

## CAPÍTULO 1

### ORIGEN Y DESARROLLO DEL COGNITIVISMO CLÍNICO

Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de Psicología 2016 de SRM Cursos®

#### 1. Nociones preliminares

El cognitivismo clínico no es precisamente un ámbito homogéneo y se halla todavía en proceso de expansión y diferenciación. Mahoney (1991), por ejemplo, considera que se pueden distinguir actualmente unos veinte enfoques en terapia cognitiva. Lo que los une es el énfasis común que conceden a las estructuras de significado y los procesos de elaboración de la información. Lo que los diferencia es un conjunto bastante heterogéneo de cuestiones de teoría general y clínica que se traducen en diferencias, incluso muy marcadas, en la técnica terapéutica. Sin embargo, al menos para quien no esté inmerso en el debate interno de la disciplina, el término terapia cognitiva nos remite a las contribuciones de Aaron Beck y Albert Ellis, y a sus respectivas escuelas.

Las razones de este reconocimiento social son muchas. Generalmente, se considera a Beck y Ellis los fundadores del actual cognitivismo clínico, mientras que se reserva a los autores que habían propuesto con anterioridad teorías análogas el noble papel, si bien limitado, de precursores.

Beck (1976) fue, además, quien acuñó el término de *psicoterapia cognitiva* y favoreció, con el éxito del nombre, la autognosis de la propia identidad cultural en los terapeutas que se reconocían en él.

Todavía hoy, la mayor parte de los trabajos de terapia cognitiva publicados y la mayoría de los terapeutas cognitivos en activo en el mundo mencionan la escuela de Beck, que ostenta un papel predominante en la Asociación internacional de psicoterapia cognitiva (IACP) y proporciona la mayor parte de los participantes en los congresos internacionales.

A este respecto, es obligado reconocer que esta escuela no ha pretendido nunca alzarse como defensora de una ortodoxia o fundar, al amparo de su predominancia social, ningún principio de autoridad cultural. También por este motivo, la historia del cognitivismo clínico no conoce

escisiones y la discusión, aunque intensa y vehemente, se ha mantenido siempre dentro del riguroso ámbito del debate científico.

El enfoque de Ellis y Beck es definido también por algunos autores como *aproximación racionalista* (Chiari y Nuzzo, 1996; Guidano, 1991). El término racionalista en este contexto no se opone, como sucede habitualmente, a empirista, sino que se usa como antítesis de *constructivista*.

Volveremos más adelante al tema de la contraposición entre racionalismo y constructivismo en el seno de la terapia cognitiva. Pero queremos señalar que esta definición, rechazada tanto por Beck (Weishar, 1993) como por Ellis (1990), está marcada inevitablemente por la polémica, de modo que en principio evitaremos recurrir a ella.

Por su parte, la escuela de Beck prefiere autodenominarse terapia cognitiva estándar (TCS) (Clark, 1995). Esta definición tiene la ventaja de ser bastante neutra, puesto que puede referirse al simple hecho de que se trata de la aproximación más difundida. Por consiguiente, en este trabajo mantendremos la definición que de sí mismos dan Beck y los autores que lo mencionan, no sin precisar que el término estándar corresponde a datos históricos y sociales y no implica una supremacía teórica y, ni mucho menos, el modelo de referencia de una ortodoxia.

## 2. El origen de la terapia cognitiva estándar

La versión más difundida de la historia de los orígenes de la terapia cognitiva cuenta que se desarrolló a partir de las terapias comportamentales al trasladar al ámbito clínico el cambio vivido entre los años sesenta y setenta del siglo XX en los enfoques cognitivos de las teorías comportamentales en el ámbito de la psicología básica.

Como sucede a menudo en la historia de los orígenes de cualquier fenómeno, también aquí algunas verdades van acompañadas de simplificaciones e imprecisiones que amenazan con arrojar una falsa imagen del conjunto. En los textos donde Ellis y Beck exponen la formación de sus ideas, las referencias al comportamentalismo son sorprendentemente escasas y casi siempre en un mismo sentido. Su horizonte problemático parece formado, principalmente, por el psicoanálisis, en cuyo seno se habían formado y que supuso para ambos una referencia crítica en función de la cual diferenciar el desarrollo de sus propias ideas.

En efecto, un aspecto que a menudo se pasa por alto es la importancia en la historia de la terapia cognitiva estándar de la formación psicoanalítica de Ellis y Beck, así como la crisis del psicoanálisis en Estados Unidos, de la que fueron testigos. Pero es que, además, para entender algunas características e incluso algunas incompatibilidades propias de la terapia cognitiva estándar es importante considerar el trabajo de Ellis y, sobre todo, de Beck, como una reacción, al menos en parte, a la crisis de la teoría clínica psicoanalítica que también vivieron muchos jóvenes y brillantes analistas norteamericanos de su generación.

¿En qué consistía esa crisis? Esencialmente en la relación problemática que se percibía entre los dos niveles de la teoría psicoanalítica diferenciados por Rapaport (1960): la teoría clínica y la metapsicología.

En Estados Unidos, antes que en ninguna otra parte, la metapsicología de las pulsiones empezó a considerarse un conjunto mal definido de conceptos erróneos que derivaba de una neurobiología decimonónica obsoleta (Holt, 1988). De ahí que se planteara el problema de hasta qué punto la teoría y la práctica clínicas estaban invalidadas por tesis generales de tipo metapsicológico consideradas ya inaceptables.

Las respuestas a este problema fueron de diversa índole. Algunos autores, animados por un interés esencialmente teórico e influidos, sobre todo, por el trabajo de Rapaport, se esforzaron por construir una teoría clínica al margen de la metapsicología (Holt, 1988; Klein, 1976). Otros se dedicaron a renovar la práctica clínica y a buscar tratamientos más próximos a la experiencia vivida realmente por el paciente.

Da fe de este propósito la diferenciación propuesta por Peterfreund (1983) en psicoanálisis entre aproximación heurística y estereotipada. La aproximación heurística es para Peterfreund el método analítico que intenta comprender los trastornos del paciente a partir de sus significados personales. Por el contrario, la aproximación estereotipada que, según Peterfreund, dominaba el estilo analítico en los años de su formación, consiste en interpretar los desórdenes partiendo de los conceptos teóricos generales para después esperar que el trabajo analítico desvele al paciente la hipótesis del analista sobre la verdad en función de un formulario metapsicológico.

Veamos un ejemplo de ambos tipos de aproximación, practicados en el análisis de un mismo caso clínico. Peterfreund relata que durante su formación supervisó el caso de la señora B, una joven que sufría de an-

gustia generalizada, profunda ansiedad de separación y fantasías homicidas obsesivas.

Según la hipótesis estereotipada del supervisor, las fantasías homicidas obsesivas eran síntoma de un conflicto provocado por fantasías masturbatorias de naturaleza sádica. Esta tesis convencional condicionó el estilo de la primera parte del tratamiento y convirtió la labor del analista en lograr que la paciente

reconociese la verdad del significado hipotetizado. Esto debería haberse hecho convirtiendo en real, concreto y específico ese significado, y esperando que la paciente dejara de oponer resistencia y empezara a ver las cosas claras. Comprendí lo fácil que es desviarse en un análisis y hacer que parezca que las cosas responden a una fórmula. Descubrí que, si se proponen numerosas hipótesis sin fundamento, es posible encontrar una increíble cantidad de pruebas que confirmen cada una de ellas (pág. 27).

Lo que el autor reconoce no haber comprendido en absoluto es el significado personal de las fantasías homicidas de la señora B. Al corregir el método y explorar junto a la paciente dicho significado personal, se descubrió la relación entre esas fantasías y el temor a la pérdida de control, ligado a su vez a experiencias de soledad, despersonalización y desrealización.

Descubrimos que la señora B estaba aterrorizada porque en algunos momentos se sentía fuera del mundo, casi como si no existiera y no tuviera relación con los demás. En esas ocasiones no lograba dormir, le fallaban las fuerzas, tenía sensación de confusión y de irrealidad y todo le parecía lejano. Temía perder por completo el control de sí misma e incluso llegar a perder la razón. En esos momentos fue cuando comenzó a preocuparse por sus fantasías homicidas obsesivas (pág. 28).

Nos hemos detenido en el ejemplo de Peterfreund porque las críticas que dirige al psicoanálisis convencional pueden aplicarse perfectamente a las que Beck y Ellis, a partir de sus experiencias formativas, habían dirigido al psicoanálisis *tout court*. La exigencia de una aproximación heurística que permitiese una formulación del problema, que el paciente pudiese compartir con su propia experiencia personal, era un sentimiento común y fuerte. Después de citar un pasaje de *Principios de psicoterapia cognitiva*

—en el que Beck sostiene que las inferencias y las generalizaciones «superficiales» del terapeuta cognitivo tienen, con respecto a las interpretaciones «profundas» del analista, la ventaja de estar más cerca de la experiencia consciente del paciente y, por tanto, de permitir corregir, modificar, descartar o afinarlas con él—, Peterfreund comenta a este respecto:

casi todas las observaciones de Beck son acertadas, pero sólo si se aplican al enfoque convencional o al análisis freudiano; sin embargo, carecen de validez si se refieren a la aproximación heurística (pág. 66).

No es asunto nuestro discutir ahora las razones que pueden haber motivado a algunos autores, basándose en ideas y exigencias ampliamente compartidas, como es el caso de Beck, a orientarse hacia un tipo de psicoterapia diferente, mientras que otros, como Peterfreund, han optado por renovar la tradición psicoanalítica. Por lo demás, ambas elecciones han resultado, finalmente, fecundas.

Lo que nos interesa mostrar es cómo nació la aproximación cognitiva estándar en un contexto de ideas y problemas ampliamente compartidos por los psicoanalistas norteamericanos en un determinado momento histórico. Entre estas exigencias, una de las más importantes puede expresarse con la fórmula siguiente: *renovar la teoría y la praxis clínica a partir de lo que piensa y siente concretamente el paciente*.

### 3. La solución de Ellis y Beck

Por más que la fórmula anterior pueda parecer razonable y aspirar a algo obvio, está cargada de aspectos problemáticos. De hecho, la realidad clínica es siempre, y en cierta medida, una construcción recíproca entre terapeuta y paciente donde se establecen fácilmente lazos de mutua convalidación. Esto es también cierto en parte en el caso de la medicina somática, donde las expectativas del médico influyen siempre sobre las respuestas terapéuticas, y lo es aún en mayor medida en el caso de la psicoterapia. Además, para alcanzar la experiencia concreta de un paciente, un terapeuta necesita, en cualquier caso, una teoría y un método con los que ordenar y establecer grados de importancia en el conjunto desorganizado de datos que el paciente transmite.

La forma peculiar con que tanto Ellis (1962) como Beck (1976) consideraban que habían resuelto este problema era mediante indagación sistemática en las representaciones conscientes o preconscientes que preceden, acompañan o siguen inmediatamente a un estado emocional problemático. Escribe Ellis (1962):

Como prácticamente todos los psicoterapeutas de la época, había restado importancia a las precisas y sencillas frases declarativas o exclamativas que el paciente se decía para crear sus desórdenes y, lo más importante, que seguía repitiéndose literalmente cada día de la semana para conservar esos mismos desórdenes (Ellis 1962, pág. 30).

Estas representaciones conscientes permiten comprender, según Ellis y Beck, con un mínimo de inferencia, las razones de muchos sufrimientos emocionales y su duración. Beck (1976) llamó a estas representaciones *pensamientos automáticos*. Es interesante destacar que él describió la importancia de los pensamientos automáticos como modo de acceder a las experiencias emocionales del paciente al margen de las interpretaciones teóricas convencionales:

Había aleccionado a todos mis pacientes sobre las reglas básicas de libre asociación y la mayoría de ellos aprendía muy bien a superar la tendencia a censurar sus ideas. Aunque era consciente de que los pacientes no podían expresar todos los pensamientos posibles, pensaba que sus verbalizaciones representarían una muestra suficientemente buena de su ideación consciente.

Con el tiempo, sin embargo, empecé a sospechar que los pacientes no citaban algunas clases de ideaciones. Esta omisión no se debía a una resistencia o una defensa por parte del paciente, sino más bien era debida al hecho de que el paciente no había sido entrenado para concentrar su atención sobre determinados tipos de pensamiento (pág. 22).

[...] Un paciente, durante una asociación libre, me había dirigido críticas violentas. Tras una pausa, le pregunté cómo se sentía. Respondió: «Me siento muy culpable». En aquel momento, yo estaba convencido de haber entendido completamente la secuencia de los acontecimientos psicológicos. Según el modelo psicoanalítico convencional, se trataba de una simple relación causa-efecto entre su hostilidad y el sentimiento de culpa; es decir, su hostilidad provocaba directamente el sentimiento de culpa. No había nece-

sidad, según este esquema teórico, de introducir ningún otro eslabón en la cadena.

Pero el propio paciente me informó espontáneamente de que, mientras estaba dirigiéndome críticas cargadas de ira, tenía sucesiones de pensamientos que fluían casi simultáneamente: una de ellas tenía que ver con su hostilidad y las críticas que había dirigido en las asociaciones libres, pero existía otra que no había referido. De modo que relató la otra corriente de ideas: «He dicho algo que no es cierto... No debí decirlo... Me he equivocado al criticarlo... No soy bueno... No me quiere... Soy una mala persona... No tengo ninguna excusa que justifique haber sido tan desagradable».

Este caso me puso, por primera vez, frente a la evidencia de un flujo de ideas que corría paralelamente al contenido del otro flujo que se había expresado previamente. Entendí entonces que existía una serie de ideas que unía la expresión de ira del paciente a los sentimientos de culpa. Dicha ideación intermedia no solamente podía identificarse, sino que además era directamente responsable del sentimiento de culpa: el paciente se recriminaba y, por tanto, se sentía culpable por haberse dirigido a mí con ira.

[...] Para examinar esta valiosa fuente de información fue necesario enseñar a los pacientes a observar el flujo de las ideas que no referían. En cuanto descubrí que estos pensamientos escondidos eran previos a un estado emocional, instruí a los pacientes de este modo: cada vez que experimente una sensación o una emoción desagradable, intente recordar qué pensamientos tenía en mente antes de esta sensación. Esta enseñanza ayudaba a los pacientes a dirigir su atención sobre el modo de pensar y, al final, eran capaces de identificar los pensamientos que precedían a la vivencia emocional. Puesto que estos pensamientos parecían surgir automáticamente, de forma muy rápida, los llamé *pensamientos automáticos*. Como veremos en los capítulos siguientes, el descubrimiento de los pensamientos automáticos ha suministrado material básico para comprender los estados y trastornos emocionales (págs. 28-29).

Beck precisa a este respecto que estos pensamientos no son sólo, como se muestra en este ejemplo, de naturaleza transferencial. Rápidamente quedó claro que los pacientes también se comunicaban así consigo mismos fuera de las sesiones.

Detengámonos un momento en la afirmación de Beck según la cual empezó a *instruir* a los pacientes en prestar atención a los pensamientos que precedían y acompañaban a la vivencia emocional. Debido también a que estos pensamientos parecían surgir automáticamente en la mente

de los pacientes, Beck los definió como *pensamientos automáticos*. Pero ¿por qué los pacientes debían aprender a prestar atención a sus pensamientos automáticos?

En otras palabras, si esta actividad mental era consciente y de fácil acceso, ¿por qué los pacientes eran conscientes de ella sólo mediante un esfuerzo voluntario de atención?

Algunas características intrínsecas de los pensamientos automáticos parecen justificar su condición preconsciente y el esfuerzo de atención necesario para que sean completamente conscientes. En primer lugar, se presentan en la mente de modo, justamente, automático, sin la experiencia subjetiva de un esfuerzo de reflexión y en la forma breve y telegráfica de un lenguaje en esencia. En segundo lugar poseen, para quien los produce, una característica obvia de admisibilidad sin distancia crítica. El sujeto tiene, por así decirlo, la impresión de captar, gracias a ellos, el mundo tal y como es, con inmediatez casi perceptiva, sin la impresión de que se trata de valoraciones e inferencias subjetivas susceptibles de discusión y opinión.

Otra característica importante de los pensamientos automáticos es el hecho de expresar un modo constante y característico de atribuir significado a los acontecimientos por parte de la persona que los produce. Una paciente, por ejemplo, temía aburrir al terapeuta y que la rechazara. Producía pensamientos automáticos de contenido similar en la mayoría de las situaciones relacionales significativas. Cuando adquirió la habilidad para prestar atención a los pensamientos automáticos, la paciente relató que prácticamente en todas sus relaciones importantes temía aburrir a los demás, considerando que era poco interesante y suponiendo que iba a ser rechazada.

Estas recurrencias temáticas indican, según Beck y todos los autores cognitivistas, la existencia de reglas de inferencia y de estructuras de significado estables que engloban a los procesos de pensamiento y la actividad imaginativa.

Los términos más usados para designar dichas estructuras, base de la producción ideativa, son los de *modelo cognitivo* o *esquema cognitivo*. Por medio de los modelos y esquemas cognitivos podemos considerar, diferenciar y codificar la información. Estos conceptos constituyen la base para explicar indistintamente que dos personas conceptualicen la misma situación de forma diferente, o bien que una persona habitualmente

muestre coherencia en sus interpretaciones, pero conceptualice situaciones diferentes del mismo modo. El concepto de esquema es, por tanto, la base de las diferencias psicológicas entre las personas, así como de las semejanzas de la persona consigo misma. En este sentido, pasa a constituir el fundamento de las teorías cognitivas de la personalidad, puesto que responde a dos cuestiones fundamentales de toda teoría de la personalidad: qué hace a dos personas psicológicamente diferentes entre sí y qué convierte a una persona en psicológicamente igual a sí misma con el paso del tiempo (Beck y Freeman, 1990; Lorenzini y Sassaroli, 1995).

Los autores que mencionan la *aproximación estándar* cuando hablan de los esquemas de sus pacientes suelen definirlos con el apelativo *disfuncionales*.

Según la *aproximación estándar*, un esquema se considera disfuncional por diferentes motivos: porque distorsiona la realidad, porque provoca sufrimiento, porque es hipervalente, en cuanto a que conduce a interpretaciones que tienden a prevalecer y que se diferencian mínimamente de los hechos. Además, en el ámbito de la terapia cognitiva estándar, los esquemas pueden describirse como reglas de inferencia implícita que dan lugar a falsos silogismos, los cuales gobiernan a su vez la producción de los pensamientos automáticos.

Por ejemplo, en el caso de la paciente de Peterfreund considerado anteriormente, su esquema funciona según una regla inferencial de este tipo: las personas poco interesantes son rechazadas cuando se las conoce íntimamente; yo soy poco interesante, así que cualquiera que llegue a conocerme íntimamente me rechazará. Partiendo de esta premisa, la paciente, siempre que considere una relación íntima y de tal intensidad que permita que la otra persona la conozca, producirá pensamientos automáticos centrados en el escaso interés de su persona y el rechazo del otro.

Esta concepción, típica de Beck y de su escuela, subraya la función valorativa-interpretativa de las estructuras de significado.

Una concepción ligeramente diversa, que habitualmente se asocia a la aproximación estándar, es la de Ellis y su escuela, o bien la que hoy se denomina terapia racional emocional comportamental, que subraya con fuerza los aspectos motivacionales y formales del comportamiento (De Silvestri, 1981; Ellis, 1962; Dryden, 1994).

Según esta concepción, base de los procesos de pensamiento del tipo que hemos descrito, existirían convicciones irracionales correspon-

dientes a un objetivo concebido en términos absolutos y dogmáticos. En el ejemplo de la paciente de Beck citado antes, sus convicciones irracionales podrían, según esta aproximación, expresarse del modo siguiente: «Siempre tengo que parecer interesante a todas las personas que conozco para evitar la catastrófica posibilidad de ser rechazada por alguien».

Estas reglas tan absolutas deberían, precisamente por su carácter predominante, ser fácilmente echadas por tierra en contacto con los acontecimientos de la vida real. Una persona que espera siempre ser rechazada por los demás es muy improbable que pueda verificar esta predicción realmente todas las veces que lo presupone. Estas faltas de confirmación deberían ya obligar a replantear por lo menos el carácter hipervalente y predominante de los esquemas disfuncionales.

¿Por qué esto no sucede en aquellos que sufren trastornos psiquiátricos? Según Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), lo que impide corregir las convicciones generadas por los esquemas disfuncionales son los errores sistemáticos de procedimiento en los procesos de valoración y de juicio que generalmente realizan estos pacientes. En *Terapia cognitiva de la depresión*, los autores nos ofrecen la enumeración de estos errores:

Los errores sistemáticos en el modo de pensar del individuo deprimido sirven para que persista en el convencimiento de la validez de sus conceptos negativos, a pesar de que existan pruebas de lo contrario.

1. *La deducción arbitraria* (sistema de respuestas) se refiere al proceso por el que se extrae una conclusión determinada sin tener pruebas que la sustenten o cuando la prueba es contraria a la conclusión.

2. *La abstracción selectiva* (sistema de estímulos) consiste en enfocar en un detalle extrapolado de su contexto y en ignorar los aspectos más evidentes de la situación, conceptualizando toda la experiencia en función de este fragmento.

3. *La generalización excesiva* (sistema de respuestas) consiste en extraer una regla general o una conclusión partiendo de uno o más episodios aislados y en aplicar dicho concepto a otras situaciones, relacionadas o no con el caso específico.

4. *La ampliación o la disminución* (sistema de respuestas) se reflejan en errores al valorar el significado o la importancia de un suceso, tan vulgares que pueden llegar a constituir distorsiones.

5. *La personalización* (sistema de respuestas) se refiere a la tendencia del paciente a relacionar consigo mismo los sucesos externos cuando no existen elementos que puedan justificar esta asociación.

6. *El pensamiento absolutista, dicotómico* (sistema de respuestas) se manifiesta en la tendencia a colocar todas las experiencias en dos categorías opuestas: perfecto o defectuoso, inmaculado o sucio, santo o pecaminoso, etc. Al describirse, el paciente elige la categoría más negativa.

#### 4. Características de la terapia cognitiva estándar

Partiendo de estos conceptos, Beck elaboró un modelo de intervención clínica activo, breve, focal y de fácil reproducción que, gracias a estas características, pudo someterse rápidamente a estudios controlados para verificar su eficacia. Las tesis fundamentales que sustentan este modelo son esencialmente tres:

- 1) Una característica central de los desórdenes psicológicos la constituye la presencia de un conjunto de esquemas o modelos cognitivos inadaptados que regulan de forma patógena la elaboración de la información. Estos modelos son específicos dependiendo de los diferentes desórdenes. La teoría cognitiva considera que es posible trazar un perfil cognitivo diferente para los principales síndromes psiquiátricos. Por tanto, sin dejar de reconocer la importancia de los diferentes casos específicos, la intervención estándar se dirige esencialmente a la corrección de los modelos inadaptados propios del desorden presentado y de los errores de procedimiento que los mantienen.
- 2) Estos modelos se expresan por medio de los pensamientos automáticos y la imaginación consciente. Así pues, paciente y terapeuta colaboran juntos para aclarar los esquemas y las tesis inadaptadas que sustentan estos procesos, mediante el análisis de los procesos de pensamiento que guían la vida actual del paciente e influyen sobre sus vivencias emocionales. A este respecto, la terapia cognitiva estándar obliga a una actitud introspectiva y dirigida al *insight*, entendiendo —con este término— el proceso de tener conciencia de los significados personales con los que el

individuo organiza las experiencias correspondientes a sí mismo y al mundo.

- 3) Los esquemas se expresan en forma de convicciones y creencias y, como tales, se someten al análisis lógico y la verificación empírica. Este proceso parte de una distanciamiento crítico y apunta hacia una modificación de las tesis inadaptadas que, a su vez, conlleva una corrección en el proceso de elaboración de la información que aligera la sintomatología clínica. De ahí que el proceso general de la terapia se asemeje al que se lleva a cabo habitualmente en una investigación científica convencional. Más aún, es similar al proceso de revisión de las tesis básicas de una teoría científica realizado por un científico que se enfrenta a resultados experimentales adversos.

Contrariamente a lo que pueda desprenderse de una lectura superficial, el tono de la terapia es tremendamente real y en absoluto indulgente con el *wishful thinking* (pensamiento ansioso). Las creencias del paciente se asumen como hipótesis que han de someterse a una seria verificación con el fin de corregir y reducir la tendencia al predominio y al absolutismo de las creencias negativas, en lugar de sustituirlas por creencias optimistas. En esta situación, la metáfora con la que los terapeutas cognitivos intentan describir la terapia estándar es la de una búsqueda con el terapeuta en el rol de supervisor. Esta metáfora puede aplicarse también a la aproximación terapéutica propia de la psicología de los constructos personales (Kelly, 1955; Bannister y Fransella, 1971). Sin embargo, la terminología común encubre grandes diferencias entre las dos aproximaciones. El constructivismo propio de la psicología de los constructos personales convierte la «búsqueda» en algo mucho más abierto de lo previsto por la aproximación estándar (Winter y Watson, 1996). Sobre este tema escribe Bannister (1984):

En cada investigación científica el estudiante es sin lugar a dudas el experto en el campo inmediato. Está al día de todo lo escrito y se involucra completamente en el proyecto de investigación. Del mismo modo, el cliente en psicoterapia es el único realmente informado sobre sí mismo. Por otra parte, entre sus competencias el supervisor tiene que estar familiarizado con los criterios para controlar las teorías, saber valorar las pruebas y planificar

estrategias de búsqueda. De este modo el terapeuta puede ayudar a la búsqueda del cliente (págs. 251-252).

Por el contrario, en la aproximación cognitiva estándar, el terapeuta considera que posee *a priori* datos muy precisos sobre lo que hay de disfuncional y distorsionado en los procesos cognitivos del paciente. El estilo socrático y la actitud de búsqueda tienen más, en este ámbito, la función de técnicas persuasivas y de consolidación de la alianza terapéutica que de una actitud de búsqueda realmente abierta.

Volveremos más adelante a las diversas críticas que se han dirigido sobre este punto a la aproximación estándar desde la vertiente constructivista de la terapia cognitiva. Algunas de ellas han sido planteadas y las comparte, entre otros, quien esto escribe. Sin embargo, por motivos de objetividad y de información es necesario recordar que la actitud propia de la aproximación estándar —quizás excesivamente dirigida— subyace a dos exigencias, de por sí en absoluto peregrinas: la de optimizar los plazos de duración de los tratamientos y la de permitir, de este modo, métodos de verificación estándar de su eficacia.

## 5. Principios técnicos de la terapia cognitiva estándar

La aproximación estándar ha creado diferentes técnicas tanto de tipo cognitivo como de tipo comportamental para favorecer el proceso de concienciación, el distanciamiento crítico y el cambio de los esquemas disfuncionales del paciente (Sacco, 1989).

Estas técnicas se pueden atribuir, en su totalidad, a tres principios fundamentales: el empirismo colaborativo, el uso sistemático del diálogo socrático y el descubrimiento guiado. Comencemos por el primero.

*Empirismo colaborativo y alianza terapéutica.* Para una terapia fuertemente estructurada como la terapia cognitiva estándar es absolutamente indispensable que el paciente se comprometa verdaderamente en la aplicación de las técnicas previstas. Esto es muy improbable si no existe una profunda confianza en las posibilidades del tratamiento y si no se comparten los objetivos que deben alcanzar conjuntamente el terapeuta y el paciente. A este respecto escriben Beck y Freeman (1990):

la eficacia de la terapia cognitiva depende, en todo momento, del grado de congruencia que se establezca entre las expectativas del paciente relativas a los objetivos terapéuticos y las del terapeuta. La confianza recíproca y el reconocimiento de las peticiones de los pacientes son de gran importancia [...] La naturaleza colaborativa del *setting* es uno de los componentes más importantes de la terapia cognitiva (págs. 6-7).

Estas afirmaciones requieren algunas observaciones.

La percepción de un acuerdo sobre los objetivos que se han de alcanzar y de una colaboración recíproca para su consecución constituye uno de los componentes fundamentales de esa dimensión de la relación terapéutica que hoy se designa comúnmente como «alianza terapéutica». Nacida en el ámbito psicoanalítico (Zetzel, 1956; Greenson y Wexler, 1969) para designar al componente no transferencial y no regresivo de la relación, ha sido redefinida por Bordin (1979) como un componente común a cualquier enfoque terapéutico que comprenda tres elementos fundamentales: 1) el acuerdo respecto a los objetivos; 2) el acuerdo respecto a las tareas específicas; y 3) el desarrollo de una unión interpersonal compuesta por sentimientos positivos recíprocos.

Esta concepción de la alianza se ha establecido a través de varias escalas para valorar su curso durante el proceso terapéutico (véase Mazucchelli y Ritorto, 1996). Howarth y Symonds (1991) dirigieron un metaanálisis de 24 investigaciones para concluir que la existencia de una correlación significativa entre los indicios de la alianza y los resultados de la psicoterapia puede considerarse un dato suficientemente demostrado.

Puesto que la terapia cognitiva estándar prevé entre sus principios técnicos básicos la comprobación sistemática de al menos dos de los requisitos fundamentales de la alianza —el acuerdo y la colaboración respecto a los objetivos del tratamiento y las tareas recíprocas—, parte de la eficacia de la terapia cognitiva estándar se puede atribuir al especial énfasis puesto sobre el factor específico de la alianza.

Actualmente, muchos terapeutas cognitivistas (Liotti, 1994; Greenberg y Safran, 1987; Safran y Segal, 1990; Semerari, 1991) consideran que los procesos interpersonales en la terapia son el elemento esencial para permitir una mejora progresiva de las funciones cognitivas del paciente y para favorecer un incremento en la complejidad cognitiva.

Para estos autores, la relación terapéutica y los procesos cognitivos que en ella están implicados constituyen el elemento principal de la curación. Para el enfoque estándar, por el contrario, el énfasis de la relación se aplica esencialmente en función de la posibilidad de desarrollo de las técnicas.

Desde un punto de vista técnico, en la aproximación estándar la colaboración terapéutica se obtiene esencialmente explicando con claridad al paciente lo racional de la terapia, acordando conjuntamente los objetivos finales y las etapas intermedias del tratamiento, aclarando el sentido de las tareas asignadas y mostrando su congruencia con respecto a los fines acordados y volviendo a asumir a menudo lo que el paciente dice sobre sus problemas para comprobar el acuerdo recíproco.

*El diálogo socrático.* La mayor parte de las intervenciones que el terapeuta cognitivo hace durante las sesiones tienen forma de pregunta. Principalmente mediante una serie de preguntas, el terapeuta intenta, durante el encuentro, perseguir los objetivos esenciales de la terapia: la identificación de los pensamientos automáticos y de los esquemas subyacentes, la toma de distancia crítica y la valoración de las posibles alternativas.

También las intervenciones interpretativas o de reestructuración cognitiva dirigidas a la toma de distancia crítica adquieren a menudo la forma de preguntas o, más concretamente, de hipótesis que surgen del diálogo y que el terapeuta somete al juicio del paciente.

Las ventajas de la técnica del diálogo socrático son diversas; dos de ellas merecen una breve mención.

En primer lugar, para que el diálogo pueda llevarse a cabo, el terapeuta está obligado a plantear al paciente preguntas claras y de fácil comprensión. Para eso debe usar, siempre que sea posible, el lenguaje del paciente y evitar una terminología especializada, de forma que el contenido de la entrevista sea fácilmente asimilable por éste.

En segundo lugar, con el diálogo socrático se mantiene la obligación de probar las convicciones inadaptadas del paciente. Recordemos que el objetivo no es convencer al paciente de algo, sino solamente desarrollar una capacidad crítica respecto al carácter avasallador de los propios esquemas disfuncionales.

Por supuesto, como cualquier otra técnica, si se usa de forma generalizada puede resultar contraproducente, en especial cuando los tera-



peutas presumen sistemáticamente que conocen mejor las respuestas correctas a las preguntas o cuando dan la impresión de querer sorprender al paciente en falta. Como ha observado acertadamente Lalla (1996), la eficacia del diálogo socrático depende de que el terapeuta «plantee determinadas preguntas de forma que el interlocutor para poder responderlas deba asumir un punto de vista supraordenado y elaborar una metacognición, un significado sobre aquello que ya pertenece al repertorio de su cognición» (pág. 124).

*El descubrimiento guiado.* Representa en cierto modo «el alma» de la terapia cognitiva estándar. Se comienza en la primera sesión y se modifica adaptándose continuamente a las exigencias específicas del caso y a las fases de la terapia. Después de que el paciente y el terapeuta hayan acordado una definición satisfactoria del problema presentado, el terapeuta explica en el modo más claro posible los principios y los métodos de la terapia y aconseja al paciente registros sistemáticos de autoobservación. En la aproximación estándar dichos registros se estructuran de la siguiente manera.

En primer lugar, se invita al paciente a que apunte cuáles son las emociones principales relacionadas con la experiencia problemática. A menudo es necesario, en las primeras sesiones, ayudar al paciente a reconocer estas emociones. Dicha ayuda puede suministrarse explicando al paciente, por ejemplo, cuáles son las consecuencias somáticas que algunas emociones básicas conllevan (Beck y Emery, 1985) o ayudando a reconocer durante las sesiones algunos estados emocionales habitualmente inhibidos (Greenberg y Safran, 1987). A menudo se aconseja también al paciente que valore sobre una escala numérica la intensidad de la emoción problemática.

En segundo lugar, se pide al paciente que señale la situación y las circunstancias en que se inscribe la experiencia problemática.

En tercer lugar se le invita a escribir de qué modo ha valorado estas circunstancias y, en concreto, cuáles son las representaciones en términos de pensamientos o imágenes que han precedido, acompañado y seguido a la emoción implicada.

Generalmente, los primeros informes que el paciente entrega de sus pensamientos constituyen una especie de comentario autocrítico posterior a la propia experiencia. Estos informes tienen también una gran importancia, puesto que permiten comprender los problemas secundarios

provocados por la experiencia problemática primaria (De Silvestri, 1982; 1989) y ponen de manifiesto el punto de vista supraordenado desde donde el paciente mira el problema (Mancini y Semerari, 1990).

Sin embargo, en todos los casos, el terapeuta debe ayudar al paciente a fijar la atención en los pensamientos automáticos que preceden y acompañan a la emoción. Por medio del análisis de estos informes, en especial el análisis de las valoraciones y los pensamientos que contienen, el terapeuta y el paciente ponen de manifiesto los esquemas y los modelos implicados en el sufrimiento emocional. Llegados a este punto, gracias al diálogo socrático se corrigen los errores de procedimiento y se establecen hipótesis alternativas a las implícitas en los esquemas. Incluso las hipótesis alternativas han de ponerse a prueba usando procedimientos comportamentales acordados en la sesión.

Terapeuta y paciente deben examinar también las posibles estrategias de gestión comportamental alternativas a las puestas en práctica espontáneamente por el paciente. Estas estrategias también se comprueban en la vida cotidiana del paciente, que deberá registrarlas y valorar su eficacia con el terapeuta.

El uso de intervenciones y consejos comportamentales en este contexto nos permite aclarar una diferencia básica entre la terapia cognitiva, incluida la aproximación estándar, y las técnicas cognitivas enmarcadas en el grupo de terapias de corte comportamentalista. Para éstas, el objetivo primordial es siempre cualquier modificación del comportamiento manifestado, de modo que la intervención en los procesos de valoración del paciente representa un medio para alcanzar este fin. Sobre este particular escribe Cionini (1991):

Los modelos cognitivo-comportamentales, fáciles de diferenciar del comportamentalismo por la especial atención que prestan a algunos procesos cognitivos, están en consonancia, sin embargo, con ese lenguaje y ese tipo de óptica, puesto que la mediación cognitiva se considera siempre en estrecha colaboración con el comportamiento manifiesto. La interdependencia entre cogniciones y comportamientos y la relevancia que los procesos cognitivos pueden tener en el cambio de comportamiento no trasladan el foco de la intervención del propio comportamiento y no justifican un trabajo terapéutico exclusivo sobre los patrones del pensamiento (págs. 23-24).

En el proceso de descubrimiento guiado de la terapia cognitiva, el foco terapéutico está formado exactamente por los patrones del pensamiento. Los comportamientos que el paciente acuerda con el terapeuta adquieren, en este contexto, el valor de experimentos para probar y, en ocasiones, para desestimar las convicciones generadas por los esquemas del paciente y para reconocer el carácter subjetivo y opinable de sus modelos cognitivos. En cuanto a las terapias comportamentales-cognitivas, la relación medios-fines es opuesta. El fin es siempre la modificación cognitiva y las técnicas comportamentales pueden constituir un instrumento flexible para alcanzarla.

## CAPÍTULO 2

### EL CONTEXTO INFLUYENTE

#### 1. Revolución cognitiva, ciencia cognitiva y psicoterapia cognitiva

Para describir la concepción y los métodos de la psicoterapia cognitiva estándar hemos utilizado una estrategia narrativa de tipo biográfico. Hemos adoptado el punto de vista de los autores —en especial el de Beck— y hemos intentado describir los problemas principales como podemos imaginar que se le presentaban, para describir, desde esta situación, los intentos de solución y su organización en una teoría clínica. En los comienzos de la década de 1980, el modelo así descrito fue objeto de vivas críticas en el propio ámbito de la terapia cognitiva y, gracias al debate provocado, la disciplina ha acabado por alcanzar la posición actual. No obstante, para comprender los términos de esta discusión, es necesaria una modificación del punto de vista y de la estrategia narrativa adoptada hasta este momento.

El debate, que intentaremos reconstruir en el próximo capítulo, recibió la influencia determinante del contexto general de las ideas en donde se desarrollaba. Un contexto que llamaremos *contexto influyente* y que albergaba ideas que superaban ampliamente las cuestiones clínicas implicadas.

Este contexto influyente está representado, en un sentido estricto, por el nacimiento y el desarrollo de la psicología y de la ciencia cognitiva y, en un sentido más amplio, por las concepciones generales propias de la revolución cognitiva. En este marco intentaremos identificar las teorías y los conceptos que más han condicionado el debate clínico.

Podrían sernos de ayuda algunas nociones previas. La primera corresponde a la distinción entre revolución cognitiva y ciencia cognitiva.

Por *revolución cognitiva* entendemos la forma general de entender el mundo en términos de sistemas cognitivos y de elaboración de datos que se ha consolidado en varias ciencias y disciplinas en la segunda mitad del siglo XIX. Un momento determinante de la revolución cognitiva lo supu-

## CAPÍTULO 3

### LA NUEVA AGENDA DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA

#### 1. Las críticas a la terapia cognitiva estándar: Mahoney

Al comienzo de la década de 1980, una insatisfacción circulaba por doquier en el ámbito de la psicoterapia cognitiva. Al contrario de lo que había sucedido en los orígenes de la terapia cognitiva estándar, la insatisfacción no tenía que ver con los resultados clínicos y mucho menos con la teoría clínica en un sentido estricto. Es más, la terapia estándar había dado buena prueba de sí misma por aquel entonces en el ámbito restringido de los desórdenes de ansiedad y de depresión y nada hacía excluir, como ha sucedido después, una posible y positiva aplicación a otras formas de desorden y con pacientes más graves.

Esta vez el malestar era de carácter esencialmente teórico. La revolución cognitiva había planteado cuestiones profundas sobre la naturaleza de la mente y prometía un salto cualitativo en la comprensión del ser humano y sus desarreglos psíquicos. Frente a la riqueza y complejidad de este contexto influyente, la teoría y los principios de la terapia estándar parecían un armazón demasiado estrecho y rígido que impedía los movimientos del pensamiento.

Debido a que la escuela italiana vivió intensamente esa crisis, es difícil para quien esto escribe ofrecer un cuadro exento de fuertes connotaciones debidas al calor de los recuerdos personales, ya que aquellos años coincidieron con los de la formación profesional.

La percepción de que se estaba atravesando por un periodo de cambio de paradigma estaba, en cualquier caso, muy difundida. Como es típico en esos momentos, en los artículos, en los debates y en los congresos se planteaban regularmente las cuestiones teóricas generales y los principios de fondo. Se apreciaba, algo confusa, la necesidad de referencias generales fuera de la disciplina. Los textos sobre la filosofía de la ciencia se leían y debatían con el mismo empeño con que se podía leer un manual de psicoterapia. Quizá no fuera casual que la exigencia de una

ruptura paradigmática se sintiera con más fuerza en autores que procedían de una formación comportamentalista en donde habían adquirido el gusto por las cuestiones metodológicas y que, de hecho, acabaron por asumir el liderazgo cultural del movimiento.

Uno de ellos, Michael Mahoney, escribió en 1980 un importante artículo, «Psychotherapy and the Structure of Personal Revolutions», con dos partes diferentes que el autor no se esforzó demasiado en integrar. En la segunda parte, Mahoney discute un modelo general de cambio psicoterapéutico donde se sostiene que la fenomenología de los cambios personales producidos en el transcurso de una psicoterapia presenta marcadas analogías con los cambios que se dan durante una revolución científica, según la descripción de Kuhn, mientras que en la primera parte se pone al frente de lo que supuso una especie de manifiesto programático para un vasto sector de una generación de terapeutas cognitivos. De hecho, desarrolló una crítica teórica de la terapia cognitivo-comportamental en seis puntos, los cuales han constituido, en su totalidad, una propuesta en la agenda de la terapia cognitiva.

Hay que señalar que Mahoney evitó dirigir críticas a Beck y Ellis y usó como blanco el enfoque «cognitivo-comportamental», cuya doble definición con el término «comportamental» constituía el elemento crítico para recalcar la exigencia de un modelo cognitivista que se emancipase totalmente y, aún más, se plantease como alternativa a la tradición comportamentalista.

Los puntos descritos por Mahoney son los siguientes:

- 1) La terapia cognitivo-comportamental suele ignorar o reducir la relevancia de los procesos inconscientes. Hemos de señalar que Mahoney escribía esto cuando ya se conocían los experimentos sobre los estímulos subliminales y la importancia de lo que Polany había llamado «conocimiento tácito».
- 2) El modelo cognitivo-comportamental considera las emociones como un subproducto de las convicciones, lo que presenta para el autor una doble desventaja: en el plano teórico, conduce a dejar de lado el valor informativo y el papel de las emociones en los procesos de conocimiento; en el plano de la técnica, obliga a destacar únicamente los procesos de control y a dejar de lado la importancia terapéutica de una expresión más libre de las emociones en psicoterapia.

- 3) El modelo cognitivo-comportamental, a pesar de introducir la elaboración cognitiva entre el estímulo y el comportamiento, ve todavía los procesos cognitivos como procesos de respuesta al estímulo. En este sentido, sigue anclado en un modelo esencialmente sensorial de la mente. Refiriéndose a un famoso ensayo de Weimer (1977) sobre la necesidad de llegar a una completa teoría motora de la mente, Mahoney mencionaba la exigencia de que también en psicoterapia se impusieran las ideas constructivistas que, en aquel momento, se estaban consolidando en psicología.
- 4) Los pensamientos automáticos y las convicciones, tal como se describen en el enfoque cognitivo-comportamental, tienen esencialmente la forma de pensamiento expresado en palabras. De este modo, se corre el riesgo de dar por sentado un isomorfismo pensamiento-lenguaje y de descuidar otras modalidades importantes de expresión de la experiencia.
- 5) Existe un énfasis excesivo y unilateral sobre la racionalidad como factor de adaptación.
- 6) Estas concepciones hiperracionalistas e hiperconciencialistas se reflejan en una visión restringida de la relación terapéutica, donde se pone el acento casi exclusivamente sobre los aspectos pedagógicos y normativos, corriendo el riesgo de oscurecer la percepción de la complejidad de los hechos relacionales que suceden en psicoterapia y de su papel en el proceso terapéutico.

Por último, Mahoney concluía estas consideraciones con una valoración completa sobre el estado de la psicoterapia. Los problemas suscitados no podían, según el autor, ser afrontados con cerrazón excesiva o con ajustes por la ciencia normal: era necesario que la terapia cognitiva afrontase una crisis de tal magnitud que indujera un cambio del paradigma.

A las cuestiones suscitadas por Mahoney conviene añadir otras dos formuladas recientemente, que completan el cuadro de los problemas sobre los que trabaja la actual terapia cognitiva. Ambas cuestiones son de naturaleza eminentemente clínica.

La primera fue afrontada por Mancini en diversos artículos y tiene que ver con el problema de las egodistonías, conocido también en clínica como problema de la paradoja neurótica. En el ensayo donde trataba con más profundidad el planteamiento cognitivista del proble-

ma, Mancini (1996) define la actitud egodistónica de la siguiente manera:

El prototipo de actitud egodistónica es una actitud intencional con las siguientes características:

- a) es valorada negativamente por el propio sujeto;
- b) a menudo se juzga también anómala y atípica respecto a la idea predominante de uno mismo;
- c) a menudo el sujeto no reconoce la génesis intencional o malinterpreta las intenciones que lo determinan. La actitud egodistónica no se pone en marcha ocasionalmente, sino de forma sistemática y repetitiva y, además, a menudo el sujeto intenta cambiarla, modularla o reducirla y, aunque tenga la posibilidad, no lo logra (pág. 131).

Según el autor este problema, que era la base de la teoría freudiana del conflicto, no se afronta adecuadamente —a excepción del importante trabajo de De Silvestri (1981; 1989)— en el ámbito de la aproximación estándar. Si, de hecho, los pensamientos automáticos tienen para el sujeto una obvia plausibilidad y son tan eficaces a la hora de conseguir que se mantengan en el tiempo las conductas que provocan sufrimiento, ¿por qué el propio sujeto puede juzgarlos a veces absurdos y ajenos y valorar sus efectos emocionales o comportamentales como discordantes con la visión de sí mismo?

Abordar este problema adoptando el punto de vista del sujeto no resuelve, según Mancini, el problema de las *akrasias* fuertes, en donde el sujeto identifica claramente el propio bien, quiere y puede conseguirlo, pero conscientemente se comporta de forma contraproducente. Ni siquiera en este sentido se resuelve el problema de la permanencia en el tiempo. Si bien es verdad, como afirma Beck, que el sujeto puede aprender a reconocer y corregir los errores cognitivos origen de su sufrimiento, ¿por qué es necesaria la intervención activa del psicoterapeuta para corregirlos y parece, además, que exista una resistencia a cambiar?

La segunda cuestión está ligada al problema de la relación conciencia e inconsciente planteada por Mahoney en el primer punto y planteada, incluso de forma implícita, por algunos autores que se han ocupado en especial de pacientes con desórdenes disociativos y pacientes psicóticos (véanse Liotti, 1993; 1994; Perris, 1989; 1994). La terapia cognitiva estándar

describe a los pacientes principalmente en términos de contenidos mentales, como por ejemplo los pensamientos automáticos, o de estructuras generadoras de contenidos, por ejemplo los esquemas. Además, veremos las acertadas descripciones que los autores constructivistas nos ofrecieron relativas a organizaciones estructurales de esquemas y constructos. Sin embargo, en los pacientes más graves, lo que se pone generalmente de manifiesto son aspectos alterados o deficitarios en importantes funciones mentales como la memoria, la conciencia, la capacidad de descentramiento cognitivo y de representación de la mente ajena, la metacognición, etc. El trabajo de estos autores ya ha incorporado a la agenda de la terapia cognitiva el problema de considerar explícitamente un tercer eje de valoración y de intervención que añadir a los correspondientes a los contenidos y las estructuras: la calidad de las funciones mentales.

## 2. La contribución de la escuela italiana

El primer intento ambicioso de realización del programa ideado por Mahoney lo llevaron a cabo autores de la escuela italiana (Guidano y Liotti, 1983; 1985; Reda, 1986).

Es difícil dar una idea en pocas palabras de las aportaciones y de las sugerencias que confluyeron en este intento, expresión más que digna de la amplitud del debate que se desarrollaba entonces en el ámbito cognitivista. En el modelo general volvemos a encontrar elementos extraídos de la epistemología evolucionista, la filosofía de la ciencia, la etología, la psicología cognitiva, la psicología de las emociones, la teoría del afecto, las teorías piagetianas de desarrollo cognitivo, la psicología del ser en la tradición de Cooley y Mead, de varias teorías clínicas y psicoterapéuticas, para culminar con un intento de descripción sistemática de la organización cognitiva de los principales síndromes neuróticos. En la descripción que vendrá a continuación, haremos especial mención del texto de 1983 de Guidano y Liotti, que ha constituido durante varios años un punto de referencia obligado en el debate dentro del cognitivismo clínico.

El modelo general establecido se desarrolla a lo largo de tres supuestos fundamentales.

El primero consiste en asumir una perspectiva evolucionista desde la cual observar el conocimiento humano como un producto de la evolu-

ción biológica. Este supuesto se desarrollaría después en el pensamiento posterior de dos autores en líneas de actuación con tendencias divergentes. Para Guidano (1987) significará, siguiendo la estela del trabajo de Maturana y Varela (1980), buscar los isomorfismos fundamentales entre la organización dinámica de un organismo vivo y la organización dinámica de un sistema cognoscitivo; mientras que para Liotti consistirá sobre todo en la búsqueda de una relación cada vez más estrecha y sistemática entre etología y psicología clínica.

El segundo consiste en considerar la conciencia como un proceso dinámico, constituido por una progresiva construcción jerárquica de modelos de realidad, donde la experiencia se plasma dentro de estructuras cognoscitivas de la actividad de ordenamiento del sujeto.

El tercer supuesto tiene que ver con la dinámica del sistema. Según Guidano y Liotti, la búsqueda de coherencia es el principio regulador que guía todo el proceso, allí donde la percepción de discrepancias constituye el elemento que mueve al sistema a construir nuevas estructuras jerárquicas que lo reconduzcan a un nivel de coherencia más complejo.

De estos supuestos generales parten dos consideraciones teóricas centrales. Si el conocimiento humano surge como el más complejo resultado de la evolución biológica, entonces la experiencia consciente humana debe proceder de un amplio dominio de procesos inconscientes. Concretamente, el conocimiento puede diferenciarse de forma estructural y funcional en dos partes: una conciencia tácita perceptiva y preverbal, formada por esquemas emocionales (Leventhal, 1979) y sensomotores, que actúa principalmente mediante procedimientos y representaciones analógicas, y un conocimiento explícito, consciente, que actúa a través del lenguaje.

Los esquemas tácitos tienen la función de ordenar el flujo de los hechos en estructuras de experiencia inmediata de uno mismo y del mundo. A través de la elaboración y el ordenamiento realizado en estas estructuras, el individuo tiene la ilusión de ver el mundo y a sí mismo tal como son, sin la conciencia del complejo proceso de elaboración que ha permitido la propia experiencia.

Es obvio que esta ilusión constituye un potente factor de adaptación, puesto que sin ella —es decir, si fuésemos conscientes de hasta qué punto nuestra percepción de nosotros mismos en el mundo es fruto de un complejo trabajo de transformaciones de señales sensoriales en una ex-

periencia dotada de significado— perderíamos completamente la inmediatez en la relación con el ambiente y la presteza en la acción. Por más amplia que pueda ser la actividad de ordenación del conocimiento tácito, ésta se basa siempre en un conjunto cerrado de esquemas emocionales, patrones sensomotores y procedimientos analógicos. Por tanto, el conocimiento tácito regula la vida emocional e imaginativa del sujeto a lo largo de un hilo de continuidad y coherencia en cierta medida característico y específico, contribuyendo así al nacimiento del sentido de unicidad y continuidad personal. El segundo factor teórico lo constituye justamente el nacimiento en los sistemas cognoscitivos humanos del sentido de unicidad y continuidad de uno mismo, es decir, del nacimiento de la experiencia de la identidad personal.

Lejos de ser una teoría o una representación sobre uno mismo, el yo en la acepción de Guidano y Liotti es fundamentalmente un proceso dinámico que nace del continuo y coherente ordenamiento realizado por las estructuras de significado. Las estructuras del conocimiento explícito que contribuyen a esta emergencia son los modelos representativos de la identidad personal, cuya función es reorganizar en un sistema coherente las experiencias de uno mismo procedentes del conocimiento tácito.

Si echamos una ojeada a la parte clínica del modelo, Guidano y Liotti examinan de modo pormenorizado los problemas de la formación y del desarrollo de las diferentes estructuras que hemos descrito. Para ello utilizan predominantemente la teoría del afecto (Bowlby, 1969), contribuyendo a lanzar un puente entre las concepciones psicoanalíticas y cognitivas que se revelará de gran valor con el paso de los años.

Sin embargo, y siempre sobre este tema, lo que interesa es llegar a entender la explicación formal del sufrimiento psíquico y en especial de sus características de egodistonia y de permanencia en el tiempo.

Según los autores existen experiencias emotivo-imaginativas, provocadas por los esquemas tácitos, que no pueden integrarse dentro del conocimiento explícito de uno mismo y estos fenómenos se viven como egodistónicos y ajenos al ego. Además, el intento por parte del conocimiento explícito de resolver discrepancias demasiado grandes puede dar lugar a lo que los autores, una vez más con la terminología de Lakatos (1970), llaman un «deslizamiento regresivo», es decir, una serie de procedimientos que reducen la complejidad y la capacidad integradora del sistema.

Por todo esto, la teoría de Guidano y Liotti es esencialmente una teoría de la no integración que explica la egodistonia y el sufrimiento psíquico como el fracaso de las estructuras cognitivas de la conciencia para organizar adecuadamente la información emergente de los procesos tácticos.

### 3. El estado de la psicoterapia cognitiva: las corrientes

Que las cuestiones abiertas por Mahoney y desarrolladas por la escuela italiana fueron consideradas importantes lo demuestra el hecho de que cada una de ellas haya sido reanudada y profundizada por uno o varios autores. Esta profundización ha desembocado en una diferenciación en el énfasis teórico y en los estilos de intervención, con lo que el campo de la psicología cognitiva ha terminado por asumir el actual equilibrio. Llegados a este punto podemos, por tanto, abandonar el tratamiento histórico y pasar a una descripción de las corrientes que conforman el cuadro actual de la psicoterapia cognitiva.

3.1. *El constructivismo radical y posracionalista.* El tercer punto de la agenda propuesto por Mahoney planteaba la cuestión de llegar a una teoría motora de la mente que constituyera el fundamento de las teorías clínicas. Esta exigencia era la base del programa de investigación constructivista en donde reviste especial consideración lo que Guidano (1991) ha denominado el enfoque «posracionalista».

Para comprender su espíritu es necesario realizar una matización. Rychlak (1981) propuso una distinción de las teorías psicológicas en teorías lockianas y kantianas, dependiendo de que se ocupen de la explicación de la conducta, principalmente a partir de las influencias ambientales, o bien de la naturaleza y las leyes de funcionamiento de los aparatos mentales. Queda claro que, considerado así, todas las teorías cognitivas son teorías kantianas.

Sin embargo, lo que caracteriza al programa constructivista radical no es tanto la importancia concedida a las estructuras cognoscitivas, sino el intento de construir dentro de un sistema fuertemente coherente una teoría clínica que proceda directamente, por vía deductiva, de algunos supuestos epistemológicos básicos. Contrariamente a muchos terapeutas

cognitivos, cuyo interés predominante sigue sujeto a problemas de naturaleza clínica y para quienes la teoría del conocimiento es un conjunto influyente de nociones de fondo, para los constructivistas dicha teoría representa la base irrenunciable de donde partir para describir los fenómenos clínicos. En este sentido, su programa de investigación tiene una dirección marcadamente *top-down* e intenta llegar a una teoría de la técnica partiendo de algunos supuestos básicos de naturaleza típicamente epistemológica.

Es evidente que, si se asume la derivación directa entre supuestos epistemológicos, teoría clínica y estilo terapéutico resulta posible, en un principio, la operación inversa, es decir, será posible mostrar que la diversidad de los estilos terapéuticos es, en última instancia, reorientable a supuestos metateóricos correspondientes a la naturaleza del conocimiento.

Desde este punto de vista, se comprende por qué diversos autores han intentado reorientar las diferencias entre los enfoques terapéuticos y las diferencias dentro de la propia terapia cognitiva hacia diversas concepciones epistemológicas, releyendo e interpretando las cuestiones de la teoría clínica en términos de teoría general (Chiari y Nuzzo, 1996; Guidano, 1987; 1991; Mahoney, 1991). El exponente más significativo y acreditado de estas tendencias es probablemente Vittorio Guidano, a cuyo trabajo *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista* (1991) nos referiremos para comentar el programa de investigación posracionalista.\*

Con el habitual modo de proceder de los autores constructivistas, Guidano comienza por diferenciar los propios supuestos epistemológicos básicos de aquellos tradicionales. En cuanto a éstos se refiere, considera que la psicología cognitiva está todavía hoy anclada en la noción de un orden externo unívocamente dado y en el postulado de una posible correspondencia entre este orden objetivo y su representación cognoscitiva. Por el contrario, dentro de la epistemología a la que hace referencia,

\* Mientras estaba escribiendo este libro, Guidano vivía y yo estudiaba su obra pensando en él como en un colega que podía encontrar a diario en las aulas de la Asociación de psicología cognitiva de Roma. Su muerte imprevista y realmente prematura ha eliminado para siempre esta posibilidad de encuentro. Dejo esta parte tal como la redacté por primera vez, dirigida a una persona viva, presente en el debate científico con su marcada personalidad, y la dedico a su memoria.

se asume que vivimos dentro de una red de realidad personal cuya existencia depende de las distinciones realizadas por un observador.

El observador, además, no mira desde fuera una realidad objetivamente dada, sino que impone al fluir constante de los hechos un orden que asume *ante sus ojos* el carácter de unívoco y necesario. Cada observación expresa de este modo el orden perceptivo sobre el que se basa; en otras palabras, se refleja a sí misma. Por consiguiente, la actividad de un observador es autorreferencial; de ahí que cada proceso cognitivo constituya esencialmente un proceso autorreferencial. Así pues, la labor de la psicología y la psicoterapia cognitiva es la de describir y explicar el modo en que los sistemas cognitivos mantienen estable su identidad a través de praxis autorreferenciales de complejidad creciente.

También la crítica de la psicoterapia cognitiva se mueve en la misma línea de estrategia argumentativa:

En los enfoques cognitivos tradicionales, que aún consideran el conocimiento como la representación de un orden objetivo y unívoco que existe independientemente de nuestro «ser en el mundo», los desórdenes emocionales derivan de una correspondencia, no lo bastante válida, entre las convicciones individuales y la realidad externa; es decir, los matices emocionales perturbadores son simplemente la señal de procesos de pensamientos distorsionados según el muy conocido eslogan «te sientes como piensas» (*as you think, so shall you feel*). Así, mientras el *assessment* se dirige a identificar las convicciones distorsionadas y los pensamientos automáticos irracionales, comparando el comportamiento de un paciente a una serie de axiomas racionales estándar asumidos como universalmente válidos, el principio origen del cambio gira alrededor del tema que cree que para modificar las emociones perturbadoras basta con cambiar las convicciones irracionales que determinan dichas emociones. Una supremacía racional de este género acaba por configurar una estrategia terapéutica de autocontrol centrada en *persuadir* al paciente (pág. 91).

¿Cuáles son, sin embargo, las consecuencias clínicas que derivan de la renuncia a cualquier noción de correspondencia y la aceptación de conceptos como observador y posibilidad de autorreferencia de los sistemas cognitivos? El hecho de que las estructuras cognitivas en la explicación y la atribución de significados de alguna correspondencia no estén vinculadas por una realidad constante, se traduce en que el único vínculo que

se plantea es el relativo a su coherencia interna y sus leyes de autorregulación.

Debemos recordar que para Guidano existen diferentes grados de coherencia sistémica.

El aparato de orden superior —que Guidano (1991), utilizando la terminología de James, llama el «*Self*» contrapuesto al «Yo» considerado como el conjunto de las estructuras básicas que modulan la experiencia inmediata de uno mismo— tiene la doble labor de procurar tanto la coherencia sistémica global, explicando y ordenando las perturbaciones de la experiencia inmediata, como la propia coherencia interna, manteniendo estables e «idénticas», en el sentido etimológico del término, las estructuras de significado con las que se descodifica a sí mismo y el mundo. Estas dos tareas suelen ser intrínsecamente conflictivas. Escribe Guidano:

La tensión inherente a la dinámica entre los contornos del sí, que posibilita que se advierta más de lo que se percibe y se perciba más de lo que se espera, provoca que, en cualquier situación, una persona se encuentre en la condición de poner en marcha mucho más de lo que, en el momento, se necesitaría para mantener la propia coherencia en dicha situación. Es evidente, por tanto, la necesidad de poder manipular el continuo fluir de la experiencia inmediata autorrefiriéndola y reordenándola de forma tal que impida que afloren a la conciencia datos irrelevantes o incluso que contrasten con la valoración de la situación que se está poniendo en marcha. Por último, si se considera, desde su primera aparición, que la autorreferencia reflexiva conlleva la capacidad de engañarse, quedaría entonces claro que no puede existir conciencia de sí mismo que sea eficaz sin los mecanismos adecuados de autoengaño (pág. 69).

Estas operaciones de autoengaño, sin embargo, pueden llegar a crear círculos viciosos; de hecho:

cuanto mayor es la imposibilidad de descodificar la discrepancia «Yo/*Self*» aparecida, más intensa será la experiencia de «división» advertida entre los propios pensamientos y las propias emociones. Por un lado, el reordenamiento explícito-consciente estará siempre más focalizado en mantener a ultranza la imagen de sí mismo activa mediante la elaboración de cogniciones y comportamientos dirigidos a negar la naturaleza misma de las emociones discrepantes, que se perciben así como algo ajeno al *Self* (pág. 70).



En esencia, el modelo explicativo del sufrimiento psíquico desemboca en Guidano en un modelo no-integración/conflicto donde el conflicto es inherente a la parte explícita y consciente del aparato mental, ocupada en la doble tarea de explicar y entender, por un lado, y mantener entero el propio sentido de la identidad y continuidad en el tiempo, por el otro.

De esta teoría clínica se desprende, con la aplicación del proceso deductivo de arriba abajo, una teoría de la técnica. Si el desorden es consecuencia de una falta de integración, la técnica terapéutica debe tratar de incluir las experiencias emocionales problemáticas dentro de los procesos de ordenación de grado superior. También Guidano, como todos los cognitivistas, utiliza ampliamente la técnica de los registros de autoobservación, pero el foco de atención no está centrado en los pensamientos automáticos, sino en los patrones de experiencia inmediata mayoritariamente perturbantes y ajenos al ego. Se invita al paciente, gracias a un procedimiento que el autor llama «de la moviola», a que reconstruya constantemente escenas prototípicas en donde ha sentido la experiencia problemática, bien reviviéndolas desde dentro, como actor de la escena, o bien observándolas desde fuera. Todo esto con el fin de definir en detalle los componentes de estas experiencias y de reflexionar sobre el modo en que las describe y explica a sí mismo.

De este modo, según Guidano, el paciente reorganiza poco a poco estas experiencias dentro de los límites de sí mismo, y las reintegra de forma más funcional.

3.2. *El constructivismo y la hermenéutica constructivista.* Para algunos autores, como ya hemos visto, la adhesión a una epistemología constructivista representa el criterio más fuerte de demarcación y diferenciación entre las psicoterapias. Esta tendencia a la diferenciación se equilibra, en cierto modo, con la creencia de que la epistemología constructivista representa el cuadro de referencia metateórico que puede favorecer, más que cualquier otro, el proceso de integración de la psicoterapia.

En la producción de sus exponentes más significativos, el programa de integración constructivista se entremezcló con el desarrollo de un enfoque hermenéutico.

El centro propulsor de este programa es, sin duda, la escuela catalana surgida en torno al trabajo de Manuel Villegas y Guillem Feixas.

Procedentes de una concepción constructivista extremadamente culta y de gran envergadura, capaz de dialogar con las tradiciones de pensamiento más diversas (Feixas y Villegas, 1990), estos autores se plantearon el problema del papel que podría desarrollar el pensamiento constructivista en el caso de la evolución de una cultura psicoterapéutica común. La cuestión fue planteada por Villegas en un importante artículo de 1990 titulado «Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia».

Tras analizar la naturaleza y los límites conceptuales de las diversas tendencias eclécticas e integrativas presentes en el panorama actual de la psicoterapia, Villegas concluye que la superación de dichos límites requiere un enfoque metateórico y que la epistemología constructivista ofrece, por el momento, el aparato conceptual más adecuado para el desarrollo de esta perspectiva.

De forma más específica, Feixas y Neimeyer (Neimeyer y Feixas, 1990a; Feixas y Neimeyer, 1991; Feixas, 1992) intentaron desarrollar una metodología integrativa que denominaron «integración teórica progresiva». La esencia de este método refleja perfectamente la tensión epistemológica típica del constructivismo. Prevé, de hecho, que el proceso de integración pueda llevarse a cabo dentro de aquellas teorías que comparten una base epistemológica común, de forma que se eviten tanto los riesgos de un eclecticismo ateórico como los atajos y las simplificaciones exentas de una coherente estructura teórica.

Al presentar en Barcelona el III Congreso internacional sobre el constructivismo en psicoterapia, Villegas (1992) explicó brevemente los puntos fundamentales del programa hermenéutico. En primer lugar, hace la distinción entre un constructivismo ontogenético al estilo de Piaget, interesado por las modificaciones estructurales hacia donde se dirige un sistema sin pérdida de organización, y un constructivismo neogenético, interesado, por el contrario, en los contenidos y los significados que dan sentido a la experiencia individual y colectiva.

De hecho, la experiencia que se tiene del mundo es esencialmente de naturaleza intersubjetiva. El instrumento con el que se construye la intersubjetividad es el lenguaje, entendido no tanto como sistema de reglas gramaticales, sino como vehículo de construcción de un mundo de significados compartidos. La explicación del mundo y de nosotros mismos posee, por eso, una estructura narrativa. Cuando una persona se dirige a una terapia siempre tiene una historia que contar, cuyo sentido está im-

plícito en la estructura narrativa de la conversación. Ese sentido debe interpretarse y, por este motivo, la psicoterapia constituye un proceso de naturaleza esencialmente hermenéutica.

Llegado a este punto, tras discutir las convergencias y las diferencias con la hermenéutica psicoanalítica, Villegas especifica que la hermenéutica constructivista no se encamina a la sustitución progresiva del discurso terapéutico por el del paciente, sino que instaura un proceso de negociación de los significados, que requiere del terapeuta una actitud ingenua carente de cualquier sospecha.

La atención a las estructuras del lenguaje y las narraciones, y la elaboración de técnicas terapéuticas específicas que intervengan sobre esta dimensión representa una contribución a la terapia cognitiva de origen casi exclusivamente ibérico. Sobre la base de la teoría de la semántica general, Isabel Caro (1996) distingue dos actitudes de fondo expresadas por el lenguaje: la extensiva que obtenemos cuando intentamos diferenciar el mundo de los hechos del propio del lenguaje; la intensiva que adquirimos cuando no somos conscientes de esta distinción.

A través de un largo trabajo iniciado en 1987 y concretado en numerosas investigaciones (para una reseña, véase Caro, 1996), la autora elaboró un método de análisis para la valoración de las dos actitudes y pudo convalidar la hipótesis de una unión entre dificultad de resolución, control de situaciones problemáticas y orientación intensiva por un lado, y entre resolución, control y orientación extensiva por el otro.

Gonçalves (1994; 1995) ha sintetizado en su trabajo las ideas generales del enfoque narrativo del modo siguiente.

Cada individuo posee modalidades idiosincrásicas de organización del conocimiento que se tipifican mediante narraciones prototípicas concretas. De ahí se desprende que, en psicoterapia, los pacientes usen las narraciones para construir el significado de su experiencia. En el curso de un tratamiento las modalidades del proceso narrativo evolucionan y sus cambios se relacionan con los resultados.

La psicoterapia representa, por tanto, el contexto dentro del cual el paciente puede identificar su modo especial de funcionamiento mediante la comprensión de los prototipos narrativos y puede también construir y proyectar escenarios alternativos.

La teoría de la técnica propuesta por Gonçalves, que parte de estos supuestos, se basa en el principio de favorecer la evolución de las estruc-

turas narrativas. Igual que en la propuesta de Guidano, en las primeras fases de la terapia se solicita al paciente que evoque episodios prototípicos, que *objetivice* la narración reconstruyendo su escenario y que *subjetivice* reconstruyendo los componentes de la experiencia interna. Las dos fases siguientes están constituidas por la *metaforización* de la narración, en donde se identifican los significados centrales expresados por los prototipos narrativos, y por la *proyección* de escenarios alternativos.

También debemos a Villegas uno de los intentos más elaborados de formalización de la técnica hermenéutica constructivista mediante una manera especial de conducción de la entrevista terapéutica que él denomina *entrevista evolutiva* (Villegas, 1993). Con este término se refiere al tipo de diálogo que es capaz de hacer evolucionar hacia niveles de complejidad creciente la charla terapéutica. Ésta, como cualquier conversación, prevé un nivel microproposicional que se concreta en la conversación terapéutica, y un nivel macroproposicional constituido por la matriz que lo genera como texto.

Al nivel microproposicional pertenece la dimensión expresiva, que se refiere a los aspectos textuales y lingüísticos del discurso, como la redundancia, las oposiciones internas, la coherencia, la eficacia pragmática, etc.

Al nivel macroproposicional pertenece la dimensión constructiva del discurso, es decir, el conjunto de ideas, representaciones, intenciones pragmáticas y tramas logico-simbólicas que lo generan. El análisis de este nivel corresponde al análisis de la estructura profunda y requiere la valoración de grandes unidades textuales.

Ambas dimensiones —expresiva y constructiva— se valoran en su grado de complejidad y son objeto de intervenciones durante la entrevista evolutiva. Para valorar la complejidad de los niveles expresivo y constructivo, el autor recurre a las teorías piagetianas y pospiagetianas de los estadios de desarrollo cognitivo.

La dimensión expresiva del discurso de un individuo adulto puede moverse a lo largo de cinco niveles de complejidad. Del nivel *protolingüístico*, hecho de expresiones simples de estados emocionales globales, se pasa al nivel expresivo *egocéntrico*, en el que son posibles referencias directas al estado emocional sin que esto aporte después informaciones explicativas e indicaciones operativas; de éstas se pasa al nivel *concreto*, donde aparecen datos específicos acerca de la naturaleza y la causa de un

fenómeno; seguidamente al nivel *abstracto*, donde es posible reflexionar sobre un tipo de fenómenos prescindiendo de hechos concretos, y así hasta llegar al nivel *metacognitivo*.

En el nivel macroproposicional la matriz constructiva del discurso expresa diferentes niveles epistemológicos de complejidad creciente que pueden coexistir simultáneamente.

Estos niveles de la dimensión constructiva determinan cinco modalidades de desarrollo cognitivo a las que corresponden otros tantos niveles de desarrollo moral. Al nivel cognitivo sensomotor corresponde el nivel moral prenómico, sin conciencia de alteridad y sin normas, que se manifiesta de forma puramente reactiva. Al nivel cognitivo preoperatorio corresponde el nivel moral anómico, en el que la intuición de los efectos de la propia conducta no viene acompañada de un comportamiento regulado. Al nivel cognitivo operatorio corresponde el nivel moral heteronómico, donde se manifiesta la tendencia a conformarse con una norma percibida como externa. El nivel de las operaciones formales se relaciona con el nivel moral socioeconómico, donde aparece la noción de la negociación social de las normas. Por último, el nivel cognitivo posformal.

Las técnicas de la entrevista evolutiva van dirigidas a incrementar la complejidad entre ambas dimensiones. Las técnicas relativas a la dimensión expresiva atañen al modo de conducir la entrevista y están encaminadas a favorecer la especificación de los diferentes aspectos de la experiencia en el nivel de complejidad expresado, y a facilitar los saltos de nivel. Las técnicas relativas a la dimensión constructiva tienen que ver con la estrategia general del tratamiento e incluyen la comprensión de las estructuras de los significados que forman el discurso del paciente, así como la construcción de dimensiones alternativas.

3.3 *El constructivismo kellyano*. La teoría de la personalidad de Kelly (1955) es, sin duda, una teoría con fuertes connotaciones dinámicas. Evolucionar hacia nuevos constructos de la experiencia es la esencia del sistema de constructos.

Algunas afirmaciones de Kelly sobre este particular resultaron proverbiales en el ámbito de la psicología de los constructos personales: «el hombre es en sí mismo una forma de movimiento»; «el aprendizaje no es algo que suceda ocasionalmente a una persona, pero es lo que la convierte, básicamente, en persona».

La evolución del sistema de constructos se regula gracias al principio de ampliación de las capacidades predictivas (Castorina y Mancini, 1991; Mancini y Semerari, 1985; Lorenzini y Sassaroli, 1995). La posibilidad de evolución del sistema no depende de la acumulación cuantitativa de la experiencia, sino de la capacidad del sistema para reconocer lo nuevo y construir mejores estructuras predictivas (Mancini y Semerari, 1985; Neimeyer y Feixas, 1990b). Escribe al respecto Kelly (1955): «las sucesivas revelaciones de los hechos invitan a la persona a crear nuevos constructos cada vez que ocurre algo inesperado» (pág. 73). Y también:

Nuestro *Experience Corollary* declara que el sistema de constructos de una persona varía a medida que construye la réplica de los hechos. Si fracasa a la hora de construirlos, incluso si le suceden repetidamente, reduce la propia experiencia [...] A veces se dice que los individuos aprenden de la experiencia. Sin embargo, según el punto de vista de la psicología de los constructos personales, el aprendizaje constituye la experiencia (págs. 171-172).

Si bien el funcionamiento normal del sistema de constructos prevé una evolución hacia disposiciones de mayor complejidad mediante la inclusión de hechos inesperados en nuevas estructuras predictivas, los desórdenes están marcados por la situación contraria: el fracaso del sistema para evolucionar hacia nuevos constructos. En la definición de Kelly (1955), un desorden es «cualquier constructo que se use repetidamente a pesar de sus significativas invalidaciones» (pág. 831). Por tanto, el trastorno se concreta en la incapacidad del sistema para responder a la invalidación. Se comprende por qué, en función de estas premisas, el concepto de invalidación se ha convertido en el elemento principal para afrontar los problemas clínicos en el ámbito de la psicología de los constructos personales.

Otros dos conceptos kellyanos vinieron a sumarse a éste para la construcción de las teorías clínicas.

El primero hace alusión a la intuición pionera de Kelly de considerar las emociones como constructos de transición del sistema. Algunas definiciones de emociones propuestas por Kelly sugieren claramente que las invalidaciones y fracasos constructivos se activan en forma de sufrimiento emocional. La ansiedad, por ejemplo, se define como la conciencia de que los hechos que debemos afrontar se hallan al margen del

campo de aplicación de los constructos; la amenaza, como la seguridad de un gran cambio inminente en las estructuras centrales; la hostilidad, como el esfuerzo por obtener pruebas firmes a favor de un tipo de predicción social que ya se ha demostrado errónea.

El último concepto tiene que ver con la vulnerabilidad para la invalidación de las estructuras del sistema de constructos. La investigación clínica se ha concentrado especialmente en dos dimensiones estructurales, ambas observadas con carácter extremo en diversos cuadros psicopatológicos. Las estructuras *sueltas* ponen de manifiesto, en la técnica de rejilla, una falta de nexos de implicación entre los constructos, mayor fragmentación que diferenciación, por lo que no pueden realizar previsiones estables, y además son, en la práctica, impermeables a la invalidación. Este tipo de estructuras fueron descubiertas por Bannister (1960; 1962; 1963) en los esquizofrénicos con trastornos de pensamiento.

Las estructuras *apretadas*, por el contrario, se caracterizan por tener fuertes nexos de implicación entre los constructos y una rígida coherencia interna. Este aspecto, que todos los constructos posean fuertes lazos entre sí, se relaciona en especial con la construcción de sí mismo y el área de los constructos que se refieren a los problemas de los síntomas. Estructuras apretadas de este tipo se han encontrado en diversos tipos de desórdenes y, generalmente, se interpretan como un índice de vulnerabilidad a movimientos catastróficos en la construcción de sí mismo al enfrentarse a la invalidación.

Según la interpretación dominante en la psicología de los constructos personales, estos datos explicarían la persistencia de la sintomatología neurótica. El hecho de que el área sintomática esté más construida, hace que su mantenimiento suministre una estructura de significados en un mundo, de no ser así, caótico (Fransella, 1972; Neimeyer, 1987; Tschudi, 1977; Winter, 1985; 1990; 1992). En definitiva, la construcción sintomática de sí mismo protegería al paciente de dolorosas experiencias emocionales de transiciones dramáticas, causadas por posibles invalidaciones.

Según uno de los clínicos más reconocidos en el terreno de la psicoterapia de los constructos personales, David Winter, los desórdenes deberían verse, sin embargo, como estrategias de construcción bajo condiciones problemáticas y la psicoterapia debería tener siempre en cuenta las ventajas estructurales de los síntomas que permiten al siste-

ma mantener una actividad predictiva, incluso aunque sea de signo negativo.

Este modelo homeostático se granjeó las críticas de Mancini y Semerari (Gardner, Mancini y Semerari, 1988; Mancini y Semerari, 1990; Semerari y Mancini, 1987). Según los autores, el modelo homeostático no describe adecuadamente la sintomatología neurótica y es intrínsecamente contradictorio. Si, de hecho, la limitada construcción sintomática de uno mismo protegiera el sistema de la invalidación, ¿por qué precisamente los sujetos neuróticos deberían experimentar emociones tan intensas, como la ansiedad y la amenaza, indicadoras, según la teoría, de transiciones dramáticas? La explicación de la persistencia de la sintomatología neurótica debería, en todo caso al parecer de los autores, incluir la explicación sobre por qué el sistema permanece durante tanto tiempo en una condición de desequilibrio y de transición sin lograr encontrar una nueva estructura.

La propuesta de solución a este problema se encuentra en un proceso especial llamado *autoinvalidación recursiva*. Según este modelo, la invalidación de una construcción preferida de uno mismo provoca una transición emocional negativa. Sin embargo, como la experiencia emocional se lee a través de esa construcción invalidada, se anula nuevamente, lo que provoca otra emoción y una posterior invalidación. En otras palabras:

Si una persona construye una invalidación de una parte de su sistema referida a sí misma, vivirá una experiencia de sufrimiento emocional que corresponde al estado de transición. Pero la propia emoción es algo que un sistema con tendencia intrínseca a la construcción de significado deberá construir dentro del contexto de los significados personales. Los significados personales pueden organizarse de forma tal que la emoción se interprete como una posterior invalidación de la parte del sistema que se había invalidado. Se dará entonces un nuevo estado de transición con el correspondiente sufrimiento emocional que será una vez más construido subjetivamente como invalidación y así sucesivamente, en un círculo vicioso que se autoperpetua (Mancini y Semerari, 1990, pág. 51).

Es más probable que esto suceda en estructuras rígidas, organizadas con pocos constructos centrales, con pocos puntos de vista alternativos disponibles para explicarse el sentido de las emociones experimentadas. La característica restricción de las estructuras extraídas en las investiga-

ciones con pacientes neuróticos supondría así un factor de riesgo de ciclos de autoinvalidación recursiva y no una defensa de la estabilidad predictiva.

Lorenzini y Sassaroli (1987) han aplicado este modelo a la sintomatología agorafóbica. Según los autores, en los sujetos fóbicos la invalidación de sí mismo como autónomo provocaría sentimientos de ansiedad y amenaza, interpretados a su vez como la invalidación de la propia autonomía.

Winter ha defendido al modelo homeostático de estas críticas, subrayando la escasa concienciación del paciente sobre las ventajas del síntoma, así como el hecho de que la presencia de costes en el mantenimiento de la construcción sintomática no excluya la existencia de beneficios estructurales. Sin embargo, acepta el modelo de la autoinvalidación recursiva si se limita a las fobias y a los trastornos de ansiedad, y rechaza su generalización a otras formas de desorden, postura actualmente compartida por la mayoría en el ámbito de la PCP (*Personal Construct Psychology*) (Neimeyer y Feixas, 1990b; Winter, 1989; 1990).

En Italia, Lorenzini y Sassaroli han elaborado un enfoque evolutivo del problema de la vulnerabilidad a la invalidación. Tras observar que una relación afectiva satisfactoria favorece la actividad de exploración en los niños (Bowlby, 1969), los autores suponen que situaciones problemáticas en las relaciones afectivas pueden reflejarse en varios tipos de desórdenes del comportamiento explorativo.

En función de esto, se forman, según los autores, reglas epistémicas desadaptativas que llevarían a un desarrollo disfuncional del sistema de constructos. Este desarrollo, a su vez, convierte al sistema en especialmente vulnerable, hasta el punto de necesitar un recurso cada vez más sólido a estrategias epistémicas problemáticas, para que, de los intentos de gestión de las inevitables invalidaciones, surjan cuadros patológicos especiales. Este tipo de estudio fue realizado por los autores sobre la agorafobia (1987), los trastornos del pensamiento (1992) y los trastornos de personalidad (1995), con resultados destacables por el interés de la teoría clínica y por la especial claridad expositiva.

3.4. *Egodistonia y paradoja neurótica.* Hemos visto hasta qué punto la psicología cognitiva ha representado un descubrimiento y un realce de la psicología del sentido común. Ésta asume esencialmente que la conduc-

ta se regula mediante un sistema jerárquico de objetivos y creencias y que existen mecanismos de regulación para los conflictos entre objetivos, capaces de asegurar una coherencia profunda del comportamiento.

En definitiva, la psicología del sentido común cree que las personas actúan en función de sus objetivos y según su juicio y que, cuando surgen incompatibilidades entre los objetivos, es siempre posible llegar a un equilibrio y elegir.

La clínica, sin embargo, está llena de ejemplos que desafían los supuestos del sentido común. De entre ellos, podemos citar la sensación de coacción del sujeto al verse obligado a poner en marcha comportamientos y líneas de acción que están en contra de sus objetivos y su juicio, la alternancia prolongada de conductas contradictorias e inversiones de preferencias sin lograr llegar a un equilibrio.

Hemos visto que la paradoja neurótica se caracteriza por dos aspectos fundamentales:

- 1) el sujeto considera las acciones intencionales impuestas, obligadas y contrarias a su voluntad y los estados mentales que las generan extraños y ajenos a su ego;
- 2) esta actitud no es ocasional, sino que se mantiene durante tiempo, a pesar de los esfuerzos y la voluntad del sujeto por modificarla (Mancini, 1996).

Hemos tratado en los puntos 3.1 y 3.2 algunos intentos de solución constructivista a estos problemas. Ahora vamos a desarrollar otros dos que se caracterizan, a nuestro parecer, por esforzarse en mantener la explicación de la paradoja neurótica dentro de una formalización de la psicología del sentido común.

El primero de estos intentos fue elaborado por Anthony Ryle dentro de un enfoque psicoterapéutico integrado que denominó *terapia analítico-cognitiva* (CAT) (Ryle, 1982; 1990; Ryle y Leiman, 1990; Ryle, comp., 1995). De formación psicoanalítica, independiente de cualquier grupo e institución y con un largo trabajo de investigación a sus espaldas con la técnica de rejilla, Ryle se arriesgó a traducir a un lenguaje común cognitivo diversas teorías psicoterapéuticas. La estructura básica de la CAT es el *modelo de secuencia procesal* que representa una descripción esquemática de las secuencias y los procesos mentales y comportamentales dirigi-

dos a un objetivo. En función de este modelo, la neurosis se caracteriza por el uso persistente de procedimientos ineficaces y perjudiciales y por la incapacidad para modificarlos.

Desde este punto de vista la paradoja neurótica o, al menos, su duración en el tiempo, puede conducir a errores de procedimiento. Tres de ellos tienen una particular relevancia en el enfoque de Ryle: los dilemas, las trampas y los obstáculos.

Los dilemas, similares al pensamiento dicotómico observado por Beck y otros autores (1979), representan restricciones indebidas provocadas por falsas alternativas, y posibles subprocedimientos (por ejemplo, «soy condescendiente con las expectativas de la otra persona o acabaré con la relación»). Las trampas son creencias que originan predicciones que se autodeterminan por medio de sus efectos emocionales, del mismo modo que el proceso de autoinvalidación recursiva, o por medio de sus consecuencias comportamentales (por ejemplo, en los depresivos la expectativa de rechazo puede inducir a la depresión que confirma dicha expectativa, etcétera, o bien expectativas negativas sobre la aceptación de los demás pueden inducir actitudes cerradas que provocan en ellos desconfianza y reserva). Los obstáculos están constituidos por abandonos inapropiados o inhibiciones en la persecución de objetivos provocados por percepciones o previsiones de resultados negativos.

El mérito de este enfoque radica, sin duda, en su esquematización, que permite la puesta en marcha de procedimientos terapéuticos simples y estandarizados. Sin embargo, en el plano teórico se ha concentrado casi exclusivamente en la duración en el tiempo y ha dejado abandonado el problema de la egodistonía. Además, queda pendiente la cuestión de por qué el sujeto no logra resolver con el tiempo los errores de procedimiento o no reduce el sufrimiento adoptando estrategias de aceptación del fracaso en los objetivos.

A este tipo de problemas Francesco Mancini ha dedicado una gran parte de su trabajo científico y de su reflexión teórica. El supuesto de partida del autor es el modelo darwiniano de crecimiento de la conciencia propuesto por Popper (1972), según el cual el conocimiento crece mediante la selección de intentos de solución de los problemas. La paradoja neurótica se caracteriza, en este sentido, por la reiteración de intentos fallidos. Para explicar este fenómeno, Mancini se refirió en un principio a las teorías psicológicas *naïves* de los pacientes, y apreció que dichas

teorías implícitas podían inhibir la puesta en funcionamiento de intentos heurísticos y limitar el *range* de las estrategias de cambio (Mancini, Chiari y Gardner, 1981; Mancini, Sassaroli y Semerari, 1984).

El modelo de autoinvalidación recursiva representa una segunda etapa de este recorrido. Actualmente, su esfuerzo se centra en afrontar los problemas de la paradoja neurótica mediante el análisis de la arquitectura de los objetivos y creencias del sistema, para lo que se plantea la obligación de atribuir al sistema una tendencia a la coherencia interna (Mancini, 1992; 1995; 1996), dado que, según el autor, las explicaciones que remiten a estructuras intrínsecamente contradictorias constituyen hipótesis *ad hoc* que privan de poder predictivo a cualquier modelo. Una especial relevancia en la explicación de la egodistonía se concede a la modalidad con que las preferencias influyen en los conocimientos y, en particular, el concepto de autoengaño. Para Mancini, los procesos de autoengaño representan, la mayoría de las veces, un papel diverso del que le atribuye la tradición constructivista. Para ésta, el autoengaño se sirve de los objetivos epistémicos, en sentido estricto, puesto que protege el sistema cognoscitivo de invalidaciones problemáticas. Según el autor, por el contrario, el autoengaño, en la mayoría de las situaciones clínicas, se sirve de objetivos dirigidos a la modificación de la realidad en lugar de a su conocimiento. El sujeto que se autoengaña realiza una inversión entre nexo causal y nexo diagnóstico, como la que realizamos cuando evitamos someternos a análisis médicos, como si no saber que se tiene una enfermedad fuera como no tenerla.

Como han demostrado Quattrone y Tversky, la confusión entre nexo diagnóstico y nexo causal está muy presente entre los seres humanos y no es, en absoluto, una característica de los sujetos con desórdenes.

Sin embargo, como demuestra Mancini a partir de diversos ejemplos, muchas paradojas clínicas aparentes surgen allí donde un observador externo atribuye al sujeto una actitud epistémica, mientras, para el sujeto las estrategias de autoengaño tienen el significado de una intervención activa de modificación de la realidad.

Otra noción importante que ayuda a explicar, según Mancini, la permanencia en el tiempo de algunos conflictos aparentes es la organización jerárquica de objetivos y preferencias. Lo que a un observador externo puede parecerle un conflicto entre objetivos, que impide al sujeto llegar a un equilibrio puede, en la mente del propio sujeto, ser organizado bajo

una forma de relación medios-fines, o de objetivos supraordenados y subordinados. Por ejemplo, un joven que aparentemente no conseguía decidirse entre el objetivo de cuidar de su madre y el de ser independiente, se planteaba el objetivo de «colocar a su madre» como una etapa intermedia en el proceso de autonomía. El fracaso de este subobjetivo, marcado por el malestar recurrente de la madre, impedía la realización de la segunda parte del plan de organizarse una vida autónoma.

En casos como éstos, argumenta el autor, el conflicto es aparente. En la organización mental del sujeto, los dos objetivos, que para un observador externo son contradictorios, se organizan de forma jerárquica, el uno está incluido dentro del otro, del mismo modo que para un estudiante el objetivo de aprobar un examen está incluido en el de licenciarse.

3.5. *La naturaleza de las emociones.* El segundo punto en la agenda de Mahoney planteaba a los terapeutas cognitivistas dos cuestiones, una de naturaleza teórica, la otra de naturaleza técnica, relativa a la relación cogniciones-emociones.

La cuestión de naturaleza teórica tenía que ver con la insuficiencia de una concepción puramente poscognitiva de la emoción; la cuestión técnica guardaba relación con el papel infravalorado de las emociones en psicoterapia dentro de la terapia estándar.

Hemos visto cómo, en el ámbito de la ciencia cognitiva, las emociones, además de estar influenciadas por las cogniciones, se ven, a su vez, como un factor fundamental de orientación de los procesos cognitivos. Por otra parte, esto es algo sabido desde hace tiempo en psiquiatría, o de otra forma no se entendería por qué, por ejemplo, los tratamientos puramente farmacológicos de la depresión modifican también la idea enormemente autocrítica de los pacientes depresivos. Un elaborado estudio realizado por Mario Reda (1984) puede ayudarnos a entender los efectos del estado emocional sobre las convicciones y las valoraciones.

A pacientes hospitalizados por una grave forma de depresión y tratados sólo con el suministro de fármacos, se les pedía que respondieran a una versión modificada del DAS, una escala elaborada por el grupo de Beck, que contiene una serie de ideas, consideradas bastante comunes en los sujetos depresivos, sobre las que debían expresar su grado de acuerdo o desacuerdo.

Tras volver a repartir la escala al término del episodio depresivo y en la fase de *follow-up*, Reda pudo demostrar que:

- 1) la mayor parte de las convicciones se modifican como consecuencia del tratamiento farmacológico;
- 2) las modificaciones del DAS se relacionan con los cambios de la condición clínica valorados a través de escalas independientes;
- 3) un subgrupo de convicciones no se altera, incluso después del tratamiento. Este subgrupo puede resumirse globalmente en la sensación de autonomía obligada, la necesidad compulsiva de confianza en sí mismo y la necesidad de percibir un alto grado de eficacia personal. El estado de ánimo, por tanto, no modifica estos supuestos básicos, pero incide directamente sobre la valoración en curso del estado del sujeto respecto a dichos supuestos. Así pues, el sujeto corre el riesgo de caer en una depresión continua tras un tratamiento farmacológico, al tener necesidad, por ejemplo, de percibir un alto grado de eficacia personal, pero la valoración que hace de su eficacia varía con el estado emocional presente.

Datos de este tipo reclamaban una teoría más compleja sobre la relación entre las cogniciones y las emociones, así como una técnica que ayudase al paciente no sólo a controlar y modificar los propios estados emocionales problemáticos, sino también a reconocerlos, a darles sentido y a basar su control y gestión en una actitud razonable de aceptación.

Debemos a la escuela canadiense y, en particular, a Leslie Greenberg (Greenberg y Safran, 1987; Greenberg, Rice y Elliott, 1993), el esfuerzo sistemático de unir la teoría clínica sobre las emociones con los resultados de la ciencia cognitiva y de extraer los principios técnicos coherentes.

El texto de mayor elaboración teórica es *Emotion in Psychotherapy*, escrito en colaboración con Safran en 1987. A él nos vamos a referir en la siguiente exposición. La conclusión fundamental que Greenberg y Safran obtienen de un largo y cuidadoso informe sobre la bibliografía existente respecto al tema tiene que ver con el papel principalmente adaptativo de las emociones.

Este papel se esboza de varias formas. Las emociones informan al sujeto de su disposición hacia los hechos y lo ponen en contacto directo con lo que quiere, sin pasar por la conciencia proposicional. Las emociones

conectan los procesos cognitivos con la tendencia a la acción, permitiendo al organismo actuar de forma integrada. La memoria emocional es parte fundamental de la sensación de identidad personal. Finalmente, como las emociones humanas están conectadas principalmente con las relaciones interpersonales, los procesos emocionales facilitan información y modulan la marcha de las relaciones, tanto que podemos concluir que, cuanto más rica sea la gama de experiencias emocionales de una persona, más amplio y complejo resultará el conjunto de sus actitudes relacionales.

El concepto de *proceso de síntesis emocional* es fundamental en la concepción del autor. Es el proceso a través del cual los diversos componentes elementales de la emoción se sintetizan e integran para dar lugar a una experiencia completa percibida como unitaria.

Esta síntesis se desarrolla a dos niveles. En un primer nivel, actitudes expresivo-motoras, activaciones viscerales e imágenes se integran y dan lugar a la experiencia consciente de la emoción. En un segundo nivel, la experiencia de la emoción se elabora en forma de significados personales. Para que las emociones puedan desarrollar su papel de adaptación es necesario que el proceso de síntesis no se inhiba. Cuanto mayor sea la inhibición del proceso de síntesis emocional, más difícil será para el individuo acceder directamente a sus propios objetivos, actuará de forma ego-distónica, tendrá dificultad en integrar la experiencia y dispondrá de un repertorio limitado en las relaciones. Los procesos cognitivos y las experiencias personales pueden contribuir de varios modos a inhibir los procesos de síntesis emocional.

Por todo esto, los autores introducen una distinción tripartita entre emociones primarias, secundarias e instrumentales. Las emociones primarias son las únicas que asumen un papel de adaptación, facilitan los procedimientos de *problem-solving*, ayudan a comprender lo que se quiere en un determinado contexto y desarrollan las funciones integradoras auténticas. Se llevan a cabo con tal sensación de autenticidad y contacto consigo mismas que resultan evidentes también para un observador externo. Reconocerlas y aceptarlas como parte de la propia experiencia permite modularlas y dirigir las de modo constructivo. Las experiencias vitales, sin embargo, pueden hacer que una persona aprenda a temer cierto tipo de emociones.

Las emociones secundarias constituyen modalidades de respuesta desadaptada a las emociones primarias que impiden su proceso de síntesis.

Del mismo modo, las emociones instrumentales constituyen formas de reacción cercanas utilizadas para gestionar situaciones interpersonales consideradas problemáticas. Implican algunas ventajas secundarias en el ámbito de las relaciones y de seguridad interpersonal, pero conllevan un empobrecimiento en la calidad y autenticidad de las relaciones. Emociones secundarias e instrumentales están ligadas a convicciones problemáticas sobre uno mismo y las relaciones significativas. En este sentido, el enfoque de Greenberg y Safran es similar al de los psicoanalistas del grupo de investigación de San Francisco (Weiss, 1993).

Ambos enfoques presuponen que las convicciones disfuncionales pueden impedir el contacto y la expresión de experiencias emocionales importantes y ambos consideran que el contexto psicoterapéutico debe crear condiciones de seguridad que hagan posible estas experiencias. De ahí que un objetivo terapéutico fundamental sea, según Greenberg y Safran, favorecer el proceso de síntesis de las emociones primarias. La materialización de este objetivo comporta modificaciones técnicas de gran importancia. En primer lugar, la experiencia vivida durante la sesión adquiere una especial importancia. Como hemos visto, también otros enfoques cognitivistas animan al paciente a prestar atención a los patrones de experiencia antes que a los pensamientos automáticos, pero, generalmente, esto sucede a través de los registros de autoobservación o mediante la re-evocación en la sesión de experiencias extraterapéuticas.

La expresión de emociones primarias, por el contrario, es un hecho prácticamente inherente a la sesión alrededor del cual gira la dinámica de la interacción terapéutica. Para favorecerla, el terapeuta debe disponer de un especial instrumental de observación y autoobservación.

Debe saber observar las variaciones expresivas no verbales del paciente: los cambios en el tono de voz, las expresiones faciales, las actitudes corporales, para poder captar los diversos componentes elementales de emociones inhibidas, de forma que se pueda interrogar al paciente sobre lo que siente en ese momento y favorecer así el proceso de síntesis emocional. Además, si bien la variación expresiva de las emociones inhibidas puede escapar a menudo a nuestra atención consciente, no escapa a los procesos en paralelo que elaboran inconscientemente los estímulos subliminales.

De este modo, el terapeuta puede percibir, en forma de un estado emocional propio, el resultado de la elaboración inconsciente de señales mínimas en las variaciones de las actitudes emocionales del paciente.



Esta inclusión en el ámbito cognitivista de la teoría del *contratransfert* será recuperada por Safran en colaboración con Segal (Safran y Segal, 1990) y por autores de la escuela italiana (Liotti, 1994; Semerari, 1991). Sostiene que una fuente valiosa de información, a partir de la cual el terapeuta puede favorecer en el paciente la elaboración de las emociones, está constituida por las variaciones emocionales del propio terapeuta.

El énfasis terapéutico en la expresión de las emociones primarias no debe llevar a pensar que el modelo de Greenberg y Safran se basa en una concepción puramente expresiva o catártica del proceso terapéutico. El contacto con las emociones primarias es, en realidad, un elemento crucial en algunos procesos cognitivos fundamentales.

Una vez reconocida la emoción primaria, la atención se desvía hacia los procesos cognitivos que inhiben su síntesis. Si tal inhibición estaba ligada a convicciones de naturaleza interpersonal —por ejemplo, «el temor a ser humillados si nos mostramos débiles»—, estas convicciones han recibido ya una primera invalidación en el contexto de la relación terapéutica. En cada caso, la síntesis de una emoción primaria favorece la concienciación y la distancia crítica con respecto a esquemas problemáticos. Tras el momento de expresión emocional durante la sesión, la terapia asume el aspecto de una terapia cognitiva clásica, cuyo foco de atención está formado por un esquema que adopta la forma de creencias desadaptadas. El resultado final, según los autores, no es precisamente el cambio en el plano emocional o cognitivo, sino una mejor coordinación entre cognición, emoción y acción.

3.6. *La relación terapéutica.* El sexto punto de la agenda de Mahoney planteaba la cuestión de obtener una mejor comprensión de los hechos relacionados con la terapia.

Para entender los términos de esta cuestión, es conveniente introducir algunas precisiones.

El problema de la relación terapéutica incluye, en realidad, dos grandes clases de cuestiones y, por consiguiente, dos clases de teorías explicativas.

La primera clase de cuestiones tiene que ver con *lo que sucede* en la relación; de ahí que las teorías relativas se ocupen de la descripción y la explicación de los sucesos relevantes relacionados.

La segunda clase tiene que ver con las cuestiones relativas al *efecto terapéutico* de la relación y las teorías aplicables son, fundamentalmente, teorías de curación.

Se puede demostrar que existe una convergencia general en las teorías de los hechos que nos remiten a un modelo de explicación de tipo cognitivo (Semerari, 1991; 1996). Según este modelo, nuestras relaciones se regulan mediante estructuras prototípicas, en parte innatas y, en parte, derivadas de nuestro historial de relaciones. Estructuran la experiencia de las relaciones y prevén su desarrollo. En el artículo «Dinámica de la traslación», Freud (1912) llamó a estas estructuras *clichés*. Observando cómo un paciente aplicaba al analista, durante un tratamiento, los *clichés* de las primeras relaciones con sus padres, explicó el fenómeno del *transfert*.

Desde entonces, se ha propuesto un gran número de términos para definir estas estructuras prototípicas, pero el modelo general de explicación de los fenómenos se ha mantenido extraordinariamente constante. Es necesario recordar que estas estructuras no sólo prevén el desarrollo de las relaciones, sino también sus efectos sobre los estados del *Self*. Debido a que algunos de estos estados serán temidos y otros deseados, incluyen un componente afectivo y motivacional fundamental. Por eso están relacionados con el sentimiento de eficacia personal y con la sensación global de malestar/bienestar (Seganti, 1995). Por tanto, es conveniente precisar que la distinción, a menudo presente en la bibliografía específica, entre esquemas del *Self* y esquemas interpersonales, es sólo un modo de diferenciar aspectos diversos de un fenómeno prácticamente unitario.

Si bien las teorías de los hechos presentan una amplia convergencia, no puede decirse lo mismo de las teorías de curación, es decir, de aquellas que intentan explicar los efectos terapéuticos de la relación. Presentaremos más adelante una discusión más pormenorizada de las diversas teorías propuestas para describir cómo y por qué una relación terapéutica se convierte en «terapéutica». Ahora queremos solamente subrayar que, sobre este problema concerniente a la teoría de curación, se han concentrado los esfuerzos de los terapeutas cognitivistas.

Estos esfuerzos han llevado, entre otras cosas, a importantes convergencias con autores de otras orientaciones, hasta tal punto que, actualmente, el estudio de la dimensión interpersonal del proceso psicoterapéutico parece ser el área donde se está alcanzando mayoritariamente una cultura común.

Una de las contribuciones más notables en esta dirección proviene de dos autores canadienses, Jeremy Safran y Zindel Segal. Su trabajo más importante, *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva* (1990), se mueve en dos direcciones. Desde el punto de vista teórico, el objetivo es comprender los efectos terapéuticos de la relación entre terapeuta y paciente dentro de un marco más amplio constituido por la relación entre procesos cognitivos e interpersonales en el ser humano. Los autores, utilizando sistemáticamente las grabaciones de las sesiones, intentan llegar a una descripción detallada de los procesos interpersonales en la terapia que permita al terapeuta su utilización para alcanzar la curación.

Según Safran y Segal, los seres humanos son por naturaleza intrínsecamente interpersonales. Esta naturaleza se constata en la existencia de sistemas comportamentales innatos, como el afecto, que tienen como finalidad un estado deseado de relación. El curso de las relaciones a partir de los primeros años de vida se organiza en la memoria bajo la forma de *esquemas interpersonales*. Las expectativas y los estados del *Self* en los esquemas prevén lo que Sullivan (1953) llamaba las *operaciones de seguridad*, mentales y comportamentales. Éstas reducen la ansiedad que provoca esperar la disgregación de las relaciones y establecen una sensación de seguridad interpersonal.

A partir de estas premisas, Safran y Segal fundan el concepto de *ciclo cognitivo interpersonal* que es la base de la teoría del tratamiento y de la técnica que proponen. Este concepto explica la permanencia en el tiempo de esquemas interpersonales desadaptados, puesto que funcionan como profecías autodeterminantes.

Más concretamente, las previsiones negativas sobre el desarrollo de las relaciones conllevan, habitualmente, estrategias de gestión de las esperadas disgregaciones relacionales capaces de inducir en otra persona precisamente los comportamientos que confirman las previsiones negativas del esquema. Por ejemplo, una previsión constante de hostilidad y rechazo por parte de los demás puede conducir a comportamientos de desconfianza y reserva que inducen en los demás hostilidad y rechazo.

Un ciclo interpersonal puede desarrollarse a través de interacciones sutiles que suceden, por lo general, fuera del nivel de conciencia. Las estrategias utilizadas para gestionar previsiones relacionales negativas incluyen a menudo la inhibición de estados emocionales problemáticos. Estos estados emocionales pueden, sin embargo, ser percibidos por el

otro gracias a la capacidad innata de los seres humanos para reconocer las expresiones corporales de las emociones. Las señales expresivas elaboradas a la vez que los procesos inconscientes, inducen al interlocutor a mostrar una actitud negativa de respuesta que mantiene el ciclo interpersonal problemático.

Como consecuencia, el terapeuta se encontrará, tarde o temprano, sometido a una tendencia hacia las actitudes que confirman los esquemas interpersonales desadaptados del paciente. Este fenómeno, descrito por los analistas a través del concepto de identificación proyectiva, representa además una oportunidad de especial importancia para el terapeuta de comprender —gracias a la conciencia de la propia actitud interpersonal— la naturaleza esencial de los esquemas del paciente.

Como otros autores cognitivistas (Liotti, 1994; Perris, 1994; Semerari, 1991), Safran y Segal consideran que la teoría psicoanalítica del *contratrasfert* se apoya en los resultados de la ciencia cognitiva sobre los procesos de elaboración inconsciente. Según esta perspectiva, las señales emocionales subliminales, que indican la actitud emocional del paciente con respecto a la relación en curso, son elaboradas por el terapeuta fuera de la conciencia proposicional. El resultado de esta elaboración lo percibe conscientemente el terapeuta como estado emocional global en las relaciones con el paciente.

Gracias a esta toma de conciencia, el terapeuta puede reconstruir la naturaleza del ciclo interpersonal en el que está involucrado, llegar a la comprensión del esquema interpersonal del paciente y ayudarlo a ser, a su vez, consciente. Una vez que el paciente es consciente de la naturaleza de sus esquemas interpersonales, es posible la aplicación de las habituales técnicas cognitivas, como el diálogo socrático o el descubrimiento guiado, para favorecer el distanciamiento crítico. No es necesario, de hecho, creer que la terapia propuesta por Safran y Segal esté casi exclusivamente basada en el análisis del *transfert* y el *contratrasfert*. La atención a la evolución de la relación resulta explícita sólo en momentos cruciales y, en particular, en aquellos que los autores llaman de *ruptura de la alianza terapéutica*. De hecho, precisamente en estos momentos se llega al máximo de presión hacia la reproposición del ciclo desadaptativo y es posible evidenciar en ese mismo instante la acción de los esquemas problemáticos; todo esto requiere del terapeuta una serie de habilidades técnicas, además de las requeridas por la terapia cognitiva estándar. Debe desarrollar, de

hecho, la capacidad de leer en el paciente las señales de ruptura de la alianza, y captar en sí mismo la presión de los ciclos interpersonales; además, debe saber dirigir la conversación de forma que se eviten las confirmaciones de las expectativas negativas del paciente y profundizar en sus niveles de conciencia.

En Italia, Semerari (1991) ha profundizado sobre el tema de la relación terapéutica en terapia cognitiva. También en este caso el interés predominante se dirige a la teoría del tratamiento. El cuadro teórico general es muy similar al de Safran y Segal, pero visto desde una perspectiva, en cierto sentido, complementaria. Si el problema de los autores canadienses es esencialmente relativo a qué debe hacer el terapeuta para convertir en terapéutica la relación, el de Semerari tiene que ver con lo que hace el paciente para permitir que la relación sea terapéutica. La atención del autor se centra, por eso, en el trabajo cognitivo que el paciente desarrolla en la relación con el terapeuta y sobre cómo este trabajo puede llevar a resultados terapéuticos, o en algunos casos, patológicos.

Al igual que en el trabajo de Weiss (Weiss y otros, 1986; Weiss, 1993), Semerari considera que el paciente somete al terapeuta a continuos tests para valorar la fiabilidad y el grado de seguridad interpersonal que es capaz de garantizar. Una parte importante de estos tests tiene que ver con la valoración del terapeuta como fuente autorizada de información sobre sí mismo. El autor insiste en que estos tests constituyen un complejo trabajo cognitivo, gracias al cual el paciente construye modelos del modo de pensar del terapeuta y, en particular, del modo en que él mismo es percibido por el terapeuta. A medida que el terapeuta, mediante la superación de los tests, es asumido como fuente autorizada de información, el paciente intentará asimilar los puntos de vista que atribuye al terapeuta y usarlos en la explicación y regulación de la propia conducta.

Para Semerari, el indicativo clínico más significativo de este proceso es el desarrollo, en los intervalos entre las sesiones, de un denso diálogo imaginario con el terapeuta. Gracias a este trabajo cognitivo, más las intervenciones técnicas del terapeuta, se forman auténticas estructuras de significado nuevas que Semerari llama *neoestructuras terapéuticas*. Dado que el paciente utiliza habitualmente estas neoestructuras para comprender y regular la actividad de las otras estructuras, pueden considerarse como estructuras supraordenadas y su presencia se traduce en un incremento de las funciones metacognitivas (Semerari, 1996).

Un aspecto relevante de este modelo es que se aplica tanto a las psicoterapias con resultados positivos como a las que inducen a posteriores desórdenes. De hecho, si los procesos cognitivos que el paciente pone en marcha conducen a la asimilación de lo que ha construido como puntos de vista del terapeuta, es posible que este proceso conduzca a asimilar puntos de vista posteriormente negativos que producen ulteriores desórdenes en la conducta.

Un ejemplo lo constituye lo que el autor llama «síndrome del demonio de Descartes». Se trata de casos en los que el paciente asume, en el curso de la terapia, la idea de poseer una especie de tendencia predominante al autoengaño y al error sistemático a la hora de comprender y valorar las propias motivaciones y conductas (Semerari, 1991; 1995; Semerari, Nicolò y Carcione, 1996; Semerari y Procacci, 1993). Tal supuesto básico se traduce en un estado emocional de incertidumbre ansiosa y en una grave incapacidad para elegir y decidir, acompañadas de una actividad autorreflexiva tan constante como vaga e incapaz de conclusiones.

La importancia atribuida a los procesos de la relación ha llevado a los terapeutas cognitivos a concentrar la atención, además de en la estrategia general del tratamiento, en los aspectos de cada momento de la interacción y a sumar al tradicional interés por la investigación de los resultados un nuevo interés por el proceso terapéutico.

Este tipo de interés está especialmente presente en los autores que se han ocupado de los tratamientos de pacientes que presentan especiales problemas en la interacción interpersonal. De la psicoterapia con pacientes esquizofrénicos o con graves trastornos disociativos o de personalidad proviene una posterior profundización de los procesos interpersonales en psicoterapia cognitiva, de tal envergadura que los autores que se han ocupado de ellos podrían, con toda seguridad, incluirse en este apartado sobre la relación terapéutica. Sin embargo, para exponer mejor las novedades que están surgiendo en este campo y las perspectivas que se abren en él, dedicaremos el próximo apartado a una breve discusión de los problemas que han surgido gracias al enfoque dedicado al llamado «paciente difícil».

3.7. *El tratamiento de los pacientes graves y la psicoterapia de las funciones cognitivas.* ¿Cuál es el principal problema que encontramos en el tratamiento de los pacientes graves? El enfoque cognitivo aplicado a la

psicoterapia hasta aquí descrito se centra principalmente en los contenidos y las estructuras. Según su perspectiva, algunos contenidos en forma de pensamientos, imágenes o datos de experiencia inmediata, vuelven a algunas estructuras, esquemas o constructos y a su organización en el sistema total.

Esta afirmación general tiene, por supuesto, sus excepciones y limitaciones. Los errores cognitivos descritos por Beck en la depresión, por ejemplo, pueden ser considerados como aspectos funcionales. Sin embargo, este tipo de errores es común también en sujetos normales, regresando a aquellos procedimientos análogos a los *túneles de la mente* (Piattelli Palmarini, 1993), que los seres humanos adoptan para resolver problemas cuando prescinden de las reglas de la lógica formal. Estos procedimientos están más próximos al límite entre normalidad y desorden que al límite entre desorden leve y desorden grave.

En el caso de los pacientes «difíciles», por el contrario, no sólo están involucrados en los trastornos algunos detalles de contenido negativo y algunas falacias lógicas, sino que las propias *funciones* cognitivas básicas aparecen profundamente dañadas. Este tipo de desórdenes se caracteriza por un déficit en la modalidad de organización de los procesos de pensamiento, en la capacidad de operar distinciones entre hechos ajenos y propios de la mente, en la regulación de los estados emocionales y en las funciones integradoras de la memoria y la conciencia.

Frente al problema de los desórdenes funcionales, la psicoterapia cognitiva puede aplicar dos tipos de estrategias. La primera consiste en intentar reconducir estos desórdenes a la particular naturaleza de los contenidos y las estructuras; la segunda consiste en considerarlos un factor relativamente independiente, una especie de tercer eje de diagnóstico que se añade a los contenidos y las estructuras.

La primera estrategia posee la ventaja de la tranquilidad y conlleva variantes mínimas en la técnica, aunque corre el riesgo de pasar por alto diferencias importantes entre diversos tipos de pacientes; la segunda capta plenamente estas diferencias, pero implica una reelaboración complicada de la teoría y de la técnica clínica.

La primera estrategia es la preferida entre los autores del enfoque estándar. Por ejemplo, en el tratamiento de los trastornos de personalidad, Beck y Freeman (1990) identifican en su interior esquemas problemáticos sobre sí mismo y los demás similares a los que aparecen en otros tipos

de desórdenes. Lo que caracteriza a estos esquemas es su carácter *hipervalente*, es decir, la tendencia a difundirse y la constancia en el tiempo con que se aplican a cada contexto y situación. En el ámbito de la psicología de los constructos personales se está intentando reorientar los aspectos formales del pensamiento hacia las estructuras del sistema de constructos. Las investigaciones ya citadas de Bannister sobre el trastorno de pensamiento esquizofrénico, por ejemplo, llevan a considerar que procede de la naturaleza fragmentada de sus sistemas.

Especialmente interesante resulta, en este sentido, el concepto de *estilo de conocimiento* propuesto por Lorenzini y Sassaroli. Recordemos el modo en que, según estos autores, situaciones problemáticas en las primeras interacciones con los padres pueden culminar en estrategias epistémicas problemáticas que implican el desarrollo de estructuras poco o mal articuladas, las cuales, a su vez, dan lugar a estilos de conocimiento desadaptados. En su trabajo sobre los trastornos de personalidad (Lorenzini y Sassaroli, 1995), los autores describen tres estilos de conocimiento problemáticos, cada uno de ellos conectado en teoría con un *cluster* de los trastornos de personalidad: la *evitación* ligada a trastornos del *anxious-fearful cluster*, es decir, a los desórdenes dependientes, evitantes y obsesivos; la *inmunización* relacionada con los trastornos del *odd-eccentric cluster*, paranoide, esquizoide y esquizotípico; la *hostilidad* conectada con el *dramatic-emotional cluster*, es decir, los trastornos antisociales y *borderline*.

A juicio de los autores, el estilo de conocimiento de la evitación se caracteriza por el hecho de que:

el sistema intenta no caer en invalidaciones que restrinjan el campo de exploración. Se limita a someter a test las propias hipótesis en áreas bien conocidas y restringidas, y a eliminar o tratar de evitar las situaciones inciertas, que se perciben como arriesgadas para la estabilidad del sistema (pág. 37).

Mientras que la *inmunización* constituye la estrategia epistémica:

con la que el sistema producto de una invalidación reduce, hasta anularlas, las consecuencias sobre su estructura, y que consiste en convertir los propios límites en prácticamente insuperables, de modo que se consigue casi «propagar» las invalidaciones. El dato de la realidad pierde significado, se desacredita, infravalorado, ignorado o reconstruido de forma diversa, has-

ta permitir cualquier alteración de las teorías del sujeto. Mientras, tanto en la exploración como la evitación, las demás personas y el entorno son enormemente significativos, en el caso de la inmunización predomina una actitud autárquica que anula la relación con la realidad (pág. 40).

Por último, la *hostilidad*, en la línea de la tradición kelliana, se describe como:

un modo de reaccionar a las invalidaciones consistente en volver a proponer una construcción de la realidad que ya se ha demostrado inútil. Al darse cuenta de su error, el sujeto alza la voz y confirma con firmeza creciente su perspectiva. No evita la confrontación con las novedades, ni intenta reducir los efectos sobre la estructura, sino que intenta imponer por la fuerza su explicación de las cosas. El otro, origen de las falsedades de nuestras teorías, pierde cualquier poder invalidador, porque pasa del papel de interlocutor al de enemigo (pág. 41).

Puesto que, según la concepción de los autores, los estilos de conocimiento constituyen modalidades de organización de los procesos mentales ligadas a la historia y la estructura de los sistemas cognitivos, pueden constituir uno de los conceptos puente entre enfoque funcional y enfoque estructural del paciente grave.

Entre los primeros en plantear la cuestión del enfoque funcional se encuentra Carlo Perris, psiquiatra, italiano de origen, pero que ha desarrollado en Suiza su actividad profesional y de investigación. Clínico de gran experiencia y profunda cultura, ha dedicado gran parte de su actividad al tratamiento de pacientes esquizofrénicos o afectados por graves patologías psiquiátricas. Dos de sus libros (Perris, 1989, 1994) constituyen un buen ejemplo de los resultados a los que se puede llegar con la aplicación rigurosa del método clínico.

El concepto básico de la aproximación al paciente grave de Perris es el de la vulnerabilidad individual, entendida como la interacción dinámica de factores biológicos, psicológicos y sociales, y acontecimientos vitales que determina las probabilidades de aparición de un desorden. Lo que caracteriza la concepción de Perris de la vulnerabilidad, con respecto al uso corriente del concepto presente en la psicopatología contemporánea, es el énfasis en el papel activo del individuo a la hora de determinar, mediante procesos cognitivos de asimilación de la experiencia, el

propio grado de vulnerabilidad. Esto proporciona al concepto una enorme carga de dinamismo. La vulnerabilidad, lejos de ser una especie de diátesis biológica que fija de una vez por todas el umbral superado que origina el desorden, es algo que se modifica continuamente en función de la cualidad de las interacciones del individuo con su entorno. Puesto que esta cualidad depende, en gran medida, de los esquemas y los modelos cognitivos que guían la decodificación y la interacción con el propio entorno social de referencia, el enfoque cognitivo se presenta como uno de los más indicados para incidir sobre los factores de vulnerabilidad.

Perris presenta su contribución principalmente como una extensión a los trastornos más graves de la terapia cognitiva estándar. Sin embargo, gracias a que afronta con modestia hipocrática los diferentes problemas que surgen en el tratamiento del paciente grave, discute su significado clínico y sugiere las oportunas advertencias técnicas, Perris establece una terapia cognitiva que afronta directamente los desórdenes funcionales básicos.

Por ejemplo, cuando habla sobre el problema de afrontar los pensamientos automáticos disfuncionales en los pacientes esquizofrénicos, Perris (1989) observa, citando a Jacobs, que muchos de estos pacientes presentan un déficit de *metapensamiento*, es decir, de la capacidad de pensar el propio pensamiento. En casos como éstos las sencillas instrucciones para los registros de autoobservación resultan poco eficaces y el terapeuta debe antes intentar ayudar al paciente a ser consciente del propio déficit y ayudar a corregirlo con diversos procedimientos técnicos.

Otro ejemplo de problemas funcionales surgidos en el tratamiento del paciente grave lo ofrecen aquellos pacientes con déficit de memoria evocativa. A menudo, estos pacientes describen estados alterados de conciencia con experiencias de despersonalización y desrealización, ansiedad muy grave y sensación de que el mundo desaparece o él mismo está desapareciendo. En estos momentos, los pacientes no logran reevocar la figura del terapeuta o los elementos del diálogo terapéutico que podrían ayudarlos a soportar y gestionar la experiencia problemática. En casos como éstos, Perris (1994) sugiere el uso sistemático de *flash cards*, una especie de promemoria usada a menudo por los terapeutas cognitivistas, pero que el autor utiliza no tanto para favorecer el recuerdo de particulares registros acordados como para evocar la sensación de apoyo que proporciona la relación con el terapeuta, considerado una *base segura*.

Vale la pena recordar la diferencia entre un *homework de autoobservación* y este tipo de promemoria. Al pedir al paciente un registro de autoobservación se espera que recuerde en la sesión una experiencia problemática extraterapéutica para convertirla en objeto de diálogo con el terapeuta. En el caso de las promemorias, tal como las concibe Perris, se intenta, por el contrario, ayudar al paciente a recordar en las situaciones problemáticas el diálogo terapéutico y, en particular, el clima emocional de este diálogo.

Otro aspecto funcional deficitario sobre el que Perris reclama continuamente la atención tiene que ver con la capacidad de descentramiento cognitivo. Sirviéndose de los conceptos de Piaget, observa que los pacientes graves presentan una especial dificultad en superar una perspectiva egocéntrica cuando valoran los comportamientos o los estados mentales de los demás, con consecuencias muy negativas sobre la calidad de sus relaciones interpersonales. Con pacientes de este tipo es imprescindible dedicar gran parte de los *homeworks* y del diálogo socrático a desarrollar las capacidades de descentramiento y de comprensión de los demás.

Podemos incluir el trabajo de Marsha Linehan (1993), sobre el tratamiento de pacientes *borderline*, en la perspectiva funcional de aproximación al paciente grave.

Según el modelo de la autora, en la base de los trastornos *borderline* existe un grave déficit en la capacidad de regular y modular los estados emocionales. Este déficit sería, a su vez, el resultado de un desarrollo realizado en un ambiente relacional que invalida constantemente las experiencias emocionales del futuro paciente. De ahí se desprende que uno de los ejes conductores del tratamiento esté formado por la construcción de un *contexto validante* que ayude a compensar y sustituir el déficit.

El problema de la relación entre procesos interpersonales y cualidades de las funciones mentales es la cuestión central del trabajo más reciente de Giovanni Liotti (1993; 1994). Puesto que es el autor que más ha hecho por definir este problema y poner de manifiesto la implicación clínica, podemos utilizar su modelo como prototipo para las cuestiones que se plantean en el enfoque funcional.

Tres son los elementos fundamentales que el autor utiliza para la construcción del modelo: una teoría de la motivación basada en un enfoque etológico y en las actuales teorías del desarrollo, las contribuciones

recientes de las ciencias cognitivas sobre las relaciones entre procesos conscientes e inconscientes y los datos procedentes del estudio directo de las interacciones madre-hijo.

La teoría de la motivación de Liotti deriva directamente de la teoría del afecto (Bowlby, 1969; 1973; 1980; 1988). Hemos visto cómo al inicio de los años ochenta, junto con Guidano y Reda, Liotti fue determinante en la introducción de la obra de Bowlby dentro de la psicoterapia cognitiva y cómo contribuyó a crear un puente entre esta última y un importante sector del psicoanálisis. Además de que la propia naturaleza de la teoría del afecto se prestaba a este fin.

El problema de Bowlby era una cuestión crucial de la tradición psicoanalítica: el de la naturaleza de la relación madre-hijo y su influencia en el desarrollo de la personalidad. Bowlby, perteneciente a esta tradición, criticó la concepción freudiana de la pulsión secundaria según la cual el niño desarrolla un nexo de unión con la madre porque ésta es capaz de satisfacer su necesidad de alimento. Por el contrario, gracias a la enorme cantidad de datos procedentes de la etología y la observación directa de la interacción madre-hijo, demostró que existe en los seres humanos un sistema de comportamiento innato, cuyo resultado predecible es el mantenimiento de la proximidad con la figura afectiva (FDA), independientemente del hecho de que ésta proporcione alimento u otro tipo de gratificaciones.

Según la perspectiva darwinista adoptada por Bowlby, la ventaja evolutiva de la disposición innata del niño a buscar la proximidad de la figura afectiva y la recíproca disposición a la *asistencia* de esta última, se explican por el afán de proteger a la prole de las amenazas ambientales.

A favorecer el éxito de las ideas de Bowlby en el terreno cognitivista contribuyó, sin duda, el uso de conceptos cognitivos como *plan jerárquico* y *modelos operativos*, usados para describir la estructura y el desarrollo del sistema afectivo. Con claras referencias a Miller, Galanter y Pribram (1960), Bowlby describió el comportamiento del niño como un plan jerárquico innato, corregido en función del deseo de mantener la proximidad con la figura afectiva. Además, las vicisitudes en la relación afectiva se organizan de forma esquemática, en forma de *modelos operativos de sí mismo y del otro*, destinados a influir sobre las evoluciones de las estructuras cognitivas prototípicas con las que el individuo construirá las propias experiencias relacionales.

En el modelo de 1983, Guidano y Liotti consideraban los modelos operativos afectivos el núcleo de la dimensión tácita, alrededor de la cual evoluciona el sentimiento de identidad personal. En su evolución posterior, Liotti ha desarrollado otro aspecto de la propuesta bowlbiana: la atención al enfoque etológico-evolucionista.

Según el autor, el estudio de la evolución en las especies superiores nos proporciona una teoría de la motivación válida para afrontar importantes problemas clínicos. Partiendo de estos estudios identifica, sin pretender ser exhaustivo, cinco sistemas motivacionales innatos en la especie humana que se regulan para alcanzar una determinada estructura de la relación interpersonal. Por esta razón llama a estos sistemas *sistemas motivacionales interpersonales* (SMI), que son, por orden: el sistema afectivo y su recíproco sistema de asistencia, el sistema agonístico que regula el establecimiento de la jerarquía de rango social, el sistema sexual y, por último, el sistema cooperativo paritario que regula la negociación de acuerdos con vistas a alcanzar un objetivo común.

Recientemente Liotti (1995b), al tratar la teoría de la motivación de Lichemberg, cuyas fuertes analogías subraya, ha incluido entre los sistemas motivacionales el sistema explorativo asertivo, cuyo objetivo principal lo constituye el logro de la sensación de control sobre uno mismo y el mundo.

Las implicaciones clínicas de este enfoque son múltiples.

En primer lugar, señala el autor, el sentido de cada experiencia específica emocional puede comprenderse sólo dentro del sistema motivacional en el que está inmersa. La ira, por ejemplo, tiene un significado diferente si se provoca dentro del sistema afectivo, como respuesta a la no disponibilidad de la FDA, o dentro del sistema agonístico. Además, la activación recíproca de los diversos sistemas motivacionales del terapeuta y del paciente constituyen el punto de partida para comprender mejor la naturaleza de los ciclos interpersonales que se desarrollan en la relación terapéutica.

Pero, en este contexto, dejando al margen el uso de estos conceptos como instrumento de lectura de los hechos terapéuticos, lo que nos interesa saber es cómo los aplica el autor al problema de la comprensión y el tratamiento de los trastornos disociativos. Para ello, Liotti utiliza principalmente dos tipos de datos: los proporcionados por la ciencia cognitiva sobre la relación conciencia-inconciencia y los de la observación directa de la relación madre-hijo.

Los sistemas motivacionales se consideran módulos autónomos que procesan —al mismo tiempo y en paralelo— la información sobre uno mismo y sobre los demás, dependiendo del objetivo relacional que define cada módulo. Normalmente, sólo uno de los módulos tiene acceso a la conciencia en cada ocasión y la información contenida en él permite que surja una representación coherente de sí mismo y de los demás. La posibilidad de generar representaciones coherentes de sí mismo y del otro es, por otra parte, uno de los procesos básicos que permiten la aparición de un sentido de continuidad y estabilidad del *Self*. Sin este sentido de estabilidad, incluso pueden resultar comprometidas las funciones integradoras de la conciencia, la memoria y la identidad. Por tanto, para que la conciencia actúe de forma funcional es necesario el buen funcionamiento de los procesos que regulan el acceso a la conciencia de la información inconsciente procesada en paralelo por diversos SMI.

Según Liotti, los datos clínicos y los procedentes de la observación directa de la relación madre-hijo coinciden al pensar que ese funcionamiento está influenciado por la historia de las relaciones significativas y la cualidad de las relaciones actuales.

En el marco de los estudios sobre el afecto, algunos autores (Fonagy, 1991; 1996; Main, 1991; Main y Hesse, 1990; 1992) han puesto de manifiesto que los niños que reciben afecto y con padres atentos a sus estados mentales desarrollan precozmente las funciones metacognitivas y logran pensar en sí mismos mejor que los demás en lo referente al estado mental. Al contrario, los niños con carencias afectivas (niños D) parecen entrar, en las interacciones con los padres, en una alternancia de estados de conciencia que se revelan a través de actitudes que recuerdan los trances hipnóticos y con la activación, simultáneamente, de comportamientos y expresiones emocionales contradictorias.

Según Liotti, en el niño D se puede observar una presencia simultánea en la conciencia de diversos sistemas motivacionales con la existencia de imágenes múltiples de sí mismo y del otro a la vez. Para mostrar lo dicho vamos a citar el comentario del autor a un caso expuesto por Main y Hesse (Liotti, 1994):

Mientras gatea rápidamente hacia el padre, se para de repente —mira fijamente la pared con aire ausente—, aparta un juguete y entonces golpea

el suelo con la mano, en un gesto de evidente enfado, con la cabeza girada todavía y la mirada ausente. Esta interrupción dura solamente tres o cuatro segundos. Después sigue acercándose a su padre y quiere que la coja en brazos.

En la niña, dos sistemas motivacionales innatos —el de afecto (movimientos de acercamiento) y el agonístico (el gesto enfadado que, quede claro, es diferente a la ira-protesta que forma parte del sistema afectivo y que se expresa con gritos de atención cuando la FDA se aleja)— parecen competir entre sí por la conquista del «espacio global de trabajo». La existencia de esta competición entre sistemas «especializados» en el intento no logrado de dar lugar a una única «versión» de la relación con el padre se refleja, presumiblemente, en un estado alterado de conciencia (indicado por la mirada ausente). Si utilizamos el modelo teórico de Edelman para describir qué sucede en la niña, podemos decir que tanto los valores afectivos innatos como los del agonismo se asocian a las categorías mnésicas relativas a la relación con el padre, creando una escena disociada de la conciencia primaria en su interior. Esta disociación da lugar a conceptualizaciones también disociadas y, por tanto, a una discontinuidad de la conciencia de orden superior (pág. 87).

A la vista de estas consideraciones, Liotti propone una interpretación diferente de la teoría traumática dominante en la actualidad para la explicación de la génesis de los desórdenes disociativos. Según esta teoría, la disociación sería un mecanismo biológico de defensa contra situaciones traumáticas y horribles que el individuo no es capaz de soportar. A corroborar esta concepción contribuye, entre otros, el dato clínico que muestra que muchos de los pacientes que sufren estos desórdenes han sufrido graves maltratos o abusos sexuales en la infancia. Sin embargo, señala Liotti, no todos los pacientes disociados refieren situaciones de maltrato graves. En algunos casos, el dato anamnésico significativo es el de un grave luto por el padre al nacer el paciente (Liotti, Intreccialagli y Cecere, 1991), en otros un desorden mental del padre, sin relación con los maltratos, etc.

La conclusión que se extrae es que, en función de la tendencia a la disociación, existen diversas condiciones posibles, pero todas coinciden a la hora de crear una competición entre los diversos SMI para dominar la conciencia y en determinar la presencia simultánea de representaciones múltiples y contradictorias.

Por ejemplo, un padre no maltratador, sino simplemente asustado por un trastorno mental, puede transmitir el pánico al niño, bien activando el sistema afectivo, y así obligarlo a ocuparse del padre, bien activando el sistema de asistencia, y presionarlo para que lo agrede como fuente de potencial amenaza. El padre será para el niño al mismo tiempo la figura protectora afectiva, la persona de quien ocuparse, la causa de la amenaza y su propia víctima.

A estas imágenes múltiples de los demás se corresponden imágenes también contradictorias de uno mismo. El resultado será la pérdida de las funciones de integración de la conciencia y la desorganización del comportamiento.

No obstante, estas consideraciones no se limitan a sumarse a las teorías de la etiopatogénesis de una importante clase de desórdenes. La conexión entre procesos relacionales y funciones de la conciencia sugiere, de hecho, una posible línea de intervención terapéutica. Liotti, y otros autores que hacen referencia a su trabajo, han desarrollado una aproximación al paciente grave que puede sintetizarse de la siguiente manera: es posible, si se *modula la sintonía interpersonal* en la sesión, favorecer en el paciente estados de mayor integración y mayor funcionalidad de la conciencia y, cuando la relación terapéutica logre mantener estas funciones, es posible intervenir con las técnicas normales cognitivas sobre los aspectos esquemáticos y de contenido (véanse Cotugno y Benedetto, 1995; Cotugno e Intreccialagli, 1995; Liotti, 1993; Miti, 1992). En este sentido, el trabajo de Liotti merece poner punto final a esta breve reseña de los enfoques cognitivos no estándar. De hecho, al margen incluso del valor intrínseco del modelo propuesto, parece abrir una ventana hacia el futuro y contribuir a que la terapia cognitiva sea consciente de sus muchas posibilidades todavía por explorar.

*3.8 Las respuestas de la terapia cognitiva estándar.* No es difícil imaginar hasta qué punto el debate que hemos descrito supuso un estímulo y un paso adelante para los autores que forman parte del enfoque cognitivo estándar. Tras la crisis de la década, la terapia estándar ha ampliado las áreas de intervención mucho más allá de los desórdenes que pertenecían a su tradicional campo de interés, ha perfeccionado las técnicas y ha reforzado el aparato teórico (véase Salkovskis, 1996), de modo que pueda enfrentarse de manera constructiva con las críticas que se le han formulado.



De hecho, todavía la mayoría de los terapeutas se inscriben dentro del enfoque estándar y es el más conocido fuera del campo de la disciplina.

Uno de los principales exponentes de este enfoque, David Clark, ha intentado recientemente centrar la discusión en un artículo que quiere ser un intento de respuesta a las críticas y una muestra de la importancia de las características fundamentales y los límites de la terapia estándar (Clark, 1995).

Lo que caracteriza al enfoque estándar, según el autor, no es tanto el uso de técnicas específicas, sino algunos principios generales que identifica en los cinco puntos siguientes:

- 1) Las personas contribuyen activamente a la construcción de la propia realidad. Este supuesto es, obviamente, común a los enfoques constructivistas. Sin embargo, la TCS defiende la idea de que algunos supuestos son tremendamente desadaptativos y requieren una actitud activa y dirigida a la corrección, allí donde, según el autor, la importancia constructivista dada a las realidades múltiples conlleve un aumento de los plazos de la terapia y un estilo menos directo y más reflexivo.
- 2) La TCS asume que contenidos, procesos y estructuras cognitivas influyen sobre las emociones y el comportamiento. Pero esto no implica, subraya Clark, aceptar una causalidad lineal entre cogniciones y emociones. La teoría admite un determinismo recíproco. Lo que no admite es la existencia de respuestas comportamentales y emocionales sin una mediación cognitiva.
- 3) Es posible conocer y acceder a los procesos cognitivos, aunque, por supuesto, existen diversos niveles de concienciación que pueden requerir un grado diverso de esfuerzo, atención y autoobservación; en principio, según la TCS, las representaciones que median entre las emociones y el comportamiento son accesibles al propio individuo.
- 4) El cambio cognitivo es imprescindible en los procesos de cambio.
- 5) La TCS actúa sobre el contexto actual. Los sucesos pasados y las experiencias infantiles pueden considerarse fuentes importantes de información sobre el origen, la evolución y también la naturaleza de las estructuras desadaptativas, pero el foco de atención de

la intervención terapéutica se dirige siempre al presente y la vida actual del paciente.

Una vez definidos estos principios generales, Clark pasa a considerar cuatro de las principales críticas dirigidas al enfoque estándar.

En primer lugar, se enfrenta a la creencia según la cual la TCS tendría una visión restringida de los procesos emocionales. Rechaza esta crítica, tanto desde el punto de vista teórico como de la praxis terapéutica. Clark señala que, desde el principio, el enfoque estándar se ha concentrado en las experiencias emocionales significativas del paciente y se ha ocupado de los procesos cognitivos ligados a estas experiencias. Lo que no puede incluirse en los principios del enfoque estándar es la idea de un proceso emocional independiente de los componentes cognitivos.

En cuanto a la técnica se refiere, el autor explica que, por el contrario, el énfasis puesto por algunos autores, como Greenberg y Safran, sobre el cambio emocional lleva a un enfoque terapéutico de tipo experimental, donde los procesos de elaboración cognitiva desarrollarían un papel secundario.

Con argumentos análogos, Clark responde a la crítica que alega que la TCS infravalora la dimensión interpersonal. Precisamente la atención prestada a los hechos actuales de la vida del paciente demuestra, según el autor, lo injustificado de esta crítica. Lo que caracteriza al enfoque estándar es el énfasis en el papel de los procesos cognitivos en la mediación de las interacciones con el ambiente y el supuesto de que la intervención sobre estos factores favorece una mejora en la calidad de las relaciones.

Más elaborada es la respuesta a la crítica según la cual la teoría estándar prestaría escasa atención a la relación terapéutica. Clark admite que los primeros trabajos sobre la depresión podían dar la impresión de una atención focalizada casi exclusivamente sobre los aspectos pedagógicos y persuasivos. Sin embargo, tras trabajar con pacientes más graves, esta visión se fue ampliando. El autor recuerda que Beck y Freeman (1990), al referirse al tratamiento de los trastornos de personalidad, habían subrayado la importancia de las reacciones de *transfert* para comprender los significados y las convicciones que implican las conductas idiosincrásicas del paciente. La cuestión que discrimina el enfoque estándar del no estándar no es la concepción teórica, sino el estilo terapéutico. El enfoque estándar utiliza la relación como factor de comprensión, pero el fo-

co de atención se mantiene sobre los sucesos extraterapéuticos y sobre la identificación de los pensamientos automáticos. En el enfoque no estándar el terapeuta tiende, por el contrario, a ser menos activo y a focalizar la intervención sobre los hechos dentro de la sesión.

Para comprender el espíritu del enfoque estándar resulta interesante la respuesta de Clark a la última crítica: aquella según la cual la terapia cognitiva estándar pondría un énfasis excesivo en los procesos y en el control consciente, dejando de lado el peso de los procesos inconscientes. Clark no ignora los estudios sobre ciencia cognitiva y considera que son compatibles con el principio general de la TCS acerca de la existencia de diferentes niveles de conciencia cuyo acceso y conocimiento, en principio, es posible. Pero no tiene en cuenta, en este punto, las observaciones de científicos cognitivos que incluso cita, como Johnson-Laird, para el que algunos procesos de elaboración deben ser inaccesibles estructuralmente con el fin de que la conciencia pueda desarrollar sus funciones con una capacidad limitada. Las razones de este olvido se comprenden mejor cuando pasa a explicar el concepto de «reglas tácitas».

El problema no es la existencia o no de estas reglas. La crítica de Clark es esencialmente metodológica. Identificar y valorar de forma científicamente controlada estas reglas es una empresa acerca de la cual el autor se declara escéptico. Se podría objetar lo oscurantista del método, según el cual cuando un problema interesante no se puede encarar con los procedimientos corrientes es preferible ignorar el problema antes que adaptar el método. Este argumento se ha usado contra la ciencia cognitiva y la psicoterapia cognitiva, las cuales, afortunadamente, no lo han tomado en consideración. Sin embargo, también es necesario entender la preocupación fundada de los terapeutas estándar que se esconde tras este tipo de argumentaciones. Esta preocupación tiene que ver con el miedo a volver a un enfoque estereotipado.

La terapia cognitiva surge de la necesidad de una teoría clínica próxima a la experiencia referida por el paciente. Esta exigencia es incuestionable y los autores del enfoque no estándar deberían tenerla siempre en cuenta, sin tener que renunciar por ello a la reflexión y al estudio de problemas interesantes y teóricamente fundados.

#### 4. Conclusiones

Una vez descritas las diferencias existentes en el cognitivismo, podemos plantearnos nuevamente la pregunta: ¿qué hace que podamos considerar los diferentes enfoques un conjunto diferenciado pero unitario?

Está claro que la respuesta dada al comienzo de este libro, que el interés demostrado en las estructuras de significado y en los procesos de elaboración de la conciencia es el factor común, sigue siendo válida una vez analizadas las diferencias.

¿Es posible ampliar esta definición e identificar rasgos en común entre estilos terapéuticos que en principio parecen muy diversos?

Si consideramos los diversos enfoques terapéuticos descritos vemos que, en cada uno de ellos, se pide al paciente que preste atención a algunos aspectos de su propio funcionamiento mental. En los diferentes estilos se le invita, según los casos, a observar y reflexionar sobre los propios pensamientos automáticos, sobre las emociones primarias y las convicciones relacionadas con ellas, sobre los modos en que se representa la evolución de sus relaciones, sobre los patrones de experiencia inmediata, y los procedimientos de *problem-solving*, entre otros. La petición tiene que ver siempre con el aumento de conocimiento de la propia vida mental y, en algunos casos como en las técnicas de descentramiento, de la vida mental de los demás.

Este aumento de conocimiento de los estados y los procesos mentales propios y ajenos nunca se persigue como último fin, ni se ha considerado nunca terapéutico de por sí, sino que se ha tratado siempre en función de la solución y del control de problemas específicos y claramente definidos.

Este conocimiento de la mente, dirigido a objetivos de control o, por usar un término anglosajón de uso corriente, de *mastery*, se estudia ya en diversas áreas de la psicología y ha encontrado un nombre que resume sus diferentes aspectos: *metacognición*.

Carcione, Falcone, Magnolfi y Manaresi (1997) han elaborado una definición, de gran utilidad para el enfoque clínico. Definen la metacognición como:

la capacidad del individuo de llevar a cabo operaciones cognitivas heurísticas sobre las conductas psicológicas propias y ajenas, así como la capacidad

de utilizar estos conocimientos con fines estratégicos para la solución de tareas y para dominar estados mentales específicos, origen de sufrimiento subjetivo (pág. 91).

Como se puede apreciar, esta definición no contempla el *insight* de un contenido particular, pero define la metacognición en términos funcionales como la capacidad de realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre contenidos y procesos mentales.

La función general metacognitiva se estructura, por otra parte, en tres subfunciones: la capacidad autoreflexiva, relativa a los propios estados y procesos mentales, la capacidad de comprender la mente ajena y la capacidad de utilizar estas operaciones cognitivas con vista a resolver trabajos existenciales o reducir el propio estado de sufrimiento subjetivo.

Una vez definida la metacognición, podemos concluir que, a pesar de sus diferencias, los diversos estilos terapéuticos cognitivistas aspiran a un incremento de las funciones metacognitivas. Desde esta perspectiva, es posible entrever un contexto problemático unitario dentro del que encuentran espacio los diversos enfoques que hemos descrito. Mostrar cómo se hace psicoterapia dentro de este contexto unitario será el objetivo de los próximos capítulos de esta obra.

## SEGUNDA PARTE

### TEORÍA CLÍNICA Y TEORÍA DE LA TÉCNICA

SRM Cursos®

## CAPÍTULO 4

### EFICACIA, OBJETIVOS Y MÉTODOS DE LA TERAPIA COGNITIVA

#### 1. Eficacia de la psicoterapia cognitiva

La mayor parte de las condiciones de desequilibrio, incluidos los desórdenes psicopatológicos, tienen un porcentaje de remisión espontánea que varía entre el 10 y el 40%. De ahí se desprende que para valorar la eficacia de cualquier tipo de tratamiento es necesario, en primer lugar, conocer la historia natural del trastorno. De hecho, sólo se puede hablar de eficacia cuando el tratamiento obtiene una mejoría mayor y en un plazo más breve de lo previsto en la evolución espontánea del desorden. El reto de probar la eficacia de la psicoterapia fue asumido hace medio siglo por Eysenck (1952), que intentó valorar las remisiones espontáneas comparándolas con las logradas gracias al tratamiento psicoterapéutico. Según sus resultados, alrededor de dos tercios de los pacientes que seguían una psicoterapia mejoraban en el intervalo de dos años, pero, en el mismo plazo, se alcanzaba un porcentaje no muy diverso de mejorías en un grupo de pacientes que no había seguido tratamiento alguno. El reto planteado por Eysenck fue recogido por generaciones de investigadores y hoy puede considerarse ganado. La evidencia de la eficacia genérica de la psicoterapia frente a cualquier otro tratamiento resulta hoy aplastante (Botela y Feixas, 1995), hasta tal punto que Lambert (1992), tras constatar la amplitud y el consenso sobre esta evidencia empírica, ha propuesto abandonar los estudios basados en la comparación entre grupos tratados y grupos de control sin tratamiento. Aceptada la sugerencia de Lambert, el interés de los investigadores se ha trasladado a comparar la eficacia de varios tratamientos. La pregunta predominante es ahora: ¿qué psicoterapia resulta más eficaz para tratar un determinado trastorno?

Por descontado, para que se acepte un determinado tipo de tratamiento éste no debe revelarse solamente eficaz, sino también eficiente. Básicamente, debe presentar un equilibrio aceptable entre los costes y los beneficios que le permitan competir con las otras formas de terapia dis-

ponibles. ¿Cuáles son las ventajas y los costes específicos de los tratamientos psicoterapéuticos? ¿Justifican las ventajas los costes, sin duda altos, en lo que a gasto económico y tiempo se refiere? La psicoterapia cognitiva ha afrontado directamente estas cuestiones desde sus orígenes, de tal modo que existe ya una auténtica tradición de investigación de la eficacia de la terapia cognitiva con respecto a tratamientos farmacológicos, placebo y otras psicoterapias (para más información, véase Butera y Pimpini, 1998). Recientemente, Roth y Fonagy (1996) han resumido, en un gran volumen, la bibliografía existente con pruebas sobre la eficacia de las diversas formas de tratamiento psicoterapéutico. Basándose en el principio expresado en el título *What works for whom?* (que podríamos traducir como «¿qué terapia para qué paciente?»), los autores han dividido los capítulos en función de la clasificación de los trastornos del DMS, pero se han limitado a incluir aquellos que cuentan con investigaciones que demuestran la eficacia de la psicoterapia.

En esta presentación la psicoterapia cognitiva estándar, denominada por los autores psicoterapia cognitivo-comportamental, se lleva la mejor parte. Para casi todos los trastornos considerados (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, desórdenes alimentarios, trastorno post-traumático de estrés, abuso de alcohol, disfunciones sexuales, trastornos de la edad evolutiva) las diferentes formas de psicoterapia cognitiva se han revelado realmente eficaces y prometedoras, así como bastante estables en los resultados valorados en los controles sucesivos. Por ejemplo, en el trastorno depresivo mayor la TCS parece ser tan eficaz como los tratamientos farmacológicos y cuenta, respecto a ésta, con un menor número de recaídas (18% en el caso de la TCS y 50% en la terapia farmacológica, según Hollon y otros, 1992).

En lo que respecta a la bulimia nerviosa, trastorno en donde la terapia cognitiva resulta más eficaz, tanto con las diferentes formas de psicoterapia como con los tratamientos farmacológicos el porcentaje de mejoría se sitúa alrededor del 70%, pero si se considera la remisión completa el porcentaje oscila entre el 36 y el 59%.

Donde la terapia cognitiva parece conseguir un liderazgo indiscutible es en el área de los trastornos de ansiedad y pánico, con o sin agorafobia. Citamos las conclusiones a las que llegan Butera y Pimpini (1998) a raíz del examen de los textos existentes al respecto:

Hay mucho escrito sobre los metaanálisis acerca del trastorno de pánico. En todos los casos, las diferentes formas de terapia cognitiva asumen un papel de especial importancia. No es arriesgado afirmar (pero lo mismo puede decirse de todos los desórdenes fóbicos tratados hasta ahora) que la terapia cognitiva, en el tratamiento del trastorno de pánico, consigue mejoras sintomáticas superiores con mucho a las obtenidas con cualquier otra forma de tratamiento terapéutico, tanto en la posintervención como en el seguimiento.

Los metaanálisis demuestran la eficacia de los tratamientos con terapia cognitiva y comportamental en un número relevante de estudios. Las mejoras más significativas no se dan solamente relacionadas con la exposición y la relajación, sino también con los tratamientos cognitivos o cognitivos y comportamentales combinados entre sí; el uso de fármacos parece ser un soporte útil en los tratamientos de exposición, pero no es significativo como tratamiento combinado (pág. 16).

Si a estos estudios añadimos el número cada vez más creciente de datos clínicos sobre la eficacia de la terapia cognitiva en los desórdenes psicóticos y en los trastornos de personalidad, para los cuales no existen, sin embargo, investigaciones controladas, se puede concluir razonablemente que la terapia cognitiva estándar es el tipo de tratamiento que actualmente más ha demostrado su eficacia y que, sin duda, más que cualquier otra se ha sometido a controles de validación de sus resultados.

## 2. Factores terapéuticos específicos y genéricos

Como parecen confirmar muchas evidencias, la terapia cognitiva es una terapia eficaz, a pesar de que esa misma eficacia no sirva para resolver una cuestión de bastante importancia clínica y teórica. Es más, en cierto modo, los problemas más interesantes aparecen *después* de demostrar la eficacia de un determinado enfoque. Y llegados a este punto podemos plantear la siguiente cuestión: ¿qué es eficaz en ese enfoque? El proceso de la psicoterapia y la mejora posterior de la técnica dependen, en última instancia, de nuestra capacidad de dar respuesta a esta pregunta. Debido a su estructura, una psicoterapia es un proceso complejo en el que intervienen factores múltiples, algunos conocidos y otros menos, interaccionados. Sólo si entendemos la naturaleza de los dife-

rentes factores, su influencia recíproca y la importancia que tienen por separado, a través de sus interacciones, a la hora de determinar los resultados, podremos perfeccionar la intervención terapéutica y aumentar su eficacia. El progreso de la psicoterapia depende, por tanto, del desarrollo de las investigaciones sobre los resultados, así como sobre los factores terapéuticos y el proceso. Esta cuestión nos conduce a una de las polémicas más confusas en el campo de la psicoterapia: la relativa a la importancia de los factores específicos o genéricos para determinar los resultados de los tratamientos. En pocas palabras, el problema puede formularse del siguiente modo: ¿el resultado de una psicoterapia puede atribuirse en mayor medida a la técnica específica que caracteriza ese enfoque determinado o, por el contrario, a los elementos comunes de valor terapéutico general que, en cierto modo, están presentes potencialmente en cada psicoterapia y, probablemente, en toda relación humana significativa? La confusión en esta polémica se debe a que la dicotomía específico-genérico se usa, al menos, con dos significados muy diferentes entre sí.

Con el primer significado se utiliza como sinónimo de la contraposición «técnica frente a relación». Según esta acepción, los factores específicos formarían parte del conjunto de técnicas que cada escuela pone a disposición de sus partidarios, mientras los genéricos serían sobre todo inherentes a la cualidad de la relación que se establece entre terapeuta y paciente. Recientemente, Strupp (1995) ha explicado el origen de uno de los programas más famosos de investigación en este ámbito: el proyecto Vanderbilt. Observó que los terapeutas que, tras las primeras impresiones, formulaban diagnósticos y pronósticos menos severos en las relaciones con los pacientes, solían adoptar en sus comunicaciones un tono general más empático. Además, estas primeras impresiones del terapeuta solían seguir sin modificarse durante el tratamiento. Propuso entonces la hipótesis de que las expectativas del terapeuta funcionaban como profecías que se autodeterminan y que el resultado final dependía en gran medida del juego de las expectativas recíprocas.

Tanto los resultados del proyecto Vanderbilt (Suh y otros, 1989) como los de las investigaciones sobre la alianza terapéutica (Howarth y Symonds, 1991) confirman la importancia del clima de confianza, colaboración e involucración recíproca para determinar los resultados positivos de la psicoterapia.

Los datos obtenidos en los estudios sobre la eficacia plantean a la terapia cognitiva estándar la cuestión de cómo valorarlos, es decir, saber en qué medida estos resultados halagüeños dependen de las técnicas específicas de intervención sobre los esquemas cognitivos y los modelos disfuncionales y en qué medida del espíritu de colaboración de la *setting*.

Hemos visto que la terapia cognitiva prevé tres principios técnicos fundamentales: el empirismo colaborativo, el diálogo socrático y el descubrimiento guiado.

Como ya se ha dicho, el empirismo colaborativo consiste en un clima de colaboración basado en el acuerdo, constantemente negociado, sobre los objetivos de la terapia y las tareas recíprocas. En ese sentido, el concepto de empirismo colaborativo coincide en la práctica con el de alianza terapéutica, que se define, precisamente, por el clima de confianza recíproca y el acuerdo sobre objetivos y tareas. Si, por tanto, la terapia cognitiva estándar considera su principio técnico fundamental la constitución y el refuerzo de la alianza, la cuestión siguiente es: ¿qué parte de su eficacia depende de este factor y cuál de la intervención sobre los supuestos cognitivos básicos del paciente?

En primer lugar, un problema de este género nos muestra la dificultad de considerar los aspectos relacionales como genéricos y distintos de los técnicos, puesto que cualquier enfoque incluye una orientación técnicamente dirigida hacia la gestión de la relación terapéutica.

En segundo lugar, muestra el límite de la metáfora farmacológica que subyace bajo estos planteamientos (Stiles y otros, 1995). Según esta metáfora, sería posible valorar por separado el impacto de los diversos factores terapéuticos; por ejemplo, sería posible aislar el efecto terapéutico de la focalización en las convicciones del provocado por el empirismo colaborativo.

Sin embargo, existen buenas razones para considerar que *una misma intervención técnica* o «específica» consiga efectos terapéuticos diversos según el contexto relacional en el que se encuentre. Por ejemplo, en lo tocante a la terapia cognitiva de la depresión, Castonguay y otros (1996) han puesto de manifiesto que focalizar sistemáticamente las convicciones desadaptativas produce un empeoramiento cuando se transforma en un factor que contrasta con la alianza terapéutica.

Estas consideraciones llevan a la conclusión de que juzgar como genéricos los factores relacionales y como específicos los considerados

«técnicos» puede introducir una distinción excesivamente abstracta que impida, en lugar de favorecer, la valoración de la eficacia de cada técnica. En realidad, el impacto terapéutico de una técnica específica debería valorarse siempre en el mismo contexto interpersonal en que se aplica la técnica.

Un segundo modo de entender la dicotomía «específico frente a genérico» puede ayudarnos a dejar más clara la cuestión sobre qué hace la psicoterapia cognitiva.

En esta segunda opción, la dicotomía se entendería, no tanto como técnico frente a relacional, sino como particular frente a general, o singular frente a universal. Desde esta óptica, las diversas técnicas y estrategias terapéuticas contendrían elementos y favorecerían procesos que, valorados en su justo grado de abstracción, serían comunes y estarían presentes en todos los tipos de psicoterapia en diversa medida. En otras palabras, cada psicoterapia utilizaría, en mayor o menor medida, los mismos principios terapéuticos (factores genéricos) y expondría incluso la actuación concreta de estos principios a través de diferentes modalidades técnicas (factores específicos). En este sentido, por ejemplo, la interpretación psicoanalítica y el descubrimiento guiado en terapia cognitiva serían diferentes modalidades específicas de aplicar el mismo principio terapéutico general determinado por el conocimiento cognitivo.

Un autor que en los últimos años se ha destacado por el desarrollo de esta perspectiva es Toksor Karasu, del que vamos a analizar uno de sus ensayos (1995). La perspectiva de este autor ofrece algunas ventajas que merecen ser mencionadas. En primer lugar, reduce la contraposición y opta por la especificidad (es decir, las diferencias en las técnicas y estrategias) para examinar la generalidad (es decir, las semejanzas y las síntesis entre las psicoterapias). Esto convierte al psicoterapeuta en más consciente de las características del propio enfoque y más abierto y flexible a las exigencias del caso específico. Por un lado, puede optimizar las competencias de la propia formación y, por otro, considerar sus límites e introducir variaciones sin el riesgo habitual del eclecticismo no teórico, es decir, el del terapeuta confuso.

El método utilizado por Karasu consiste en analizar una amplia variedad de técnicas terapéuticas para extraer de ellas, por vía inductiva, los factores generales de cambio presentes. Gracias a este método, el autor considera que ha identificado tres factores terapéuticos generales,

cada uno de ellos procedente de una subclase específica de técnica que se halla en diferente medida en los distintos enfoques: *la experiencia afectiva, el conocimiento cognitivo y la prescripción comportamental*.

Estos elementos son, para Karasu, mediadores universales de cambio presentes en distinto grado en los principales estilos terapéuticos. Así pues, las psicoterapias se distinguen, en primer lugar, por el grado de utilización de estos mediadores, y, en segundo lugar, por el modo particular con que cada factor general se desviaría hacia las técnicas específicas.

En lo referente al primer factor, favorecer la expresión de las emociones constituye, sin duda, el elemento principal de las terapias expresivas, gestálticas y existenciales. Sin embargo, este elemento está presente, aunque en menor medida, en algunas técnicas comportamentales como el *flooding*, en la técnica psicoanalítica de las libres asociaciones y, como veremos más tarde, en algunos aspectos de la terapia cognitiva. Todo esto se debe a que la experiencia afectiva contribuye, según Karasu, a preparar al paciente para recibir el cambio y reemplazar costumbres crónicas y obstinadas, de modo que esté abierto a nuevos paradigmas cognitivos.

El segundo factor, es decir, el conocimiento cognitivo, se refiere en cambio a los aspectos de la terapia que se sirven de la razón y el significado como instrumentos terapéuticos y, subraya el autor, tratan de obtener su efecto a través de la integración de nuevos esquemas mentales y conocimientos. Técnicas dirigidas a este objetivo son el descubrimiento guiado, propio de la terapia cognitiva, y el uso de la interpretación del psicoanálisis.

Por último, el tercer factor: la prescripción comportamental. Por él se entiende la ejecución por el paciente de nuevos comportamientos que estabilizan las modificaciones afectivas y cognitivas y enriquecen su patrimonio de experiencias.

Los tres factores, concluye Karasu, pueden resultar insuficientes si se usan por separado.

Identificar los factores terapéuticos generales, sin embargo, no quiere decir defender un eclecticismo generalizado, sino más bien considerar la psicoterapia como una ciencia básicamente unitaria que, como tal, se enriquece gracias a la confrontación de teorías y perspectivas diversas. Esto requiere el trabajo de un terapeuta formado, equipado de un patrimonio conceptual amplio, que conozca toda lo escrito sobre psicoterapia.

pia, no sólo lo referente a su escuela. Una vez más, esto no es sinónimo de terapeuta ecléctico o, peor aún, técnicamente desorganizado. De hecho, cada factor terapéutico general debe ser perseguido por el terapeuta a través de una estrategia coherente, con objetivos intermedios y métodos adecuados para cada uno de ellos, que hayan de integrarse en una estructura conceptual a su vez coherente. Actualmente todas las escuelas de psicoterapia facilitan, para bien o para mal, esta estructura conceptual básica. Por supuesto se puede dar, y es un hecho, que estrategias y técnicas de diferente origen lleguen a integrarse en un cuadro conceptual más amplio y tolerante, aunque sólo podrá tratarse, se llame como se llame, de una nueva escuela de psicoterapia.

Una vez sentada esta premisa general, pasemos a analizar primero en qué medida la psicoterapia cognitiva comparte —al igual que otras escuelas— los factores generales del cambio y, posteriormente, cómo estos factores generales se organizan de forma específica en jerarquías de objetivos terapéuticos y de modalidades técnicas coherentes con ellos.

### 3. Los factores generales de cambio en la terapia cognitiva

Si analizamos la terapia cognitiva desde el punto de vista de los factores universales de cambio descritos por Karasu, podemos apreciar que en mayor o menor medida están todos presentes.

Todos los estilos terapéuticos cognitivistas tienen en común la focalización en las emociones perturbadoras. Se ayuda al paciente a reconocer las emociones problemáticas, a estar atento a su naturaleza, a las circunstancias en las que surgen, así como a las representaciones a ellas asociadas. Obviamente, en clínica, pueden coexistir una patología por exceso de emoción y una por defecto. En este caso, existen modalidades específicas de intervención (Greenberg y Safran, 1987; Greenberg, Rice y Elliot, 1993) dirigidas, concretamente, a favorecer la expresión, el reconocimiento y el contacto directo con las emociones inhibidas. Además, técnicas como la de la moviola o las encaminadas a la reconstrucción en la sesión de episodios narrativos prototípicos con la focalización en los patrones de experiencia inmediata, se pueden considerar procedimientos que favorecen la expresión de emociones de otro modo mal definidas o desconocidas. También se concede la misma importancia a la modificación del

comportamiento y la adquisición de nuevas habilidades comportamentales por parte del paciente.

De hecho, en el ámbito de la terapia cognitiva estándar, se utilizan a menudo técnicas tomadas directamente de la terapia del comportamiento. En la terapia constructivista se favorece, con ayuda de la entrevista, la construcción de conductas y escenarios alternativos que se someten a comprobación en las situaciones concretas mediante prescripciones comportamentales. Tanto en la terapia cognitiva estándar como en la terapia constructivista se recurre a menudo a la metáfora del experimento científico para conceptualizar el significado terapéutico de las modificaciones del comportamiento. Según esta perspectiva, al igual que una teoría científica se confronta a través del experimento con la realidad extrayendo de las evidencias empíricas elaboraciones teóricas, del mismo modo mediante la observación de un nuevo comportamiento se someten a prueba las previsiones y las creencias del paciente cuyos resultados llevarán a sucesivas elaboraciones. Con esta manera de ver las cosas, si un fóbico, por ejemplo, se enfrenta a la circunstancia temida, el esfuerzo terapéutico irá dirigido a utilizar este resultado como la evidencia que anula su teoría de que está destinado a perder el control de sí mismo en esas circunstancias concretas.

Si la expresión emocional y la modificación del comportamiento representan ingredientes importantes del enfoque cognitivo, no existe ninguna duda de que el interés se ha desplazado precisamente hacia otro de los factores terapéuticos señalados por Karasu: el control cognitivo.

Aunque ningún autor cognitivista ha defendido jamás que éste sea el único factor de cambio, no obstante lo que caracteriza este enfoque es precisamente el énfasis especial que se pone en él. En la terapia cognitiva estándar, el control cognitivo se alcanza con la modificación directa de las convicciones y los esquemas disfuncionales. En los enfoques constructivistas, los métodos pasan por la comprensión y la elaboración de patrones de experiencia, la comprensión de los propios prototipos narrativos y la elaboración del propio sistema de constructos. Los autores que conceden mayor importancia a la dimensión interpersonal favorecen una mayor comprensión de los esquemas interpersonales y la concienciación de los ciclos interpersonales a los que estos esquemas pueden dar lugar. En este caso hay que señalar que el control cognitivo requiere también una mayor comprensión de los procesos mentales de los demás y la



adquisición de nuevas habilidades relacionales. Por tanto, según el esquema trazado por Karasu, el rasgo general específico de la terapia cognitiva viene dado por el énfasis preponderante concedido al control cognitivo como factor de cambio. Como señala Clark (1995) a propósito de la terapia cognitiva estándar, el modelo cognitivo reconoce la interdependencia entre emoción, acción y cognición, pero utiliza ésta como vía principal para la transformación terapéutica.

La especificidad del tratamiento cognitivo se definirá posteriormente cuando nos dediquemos a examinar de qué forma persiguen los autores y escuelas de orientación cognitivista el objetivo general del control cognitivo.

#### 4. Objetivos específicos y métodos de la terapia cognitiva

Hemos visto que la descripción de un tipo de psicoterapia por medio de los factores genéricos presenta la desventaja de ser demasiado general para concretarse en una estrategia terapéutica definida.

Por lo general, los terapeutas no tienen presente, por ejemplo, el objetivo genérico de favorecer la expresión emocional o de aumentar el control cognitivo. Estos objetivos surgen, si es el caso, cuando se persiguen objetivos y subobjetivos terapéuticos mejor definidos y utilizando métodos coherentes con ellos. Estos objetivos derivan, en parte, de la teoría general de referencia, y en parte están impuestos por los vínculos de la realidad clínica concreta. La tensión entre los objetivos previstos por la teoría y los impuestos por las exigencias clínicas concretas es precisamente lo que hace que se estructure una técnica terapéutica definida.

Entonces, ¿cuáles son los objetivos y los métodos específicos de la terapia cognitiva? Al especificarlos, deberemos tener presente el cuadro completo del enfoque que hemos expuesto en la primera parte de esta obra.

4.1. *El cambio de los esquemas disfuncionales.* La teoría cognitiva considera que la regularidad en la conducta de una persona es traducible a un *set* acabado de esquemas y modelos cognitivos.

De ahí se desprende que un objetivo fundamental de la terapia sea alcanzar una modificación de los esquemas implicados mayoritariamente

en el desorden. Por eso, la estrategia terapéutica se organiza dentro de esta perspectiva de fondo con ayuda de una serie de pasos intermedios que, todos juntos, constituyen un tratamiento altamente estructurado.

El primer paso, obviamente, consiste en identificar e informar al paciente de la naturaleza de estos esquemas. El medio adoptado para conseguir este primer resultado por los terapeutas del enfoque estándar, y también muy utilizado por todos los terapeutas cognitivistas, consiste en una atenta valoración de los pensamientos automáticos conducida a través de los registros de autoobservación y descubrimiento guiado.

Una vez que el terapeuta y el paciente han acordado una primera definición del problema, se invita al paciente a tomar nota de los pensamientos y las imágenes que se le aparecen espontáneamente durante las situaciones problemáticas. En ese instante, terapeuta y paciente deben discutir juntos el contenido de estos informes intentando identificar los temas comunes y que con más frecuencia aparecen en los pensamientos automáticos. Estos temas son precisamente los que definen los esquemas disfuncionales. Alcanzado este primer propósito de la terapia se pasa al principal objetivo estratégico: la modificación de estos esquemas. Generalmente, este paso viene precedido por una redefinición en términos cognitivos del problema. Pongamos un ejemplo: «parece que está convencido de que, antes o después, todas las personas importantes para usted lo rechazarán» o bien «de ahí que, cada vez que se siente mal, cree que está a punto de ocurrirle una desgracia, como un infarto o una embolia cerebral».

Para modificar los esquemas disfuncionales, la terapia cognitiva estándar dispone de dos instrumentos técnicos fundamentales: el diálogo socrático y el descubrimiento guiado.

El diálogo socrático es un instrumento de uso en la sesión. Se trata de una serie de preguntas con las que el terapeuta intenta conducir al paciente hacia una actitud crítica frente a la tendencia a la preponderancia de sus esquemas.

Para llevarlo bien a cabo, un diálogo socrático requiere al menos tres elementos básicos. En primer lugar, no debe sonar jamás como si se tratara de un reto al paciente o un intento de cogerlo en falta. El clima interpersonal debe estar marcado por el empirismo colaborativo o, simplemente, por un serio y recíproco interés por la profundización de las dinámicas tratadas. En segundo lugar, para poder conducirlo eficazmen-

te, el terapeuta debe tener presente los sesgos cognitivos comunes, como la tendencia a extraer conclusiones generalizadas de elementos muy específicos (para este fin es muy útil la lista de los «errores» cognitivos de Beck y otros, 1979). Por último, el terapeuta debe mantener la importancia de probar las convicciones en el paciente. No se trata, para seguir con nuestros ejemplos, de empeñarse en el absurdo intento de demostrar al paciente que no es, o no será nunca, rechazado, o bien de apoyar su invulnerabilidad psicofísica. El objetivo es sacar a la luz el carácter difusivo y, en la mayoría de los casos, no pertinente de sus convicciones.

El descubrimiento guiado, lo mismo que el diálogo socrático, es un medio para alcanzar una modificación de los esquemas disfuncionales. Se compone de una serie de operaciones acordadas con el terapeuta con las que el paciente somete a control aquellas convicciones problemáticas que se han puesto de manifiesto. El «arte» del descubrimiento guiado consiste en tratar las convicciones del paciente como hipótesis científicas que han de ser comparadas con posibles hipótesis alternativas. La decisión entre las diferentes hipótesis requerirá, a su vez, la investigación atenta de evidencias.

De ahí que un aspecto fundamental para la eficacia del descubrimiento sea la definición de las alternativas dentro de las que se enmarcan los experimentos comportamentales. Para dar idea de la relevancia de este aspecto, tomemos como ejemplo los pacientes agorafóbicos que temen poder desmayarse o perder el control de sí mismos en circunstancias especiales. Si se les pregunta cómo puede ser que persistan estas convicciones a pesar de que el hecho temido no se haya producido nunca, la respuesta, casi invariable, suele ser: «Pues porque me digo que esta vez no ha pasado nada pero no puedo saber si la próxima me desmayaré o me volveré loco».

Esta respuesta revela el mecanismo de automantenimiento de la propia convicción. El paciente no comprueba nunca el supuesto, no se pregunta si el hecho de desmayarse o volverse loco es un temor real o subjetivo. El supuesto de fondo, es decir que tal riesgo existe, se da por descontado. Lo que se comprueba es si en esta circunstancia específica se producirá el hecho temido; de este modo, el temor se mantiene al margen de las evidencias contrarias. Para que la exposición a las situaciones temidas pueda resultar eficaz, el terapeuta debe entonces ayudar al paciente a redefinir los términos de la prueba. Sólo cuando esté claro para el paciente que

el test se desarrolla sobre la opción —amenaza real de perder el control frente a fantasía y miedo subjetivo—, las evidencias podrán ser utilizadas para reparar los contenidos del esquema disfuncional.

4.2. *La integración de la experiencia.* Como ha señalado Mancini (1996), la terapia cognitiva estándar representa un método creado con el objetivo específico de reducir la intensidad del sufrimiento emocional. Esto explica, entre otras cosas, por qué los desórdenes de elección a los que se aplicaba el enfoque estándar han sido, durante mucho tiempo, los trastornos de ansiedad y la depresión.

Según su opinión, esta caracterización corre el riesgo de pasar por alto otro aspecto fundamental de los desórdenes psíquicos: la naturaleza egodistónica de las experiencias problemáticas. Mancini se concentra en especial en las *akrasias* «fuertes», conductas problemáticas que un sujeto pone en marcha a pesar de reconocer el carácter explícitamente contraproducente y contrario al propio, y más conveniente, juicio. En casos como éste, el objetivo estratégico de la terapia se convierte en hacer corresponder los medios con los fines, es decir, integrar la conducta con los objetivos perseguidos por el individuo. Las modalidades propuestas por el autor no se alejan significativamente de las propias del enfoque estándar. La técnica utilizada puede considerarse una forma sofisticada de descubrimiento guiado cuyo foco de atención es la organización jerárquica de los objetivos, el análisis de los círculos viciosos y los procedimientos cognitivos y comportamentales que permiten superarlos.

Las *akrasias* fuertes representan, a nuestro parecer, una subclase particular de no integración. Ya hemos tenido la ocasión de observar que el desorden puede manifestarse bajo forma de un defecto de experiencia emocional, en vez de un exceso. Las técnicas propuestas por los autores canadienses (Greenberg y Safran, 1987) constituyen un medio para integrar, a través del proceso de síntesis emocional, la experiencia de estados emocionales inhibidos y así favorecer la integración general de la conducta.

Esta técnica terapéutica tiene dos puntos cardinales: la atención focalizada en las actitudes no verbales expresivo-motoras del paciente y en los estados internos de respuesta del terapeuta, y la intervención explícita dirigida a ayudar al paciente a reconocer la naturaleza de la emoción presente en ese momento. Por ejemplo, un paciente dice sentir ansiedad

y, sin embargo, la expresión de la cara, el tono de voz, la actitud corporal indican, más bien, una sorda irritación, una ira disfórica no reconocida como tal. El terapeuta experimenta a su vez un sentimiento de irritación; tiene la impresión de que el paciente critica su relación, aunque no pueda deducirse del contenido verbal. El terapeuta pide entonces al paciente que describa las sensaciones que experimenta en ese momento para intentar aclarar la naturaleza de la experiencia emocional en curso. El paciente se detiene, en especial, en la sensación de tensión muscular y de inquietud motora. Por último, el terapeuta declara que las sensaciones del paciente parecen corresponder a un estado de ira, que incluso la expresión de la cara parece irritada y que esto podría explicar por qué al comienzo de la sesión había tenido la impresión de que el paciente quería criticar la terapia. En ese punto, el paciente reconoce experimentar una sensación de impotencia furiosa que intentaba evitar también por temor a que pudiera comprometer la terapia.

Este tipo de intervenciones permite, por un lado, interrumpir un ciclo interpersonal desadaptativo (Safran y Segal, 1990) y, por otro, discutir las convicciones y los esquemas que inhiben una relación más directa con las emociones básicas.

El objetivo estratégico, en cualquier caso, es conseguir que el paciente alcance una sensación general de integración de la experiencia en la que exista coherencia entre pensamientos, emociones y tendencias a la acción.

En este caso, el objetivo del control cognitivo de estas experiencias supone el paso siguiente. Hay que señalar que las técnicas de terapia estándar resultan a menudo ineficaces si el paciente no expresa realmente la experiencia problemática. Por ejemplo, un paciente con ataques de pánico describía sus inquietantes experiencias corporales y los aterradores pensamientos de muerte que acompañaban a sus ataques con un tono marcadamente autoirónico y luciendo una fabulosa sonrisa hollywoodiana. El carácter no integrado de la experiencia se apreciaba, sin embargo, en la expresión asustada de los ojos, que desmentía la alegría de su sonrisa. Sólo tras reconocer en la sesión su miedo y su preocupación y hablar sobre lo avergonzado que se sentía por mostrarse tan asustado, el paciente pudo sacar provecho de las autoaseguraciones que ya anteriormente se dirigía.

Un tercer modo de entender la integración como objetivo estratégico de la psicoterapia tiene que ver con el sentido de coherencia de uno mismo

dentro de una continuidad histórica. En cierto modo, este objetivo viene impuesto por la realidad clínica en el caso de los desórdenes disociativos que, por definición, están formados por trastornos «de la conciencia, la memoria y la identidad» (DSM-IV APA). En este caso, el resultado de la mejora general de las *funciones* metacognitivas es la integración terapéutica, y esas funciones representan el objetivo principal del tratamiento.

La integración de las experiencias problemáticas y egodistónicas dentro de una percepción de coherencia y continuidad de sí mismo es, por el contrario, el objetivo principal de los enfoques posracionalistas (Guidano, 1991) y narrativos (Gonçalves, 1994). Los medios adoptados para este fin consisten, en primer lugar, en solicitar al paciente que focalice los supuestos perturbadores de experiencia inmediata, ayudándole a discriminar los diferentes componentes y a diferenciarlos de las explicaciones explícitas que les da; en segundo lugar, en solicitar al paciente que reconstruya, a través del análisis de escenas prototípicas, su historia afectiva determinada por la aparición y la modificación de experiencias problemáticas. El resultado progresivo de este trabajo es una reorganización de las estructuras de uno mismo que permita reintegrar y dar sentido y continuidad a las experiencias perturbadoras.

4.3. *Complejidad cognitiva y dinámica evolutiva del sistema cognitivo.* En la tradición constructivista, el desorden se concibe como un bloque en la dinámica espontánea evolutiva de un sistema cognitivo.

Hemos visto cómo expresó Kelly (1955) esta convicción cuando definió el desorden como una construcción que sigue utilizándose a pesar de haberse invalidado en repetidas ocasiones. Según esta concepción, la dinámica fisiológica de un sistema cognitivo evoluciona constantemente hacia nuevas construcciones de los sucesos. De este modo, el sistema tiende a un incremento constante de la complejidad. Si el sistema no logra evolucionar, a pesar del estímulo de nuevos sucesos, se habla de desorden. La complejidad cognitiva se define por el número de elementos y subconjuntos de elementos que la componen (diferenciación), por el número de relaciones entre los elementos (integraciones) y de relaciones de orden que se establecen entre los elementos. Según esta concepción, típica de la *psicología de los constructos personales*, el concepto de desorden plantea un problema dinámico y otro de índole estructural. El sistema no evoluciona, y no lo hace en términos de incremento de la comple-

alidad estructural. La escasez o los defectos en la estructura son, desde la óptica de la psicología de los constructos personales, no sólo el efecto, sino la causa profunda del desorden. De hecho, las estructuras menos diferenciadas y escasamente integradas son las que encuentran mayor dificultad en elaborar hechos invalidantes y las que, por consiguiente, recurren en estos casos a estrategias cognitivas posteriormente desadaptativas, capaces de provocar después empobrecimientos en la estructura (Lorenzini y Sassaroli, 1995). Si el desorden está provocado por un bloqueo en la evolución dinámica del sistema de constructos, el objetivo de la psicoterapia se dirigirá, para la psicología de los constructos personales, hacia la superación del bloqueo y la reanudación de la dinámica. Además, dado que el bloqueo depende de la diferenciación o integración del sistema de constructos, la reanudación de la dinámica dependerá del incremento de las complejidades estructurales. En la práctica, para la psicoterapia de los constructos personales los dos objetivos —dinámico y estructural— coinciden. Es habitual en esta tradición clínica elegir las técnicas dependiendo del diagnóstico estructural.

Los psicoterapeutas de la psicología de los constructos personales aplican, en este sentido, el lema «rigor en el encuadramiento teórico-conceptual del caso, eclecticismo y flexibilidad en la técnica». Desde esta perspectiva, no dudan en hacer uso de técnicas tomadas de otros enfoques. Por ejemplo, si se trata de atenuar estructuras excesivamente rígidas pueden recurrir a técnicas como la libre asociación o la imaginación guiada; si se trata de llegar a una mayor integración del sistema que permita previsiones más definidas y precisas, pueden recurrir a técnicas comportamentales o cognitivo-comportamentales.

En la misma dirección, pero con una especial atención a la dimensión narrativo-discursiva, se mueve el enfoque constructivista de la escuela catalana. También para Villegas (1993), «la psicopatología puede considerarse una crisis no resuelta y la psicoterapia una intervención de orden noético-práctico dirigida a la solución». Los problemas psicológicos, subraya el autor, se verían como «desadaptaciones funcionales en las personas, resultado de conflictos simbólicos, cuya superación exige cambios evolutivos en la organización psíquica y reestructuraciones en las interacciones sociales».

Recordemos que, para Villegas (1993), la complejidad de la organización psíquica se expresa mediante el uso integrado de los diversos niveles,

cognitivos y morales diferenciados por Piaget. El objetivo de la psicoterapia es, por tanto, favorecer el funcionamiento hacia niveles de complejidad creciente que el sujeto pueda utilizar para afrontar crisis y dilemas existenciales. Los medios utilizados para tal fin son las estrategias discursivas en la conversación y las estrategias deconstructivas y reconstructivas que permiten revisar las bases sobre las que se sostiene el aparato epistemológico del sujeto, reformular el significado de los dilemas ético-sociales en los que se debate y explorar nuevas alternativas ideoprácticas con las que controlar los conflictos y dilemas existenciales.

4.4. *Las funciones cognitivas.* Los objetivos terapéuticos hasta aquí desarrollados tienen que ver con contenidos y estructuras. Modificar un esquema disfuncional interviniendo sobre la ideación automática es, en última instancia, una intervención dirigida a cambiar algunos contenidos específicos mentales que se cree que desarrollan un papel crucial en la génesis y el mantenimiento de las psicopatologías. Intentar hacer más complejo un sistema de constructos para permitir la gestión de invalidaciones significativas es un objetivo que concierne al modo en que se organizan estructuralmente los significados personales. Sin embargo, en las patologías más graves, además de los problemas de contenido y estructura, nos encontramos frente a modalidades de organización de los procesos mentales que indican desórdenes en las *funciones* de la mente, básicas o de orden superior. La aproximación al paciente «difícil» (Perris, 1994) añade, por tanto, a los objetivos tradicionales de la psicoterapia cognitiva el de mejorar y compensar los déficits funcionales.

Los enfoques funcionales pueden distinguirse según se encaminen principalmente a una mejora de las funciones básicas o a una mejora de las funciones de orden superior. En el primer caso, el método adoptado consiste esencialmente en un enfoque de tipo pseudoeducativo; en el segundo caso, en un enfoque propiamente psicoterapéutico (Procacci, 1998). Conviene precisar, sin embargo, que casi todos los autores que han tratado la psicoterapia del paciente grave subrayan la importancia de los elementos pedagógicos y psicoeducativos dentro de la terapia, o sugieren, cuando sea posible, la inclusión del tratamiento psicoterapéutico.

La intervención psicoterapéutica dirigida a mejorar las funciones cognitivas de orden superior se conoce también como «enfoque metacognitivo». Profundizaremos en este tipo de enfoque después de presentar

al lector, en el capítulo 7, los conceptos que definen en el campo clínico la función metacognitiva. Aquí nos limitaremos a señalar que el tratamiento de los pacientes graves ha introducido al menos tres cambios de importancia: una sofisticación de la teoría de la relación terapéutica y de su gestión técnica, una ampliación (de dos años, de media) de los plazos de la terapia estándar y una acentuación de las características de concrectismo y simplicidad de las intervenciones técnicas acompañada de una valoración de los componentes pedagógicos del tratamiento.

## CAPÍTULO 5

### LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

#### 1. Premisa

En este capítulo afrontaremos dos cuestiones generales relativas a la relación terapéutica: cómo describir los sucesos relevantes de la relación y cómo describir el efecto terapéutico de la propia relación. La primera cuestión se refiere a lo que podríamos definir como una teoría de los hechos y los sucesos, la segunda a una teoría del tratamiento. En la primera parte del capítulo, volveremos a los conceptos con los que los terapeutas cognitivos han intentado describir la relación, en la segunda mencionaremos brevemente las diversas teorías del tratamiento e intentaremos encuadrarlas desde una óptica unitaria, partiendo de los procesos cognitivos que el paciente pone en marcha en la relación terapéutica.

#### 2. La teoría de los hechos: sistemas motivacionales, esquemas y ciclos interpersonales

El autor de este libro ha defendido muchas veces que la teoría psicoanalítica del *transfert* y del *contratransfert* representa el mayor punto de convergencia entre psicoanálisis y enfoque cognitivo (Semerari, 1990; 1991; 1996).

Las estructuras mentales prototípicas con las que cada uno de nosotros organiza la experiencia de las relaciones significativas, que Freud (1912) llama «cliché», coinciden ampliamente en la actualidad con el concepto de esquema interpersonal. Quizá, en la concepción originaria del *cliché* freudiano existía —respecto a la noción actual de esquema— un algo excesivamente fijo y rígido, casi como si se tratase de la pura y simple repetición de los sucesos pasados. Sin embargo, este aspecto ha sido corregido por el psicoanálisis contemporáneo y por los otros enfoques psicoterapéuticos y, en su planteamiento general, esta idea freudiana con-