

# Influencia de Freud sobre la concepción de la mente en la formulación inicial de la terapia cognitiva de Aaron T. Beck

*Miguel L. Martín Jorge\**  
Universidad de Málaga

## Resumen

---

La psicología cognitiva y la terapia cognitiva surgen aproximadamente en el mismo momento y en el mismo lugar: años 50-60 del siglo xx en Norteamérica. A pesar de este hecho, en un principio ambas corrientes se desarrollan de forma independiente. Uno de los primeros referentes de la terapia cognitiva es Aaron T. Beck (1921-), médico formado en la tradición psicoanalítica que ejerce inicialmente como investigador y profesor de psiquiatría. Su insatisfacción con la teoría y la práctica psicoanalítica le lleva a desarrollar una forma de tratamiento psicológico alternativo. A pesar de que la terapia cognitiva aparece como un método terapéutico distinto y, en cierto modo, contrapuesto al psicoanálisis, es posible reconocer la influencia de Freud en algunos de sus conceptos básicos. Esta influencia resulta particularmente evidente en la concepción del psiquismo humano que encontramos en los primeros trabajos de Beck.

*Palabras clave:* Terapia cognitiva, psicología cognitiva, psicoanálisis.

## Abstract

---

Cognitive psychology and cognitive therapy appear approximately at the same moment and at the same place: 50-60's decades of the 20th century in North America. In spite of this fact, initially both movements develop independently. One of the first references of cognitive therapy is Aaron T. Beck (1921-), a physician trained in psychoanalytic school who works initially as a psychiatric professor and researcher. His dissatisfaction with both theory and practice of psychoanalysis led him to develop an alternative psychological treatment. In spite of the fact that cognitive therapy appears as a different and, in certain way, opposed method to psychoanalysis, it is possible to recognize Freud's influence on some of its basic concepts. This influence turns out especially obvious in the notion of the human psyche that we found in Beck's initial works.

*Keywords:* Cognitive therapy, cognitive psychology, psychoanalysis.

\* Correspondencia: Universidad de Málaga, Facultad de Psicología. Tlf.: 690 21 48 53; e-mail: <miguelmartin@uma.es>.

## INTRODUCCIÓN

La psicoterapia cognitiva figura actualmente entre las formas de tratamiento psicológico más eficaces, en términos estadísticos (Sensky, 2005; Stuart y Bowers, 1995; Dobson, 1989). Esta modalidad aparecía durante la década de los 60 del pasado siglo xx en Estados Unidos, ante las críticas y la creciente insatisfacción hacia las terapias conductuales y psicoanalíticas. Albert Ellis (1913-2007) y Aaron T. Beck (1921-) son considerados los fundadores de esta forma de tratamiento psicológico. Ambos se formaron en la tradición psicoanalítica, ejercieron como psicoterapeutas y pudieron constatar la limitada eficacia del psicoanálisis para resolver satisfactoriamente algunos de los problemas de los que se ocupaba. De manera independiente, cada uno de ellos desarrolló una serie de estrategias terapéuticas que setarían las bases de la denominada psicoterapia cognitiva.

En este trabajo nos ocupamos específicamente de las aportaciones de Beck. Médico de formación, a lo largo de las décadas de los años 50 y 60 Beck publicó diversos trabajos en revistas especializadas en Medicina y Psiquiatría, abordando cuestiones fundamentalmente clínicas. La relación entre el pensamiento y los afectos aparecía en ellos de forma recurrente (Beck, 1963, 1964; Beck y Valin, 1953; Beck y Ward, 1961). En 1967 las principales conclusiones de estas investigaciones se concretaban en un primer manual para el tratamiento de la depresión: *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (Beck, 1967), posteriormente reeditado como *Depression: Causes and treatment* (Beck, 1970). En esta obra el autor establecía las bases de su terapia cognitiva y planteaba las principales diferencias respecto a otros enfoques terapéuticos, particularmente el psicoanalítico.

Inicialmente, el tratamiento fue ideado para abordar la depresión. Más tarde se extendería a otros trastornos mentales: ansiedad (Beck y Rush, 1975), estrés (Beck, 1982), pánico (Beck, 1987), fobias (Beck y Emery, 1985), trastornos de la personalidad (Beck y Freeman, 1990), adicciones (Beck, Wright y Newman, 1992), esquizofrenia (Beck, Rector, Stolar y Grant, 2008), etc. Pese a que Beck ha sido un autor bastante prolífico, contando en la actualidad con una veintena de libros y más de 500 artículos, puede decirse que el núcleo de su propuesta terapéutica queda ya fijado en el manual de 1967.

Aproximadamente en el mismo período en que Ellis y Beck publicaban sus primeras investigaciones –en concreto entre 1955 y 1960, de acuerdo con Mandler (2007)–, tenían lugar en Estados Unidos importantes avances en el estudio psicológico

de la memoria (Miller, 1956), el lenguaje (Chomsky, 1956, 1957) y la resolución de problemas (Newell, Shaw y Simon, 1958). Los responsables de estos trabajos, persuadidos de la esterilidad de los dogmas conductistas para dilucidar estas cuestiones, recuperaban, a través de autores europeos como Frederic C. Bartlett (1886-1969) o Jean W. F. Piaget (1896-1980), una concepción del ser humano sustancialmente distinta a la inherente al conductismo predominante. El hombre deja de ser la mera manifestación de su conducta y un sujeto pasivo de aprendizajes, para concebirse como un conjunto de estructuras y procesos mentales que evolucionan y cambian en interacción permanente con el entorno. De esta manera se consolidaban las bases de lo que más tarde se llamaría *psicología cognitiva*, paradigma que tomaba este nombre de la obra homónima de Ulric Neisser (1967).

Pese a la coincidencia espacial y temporal, la terapia cognitiva y la psicología cognitiva aparecen en contextos intelectuales diferentes y evolucionan de manera independiente, persiguiendo objetivos distintos. A diferencia de lo ocurrido en otras escuelas, las terapias cognitivas no surgieron de la psicología cognitiva (Feixas y Miró, 1997), si bien es cierto que *a posteriori* las primeras han buscado fundamento y respaldo científico en las segundas.

Al revisar la obra temprana de Aaron Beck, nos encontramos con una concepción de la mente más próxima a la psicoanalítica que a la cognitiva. Este hecho pone de manifiesto la distancia que, en un principio, media entre terapia cognitiva y psicología cognitiva. A través de este trabajo, pretendemos mostrar cómo, a pesar de desarrollar una terapia alternativa al psicoanálisis, Beck no terminó de desprenderse de algunos de los presupuestos básicos de esta teoría. Esto resulta particularmente notorio en la visión que Beck tiene del funcionamiento y la evolución de la mente en sujetos con alteraciones psicológicas. Las semejanzas entre la terapia cognitiva de Beck y determinadas nociones psicoanalíticas han sido señaladas por autores como Ruiz y Cano (2002), entre otros. El propio Beck (1967) destacó en su trabajo las aportaciones de Freud, llegando a afirmar que el marco teórico de la terapia cognitiva es en cierto modo similar al del psicoanálisis (Beck, 1985). Más allá de la constatación de estas similitudes, nuestro objetivo es entresacar de la obra temprana de Beck la idea de la mente sobre la que se asienta su método terapéutico.

Para este propósito nos ocupamos principal, aunque no exclusivamente, de la publicación de 1967. El trabajo ha sido estructurado en dos partes. En la primera abordamos el origen de las estructuras y de los procesos mentales, tal como Beck los entiende y teniendo en cuenta los presupuestos teóricos de los que parte; en la segunda analizamos las características del pensamiento depresivo y de la finalidad de la terapia. En las conclusiones, de acuerdo con lo argumentado en los apartados precedentes, exponemos las características que pueden atribuirse al concepto de mente que se desprende de la terapia de Beck en su formulación inicial.

## CONCEPCIÓN DE LA MENTE EN LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK: GÉNESIS Y PRESUPUESTOS TEÓRICOS

Beck no elaboró una teoría del psiquismo humano en el sentido en que lo hizo Freud (1895/1950, 1900, 1923). Su intención fue desarrollar un método terapéutico, cuya esencia él mismo sintetizó en una premisa: «La respuesta afectiva está determinada por el modo en que un individuo estructura su experiencia» (Beck, 1970, p. 287). El supuesto teórico que subyace a la terapia cognitiva es que la conducta de un individuo, su pensamiento y los trastornos que pueda padecer son consecuencia del modo en que éste se percibe a sí mismo, su mundo y el futuro. Beck (1967) se refirió a esta combinación como la *triada cognitiva*.

Lejos de ser novedosa, esta idea forma parte de una tradición que se inicia con la filosofía estoica. Desde Cicerón (106-43 a. C.) hasta Marco Aurelio (121-180 d. C.), los estoicos destacaron el carácter subjetivo de la realidad y el papel que el pensamiento desempeña en las pasiones. Así lo recoge Epicteto (55-135, d. C.) en *El Enchyridion*: «Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que hacen de ellas» (citado por Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, p. 17). Pensadores más recientes, como Kant (1781) o Husserl (1913), han insistido en la naturaleza idiosincrásica del pensamiento y de la experiencia consciente. Este trasfondo sitúa la terapia cognitiva de Beck en una línea de pensamiento esencialmente racionalista. Así lo entiende Feixas (1990) cuando distingue entre terapias cognitivas racionalistas y constructivistas. Entre las primeras emplaza las propuestas de Beck (1967) y Ellis (1962); en las segundas sitúa enfoques como los de Epting (1984) o Kelly (1955).

En la terapia cognitiva de Beck, al abordar un trastorno psicológico la primera tarea del terapeuta consiste en analizar y evaluar el funcionamiento de la tríada cognitiva. Posteriormente, a través de los procedimientos específicos de esta terapia, intenta que el paciente tome conciencia de sus interpretaciones distorsionadas de los hechos, causa de los síntomas del trastorno. Por último, instruye al paciente en una serie de estrategias destinadas a modificar o sustituir su visión sesgada de la realidad, de sí mismo o del futuro. Estas estrategias son tanto de tipo cognitivo (explicación del fundamento teórico del trastorno, identificación de esquemas desadaptativos, puesta a prueba de pensamientos automáticos, reatribución de la responsabilidad de situaciones negativas, etc.) como conductual (programación de actividades, técnica de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, etc.) (Beck et al., 1979).

A diferencia del psicoanálisis, la terapia cognitiva se centra en las circunstancias actuales del paciente, prestando poca atención a sus experiencias tempranas. Así lo hace constar el propio autor: «Al contrario que la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en problemas ‘aquí-y-ahora’. Se presta escasa atención a la época de la infancia, salvo que pueda clarificar algunos hechos actuales.» (Beck et al, 1979, p. 16).

Sin embargo, la propuesta de Beck descansa en unos presupuestos sobre la mente y su funcionamiento bastante próximos al psicoanálisis freudiano. En este sentido, debe diferenciarse entre etiología y tratamiento. Cuando Beck (1967) trata de explicar el origen del trastorno se sirve de explicaciones, argumentos y conceptos que, en muchos casos, resultan análogos a los empleados por Freud, tal como el propio autor reconoce (Beck, 1985). En cambio, las técnicas cognitivas y conductuales que Beck plantea —a las que hacemos referencia en el párrafo anterior— se centran en el funcionamiento actual de los procesos mentales y en el modo en que éstos han de modificarse para erradicar los síntomas. Tal cosa no implica un análisis de la experiencia pasada, como propone Freud (1914), sino una revisión y una reorganización de la presente.

Apoyándose en ciertos planteamientos teóricos y a partir de su propia experiencia clínica, Beck (1967) asume una visión del psiquismo humano que, a diferencia de lo que posteriormente hace con su método terapéutico (Kovacs y Beck, 1977; Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977), no somete a la metodología científica. Hasta cierto punto, esto es consecuencia de que muchas de las consideraciones que encontramos en Beck (1967) sobre la estructura, evolución y funcionamiento de la mente resultaban poco susceptibles de confirmación científica, particularmente en el momento en el que fueron formuladas.

En todo caso, en la forma en que Beck procede inicialmente apreciamos una primera coincidencia con Freud: el carácter especulativo de una teoría que, en principio, se apoya en observaciones clínicas y no en los resultados de una investigación científica. Al abordar el origen de la depresión o la relación entre pensamientos y afectos, Beck se plantea una serie de interrogantes sobre los que afirma lo siguiente:

Para responder a estas cuestiones es necesario aportar formulaciones más abstractas y más especulativas. La teoría que presentaré en esta sección se ocupa de entidades (constructos hipotéticos) que no son experimentados por el paciente como tales, pero cuya existencia es postulada para dar cuenta de la regularidad y la predictibilidad de su conducta. Estos constructos hipotéticos incluyen estructuras cognitivas y energía. Estas formulaciones no pretenden presentarse como una explicación comprensiva de la depresión, sino que estarán limitadas a unas cuantas grandes áreas en las cuales el material clínico relevante resulta adecuado para garantizar una exposición teórica formal. (Beck, 1970, p. 281).

Las entidades o constructos hipotéticos a los que alude este fragmento son los *esquemas*. Inicialmente vinculado al estudio de la percepción (Barlett, 1932) y el desarrollo evolutivo de la inteligencia (Piaget, 1936), en la obra de Beck (1967) este concepto sirve para explicar la relación que media entre las cogniciones y los afectos, entre el pensamiento y el trastorno mental. El esquema es una estructura cognitiva estable que constituye la base para la codificación e interpretación de los estímulos y situaciones

con los que se enfrenta el individuo (Beck, 1967). Para la psicología cognitiva el procesamiento de la información depende de los esquemas concretos que son activados en un determinado momento, considerándose responsables del funcionamiento de mecanismos como la atención selectiva o la percepción (Neisser, 1967).

Una primera característica de los esquemas sobre la que Beck (1967) llama la atención es la *estabilidad*, su carácter relativamente invariable y duradero en el tiempo. Los esquemas son *estructuras* que forman parte de la organización cognitiva más o menos fija del sujeto, imprimiendo a su conducta y a sus pensamientos una determinada coherencia. Esta propiedad de los esquemas contrasta con el carácter pasajero de los *procesos* cognitivos: «Una *estructura* cognitiva es un componente relativamente perdurable de la organización cognitiva, en contraste con un *proceso* cognitivo, el cual es efímero.» (Beck, 1970, p. 282).

De acuerdo con esto, puede reconocerse en Beck (1967) una distinción entre dos niveles o planos cognitivos en función de su profundidad estructural. Toda la actividad cognitiva que se desarrolla en la superficie, por decirlo de algún modo, se encuentra condicionada o guiada por los elementos que constituyen, con carácter previo, la parte más invariable o nuclear del psiquismo. En consecuencia, la interpretación que un sujeto hace de las situaciones a las que se enfrenta está, de forma inevitable, determinada de antemano por el entramado interno que sustenta sus procesos mentales. Adicionalmente, como veremos más adelante, esto es algo que ocurre de manera inconsciente.

Salvando las diferencias, este esquema viene a reproducir la distinción que Freud (1900, 1923) establece entre lo *consciente* y lo *inconsciente*, distinción que califica de «premisa fundamental del psicoanálisis» (Freud, 1973, p. 2701). Mientras que lo inconsciente es la base general de la vida psíquica, lo «psíquico verdaderamente real» (Freud, 1973, p. 715), «la conciencia es un estado eminentemente transitorio» (Freud, 1973, p. 2702). Tanto Freud (1900, 1923) como Beck (1967) nos presentan una concepción de la mente estructurada en dos planos, entre los que se establece una relación de dependencia funcional. Todo el funcionamiento consciente, superficial y voluntario está sujeto a la actividad inconsciente, estable e involuntaria que tiene lugar en el núcleo profundo de la mente, verdadero motor de la dinámica psíquica.

Ellenber (1970) señala que fue Pierre Janet (1859-1947) quien acuñó el término *subconsciente*. Erdelyi (1987), por su parte, argumenta que Freud sustituyó este vocablo por *inconsciente* debido a la polémica sobre la originalidad del concepto. En cualquier caso, ambos términos parecen aludir a una misma realidad. En su tesis sobre los automatismos psicológicos, Janet (1889) distingue entre dos formas diferentes de funcionamiento mental: aquella que preserva y reproduce el pasado y la que está orientada hacia la síntesis y la creación. Ambas actividades son interdependientes, regulándose la una a la otra. En cada momento de la vida, la mente genera las necesarias combinaciones entre estos dos planos para mantener al organismo en equilibrio ante los cambios y

demandas del entorno. Este proceso tiene lugar en distintos niveles de conciencia: a mayor presencia de actividad pasada, mayor grado de subconsciencia. En pacientes con trastornos psiquiátricos esta actividad integrativa se encuentra dañada, de manera que el enfermo evidencia una magnificación de la actividad destinada a preservar y reproducir el pasado, lo cual se traduce en la aparición de síntomas. A partir de sus estudios clínicos, Janet (1889) atribuyo este funcionamiento anómalo de la mente a la presencia de recuerdos traumáticos no resueltos. Esta concepción de la enfermedad mental hace de Janet (1889) un antecedente común a los planteamientos de Freud (1900, 1923) y Beck (1967).

Coincidiendo con sus antecesores, Beck vinculó el sustrato psíquico responsable del trastorno mental a la experiencia temprana:

En etapas tempranas de la vida un individuo desarrolla una amplia variedad de conceptos y actitudes sobre sí mismo y su mundo. Algunos de estos conceptos se hallan anclados en la realidad y constituyen las bases de un ajuste personal saludable. Otros se desvían de la realidad y producen vulnerabilidad a posibles trastornos psicológicos. (Beck, 1970, p. 275).

Los esquemas se configuran durante la infancia. Su adecuación o inadecuación para afrontar las dificultades depende del tipo de experiencias que haya tenido el niño. Siendo la depresión el trastorno al que inicialmente dirige su terapia, Beck sostiene que ciertos individuos están predispuestos a padecerlo. Ello es consecuencia de la formación de esquemas negativos (desadaptativos) ante determinadas experiencias tempranas, situaciones vitales que no duda en calificar de *traumáticas* (Beck, 1967; Beck et al., 1979).

Las situaciones traumáticas, inicialmente responsables de fijar o reforzar las actitudes negativas que conforman la constelación depresiva, representan el prototipo de estrés específico que puede activar más tarde estas constelaciones. Cuando una persona es sometida a situaciones reminiscentes de la experiencia traumática original, entonces puede desarrollar una depresión. (Beck, 1970, p. 278).

Este punto es de crucial importancia para comprender el concepto que Beck tiene de la depresión y, más específicamente, de los factores precipitantes de este trastorno. «Las situaciones desagradables de la vida –incluso las extremadamente adversas– no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva.» (Beck et al., 1979, p. 23-24). Entre sentirse triste, desanimado, afligido, apenado, etc. y padecer una depresión existe una diferencia cualitativa. Según se desprende de los textos citados, para Beck esta diferencia viene determinada por

la predisposición individual, es decir, por el desarrollo de esquemas desadaptativos ante experiencias tempranas de carácter traumático. Autores vinculados al denominado *psicoanálisis cognitivo* (Arieti, 1980; Bowlby, 1985) han hecho referencia a esta predisposición, así como a la importancia de las experiencias tempranas en el futuro desarrollo de la personalidad.

En el caso de la depresión, los esquemas desarrollados durante la infancia implican juicios de valor negativos sobre el sí mismo («soy un fracasado»), el mundo («la vida no merece la pena») o el futuro («nunca conseguiré salir adelante»). Estos esquemas, una vez consolidados, pueden permanecer en estado latente durante bastante tiempo, sin ejercer efecto alguno sobre el sujeto, a menos que se den determinadas condiciones (enfermedad, pérdida de trabajo, muerte de un ser querido, etc.). Ante la emergencia de tales condiciones los esquemas son activados, haciéndose con el dominio de los pensamientos e interpretaciones que terminan precipitando la sintomatología depresiva. Beck (1967) argumenta que, ante estas circunstancias, la respuesta cognitiva y, en consecuencia, afectiva del depresivo vendría a reproducir la pretérita e infantil reacción al suceso traumático.

Esta explicación se asemeja bastante a lo sostenido por Freud (1917) en una de sus lecciones introductorias al psicoanálisis:

Nos sucede también a veces hallar individuos que a consecuencia de un suceso traumático que ha conmovido lo que hasta el momento constituía la base misma de su vida caen en un profundo abatimiento y llegan a renunciar a todo interés por el presente y el futuro, quedando fijadas al pasado todas sus facultades anímicas. (Freud, 1973, p. 2295).

La coincidencia entre ambos argumentos es, cuanto menos, llamativa, en especial si se tiene en cuenta el carácter especulativo del razonamiento. Tanto Freud (1915) como Beck (1967) coinciden en: 1) la trascendencia que los sucesos traumáticos de la infancia tienen sobre la vida mental adulta y 2) el carácter infantil del pensamiento adulto trastornado.

De nuevo es preciso mencionar las observaciones de Janet (1889) como precursoras de los argumentos expuestos. En lo que el neurólogo francés denomina *automatismos psicológicos* existen ideas o funciones fijas que escapan al control personal y a la percepción. Se trata de sistemas disociados, aislados de la conciencia. Algunos persisten en la mente como formas primitivas y rudimentarias, ajenas al yo, cuya activación supone para el paciente revivir sucesos traumáticos de la infancia. Janet (1889) insiste en el carácter interactivo del fenómeno: la crisis resulta de la combinación de la experiencia traumática temprana con la realidad exterior presente.

Otros autores han destacado cómo las interacciones personales del niño pueden generar determinadas formas de pensamiento en el adulto. Para Sullivan (1953) el

núcleo de la personalidad se configura durante la infancia. En fases tempranas del desarrollo las relaciones del yo con los demás están encaminadas, fundamentalmente, a evitar la ansiedad y las amenazas a la autoestima. Cuando este proceso se conduce de un modo inadecuado puede dar lugar a patrones de pensamiento rígidos que condicionan el juicio del adulto y limitan sus actuaciones. Sullivan (1953) se refiere a esto como *distorsiones paratáxicas*.

Por otra parte, existe una parcial semejanza entre los esquemas negativos de Beck y las *creencias irracionales* de Ellis (1962). En ambos casos se trata de estructuras rígidas que condicionan el funcionamiento mental. Ambas son intrínsecamente negativas, siendo su efecto gravemente dañino para el individuo adulto. Sin embargo, entre ellas median importantes diferencias, tanto en lo que se refiere a su origen como a su propósito o justificación: las creencias irracionales de Ellis (1962) están vinculadas a metas, se trata de ideas erróneas de un sujeto respecto a sus objetivos vitales. En cuanto a su adquisición, Ellis diferencia entre la tendencia innata del ser humano hacia la irracionalidad y su historia de aprendizaje. Respecto a esta última destaca la etapa de socialización infantil, en la que los niños aprenden a través de la experiencia directa o a partir de modelos sociofamiliares. Por su parte, los esquemas negativos de Beck (1967) resultan de sucesos traumáticos y no necesariamente están relacionados con metas. En este sentido, pueden desencadenar distorsiones del pensamiento en un rango mucho más amplio. Las creencias irracionales de Ellis (1962) parecen más próximas a los *debería* de Horney (1950) que a los esquemas negativos de Beck (1967). Estos últimos, a su vez, comparten bastantes elementos con las distorsiones paraxáticas de Sullivan (1953).

En cuanto a los presupuestos materialistas que subyacen a las propuestas de Freud (1895/1950) y Beck (1967), es posible apreciar asimismo notables coincidencias. Aventurando una posible explicación de lo que observa en la clínica, Beck (1917) se refiere en términos energéticos a la dominancia de los esquemas negativos sobre el pensamiento depresivo:

La pérdida de objetividad y de capacidad para poner a prueba la realidad tal vez pueda entenderse en términos de hiperactividad de los esquemas depresivos. La energía asociada a estos esquemas es sustancialmente mayor que la que poseen otras estructuras en la organización cognitiva. (Beck, 1970, p. 287).

Influido por la fisiología alemana del siglo XIX, Freud (1895/1950) recurrió a explicaciones y principios energéticos para fundamentar su intento de desarrollar una psicología científica. En *Proyecto de una psicología para neurólogos* (Freud, 1895/1950) encontramos una concepción homeostática del psiquismo humano, en la que la acumulación y descarga de energía se asocian al dolor y al placer, respectivamente. Al igual que Freud (1895/1950), Beck también vinculó el exceso de energía al sufrimiento:

Asumamos que inicialmente el esquema es energizado como resultado de algún trauma psicológico. La activación de esta estructura cognitiva conduce a la estimulación de la estructura afectiva. La activación de la estructura afectiva produce un estallido de energía, la cual es experimentada subjetivamente como una emoción dolorosa. (Beck, 1970, p. 289).

En ambos casos, uno y otro autor tratan de presentarnos en términos científicos, recurriendo a un vocabulario médico, unas explicaciones que no pasan de ser meras hipótesis, una teoría especulativa que no es en modo alguno resultado de la aplicación de la metodología científica. La crítica de Popper (1963) al psicoanálisis, recordándonos que lo que enuncia como principios universales son meras hipótesis no susceptibles de falsación, resulta igualmente aplicable a las explicaciones energéticas de Beck.

## CARACTERÍSTICAS DEL PENSAMIENTO DEPRESIVO Y TRATAMIENTO

¿Es consciente el depresivo de lo que le ocurre? A tenor del modo en que Beck plantea el origen de la predisposición hacia la depresión y de las características que atribuye a las cogniciones depresivas (respuestas automáticas, involuntarias, plausibilidad de las cogniciones alteradas, perseverancia de ideas estereotipadas, etc.), tenemos que contestar negativamente a esta pregunta. Al igual que el inconsciente freudiano, los esquemas de Beck se desarrollan en etapas tempranas del desarrollo, como consecuencia de sucesos traumáticos, permanecen en estado latente durante años y, finalmente, como consecuencia de circunstancias detonantes, son activados, ejerciendo su influencia nociva sobre el pensamiento desde un lugar de la mente vetado a la conciencia. A pesar de esto, Beck matiza que la conciencia que el depresivo tiene sobre la distorsión actual de sus pensamientos es una cuestión de grado:

En estadios menos graves de depresión, el paciente es capaz de reconocer sus pensamientos negativos con objetividad y, aunque no sea capaz de rechazarlos completamente, puede modificarlos (...) En estadios más severos, el paciente tiene dificultades incluso para considerar la posibilidad de que sus ideas o interpretaciones puedan ser erróneas (...) En casos severos, el procesamiento cognitivo puede estar ligado a la situación durante el sueño. (Beck, 1970, p. 286-287).

Esta gradación nos permite determinar tres niveles en relación a la conciencia que un sujeto tiene de la distorsión de sus cogniciones: 1º) el individuo mentalmente sano, entendiendo como tal aquel que, en caso de experimentar algún tipo de distorsión cognitiva, tiene plena conciencia de ella y es capaz de refutarla sin gran esfuerzo, evitando la aparición de los síntomas de la depresión; 2º) el moderadamente depresivo, que únicamente es consciente de su trastorno de forma parcial, siendo sus recursos

cognitivos para afrontarlo sólo medianamente eficaces; y 3º) el depresivo en estado severo, quien no cuestiona en modo alguno la veracidad de sus interpretaciones distorsionadas. En casos particularmente graves, este último llega a aceptar la realidad del contenido de sus sueños.

La idea central de la metodología psicoanalítica (Freud, 1914) es que la superación del problema pasa por hacer conscientes contenidos que no lo son. La recuperación del paciente se produce en la medida en que éste es capaz de reconocer los recuerdos y deseos que han sido olvidados o reprimidos. Mientras tal cosa no ocurra, éstos seguirán ejerciendo un efecto perjudicial sobre la integridad psíquica del afectado. De forma análoga, Beck (1967) viene a decirnos que en tanto el paciente no tome conciencia de los esquemas desadaptativos que, de manera inconsciente, distorsionan su pensamiento, seguirá padeciendo sus efectos. El grado de conciencia (o inconsciencia) acerca de la distorsión cognitiva, introducida por estos esquemas, es indicativo de la gravedad del trastorno.

La noción de que el trastorno se manifiesta en distintos niveles de conciencia se encuentra presente tanto en los estudios de Janet (1889) con pacientes psiquiátricos como en el modelo mental de Freud (1923). Para Janet los automatismos psicológicos pueden ser totales o parciales. En los primeros la mente está bajo el dominio absoluto de la reproducción de la experiencia pasada, como ocurre en los casos de sonambulismo y en las crisis de histeria. En los segundos los automatismos ocupan sólo una porción de la mente, como se observa en las amnesias parciales. Por otra parte, la distinción freudiana entre *inconsciente* y *preconsciente* alude asimismo a la total o parcial accesibilidad de los contenidos inconscientes a la conciencia. Lo inconsciente es lo reprimido en sentido dinámico, lo absolutamente vetado a la conciencia. En cambio, lo preconsciente es lo inconsciente latente, pero capaz de conciencia (Freud, 1923).

En cuanto a las características que Beck atribuye al pensamiento distorsionado del depresivo, nos dice en primer lugar que es ilógico o irracional: «El paciente depresivo muestra ciertos patrones de pensamiento ilógico. Los errores sistemáticos, que conducen a la distorsión de la realidad, incluyen interpretaciones arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, exageración y categorización incorrecta.» (Beck, 1970, p. 285).

El depresivo no es capaz de discurrir ajustándose a principios lógicos, al menos en lo que concierne a situaciones o hechos con implicaciones personales. Esto hace que tenga una visión sesgada de la realidad, interpretándola en términos negativos. En estrecha relación con esta característica se encuentra la segunda, a la que antes nos referíamos: la pérdida de objetividad. Los sucesos vitales son vistos desde un ángulo estrictamente subjetivo, rechazándose toda explicación alternativa o evidencia contradictoria. En tercer lugar, el pensamiento del depresivo es automático, involuntario y perseverante:

El paciente depresivo moderado o severo muestra una tendencia a rumiar o volver una y otra vez sobre unas cuantas ideas características tales como *soy un fracaso* o

*mis intestinos están atascados (...)* Estos esquemas idiosincrásicos continuamente dominan las cogniciones depresivas que desplazan las cogniciones no depresivas. (Beck, 1970, p. 286).

Por último, Beck y sus colaboradores (1979) califican el pensamiento depresivo de *primitivo e infantil*, atribuyéndole unos rasgos que contraponen a los propios del pensamiento maduro de un sujeto adaptado: 1) global y categórico, carece de matices; 2) moralista y absolutista, no admite relatividad alguna en sus juicios de valor; 3) invariable, independiente de las circunstancias; 4) basado en el propio carácter, al que atribuye el origen de todas sus calamidades; 5) irreversible, negando toda posibilidad de cambio.

Esta caracterización nos permite establecer ciertos paralelismos con la concepción freudiana del inconsciente. Refiriéndose a esta instancia, Freud (1915) afirmaba lo siguiente:

Resumiendo, diremos que los caracteres que esperamos encontrar en los procesos pertenecientes al sistema *inconsciente* son la *falta de contradicción*, el *proceso primario* (movilidad de las cargas), la *independencia del tiempo* y la *sustitución de la realidad exterior por la psíquica*. (Freud, 1973, p. 2073).

Más adelante añadía:

El contenido del sistema *inconsciente* puede ser comparado a una población aborigen psíquica. Si en el hombre existe un acervo de formaciones psíquicas heredadas, o sea algo análogo al instinto animal, ello será lo que constituya el nódulo del sistema *inconsciente*. (Freud, 1973, p. 2077).

Tal como lo entiende Freud (1915), el inconsciente es un sistema primitivo, integrado por contenidos concretos, cuyo valor reside en la intensidad de su carga energética, donde no rigen los principios de la lógica, es atemporal y está totalmente desconectado de la realidad, siendo absolutamente subjetivo. Salvando las diferencias, en la descripción que Beck nos ofrece del pensamiento depresivo no resulta difícil reconocer la huella de este planteamiento.

Para terminar, en lo que a la terapia se refiere, queremos destacar que Freud y Beck coinciden tanto en el diagnóstico del problema como en la finalidad del tratamiento, aunque difieren significativamente en la manera de llevar a cabo este último. Ambos autores sostienen que el trastorno psicológico tiene su origen en estructuras mentales situadas por debajo de la conciencia, entidades psíquicas conformadas durante etapas tempranas del desarrollo y malogradas por vivencias traumáticas. Los síntomas del trastorno, en cambio, se manifiestan en la superficie. En el individuo perturbado este

nivel se halla bajo el dominio pernicioso de aquél. Ante la imposibilidad de manipular directamente el núcleo profundo del psiquismo, verdadero origen del problema, el terapeuta se sirve de procedimientos indirectos, modificando los contenidos y procesos conscientes de la mente con el propósito, en última instancia, de incidir sobre sus estructuras subyacentes.

Cuando la terapia cognitiva nos plantea una técnica como la reatribución de responsabilidades (Beck et al., 1979) para cambiar la visión que un individuo tiene de sí mismo, el objetivo es modificar un *esquema* a través de la manipulación de determinados *procesos* mentales. Esto no dista demasiado de las pretensiones del psicoanálisis freudiano: «El tratamiento psicoanalítico se halla fundado en influenciar al sistema *inconsciente* desde el sistema *consciente* y muestra, de todos modos, que tal influencia no es imposible, aunque sí una tarea difícil.» (Freud, 1973, p. 2077).

En ambos casos, el propósito es modificar el nivel más profundo de la mente (el inconsciente para Freud, los esquemas para Beck) mediante la manipulación del más superficial (la conciencia para Freud, los procesos para Beck). La manera en que uno y otro tratan de alcanzar este objetivo es totalmente diferente.

Beck (1985) ha confirmado la coincidencia entre los modelos psicoanalítico y cognitivo al proponer estos dos niveles de organización mental. Sin embargo, también ha señalado las diferencias en lo que se refiere al modo de desarrollar la terapia: mientras que el psicoanálisis considera que una vez desenmascarados los procesos inconscientes el yo queda relevado de la carga que suponen, la terapia cognitiva pretende racionalizar el pensamiento, anulando así el influjo negativo de tales procesos.

Pese a estas diferencias, podríamos concluir que la concepción de la mente humana que, parcialmente, comparten el psicoanálisis freudiano y la terapia cognitiva de Beck parece tener un correlato en la finalidad de sus respectivos tratamientos.

## CONCLUSIONES

A partir de los argumentos anteriormente expuestos y comentados, es posible esbozar una descripción del concepto de la mente que subyace a la terapia cognitiva de Beck en su formulación inicial.

Ante todo, en Beck (1967) encontramos una concepción de la mente humana *materialista*, reduciéndose en última instancia a sus elementos físicos. Se trata asimismo de una concepción *dinámica*, puesto que toda su actividad está sujeta a los movimientos de energía que bullen en su interior, y de los que el individuo no tiene conciencia. Desde el punto de vista estructural, la mente está organizada en dos niveles: el de los *procesos* y el de los *esquemas*. En sentido funcional, los primeros están subordinados a los segundos, siendo esto consecuencia de la asimetría en términos energéticos que media entre los dos niveles. En los esquemas mentales reside la fuerza que imprime una

determinada dirección al pensamiento y, en consecuencia, a la conducta. Evolutivamente, la estructura profunda del psiquismo se configura durante las etapas tempranas del desarrollo, momento en el que tienen una particular importancia las experiencias de carácter traumático. Estas experiencias son responsables del desarrollo de esquemas desadaptativos, los cuales predisponen al individuo a padecer eventuales trastornos psicológicos. Por último, el trastorno (depresión) no es otra cosa que la activación de ciertos esquemas que se hacen con el dominio del pensamiento, imprimiéndole ciertas características: irracionalidad, pérdida de objetividad, automaticidad y carácter primitivo e infantil.

Al margen de la compatibilidad de esta concepción de la mente con la que comienza a fraguarse dentro del paradigma cognitivo durante la década de los 50, podemos decir que, en sus aspectos esenciales, esta caracterización presenta notables semejanzas con la que encontramos en los textos de Freud. En primer lugar, esto podría atribuirse al peso que el psicoanálisis freudiano tuvo en la formación psiquiátrica de Beck. En segundo, debe tenerse en cuenta el modo en que éste desarrolló su propia labor investigadora y teórica. Frente a lo que hicieron los primeros psicólogos cognitivos que estudiaron el lenguaje, la memoria o la resolución de problemas, Beck no recurrió a sujetos mentalmente sanos en sus investigaciones. A diferencia de lo que ocurre con éstos, en los individuos que Beck examina en la clínica todo el procesamiento mental de la información se encuentra sesgado de raíz por un elemento perturbador. Como psicoterapeuta, su atención recae justamente en aquello que distorsiona el normal funcionamiento de la mente. Para ofrecer una explicación coherente y satisfactoria de lo que observa se basa en su propia práctica clínica y en los conocimientos psiquiátricos del momento, en los que el psicoanálisis freudiano tiene una importante presencia. A nuestro entender, éstas serían las principales razones por las que su concepción de la mente no termina de desvincularse de la teoría freudiana.

## REFERENCIAS

- Arieti, S. (1980). Cognition in psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 8, 3-23.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper and Row.

- Beck, A. T. (1970). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1982). Cognitive approaches to stress. En C. Lehrer y R. L. Woolfolk (Eds.), *Clinical guide to stress and management* (pp. 255-305). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 325-347). Nueva York: Plenum.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. En S. Rachman y J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91-109). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T.; Rector, N.; Stolar, N. y Grant, P. (2008). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T. y Rush, A. J. (1975). A cognitive model of anxiety formation and anxiety resolution. En I. D. Sarason y C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety: Vol. 2* (pp. 69-80). Washington, DC: Hemisphere Publishing Crop.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T. y Valin, S. (1953). Psychotic depressive reactions in soldiers who accidentally killed their buddies. *American Journal of Psychiatry*, 110, 347-353.
- Beck, A. T. y Ward, C. H. (1961). Dreams of depressed patients: Characteristic themes in manifest content. *Archives of General Psychiatry*, 5, 462-467.
- Beck, A. T.; Wright, F. D. y Newman, C. F. (1992). Cocaine abuse. En A. Freeman y F. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 185-192). Nueva York: Plenum.
- Bowlby, J. (1985). The role of childhood experience in cognitive disturbance. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 181-202). Nueva York: Plenum.
- Chomsky, N. (1956). Three models for the description of language. *IRE Transactions of Information theory*, IT-2(3), 113-124.
- Chomsky, N. (1957). *Syntactic structures*. La Haya: Mouton.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57(3), 414-419.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious*. Nueva York: Basic Books.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart

- Epting, F. R. (1984). *Personal construct counseling and psychotherapy*. Nueva York: Wiley.
- Erdelyi, M. H. (1987). *Psicoanálisis. La psicología cognitiva de Freud*. Barcelona: Labor.
- Feixas, G. (1990). Las terapias cognitivas: introducción histórica y perspectivas actuales. *Revista de Psicoterapia*, 1(2/3), 5-33.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1997). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fodor, J. (1975). *The Language of Thought*. Nueva York: Thomas Crowell.
- Freud, S. (1895/1950). *Entwurf einer psychologie*. Frankfurt: Fisher.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Freud, S. (1914). Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten (Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse, II). *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, t. II, 485-491.
- Freud, S. (1915). Das Unbewusste. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 3(4), 189-203 y (5), 257-269.
- Freud, S. (1917). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Viena: Heller.
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*. Leipzig: Internationaler Psycho-analytischer Verlag.
- Freud, S. (1973). *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth*. Nueva York: Norton.
- Husserl, E. (1913). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. París: Félix Alcan.
- Kant, I (1871). *Kritik der reinen Vernunft*. Leipzig: Dürr.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Kovacs, M. y Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En J. G. Schulterbrandt y A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models* (pp. 1-25). Nueva York: Raven Press.
- Mandler, G. (2007). *A history of modern experimental psychology. From James and Wundt to cognitive science*. Cambridge: The Mit Press.
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63, 81-97.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive Psychology*. Nueva York: Appleton Century Crofts.
- Newell, A.; Shaw, J. C. y Simon, H. A. (1958). Elements of a theory of human problem solving. *Psychological Review*, 65, 151-166.
- Piaget, J. (1936). *The origins of intelligence in children*. Nueva York: W.W. Norton & Company, Inc.

- Popper, K. (1963). *Conjectures and refutations: The growth of scientific knowledge*. Londres: Routledge and Keagan Paul.
- Putnam, H. (1961/1980). Brains and behavior. En N. Block (Ed.), *Readings in Philosophy of Psychology* (pp. 24-36). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ruiz, J. J. y Cano, J. J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Jaén: R&C Editores.
- Rush, A. J.; Beck, A. T.; Kovacs, M. y Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 7-37.
- Sensky, T. (2005). The effectiveness of cognitive therapy for schizophrenia: What can we learn from the meta-analyses? *Psychotherapy & Psychosomatics*, 74(3), 131-135.
- Stuart, S. y Bowers, W. A. (1995). Cognitive therapy with impatiens: Review and meta-analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(2), 85-92.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton.

Artículo recibido: 18-05-11

Artículo aceptado: 12-09-11

