

## **EL INCONSCIENTE EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. UNA REFLEXION**

**Emilio Ferrer Gil**

### **RESUMEN**

*El inconsciente es un constructo central en las formulaciones psicodinámicas y los procesos no conscientes se están también convirtiendo recientemente en un concepto básico en las nuevas teorías cognitivo-conductuales (especialmente en las formulaciones constructivistas y estructuralistas). De otro lado, algunas técnicas clínicas lo usan como instancia intrapsíquica operativa (por ejemplo en el trance hipnótico profundo). Se comentan algunas diferencias entre el concepto teórico y el experimental y se sugieren algunos problemas potenciales para la práctica clínica.*

**Palabras clave:** PROCESOS NO CONSCIENTES, TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CONSTRUCTIVISMO.

### **SUMMARY**

*The unconscious is a central construct in psychodynamic formulations and recently the non-conscious processes are also becoming a basic concept inside the news cognitive-behavioural theories (specially in structuralist and constructivist formulations). However, some clinical*

*techniques use it as a operative intrapsychis instance (deep trance in hipnosis, by example). Some differences between theoretical and experimental concept are comented and some potenciales problems on the clinic practice are suggered.*

**Key word.:** NON-CONSCIOUS PROCESSES, COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY, CONSTRUCTIVISM

## INTRODUCCION. LA DIVERSIFICACION CONCEPTUAL

Los psicólogos clínicos que nos encuadramos en lo que se viene llamando 'terapia cognitivo-conductual' (TCC) estamos trabajando con un modelo de análisis e intervención que ya ha sufrido crisis evolutivas tan importantes y fructíferas como el paso progresivo desde el conductismo funcional y aséptico de los primeros diseños de intervención (basados en condicionamiento, contracondicionamiento, inhibición reactiva, etc), pasando por el encubiertalismo y el manejo de las llamadas 'variables mediacionales', hasta llegar, en fechas todavía recientes, a la revolución que en terapia de conducta supuso la introducción y asimilación de los modelos de terapia cognitiva encabezados en origen por Ellis y Beck.

La diversificación del arsenal terapéutico que todo ello ha supuesto es hoy día, desde la práctica cotidiana, algo evidente. La eficacia terapéutica y los campos de aplicación también han ido aumentando (para una revisión de la evolución reciente ver F. Bas, 1981, 1992), todo lo cual resulta, en principio y para la mayoría de los clínicos de esta orientación, plenamente satisfactorio. Pero al hilo de todos estos cambios, o quizás como resultado de los mismos, asistimos también a un cierto cambio conceptual o de enfoque, más epistemológico que técnico, cuyo desarrollo y evolución sigue caminos mucho más implícitos, menos declarados abiertamente, y, sobre todo, de evolución más lenta e insidiosa. Estos cambios se mueven en lo que podríamos llamar dimensión *experimentación-especulación*, y competen a los criterios de verdad con que los clínicos nos movemos no solo a la hora de decidir si una técnica concreta es eficaz o no (y en esto sigue incólume el criterio de los estudios de diseño comparado y con controles) sino también, y sobre todo, a decidir con que tipo de entidades psíquicas, constructos y modelos de funcionamiento del individuo estamos trabajando a la hora de hacer una intervención clínica.

Existe, en este nivel, un cierto tipo de proceso de cambio conceptual de funcionamiento *retroactivo*: primero se aplican técnicas nuevas bajo el criterio práctico de la efectividad y después se termina cambiando el concepto de sobre qué y cómo hemos intervenido. Su efecto resulta más que notable si nos paramos a pensar en la facilidad con la que hoy día los terapeutas cognitivo-conductuales manejamos, aunque sólo sea a nivel fáctico, constructos y conceptos considerados hasta hace muy poco como turbios o peligrosos, tales como 'personalidad', 'estilos de pensamiento', 'niveles de conciencia', 'escala de valores' y otros muchos. Sea cual sea el camino para la introducción en terapia de nuevos referentes conceptuales no debería de existir objeción alguna cuando, paralela o previamente, exista experimentación básica que sustente de manera científica la existencia objetiva o funcionalidad como modelo explicativo de semejantes constructos. Y esto es lo que ocurre, en principio, con la mayoría de los nuevos conceptos que se van introduciendo (por ejemplo, con los citados más arriba). Con lo que, si bien puede ser cierto que el clínico, en un determinado momento, y por mor de la efectividad y aplicación de nuevas técnicas, puede desplazarse en el mencionado eje de *experimentación-especulación* hacia el lado de lo especulativo, no suele tardar en reencuadrarse más cerca de los datos experimentales que de la elucubración teórica.

Pero hay otros conceptos cuya justificación no está tan clara; uno de ellos, y no el de menor importancia, es posiblemente el concepto de 'inconsciente'. Semejante constructo, con larga historia y papel fundamental dentro de las terapias analíticas, parece que se va abriendo paso de manera tímida y a veces soterrada en el armazón conceptual que subyace a la práctica cognitivo-conductual. Caso de ser asimilado e integrado finalmente las consecuencias pudieran no ser todas positivas y enriquecedoras, tanto por la carga teórico-especulativa que arrastra como por las infinitas posibilidades o 'libertades' que puede llegar a sustentar dentro de la práctica clínica. La historia reciente de ese concepto en nuestra práctica y la sugerencia de sus potencias y peligros son el motivo de la presente reflexión.

## EL INCONSCIENTE COMO CONCEPTO

Parece necesario, antes de ver la evolución actual del concepto de inconsciente dentro de las formulaciones teóricas cognitivo-conductuales, hacer

una breve anotación sobre su evolución reciente en la investigación básica que nos sirva de contraste a un doble nivel: el concepto con base experimental versus el concepto psicodinámico, de un lado, y las características del funcionamiento inconsciente que podemos desprender de los estudios experimentales versus las que ya vamos suponiendo en los modelos clínicos, de otro.

El concepto de 'inconsciente' en las formulaciones dinámicas hace referencia, como es sabido, a toda una oscura y soterrada parte del psiquismo individual con características básicas (en el sentido de primigenias y también en el sentido de fundamentales) y con movilidad autónoma (con procesos de cambio y evolución desde dentro del mismo inconsciente). Este inconsciente psicoanalítico tiene un funcionamiento completo, dentro de sí, y hacia la superficie (la conciencia), siendo el motor pulsional principal de los estados emocionales del individuo, marcando el lenguaje de los síntomas, acumulando símbolos, experiencias, interpretaciones y deseos. En esta especie de *entidad intrapsíquica* no solo hay material emocional (pulsiones, instintos, deseos) sino también otro claramente cognitivo y/o simbólico. A este respecto conviene recordar que en la teoría tópica del psicoanálisis aparece claramente definido el superyo, instancia formada supuestamente al interiorizar el niño los sistemas morales de la autoridad paterna, y que se compone principalmente de admoniciones, reglas de juicio y valor y normas de razonamiento moral que son inconscientes una vez 'introyectadas' e influyen, obviamente de manera también 'inconsciente', sobre la conducta y emociones. En definitiva, el inconsciente psicodinámico es una entidad con capacidad semántica y simbólica y con movilidad interna. Allí hay imágenes y deseos, pero también significados complejos y hasta razonamientos y/o juicios.

Frente a toda esta carga diversa de significados que arrastra el término 'inconsciente' desde su *descubrimiento* clínico por parte de Freud, el concepto de lo 'no consciente' ha sido, hasta hace poco, mucho más operativo y pobre de sustancialidad en la tradición experimental. En este terreno (el de la ciencia experimental) la parsimonia es un principio y la especulación solo un instrumento (y a controlar), de ahí la clara diferencia en conceptualizaciones.

En primer lugar tenemos el área de estudio de la percepción, en la que desde hace tiempo se habla, y sin problemas, de procesamiento 'no consciente'. Las más de las veces este término hace referencia a procesos fundamentales de tipo perceptivo que están a la base de lo que ocurre cuan-

do somos conscientes de algo que percibimos pero no de la forma en que hemos alcanzado semejante conciencia. Funcionan, por tanto, como 'camino' de esta misma percepción consciente haciendo trabajos de integración o composición de los que no somos conscientes. Hablamos por tanto de una no-conciencia de tipo procesual; no somos capaces de darnos cuenta del proceso mediante el cual componemos una imagen o un sonido, o de cómo filtramos y estructuramos elementos procedentes de configuraciones estímulares poco organizadas o incompletas, pero sí lo somos del resultado final.

En el modelo de procesamiento de la información aplicado a la atención humana se postula un procesamiento de tipo simultáneo y no consciente en el primer escalón de la cadena de análisis de la entrada sensorial, y se categoriza a este proceso como 'atención no focal' (Neisser, 1967). Este nivel no es consciente, su funcionamiento es autónomo aunque se puede ver influido 'desde arriba' (nivel consciente), su análisis, aún siendo complejo, es de muy bajo nivel (codificación de características físicas del estímulo) y, por supuesto, no almacena ninguna clase de contenido cognitivo propiamente dicho. Este nivel funcional que podríamos llamar (sólo con intención esquematizadora) 'inconsciente procesual', carece de contenido semántico alguno y, obviamente, no es operativo a nivel de razonamientos o relaciones significativas.

Existe otra área de estudio muy relacionada, como veremos, con las formulaciones que se van haciendo en Terapia de Conducta Cognitiva sobre el funcionamiento 'no consciente' del individuo, y esta se refiere al campo de la conducta automática. En los estudios de atención hace tiempo que quedó establecido el hecho de que cuando se genera un 'sobrepaprendizaje' suficiente de una conducta (simple o compleja), esta pasa a ser ejecutada e incluso regulada y modificada en su desarrollo de una manera automática y con poco o nulo gasto de atención y esfuerzo. Conviene recordar aquí que las conductas automáticas no son consideradas inconscientes en sí mismas, aunque no requieran atención focal, y ello por dos motivos: porque provienen de aprendizajes efectuados de manera consciente y bajo atención voluntaria, y porque en cualquier momento durante la ejecución automática el sujeto es capaz de tomar conciencia inmediata de lo que está haciendo y de cómo lo hace (cualquiera que conduzca de manera automática pasa 'inmediatamente' a control voluntario cuando surge algún problema o simplemente cuando se lo propone). Es decir, si bien los automa-

tismos se completan y autorregulan sin intervención de atención directa, se aprenden siempre de manera consciente y son además siempre 'accesibles' a la conciencia. Bandura ya advertía del peligro inherente a confundir este tipo de mecanismos con mecanismos inconscientes (Bandura, 1987, p. 484-487). aunque, como veremos, los 'automatismos' tienen importancia de primera magnitud en las formulaciones de terapia cognitiva. Convengamos, cuanto menos, en que las conductas automáticas se realizan en estados de bajo control atencional y muy débil o nula autoconciencia.

Hasta aquí, y aún admitiendo en nuestra clasificación este segundo tipo de conductas poco conscientes, no tendríamos todavía ninguna instancia psíquica o compartimiento interno 'inconsciente', sino simples formas de funcionamiento que no requieren la autoconciencia directa del sujeto. Es decir, inconscientes funcionales: de proceso o por automatismo.

Otra cosa será hablar de aprendizaje no consciente en sí mismo, desde el origen, y no sólo en el mantenimiento y ejecución de las conductas. Parece que si se puede aprender inconscientemente (no conscientemente) y almacenar y ejecutar respuestas de la misma forma estaremos hablando ya de un hipotético aparato funcional mucho más poderoso y que opera al margen de la autoconciencia del individuo. Entramos, por tanto, en el tema del aprendizaje y sus niveles.

Hasta hace poco se había considerado a la conciencia como condición *sine qua non* para el establecimiento de cualquier tipo de aprendizaje, incluso de bajo nivel. En situación de condicionamiento clásico se comprueba repetidamente que no aparece asociación entre el estímulo condicionado y el incondicionado (EC-EI) si se interfiere la percepción consciente del emparejamiento en los ensayos de aprendizaje. Sin embargo, si lo que consideramos como prueba de aprendizaje no es directamente el efecto EC-Respuesta Condicionada, clásicamente tomado como criterio, sino el llamado efecto de *priming* o facilitación que se produce en el procesamiento del EC por la exposición previa al par EC-EI, entonces sí aparece, y claramente, efecto de aprendizaje sin intervención de la conciencia. En una reciente investigación dentro del paradigma de condicionamiento semántico de Staats (Jimenez y cols, 1992), se concluye que existe evidencia de *aprendizaje asociativo no consciente*, al encontrarse claros efectos de *priming semántico* con estímulos no procesados conscientemente por el individuo (presentados subliminalmente mediante el enmascaramiento retroactivo). Es obvio que en el condicionamiento semántico lo que

se aprende no es una relación estímulo físico-respuesta, sino contenido significativo-respuesta, con lo que queda implicado directamente un procesamiento de nivel mucho más 'profundo', en el sentido clásico de los *niveles de procesamiento*, y todo ello, en este caso, sin autoconciencia por parte del sujeto de aprendizaje. Con lo que, se quiera o no, empezamos a hablar de un cierto tipo de procesamiento de carácter semántico y no consciente.

El estudio de los efectos del priming y sus diferentes tipos se ha desarrollado principalmente en el campo de la llamada *memoria implícita* (para una revisión ver Ruiz Vargas 1992). Utilizando diversos materiales de aprendizaje y manejando la variable de *aprendizaje intencional versus aprendizaje incidental* se descubre que existe todo un tipo de funcionamiento y/o sistema de memoria que opera sin la autoconciencia del individuo a la hora de recuperar material aprendido en situación de aprendizaje incidental (el sujeto se enfrenta ante el material de aprendizaje procesándolo según distintas demandas de tarea y sin saber que se le va a pedir el recuerdo y/o reconocimiento del material presentado). Esta *memoria implícita* funcionaría de manera inconsciente en la fase de 'recuperación', ya que el sujeto manifiesta el efecto de *priming* sin ser consciente del sesgo ni relacionarlo con la situación de aprendizaje (por ejemplo, en los estudios del efecto de priming sobre sujetos amnésicos). Pero además parece que también se obtiene efecto de *priming* (perceptivo y conceptual) cuando la misma situación de aprendizaje no solo es *incidental* sino también *inconsciente*: en la revisión de Ruiz Vargas se citan los experimentos de Roorda-Hrdlickova, Wolsters, Bonke y Phaf (1990) en los que se obtiene efecto de 'priming' sobre sujetos que reciben el material de aprendizaje en situación de anestesia general. Tenemos otra vez, no solo un funcionamiento inconsciente en el estadio de *recuperación* de material de la memoria (lo que sería nuevamente un tipo *procesual* de inconsciente), sino en el proceso completo de *codificación-almacenamiento-recuperación*, lo que le da, obviamente, un matiz mucho más estructural a este tipo de funcionamiento no consciente.

De otro lado, y según otro tipo de experimentos, no sólo parece que somos capaces de establecer nuevos aprendizajes de manera no consciente, sino que incluso podemos generar estructuras de conocimiento y/o de inferencia mediante aprendizaje no consciente. Bajo diseños experimentales rigurosos, Lewicki (1987, 1988) descubre que los sujetos aprenden 'incons-

cientemente el patrón de variación de una configuración estimular en la que tienen que encontrar un determinado objetivo cuya localización varía de una presentación a otra (paradigma de matrix scanning). En efecto, tras varias presentaciones en las que se utiliza un determinado esquema de variación de posiciones según reglas que el sujeto desconoce, de hecho mejora la ejecución (es decir, se usa el patrón que ha sido descubierto de una manera no consciente) sin que el sujeto pueda comunicar su descubrimiento ni cuál es la razón de la mejoría en su ejecución. A partir de este tipo de experimentos Lewicki genera el concepto de algoritmo de procesamiento (encoding algorithms). Se trata de una estructura de interpretación y selección de información, un tipo de conocimiento no explícito (*procedural knowledge*) que puede aprenderse de manera no consciente y que ejerce posteriormente su efecto. Cuando la información con la que nos enfrentamos es ambigua o compleja los algoritmos funcionan incluso más que cuando la tarea es clara y definida. En posteriores extensiones del modelo (Lewicki 1989, 1992) se estudia la importancia que semejante tipo de funcionamiento no consciente tiene en el procesamiento de información social. Los algoritmos de Lewicki, aplicados a nuestras relaciones sociales, influyen en nuestra manera de emitir juicios, destacar características del ambiente y en las reacciones emocionales consecuentes. Están dotados, además, de una cierta tendencia a la autopermanencia, algo así como una resistencia al cambio una vez que han sido establecidos (*self-perpetuation*). Con referencia no sólo al campo de las percepciones y reacciones sociales sino, en general, al funcionamiento cognitivo del sujeto, Lewicki afirma contundentemente que *la habilidad del sistema cognitivo humano para adquirir no conscientemente estructuras complejas de conocimiento es una de sus características elementales e indispensables* (1989, p. 239).

Todo ello dibuja una estructura de funcionamiento inconsciente con claras características de complejidad y, lo que resulta más interesante, con presencia continua en el funcionamiento cognitivo del individuo. El hecho de que determinadas reglas de valoración y percepción de situaciones sociales y/o las actitudes puedan estar determinadas por estructuras que no sólo son inconscientes sino que además se han aprendido también de manera inconsciente (luego no son simples automatismos por sobreaprendizaje) nos sitúa ya ante un modelo de inconsciente bastante poderoso; Lewicki llega a decir que el procesamiento inconsciente no sólo es más rápido que el consciente sino también a veces más complejo (1992, pp. 796).



Kihlstrom, en una visión global sobre el funcionamiento no consciente (Kihlstrom, 1992) apoya también la idea de un amplio rango de influencia del funcionamiento no consciente, rango que abarcaría desde el área de la percepción a las reacciones emocionales, pasando por la memoria, el pensamiento y el aprendizaje. El autor, por cierto, marca muy bien las diferencias entre este funcionamiento inconsciente y las formulaciones psicodinámicas, la principal de las cuales consiste en el que inconsciente freudiano era primitivo y pulsional y el funcionamiento no consciente que vamos descubriendo es complejo y bastante 'racional'.

Este último inconsciente, que venimos comentando, capaz de procesar y generar asociaciones entre significados (condicionamiento semántico y efectos de priming conceptual) y también capaz de enfocar interpretativamente situaciones complejas (los *algoritmos* de Lewicki) carece aún de la mayoría de las características propias del concepto psicodinámico. No está, por ejemplo, reificado como una 'entidad' soterrada y en la sombra que funciona permanente por detrás de todo lo que hagamos, y por eso se sigue hablando de *procesamiento no consciente*, *aprendizaje no consciente* y no de *inconsciente* propiamente dicho; pero ya va adquiriendo ciertos rasgos de dinámica propia: establece relaciones dentro de sí mismo, es decir, hay aprendizajes *totalmente* inconscientes; hay que suponerle ciertas características de almacenaje, puesto que codifica, almacena y recupera la información o relación aprendida sin intervención de la conciencia; tiene competencia significativa (afecta al contenido semántico), implicaciones sobre nuestra reacción emocional simple y compleja (nuestra relación ante palabras y ante configuraciones estímulares de tipo social), y actúa, al menos en el modelo de Lewicki, influyendo de una manera permanente en nuestra percepción y valoración consciente de determinadas situaciones sociales a las que nos enfrentamos.

Si a esto añadimos, como veremos inmediatamente, las progresivas incursiones que el concepto va haciendo en las teorizaciones de tipo clínico que se hacen recientemente en nuestro campo, el tema se complica y diversifica hasta volverse, en mi opinión, peligroso. Y el peligro consistiría en que si, animados por los avances experimentales, damos el salto de empezar a *contar con lo inconsciente* en nuestras intervenciones y en nuestros análisis, podemos comenzar a asumir, a falta de mejores modelos, características dinámicas de este supuesto inconsciente que no tienen sustento experimental alguno aunque sí una larga tradición de escuela.

## RELACIONES ENTRE 'INCONSCIENTE' Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La llamada revolución cognitiva provocó, como se ha dicho, una ampliación del marco conceptual y, sobre todo, del arsenal terapéutico, que no sólo modificó, y para bien, la amplitud y nivel de eficacia de las terapias, sino también el modelo implícito de sujeto-paciente y, lógicamente, los planteamientos de análisis de la psicopatología. De los primeros diseños funcionales de conducta, tan elegantes como simples, se pasa a la consideración del funcionamiento intrapsíquico del individuo como factor causal y de mantenimiento de primer orden. Aparecen como objetivos terapéuticos (y en el campo de investigación como objetivos de análisis) las cogniciones, las imágenes mentales, los estilos de inferencia y atribución, el dialogo interior, las estrategias de afrontamiento y/o solución de problemas y muchas otras variantes cuya o-perativación se realiza, en muchos casos, necesariamente a través de los autoinformes (introspección) o de los efectos funcionales (observado el efecto, normalmente disfuncional, se presupone la variable cognitiva y se pasa a investigarla utilizando otra vez la introspección del mismo paciente).

Es obvio que en semejante sistema la *intuición* o suposición del clínico comienza a ganar peso, más aún cuando se postula y sostiene desde los modelos originales, como presupuesto inicial, que muchas de las disfunciones o estilos cognitivos de un paciente cursan sin que él mismo sea capaz de identificarlos (por ejemplo, los pensamientos automáticos y los errores de inferencia de Ellis y Beck). Y a partir de ahí comienza, en mi opinión, nuestra relación, muchas veces tan obvia como no reconocida, con instancias no sólo intrapsíquicas sino también, y en un sentido literal, *profundas*: el inconsciente.

El término 'inconsciente' tiene ciertas características de estigma o término maldito, razón por la que normalmente vamos a encontrarnos con sinónimos o cuasi-sinónimos cuando aparece en formulaciones terapéuticas cognitivo-conductuales. Eso puede resultar lógico y hasta práctico dadas las connotaciones históricas, pero también puede terminar por ser confuso puesto que, caso de que se siga avanzando en algunas de las direcciones que con respecto al análisis y manejo del llamado *funcionamiento no consciente* se vienen estableciendo en nuestra práctica clínica, nos podemos encontrar con que, de facto, manejamos un constructo muy cercano al psicoanalítico, con la salvedad de que lo llamamos de otra forma (*pensamiento primitivo, conocimiento tácito, reglas implícitas, etc.*).

La primera aproximación parece producirse cuando Ellis elabora su modelo ABC de funcionamiento cognitivo y añade que las cogniciones disfuncionales (B), que son directamente causales de la relación emocional/conductual desadaptativa (C), a veces cursan de manera automática y a un ritmo tan rápido que resulta difícil, si no imposible, el autorreconocimiento de las mismas (Ellis, 1962). El paciente, por tanto, se debe de entrenar en reconocer *in situ* estos pensamientos y/o razonamientos y modificarlos o sustituirlos también en el momento a ser posible. Implícitamente se maneja aquí el concepto de automatismo por sobreaprendizaje, que, como ya se ha comentado, no se puede equiparar al funcionamiento no consciente. Beck, en sus primeras formulaciones sobre la terapia cognitiva de la depresión (Beck y Cols, 1979), incluye también los automatismos cognitivos que funcionan disparando reacciones emocionales desadaptativas, y nos habla de distorsiones del pensamiento y sesgos en el funcionamiento cognitivo del depresivo que operan también de manera *no voluntaria*. No estamos todavía ante nada remotamente parecido al inconsciente dinámico. Tanto en la terapia racional de Ellis como en la terapia cognitiva de Beck se asume el funcionamiento automático de determinadas distorsiones cognitivas en el sujeto pero se presupone al menos su accesibilidad a la conciencia del individuo. Precisamente uno de los primeros pasos en la reestructuración cognitiva es conseguir en el paciente una especie de 'insight' sobre su forma disfuncional de funcionamiento cognitivo, y ello se obtiene mediante la terapia verbal de tipo 'socrático', es decir, racional, lógica y 'muy consciente'.

Pero, aunque el salto de 'automático' a 'inconsciente' carece, como hemos comentado, de fundamento, de hecho se avanza en este sentido (Mahoney, 1992). El mismo Beck, en formulaciones posteriores (Beck, 1985) establece un paralelismo de tipo analógico entre lo que el llama *pensamiento primitivo* (distorsiones y pensamientos automáticos) y lo que en psicoanálisis se llama *procesos primarios* (que ocurren a nivel inconsciente). Más claramente y partiendo de una orientación racional-emotiva, Wessler (1991) desarrolla e intenta sistematizar un nuevo sistema terapéutico de carácter molar orientado en principio al tratamiento de los 'trastornos de personalidad' y que él llama Terapia de Valoración Cognitiva, en el que se postula un funcionamiento no consciente del individuo que compete no sólo a la forma en que reacciona emocionalmente y se comporta, sino también a la forma en que aprende, y asume aquí los algoritmos de Lewicki como elemento a tomar en cuenta en la intervención clínica. Este autor parece ya dar el salto definitivo con respec-

to a los automatismos puesto que nos aconseja inferir las 'reglas cognitivas' que el individuo maneja a través del análisis de su historia y orientar la intervención *como si* estas reglas de funcionamiento fueran operativas, con independencia de si el paciente alcanza o no 'insight' de las mismas (o sea, las reconozca o no). Se nos habla además de una dinámica de funcionamiento en la que aparecen maniobras defensivas y de autorregulación que operan por debajo de los niveles de conciencia del sujeto y que influyen poderosamente sobre su conducta y emociones. El individuo se regula parcialmente en torno a esquemas que operan totalmente al margen de su conciencia, tales como *el afecto personotípico* o sesgo emocional anclado en la personalidad del paciente y que proviene de su historia personal. Como se ve, los avances hacia un concepto dinámico y hasta tópico de lo inconsciente, son notables.

De otro lado, y con origen en la más pura terapia de conducta, Lazarus (1981) desarrolla el modelo de la llamada terapia multimodal (TMM) con la que inaugura formalmente el llamado 'eclecticismo técnico' en nuestra orientación (que viene a decir, como principio, que lo importante a la hora de la elección de técnicas es el criterio pragmático de su efectividad comprobada y no sus orígenes o parentesco teórico). En la formulación de la TMM se habla ya directamente de funcionamiento inconsciente del individuo y se toma como funcionalmente operativas y clínicamente significativas a la *resistencia y a los mecanismos de defensa*. Si bien Lazarus no asume la constelación conceptual freudiana al utilizar estos términos y explica claramente que la 'coincidencia' es simplemente terminológica y a nivel descriptivo ('fenotípica' según su expresión), sí deja bien claro que los clásicos mecanismos de defensa son operativos, que hay que contar con ellos, y que su funcionamiento en el paciente no es ni consciente ni, obviamente, voluntario. Partiendo de que 'los procesos no conscientes son una necesidad conceptual' (Kwcc, 1991), se habilitan estrategias de intervención para vérselas con algunos de ellos.

Lazarus es quizás el autor que se posiciona con respecto al tema del inconsciente de una manera más clara: 1) el funcionamiento inconsciente existe y no podemos obviarlo; 2) hay una rotunda diferencia entre reconocer el 'funcionamiento' inconsciente y asumir un inconsciente topológico y codificado y 3) hay que tener en cuenta los procesos inconscientes del paciente en el abordaje terapéutico. Este autor mantiene además un claro posicionamiento en contra de la tendencia integradora entre psicoanálisis

y terapia cognitivo-conductual (Lazarus, 1981, 1992), aunque no deja claro cómo instrumentalizar el análisis e intervención sobre el inconsciente con el que, según dice, tenemos que contar.

Con influencia no sólo de la terapia cognitiva (Ellis) sino también de la neuropsicología (Luria) Maultsby (1986) formaliza un modelo muy cercano al ABC en el que se hipotetizan unidades de procesamiento cognitivo autónomo, las 'creencias' y 'actitudes' en el modelo, cuyo funcionamiento es automático y, en el caso de las actitudes, 'superconsciente' y no verbal, lo que viene a significar prácticamente inconsciente. Las 'actitudes' de Maultsby son las unidades cognitivas 'Ab', se forman con cogniciones y valoraciones (b) que actúan inmediatamente y de manera no consciente ante la percepción de determinadas situaciones 'marcadas' (A). La idiosincrasia de semejantes unidades depende, obviamente, de la historia de aprendizajes del individuo. Su carácter no consciente, actitudinal y evolutivo es muy difícil que no nos recuerde al concepto de supervyo dinámico.

En las formulaciones teóricas de orientación constructivista y/o estructuralista aparece ya el inconsciente como entidad con claras características topológicas y de autonomía funcional. Eso sí, no se llama 'inconsciente'. Se habla de 'autoconocimiento tácito', 'núcleo metafísico' o 'self', pero ya no son sólo 'procesos' sino estructuras intrapsíquicas con tanta sustancialidad como el inconsciente de Freud (quien, por otra parte, jamás habló de topología más que en sentido analógico, obviamente), aunque con dinámica distinta.

Mahoney (1985) reconoce explícitamente la necesidad de abordar los procesos inconscientes de los paciente, e incluso sugiere que comencemos a instrumentalizar, para su análisis, la técnica de la libre asociación. Este autor, en su conceptualización del 'cambio' personal (en psicoterapia y fuera de ella) nos habla de estructuras de conocimiento 'tácito' o inconsciente dotadas de mecanismos de autoprotección o 'resistencia al cambio' que guían y modulan la conducta y las emociones 'desde dentro', sesgando y/o construyendo la experiencia del sujeto a partir de esquemas 'tácitos' adquiridos evolutivamente.

En una línea cercana y, en mi opinión, muy prometedora a nivel teórico, la llamada 'terapia cognitivoestructural' de Guidano y Liotti tematiza el inconsciente como una entidad compleja, dinámica, con trasvases internos y autonomía propia y con un peso crucial en el funcionamiento del individuo. Guidano y Liotti (1985) utilizan la expresión 'núcleo metafísico' y 'conoci-

no consciente y la operatividad de lo aprendido (que es conceptual y cognitivo) después del trance supone la operatividad desde el inconsciente de verbalizaciones, razonamientos y/o reglas de inferencia. Dowd (1991) propone, por ejemplo, la utilización de la hipnosis para favorecer la reestructuración cognitiva. Este inconsciente es claramente dinámico, un poderoso alter ego, caso de existir, por lo menos tan complejo y profundo como el freudiano clásico.

## **PROPUESTAS FINALES**

Con este panorama que vamos dibujando todavía cabría plantearse dónde reside el problema, si es que lo hay. La evolución actual de la psicoterapia en general, y de la orientación cognitivo-conductual en particular, parece que apunta hacia un marco de integración en el que se vaya abandonando el lenguaje de escuela para posibilitar el mutuo enriquecimiento técnico entre distintas orientaciones y, quizás en un futuro próximo, la desaparición de líneas divisorias artificiales en pro de la eficacia clínica (Mirapeix, 1993; Goldfried, 1992; Feixas, 1992; Beck, 1985; Mahoney, 1985, 1992).

Semejante objetivo es, en mi opinión, loable. La motivación única para afrontarlo debería de ser la ganancia de eficacia. Pero el criterio de selección de técnicas y/o conceptos no debería ser sólo el de eficacia sino también, y además, el de su fundamento científico.

Aun en el caso de que el todavía endeble concepto de inconsciente que como hemos visto se va dibujando en los avances experimentales alcance categoría de sistema autónomo y permanente de funcionamiento, seguiría sin haber motivo alguno para efectuar el peligroso 'salto' de asumir las características omnipotentes que se le atribuyen en el modelo psicoanalítico clásico. Si hay un 'inconsciente' que procesa y almacena información, que nos influye y modifica, que incluso tiene cierta potencia sobre nuestros 'sesgos' cognitivos manifiestos y/o sobre nuestras reacciones emocionales, su forma de funcionamiento y sus características tendrán que ser analizadas y comprendidas en el lento camino del progreso experimental riguroso, evitando, sobre todo en el campo clínico, la cómoda y peligrosa opción de suponer un inconsciente operativo detrás de cada reacción emocional o conductual que nos sea difícil de entender o explicar con nuestros modelos actuales. Un inconsciente 'cajón de sastre' no sirve más que para mantener, como clínicos,

miento tácito, en sentido claramente estructural, para referirse a las instancias inconscientes, y hablan de maniobras de autorregulación del individuo dirigidas por estas instancias (o al menos muy determinadas por ellas). La terapia que proponen ya puede calificarse, en determinados aspectos, como 'profunda' (diferencian, de hecho, entre cambio profundo y superficial y, de manera implícita, también entre terapia 'profunda' y 'superficial'). En estos autores aparece además el concepto de conflicto intrapsíquico como origen del desequilibrio adaptativo del sujeto. Se habla de la contradicción entre el 'autoconocimiento tácito' del sujeto, por un lado, y las demandas adaptativas que proceden del medio por otro, siendo la sintomatología el resultado de fallidos intentos de autorregulación del sujeto.

El objetivo terapéutico se va convirtiendo, conforme avanza en 'profundidad', en un intento de que el paciente elabore conscientemente los esquemas de su 'autoconocimiento tácito'. Es decir, un insight progresivo y ajustado personalmente como medio de autocontrol. A veces incluso se plantea la posibilidad de dejar que el conflicto del paciente se desarrolle al máximo antes de intervenir sobre él (Mahoney, 1985) por su potencial valor para el crecimiento personal.

Sin ser todo lo anterior más que un significativo 'botón de muestra' sin pretensiones de exhaustividad, desde luego parece claro que el concepto de 'inconsciente' va dejando de ser 'extraño' en nuestra orientación clínica y, sobre todo, en sus desarrollos más recientes. Además, el camino de introducción del mismo como entidad psíquica con la que tenemos que tratar en el quehacer terapéutico no sólo avanza en las formulaciones teóricas progresivas, sino también, como se dijo, a través de 'asimilaciones' de técnicas y abordajes clínicos que se producen sin intentos claros de justificación previa. Un ejemplo ilustrativo es la cada vez más generalizada aceptación de las técnicas hipnóticas en nuestro arsenal terapéutico (Jara Vera y cols, 1992). Si bien los niveles moderados de hipnosis (trances ligero y medio) no añaden sustancialmente nada nuevo ni implican conceptualizaciones extrañas por su semejanza con la relajación profunda (cuya efectividad y papel terapéutico no implica, obviamente, ninguna instancia 'inconsciente') otra cosa son los llamados trances profundos. Con independencia de la discusión sobre su naturaleza (qué son los trances profundos y cómo es su funcionamiento) la pretensión de utilizarlos para provocar cambios cognitivos duraderos en el funcionamiento del sujeto presupone claramente niveles de dinámica inconsciente, puesto que, en estos trances, el aprendizaje sería

la permanente ilusión de que siempre estamos en lo cierto (aunque el paciente no lo reconozca) y de que hasta los retrocesos nos confirman (porque son resistencias no del paciente, sino de su inconsciente recalcitrante).

En cualquier caso, si el procesamiento inconsciente se muestra como sistema complejo y de importancia significativa y no residual en el funcionamiento 'normal' del individuo, es evidente que no se puede esconder la cabeza en el campo de la psicopatología y la terapia clínica, en los que habrá que suponerle, el menos, la misma importancia como elemento etiológico y como área de intervención respectivamente.

Desde la orientación cognitivo-conductual es todo un reto. No tenemos instrumentos para obtener noticia alguna de cómo se funciona 'inconscientemente', incluso no resulta descabellado pronosticar que tardaremos mucho en tenerlos (por lo intrincado que puede resultar la estimación de la validez y fiabilidad de semejantes instrumentos). Asumir el uso y manejo de técnicas cuya carga conceptual es clara y que supuestamente son eficaces en esto de 'elicitar' respuestas muy relacionadas con lo inconsciente (las técnicas proyectivas y la libre asociación, por ejemplo) sería ya dar ese salto injustificado hacia un modelo sin sustento, sobre todo si asumimos no sólo la técnica en sí, sino el aparato hermenéutico desarrollado para su interpretación (y utilizar una técnica proyectiva sin hermenéutica 'ad hoc' es un ejercicio más bien inútil).

Existe, no obstante, todo un campo de actuación 'no consciente' del individuo que podría servir de aproximación para la exploración de sus supuestas 'estructuras' inconsciente: las conductas automáticas y los errores de ejecución. ¿Deberíamos empezar a dar importancia clínica a estas manifestaciones y por tanto pasar a interpretarlas?

Con respecto a las conductas automáticas lo cierto es que ya les concedemos importancia clínica, y no menor, en las áreas de expresión emocional y en la interacción social. En el primer caso tenemos todo el campo de estudio de la comunicación no verbal, sus reglas y significados (por ejemplo, Ekman y Oster, 1981) y el segundo no sólo es ya un clásico tema de análisis en psicología social (conductas automáticas y significativas como la postura, la distancia interpersonal, los flujos de comunicación, el contacto ocular, etc) sino que lo utilizamos directamente en las llamadas terapias de entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 1988). Luego no es un área desatendida en nuestra orientación, quedaría, en todo caso, profundizar en el intento de establecer una hermenéutica de signos con valor de inferencia sobre qué



es aquello que ocurre a niveles inconscientes en el individuo (cosa que ya se hace, en forma indirecta, en el análisis de las conductas de interacción social).

El campo del error, clásico en la orientación freudiana (actos fallidos), no es, sin embargo, considerado. No damos importancia significativa a los olvidos o los lapsus linguae, por ejemplo, y los asumimos como residuos del funcionamiento de un sistema cognitivo que evidentemente no es perfectamente eficaz. Dado el avance que la consideración del funcionamiento inconsciente está teniendo quizás debería ser retomado el tema desde una óptica experimental: puede que tan absurdo sea empeñarse en encontrar sentido simbólico a todos los fallos del funcionamiento cognitivo del sujeto como ignorar a nivel de análisis clínico el evidente carácter de indicio que tienen algunos de estos fenómenos (el olvido selectivo, la deformación de recuerdos, determinados lapsus situacionalmente convenientes, etc.).

¿Y los sueños?. ¿Deberíamos empezar a tomarlos como indicios significativos o como material de estudio de lo inconsciente?. La investigación del sueño sí está avanzada lo suficiente como para que podamos afirmar que el valor significativo de los sueños es, cuanto menos extremadamente poco fiable (para una revisión ver Zimmer, 1984). El hecho de que sea precisamente en este campo donde más se ha desarrollado la hermenéutica (tanto la analítica como la no analítica) obedece, con toda probabilidad, a causas de tipo cultural y antropológico. La experiencia onírica es cognitiva (su realidad es de carácter cognitivo) y claramente inconsciente, pero, al parecer, sigue criterios aleatorios para su formación, y en lo aleatorio, por definición, no hay simbolismo ni intencionalidad.

Además de la cuestión de cómo estudiar lo inconsciente y cómo ir construyendo un sistema de claves o de indicios que nos permita su análisis desde una perspectiva clínica, es decir, la tarea de conocer lo inconsciente, nos quedaría por resolver la cuestión lógicamente consecutiva de cómo intervenimos sobre el mismo. Por ejemplo, ¿hay que intervenir en lo inconsciente entrando de lleno en su terreno, 'hacia él' y 'desde él', usando técnicas como la de hipnosis en trance profundo?. ¿O será más efectivo entrar en el cambio de lo inconsciente a través del cambio en lo consciente y la estabilización del mismo (con lo que nos quedaríamos en lo mismo)?. Es más: supuesto un inconsciente tópico en el que residen argumentos, razones y actitudes, ¿es modificable en algún sentido?. Y, caso de que no lo sea (por ser residual, de carácter evolutivo y menos 'dinámico' de lo que podría parecer), provocar el 'insight' sobre su contenido (puesto que si no es modificable nada más

nos queda eso). ¿supondría alguna ganancia clínicamente significativa para el paciente?. Y, caso de responder afirmativamente, ¿no hay otra forma menos sinuosa de obtener esa misma ganancia sin tener que acometer la presumiblemente complicada tarea de descubrir, primero, y hacer ver, después, el inconsciente de cada uno de nuestros pacientes?. Además, y por último, ¿cómo provocar insight sobre un contenido inconsciente que el paciente desconoce y que nosotros sólo suponemos (ya que carecemos de instrumentos fiables para su estudio)?. ¿No será, si lo conseguimos, más que un 'insight' una construcción cognitiva trabajada a dos bandas (las intuiciones apriorísticas hábilmente sugeridas por el terapeuta, de un lado, y felizmente reconocidas como propias por el paciente, de otro)?.

Mientras no se despejen todas estas cuestiones 'prácticas', el inconsciente no debería ser instrumentalizado y manejado en una orientación clínica cognitivo-conductual que tiene como distintivos propios su anclaje en la psicología experimental, de un lado, y su sometimiento a los criterios comprobados de eficacia, de otro. El objetivo de la presente reflexión no es otro que el de llamar 'preventivamente' la atención sobre la aplicación de esos criterios en el uso y manejo que venimos haciendo del concepto de inconsciente. La necesidad de profundizar en su estudio como primer paso es algo claro, su interés en el campo experimental es ya obvio, incluso deberíamos ir tomando en consideración el estudio clínico de conductas 'clásicamente' consideradas como 'puertas de acceso' tales como los actos fallidos, las asociaciones libres o las conductas automáticas. Pero de ahí a conceptualizar y/o instrumentalizar directamente el inconsciente como objetivo o como fuente de recursos hay un abismo. O debería haberlo.

Los desarrollos teóricos más recientes que parten de un tronco cognitivo-conductual y se orientan a la elaboración de marcos conceptuales más comprensivos, con características estructurales y/o constructivistas, pueden resultar prometedores tanto para nuestra orientación clínica, que ganaría amplitud y coherencia, como en la perspectiva de una potencial integración que consiguiera agrupar bajo un único marco teórico-práctico a múltiples técnicas de intervención hoy dispersas en distintas 'escuelas'. Todo ello será, si es, positivo y enriquecedor. Pero algunos de los constructos manejados en estos desarrollos teóricos deberían ser tomados, por el momento, como hipótesis de alto valor heurístico (y aprovecharlas como tales en la experimentación y en la generación de modelos) no operacionables a nivel clínico en nuestro estado actual de conocimiento sobre las mismas.

## BIBLIOGRAFIA

- Bandura A. (1986): *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1987 Bas.F. (1981): Las terapias cognitivo-conductuales. *Estudios de Psicología*, 7 pp. 92-114
- Bas, F. (1992): Las terapias cognitivo-conductuales. Una revisión. *Clinica y Salud*. 3 pp. 117-150.
- Beck. A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F.; Emery, G. (1979): *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao. Ed. Desclée Brouwer. 1983.
- Beck, A.T. (1985): Terapia Cognitiva, terapia conductual, psicoanálisis y farmacoterapia. un continuo cognitivo. En A. Freeman y M. Mahoney (comps). *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1988.
- Caballo, V.E. (1988): *Teoría, evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Valencia. Promolibro.
- Dowd, E.T. (1991): Hipnoterapia. En V.E. caballo (comp). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid. Ed. Siglo XXI.
- Ekman, P.; Oster, H. (1981): Expresiones faciales de la emoción. *Estudios de Psicología*. 7 pp. 116-144.
- Ellis, A. (1962): *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao. Ed. Desclée de Brouwer. 1980.
- Goldfried, M. (1992): Integración en psicoterapia. ¿Crisis de madurez de la terapia del comportamiento? *Revista de Psicoterapia*, 3 pp. 145-157
- Feixas, G. (1992): Constructivismo e integración en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3 pp. 101-108
- Guidano, V.F.; Liotti, G. (1985): Una base constructiva para la terapia cognitiva. En A. Freeman y M. Mahoney (comps). *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1988.
- Jara Vera, P; Garcés, E.J.; Jiménez, G. (1992): Tratamiento de un caso de trastorno emocional complejo con R.E.T. e hipnosis. La hipnosis en modificación de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18. pp. 447-455.
- Jiménez, L.; Lorda, M.J.; Méndez, C. (1993): Condicionamiento con estímulos enmascarados: Desarrollo de Efectos de Priming como Evidencia de Aprendizaje Asociativo no Consciente. *Estudios de Psicología*. 49. pp. 33-50.
- Kihlstrom, J.F. (1992): The psychological unconscious. *American Psychologist*. 47 pp. 788-791.
- Kwece, M.G.T. (1991): El estado de la cuestión en Terapia Multimodal. En V.E. Caballo (comp). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid. Ed. Siglo xxi
- Lazarus A.A. (1981): *Terapia Multimodal*. Buenos Aires. Ed. Ippem. 1983.
- Lazarus, A.A. y Messer, S.B. (1992). ¿Prevalece el caos? Reflexiones sobre el eclecticismo técnico y la integración asimilativa. *Revista de Psicoterapia*, 3. pp. 129-145.

- Lewicki, P.; Hoffman, H.; Czyzewska, M. (1987): Unconscious acquisition of Complex procedural Knowledge. *Journal of Experimental Psychology. Learning, Memory and Cognition*, 13. pp. 523-530.
- Lewicki, P.; Hill, T.; Bizot, E. (1988): Acquisition of procedural Knowledge. *Cognitive Psychology*, 20 pp. 24-37.
- Lewicki, P.; Hill, T. (1989): On the status of nonconscious processes in human cognition: *Journal of Experimental Psychology: General*, 118 pp. 239-241.
- Lewicki, P.; Hill, T.; Czyzewska, M.: (1992): Nonconscious Acquisition of information. *American Psychologist*, 47 pp. 796-801.
- Mahoney, M. (1985): Psicoterapia y procesos de cambio humano. En A. Freeman y M. Mahoney (comps). *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Mahoney, M. (1992): Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 3 pp. 49-63.
- Maultsby, M.C.; Gore, T.A. (1986): Rational behaviour therapy. En W. Dryden y W. Golden (comps). *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*. Londres. Harper and Row.
- Mirapeix, C. (1993): Una concepción integradora de la psicoterapia: más allá del dogmatismo de escuela. *Psiquis*, 14, pp. 95-111.
- Neisser, U. (1967) *Psicología Cognitiva*. México. Ed. Trillas.
- Ruiz-Vargas, J.M. (1993): Disociaciones entre pruebas implícitas y explícitas de memoria: significado e implicaciones teóricas. *Estudios de Psicología*, 49. pp. 71-106.
- Wessler, R.I.; Hankin-Wessler, S. (1991): La terapia de valoración cognitiva. En V.E. Caballo (comp). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid. Ed. Siglo XXI.
- Zimmer, D.E. (1984): *'Dormir y Soñar'*. Barcelona. Ed. Salvat. (1985).