

LO COGNITIVO EN PSICOTERAPIAS COGNITIVAS UNA REFLEXIÓN CRÍTICA

Isabel Caro

Isabel Caro Gabalda es Catedrática en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia.

La Psicología como profesión tiene diversas vertientes que inciden en la multiplicidad de papeles que un psicólogo

puede ocupar y en su estatuto actual. Una de esas vertientes es, sin ninguna duda, la vertiente *clínica*. La Psicología ofrece una amplia serie de teorías que a través del variado campo de los tratamientos psicológicos, junto a sus correspondientes “tecnologías”, facilitan el abordaje terapéutico de los diversos problemas que aquejan a los seres humanos.

Entre la serie de tratamientos psicológicos, me ocuparé en este trabajo de uno de ellos: las psicoterapias cognitivas. Por decirlo muy brevemente, las psicoterapias cognitivas son *populares* y tienen tal nivel de desarrollo que existe prácticamente un tipo de terapia cognitiva para cada uno de nosotros: como terapeutas o como pacientes. Ahora bien, el objetivo de este trabajo no es esbozar sus posibilidades clínicas, sino reflexionar sobre el substrato teórico y sobre algunas de las alegaciones de las psicoterapias cognitivas. Dada la amplia variedad en el campo que impide hacer las mismas consideraciones, conviene centrarse en uno de los enfoques más populares y el que, sin duda, ha recibido mayor divulgación, exposición, estudios de eficacia, etc.: el *modelo de Beck*. De manera, que en este trabajo cuando hablo de modelo cognitivo me refiero a la terapia cognitiva de Beck.

Si la terapia cognitiva se presentó como un modelo innovador en el campo de los tratamientos psicológicos puede ser interesante centrarse en aquellos elementos que lo caracterizan como modelo terapéutico frente a los otros existentes en el campo. Para ello intentaré focalizarme

en sus bases teóricas haciendo una mención especial a las raíces y justificaciones “históricas” del modelo de Beck. Con ello me refiero a que me centraré en los elementos principales del modelo de Beck que lo definen en su surgimiento y planteamientos iniciales y que se siguen manteniendo en la actualidad.

En este sentido, hay un supuesto repetido y sobredimensionado, que alega que los modelos cognitivos de reestructuración, básicamente el modelo de Beck (aunque también el de Ellis, véase Meichenbaum, 1995), están basados sobre la teoría del procesamiento de la información y la psicología cognitiva en general. Esto es difícil de mantener y de ello me ocuparé ante todo en este trabajo.

Por cuestiones de espacio, obviaré el tema de sus desarrollos, pero terminaré centrándome en cuestiones actuales, intentando, con ello, señalar algunas incongruencias del modelo cognitivo.

Para todo ello, primero, se debe dar respuesta a la pregunta: *¿por qué es cognitiva la psicoterapia cognitiva?*

¿Por qué llamamos cognitiva a la psicoterapia cognitiva?

Beck, que practicaba el psicoanálisis, comenzó a interesarse por la terapia cognitiva cuando trataba a una paciente: Lucy. Según Beck (1997) cuando exploró cómo se sentía Lucy durante la sesión surgió un pensamiento que le pareció importante: “estoy aburriendo al Dr. Beck”. Este pensamiento era repetitivo y aparecía en otras áreas de su vida, en relación a otras personas. Para Lucy, pensar que aburría a los demás se asociaba con ansiedad. A partir de allí, Beck comenzó a preguntar (durante las asociaciones libres) a sus pacientes: “¿Qué otros pensamientos tienes ahora?” Parece, pues, que conocer el contenido de lo que pasaba por la cabeza de un paciente llevó al desarrollo de un nuevo modelo de terapia, focalizado, inicialmente, en la depresión.

En sus primeros trabajos sobre el tema, tanto artículos (Beck, 1963, 1964) como libros (Beck, 1967/1972, 1976) un elemento clave estribaba en la defensa, por parte de Beck, de un modelo de terapia al que llamó “cognitivo” y que buscaba la explicación y tratamiento de la depresión desde perspectivas diferentes a las contemporáneas. Lo dice claramente en el mismo inicio de su artículo de 1963: *Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions*:

“Los trabajos clínicos y teóricos que se centran en los correlatos psicológicos de la depresión han utilizado, ante todo, un modelo motivacional-afectivo para categorizar e interpretar la conducta verbal de los pacientes. Los procesos cognitivos como tales han recibido muy poca atención con la excepción del punto en que estuvieran relacionados con variables tales como la hostilidad, la oralidad o la culpa” (pág. 324).

Vemos, pues, el interés de Beck en explicar esos procesos cognitivos, como algo distintivo y diferente de lo propuesto hasta la fecha. Su papel lo desarrolla, fundamentalmente, en el artículo que sigue al de 1963 y que se titula *Thinking and depression. II. Theory and therapy*. Ya en la primera página de este trabajo (Beck, 1964, pág. 561) expone que “la hipótesis principal a desarrollar es que *ciertas estructuras cognitivas idiosincrásicas (esquemas), se hacen prepotentes durante la depresión, dominan los procesos de pensamiento, y conducen a distorsiones cognitivas*”. En este trabajo aparecen, pues, algunos de los elementos claves de su modelo: esquemas, distorsiones cognitivas, y esboza la famosa tríada cognitiva de la depresión.

Podemos datar la propuesta definitiva sobre la terapia cognitiva en su trabajo de 1976. Al final de éste (Beck, 1976, pág. 337) dice: “En conclusión, el peso de la evidencia sobre la terapia cognitiva parece garantizar la admisión del recién llegado en el ruedo de la controversia”. Esta fecha parece la definitiva, pues a ella hace mención Beck 15 años después (Beck, 1991).

Definiciones de terapia cognitiva hay muy diversas (véase, Caro, 2007, 2011), pero prefiero ceñirme al trabajo de Beck. Así, en 1976 en su texto *Cognitive therapy and the emotional disorders* hace un esbozo de definición. Aunque largo reproduzco parte de estos párrafos. Dice Beck (1976, págs. 19-20):

“La formulación de los problemas psicológicos en términos de premisas incorrectas y de una predisposición a experiencias imaginarias distorsionadas representa una clara desviación de las formulaciones generalmente aceptadas de los trastornos psicológicos”..... La irracionalidad puede comprenderse en términos de inadecuaciones en organizar e interpretar la realidad.

Los problemas psicológicos no son necesariamente el producto de fuerzas misteriosas, impenetrables, sino de procesos comunes como el aprendizaje defectuoso, hacer inferencias incorrectas sobre la base de una información inadecuada o incorrecta, y no distinguir adecuadamente entre imaginación y realidad. Además, el pensamiento puede ser poco realista porque se deriva de premisas erróneas; la conducta puede ser auto-destructiva porque se basa sobre actitudes poco razonables.

Así, los problemas psicológicos se pueden dominar perfeccionando las discriminaciones, corrigiendo conceptualizaciones erróneas y aprendiendo más sobre actitudes más adaptativas. Ya que la introspección, el insight, la comprobación de la realidad, y el aprendizaje son básicamente procesos cognitivos, he denominado terapia cognitiva a este enfoque sobre las neurosis (Beck, 1967, pág. 318).”

Si juzgamos por lo expuesto en este párrafo, con su propuesta, Beck pretende separarse y criticar al modelo freudiano por su insistencia en motivaciones inconscientes, asumiendo como cognitivas una serie de cuestiones. Considera que un modelo cognitivo se centra en los problemas derivados de la no adecuación de lo que pensamos con la realidad y en hacer inferencias (que serían un tipo de distorsión cognitiva) basándose en una mala información. El cambio va a ser un cambio cognitivo que, mediante la introspección, ofrece nuevos insights consecuencia de las comprobaciones en la realidad. Se deduce la visión del ser humano como un científico que genera teorías y conceptualizaciones erróneas que debe mejorar.

Resumiendo su trabajo anterior y basándose en él, Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) dan la siguiente definición, empleando términos (por ejemplo, activo, directivo, etc.) que luego van a divulgar todos sus seguidores. La definición dice (en Beck y cols., 1979, pág. 3):

“La terapia cognitiva es un enfoque estructurado, activo, directivo y con límite temporal empleado para tratar una variedad de trastornos psiquiátricos (por ejemplo, depresión, ansiedad, fobias, dolor, etc.). Se basa en una formulación teórica subyacente que plantea que el afecto y la conducta de un individuo están sobre todo determinadas por la forma en que estructura el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones (“acontecimientos” verbales o pictóricos en su flujo de conciencia) se basan sobre las actitudes o supuestos (esquemas), desarrollados a partir de experiencias previas”.

Si asumimos que con el lenguaje estructuramos el mundo, y nos comunicamos y hacemos llegar a los demás aquello que queremos que les llegue, ¿qué comunicaba Beck cuando proponía el modelo cognitivo?

Cuestiones de etiquetado

Echando un vistazo a sus primeros trabajos sobre el tema, vemos que, para Beck, son importantes, por ejemplo, cuestiones relacionadas con procesos de pensamiento, deterioro del pensamiento, cognición, distorsión cognitiva y distorsión de la realidad, desviación del pensamiento lógico o realista, o errores conceptuales, por ejemplo (Beck, 1963). En 1964 sigue empleando términos afines, como procesos de pensamiento, distorsiones y estructuras, cómo se estructura la experiencia, esquemas, patrones de pensamiento, validez de la cognición, etc.

En función de lo anterior parece que, para Beck, la cognición es ante todo aquello que nos decimos a nosotros mismos, lo que se considera más adelante como pensamientos automáticos (Beck y cols., 1979). Aunque inicialmente parece haber una identificación entre cognición y

todo aquello que nos decimos a nosotros mismos, con posterioridad se incluye bajo la etiqueta de cognición a cualquier “acontecimiento” verbal o pictórico en el flujo de la conciencia (Beck y cols., 1979). Cognición sería tanto decirse: “Tengo miedo a tener un accidente de avión”, como imaginarse dentro de un avión que tiene problemas.

Cuando Beck habla de *lo cognitivo* lo hace tomándolo como un sustantivo, lo que sería la “cognición” y como adjetivo, es decir, “modelo cognitivo”, “terapia cognitiva”, “técnicas cognitivas”, “procesos cognitivos”, etc.

Como sustantivo Beck define claramente la cognición como “un pensamiento específico, tal y como una interpretación, una auto-orden o la auto-crítica. El término se aplica a deseos (como los deseos suicidas) que tienen contenido verbal” (Beck, 1963, pág. 326). En el trabajo siguiente identifica pensamiento con cognición y la refiere a “cualquier actividad mental que tenga un contenido verbal; lo que incluye no sólo ideas y juicios sino auto-instrucciones, auto-críticas, o deseos verbalmente articulados” (Beck, 1964, págs. 562-563).

¿Qué cercanía mantiene este punto de vista sobre la cognición como sustantivo con el uso del término en la literatura psicológica? Para ello emplearé el texto clásico de Moroz (1972). En su trabajo, titulado *The concept of cognition in contemporary psychology* revisa el concepto de cognición. Para Moroz “cognición” significa “conocimiento”. “Cognición” y “procesos cognitivos” no tienen un estatuto sistemático en psicología que se pueda comparar al del aprendizaje o la percepción, por ejemplo, ya que se usan de muy diversas maneras. Me parece interesante la siguiente definición: “cognición es conocimiento, y los estudios cognitivos son estudios sobre qué y cómo conoce la gente: cómo agrupamos, categorizamos, almacenamos, utilizamos, comunicamos conocimiento (Harvard University, *The Center of Cognitive Studies*, 1965, p.3, citado en Moroz, 1972).

Siguiendo esta definición clásica, vemos que el modelo de Beck, *en sus orígenes*, hace un planteamiento bastante restrictivo sobre el concepto de cognición, reduciéndolo a contenido verbal (o pictórico), quitándole la posibilidad de hacer una teoría sobre el conocimiento humano, es decir, lo que podríamos considerar una teoría *propia*mente *cognitiva*. Esto no deja de ser importante cuando estamos empleando una terapia de tipo cognitivo.

Como adjetivo, Beck se refiere claramente a *procesos cognitivos* (distorsiones cognitivas) y a *estructuras cognitivas* (esquemas). Los primeros están implicados en el pensamiento desviado, son errores sistemáticos, desviaciones del pensamiento lógico o realista y los segundos serían actitudes, creencias y supuestos que influyen en como un individuo se orienta hacia una situación, reconoce y etiqueta las características destacadas y conceptualiza la experiencia (Beck, 1963, 1964).

Volviendo al trabajo de Moroz (1972) citado anteriormente, cognitivo puede referirse a un enfoque de la psicología o a una teoría de la psicología (tal y como luego expondré) y a un tipo de proceso psicológico, o un aspecto de un proceso psicológico. Parece ser que el modo más habitual de utilizarlo es como *proceso cognitivo*. Para Moroz los criterios para denominar a un proceso “cognitivo” serían variados, pero me voy a centrar en una definición. Leeper (1951, citado en Moroz, 1972) da una definición amplia y considera que “los procesos cognitivos incluyen todos los medios mediante los cuales un individuo se representa cualquier cosa o emplea las representaciones como medios para guiar su conducta”. Si como considera Moroz (1972) los procesos cognitivos son parte de un sistema organizado o estructura cognitiva, podríamos afirmar que el sentido que le da Beck a las estructuras y procesos cognitivos se aviene mejor al existente en la literatura psicológica previa.

A pesar de esta diferenciación inicial entre cognitivo como sustantivo y como adjetivo en un trabajo posterior emplea el término “cognición” (entre comillas) y lo hace citando el trabajo de Broadbent y de Neisser. Así, para Kovacs y Beck (1978, pág. 525) la “cognición sería un término amplio que se refiere tanto al contenido del pensamiento, como a los procesos implicado en éste”. Recoge con posterioridad (Beck, 1991) esta cuestión para ir más allá de la identificación cognición-pensamiento automático, considerando a la cognición como un nombre singular que se refiere a varios procesos del procesamiento cognitivo o de la información, como la percepción, la interpretación, o el recuerdo. En este sentido, incluiría un componente de un sistema circular (cognición, afecto, motivación). Esta definición se puede relacionar con el primer uso del término “cognición” en función de la división tripartita clásica de la mente entre cognición, conación y afecto. Así, cada uno de estos términos se relaciona con una función o una “facultad” de la mente; siendo, pues, la “cognición” la facultad implicada en el conocimiento (Moroz, 1972).

Una cuestión a resaltar es que el grupo de Beck ha dado, como vemos por lo anterior, diversas versiones de lo que considera la “cognición”. En este sentido, es significativo que Beck y su grupo en su descripción del modelo cognitivo de la depresión comenten que la terapia cognitiva usa el término “cognición” no como si estuviera en relación con una “maquinaria” estática dentro de la persona, sino como el compromiso de la persona con el mundo en general (Clark, Beck y Alford, 1999).

Un breve resumen: qué plantea el modelo cognitivo

Las metas y alcance de la terapia cognitiva aparecen claramente en los primeros escritos del grupo. Estas metas no han variado y siguen siendo el eje y el foco de todo el trabajo cognitivo. Por ejemplo, Beck, y cols. (1979) cuando hablan sobre la terapia cognitiva nos presentan a un paciente que debe comportarse y aprender en terapia una serie de actitudes que le faciliten el distanciamiento comprensivo y la alternancia en

su pensamiento, o lo que podríamos decir de otra manera: que se comporte como un científico. Por ejemplo, se señala (en Beck y cols., op. cit., pág. 4) que el paciente se enfrenta a una serie específica de experiencias de aprendizaje que le enseñan a: 1) Monitorizar sus pensamientos (cogniciones) automáticos, negativos; 2) Reconocer las conexiones entre cognición, afecto y conducta; 3) Examinar la evidencia a favor o en contra del pensamiento automático distorsionado; 4) Substituir las cogniciones sesgadas por interpretaciones más orientadas a la realidad; y, 5) Aprender a identificar y alterar sus creencias disfuncionales que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Una anécdota que relata Beck (1997) refleja de forma sencilla el alcance del modelo cognitivo. Preguntado Beck, por un taxista, sobre la conferencia que iba a dar, éste le dijo: "tiene que ver con cómo la gente se habla a sí misma". El taxista le respondió "oh, pensaba que ése era el motivo principal por el que acudían al psiquiatra". A lo que Beck le respondió, "sí, pero les enseñamos cómo responderse".

Psicoterapia cognitiva y Psicología Cognitiva: una primera reflexión crítica

Es conveniente que consideremos el marco de la Psicología Cognitiva para entender algunos de los supuestos de las psicoterapias cognitivas. El aspecto fundamental a destacar es que no se pueden identificar y sobre todo, que no podemos alegar que la terapia cognitiva esté basada o se haya desarrollado a partir de la Psicología Cognitiva. Desarrollaré esta idea a continuación.

Esta adscripción se basa en una asunción del etiquetado, junto con algunos términos propios del campo de la Psicología Cognitiva, pero poco más. Poco más si juzgamos el nivel de desarrollo y extensión de las Psicoterapias Cognitivas y de la propia Psicología Cognitiva.

El paradigma cognitivo, de Psicología Cognitiva, surgió en los años 50 del siglo pasado. El momento exacto, según uno de sus proponentes fue el 11 de septiembre de 1956 el segundo día de un simposium organizado en el MIT (Massachusetts Institute of Technology) por el "Grupo de Interés Especial en la Teoría de la Información" (Miller, 2003). Planteada, por lo general, como una revolución (Dember, 1974; Miller, 2003) esta adscripción no ha dejado de estar libre de polémica. Es decir, ¿es revolucionaria la psicología cognitiva? (Greenwood, 1999; Mandler, 2002). La psicología siempre se ha centrado en conceptos cognitivos para entender la conducta humana, tal y como podemos deducir de los trabajos de James, Donders, Ebbinghaus o Freud (Delclaux, 1982; Operario y Fiske, 1999).

La Psicología cognitiva surgió con trabajos propios sobre procesamiento de la información, la teoría de sistemas y la cibernética, la inteligencia artificial, la epistemología evolutiva, la lingüística generativa, la

psicología soviética (Vygotsky), etc. Desde este punto de vista es un modelo típicamente interdisciplinar (Thagard, 2012). Existen excelentes, y clásicas, revisiones en nuestro contexto y a ellas remito al lector (Delclaux y Seoane, 1982; de Vega, 1984; Caparrós, 1980; Mayor, 1985).

En mi opinión el modelo cognitivo de terapia se benefició de un *espíritu de la época* que permitió que se hablara de viejos términos que habían quedado arrinconados por el conductismo más clásico. Puedo inferir que para el uso de la etiqueta “psicoterapia cognitiva” fue importante que a la vez que Beck y Ellis publicaban sus primeros trabajos sobre el modelo cognitivo se estuvieran publicando otros textos calificados, igualmente, de cognitivos, y dentro de una tradición experimental. En el Cuadro 1 aparece una breve pincelada sobre estas coincidencias, en modo alguno exhaustiva.

Cuadro 1
Algunas publicaciones fundacionales en psicología cognitiva y psicoterapias cognitivas

Publicaciones fundacionales en Psicoterapias Cognitivas	Publicaciones fundacionales en Psicología Cognitiva
<ul style="list-style-type: none"> * 1958: Ellis, “Rational Psychotherapy”, <i>Journal of General Psychology</i> * 1962: Ellis, “Reason and emotion in psychotherapy” * 1963: Beck, “Thinking and depression. I”, <i>Archives of General Psychiatry</i> * 1964: Beck, “Thinking and depression. II”, <i>Archives of General Psychiatry</i> * 1967: Beck, “Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects” 	<ul style="list-style-type: none"> * 1956: Bruner, Goodnow, Austin, “A study of thinking” * 1956: Chomsky, “Three models for the description of language” * 1956: Miller, “The magic number seven, plus or minus two” * 1956: Newell y Simon, “The logic theory machine: a complex information processing” * 1960: Miller, Galanter, Pribram, “Plans and the structure of behavior” * 1967: Neisser, “Cognitive Psychology”

En un sentido parecido se pronuncia la profesora Ibáñez (1990, pág. 12):

“Es decir, la mayoría de las *terapias cognitivas clásicas* son de la misma época o anteriores a la aparición como *ciencia normal* de la Psicología Cognitiva, y la única aportación importante que ésta supuso para ellas fue el permitirles incorporarse al campo de la ciencia, al admitir el cognitivismo la existencia de procesos mentales capaces de regular la conducta del sujeto humano. Por otro lado, los cambios habidos dentro del propio concepto de *ciencia*, les permitió evadir el presupuesto de contrastación empírica que durante tiempo las había mantenido alejadas de los planteamientos *científicos*”.

Beck ha hecho numerosas referencias a que su modelo está basado en la Psicología Cognitiva y más en concreto en el procesamiento de la información y a ellas me iré refiriendo a lo largo de este trabajo. Por ejemplo, recientemente Beck (2005) afirma que el enfoque cognitivo original sobre la psicopatología estaba basado sobre el procesamiento de la información. Y para desarrollar esta cuestión resume parte de lo expuesto en su trabajo de 1964 (*Thinking and depression*) sobre las distorsiones cognitivas a la hora de construir la realidad. Hay que hacer constar que en este artículo pionero no hay ningún comentario explícito al procesamiento de la información, aunque sí a las distorsiones cognitivas y a los esquemas y a su influencia en la psicopatología. Pero dejaré para un apartado siguiente la cuestión del procesamiento de la información y me detendré en desarrollar la ausencia de relación entre terapia cognitiva y psicología cognitiva, de forma más general.

Como acertadamente plantea Dowd (2002), precisamente desde dentro del modelo cognitivo, se necesita mucho esfuerzo y trabajo para conectar dos campos que han estado sorprendentemente separados: la Psicología Cognitiva y la Psicoterapia Cognitiva. Así, sigue diciendo Dowd (op. cit.) la Psicología Cognitiva, por ejemplo, podría informar a los psicoterapeutas cognitivos sobre los mecanismos y la resistencia al cambio conductual y psicológico (véase, por ejemplo, Dowd y Courchaine, 1996).

Más radical sobre esta débil conexión entre Psicología Cognitiva y Psicoterapia Cognitiva es Pilgrim. Como comenta Pilgrim (1997) en su revisión crítica de las Psicoterapias Cognitivas ni Beck, ni Ellis, se basaron sobre el cognitivismo cuando desarrollaron sus terapias. Dice, "sus libros no contienen referencias a la ciencia cognitiva" (Pilgrim, op. cit., pág.,17). Aunque matiza un poco esta cuestión en relación al modelo de Guidano y de Ryle, concluye que dentro de la Psicología académica no hay relación (o la hay, pero muy escasa) entre terapia cognitiva y cognitivismo. Esto es fácil de comprobar por cualquiera.

Aunque hay referencias escasas, algunas hay. Es decir, la afirmación de Pilgrim hay que matizarla. Ellis (1962) en uno de sus textos fundacionales, cita, por ejemplo, a Shannon (*The mathematical theory of communication*); a Bartlett (*Thinking*, 1958); a Bruner, Goodnow y Austin, (1956, *A study of thinking*); a Piaget y cita la Psicología Cognitiva refiriéndose a Piaget, Bartlett y a la cibernética. Aunque podemos incluir a Kelly en una perspectiva humanista (Rychlak, 1973), su influencia en el modelo cognitivo es notable. Así aparece citado en Ellis (1962).

El caso en Beck (al menos en sus trabajos fundacionales) es más cercano a la impresión que comenta Pilgrim (1997). Beck, en 1964 y 1967, cita el estudio de sistemas cognitivos, y hace mención a la obra de Bruner, Festinger, Osgood, Piaget y Kelly, así como de Ellis. Beck cita a Kelly en 1976, en su texto, *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Pero no hay ninguna otra cita cognitiva en él. Esto es así en sus

primeros trabajos, aunque en trabajos posteriores aparecen referencias a textos del grupo de Ingram que desarrolla un modelo clínico basado sobre el procesamiento de la información (véase, por ejemplo, Ingram, 1984, 1986).

Si revisamos sus trabajos fundacionales (Beck, 1963¹, 1964, 1967, 1976, incluso el de 1979 de Beck, Rush, Shaw y Emery) lo que plantea Beck es superar las insuficiencias del psicoanálisis y de la terapia de conducta. Hace esto, curiosamente, alegando que proponentes de los modelos que él pretende superar (junto al modelo humanista) ya estaban dando importancia a las ideas de las personas, al resultado de su introspección, de sus observaciones sobre sí mismas y de sus planes para solucionar problemas (véase, por ejemplo, el modelo de Adler, en Ávila y Cabello, 2004). Beck (1976), por ejemplo, cita, en este sentido, el trabajo clásico de S. Arietti sobre la cognición como La Cenicienta de la psiquiatría.

No parece, pues, que hubiera una base sólida del modelo de Beck en la Psicología Cognitiva. Pero lo importante es que esta conexión aparece señalada claramente y además referida en diversos trabajos a los que me iré refiriendo. Por ejemplo, analicemos el trabajo de Hollon y Garber (1990). Hollon es un notable colaborador de Beck. Junto a él Beck publicó, por ejemplo, el capítulo en el volumen enciclopédico, *Handbook of psychotherapy and behavior change*, sobre terapias cognitivas y cognitivo-conductuales (véase Hollon y Beck, 1994).

Dicen Hollon y Garber (1990, pág. 59): “En particular, este enfoque se ha derivado fuertemente de la investigación básica en psicología cognitiva y social (Kahneman, Slovic y Tversky, 1982; Kelley, 1973; Miller, Galanter y Pribram, 1960; Nisbett y Ross, 1980; Schachter y Singer, 1962)”.

Esta afirmación puede comprobarse fácilmente por cualquiera que tenga a su alcance los libros de Beck. Consideremos, por ejemplo, como primer libro clave, el de 1976, *Cognitive therapy and the emotional disorders*, por estar desarrollado plenamente su enfoque terapéutico frente al de 1967. En este libro podemos comprobar que Beck no cita a los autores resaltados por Hollon y Garber (1990). Así, ni cita a Miller, Galanter y Pribram (véase cuadro 1), ni el trabajo de Kelley de 1973, ni el de Schachter y Singer de 1962. Tampoco lo hace en sus trabajos de 1963 y 1964. Y, si se me permite la broma, no puede citar por cuestión temporal el trabajo de Kahneman, Slovic y Tversky de 1982 ni el de Nisbett y Ross de 1980. Tampoco hay ninguna cita a psicología cognitiva en las referencias bibliográficas de su importante manual de tratamiento de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

¹Trabajo éste que considera fundacional en una entrevista en el Bethlem y Maudsley Gazette de 1989.

Esta adscripción parece, pues, más nominal que otra cosa. De conveniencia, diría yo. Es decir, aunque Beck plantea un modelo "cognitivo" lo hace, *en sus orígenes*, al margen de la psicología experimental cognitiva y de uno de sus paradigmas, el procesamiento de la información. Como ya he comentado, son diversos los autores que señalan dicha carencia de vinculación (Brewin, 1989; Dowd, 2002; Ibáñez, 1990; Ingram y Kendall, 1986; Logan Winfrey y Goldfried, 1986; Pilgrim, 1997; Vázquez y Cameron, 1997). Por ejemplo, Ibáñez (1990) plantea que la terapia cognitiva tiene poco que ver con el procesamiento de la información pero que éste contribuyó a dar un estatuto científico a los procesos mentales. Así, parece que, aun utilizando una terminología acabada, las terapias cognitivas serían un versión débil de la Psicología Cognitiva, mientras que el procesamiento de la información -la versión fuerte de la Cognitiva- habría ofrecido muy poco al campo de la terapia. Exploraré esta cuestión en el apartado siguiente.

No obstante, hay que señalar que Beck, a veces, ha planteado esta cuestión de manera matizada y lo hace, en mi opinión, amparándose en el desarrollo de la psicología clínica cognitiva (véase, por ejemplo, Brewin, 1988; Eysenck, 2004; Ingram, 1986; Ingram, Steidtmann y Bistricky, 2008; Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1988) en la que ha influido la terapia cognitiva, sin duda. Me gustaría inferir, tal y como yo lo veo, que a Beck le ha beneficiado que diversos autores intentaran ofrecer una psicopatología de tipo cognitivo, centrada fundamentalmente en el procesamiento de la información y a estos autores les ha beneficiado que hubiera un modelo, basado además sobre el concepto de *esquema*, que ofreciera elementos y conceptos a estudiar y desarrollara técnicas *ad hoc* (Ingram y Kendall, 1986; Ingram y Hollon, 1986; Logan Winfrey y Goldfried, 1986).

Encontramos, por ejemplo, una matización en Beck (1991, págs. 368-369) que viene a avalar lo dicho:

“ El marco teórico de la terapia cognitiva parece que se articula bien con desarrollos contemporáneos en psicología cognitiva y psicología social (Hollon y Garber, 1990), al igual que conceptos iniciales de psicología del desarrollo (Beck, 1967). De hecho, parece existir una evolución convergente de conceptos desde el modelo cognitivo de la psicopatología y aquellos de psicología cognitiva. Más aún, la mayoría de los estudios recientes sobre el modelo cognitivo de la depresión y los trastornos de ansiedad han tomado prestados técnicas de la psicología cognitiva (e.g., Mathews, 1990)”.

Es decir, la terapia cognitiva *se articula* bien con elementos de la psicología cognitiva, lo cual parece lógico dado los conceptos empleados y por el alcance de una (la psicoterapia cognitiva) y de otra (la psico-

logía clínica de tipo cognitivo). Más aún, y en este sentido, sus conceptos cognitivos los toma prestados de Kelly, Bartlett y Piaget (Beck, 1996). Pero de “articularse” o “evolucionar de forma convergente” a “barse” hay un gran camino que recorrer.

Hecha esta primera revisión al tema, voy a centrarme en una alegación del modelo que corre paralela a la anterior, esto es, las relaciones entre terapia cognitiva y el procesamiento de la información.

Psicoterapias cognitivas y procesamiento de la información

En sus primeros trabajos Beck (1963, 1964, 1967, 1976) no hace referencias al procesamiento de la información, lo cual se debe destacar si tenemos en cuenta que el procesamiento de la información surgió sobre 1956. Como comenta Miller (2003) en la Adenda Histórica a su texto *Human problem solving* (1972) Newell y Simon dan esta fecha justificándola en una conferencia sobre inteligencia artificial en Darmouth a la que asistió todo aquel que era alguien en el campo (véase la revisión histórica de Delclaux, 1982). También en esta fecha se publica el trabajo de Shannon y MacCarthy (*Automata Studies*), el informe técnico de Minsky que fue la base de un trabajo, 5 años después, titulado *Pasos hacia la inteligencia artificial*, o, finalmente, el libro de Bruner, Goodnow y Austin, *Un estudio del pensamiento*. Como señalan Lachman, Lachman y Butterfield (1979) el concepto de sistema de procesamiento de la información, básico para cualquier teoría sobre la acción inteligente, se desarrolló y refinó en relación a sistemas cognitivos humanos por Newell y Simon en un capítulo de 1961 y en su volumen de 1972. En una línea semejante se pronuncia Seoane (1982). Para este autor son dos textos clave el de Neisser de 1967, *Cognitive psychology* y el de Newell y Simon de 1972, *Human information processing*.

La referencia principal en el contexto de psicoterapia cognitiva, en mi opinión, al procesamiento de la información proviene de 1979. Si Beck en sus trabajos anteriores, y ya referenciados, hablaba de la importancia de los procesos cognitivos, esto es, de las *distorsiones cognitivas*, el campo “lógico” donde va a aparecer esta equiparación es en referencia a las distorsiones o los errores cognitivos. En distintos momentos del texto (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) se hace referencia al procesamiento de la información. Para estos autores la depresión se debe entender en relación a la tríada cognitiva y a la forma idiosincrásica de procesar la información, bajo la que se incluyen los errores cognitivos como la inferencia arbitraria, la sobregeneralización, etc. Los problemas cognitivos del paciente deprimido tienen que ver con el procesamiento equivocado de la información, en el sentido de una interpretación negativa (tríada cognitiva), sesgada, de sus experiencias.

Llama la atención que en la presentación en este texto del nuevo paradigma científico sobre la depresión, Beck y cols. (op. cit.) lo enmar-

caran en la revolución cognitiva sin menciones a autores de Psicología Cognitiva y de Procesamiento de la Información. Es decir, mencionan a Dember, a Mahoney y a Weimer y Palermo. Y a Kuhn. Así, lo revolucionario del nuevo paradigma científico sobre la depresión supone focalizarse en el paradigma personal del paciente, dentro de un modelo sobre la depresión que supone una revolución cognitiva. Considero importante esta presentación por cuanto aclara parte de los puntos aquí presentados. Para Beck y cols. (1979, pág. 21):

“El paradigma *personal* del paciente cuando está en un estado depresivo produce un punto de vista distorsionado sobre él mismo y el mundo. Sus ideas negativas y creencias parecen ser una representación verídica de la realidad incluso cuando no parecen tal a otras personas o a él mismo cuando no está deprimido. Sus observaciones e interpretaciones de los acontecimientos están moldeadas por su marco conceptual -equivalente a la descripción de Kuhn de un paradigma científico. Los grandes cambios en la organización cognitiva conducen al procesamiento incorrecto de la información, del que se deriva una amplia variedad de síntomas dolorosos. Utilizamos nuestro paradigma científico, primero para entender y segundo, para modificar el paradigma personal incorrecto de manera que no nos ofrezca más observaciones e interpretaciones espurias. Proponemos, además, que cuando al paradigma personal del paciente se le da la vuelta y se realinea con la realidad (una forma de “contrarrevolución”) su estado depresivo comienza a desaparecer”.

Parece, pues, que la terapia cognitiva de Beck tiene más que ver con un marco cognitivo propiciado por un *zeitgeist* muy concreto y por un clásico de la epistemología científica que por el procesamiento de la información. Y llama aún más la atención lo que dice a continuación que muestra el interés de Beck de separarse de lo establecido y ofrecer un sistema novedoso:

“Si el estado clínico de la depresión es cualitativamente diferente del estado no depresivo, los investigadores pueden necesitar dejar a un lado sus principios de trabajo (i.e., teoría del condicionamiento, procesamiento de la información) que se aplican al estudio de la gente normal y adoptar un paradigma diferente para estudiar la depresión” (Beck y cols., 1979, págs. 21-22).

A pesar de estas cuestiones, los principales modelos cognitivos clásicos, los de Beck o Ellis, se presentan como modelos cercanos a las perspectivas del procesamiento de la información alegándose que ésta sería la principal metáfora a su base (Meichenbaum, 1995). Desde este

punto de vista, se alega (sobre todo en relación al campo de la depresión y de la ansiedad) que la teoría cognitiva adopta un paradigma del funcionamiento humano de procesamiento de la información, basado en el concepto de *esquema*. Incluso la teoría de la personalidad de Beck estaría basada sobre el procesamiento de la información (Beck, 1999; Magnavita, 2002).

La siguiente definición hace evidentes algunas de las características principales de los modelos de reestructuración cognitiva desde esta alegación. Como, por ejemplo, la primacía de la razón frente a la emoción y de los procesos "irracionales" de pensamiento y la visión del ser humano como un científico guiado por el terapeuta hacia un fin concreto, con la meta puesta en hacer copias más precisas y validas de la realidad. Además, lo importante a destacar es cómo la meta de la terapia estriba en conseguir, pues, un cambio en el procesamiento de la información.

Así, se puede definir a los modelos de reestructuración cognitiva como (en Clark, 1995, p. 155):

"...una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo orientada hacia el problema y dirigida a modificar actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión. Ya que la terapia cognitiva considera a un grupo hipervalente de conceptos desadaptativos como siendo la característica central de los trastornos psicológicos, entonces, corregir y abandonar estos conceptos mejora la sintomatología. El terapeuta y el paciente colaboran para identificar las cogniciones distorsionadas, que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad".

Una breve conclusión sería la siguiente: se habla de procesamiento de la información como un término conveniente para enfatizar precisamente los *procesos cognitivos* (en forma de errores cognitivos), pero esta alegación no se ha justificado en sus inicios ni histórica ni conceptualmente. Por ello, y para terminar de desarrollar todo lo anterior conviene que nos detengamos en una comparación más directa entre terapia cognitiva y el paradigma del procesamiento de la información.

Elementos principales de la sicoterapia cognitiva y del procesamiento de la información

Beck y Ellis utilizan conceptos como el de esquema o creencia, o distorsiones cognitivas que hacen que pensemos, en una primera lectura, que la base teórica del modelo cognitivo es la del procesamiento de la información y la psicología cognitiva. No tenemos más que tomar lo que plantean Clark, Beck y Alford (1999) en el principal texto, hasta la

fecha, dedicado a estudiar el substrato de psicología cognitiva del modelo cognitivo, para pensar de tal modo.

El siguiente listado de supuestos ejemplificaría las bases teóricas del modelo cognitivo en este sentido (Clark, Beck y Alford, 1999, pp. 57-74).

1. La capacidad para procesar información y formar representaciones cognitivas del ambiente es central para la adaptación y la supervivencia humanas.

2. El procesamiento humano de la información se da en distintos niveles de consciencia como medios para promover su eficiencia y adaptabilidad.

3. Una función básica del procesamiento de la información es la construcción personal de la realidad.

4. El procesamiento de la información sirve como un principio de guía para los componentes emocionales, conductuales y fisiológicos de la experiencia humana.

5. El funcionamiento cognitivo consiste en una interacción continua entre procesos de un orden inferior, controlados por el estímulo y procesos semánticos de orden superior.

6. Las construcciones cognitivas son, en el mejor de los casos, una representación aproximada de la experiencia.

7. Las estructuras de asignación de significado (esquemas) se desarrollan a través de interacciones repetidas entre el ambiente y los esquemas innatos rudimentarios.

8. La organización de representación del significado se caracteriza por diferentes niveles de conceptualización, con conceptos más generales, más amplios, amparando unidades estructurales, inferiores, más específicas.

9. Las estructuras de asignación de significado del sistema de procesamiento de la información se caracterizan por distintos niveles de activación del umbral.

10. Hay dos orientaciones representadas en el sistema de procesamiento de la información, la primera se dirige a las metas primarias del organismo (implicadas en su supervivencia) y la segunda a las metas constructivas secundarias (como las metas personales).

11. El trastorno psicológico se caracteriza por una activación excesiva y/o deficiente de estructuras específicas de asignación de significado del sistema de procesamiento de la información.

12. La modificación de las estructuras de asignación de significado es central para el proceso humano de cambio.

Así, procesamiento de la información se refiere a las estructuras (por ejemplo, un esquema), los procesos (por ejemplo, una distorsión cognitiva) y los productos (por ejemplo, los pensamientos automáticos) que están implicados en la representación y transformación del significado basado sobre los datos sensoriales derivados del ambiente externo e interno (Clark, Beck y Alford, 1999).

Una vez expuestos estos principios conviene que los comparemos con los principios propios del procesamiento de la información. Para ello seguiré el trabajo clásico de Newell y Simon (1972, pág. 20-21) que ofrecen las siguientes definiciones y postulados del sistema de procesamiento de la información:

1. Hay una serie de elementos, denominados *símbolos*.
2. Una *estructura simbólica* consiste en una serie de *instancias* (de forma equivalente, *ejemplos* u *ocurrencias*) de símbolos conectados por una red de *relaciones*.
3. Una *memoria* es un componente del sistema de procesamiento de la información capaz de almacenar y retener las estructuras simbólicas.
4. Un *proceso de información* es un proceso que posee estructuras simbólicas para (algunos de) sus inputs u outputs.
5. Un *procesador* es un componente del sistema de procesamiento de la información que consiste en:
 - (a) Un grupo (fijo) de *procesos elementales de información (PEI)*;
 - (b) Una *memoria a corto plazo* que mantiene el input y el output de las estructuras simbólicas de los PEI;
 - (c) Un *intérprete* que determina la secuencia de PEI ejecutados por el sistema de procesamiento de la información como una función de las estructuras simbólicas de la memoria a corto plazo.
6. Una estructura simbólica *designa* (de forma equivalente, *señala* o *apunta*) a un objeto si existen procesos de información que admiten la estructura simbólica como input y también:
 - (a) Afecta al objeto; o
 - (b) Produce, como output, estructuras simbólicas que dependen del objeto.
7. Una estructura simbólica es un *programa* si (a) el objeto que designa es un proceso de información y (b) el intérprete, si se le da el programa, puede ejecutar el proceso designado. (Literalmente debe leerse como, "si se da un input que designa el programa").
8. Un símbolo es *primitivo* si su señalización (o su creación) está fijada por el proceso elemental de información o por el entorno del sistema de procesamiento de la información.

Si hacemos una simple comparativa vemos que hay poco en común entre el modelo del procesamiento de la información y las terapias cognitivas sobre todo si juzgamos a éstas por el desarrollo y uso de determinados conceptos y por su alcance, es decir, un uso clínico.

Así, por ejemplo, para Lachman, Lachman y Butterfield (1979) el núcleo principal del procesamiento de la información sería los procesos mentales del ser humano. Sobre todo, ha sido un problema básico la memoria y con posterioridad el significado, la comprensión y el conocimiento. Finalmente, las capacidades mentales básicas estudiadas han sido, la atención, la percepción, la abstracción, la solución de problemas, el aprendizaje, la memoria y el lenguaje.

Ninguno de estos elementos forma parte del fundamento teórico principal del modelo de Beck. Por ejemplo, DeRubeis, Tang y Beck (2001) presentan la *teoría básica* de la terapia cognitiva destacando el procesamiento de la información distorsionado que tiene como consecuencia una visión negativa de él mismo, el mundo y el futuro (tríada cognitiva). El foco de trabajo estriba en el contenido cognitivo de nuestras reacciones a acontecimientos molestos o en el flujo de la conciencia. Es posible, por tanto, entrenar al paciente para que informe de este contenido. El trabajo sobre este contenido es tomarlo como una hipótesis que es evaluada y considerada desde diversos ángulos lo que permite llegar a un punto de vista diferente. Cambios en creencias producirán cambios emocionales. Finalmente, se busca la modificación de esquemas y de distorsiones cognitivas. El marco, como es bien sabido, es el de una relación de colaboración entre paciente y terapeuta. Estos elementos se reproducen extensamente en fuentes bien diversas (Clark y Beck, 1997; DeRubeis, Webb, Tang y Beck, 2010; Hollon y Beck, 1994; Pérez, 1996) desde los inicios del modelo cognitivo.

También cabe resaltar, como he comentado con anterioridad, que la aportación del procesamiento de la información a la clínica ha sido muy escasa. En este sentido Ibáñez (1990) da como un ejemplo paradigmático el trabajo de Colby que desarrolló una taxonomía cognitiva de los trastornos mentales y una psicopatología considerada como procesamiento patológico de la información, a partir de lo cual diseñó y construyó una terapia (ayudado por un programa denominado PARRY) para el tratamiento de la paranoia.

Problemas de esta posible adscripción

Lo destacable, en primer lugar, es que todas las teorías cognitivas de corte racionalista, modernista (Caro 1995), tal y como es el modelo de Beck (véase Clark, Beck y Alford, 1999, pág. 62), pero también el de Ellis a pesar de sus alegaciones en contra (Ellis, 1997) relacionan su modelo con el procesamiento de la información sin tener en cuenta los problemas que este paradigma tiene. Es decir, el procesamiento de la información que algunos ni siquiera consideran un paradigma (Zaccagnini y Delclaux, 1982) presenta problemas de diversa índole. Me voy a centrar en exponer varios de ellos, por su relación, en mi opinión, con el foco básico de este artículo, las psicoterapias cognitivas.

La visión que nos da la psicología cognitiva, en cuanto a procesamiento de la información es la de un sujeto activo (algo aporta el sujeto a la información de salida) que construye e interpreta activamente la información, en virtud de estructuras y procesos internos que determinan de forma clave la respuesta (Seoane, 1982). En este sentido, el sujeto es un procesador activo sobre la información. Esto es, los estímulos no se interpretan en función de sus características físicas, sino desde un

marco conceptual más abstracto y complejo (Zaccagnini y Delclaux, 1982).

Uno de los problemas principales, a mí entender, es que indudablemente estamos hablando, en cualquier caso, de un *sujeto activo*, pero no de un *sujeto de conocimiento* en el sentido que le da Seoane (1985). Es decir, el sujeto desaparece entre mecanismos formales, tales como procesos y estructuras. Se convierte en un mero sujeto sintáctico y no en un sujeto de conocimiento propio de una psicología del conocimiento que estudie los procesos cognitivos incorporados en un medio histórico, evolutivo, y cultural transindividual. Este sujeto de conocimiento sería más adecuado en un marco de psicoterapia cognitiva. Por decirlo de otra manera, la psicoterapia cognitiva se encargaría de la semántica y el procesamiento de la información de la sintaxis.

El siguiente experimento que creó cierta controversia, *La habitación china* diseñado por Searle en 1980 (véase, Casey y Moran, 1999; Hutchins, 1995) nos sirve como ejemplo de ello. Imaginemos que Searle está sentado en una habitación con un cesto que contiene una serie de símbolos chinos y un libro de reglas, en inglés, que explica cómo manipular los símbolos. Muy brevemente, por una ranura de la habitación se van dejando caer símbolos chinos y Searle manejando el libro de reglas devuelve otros dando la impresión de que en realidad habla chino, cuando esto no es así. Es decir, que la sintaxis (barajando los símbolos chinos de acuerdo a ciertas reglas) no es suficiente para producir la semántica, es decir, el conocimiento de lo que los símbolos significan.

Me gustaría señalar, y relacionado con el apartado anterior, que es algo curioso que las terapias cognitivas clásicas, racionalistas, se adscriban a este modelo cuando la concepción del ser humano como procesador de la información está vacía de contenido y afecto (Seoane, 1982). En Psicología Cognitiva, en general, existe un escaso tratamiento de las diferencias individuales y de las emociones, creencias y valores (Seoane, 1984). En un sentido semejante se pronuncian Lachman y Lachman (1986). Esta cuestión del afecto y las emociones es algo que preocupa, y mucho, a los clínicos.

Relacionado con ello tenemos un viejo tema en el campo de la Psicología: las relaciones entre emoción/afecto y cognición. ¿Hay primacía de una frente a otra? Para Beck la formulación cognitiva del afecto (o emoción) es la de un estado subjetivo resultante de la estimación o la evaluación de estímulos internos o externos (Clark, Beck y Alford, 1999). Este simple supuesto nos devuelve, de nuevo, a esa visión de un sujeto activo que conoce vía estructuras y procesos, pero donde está ausente un sujeto de conocimiento.

Así, si la supuesta "revolución cognitiva" intentó substituir al ser humano comprendido en cuanto a estímulo-respuesta (propia, *grosso modo*, del modelo conductual), y lo hizo en términos de inputs causados de forma eficiente y de outputs, parece que nada ha cambiado. Los seres

humanos siguen siendo máquinas que carecen de “agencia” (*free will*, etc., Rychlak, 1998). Hay que considerar al sujeto como algo más que un procesador de la información, como un sujeto emotivo y motivado que no es ni hardware, ni software (Fierro, 1996).

Además, cuando hablamos de procesamiento de la información, debemos precisar qué entendemos por *información*. Por ejemplo, para Shannon la información no significaba nada. Era simplemente una medida de la capacidad del canal, lo cual no deja de ser un problema si consideramos que información tiene que ver con significado y con comprensión (Casey y Moran, 1989). La información es algo más que listas de símbolos vacíos de contenido. Es decir, es fácil aceptar que la mente sea un sistema de procesamiento de información, pero lo difícil es aceptar que sea solamente eso. La información es conocimiento (Seoane, 1984). Nuestra mente puede procesar información, pero ésta sólo adquiere significado dentro de una interacción social (Seoane, 1982). Enmarcado todo ello, lógicamente, en un contexto social que le da significado (véase Berger y Luckmann, 1966). La cognición, tal y como señala Hutchins (1995) es un proceso cultural. Al mismo tiempo, no podemos olvidar la historicidad del comportamiento humano (Pinillos, 1981).

Finalmente, debemos tener en cuenta varias cuestiones. El contenido de lo que pensamos y el afecto concomitante representa un buen porcentaje de lo que preocupa al clínico, al igual, que los procesos de conocimiento que el paciente pone en marcha para moverse por el mundo. Igualmente relevante es el funcionamiento del individuo con problemas en relación a los demás, cómo interactúa con los demás, cómo se acerca o se aleja de ellos, etc.

Como terapeutas nos preocupa, por ejemplo, que el contenido del pensamiento del paciente sea negativo: “Mi vida no tiene sentido y no lo va a tener”; “me da miedo ir en coche, temo tener un accidente”; “mis palpitaciones son un indicio de que algo anda mal en mi corazón”, “soy incapaz de mantener una relación estable”, etc. Y nos preocupa que el paciente sienta ansiedad cuando va en coche o nota palpitaciones y que llore si piensa que no saber qué hacer con su vida. Y nos preocupa también, que se adscriba la etiqueta de “depresivo” con todas las connotaciones sociales de dicha etiqueta.

Algunos problemas de la metáfora del ordenador

Un elemento importante a tener en cuenta en la línea de los comentarios anteriores es que el procesamiento de la información ha recaído en buena medida en la *metáfora del ordenador*. Para de Vega (1982) la mente humana y el ordenador son sistemas de procesamiento funcionalmente equivalentes. Partiendo de la analogía de la *máquina universal* de Turing, esta analogía es funcional y no física, es decir, a nivel de *software*, siendo el *hardware* irrelevante. Sin ninguna duda, la mente humana es mucho más compleja. Como comenta Delclaux (1982) el

ordenador no sólo debe ser capaz de simular lo que “hace” un ser humano, sino que, para que la analogía sea definitiva, debe ser capaz de simular lo que el ser humano es capaz de hacer.

La *metáfora del científico ingenuo*, como señala Seoane (1982), es típica en este campo y supone que el individuo codifica, almacena, transforma y recupera una información entendida como listas de símbolos abstractos, al margen del contenido de los mismos. Estamos hablando del estudio de procesos y estructuras de información neutra y fría, vacía de contenido y libre de condicionamientos motivacionales y afectivos.

Desde esta perspectiva, las percepciones e interacciones cotidianas de la gente suponen comprobar hipótesis legas sobre el mundo social. Así, los perceptores legos emplean pasos cuidadosos, calculados, dirigidos a descubrir las causas de su conducta y de las de los otros; basándose en estos procesos inferenciales, casi-científicos, la gente forma juicios, desarrolla intenciones y ejecuta conductas (Operario y Fiske, 1999).

Como comenta Gergen (1991) la metáfora del ordenador se ha llevado a la práctica viviente bajo las diversas formas de terapia cognitiva. Esta cuestión del *ser humano como un científico*, es importante, en mi opinión en el contexto de la terapia cognitiva. Nos retrotrae, indudablemente, a George Kelly (1955) el cual aparece, efectivamente, citado en los primeros trabajos de Beck (por ejemplo, 1964, 1976). Sin embargo, no estaría del todo de acuerdo con este supuesto y sería conveniente hacer una serie de matizaciones. En primer lugar, esta visión del ser humano como un *científico (ingenuo)* fue contestada en su momento. Ha sido substituida por otra (propia del marco de la cognición social), la del *indigente cognitivo*, y ambas a su vez fueron integradas bajo la visión del *táctico motivado* (véase al respecto, Operario y Fiske, 1999; Rodríguez, 1993; Seoane, 1982).

Por motivos de espacio no puedo entrar a desarrollar más ampliamente estas cuestiones o estas visiones sobre el ser humano que quedan para trabajos futuros. Pero creo que es importante señalar, en este contexto, que al paciente en psicoterapia cognitiva se le trata como alguien que conoce mal, muy mal (sería un *indigente cognitivo*), y que experimenta emociones muy negativas. El paciente tiene que esforzarse, enormemente, bajo la dirección del terapeuta, para poder sacar conclusiones más ajustadas a hechos. Es decir, cuando nos enfrentamos a un caso clínico desde una perspectiva cognitiva vemos que éste es, cuanto menos, una máquina defectuosa. O un “científico loco”. Un paciente quiere dejar de pensar que va a tener un accidente de coche, pero no puede. Otro no quiere despertarse a media noche con preocupaciones sobre el día siguiente o rumiaciones sobre el día pasado. Su intento de controlar todo ello sólo le conduce a más ansiedad y a más rumiaciones.

Ahora bien, cuando miramos la vestimenta con la que se intenta vestir al paciente aparece, una imagen más cercana a la del *científico*. Así, quizás podría estar de acuerdo con la *metáfora de la máquina y del científico* si analizamos *lo que pretenden* las técnicas cognitivas. Podría decirse que el terapeuta pretende generar en el paciente una cierta programación mental: empezando por un pensamiento negativo, analizando los pros y los contras, contemplando alternativas, comprobando en la realidad y haciéndolo en un orden, etc. va a dar como resultado un *output* adecuado en forma de pensamiento alternativo, que además es considerado por el terapeuta como un pensamiento válido en cuanto que refleja adecuadamente la realidad. Los pensamientos distorsionados de los pacientes se convierten en hipótesis que se verifican empíricamente. Si hay evidencia se asumen, si no se deben descartar.

El terapeuta se presenta ante el paciente, aparentemente, como el individuo que sabe qué atajos seguir, que tiene el libro de instrucciones (Caro, 1988), es decir, que sabe cómo reprogramar la máquina y enseñar a un individuo a comportarse "científicamente". Sin embargo, si seguimos explorando un poco más esta analogía vemos que nos plantea una brecha no resuelta. Aunque las técnicas empleadas lo sugieren, ¿sabemos cómo funciona la "máquina"?, ¿tenemos el libro de instrucciones más descriptivo posible? Desconocemos, en gran medida, cómo funciona esa máquina, cómo usa sus recuerdos, recursos, emplea creencias para comprender lo que le pasa, etc.

Mientras no sepamos cómo conoce un individuo y cómo construye activamente sus experiencias, si queremos, la *información*, esta metáfora es compleja de asumir en el ámbito clínico. Además, mientras no sepamos cómo funcionan las terapias cognitivas, es decir, mediante qué mecanismos y qué pasos sigue un paciente para generar conclusiones más válidas o más viables, nuestro conocimiento de la supuesta *máquina* es, o va a ser, bastante precario.

En este sentido podemos apreciar el escaso acomodo en la Psicología Cognitiva por parte de la terapia cognitiva. Cabe sugerir que el desarrollo basado en la Psicología Cognitiva del modelo racionalista, tipo Beck, se queda corto si sólo se incluye en él el concepto de esquema, de tríada cognitiva y de distorsiones cognitivas, con todas las ramificaciones clínicas que estos conceptos poseen. Por ejemplo, no se desarrolla o se le da importancia a la memoria, a cómo accede el individuo, el paciente, a la información que le aporta al terapeuta, a cómo se forman conceptos, categorías e imágenes, a cómo comprende las cosas, a sus procesos de razonamiento, y de resolución de problemas, etc. Todas estas cuestiones clave en el campo de la Psicología Cognitiva (de Vega, 1984). Esta cuestión es importante, en mi opinión si tenemos en cuenta las dificultades para establecer cuáles son los procesos cognitivos responsables (¿específicos?) en una terapia de corte cognitivo (Garratt, Ingram, Rand, Sawalani, 2007; Whisman, 1999).

Las psicoterapias cognitivas y la psicología social cognitiva

Otro de los problemas que puede señalarse es que en psicoterapias cognitivas no hay una reflexión o, al menos, un conocimiento, de que la hegemonía del paradigma del procesamiento de la información, como señala Ibáñez (1990) duró poco y fue muy criticada por su rigidez formalista y su falta de ruptura con el paradigma anterior. Pero a pesar de todo ello, la psicología se hizo *cognitiva*, y abrió la puerta para que entraran los “fantasmas inobservables” tal y como comenta Ibáñez (op. cit.).

Puestas así las cosas, creo que sería interesante detenernos en el marco de la psicología social cognitiva y de la cognición social, que presenta puntos que se pueden relacionar con las psicoterapias cognitivas. Recordemos que, según Zajonc (1980), la cognición impregna la Psicología Social y que esta disciplina lleva siendo cognitiva mucho tiempo (en Jones, 1998).

El trabajo que supone el inicio de esta tendencia data de 1976 cuando Carroll y Payne recopilan los trabajos del 11º simposium anual sobre cognición que tuvo lugar en 1975, en la Universidad de Carnegie-Mellon, en su texto *Cognition and social behavior* (Garzón, 1984). Garzón (1984, pág. 80) la define como el estudio de la conducta social con un interés especial por los aspectos de percepción y categorización de fenómenos sociales de interacción que la mediatizan y la orientan. Lo cual, indudablemente, puede interesar a las psicoterapias cognitivas.

Un trabajo clave es el de Eisser (1980). Entre los elementos que plantea Eisser sobre este modelo (op. cit., pág. 8) se encuentran:

1. El individuo es un procesador activo de la información.
2. La interpretación de un estímulo depende de los atributos del estímulo y de las expectativas y estándares de comparación previas del perceptor.
3. Como no se reacciona a los estímulos aislados, sino en el contexto de su relación con el aprendizaje y la experiencia anterior se deduce que el individuo intenta organizar su experiencia, lo que supone, por lo general, selección y simplificación.
4. La función de la organización es la de ofrecer una guía para la acción y una base para la predicción.
5. La conducta social es el producto de las decisiones. La forma en la que una persona reacciona a cualquier estímulo social o situación depende de cómo interpreta y categoriza la información contenida en tal estímulo y situación, de sus expectativas previas y estándares de comparación contra los que se juzga un estímulo o situación, lo que siente que se espera de él, y de las consecuencias que espera que ocurran como consecuencia de su acción.

Hay que hacer constar que la psicología social ha mantenido mejores relaciones con la cognición que cualquier otra disciplina psicológica.

El intento de traducción "social" del procesamiento de la información dio como consecuencia asumir que el individuo utiliza trucos para lograr soluciones rápidas y eficaces, pero éstas suelen ser sesgadas y poco óptimas. Estos trucos son los heurísticos, a los que cabe añadir, la inferencia social, la atribución causal, los esquemas, los prototipos, la memoria de personas, etc. (Seoane, 1982).

Estos elementos tienen (por ejemplo, el concepto de esquema) una importancia clave para la psicoterapia cognitiva. Las terapias cognitivas mantienen algunas conexiones con este campo. Por ejemplo, hay referencias a la cognición social en el manual de depresión de Beck de 1976, como la teoría de Bem. Así, el éxito al hacer algo puede llevar a que un paciente modifique sus actitudes sobre él mismo. Beck (1976) se hacía eco del trabajo de Bem en el sentido de que nuestras propias observaciones de cambios conductuales llevaban al cambio de actitud. Existen referencias a la teoría de Festinger (1957) en el artículo de Beck de 1964. Sin embargo, no hay referencias a tal marco en el texto de Beck y cols. (1979) que puede considerarse como un excelente manual para la depresión.

A pesar de ello, y en artículos y libros de presentación y resumen del modelo (que ya han sido citados con anterioridad) se ha seguido insistiendo, como ya he expuesto, en el acomodo del modelo en el procesamiento de la información. Es una pena que la psicoterapia cognitiva no haya desarrollado plenamente lo que la psicología social cognitiva le ofrece. Algunos de los elementos importantes de las psicoterapias cognitivas son deudoras, algo no plenamente reconocido, de esta perspectiva.

Por ejemplo, los trabajos en cognición social ofrecen un campo muy interesante para las psicoterapias cognitivas. Esto es, entender cómo se desarrollan los esquemas, o el funcionamiento de un individuo mediante sesgos cognitivos, y todo tipo de atribuciones, y la influencia de todo ello en su conducta parece ser un campo evidente para reflexionar desde la psicoterapia cognitiva.

En psicoterapia cognitiva se emplean técnicas reatribucionales y se consideran los sesgos atribucionales como un elemento a explicar, por ejemplo, parte del funcionamiento del paciente depresivo (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Los depresivos hacen más atribuciones internas, estables y globales, conformando lo que se ha venido a llamar un *estilo atribucional depresógeno*. Se deben tener en cuenta otros elementos o causas para una situación, corrigiendo, de esta manera, errores cognitivos como el de la personalización.

Beck y cols. (1979) introducen las técnicas de reatribución para la depresión que se centran en trabajar con la excesiva culpabilización o con la asunción de responsabilidad para cualquier ocurrencia adversa. Estas técnicas son deudoras no sólo de las teorías atribucionales, sino

de las teorías de la disonancia cognitiva de Festinger (1957) que tanto influyó en el devenir cognitivo de la Psicología Social.

Por ejemplo, lo que postula la teoría de la disonancia cognitiva es que cuando hay dos o más creencias, valores, o reacciones emocionales en conflicto se produce un *drive motivacional* para reducir dicho conflicto alterando las posiciones en conflicto. Tras pasado al campo de las terapias cognitivas las técnicas de *reestructuración* y de *reatribución* provocarían una disonancia cognitiva entre un pensamiento automático negativo, por ejemplo, “soy un fracaso”, y la cognición resultante, por ejemplo, de un debate socrático o de un experimento conductual, “he logrado hacer esto, luego no soy un completo fracaso”. Se ponen las bases para que el paciente disminuya la disonancia alterando las cogniciones existentes o añadiendo algunas otras para crear un sistema de creencias consistente.

Una vez hecha esta revisión de algunas de las alegaciones sobre la base teórica del modelo de Beck, pasaré a centrarme en cuestiones más actuales.

Planteamientos actuales en psicoterapia cognitiva: la ¿integración? hacia las neurociencias

Con este punto final me gustaría unir aspectos que estaban en el inicio del modelo cognitivo de Beck y desarrollos actuales. Así, si en los apartados anteriores me he centrado en los orígenes y en el planteamiento teórico básico del modelo cognitivo de Beck, ahora intentaré enlazarlo con planteamientos más actuales. Me focalizaré, básicamente, en el concepto de *vulnerabilidad* (cuyo origen está en un trabajo de Meehl de 1962) y en las relaciones actuales entre la psicoterapia cognitiva y la neurociencia.

Es evidente, por lo expuesto con anterioridad que, inicialmente, Beck planteaba una vulnerabilidad de tipo cognitivo. Es decir, hay ciertas estructuras cognitivas idiosincrásicas (esquemas) que se hacen prepotentes durante la depresión, dominan el proceso de pensamiento y conducen a distorsiones cognitivas. Esta vulnerabilidad cognitiva en forma de trastorno del pensamiento será común a todos los tipos de psicopatología (Beck, 1963, 1964). La vulnerabilidad se relaciona con actitudes negativas permanentes sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Aunque no sean evidentes están ahí, de forma latente, y explotan, como plantea Beck (1967) cuando se dan las condiciones apropiadas. Si se activan pasan a dominar el pensamiento de una persona y conducen a toda la sintomatología depresiva. Por tanto, esta vulnerabilidad se sitúa en un marco de *diátesis-estrés* que refleja que tanto la depresión, como la ansiedad, por ejemplo, será más factible que aparezcan cuando un acontecimiento vital “coincide” o es congruente con un esquema.

Desde los modelos de diátesis-estrés la cognición desadaptativa contribuye al inicio de la depresión en el contexto de circunstancias vitales estresantes. Para que una variable, como la cognición negativa, se considere un factor de vulnerabilidad debe cumplir tres características: *sensibilidad* (estar presente en el individuo depresivo), *especificidad* (ser más frecuente en muestras de pacientes depresivos que en otras muestras psiquiátricas), y *estabilidad* (estar presente y ser accesible, aunque no se tenga siempre acceso a ella) (Dozois y Beck, 2008).

Esta vulnerabilidad la relaciona Beck (1983, 1987) con la organización de la personalidad, con la *sociotropía* y la *autonomía*. Así, un individuo sociotrópico será muy sensible a situaciones que supongan un rechazo social, mientras que un individuo autónomo será muy sensible a una situación donde no tenga margen de actuación.

Fundamentalmente, esta vulnerabilidad se ha relacionado con el desarrollo de la depresión y de la ansiedad (Clark, Beck y Alford, 1999; Clark y Beck, 2010a,b). Aunque la evidencia es diversa y no del todo concluyente a tenor de lo comentado en diversos trabajos (Clark, Beck y Alford, 1999; Clark y Beck, 2010a; Dozois y Beck, 2008), se sigue proponiendo la hipótesis sobre la *vulnerabilidad cognitiva* (i.e., Beck, 2008). Los datos aportados por estos autores parecen avalar, aunque no de forma totalmente concluyente, el papel de la cognición negativa en la depresión (véase, también, la revisión de Beevers, 2005).

En este sentido, y exponiéndolo brevemente, algunos de los elementos de estos estudios no dejan de ser problemáticos. El primero y principal sería asumir en psicoterapia una causalidad de tipo lineal. El ser humano es complejo y funciona como un todo (Korzybski, 1921). Además, estos estudios utilizan, en gran medida, tareas de laboratorio (i.e., respuestas a cuestionarios como el DAS, a listas de adjetivos, inducción del estado de ánimo, etc.) y estudiantes universitarios.

En este sentido me gustaría señalar dos áreas que deben permanecer relacionadas: el campo de la psicopatología y el de la psicoterapia. Ambas deben complementarse. Reconozco la gran dificultad de hacer estudios clínicos, más naturalistas, pero sugiero un cambio de estrategia hacia estudios psicoterapéuticos de tipo cualitativo, procesuales, que exploren y describan los elementos cognitivos, afectivos y conductuales con los que un paciente “entra” en terapia, cómo evolucionan a lo largo del tratamiento, y cómo aparecen cuando el paciente “sale” de la terapia.

Esto no es incompatible con entender los múltiples factores asociados en un trastorno. A pesar de las dificultades creo que es una propuesta interesante intentar encontrar los factores de vulnerabilidad y también evolutivos predisponentes al desarrollo de cada uno de los trastornos mentales. Volúmenes recientes, en este área, como el de Ingram y Price (2010) dan cuenta de lo complejo de este campo y de las posibilidades de esta tendencia.

Volviendo al tratamiento que se da al concepto de vulnerabilidad en el modelo de Beck cabe resaltar dos cuestiones. En primer lugar, se sigue empleando el procesamiento de la información como un factor clave. Para la terapia cognitiva los seres humanos construimos la realidad a través del sistema del procesamiento de la información. Esta construcción supone, "creatividad". Esto es, el significado que aportamos a nuestras experiencias se deriva de las estructuras cognitivas (esquemas), de las experiencias previas que ofrecen el contenido de esas estructuras y de las características del contexto presente (Clark, Beck y Alford, 1999). Así, el concepto de vulnerabilidad es clave para explicar diversos trastornos.

Además se emplean dos tipos básicos de procesamiento de la información (véase, Beck, 2008). Uno sesgado, automático, rápido, involuntario y con escasez de recursos. Su dominancia explica los sesgos negativos de atención e interpretativos. Y otro que consiste en un sistema de control cognitivo (con funciones ejecutivas, de solución de problemas y de reestructuración) que se atenúa durante la depresión, aunque se puede reactivar después con la terapia para evaluar las malas interpretaciones depresivas y la disminución de la saliencia del modo depresivo. El primero sería un procesamiento de abajo a arriba (*bottom-up*) y el segundo de arriba a abajo (*top-down*) (Clark y Beck, 2010b).

La segunda cuestión que quiero destacar es que Beck no se limita a hablar de vulnerabilidad cognitiva, reactividad cognitiva o distorsiones cognitivas, sino que considera necesario formular sus correlatos neurobiológicos en la línea de propuestas que buscan la integración entre lo "biológico" y lo "psicológico" (Kandel, 1998). Beck y Alford (2009) en el Apéndice a la 2ª edición del texto clásico de Beck de 1967, *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*, después reimpreso en 1972 como, *Depression: Causes and treatment* señalan (Beck y Alford, 2009, pág. 345):

"Para dar cuenta del desarrollo de la depresión, se necesita una formulación. Una explicación completa incorpora las vulnerabilidades genética y neurobiológicas que predisponen a la gente a la depresión".

En la revisión que hace Beck (2008) del tema se sugieren posibles comunalidades. Parece ser que, por el momento, el paralelismo más directo supone la predominancia, por un lado, del procesamiento sesgado de la información y dificultades para la comprobación de la realidad y, por otro, la activación de la amígdala y la separación de las regiones ejecutivas del cerebro (sobre todo prefrontales). Aunque los estudios no son del todo fiables, Beck sugiere la necesidad de estudiar la diátesis genética en relación al gen 5-HTTLPR. Este gen, de forma que todavía no se sabe, influiría en la hiperreactividad de la amígdala a los estímulos

externos, asociándose dicha actividad con los sesgos cognitivos negativos. Por otro lado, sugiere Beck (op. cit.), igualmente, que existiría una relación compleja entre la disminución de la serotonina y las actitudes disfuncionales. Por ejemplo, se plantea Beck si la asociación se debe a una vinculación común a un tercer factor, como la reactividad de la amígdala, o si la deficiencia en serotonina *causa* un incremento en actitudes disfuncionales, o si es al revés, o si existe alguna otra explicación para dicha asociación (véase, también, Price e Ingram, 2010).

Recientemente, Clark y Beck (2010b, pág. 421) proponen un modelo neurofisiológico para explicar la depresión y la ansiedad. Brevemente, habría disparadores ambientales que llevarían a una vulnerabilidad genética y de personalidad. A partir de allí pasaríamos a la activación de esquemas negativos caracterizada por sesgos de procesamiento asociativos que implican la hiperreactividad de la amígdala, el hipocampo y la alteración del cortex prefrontal ventromedial. Estos elementos supondrían un procesamiento automático, cognitivo, clave para la generación de emociones. A partir de ahí, podrían pasar dos cosas que dependerían de un proceso reflexivo que implica al cortex cingulado anterior, el cortex medial y lateral y el orbitofrontal. Si se inhibe este sistema cognitivo se produciría un afrontamiento ineficaz y la evitación, lo que conduciría a síntomas depresivos y de ansiedad. Todo ello relacionado con la activación continuada del esquema negativo y con las estructuras postuladas. Si se activa este sistema de control cognitivo se lograrían respuestas adecuadas de afrontamiento y el alivio. Relacionado, todo ello, con la disminución del procesamiento sesgado y los esquemas negativos.

¿Qué podemos pensar sobre este intento de acomodar la terapia cognitiva con disciplinas tan diversas, y de integrar en su conceptualización original, conclusiones provenientes de campos muy diversos? Algo parecido se plantea Beck: “¿Cómo podemos reconciliar dos niveles diferentes de abstracción: mentalismo y materialismo?” (Beck, 2008, pág. 974). Como reconoce en este trabajo, su noción inicial era que los procesos cognitivos eran paralelos, pero no interactuaban con los procesos biológicos. Por ejemplo, ya en sus inicios (véase, por ejemplo, Beck, 1987, pág. 27) Beck asumía que los fenómenos cognitivos y biológicos representaban dos caras de la misma moneda y que una perspectiva psicobiológica podía llevar a considerar que los datos cognitivos y los biológicos representaban diferentes perspectivas del *mismo* fenómeno.

He mencionado en repetidas ocasiones a lo largo de este trabajo la insistencia de Beck en plantear su modelo como uno de procesamiento de la información. En este sentido cabría recordar que el paso de los procesos fisiológicos a los psicológicos no es horizontal, sino vertical y un pensamiento va a ser más que la suma de actividades neuronales (Zaccagnini y Delclaux, 1982). La siguiente cita da marco a las dificulta-

des del camino que se está siguiendo en terapia cognitiva, en mi opinión. Dicen Zaccagnini y Delclaux (1982, pág. 47):

“Si tenemos en cuenta que los ordenadores actuales son máquinas más sencillas que el cerebro humano, y que a nadie se le ocurre tratar de comprender el *software* de un ordenador a base de estudiar su *hardware*, tanto menos sentido tiene tratar de entender los procesos psicológicos superiores a base de estudiar la fisiología del cerebro. Las bases biofisiológicas de la conducta son condición *necesaria* (indispensable) para poder explicar la conducta, pero de ninguna manera son condición *suficiente* (única) para desarrollar tal labor”.

Sin entrar a valorar los diversos estudios que emplea Beck en la formulación de estos “nuevos modelos cognitivos integradores”, me gustaría señalar que lo cognitivo y lo biológico son ciertamente dos niveles diferentes de abstracción. Lo biológico es anticognitista. Y lo “cognitivo” sigue siendo el marco donde se mueve el modelo de Beck, lo que lo caracteriza, lo hace diferente de otras propuestas psicoterapéuticas. Creo que esto hay que tenerlo en consideración, sobre todo si vemos que la propuesta terapéutica de Beck surgió para resolver las insuficiencias de los modelos existentes en su momento (sobre todo el psicoanálisis y la terapia de conducta; véase, Beck, 1976).

Indudablemente, el ser humano funciona como un todo (Korzybski, 1921) y conocer el funcionamiento del cerebro, gracias a los grandes avances tecnológicos es clave para el ser humano. Pero una cosa es el funcionamiento del ser humano como un todo y otra cosa bien distinta lograr una difícil integración. La formulación *pragmática* que plantea Beck (así resuelve esta cuestión de los dos niveles de abstracción, Beck, 2008, pág. 974), desde mi punto de vista supone desdibujar a la psicoterapia cognitiva: como modelo explicativo de los trastornos psicológicos y como acúmulo de técnicas con una finalidad terapéutica. Recordemos lo expuesto al inicio sobre por qué es cognitiva la terapia cognitiva.

En sus orígenes la terapia cognitiva planteaba o nos llevaba a asumir dos cosas: 1) que el paciente “era” cognitivo, o “se comportaba” de forma cognitiva. Es decir, la mejor manera de comprender un caso clínico era empleando estructuras y procesos de tipo cognitivo. Y 2) que la terapia cognitiva “era” o “se comportaba” de forma cognitiva, en el sentido de que existían unas técnicas desarrolladas “ex profeso” para producir una modificación, supuestamente cognitiva, en ese “paciente cognitivo”.

Con independencia de su posible vinculación o ausencia de ella, con otras disciplinas, cabe preguntarnos hoy en día qué queda de todo esto. ¿Sigue siendo el paciente “cognitivo”? ¿siguen siendo “cognitivas” las

técnicas? Si la terapia cognitiva surgió para separarse de otros modelos, como un modelo con su propia "personalidad", qué hacemos o hacia dónde nos lleva asumir estas nuevas propuestas, esta posible integración con campos tan opuestos a ella. Sobre todo, cara a entender lo propio, la aportación distintiva de la psicoterapia cognitiva. Y no olvidemos que todavía no está claro el mecanismo del cambio cognitivo, ni tampoco el posible mecanismo cognitivo del cambio.

Partiendo de que la terapia cognitiva no es una terapia integradora como han alegado algunos (véase a este respecto, Alford y Norcross, 1991; Caro, 1998), sino que siempre ha dejado bien claro su interés por ser la terapia de elección, o la terapia más adecuada para diversos trastornos por sus características particulares, "integrarla" de esta manera con campos antitéticos puede ser problemático. La posible "integración", el logro de un nuevo paradigma que sugiere Beck (2008, pág. 976), nos lleva a hacernos una pregunta para terminar. Si la terapia cognitiva pierde sus límites, su delimitación, de esta manera, ¿qué es, pues, la terapia cognitiva?

Agradecimientos: La autora quiere agradecer a la Profesora Elena Ibáñez Guerra sus comentarios y sugerencias a una primera versión de este trabajo.

Referencias

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Alford, B.A. y Norcross, J.C. (1991). Cognitive therapy as integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 175-190.
- Ávila, A. y Cabello, G. (2004). Primeros discípulos y disidentes freudianos. Las tradiciones psicoanalíticas clásicas en Europa y Norteamérica. En A. Ávila, B. Roji y L.A. Saúl (comps.), *Introducción a los tratamientos psicodinámicos* (pp. 141-187). Madrid: UNED.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry, 9*, 324-333.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression. II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561-571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press. (Publicado en 1972 como *Depression: Causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press).
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P.J. Clayton y J.E. Barrett (comps.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). Nueva York: Raven Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 5-37.
- Beck, A.T. (1989). A. T. Beck. Interview. *The Bethlem and Maudsley Gazette, 36*, 1.

- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. En P. M. Salkovskis (comp.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 6, 276-284.
- Beck, A.T. (1999). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. En C.R. Cloninger (comp.), *Personality and psychopathology* (pp. 411-430). Washington: American Psychiatric Press.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy. A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, A.T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Beck, A.T. y Alford, B.A. (2009). *Depression. Causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Beevers, C.G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process. *Clinical Psychology Review*, 25, 975-1002.
- Berger, P.L. y Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Garden City: Anchor Books. (Edición castellana en Amorrortu, 1968).
- Brewin, C.R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 96, 379-394.
- Caparros, A. (1980). *Los paradigmas en psicología (Sus alternativas y sus crisis)*. Barcelona: Horsori.
- Caro, I.(1988). As terapias cognitivas na perspectiva da semântica geral: pontos de contacto linhas de decaao. *Análise Psicológica*, 2, 197-210.
- Caro, I. (1995). Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas. *Boletín de Psicología*, 46, 115-160.
- Caro, I. (1998). Integration of cognitive psychotherapies: Vive la difference, right now! *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 67-76.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Madrid: DDB.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Madrid: DDB.
- Casey, G. y Moran, A. (1989). The computational metaphor and cognitive psychology. *The Irish Journal of Psychology*, 101, 143-161.
- Clark, D.A. (1995). Perceived limitations of standard cognitive therapy: A consideration of efforts to revise Beck's theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 153-172.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 119-129). Barcelona: Paidós.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (2010a). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Nueva York: Guilford Press. (Edición castellana en DDB, 2012).
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (2010b). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 418-424.
- Clark, D.A., Beck, A.T. y Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York: John Wiley & Sons.

- Delclaux, I. (1982). Introducción al procesamiento de la información en psicología. En I. Delclaux y J. Seoane (comps.), *Psicología cognitiva y procesamiento de la información* (pp. 21-38). Madrid: Pirámide.
- Delclaux, I. y Seoane, J. (1982) (comps.). *Psicología cognitiva y procesamiento de la información*. Madrid: Pirámide.
- Dember, W.N. (1974). Motivation and the cognitive revolution. *American Psychologist*, 29, 161-168.
- DeRubeis, R.J., Tang, T.Z., y Beck, A.T. (2001). Cognitive therapy. En K.S. Dobson (comp.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 349-393). Nueva York: Guilford Press.
- DeRubeis, R.J., Webb, C.A., Tang, T.Z. y Beck A.T. (2010). Cognitive therapy. En K.S. Dobson (comp.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 277-316) (3ª edición). Nueva York: Guilford Press.
- Dowd, E.T. (2002). History and recent developments in cognitive psychotherapy. En R.L. Leahy y E.T. Dowd (comps.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy* (pp.15-28). Nueva York: Springer.
- Dowd, E.T. y Courchaine, K.E. (1996). Implicit learning, tacit knowledge, and implications for stasis and change in cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10, 163-180.
- Dozois, D.J.A. y Beck, A.T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. En K.S. Dobson y D.J.A. Dozois (comps.), *Risk factors in depression* (pp.121-143). Oxford: Elsevier.
- Eiser, J.R. (1980). *Cognitive social psychology. A guidebook to theory and research*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Stuart. (Traducción castellana en DDB).
- Ellis, A. (1997). El estado de la cuestión en la terapia racional emotivo conductual. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 91-102). Barcelona: Paidós.
- Eysenck, M.W. (2004). Applied cognitive psychology: Implications of cognitive psychology for clinical psychology and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 393-404.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press. (Edición castellana, Madrid, Instituto de Estudios Políticos, 1975).
- Fierro, A. (1996). La alianza cognitivo-conductual y la psicología de la acción. En A. Fierro (comp.), *Manual de psicología de la personalidad* (pp. 445-510). Barcelona: Paidós.
- Garratt, G., Ingram, R.E., Rand, K.L., y Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 14, 224-239.
- Garzón, A. (1984). La psicología social cognitiva. *Boletín de Psicología*, 3, 67-88.
- Gergen, K. (1991). *The saturated self*. Nueva York: Basic Books. (Edición castellana, Paidós, 1992).
- Greenwood, J.D. (1999). Understanding the "cognitive revolution" in psychology. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 35, 1-22.
- Hollon, S.D. y Beck, A.T. (1994). Cognitive therapy and cognitive-behavioral therapies. En A. E. Bergin y S.L. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 428-466). Nueva York: Wiley.
- Hollon, S.D. y Garber, J. (1990). Cognitive therapy for depression: A social cognitive perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 58-73.
- Hutchins, E. (1995). *Cognition in the wild*. Cambridge: The MIT Press.

- Ibáñez, E. (1990). Presupuestos básicos y clasificación de las terapias cognitivas: Un punto de vista para la psiquiatría. Trabajo presentado en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría.
- Ingram, R. E. (1984). Toward an information processing analysis of depression. *Cognitive Therapy & Research, 8*, 443-478.
- Ingram, R.E. (1986) (comp.). *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando: Academic Press.
- Ingram, R.E. y Hollon, S.D. (1986). Cognitive therapy for depression from an information processing perspective. En R.E. Ingram (comp.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 259-281). Orlando: Academic Press.
- Ingram, R.E. y Kendall, P.C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective.. En R.E. Ingram (comp.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). Orlando: Academic Press.
- Ingram, R.E. y Price, J.M. (2010). *Vulnerability to psychopathology*. Nueva York: Guilford Press.
- Ingram, R.E., Steidtmann, D.K. y Bistricky, S.L. (2008). Information processing: Attention and memory. En K.S. Dobson y D.J.A. Dozois (comps.), *Risks factors in depression* (pp. 145-169). Oxford: Elsevier.
- Jones, E.E. (1998/1954). Major developments in five decades of social psychology. En D.T. Gilbert, S.T. Fiske y G. Lindzey (comps.), *The handbook of social psychology. Vol. 1* (pp. 3-57). Boston: McGraw-Hill.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 155*, 457-469.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: W.W. Norton & Company.
- Korzybski, A. (1921). *Manhood of humanity*. Nueva York: Dutton.
- Kovacs, M., y Beck, A.T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *The American Journal of Psychiatry, 135*, 525-533.
- Lachman, R., Lachman, J.L. y Butterfield, E.C. (1979). *Cognitive psychology and information processing: An introduction*. Hillsdale: LEA.
- Lachman, R. y Lachman, J.L. (1986). Information processing psychology: Origins and extensions. En R. E. Ingram (comp.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 23-49). Orlando: Academic Press.
- Logan Winfrey, L. y Goldfried, M.R. (1986). Information processing and the human change process. En R.E. Ingram (comp.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 241-258). Orlando: Academic Press.
- Magnavita, J. (2002). *Theories of personality*. Nueva York: Wiley.
- Mandler, G. (2002). Origins of the cognitive revolution. *Journal of History of the Behavioral Sciences, 38*, 339-353.
- Mayor, J. (1985) (comp.). *Actividad humana y procesos cognitivos (Homenaje a J.L. Pinillos)*. Madrid: Alhambra.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *American Psychologist, 17*, 827-838.
- Meichenbaum, D.O. (1995). Cognitive-behavioral therapy in historical perspective. En B. Bongar y L.E. Beutler (comps.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (pp. 140-158). Oxford: Oxford University Press.
- Miller, G.A. (2003). The cognitive revolution: A historical perspective. *Trends in Cognitive Sciences, 7*, 141-144.
- Moroz, M. (1972). The concept of cognition in contemporary psychology. En J.R. Royce y Wm. W. Rozeboom (comps.), *The psychology of knowing* (pp. 177-214). Nueva York: Gordon & Breach.
- Newell, A., y Simon, H. (1972). *Human problem solving*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Operario, D. y Fiske, S.T. (1999). Social cognition permeates social psychology: Motivated mental processes guide the study of human social behavior. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 63-78.
- Pérez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pilgrim, D. (1997). *Psychotherapy and society*. Londres: Sage
- Pinillos, J.L. (1981). Observaciones sobre la Psicología científica. En V. Pelechano, J.L. Pinillos y J. Seoane (comps.), *Psicologema* (pp. 27-76). Valencia: Alfaplús.
- Price, J.M. y Ingram, R.E. (2010). Future directions in the study of vulnerability to psychopathology. En R.E. Ingram y J.M. Price (comps.), *Vulnerability to psychopathology* (pp. 497-510). Nueva York: Guilford Press.
- Rodríguez, A. (1993). La imagen del ser humano en la psicología social. *Psicothema*, 5, 65-79.
- Rychlak, J.F. (1973). *Introduction to personality and psychotherapy*. Oxford: Houghton Mifflin Company. (Edición castellana en Ed. Trillas, 1988).
- Rychlak, J. F. (1998). How Boulder biases have limited possible theoretical contributions of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 233-241.
- Seoane, J. (1982). Del procesamiento de información al conocimiento social. En I. Delclaux y J. Seoane (comps.), *Psicología cognitiva y procesamiento de la información* (pp. 85-92). Madrid: Pirámide.
- Seoane, J. (1984). Psicología cognitiva y psicología del conocimiento. *Boletín de Psicología*, 1-2, 27-42.
- Seoane, J. (1985). Conocimiento y representación social. En J. Mayor (comp.), *Actividad humana y procesos cognitivos (Homenaje a J.L. Pinillos)* (pp.383-398). Madrid: Alhambra.
- Thagard, P. (2012). Cognitive science. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2012 Edition)*, Edward N. Zalta (comp.), forthcoming URL= <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2012/entries/cognitive-science/>>
- Vazquez, C. y Cameron, C. (1997). Taxonomía cognitiva, psicopatología y psicoterapias cognitivas. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 53-70). Barcelona: Paidós.
- Vega de, M. (1982). La metáfora del ordenador: implicaciones y límites. En I. Delclaux y J. Seoane (comps.), *Psicología cognitiva y procesamiento de la información* (pp. 63-84). Madrid: Pirámide.
- Vega de, M. (1985). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C. y Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley.
- Whisman, M.A. (1999). The importance of the cognitive theory of change in cognitive therapy of depression. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 6, 300-304.
- Zaccagnini, J.L. y Delclaux, I. (1982). Psicología cognitiva y procesamiento de la información. En I. Delclaux y J. Seoane (comps.), *Psicología cognitiva y procesamiento de la información* (pp. 39-62). Madrid: Pirámide.
- Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.