento activante, en C la consecuencia o condición, en B las creencias irracionales -y se listan 13 creencias que podrían aplicarse al acontecimiento activante A-, en D las refutaciones de cada una de las creencias irracionales señaladas, y en E las creencias racionales eficaces, para reemplazar las creencias irracionales), los diarios, la biblioterapia y los audiocasetes y los ejercicios emotivos. Esta última técnica puede ser definida como emotiva o emotivo-conductual, y su representante más

típico son los “ejercicios para atacar la vergüenza” (en este tipo de ejercicios el paciente actúa en público de una forma deliberadamente vergonzosa, y lo hace tratando de aceptarse a sí mismo, a pesar de su comportamiento inaceptable y de tolerar la incomodidad que esa conducta le pueda producir. (Para aceptarse a sí mismo el paciente debe cambiar la creencia irracional). Estas son las técnicas comportamentales y emocionales desde el modelo de Ellis. (En español existen dos libros excelente sobre la aplicación de la teoría de Ellis a problemas concretos: Ellis, 2000 y Ellis y Tafrate, 1999).

Una vez que hemos revisado el mito y mal entendido principal de las terapias cognitivas (que ellas son solo técnicas de reestructuración cognitiva de la terapia o modificación de la conducta), estamos en posibilidad de abordar otros tres mitos y aspectos controvertidos de las terapias cognitivas.

2. Mito y aspecto controvertido # 2: las terapias cognitivas plantean que la causa del comportamiento y de las emociones es el pensamiento

“Uno de los mal entendidos más frecuentes entre las personas que se acercan a las Terapias Cognitivas, es el considerar que ellas plantean como causa única del comportamiento y de las emociones, el pensamiento...”

Uno de los mal entendidos más frecuentes entre las personas que se acercan a las Terapias Cognitivas, es el considerar que ellas plantean como causa única del comportamiento y de las emociones, el pensamiento. Es muy probable que este mal entendido tenga su origen en la confusión existente entre “causalidad” y “primacía”. Es importante resaltar que las Terapias Cognitivas diferencian claramente estos dos términos. Por ejemplo, en la obra de Beck sobre depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery 1983), él

nunca afirma que los elementos cognitivos (la tríada cognitiva), sea la causa de la depresión. Lo que propone es un modelo teórico que tiene la finalidad de dar algún sentido a los diversos fenómenos que abarca la depresión, es decir, sistematizarlos en una secuencia lógica coherente. Su método consiste en organizar signos y síntomas para dar lugar a relaciones con significado. En esta secuencia es posible identificar un primer eslabón en la cadena de reacción. Este primer eslabón sería el responsable de la generación y del mantenimiento de los otros síntomas. Por esta razón a este eslabón se le da un papel de primacía sobre los otros. Siguiendo este tipo de pensamiento, Beck

llega a la conclusión de que “debemos buscar el principal foco de patología en el modo particular que tiene el individuo de verse a sí mismo, sus experiencias y a su futuro (la “tríada cognitiva”) y su forma idiosincrásica de procesar la información (inferencia arbitraria, recurso selectivo, sobregeneralización, etc.)” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983, p. 26).

Esta explicación se basa en el análisis de los fenómenos de la depresión. No proporciona datos relativos a la “causa última” de la depresión. Lo único que resalta es que las construcciones negativas constituyen el primer eslabón de una cadena de síntomas. Como se ve, primacía no es igual a causalidad: el modelo no se centra sobre la etiología única o las causas del trastorno. Estas podrán ser predisposición hereditaria, aprendizaje inadecuado, lesión cerebral, trastornos bioquímicos, etc., y aún así se podrá hacer un acercamiento cognitivo, ya que éste no es incompatible con cualquier causa última del trastorno. Siempre es posible utilizar el método cognitivo para organizar los síntomas, y primar el elemento cognitivo, aún cuando la causa última no fuera cognitiva.

“... no es un solo elemento el desencadenante de un trastorno: es la relación entre el ambiente y el organismo. En Terapias Cognitivas podríamos decir que es la relación entre el ambiente y las interpretaciones del sujeto...”

El concepto de primacía de Beck es totalmente compatible con la idea de cadena etiológica causal. En esta cadena se hipotetiza “una secuencia de eventos encadenados, donde la ocurrencia del primero incrementa la probabilidad del segundo, la presencia de éste aumenta la posibilidad de que ocurra un tercer elemento, y así sucesivamente hasta que se llegue al último eslabón, el cual sería directamente responsable de la producción sintomática de

la depresión con sus componentes motivacionales, emocionales, cognitivos y comportamentales” (Riso, 1992, p. 89). La idea de cadena etiológica causal sustituye a la vieja idea de causa única. En las concepciones modernas sobre los elementos etiológico-causales, resulta insostenible el concepto de causalidad simplista. Este se reemplaza por el planteamiento de una cadena, cuyos elementos tienen un distinto peso explicativo causal y una variada distribución en el tiempo. Los elementos etiológicos causales se organizan como causas necesarias, suficientes y contribuyentes, y al mismo tiempo, como proximales y distales. En tal cadena, la tríada cognitiva de Beck sería el último eslabón (causa suficiente proximal), y la responsable de la aparición de los otros síntomas de la depresión.

La noción de cadena etiológica causal es relacional. Esta idea de *relación* es central en las Terapias Cognitivas. Lazarus y Folkman (1986) plantean que esta idea representó una revolución en el concepto de enfermedad. Piensan que el concepto de

enfermedad evolucionó desde el concepto de causa externa, “a la aparición de un nuevo concepto según el cual para que la enfermedad tenga lugar, un elemento patógeno debe *unirse con* un organismo susceptible... Es la relación organismo-ambiente la que determina la condición de enfermar” (p. 42). Según esto, no es un solo elemento el desencadenante de un trastorno: es la relación entre el ambiente y el organismo. En Terapias Cognitivas podríamos decir que es la relación entre el ambiente y las interpretaciones del sujeto. Con esto entonces queda claro que el elemento cognitivo es *uno* de los elementos de la cadena etiológica causal, no el *único* elemento. Las interpretaciones cognitivas se interrelacionan con los sucesos ambientales. Las Terapias Cognitivas *priman* al elemento cognitivo dentro de esta relación causal, pero de ninguna manera afirman que la interpretación es la causa única. El concepto de evaluación rompe la circularidad propia de las teorías conductistas.

Por ejemplo, en el estrés, Lazarus y Folkman (1986), plantean que el concepto de evaluación cognitiva contribuye a explicar las diferencias individuales entre los sujetos y a discernir entre situaciones favorables y situaciones peligrosas. Además es importante tener en cuenta que tanto en los registros sugeridos por Beck como por Ellis, la situación ambiental siempre está presente. Es decir, ninguno de estos dos autores sugiere que las creencias o ideas se den en el vacío. Siempre hay un ambiente que las activa. La insistencia de los autores en lo cognitivo es para hacer resaltar su primacía, su enfoque teórico y metodológico, y no para negar la existencia de otros factores conformantes de la cadena causal (recuérdese el ejemplo de las cinco puertas).

3. Mito y aspecto controvertido #3: el terapeuta cognitivo irrespeto al paciente porque le impone sus criterios

La refutación de este mito comienza por el reconocimiento de algo que aparentemente no tiene relación: el realismo de las Terapias Cognitivas. Ellas aceptan que existe una realidad objetiva y, que los seres humanos hacemos representaciones mentales de esa realidad. También aceptan que si bien esas construcciones (que son el núcleo de las Terapias Cognitivas), son la “realidad psicológica” de las personas, no son el reemplazo de la realidad. Esto quiere decir que en las Terapias Cognitivas nunca se olvida que la realidad “está allí”, y que debemos contar con ella. Esta postura de reconocer la existencia de una realidad objetiva y de una realidad “psicológica”, y de confrontar permanentemente a la segunda con la primera, recibe el nombre de *realismo*, y es una característica distintiva de las Terapias

Cognitivas. Una característica del realismo es reconocer que los seres humanos construimos nuestras creencias y pensamientos en *interacción* con esa realidad (recuérdese la discusión del apartado anterior). Nuestras creencias están referidas siempre a algún aspecto de la realidad. Es decir, vemos en la realidad “evidencia” que corrobora nuestras creencias. Podría decirse que utilizamos la realidad para validar nuestras creencias (adecuadas o no).

Todo lo anterior muestra que el paciente viene a las Terapias Cognitivas con sus “teorías” e “historias”, pero también con “pruebas”, sacadas (o creídas sacar), de la realidad objetiva. Ningún paciente tiene pretensión de subjetivismo: todos refieren sus creencias a algún aspecto de esa realidad (cierto o no). Es decir, toda historia tiene sus “pruebas”. Este punto es crucial para los terapeutas cognitivos, pues les indica que siempre hay “un punto de referencia”. El reconocimiento de este “punto de referencia” es el que hace posible a las Terapias Cognitivas. En ellas podemos utilizar este “punto de referencia” para confrontar al paciente. Es importante anotar que sin este “punto de referencia” (que en último término es la pretensión de objetividad del paciente), no podrían existir las Terapias Cognitivas. Es el reconocimiento de un “punto de referencia” el que posibilita la confrontación. En las Terapias Cognitivas existen dos formas clásicas de confrontación:

Confrontar al paciente con la realidad. Esto se hace con preguntas tales como “¿dónde está la evidencia?”. Corresponde típicamente al estilo de intervención de Beck (ver el apartado de técnicas cognitivas). A este enfoque de confrontación podríamos llamarlo “empirista”, y podríamos compararlo con la exigencia de encontrar pruebas, a favor o en contra, que se hace a las teorías científicas.

Confrontar al paciente con la lógica con la cual construyó sus creencias. Esto se hace con preguntas tales como: “¿Es lógico que usted tenga esta idea?”. Este tipo de intervención corresponde al estilo de Ellis, y forma parte de las “técnicas preferenciales” de la TREC. A este enfoque de confrontación podríamos llamarlo “logicista”, y podríamos compararlo con la exigencia de lógica interna que se hace a las teorías científicas.

En ninguna de estas dos confrontaciones el terapeuta impone sus criterios. Lo que hace es cuestionar la evidencia (a partir del diálogo socrático o del empirismo colaborativo de Beck), o debatir la lógica de sus creencias (a partir del “D”-Debate-, de Ellis). Es muy importante entender que el confrontar al paciente con la evidencia de sus creencias o con la lógica de ellas, no implica irrespetar sus creencias y construcciones y desdeñarlas por “irracionales”, sino enseñarle algo que, tanto la evidencia como la lógica muestran, y es que *siempre existe una manera más sana y adaptativa de interpretar cualquier evento*.

En las Terapias Cognitivas se le muestra al paciente que la *interpretación que realiza de un evento, no es la realidad*. El evento es la realidad, pero pueden hacerse múltiples interpretaciones sobre él. De lo que se trata en Terapias Cognitivas es que el paciente entienda que *interpretación no es igual a evento o realidad*, y que un evento tiene múltiples formas de interpretarse, algunas más sanas y adaptativas que otras. La esencia de la terapia cognitiva no es que el paciente reconozca la realidad, ya que esto lo hace siempre cuando exhibe “pruebas” de sus creencias (en este sentido la terapia cognitiva no es objetivista); su esencia es analizar si la teoría construida a partir de esos hechos está *totalmente* sustentada por ellos o por la lógica (en este sentido la terapia cognitiva es

“... De lo que se trata en Terapias Cognitivas es que el paciente entienda que interpretación no es igual a evento o realidad, y que un evento tiene múltiples formas de interpretarse, algunas más sanas y adaptativas que otras...”

interaccionista). Para los terapeutas cognitivos resulta claro que las piezas de la realidad -los hechos-, pueden organizarse (interpretarse) de cualquier manera. Es como si estuviera frente a las piezas de un rompecabezas con una condición muy especial: cualquier organización es “verdadera”, en el sentido de que siempre está hecha con las piezas del rompecabezas; es decir, siempre hay un referente de la realidad sustentando la creencia. No hay una forma “objetiva” de organizar el rompecabezas. No

existe en la realidad un patrón objetivo o regla de organización. En ese sentido cualquier organización sería “verdadera”, pero no toda organización es adaptativa, sana o adecuada para el individuo.

El reconocimiento del hecho de que los individuos siempre tienden a hacer organizaciones (interpretaciones) de la realidad de cualquier tipo (adecuadas o no), es crucial en las Terapias Cognitivas. Esta razón es la que lleva a los terapeutas cognitivos a confrontar las organizaciones del paciente con los hechos o con la lógica. Esta confrontación no es un irrespeto para el paciente, sino una prueba a la solidez de sus creencias. El hecho de no pasar esta prueba significa para el paciente que *tiene la oportunidad de construir* creencias más adecuadas para los hechos que ha vivido (que “están allí”). Es reconfortante saber que *siempre* hay otra manera de organizar la objetividad, que no hay reglas en ella (afuera), y que los hechos no nos marcan obligatoriamente nuestras interpretaciones. Siempre está la probabilidad de hacer interpretaciones más adecuadas, aunque todas las interpretaciones sean “ciertas” (es decir, todas hagan referencia a los hechos).

4. Mito y aspecto controvertido #4: las terapias cognitivas se olvidan de los aspectos no racionales del ser humano, y tratan de volverlo un procesador frío y lógico de la información

Este es probablemente el mito más común de las Terapias Cognitivas. Los terapeutas cognitivos tenemos la imagen de ser fríos, desapasionados y lógicos, y lo que es peor, de exigir que los pacientes lo sean. Es como si nuestra terapéutica fuera vista como una especie de “castración” afectiva o emocional de las personas. Nada más lejos de la realidad. Los terapeutas cognitivos sabemos que cognición no significa

“... Nuestra tendencia natural de pensamiento no es la deducción o la inducción. Sacamos decisiones apresuradas, tal vez con el pretexto de conservar la especie. La selección natural no da tiempo para la deducción o la inducción: si nos parece que algo es peligroso huimos, no nos quedamos a averiguarlo...”

racionalidad. La cognición incluye todas las representaciones y formas de pensamiento (racionales o no). Es más, uno de los aspectos centrales de las Terapias Cognitivas (presentes tanto en la obra de Beck, como en la de Ellis), es el reconocimiento de la tendencia *natural* que tenemos los seres humanos hacia los sesgos o errores en el procesamiento de información y hacia el “pensamiento irracional”.

Justamente, gran parte de los problemas emocionales se deben a esta tendencia espontánea. Los seres humanos somos por

definición malos procesadores de información. Probablemente ello se debe a que nuestros cerebros vienen preparados para entender el entorno humano y no el entorno objetivo. Procesamos la información no con las leyes de la inducción, ni con las leyes de la deducción. Este fenómeno es bastante conocido por los especialistas en Psicología Cognitiva: el procesamiento que no sigue ni las leyes de la inducción, ni las leyes de la deducción, recibe el nombre de “heurístico” (ver al respecto toda la obra de Tversky y Kahneman, por ejemplo en la presentación de ella que hace Piatelli Palmarini, 1995). Esta parece ser una condición inherente al hecho de ser humanos. Podría plantearse que el procesamiento adecuado, deductivo o inductivo, es bastante raro en nosotros como especie. Es un logro cultural que no ha sido fácil. Como se ve, los seres humanos somos lógicos a veces, muy pocas veces, y con suerte. Nuestra tendencia natural de pensamiento no es la deducción o la inducción. Sacamos decisiones apresuradas, tal vez con el pretexto de conservar la especie. La selección natural no da tiempo para la deducción o la inducción: si nos parece que algo es peligroso huimos, no nos quedamos a averiguarlo. Así procesa la información el cerebro, llegando a conclusiones por caminos cortos. El pensamiento inductivo o deductivo es contranatural, por esa razón nos ha costado tanto construir ciencia. Es una labor en conjunto de los seres humanos luchando contra las tendencias espontáneas de sus mentes.

Si partimos de lo anterior, es utópico afirmar que las Terapias Cognitivas pretendan convertir a las personas en buenos deductores o inductores. Si eso fuera así, sería fácil hacer científicos. Lo que buscan las Terapias Cognitivas es un cuestionamiento de aquellas creencias asociadas a fuerte sufrimiento o malestar. En ningún momento se pretende convertir a las personas en “procesadoras perfectas”, ya que ello no es posible. Siempre hay en nosotros una tendencia natural hacia los sesgos y la irracionalidad. Esa es una condición inherente del ser humano.

Referencias

- Alford, B. A. y Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Freeman A., y otros (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y conceptualización*. Barcelona: Gedisa.
- Burgess, P. H. (1990). Toward resolution of conceptual issues in the assessment of belief systems in rational-emotive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 171-184.
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dattilio, F. M. Y Padesky, C. A. (1995). *Terapia cognitiva con parejas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Paidós.
- Ellis, A y Grieger R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A y Grieger R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Volumen 2. Bilbao; Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. y Tafrate, R. C. (1999). *Controle su ira antes de que ella le controle a usted*. Barcelona: Paidós.
- Greenberger, D y Padesky, C.A. (1998). *El control de tu estado de ánimo*. Barcelona: Paidós.
- Jones, R. (1968). *A factured measure of Ellis's irrational belief systems with personality and maladjustment correlates*. Tesis doctoral: Texas Technical University.
- Lazarus, R. S. Y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lega, L., Caballo, V., y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavioral modification. An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Piatelli Palmarini, M. (1995). *Los túneles de la mente*. Barcelona: Crítica, colección Drakontos.
- Riso, W. (1992). *Depresión. Avances recientes en cognición y procesamiento de la información*. Medellín: Ediciones Gráficas S.A.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Third Edition. Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J. E., y Klosko, J. S. (2001). *Reinventar tu vida*. Barcelona: Paidós.